

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA PSYKOSOSIAALISESTA TUESTA MAINIEMEN KUNTOUTUMISKESKUKSESSA

Elina Eskelinen, Johanna Järvinen,
Katja Tähtinen-Rossi ja Marjo Uotila
Opinnäytetyö, syksy 2009
Diakonia-ammattikorkeakoulu /
Lahden ammattikorkeakoulu,
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK) + diakonian
virkakelpoisuus (diakonissa)

TIIVISTELMÄ

Eskelinen, Elina, Järvinen, Johanna, Tähtinen-Rossi, Katja & Uotila, Marjo. Asiakkaiden kokemuksia psykososiaalisesta tuesta Mainiemen kuntoutumiskeskuksesta. Lahti, syksy 2009, 48s., 31 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)/ sairaanhoitaja (AMK)+ diakonian virkakelpoisuus (diakonissa)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa Mainiemen kuntoutumiskeskuksen asiakkaiden kokemuksista psykososiaalisen tuen saamisesta kuntoutumisjakson aikana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaista psykososiaalista, eli henkistä, sosiaalista ja hengellistä, tukea asiakkaat kokivat saavansa hyvinvointiinsa. Lisäksi tutkittiin, kuinka he kokivat saamansa psykososiaalisen tuen auttavan heitä, ja kuinka he haluaisivat psykososiaalisen tuen muotoja kehittää.

Tutkimus toteutettiin keväällä 2009 teemahaastattelulla, joka nauhoitettiin. Haastattelimme 8 Mainiemen asukasta, jotka ilmoittautuivat vapaaehtoisina eri yhteisöjen ohjaajille. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa Mainiemen kuntoutumiskeskuksen asiakkaista oli tyytyväisiä saamansa psykososiaalisen tuen määrään. He kokivat myös hyötyvänsä siitä. Osa haastateltavista kuitenkin koki, että psykososiaalisen tuen määrä ei ollut riittävä, eivätkä kokeneet sen auttavan heitä kuntoutumisessa. Jokainen haastateltava löysi psykososiaalisen tuen muotoihin jotain kehitettävää. Kehitysehdotukset erosivat toisistaan paljon. Suurin osa toivoi enemmän työtä ja toiminnallista tekemistä.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Mainiemen toimintaa asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Jatkossa on mahdollista tutkia esimerkiksi ohjaajien mielipiteitä psykososiaalisesta tuesta.

Avainsanat: psykososiaalinen tuki, kuntoutuslaitokset, päihdekuntoutus, päih-teet, kaksoisdiagnoosi

ABSTRACT

Elina Eskelinen, Johanna Järvinen, Katja Tähtinen-Rossi, Marjo Uotila. Psychosocial support experienced by customers in Mainiemi rehabilitation center. 48 p., 31 appendices. Language: Finnish. Lahti Autumn 2009. Diaconia University of Applied Sciences/ Lahti University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse

The purpose of this Bachelor's thesis was to collect information about how the customers of Mainiemi rehabilitation center (later Mainiemi) experienced psychosocial support. The object of this study was to find out what kind of psychosocial (psychological, social and spiritual) support the customers experienced for their well-being. It was also studied how they experienced the psychosocial support helpful and how they would like to develop it.

The study was performed in the spring 2009 by theme interviews, which were recorded. There were eight customers of Mainiemi who voluntarily enrolled for the interviews. The interviews were analyzed by content analysis.

The study pointed that the most of the customers of Mainiemi were satisfied for the amount of psychosocial support they received. They also found it useful. Some of the customers experienced that the amount of psychosocial support was not enough and they did not find it helpful for their rehabilitation. All the customers who were interviewed could name development suggestions for the forms of psychosocial support. The suggestions varied a lot, though.

The results of this study may be used for developing the rehabilitative care to correspond the need of the customers. In the future it is possible to study the opinions of psychosocial support from the employers of Mainiemi.

Keywords: Psychosocial support, Mainiemi rehabilitation center, intoxicants, dual diagnosis.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PÄIHDEHUOLLON JÄRJESTELMÄ	7
2.1 AA- ja NA-ryhmät osana päihdehuollon järjestelmää	8
2.2 Päihdehuollon kuntoutuslaitokset	9
2.3 Kuntoutumiskeskus Mainiemi	10
2.4 Terapeuttinen yhteisöhoito Mainiemessä	11
3 PÄIHTEET JA NIIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA	13
4 YLEISESTI PÄIHDERIIPPUVUUDESTA	14
4.1 Päihteiden riippuvuuskäyttö	16
4.2 Päihderiippuvuus huumeiden väärinkäyttäjällä	17
5 MIELENTERVEYS JA HENKINEN HYVINVOINTI	18
6 KAKSOISDIAGNOOSIN MÄÄRITTELYÄ	19
7 PSYKOSIAALINEN TUKI PÄIHDEHUOLLOSSA	22
7.1 Psykososiaalinen tuki	22
7.2 Psykososiaalisen tuen tavoitteet	24
7.3 Vuorovaikutuksen merkitys psykososiaalisessa tuessa	25
8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	27
9. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	28
9.1 Aineiston keruu	28
9.2 Aineiston analyysi	29
10 TUTKIMUSTULOKSET	30
10.1 Asiakkaiden kokemuksia henkisestä tuesta	30
10.3 Asiakkaiden kokemuksia hengellisestä tuesta	37
10.4 Kehittämisehdotuksia	37
11. TUTKIMUKSEN EETTISYYS	37
11.1 Hyvä tutkimuseettinen käytäntö	38
11.2 Eettisyys tutkimuksen eri vaiheissa	39

	5
12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	41
13 POHDINTA	43
13.1 Henkinen tuki	43
13.2 Sosiaalinen tuki	45
13.3 Hengellinen tuki	46
13.4 Pohdintaa taantuman vaikutuksista päihdetyöhön	47
14 EHDOTUKSIA JATKOTUTKIMUKSIKSI	48

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyminen on selvästi ollut kasvussa. Kun henkilöllä on päihdeiden väärinkäytön lisäksi mielenterveysongelmia, puhutaan kaksoisdiagnoosista (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 124). Ihminen on kokonaisuus, jota ei voida jakaa osiin. Hoidettaessa ihmistä on tärkeää hoitaa myös hänen elämäntilannettaan, sosiaalisia suhteita, henkistä ja hengellistä hyvinvointia. (Aalto & Hanhiova 2009,11.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) pyrkii mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa vuoteen 2015 mennessä yhdenvertaisuuteen, edistävään ja ehkäisevään päihde- ja mielenterveystyöhön ja hoidon saamisen helppouteen. Asiakkaan tulisi saada apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin yhdestä paikasta.

Kuntoutumiskeskus Mainiemi on päihdekuntoutuspalveluja tarjoava yksikkö, joka tarjoaa tukea katkaisuhoidon jälkeiseen päihteettömään elämään. Kuntoutumiskeskus Mainiemi sijaitsee Lammilla ja sen toiminta-alueena ovat Kanta-Häme, Päijät-Häme sekä Pirkanmaa. Hoito perustuu demokraattiseen yhteisökuntoutukseen, jonka on kehittänyt Maxwell Jones. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2008.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Mainiemen kuntoutumiskeskukssa hoitajaksolla olevien asiakkaiden kokemuksia saamastaan psykososiaalisesta tuesta. Löngvistin (2006) mukaan psykososiaalinen tuki jaetaan henkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen tukeen.

Opinnäytetyömme tuottama tieto on asiakkaiden kokemuksista tulevaa. Asiakkaat pääsivät kertomaan, millaista psykososiaalista tukea he saivat, kuinka he kokivat psykososiaalisen tuen auttavan heitä ja minkälaista psykososiaalista tukea he halusivat lisää. Kun hoidetaan mielenterveys- ja päihdeongelmaa, tulisi tuen olla kokonaisvaltaista. Tutkimuksen tuottama tieto on tarpeellista, sillä sen avulla kuntoutusta pystytään kohdentamaan paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksemme tietoja voidaan hyödyntää päihdekuntoutuslaitoksissa, joissa hoitomallina on yhteisöhoito.

2 PÄIHDEHUOLLON JÄRJESTELMÄ

Päihdehuolto tarkoittaa kunnallista tai vapaaehtoista toimintaa, jonka palveluista säädetään päihdehuoltolaissa (Päihdehuoltolaki 1986). Perustan päihdehuollolle kuitenkin luovat sosiaalihuoltolaki sekä terveydenhuollon yleinen lainsäädäntö. Päihdehuoltolain mukaan kunnan velvollisuutena on järjestää päihdehuoltopalveluja, jotka vastaavat määrältään ja laadultaan kuntalaisten tarpeita. (Mäkelä 2003, 192.) Lain tavoitteena on pyrkiä ehkäisemään sekä vähentämään päihdeiden väärinkäyttöön liittyviä sosiaalisia, psyykkisiä ja fyysisiä haittoja sekä edistämään ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuollossa on neljä keskeistä periaatetta: palvelut tulee järjestää niin, että niihin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan, hoidon tulee perustua luottamuksellisuuteen, toiminnassa on huomioitava päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu ja ongelmakäyttäjää on tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan. (Päihdehuoltolaki 1986.)

Palveluiden tulee ensisijaisesti olla avohoitoa ja niiden tulee olla helposti tavoitettavissa (Mäkelä 2003, 192). Halosen (2005) tutkimuksessa päihdeasiakkaat kokivat palveluita olevan saatavilla, mikäli itseltä löytyi motivaatioita ja tietoa palvelumahdollisuuksista. Asiakkaat kokivat tiedottamisen sekä palveluun ohjaamisen heikkona. Ohjautuminen päihdepalveluihin tapahtui omaehtoisesti, fyysisen pakon edessä tai ulkopuolisen ohjauksen kautta.

Päihdehuoltolain mukaan ensisijaista palvelua tulee saada sosiaali- ja terveydenhuollon yleisistä peruspalveluista, kuten esimerkiksi sosiaalitoimiston palveluista, terveyskeskuspalveluista sekä äitiysneuvoloista. Jos päihdeongelmaisen ja hänen läheistensä palveluntarpeeseen ei voida vastata riittävällä tavalla yleisissä peruspalveluissa, tulee lain mukaan käyttää erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. (Mäkelä 2003, 192.) Päihdehuollon erityispalveluja antavat A-klinikat, katkaisuhuoltoasemat, huoltolat, ensisuojat, yhteismajoitukset, nuorten erityispalvelupisteet sekä erilaiset ryhmät ja yhteisöt. Tällaisia ryhmiä tai yhteisöjä ovat esimerkiksi kansalaisjärjestöt, seurakunnat ja muut uskonnol-

liset yhteisöt sekä vertaisryhmät. Nämä ovat huomattava lisä kunnan tarjoamaan päihdehoitoon. (Tukiasema 2000, Mäkelä 2003, 193.) Useimmat erityispalvelut on tarkoitettu kaikenlaisten päihteiden, kuten alkoholin, huumeiden tai lääkeaineiden ongelmakäyttäjille. Merkittävän osan erityispalveluista tulee kuitenkin erilaisilta päihdehuoltoon erikoistuneilta järjestöiltä, joilta kunnat tilaavat tarvitsemansa palvelut ostopalveluna. (Mäkelä 2003, 193.)

Mainiemessä päihdekuntoutuksen osana käytetään vertaistukiryhmiä, kuten AA- ja NA-ryhmiä. Ryhmät ovat sisällöltään samanlaisia kuin muuallakin Suomessa. Mainiemessä AA- ja NA-ryhmät kokoontuvat kaksi kertaa viikossa. Toisen AA-ryhmän vetäjänä toimii ulkopuolinen henkilö ja toisen ryhmän järjestäminen on Mainiemen asiakkaiden omalla vastuulla. NA-ryhmien järjestäminen on kokonaan asiakkaiden vastuulla. Lisäksi asiakkailta on mahdollisuus käydä viikoittain lähipaikkakuntien AA- ja NA-ryhmissä. (Aki Heiskanen, henkilökohtainen tiedonanto 20.11.2009.)

2.1 AA- ja NA-ryhmät osana päihdehuollon järjestelmää

Alcoholics Anonymous(AA) suomeksi Nimettömät Alkoholistit on toveriseura miehille ja naisille, jotka ovat menettäneet kyvyn säännöstellä alkoholin käyttöön ja juominen on aiheuttanut heille moninaisia vaikeuksia. Toiminnan perustana on ns. kahdentoista askeleen toipumisohjelma. Askelia ei ole pakko noudattaa, mutta niiden noudattaminen antaa parempia valmiuksia saavuttaa raittius. (Suomen AA 2009) Sekä AA-ryhmässä että NA-ryhmässä hengellisyys on tärkeä osa toipumisprosessia (Suomen AA 2009, NA-suomi 2009).

AA-ryhmien tarkoituksena on antaa alkoholiriippuvaiselle mahdollisuus jakaa kokemuksensa. Lisäksi tarkoituksena on ratkaista yhteinen ongelma ja saavuttaa raittius. Ryhmät ovat vertaistukea tarjoavia ryhmiä ja ne perustuvat vapaaehtoisuuteen. He kertovat, mitä juominen sai aikaan heidän elämässään ja persoonallisuudessaan, millaista apua he tarvitsivat ja millaista heidän elämänsä nyt on. Avoimiin kokouksiin voi osallistua kuka tahansa. Suljettuun kokoukseen

voivat osallistua vain alkoholistit. Suljetun kokouksen tarkoituksena on tarjota AA:n jäsenille tilaisuus keskustella alkoholismiin liittyvistä vaiheista, joita voivat ymmärtää vain toiset alkoholistit. Suljetut kokoukset ovat erittäin tärkeitä uudelle jäsenelle, koska hänellä on niissä tilaisuus tehdä kysymyksiä asioista ja oppia toisten jäsenten kokemuksista. AA:n tarkoituksena on auttaa alkoholi riippuvaisia ja siksi AA ei pysty auttamaan muista päihteistä riippuvaisia henkilöitä. Tämän vuoksi esimerkiksi narkomaaneille on oma toveriseura NA eli Nimettömät Narkomaanit. (Suomen AA 2009)

Nimettömät Narkomaanit on eli NA (Narcotics Anonymous) on entisten päihteidenkäyttäjien perustama toveriseura niille, joille huumeista on muodostunut ongelma. Nimettömät Narkomaanit perustavat toipumisen myös kahteentoista askeleeseen. Toipuvat huumeriippuvaiset kokoontuvat säännöllisesti auttaakseen toisiaan pysymään kuivilla. Ryhmässä jaetaan erilaisia huumeriippuvuuteen liittyviä tunteita ja kokemuksia. Vanhemmasta jäsenestä voi pyytää itselleen tukihenkilön. Avoimiin kokouksiin voivat osallistua kaikki, suljettuihin vain toipuvat huumeriippuvaiset. (NA Suomi 2009)

2.2 Päihdehuollon kuntoutuslaitokset

Päihdehuollon kuntoutuslaitokset on tarkoitettu henkilöille, joille avohoidon palvelut eivät ole katkaisuhoidon jälkeenkään riittäviä tai tarkoituksenmukaisia tai joiden hoito edellyttää määrääkaikaista erillään oloa normaalista fyysisestä ja sosiaalisesta elinympäristöstä. Kuntoutuslaitokset on tarkoitettu katkaisuhuitoa pidempiaikaiseen laitoshoidon. Niihin hakeudutaan A-klinikoiden tai sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden kautta. Kuntoutuslaitoksissa sovelletaan sosiaalityön ja terveydenhuollon menetelmiä, kuten yksilö- ja ryhmäterapiaa, perheterapiaa ja terveysneuvontaa. (Mäkelä 2003, 196.)

Kuntoutuslaitoksessa voidaan laatia asiakkaalle huoltosuunnitelma, joka perustuu sosiaalihuoltoasetukseen, sekä kuntoutussuunnitelma, joka perustuu päih-

dehuoltoasetukseen (Kuntoutusraha-asetus 1991). Kuntoutussuunnitelmassa tulee selvittää keskeiset asiat joihin pyritään, keinot, joilla tavoitteeseen päästään sekä arvioitu aika, joka tavoitteiden saavuttamiseen menee. Lisäksi siitä tulee selvittää, kuinka hoidon jälkeen annettava tuki järjestetään. (Päihdehuoltoasetus 1986.)

2.3 Kuntoutumiskeskus Mainiemi

Mainiemen kuntoutumiskeskus on Lammilla sijaitseva päihdekuntoutuksen erityispalveluja tarjoava kuntoutumisyksikkö. Se tuottaa päihdeongelmallisille, heidän läheisilleen ja kuntoutusta toteuttaville yhteistyötahoille palveluja, joilla tuetaan päihdeettömien selviytymiskeinojen löytymistä. Kuntoutumiskeskuksen toiminta perustuu Maxwell Jonesin kehittämään terapeuttiseen yhteisöhoitoon. Mainiemen toiminta-alueena ovat Kanta-Häme, Päijät-Häme sekä Pirkanmaa. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2008.) Mainiemi tarjoaa erilaisia laitospalveluita, kuten kuntoutumisjaksoja, intervallijaksoja sekä korvaushoidon tehoste- ja kuntoutumisjaksoja. Näiden lisäksi siellä tarjotaan myös avohoitoa.

Mainiemessä toimii kuusi yhteisöä. Asiakaspaiikkoja on yhteensä 45. Arvo on naisille ja miehille tarkoitettu kuntoutumisyhteisö. Arvo on jaettu kahteen osaan, jossa molemmissa on 8 asiakaspaiikkaa. Kunto on 16 paikkainen miehille tarkoitettu yhteisö. Arvon tapaan Kuntokin on jaettu kahteen pieniyhteisöön. Helmi on 9 paikkainen naisille kohdistettu yhteisö. Helmessä tarkoituksena on itseensä tutustumisen avulla selviytyä päihdeongelmasta. Perheille päihdekuntoutusta Mainiemessä tarjoaa perheyhteisö Maininki. Yhteisö tarjoaa perheille keskusteluryhmiä, toiminnallisia tapahtumia sekä yksilö-, pari- ja perhekeskusteluja. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2009.)

Mainiemessä on lisäksi kaksi yhteisöä, joissa asiakas voi jatkaa kuntoutumistaan perusjakson jälkeen. Pähkinä on 8 paikkainen yhteisö, jossa työtoiminta on osa kuntoutumista. Lisäksi osa intervalli-asiakaista sijoittuu Pähkinään. Kaksi-paikkainen Terho tarjoaa mahdollisuuden pitkäaikaiseen yhteisöhoitoon. Pähki-

nän ja Terhon kuntoutumisjakso voi lisäksi jatkua työ- ja asumisharjoitteluna Mainiemessä tai sen ulkopuolella. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2009.)

Mainiemessä työskentelee terveydenhuollon sekä sosiaalialan ammattilaisia. Muutamilla ohjaajista on myös psykoterapiakoulutus. Lääkäri on tavattavissa yhtenä päivänä viikossa. Eniten työntekijöitä on päivävuorossa, iltaisin työskentelee 1–2 ihmistä, öisin ja viikonloppuisin yksi. Lisäksi Mainiemessä on oppisopimuskoulutusta sekä opiskelijoiden harjoittelujaksoja. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2008.) Työntekijöitä on Mainiemessä yhteensä 37,5 (Aki Heiskanen, henkilökohtainen tiedonanto 20.11.2009).

Mainiemessä asiakkaita kannustetaan tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen sekä tukemaan toisiaan. Lisäksi tärkeänä pidetään turvallisuutta, raittiutta, päihteettömyyttä, toipumista ja kuntoutumista edistävää ilmapiiriä. Jokaisen asiakkaan kanssa sovitaan Mainiemi -yhteisön perussopimus (jatkossa Mainiemisopimus), jossa henkilö sitoutuu yhteisön sääntöihin ja jossa määritellään yksilön oikeudet sekä velvollisuudet. Tämän lisäksi yksittäisillä yksiköillä saattaa olla omia käytäntöjä ja sopimuksia. Mainiemi -sopimuksessa sovitaan esimerkiksi päihteettömyydestä, väkivallattomuudesta, vierailuajoista, henkilön vastuista, salassapiidosta sekä seurauksista, jotka seuraavat sopimuksen rikkomisesta. (Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2008.)

2.4 Terapeuttinen yhteisöhoito Mainiemessä

Peruslähtökohtana yhteisöhoidossa on ajatus, että koko yhteisöä käytetään tietoisesti hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Kaikkea sitä, mitä yhteisössä tapahtuu, tulisi arvioida yhteisön perustehtävästä käsin. Vaikka terapeuttista yhteisöhoitoa on kuvattu jo ennen Maxwell Jonesia (1907–1990), pidetään häntä silti hoitomuodon kehittäjänä. Terapeuttinen yhteisöhoito on hoitomuoto, jossa koko yhteisö, sekä henkilöstö että potilaat ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. (Murto 1997b, 13, 17.) Siinä korostetaan myös potilas- ja henkilöstöryhmien vapaata tiedonkulkua sekä salli-

vaa asennoitumista, joka tukee tunteiden vapaata ilmaisua. Tämä vaatii tasa-arvoista ja demokraattista organisaatiota. (Murto 1997a, 11.) David Clark (1977) kuvaa Murron teoksessa terapeutista yhteisöä pienehköksi, toisensa tuntevien ihmisten jatkuvassa läheisyydessä ja vuorovaikutuksessa muodostuvaksi yhteisöksi. Keskeistä on henkilöstön ja potilaiden oppiminen, henkilökohtainen kasvu ja muuttuminen. Tähän kuuluu myös poikkeavan käyttäytymisen salliminen, analysointi ja konfrontaatio (todellisuuden kohtaaminen). Robert Rapoport (1960) on Murron teoksessa tiivistänyt Jonesin terapeuttisen yhteisöhoidon neljään tekijään, joita ovat: demokraattinen päätöksenteko, sallivuus, yhteisöllisyys ja konfrontaatio. (Murto 1997b, 13–14, 17, 28–29.) Jotta keskeinen sisältö olisi mahdollista toteuttaa, määrittelee Jones ryhmän suurimmaksi mahdolliseksi kooksi sata henkilöä. Tämän rajan ylittämisen jälkeen on todennäköisesti pakko käyttää jonkinlaista edustuksellista osallistumisen muotoa, joka puolestaan ei palvele kaikkien asiakkaiden terapeutista osallistumista hallintoon. (Murto 1997a, 26.)

Yhteisön toiminnallinen rakenne tarkoittaa kaikkia toimintaepisodeja, jotka rytmittävät asiakkaiden aikaa. Pelkistetyimmillään se käsittää erilaiset ja eri kokoonpanoissa tapahtuvat kokoukset, työtehtävät ja terapiaryhmät. Tavallisesti henkilökunnan ja asiakkaiden päivittäisen toiminnan rakenteet eroavat toisistaan: henkilökunnalla on omia kokouksia ja tehtäviä, joihin asiakkaat eivät osallistu ja asiakkailta puolestaan toimintaa, johon henkilökunta ei osallistu. Vaarana on, että jos asiakkaiden ja henkilökunnan yhteistä toimintaa on liian vähän, voi näiden ryhmien välille syntyä kuilu. Hajanainen yhteisö ei kykene kuntouttamaan psyykkisesti hauraita tai hajanaisia ihmisiä. (Murto 1997b, 239–240.) Eräs tärkeä yhteisöllistä eheyttä turvaava sekä henkilöstöä ja asiakkaita yhdistävä toimintaepisoodi on yhteisökokous, joka Mainiemessä on nimellä Mainiemikokous.

Yhteisökokouksessa kokoontuvat koko osaston, yksikön tai yhteisön henkilöt keskustelemaan ja vaihtamaan kuulumisia. Se on toiminnan ja kehityksen perusta, ja näin ollen erittäin tärkeä osa Jonesilaista yhteisöhoitoa. Yhteisökokousten tarkoituksena on vahvistaa uskoa hoitoprosessiin, olla yhteisön kommunikoinnin perusta, vaikuttamisen ja kontrollin väline ja oppimisen foorumi. Lisäksi

sen keskeisiin tarkoituksiin kuuluvat perustehtävän esillä pitäminen, avoimen kommunikaation turvaaminen koko yhteisössä, päätösten tekeminen, sääntöjen sopiminen ja niiden noudattamisen valvominen sekä yksikköjen välisten ristiriitojen käsittely. (Murto 1997b, 221, 240–241.)

Yhteisökokouksessa henkilökunnan vastuullinen rooli korostuu, sillä mahdolliset ennakkoluulot tulevat julki ja vanhat uskomukset ja asenteet joutuvat arvioinnin kohteeksi. Toisaalta potilaiden tai henkilökunnan epäsovinnainen käytös tulee yleiseen tietoisuuteen, jolloin siihen voidaan vastaisuudessa puuttua paremmin ja ehkäistä sitä ennakolta. Parhaimmillaan yhteisökokoukset saavat aikaan sen, että potilaiden rooli tulee vastuuntuntoisemmaksi ja enemmän henkilökunnan roolia muistuttavaksi. Tämä on erityisen tärkeää yöllä, jolloin henkilökuntaa on vähän. Lisäksi onnistuneet yhteisökokoukset kiinteyttävät yhteisöä, korostavat vertaisryhmän roolia, lisäävät luottamusta ja parantavat turvallisuutta. (Murto 1997a, 18–19.) Mikäli yhteisökokouksia ei pidetä tai niitä on liian harvoin, yksiköidenvälinen kommunikaatio toimii huonosti. Tämä puolestaan eristää yksiköitä toisistaan. Tällaisessa tilanteessa yhteisön mahdollisuudet puuttua epätoivotuun käytökseen ovat rajalliset tai olemattomat. (Murto 1997b, 240–241.)

3 PÄIHTEET JA NIIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita, jotka vaikuttavat ihmisen psyykkisiin ja fyysisiin toimintoihin sekä tajunnan tasoon ja aiheuttavat mielihyvää. Niihin luetaan tupakka, alkoholi, tekniset liuottimet, lääkkeet ja huumeet. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 65.) Päihteiden käyttöä esiintyy useimmissa kulttuureissa, mutta käytetyt aineet vaihtelevat kulttuureittain. Myös niistä aiheutuvat haitat, niihin liittyvät sosiaaliset normit ja yhteiskunnan säätelytoimenpiteet vaihtelevat eri kulttuureissa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 50.) Päihdenväärinkäyttö on lisääntynyt (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009). Suomalaiset käyttävät päihteenä yleisimmin alkoholia, mutta alkoholin rinnalla myös lääkkeiden ja erilaisten laittomiksi luokiteltujen huumausaineiden käyttö lisääntyi

1990-luvulla. Huumeiden kokeilukäyttö tasoittui kuitenkin 2000-luvun alussa. (Havio ym. 2008, 50.) Vuonna 2006 n. 13 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista kertoi käyttäneensä tai kokeilleensa jossain vaiheessa elämäänsä jotakin huumausainetta. Alkoholijuomien kokonaiskulutus vuonna 2006 oli 10,3 litraa 100 % alkoholia asukasta kohti. Aikuisväestöstä 88 prosenttia kertoi käyttävänsä alkoholia ja näistä suurkuluttajia arvioidaan olevan 6–12 prosenttia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2007, 17.)

Päihteitä käytetään niiden positiivisten vaikutusten vuoksi. Tärkeintä päihteiden käytössä ei ole käytettävä aine vaan se, mikä merkitys aineella on käyttäjälle. Voidaan sanoa, että ihmiset käyttävät päihteitä vaikuttaakseen keskushermostonsa ja saavuttaakseen toisenlaisen mielentilan kuin heillä on. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 17, 65.) Suomalaisessa kulttuurissa alkoholi on yleisesti hyväksytty ja laajasti käytetty päihde, ja se on myös laillinen. Alkoholin käyttö liittyy yhdessä oloon, juhlaan ja ruokailuun ja siitä etsitään rentoutusta, helpotusta ja itsensä palkitsemista. Huumeiden käyttöön suhtautuminen Suomessa on pääosin kielteistä. Niiden käyttö nähdään yleisesti haitallisena ja rikollisena toimintana ja myös alakulttuuriin rajoittuvana ilmiönä. Julkisesti huumekeskusteluissa puhutaan useimmiten joko nuorten huumeekokeilusta tai vaikeasta ongelmakäytöstä. 2000-luvulla esille on tullut Suomessa uutena käsitteenä myös huumeiden viihdekäyttö. Suomessa huumausaineiden valmistaminen, välittäminen ja käyttö ovat kokonaan laitonta toimintaa. (Havio ym. 2008, 51–53.)

4 YLEISESTI PÄIHDERIIPPUVUUDESTA

Riippuvuuden syntymiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Nopeasti tyydyttävän olon aiheuttava aine tai tekeminen ovat merkittäviä nopean riippuvuuden aiheuttajana. (Koski-Jännes 2005.) Alkoholistien lähisukulaisista tulee alkoholisteja useammin kuin väestöstä keskimäärin. Tämä viittaa siihen, että perimä vaikuttaa osaltaan alkoholisoitumiseen. Väestöliiton tutkimuksen mukaan perinnöllinen alttius liittyy myös muiden päihteiden käyttöön. (Hyytiä 2003, 33,35.) Perin-

tötekijöiden lisäksi kokemukset lapsuudessa, nuoruudessa sekä myöhemmän iän kriisit voivat aiheuttaa riippuvuuskäyttäytymistä. Riippuvuusalttiutta lisää myös yhteiskunta jossa yksinäisyys, vieraantuminen, tulevaisuuden näkymien ja perinteiden heikentyminen altistavat riippuvuuskäyttäytymiselle. Ympäristö tai perintötekijät eivät kuitenkaan aiheuta yksilön riippuvuutta vaan henkilöllä tulee olla halu ja toistuva tarve turvautua kyseiseen aineeseen tai toimintaan. (Koski-Jännes 2005.)

Riippuvuus voidaan jakaa myönteiseen ja kielteiseen riippuvuuteen. Myönteisessä riippuvuudessa toistuva toiminta tuottaa mielihyvää kun taas kielteisessä riippuvuudessa mielihyvän lisäksi riippuvuus muodostuu pakonomaiseksi ja vaikuttaa kielteisesti muihin elämisen toimintoihin. (Koski-Jännes 2005.) Riippuvuudelle ovat ominaisia himo tai pakonomainen halu käyttää ainetta sekä elimistön kasvava kyky sietää ainetta. Käytön lopettamisesta aiheutuvat fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet. Päihderiippuvuudelle tyypillistä on myös heikentynyt kyky hallita käytön aloittamista, määrää tai lopettamista ja käytön muodostuminen elämän keskeiseksi asiaksi. Tyypillistä on myös käytön jatkuminen kiistattomista haitoista, kuten fyysisen ja psyykkisen terveyden heikkenemisestä huolimatta. Lisäksi riippuvuusdiagnoosi edellyttää WHO:n ICD-10-luokituksessa kolmen tai useamman kriteerin toteutumista viimeisten 12 kuukauden aikana. (Tacke & Tuomisto i.a.)

Myönteisessä riippuvuudessa ihminen kykenee luottamaan muihin ihmisiin ja kykenee siten myös hakemaan apua ilman, että hänen itsetuntonsa kärsii. Kielteinen riippuvuus on aina merkki liiallisesta kiintymisestä ja pakonomaisesta käytöksestä riippuvuuden kohteeseen, esimerkiksi päihteisiin. Kielteinen riippuvuuskäyttäytyminen estää henkilöä hakemasta apua vaikka avun tarve olisi ilmeinenkin. Eristäytyminen ja kieltäytyminen myönteisistä ja apua tarjoavista ihmissuhteista voi olla merkki riippuvuusongelmasta. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 26–29.) Häpeä ja syyllisyys saavat ihmisen kieltämään ongelmansa. Riippuvuuden salaaminen, ympäristön reaktiot sekä itsehallintaa ihannoivat ympäristöt pahentavat ongelmaa. (Koski-Jännes 2005.)

Riippuvuudesta voi päästä eroon, mutta tämä vaatii henkilöltä ongelman myöntämisen sekä tahtoa asian korjaamiseksi. Tärkeintä riippuvuudesta eroon pääsyssä on itsetutkiskelu sekä tiedostaminen millaisissa tilanteissa ja kuinka toistuvasti aine tai toimintamalli hallitsee elämää. Uusien vaihtoehtojen löytämisellä paheen tilalle ja tukihenkilön avulla voidaan päästä pitkälle riippuvuudesta irrottautumisessa. Toisaalta ongelman ratkaisussa voivat auttaa erilaiset vertaisryhmät tai asianmukainen hoito. (Koski-Jännes 2005.)

4.1 Päihteiden riippuvuuskäyttö

Päihderiippuvuus, alkoholismi ja narkomania ovat sanoja, jotka saattavat herättää helposti voimakkaita mielikuvia (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 75). Päihderiippuvuudesta on kyse silloin, kun ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain, eikä hän enää hallitse suhdettaan riippuvuuden kohteeseen eli päihteeseen (Havio ym. 2008, 42). Käytön motiivit ovat ainekeskeisiä eli ainetta pitää saada eikä se saa loppua (Vuori-Kemilä ym. 2007, 35). Päihdeongelmainen ei pysty hallitsemaan päihteiden käyttöönsä, vaikka niiden käytöllä on negatiivisia vaikutuksia hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Fyysinen riippuvuus ja vieroitusoireiden pelko ovat usein syynä riippuvuuskäyttämisen jatkumiseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 19.)

Monet tekijät vaikuttavat siihen, muuttuuko ihmisen kohtuullinen päihteidenkäyttö päihderiippuvuudeksi. Päihderiippuvuuden syntymiseen vaikuttavat mm. päihteen fysiologiset ja neurobiologiset vaikutukset ihmisessä, päihteen käyttäjän yksilölliset fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet, persoonallisuus sekä yhteisölliset ja kulttuurisidonnaiset tekijät. (Havio ym. 2008, 43.) Päihderiippuvuutta tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti eli ihmisen henkisestä, psykologisesta, sosiaalisesta ja fysiologisesta ulottuvuudesta käsin. Henkiseen tasoon kuuluvat mm. arvot, uskomukset ja ihanteet, psykologinen taso on ihmisen tunne- ja järkipitoinen alue, sosiaalinen taso kattaa vuorovaikutuksen lähisuhteissa ja fyysiseen tasoon luetan kaikki, mikä on ihmisessä biologista. Päihteiden käytön ai-

kana tapahtuu muutoksia kaikilla näillä alueilla samanaikaisesti. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 35.) Ruisniemen (2006) tutkimuksessa ilmeni, että ihminen tarkastelee aina itseään ja ympäristöään omien kokemustensa ja tulkintojensa kautta. Riippuvuudesta irrottautuessaan hänen on opeteltava uudenlaisia selviytymiskeinoja ja uudenlainen näkemys itsestään. Riippuvuudesta irtautumisen elementtejä ovat riittävä sosiaalinen tuki uudessa elämäntavassa, uudenlaiset ajattelut ja toimintamallit, ammattiauttajien tukea antava työskentelytyyli ja uudenlaisen identiteetin omaksuminen.

Tutkimuksessaan Leimio-Reijonen (2002) on tuonut esille, että päihteiden riippuvuuskäytön ehkäisemiseksi tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin: elämänhallinnallisten taitojen kohentaminen, suojaavien tekijöiden vahvistaminen, yhteiskuntaan sitoutuminen, yhteisöllisyyden lisääminen sekä elinolosuhteiden ja elämänlaadun kokonaisvaltainen parantaminen. Tarkoituksena on pysyvän muutoksen ja toiminnan sisällyttäminen osaksi normaalia arkipäivää.

4.2 Päihderiippuvuus huumeiden väärinkäyttäjällä

Päihderiippuvuus on olennaisilta osiltaan samantapaista olipa riippuvuuden aiheuttavana päihteenä alkoholi tai huumeet. Merkittävin ero on siinä, että tavallisesti alkoholiriippuvuuden kehittyminen kestää useita vuosia, kun taas huumeriippuvuuden kehittymiseen saattaa mennä vain muutama kuukausi. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 75–76.) Huumeriippuvuus on riippuvuutta ihmisen hermostoon ja psyykeen vaikuttavista laittomassa käytössä olevista aineista. Eri huumeiden riippuvuusominaisuudet vaihtelevat merkittävästi. (A-klinikkasäätiö 2000, 143.) Kaikki huumeita kokeilevat eivät tule välttämättä riippuvaiseksi ollenkaan. Eroja on myös siinä, kuinka paljon ja kuinka kauan huumaavia aineita voi käyttää tulematta riippuvaiseksi. (Ahtiala, & Ruohonen, 1998, 152.)

Huumeriippuvaisella huumeet muodostuvat elämän sisällöksi tai ne toimivat korvikkeena epätydyttävässä elämäntilanteessa. Käyttäjä yrittää poistaa huumeen avulla ahdistusta ja pyrkii saavuttamaan hyvän olon tunteen. (Havio ym.

2008, 64.) Huumeiden käyttöön voi liittyä myös pyrkimys saada itseluottamusta, parempi itsetunto ja apua ujouteen. Huumeista saatetaan hakea apua myös masennukseen ja ahdistukseen ja joskus jopa mielisairauden, kuten skitsofrenian oireisiin. (Ahtiala ym. 1998, 153.) Tutkimuksessaan Hännikäinen-Uutela (2004) tutki yhteisökasvatusta vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Tutkimustulosten mukaan huumeista haettiin korvaavaa tai tasa-painottavaa elämystä poistamaan normaalielämässä koettuja puutteita ja riittämättömyyksiä. Huumeilla saatiin itselle tärkeitä kokemuksia.

Jokimaan (2006) tutkimuksessa päihderiippuvuus näkyy huumeiden aktiivikäyttäjän arjessa siten, että tulon tarpeet ovat suuret. Riittävän tulotason saavuttamiseksi riippuvuus päihteeseen pakottaa käyttäjän tekemään rikoksia. Tutkimuksessa tulee myös ilmi, että huumeriippuvuus vaikuttaa asunnottomuuteen. Jokimaan (2006) tutkimuksessa lähes kaikki haastateltavista olivat olleet ilman asuntoa jossakin aktiivikäytön vaiheessa.

5 MIELENTERVEYS JA HENKINEN HYVINVOINTI

Fyysinen terveys ja mielenterveys liittyvät voimakkaasti toisiinsa. Kuitenkaan mielenterveyden määrittely ei ole aivan yksinkertaista. Vilkkö-Riihelän (2001) mukaan se ei välttämättä ole vain psyykkisen sairauden puuttumista, vaan se voi viitata myös ihmisen kykyyn sopeutua uusiin ja muuttuviin tilanteisiin. Ehjä minäkuva sekä tasapaino itsensä ja ympäristönsä kanssa ovat osa mielenterveyttä. Tärkeää on se, että ihminen kykenee käsittelemään pahaa oloaan. WHO:n mukaan mielenterveys viittaa erilaisiin toimintoihin, jotka suoraan tai epäsuorasti vaikuttavat henkiseen hyvinvointiin (World Health Organization 2009). Vilkkö-Riihelä (2001) määrittelee mielenterveyden tilaksi, jossa tärkeitä alueita ovat itsetunto, itsenäisyys, ongelmien ratkaisukyky ja sopeutuminen, sekä toimintakyky elämän eri tilanteissa. Lisäksi kyky luoda hyviä ihmissuhteita sekä nauttia niistä kuuluvat osaksi mielenterveyttä. Lehtosen ja Lönnqvistin (2001) mukaan mielenterveys voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä

voimavarana, jota kaiken aikaa sekä käytetään että kerätään ja joka ohjaa elämää. Sillä on jatkuvasti muuttuva olemus, jonka vuoksi sen määrittelyminen on vaikeaa. Eräs tärkeä osa-alue mielenterveydessä on todellisuudentaju, joka erottaa henkilön oman ajatusmaailman ja ulkoisen todellisuuden. Tärkeä osa on myös luovuudella, joka on suuressa osassa esimerkiksi paranemisprosessissa. Terve mieli on eräällä tavalla kimmoisa, ja sillä on kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 16-17.) Hyvä mielenterveys vaatii kuitenkin ylläpitämistä, jotta elämän tuomat ongelmat eivät suistaisi sitä epätasapainoon (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007).

Mielenterveyden edistämisenä voidaan pitää kaikkea, joka vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä (Lehtonen, Lönnqvist 2001, 19). Itsensä toteuttamista voidaan pitää tärkeänä tekijänä mielenterveyden edistämässä. Mielekkäät harrastukset ja sosiaaliset suhteet ennaltaehkäisevät osaltaan mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden järkkyyessä mielekäs tekeminen voi toimia myös mielen eheyden palauttajana. Lisäksi henkilö kykenee omalla toiminnallaan vaikuttamaan mielenterveytensä kautta myös fyysiseen terveyteensä. Psykkinen paha olo saattaa oireilla myös fyysisesti, jolloin puhutaan psykosomaattisesta oireilusta. Toisaalta psykkinen mielihyvä saattaa vähentää fyysistä oireilua. Mielihyvän tunne vie kivun ”pois ajatuksista”, jolloin kivun tunne vähenee. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

6 KAKSOISDIAGNOOSIN MÄÄRITTELYÄ

Kaksoisdiagnoosipotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on samanaikaisesti päihderiippuvuus ja vakava mielenterveyshäiriö. Ilmiötä kutsutaan myös komorbidiiteiksi eli monihäiriöisyydeksi, jolloin potilas sairastaa kahta tai useampaa sairautta samanaikaisesti. Yhä useammin kaksoisdiagnoosipotilaalla on psykiatrisen häiriön ja päihderiippuvuuden lisäksi myös jokin vakava somaattinen sairaus, esim. tuberkuloosi tai HIV-infektio. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 124.)

Psyykkiset häiriöt päihderiippuvaisilla voivat olla esim. persoonallisuushäiriö, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö tai psykoottinen häiriö (Havio ym. 2008, 200). Lisäksi heillä on epäilty olevan enemmän tarkkaavaisuus-, stressi-, dissosiaatio-, ja syömishäiriöitä kuin väestössä yleensä (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 17).

Kaksoisdiagnoosipotilas on usein nuori, naimaton mies, jolla on alhainen koulutus tai ei koulutusta ollenkaan. Potilaan lähisuvussa on nähtävissä päihde- ja mielenterveysongelmia. (Havio ym. 2008, 2001.) Potilaan ja perheen välinen psykososiaalinen tuki on heikkoa ja potilaan on vaikea luoda tasapainoisia vuorovaikutussuhteita toisiin ihmisiin (Holmberg ym. 2008, 16). Taloudellinen tilanne on usein myös huono ja potilaalla saattaa olla keskeneräisiä rikosoikeudellisia asioita. Sosiaalinen verkosto on pieni ja suhteet omaisiin ovat etäiset. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 124–125.) Kaksoisdiagnoosipotilaalla monipäihdekäyttö on tavanomaista. Esimerkiksi huumausaineiden ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttäjillä on usein myös mielenterveyden häiriö. (Holmberg ym. 2008, 17.)

Päihderiippuvaiselle tulevien mielenterveyshäiriöiden syy-seuraussuhteita on usein vaikea erottaa, koska päihteiden käyttö aiheuttaa psyykkisiä häiriöitä niin päihdevaikutuksen aikana, vieroitusstilassa kuin jälkioireinakin. Toisaalta myös psyykinen häiriö voi altistaa päihdehäiriöön, joten voi olla vaikeaa arvioida, mistä kaikki on saanut alkunsa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 125.) Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että päihderiippuvuutta sairastavista nuorista ja aikuisista 50–80 prosentilla on oheissairauksina mielenterveyden sairauksia. Vastaavasti mielenterveyden sairauksista kärsivistä potilaista päihteiden ongelmakäyttäjiä on 30–90 prosenttia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on niin suuri, että arjen hoitotyössä yhteisesiintyvyys voidaan todeta olevan pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Pelkästään samanaikaisesti esiintyvien huumausaine- ja psykiatristen sairauksien vuoksi sairaalassa hoidettujen potilaiden osuus on Suomessa vuosien 1987–2002 aikana lähes viisinkertaistunut. (Holmberg ym. 2008, 13–14.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoito on haastavampaa kuin muiden potilaiden, koska heillä on usein puutteellinen hoitomotivaatio ja heillä on suurempi väkivalta- ja itsensä vahingoittamisriski. Erityisosaamista hoitohenkilökunnalta vaatii mm. vaikean päihderiippuvuuden, mielenterveysongelman ja mahdollisesti aggressiivisen päihteenkäyttäjän hoito. (Havio ym. 2008, 201.)

Jotta mielenterveysongelmiin puuttuminen olisi positiivinen ja aktiivinen prosessi, tulisi ammattilaisen ohjata asiakas oikean instanssin luokse. Lisäksi ammattilaisen tulisi osata keskustella, osoittaa kumppanuutta ja kunnioitusta. Ammattilaisen alentava suhtautuminen tulisi korvata yhteistyöllä, yhteisellä lähestymistavalla ja päätöksenteolla. (Keeley 2000, 201.) Höltän (2006) tutkimuksessa kaksoisdiagnoosipotilaiden kohtelu koettiin epäkunnioittavana sekä arvottomana. Kohtelun taustalla pidetään usein kaksoisdiagnoosipotilaiden vaikeahoitaisuutta. Huonoon kohteluun vaikuttaa paljon tietämättömyys, josta seuraa asenteellisuutta potilaita kohtaan. Ammattiauttajien keskuudessa on yleisenä käsitys, että päihderiippuvuus on itse aiheutettu sairaus. Käsitys vaikuttaa ammattilaisten halukkuuteen hoitaa päihdepotilaita.

Päihde- ja mielenterveyspotilaita hoidetaan mm. psykodynaamisella terapialla sekä perhe- ja käyttäytymisterapialla. Perhetyössä käytetään usein myös yhteisövähvistus- ja perhevalmennusohjelmaa sekä vertaistukiryhmiä. Potilaita hoidetaan päihde-, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa yleensä rinnakkain, jaksoittain tai integroidusti. Parhaimpana hoitovaihtoehtona pidetään integroitua hoitoa, jossa yksi moniammatillinen taho hoitaa potilaan kaikkia ongelmia yhtä aikaa. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon tavoitteena ei tarvitse välttämättä aina olla päihteettömyyden saavuttaminen, vaan tärkeää on asettaa potilaalle konkreettisia lyhyen aikavälin tavoitteita ja tukea häntä asettamaan hoidolleen realistisia kokonaistavoitteita. (Holmberg ym. 2008, 20.)

7 PSYKOSIAALINEN TUKI PÄIHDEHUOLLOSSA

Psykososiaalisuus on käsitteenä vakiintunut viimeisen kymmenen vuoden kuluessa päihdetyön ammattisanastoon (Weckroth 2007). Käsite ”psykososiaalinen tuki” esiintyy kirjallisuudessa ja tutkimuksissa paljon ja monissa eri merkityksissä (Helminen 2005, 24). Psykososiaalisuudesta on hyötyä puhuttaessa ilmiöstä joka liittyy ihmisyyteen. Ihmisyyteen liittyy piirteitä, joita muutoin on hankala kuvata. Sen avulla pystytään myös ihmisyyteen liittyvä tutkimus ohjaamaan olennaisiin kysymyksiin. Sen merkitys riippuu paljon siitä, kuka käsitettä käyttää ja kenelle viesti on kohdennettu. (Weckroth 2007.) Lönngvistin (2006) mukaan psykososiaalinen tuki on ihmisen auttamista, johon kuuluu henkinen, sosiaalinen ja hengellinen tuki. Omassa opinnäytetyössämme käytämme tätä määritelmää psykososiaalisesta tuesta.

7.1 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalinen tuki on näkökulma, jossa asiakasta pyritään ymmärtämään mahdollisimman laajasti (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 79). Psykososiaalisiin sairauksiin kuten mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä, joka saattaa aiheuttaa syrjäytymistä. Syrjäytyminen altistaa edelleen mielenterveys- ja päihdeongelmille. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 79.) Asiakkaat saattavat kärsiä yhtä aikaa muun muassa psyykkisistä ongelmista, sosiaalisesta syrjäytymisestä, päihteiden sekakäytöstä tai riskikäyttäytymisestä. Tällöin päihdeongelman lisäksi sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien hoidosta on hyötyä. (Havio ym. 2008, 127.)

Psykososiaalista tukea ja hoitoa tarvitaan tilanteissa, jossa ihminen on epätasapainossa ja hänellä on vaikeuksia huolehtia itsestään ja elämästään. Ihmisen auttamiseen ja tasapainon saavuttamiseen on järjestettävä hoitoa, joka tarjoaa monipuolista psykososiaalista tukea. (Sirola 1992, 2.) Hoito on usein eri teorioi-

hin perustuvien menetelmien ja työtapojen yhdistelmä (Käypä hoito -suositukset 2006). Siitä, mikä psykososiaalinen hoitomuoto sopisi kullekin asiakasryhmälle paremmin kuin jokin toinen, ei ole tieteellistä näyttöä. Kuitenkin mitä moniongelmaisempi asiakas on, sitä paremmin sopivat psykososiaaliset hoitomuodot. (Havio ym. 2008, 127.) Psykososiaalinen tuki voi painottua psyykkiseen työskentelyyn. Se voi painottua myös sosiaaliseen eli vuorovaikutukseen ja elämiin painottuvaan toimintaan. (Päihdelinkki 2005.) Sirolan (1992) mukaan psykososiaalisen tuen muotoihin kuuluu monipuolinen henkinen, sosiaalinen ja hengellinenkin apu.

Sosiaalisia voimavaroja tuovat esimerkiksi ihmissuhteissa koettu sosiaalinen tuki, joka voi olla hyvin monimuotoista. Tärkeää on sosiaalinen verkosto ja kokemus, ettei ole yksin. Sosiaalinen tuki voi olla konkreettista apua, emotionaalista tukea tai tiedon saantia. (Kettunen ym. 2009, 66.) Piispasen (2009) mukaan sosiaalista tukea Mainiemessä ovat yhteisöhoidon eri muodot, vertaistuki ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen. Yhteisöhoidon eri muotoja ovat esimerkiksi yhteisökokous, demokraattinen päätöksenteko, Mainiemisopimus ja yhteisöjen omat sopimukset.

Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa henkisen tuen menetelmiä ovat kahdenkeskiset keskustelut ohjaajien kanssa, ohjaajan kiinnostus asiakkaan voinnista, asiakkaan kokemus kuulluksi tulemisesta ja ohjaajien tuki asiakkaan omiin voimavaroihin. (Piispasen 2009 14–19.) Henkisiin voimavaroihin kuuluvat kaikki maailmankatsomukseen kuuluvat seikat, joiden kuntoutuja kokee edistävän omaa elämänhallintaa ja kuntoutumista. Niihin kuuluvat kognitiiviset taidot, motivaatio, itsetuntemus, itsesäätelyn taidot, hengellinen vakaumus ja maailmankatsomus. (Kettunen ym. 2009. 67.)

Hengellisyydellä voidaan esimerkiksi tarkoittaa osallistumista uskonnollisiin tilaisuuksiin, oman uskonnon kirjallisuuden lukemista ja yhteyttä toisiin uskoviin. Jokaisella ihmisellä on erilaisia hengellisiä tarpeita ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa uskonnollisissa asioissa. Hengellinen hoito on osa ihmisen kokonaihoitoa. Hoidon tarkoituksena on auttaa ihmistä pohtimaan kysymyksiä, jotka liittyvät elämään, sosiaalisiin suhteisiin sekä suhdetta Jumalaan. Henkilökunnan avoin

suhtautuminen ja kyky keskustella hengellisistä asioista mahdollistavat asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon. (Aalto & Hanhironva 2009,12,14,16,22.) Mainie-messä hengellisen tuen muotoja ei ole eritelty (Aki Heiskanen, henkilökohtainen tiedonanto 20.11.2009).

Psykososiaalinen työn kohteena ovat yksilön tai ryhmien psyykkiset ja sosiaali-set ongelmat (Vilen, Leppämäki, Ekström 2002,18). Psykososiaalinen työ pyrkii ratkaisemaan miten psyykkiset ongelmat ja sosiaaliset ongelmat vaikuttavat toisiinsa yksilöiden ja perheiden elämässä. Psykososiaalisen työprosessin kesto vaihtelee muutamista kerroista vuosien mittaiseen työskentelyyn. Psykososiaa-liseen työhön kuuluu sosiaalisiin suhteisiin vaikuttaminen laajemmin kuin vain perheen ja läheisten tasolla. (Granfelt, Jokiranta, Karvinen, Matthies & Pohjola 1993.)

7.2 Psykososiaalisen tuen tavoitteet

Psykososiaalisten palveluiden yhteisenä tavoitteena on psyykkisen ja sosiaali-sen toimintakyvyn ylläpitäminen, palauttaminen ja saavuttaminen (Pohjois-Suomen sosiaalialian osaamiskeskus i.a.). Psykososiaalisen hoidon tarkoituk-sena on saada potilaat pärjäämään yhteiskunnassa. Alkoholi- ja huumeriippu-vuuksien hoidossa käytetyt psykososiaaliset hoitomuodot antavat positiivisia vaikutuksia ja asiakkaan toimintakyky paranee. (Havio ym. 2008, 127.) Kettu-nen (2002) Helmisen teoksessa kuvaa psykososiaalisen tukemisen olevan asi-akkaan voimavarojen etsimistä jonka tavoitteena on, että asiakas selviäisi ar-jessa itsensä kanssa ja ymmärtäisi itseään.

Psykososiaaliseen toimintakykyyn kuuluu pärjätä normaaleissa elämään ja yh-teisöelämään liittyvissä tilanteissa. Se sisältää kyvyn tulla toimeen arjessa, ky-vyn olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja mahdollisuuden solmia sosiaa-lisia suhteita. Näihin kuuluu myös kyky selviytyä arkipäivän ongelmatilanteista ja toimia omassa toimintaympäristössään. Psykososiaalinen toimintakyky on aina

riippuvainen yksilöllisestä kokemuksesta ja ihmisen elinympäristöstä, taustasta ja historiasta. (Kettunen ym. 2002, 53, 64.)

7.3 Vuorovaikutuksen merkitys psykososiaalisessa tuessa

Kettusen (2009) mukaan kaiken psykososiaalisen tukemisen perustana on kuntoutujan ja työntekijän välinen suhde. Työntekijältä edellytetään vuorovaikutustaitoja ja empaattisuutta, jotta syntyisi toimiva työskentelysuhde (Päihdelinkki 2005). Työskentelyssä panostetaan hyvän asiakassuhteen luomiseen, koska se on keskeisessä asemassa psykososiaalisessa työssä. Työntekijä tulee jonkin verran osalliseksi asiakkaan elämää, eikä pelkästään välitä palveluja. (Granfelt ym. 1993, 196,197.) Kettusen (2009) mukaan parhaimmillaan asiakkaan ja hoitajan suhteessa on vuorovaikutusta, dynaamisuutta ja ymmärrystä. Asiakkaan elämäntilanne otetaan myös huomioon.

Pahimmillaan asiakkaan ja hoitajan suhde voi olla kilpailua vallasta, yksipuolista ja ymmärtämätöntä väkisin kuntouttamista (Kettunen ym. 2009, 59). Asiakkaan omia voimavaroja ja hoitohalukkuutta tukeva toimintatapa on eduksi hoidossa pysymisen ja haluttujen tulosten kannalta (Päihdelinkki 2005). Asenteet mielen-terveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan ovat usein varsin negatiivisia ja torjuvia. Asiakas kokee negatiivisen suhtautumisen häpeänä, huonommuutena, syyllisyytenä ja saadun tuen vähäisyytenä. Käsitys huonommuuden tunteesta alkaa ohjata käyttäytymistä. Ulkoisesti ihminen näyttää sopeutuvaiselle, mutta on alistuva. Kuntoutuja ei tässä vaiheessa edes pyri hyödyntämään omia voimavarojaan. (Kettunen ym. 2009, 49,50.)

Psykkistä hyvinvointia arvioitaessa lähtökohtana tulisi olla ihmisen oma näkemys ja kokemus olostaan (Kettunen ym. 2009, 50.) Psykososiaalinen korjaava työ edellyttää asiakkaalta vahvaa motivaatiota hoitoon (Granfelt ym. 1993, 196,197). Psykososiaalisessa hoitosuhteessa asiakas sitoutuu hoitoon ja yhteistyöhön koska tuntee saavansa apua. Apu ja tuki voivat lisätä asiakkaan hy-

vinvointia Psykososiaalisen hyvinvoinnin edistäminen on haastavaa johtuen ihmisen monimuotoisuudesta (Helminen 2005, 25).

8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää, millaista psykososiaalista tukea asiakkaat saivat, kuinka he kokivat psykososiaalisen tuen auttavan heitä ja mikälaista psykososiaalista tukea he halusivat lisää. Tutkimuksen tuottama tieto on tarpeellista, sillä sen avulla kuntoutusta pystytään kehittämään paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi

Tutkimusongelmat:

1. Millaista psykososiaalista tukea asiakkaat kokivat saavansa hoitojakson aikana?
2. Kuinka asiakkaat kokivat saamansa psykososiaalisen tuen auttavan heitä?
3. Kuinka psykososiaalisia tukimuotoja tulisi asiakkaiden mielestä kehittää?

9. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus on prosessi, jonka vaiheet muotoutuvat tutkimuksen edetessä. Tutkimustehtävät, teorian muodostuminen, aineistonkeruu ja aineiston analyysi muokkautuvat tutkimusprosessin aikana. Tarkoituksena on tavoittaa tutkittavien näkemys tutkittavana olevasta ilmiöstä tai ymmärtää ihmisen toimintaa tietyssä ympäristössä. (Kiviniemi 2007, 70.) Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää ja tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

9.1 Aineiston keruu

Keväällä 2009 haimme tutkimuslupaa Mainiemen kuntoutumiskeskuksen johtajalta (LIITE 1). Tutkimuslupaa haimme tutkimussuunnitelmamme pohjalta. Aineistonkeruumenetelmämme oli teemahaastattelu. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto, jolle on tyypillistä, että haastattelun aiheet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Teemahaastattelu on eräänlainen vuorovaikutteinen keskustelu tutkijan ja haastateltavan välillä. Haastattelun tarkoituksena on saada selville asiat, jotka kuuluvat tutkimuksen aihepiiriin. (Eskola & Vastamäki 2001, 24.)

Kävimme keväällä 2009 ennen aineiston keruun suorittamista Mainiemikokouksessa kertomassa itsestämme sekä tutkimuksestamme. Jokaisen yhteisön asiakkaille kerrottiin mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Vapaaehtoiset ilmoittautuivat kunkin yhteisön ohjaajille. Vapaaehtoisia oli 12, mutta haastatelimme vain yhdeksää asiakasta, koska haastattelumateriaali kylläntyi. Yksi haastatteluista epäonnistui nauhurin toimintavirheen vuoksi. Asiakkaat olivat kuntoutumisjaksolla eri yhteisöissä ja heidän kuntoutumisjaksonsa oli eri vai-

heissa. Haastateltavista miehiä oli viisi ja naisia kolme. Kaikilla haastateltavista oli päihderiippuvuus, riippuvuuden aiheuttajana alkoholi tai huumeet.

Haastattelut toteutimme keväällä 2009. Haastattelujen runkona oli kolme teema-aluetta, jotka olivat henkinen-, sosiaalinen- ja hengellinen tuki (LIITE 2). Haastattelutiloina olivat Mainiemen kuntoutumiskeskuksen kehittämissyksikön tilat. Kaikille haastateltaville oli valittu oma haastattelu-aika, jonka mukaan heitä kutsuttiin paikalle. Kullekin haastattelulle oli varattu aikaa tunti, mutta niiden keskimääräinen kesto oli puoli tuntia. Haastattelut suoritimme pareittain ja nauhoitimme haastattelut.

9.2 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen jälkeen seuraa aineiston analysointi. Aineistonanalyysimenetelmäksi valitsimme sisällönanalyysin, koska se soveltuu hyvin teema-haastattelun analyysimenetelmäksi. Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2003) mukaan sisällönanalyysi menetelmänä tarkoittaa kerätyn tietoaineksen tiivistämistä niin, että tutkittavaa asiaa voidaan lyhyesti ja yleisesti kuvailla. Tarkoituksena on myös, että tutkittavien asioiden välisiä suhteina saadaan selkeinä esille. Aineiston analysoinnin ensimmäinen vaihe on litterointi.

Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitettujen haastattelujen muuttamista tekstimuotoon (Vilkka 2005, 115). Litteroinnin jälkeen analysoimme aineiston pelkistämällä. Analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle pelkistämisestä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston pelkistämisessä tietoaineuksesta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio pois. Pelkistäminen voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineisto ryhmitellään alakategorioihin, yläkategorioihin sekä yhdistäviin kategorioihin. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta tulleet alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102.)

Kirjoitimme nauhoitetut haastattelut tietokoneelle sanasta sanaan. Litteroitua tekstiä saimme yhteensä 70 sivua. Tulostettuamme tekstin leikkasimme haastatteluista tarpeellisen tiedon omiin ryhmiinsä, jotka kiinnitimme flappi-tauluille. Kiinnittämisen jälkeen pelkistimme tekstin ja ryhmittelimme aineiston. Tuomen & Sarajärven (2002) mukaan aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi (käsitteellistäminen), jossa erotetaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston ryhmittely on osa abstrahointiprosessia.

Teimme sisällönanalyysin yhdessä mieltien eri vaihtoehtoja. Pyrimme samalla säilyttämään aineiston sisältämän alkuperäisessä haastattelutilanteessa ilmi tulleen informaation. Kirjoitimme kerätyn tiedon flappi-tauluilta puhtaaksi tietokoneelle, ja tarkastelimme tiedon paikkaansa pitävyyttä. Puhtaaksi kirjoitettuja liuskoja tuli yhteensä 31. Puhtaaksi kirjoituksen jouduimme kuitenkin tekemään useaan kertaan tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi

10 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatellut kokivat saavansa psykososiaalista tukea kuntoutumisjakson aikana. Asiakkaat kokivat kuitenkin henkisen tuen puutteellisena, henkisen tuen muotoja toivottiin lisää. Asiakkaat saivat kuitenkin jonkin verran henkistä tukea. Asiakkaat kokivat saavansa sosiaalista tukea ja sen koettiin kaikista eniten auttavan kuntoutumisessa. Asiakkaat kokivat saavansa suurimman osan sosiaalisesta tuesta vertaistukena. Yhteisöhoito oli myös tärkeä osa kuntoutumista. Hengellistä tukea asiakkaat eivät kokeneet tarvitsevänsä.

10.1 Asiakkaiden kokemuksia henkisestä tuesta

Kahdenkeskiset keskustelut ohjaajien kanssa ovat tärkeä henkisen tuen muoto. Asiakkaista suurin osa koki, että heidän mahdollisuutensa saada ohjaajien jär-

jestämiä kahdenkeskisiä keskusteluja oli rajallista tai mahdollisuutta ei ollut ollenkaan. Kaksi haastatelluista koki kahdenkeskisiä keskusteluja olevan riittävästi. Asiakkaista muutama koki, että heidän oli mahdollisuus saada keskusteluja ryhmässä, mutta heillä ei ollut mahdollisuutta saada kahdenkeskisiä keskusteluja ohjaajan kanssa. (LIITE 3)

- - Ja täällä ei semmosta ole, että kukaan tulis sanoo sulle, että tuu juttelee tai jotai tämmöstä. Semmonen olis ihan kivaa.

Suurin osa asiakkaista koki kuitenkin voivansa vaikuttaa kahdenkeskisten keskustelujen määrään itse. Kahdenkeskisiä keskusteluja ohjaajan kanssa oli mahdollista saada pyytämällä. (LIITE 4) Kolmasosa asiakkaista koki kahdenkeskisen keskustelun ohjaajien kanssa helpoksi. Kaksi koki ne hankaliksi, yksi koki, että keskustelut on vaikea aloittaa. Yksi vastaajista koki ne kuntoutusjakson alussa vaikeiksi. (LIITE 5)

- - Alussa oli aika vaikeeta avautua, mutta nyttien kun on vähän aikaa ollu täällä ja tutustunu tohon porukkaan, niin kyllä se niinku helpottaa puhuminen huomattavasti.

Asiakkaan henkisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että ohjaajat ovat tietoisia asiakkaiden voinnista. Suuri osa vastaajista koki, että ohjaajat olivat tietoisia heidän voinnistaan. Yksi koki, etteivät ohjaajat olleet tietoisia hänen voinnistaan. Kaksi ei osannut sanoa, ovatko ohjaajat tietoisia heidän voinnistaan vai eivät. (LIITE 6)

Mä uskon että ne on hyvin tietoisia, ja se on sitten aika paljon itsestä kiinni kuinka paljon ne tietää

No mä tänäänkin sanoin aamulla, ku oli sellainen yhteinen kokous, sitte ne kysyi kaikilta, että miten menee ja tolleen. Sitte mä sanoin siinä, että on vähän niinku ahdistunu olo ja tolleen, ei ne siihen mitenkään sitten puuttunut.

Pääosin koettiin, että ohjaajilta saatu henkisen tuen laatu oli hyvä. Osa haastatelluista koki, että henkisen tuen laatu vaihtelee. Haastatellut kokivat, että tuen laatu vaihtelee ohjaajasta riippuen ja osa koki että ohjaajat ovat kiireisiä. (LIITE 7)

Ei ohjaajilla mun mielestä ole aikaa paneutua kehenkään yksittäiseen.

Asiakkaan voimavarojen tukeminen on keskeistä kuntouttavassa hoitotyössä. Omat voimavarat auttavat asiakasta selviytymään kuntoutumisjakson jälkeisessä arjessa. Kokemukset ohjaajien tuesta asiakkaiden voimavaroihin jakautuivat voimakkaasti. Haastatelluista yksi koki, että ohjaajat tukevat voimavaroja hyvin. Jotkut kokivat että ohjaajat tukivat heidän voimavarojaan jonkin verran. Kuitenkin osa oli sitä mieltä, etteivät ohjaajat tukeneet voimavaroja ollenkaan. (LIITE 8)

- - Mul on omat voimavarat ollu aika vähissä, ei mun mielestä kukaan henkilökunnasta oo saanu mua voimaan paremmin siltä kannalta. Että se on sitte enemmän tää vertaistuki mitä täällä on.

Lähes kaikki olivat saaneet keinoja kuntoutumisjakson jälkeisessä arjessa selviämiseen. Osa oli saanut ulkopuolista apua kotona pärjäämiseen, osa oli saanut uusia hyödyllisiä käyttäytymismalleja, kuten päivärytmi, rutiinit, suunnitelmallisuus ja liikunta. Tukea oli saatu myös intervalli-kuntoutumisjaksosta. Kuitenkin yksi koki, ettei ollut saanut keinoja kuntoutumisjakson jälkeisessä arjessa selviämiseen. (LIITE 9)

- - Saa siis sellasia ihan perusjuttuja esim. ihan päivärytmi, et ku normaalisti jos ei uni tuu illalla ja nukkuu myöhään nii se on ihan ensimmäinen mitä on että herää aikasin aamulla ja illalla rupee hyvissä ajoin väsyttää ja... sitte... niiku vähä ehkä semmosta suunnitelmallisuutta siihen... alkaa alkuvuikosta vähä suunnittelee et mitä sitä oikeesti konkreettisesti tekis.

Suurin osa asiakkaista koki henkisen tuen puutteellisena. Asiakkaat toivoivat henkisen tuen tukimuotoja lisää. Toivottiin lisää kahdenkeskisiä keskusteluja ohjaajien kanssa. Lisäksi yksi asiakkaista toivoi omaohjaajaa ja toivottiin myös lisää avoimuutta yhteisöön. Ohjaajien toivottiin myös huomioivan asiakkaan esitiedot, kuten mielenterveysongelmat, paremmin. (LIITE 10)

- - Mulla on mielenterveydellisiä ongelmia taustalla. Niihin ei ole täällä kiinnitetty kauheesti huomiota.

10.2 Asiakkaiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta

Yhteisöhoidon parhaina puolina koettiin yhteisöllisyys, palautteen saaminen, vertaistuki ja turvallisuus. (LIITE 11) Yhteisöhoito koettiin auttavana, koska se muun muassa antoi valmiuksia arkeen ja antoi sosiaalisia taitoja. Hyvää yhteisöhoidossa oli myös vertaistuki ja keskustelut yhteisössä. Yksi haastatelluista koki, ettei saa tukea yhteisöstä. (LIITE 12) Haastatellut kokivat yhteisöhoidon hyvänä sen yhteishengen takia. Yhteisöhoidossa oli mahdollisuus oppia kantamaan vastuuta ja sosiaalisten taitojen koettiin paranevan. Hyvänä koettiin myös keskustelut yhteisössä, vertaistuki ja yhteisöllisyys. (LIITE 13)

Joo ne on just nää keskustelut siellä yhteisössä. Et vaikka siellä ei ohjaajia oiskaan.

Tosi hyvä - - pystyy puhumaan kaikkien kanssa ja saa niitä erilaisia kokemuksia ihan niinku avoimesti ja tuetaan toinen toisiamme ku jollain menee vähän huonommin.

Yhteisöhoidon huonoina puolina puolestaan koettiin yhteisön liian suuri asiakasmäärä, ennakkoluulot asiakkaiden keskuudessa ja koettiin, että yhteisössä on vaikea keskittyä. Lisäksi omaa rauhaa toivottiin enemmän. Kuitenkin lähes puolet koki, ettei yhteisöhoidossa ollut huonoja puolia ollenkaan. (LIITE 14)

No oon ainakin täällä huomannu sen, että joillakin ihmisillä niinku ne ennakkoluulot ja ehkä semmonen jaottelu toisten ihmisten kanssa on kauheen voimakkaana - - Se että on alkoholisteja ja huumeidenkäyttäjiä ja yleensä niillä menee se muutama viikko ennenku ne oivaltaa sen asian et se on päihteiden väärinkäyttöä ylipäättään.

Mainiemen peruseriaatteisiin kuuluvat kunnioittaminen, tasavertaisuus ja turvallisuus. Suurin osa asiakkaista koki, että ne toteutuivat. Yhden haastateltavan mielestä peruseriaatteet toteutuivat hyvin omassa yhteisössä, mutta muiden yhteisöjen kanssa toimittaessa ne eivät toteutuneet. Yksi koki, että alkujaksosta ne eivät toteutuneet, mutta jakson edetessä ne toteutuivat paremmin. (LIITE 15)

- - On siel jotain ongelmii ollu tos meidän alkujakson aikana, mutta nyt on menny ihan hyvin.

Mainiemisopimus oli haastatelluista suurimman osan mielestä hyvä, pieni osa ei osannut vastata kysymykseen, mitä mieltä on Mainiemisopimuksesta tai ei ollut lukenut sitä. (LIITE 16) Mainiemisopimus koettiin pääosin kuntoutumista edistävänä. Tiedettiin, että sopimuksen noudattaminen antaa asiakkaille kuntoutumisrauhan ja että kuntoutumiseen pääseminen edellyttää Mainiemisopimukseen sitoutumista (LIITE 17)

-- Kyl se on ihan ehdoton edellytys, kun puhutaan päihdekuntoutuksesta, niin eihän siitä tuu, jos porukka käyttää aineita, ni ei siitä hyödy kukaan. Sitä pitää itsestään selvyytenä, mutta sitä ole.

Osa haastatelluista koki Mainiemikokoukset hyvinä. Hyvänä pidettiin, että voi itse vaikuttaa asioihin. Lisäksi kokouksessa pystyy tuomaan esille epäkohtia. (LIITE 18) Lähes kaikki pitivät Mainiemikokousta kuntoutumista edistävänä tekijänä. (LIITE 19)

Ei se missään nimessä turha oo, koska täällä on kuitenkin iso, iso määrä ihmisiä ja siellä on jokaisella mahdollisuus saada äänensä kuuluvii --

Asioita, joita koettiin olevan liikaa, tai pidettiin Mainiemikokouksen huonoina puolina, olivat esimerkiksi päätöstenteon hitaus ja turhien asioiden käsitteleminen Mainiemikokouksessa. (LIITTEET 18, 20) Asiakkaat halusivat Mainiemikokoukseen lisää neuvoja kuntoutumiseen ja parempaa tiedonkulkua yhteisöihin. Osa koki, ettei halua lisätä yhteisökokoukseen mitään. (LIITE 21) Osa haastatelluista koki, että kokouksissa ei osata päättää asioita, ja yksi haastatelluista koki, että oman mielipiteen ilmaisemisesta syntyy erimielisyyttä. (LIITE 18)

Mun mielestä päätöksen teon vaikeus, kun tääl ei jotenkin niinku osata laittaa pistettä asioihin, mut tääl on enemmän niinku suunnitellaan.

Suurin osa vastaajista koki tulleensa kohdelluksi tasa-arvoisesti Mainiemikokouksessa. Osa koki ohjaajien olevan kokouksessa auktoriteetteja tai etteivät kaikki tule kuulluiksi. Yksi koki, että vain tietyt ihmiset osallistuvat keskusteluun. (LIITE 22) Kaikki kokivat kuitenkin, että uskaltaisivat osallistua keskusteluun halutessaan. (LIITE 23)

Kyllä se toteutuu ihan tasaisesti ku siellä kaikilla on puheenvuoro halutessaan ja yhdessä niistä asioista sitten päätetään.

Suurin osa vastaajista koki ohjaajien kannustavan asiakkaita mukaan yhteisöön. Tuli kuitenkin esille, etteivät ohjaajat aina huomaa kannustamisen tarvetta. Osa haastateltavista koki, ettei tarvitse kannustusta, koska he menevät itsenäisesti mukaan yhteisöön. (LIITE 24)

Ei ne oo mitenkään sinne kannustannu ku mä oon ihan ite sinne menny.

Osa vastaajista ei kokenut ohjaajien huomioivan asiakkaita yksilöinä. Tuotiin esille, että ohjaajat eivät ehtineet huomioimaan tai että asiakasta kuunneltiin, mutta hän ei kokenut tulleen kuulluksi. Kuitenkin suurin osa oli sitä mieltä, että ohjaajat huomioivat asiakkaat yksilöinä. (LIITE 25)

No hyvin...Tosi hyvin. Kaikki on silleen tasa-arvoisia ja kaikki puhuu, kaikilla on oma puheenvuoro ja kuunnellaan ja kunnioitetaan.

Yli puolet haastatelluista koki saavansa riittävästi vertaistukea. Osa koki, että tuen laatu vaihtelee tai sitä voisi olla enemmän. Yksi vastaajista ei kokenut saavansa vertaistukea ollenkaan. (LIITE 26) Vertaistuki koettiin asiakkaiden keskuudessa auttavana. Suurin osa koki, että asioiden jakaminen samassa tilanteessa olevien kanssa auttaa. Lisäksi auttavana koettiin ryhmät ja toisten selviämisen näkeminen. Vertaistuesta oli myös mahdollisuus saada apua hoitojakson jälkeisessä arjessa. (LIITE 27)

No ihan niin paljon kun sitä tarvii - - Et silleen ihan koko aika siinä yhteisössä ja on sitte erikseen vielä NA:t ja AA-ryhmät mihi voi mennä.

Osa asiakkaista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tukea hoitojakson ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen. Osa ei osannut vastata tuetaanko ulkopuolisia suhteita. Yksi haastatelluista koki, että halusi kuntoutumisjakson ajalle lisää tapaamisia. Muutama oli kuitenkin sitä mieltä, että ei haluaisi tavata ketään kuntoutumisjakson aikana. (LIITE 28)

Kyl tääl on tosi hienosti saanut niihin kaikkeen kaikkea apua.

Kuitenkin suurin osa asiakkaista ei kokenut saaneensa tukea yhteydenpitoon. He kokivat, että yhteydenpito on itsestä kiinni, tai että eivät kaivanneet yhteydenpitoa hoitojakson ulkopuolisiin ihmisiin. Osa kuitenkin olisi halunnut tavata tuttujaan enemmän. (LIITE 28)

Ei oo käynny kertaakaan - - mä en kaipaa.

10.3 Asiakkaiden kokemuksia hengellisestä tuesta

Hengellinen tuki koettiin käytännön asioina, kuten kirkkokyytinä ja mahdollisuutena lukea psalmeja. Asiakkailta oli myös mahdollisuus keskustella hengellisistä asioista AA ja NA-ryhmissä. Kuitenkin oli myös asiakkaita, joilla ei ollut tietoa mahdollisuudesta saada hengellistä tukea. Lähes kaikki asiakkaat kokivat, etteivät halua tai tarvitse hengellistä tukea. Hengellisyys koettiin henkilökohtaisena asiana, jota kunnioitettiin Mainiemessä. (LIITE 29,30)

Ei ainakaan missään määrin sitä tuputeta sitä kristinuskoa, kirkon ja koulun opettamaa Jumalan käsitystä. Vaan täällä on enemmänkin painotettu sitä, että se Jumala ja jumaluus käsitteenä, ni se on jokaiselle henkilökohtainen asia ja juuri se millaisena kukin sen haluaa nähdä ja kokea.

10.4 Kehittämisehdotuksia

Kysyttäessä haastateltavilta kehittämisehdotuksista osa toivoi työtä ja toiminnallista tekemistä. Toivottiin myös lisää erilaisia ryhmiä, esimerkiksi vanhemmuusryhmiä. Tärkeäksi koettiin, että ohjaajat olisivat läsnä ympäri vuorokauden ja huomioisivat asiakkaat yksilöinä. Pieni osa haastateltavista toivoi enemmän retkiä. Muutamalla ei ollut ollenkaan kehittämisehdotuksia. (LIITE 31)

Se olis mulle paljon terapeutisempaa olla siellä töissä. Mä ehdotin, et mä voisin olla puutarha tai kiinteistöhoitoon, ne on mun alaa.

11. TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Terveysten ja sosiaalihuollon parissa tehtyyn tutkimukseen liittyy erityispiirteitä, jotka erottavat sen muusta tutkimuksesta. Tutkimusetiikan perusteet ovat samat, mutta tutkija joutuu miettimään erityisen tarkasti eettisiä näkökulmia. (Mäkinen 2006, 111–113.) Tutkimuksessa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, mikäli halutaan tutkimuksen olevan eettisesti hyväksyttävä ja tulosten luotettavia (Mäkinen 2006, 172). Tutkimuseettiset ohjeet eivät tarjoa kuitenkaan yksiselitteisiä neuvoja, ja tämä velvoittaa tutkijaa pohtimaan tutkimukseen liittyviä eettisiä näkökulmia (Uusitalo 1997, 32).

11.1 Hyvä tutkimuseettinen käytäntö

Tutkimusta tehtäessä tulee huomioida mm. rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Hirvonen 2006, 31). Työskennellessämme olemme pyrkineet tarkkuuteen ja rehellisyyteen kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Olemme tehneet esimerkiksi sisällönanalyysejä useaan kertaan, että tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Hyvä tutkija on rehellinen, kärsivällinen, pitkäjänteinen ja motivoitunut tutkimuksen tekemiseen (Gylling 2006, 358). Tutkimusten tulosten tulee olla myös aina puolueettomia (Uusitalo 1997, 31).

Tutkimusetiikka edellyttää kriteerien mukaisia ja eettisesti hyviä tietojenkeruu- ja analyysimenetelmiä. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa tulee olla avoin (Mäkinen 2006, 172). Keräsimme aineiston teemahaastattelulla ja analysoimme tutkimuksen sisällönanalyyseillä. Tehdessämme haastattelua ja analyysia huomioimme sen edellyttämät vaatimukset. Tutustuimme tutkimuskirjallisuuteen ja luimme julkaistuja tutkimuksia. Olemme huomioineet avoimuuden laittamalla työhömmä liitteeksi abstrahointikaaviot. Lukija voi seurata niiden avulla miten tulokset on saatu. Abstrahointikaavioiden avulla pystytään tarkastelemaan myös tutkimuksen luotettavuutta.

Tieteen etiikka liittyy jokaisen tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Perusvaatimus on, ettei tutkimusaineistoa väärennetä tai luoda tyhjistä. (Mäki-

nen 2006, 34.) Piittaamattomuus liittyy yleensä osaamattomuuteen. Piittaamattomuus voi olla törkeä laiminlyönti tai holtittomuus. Holtittomuutta on mm. puutteellinen viittaaminen tai tulosten raportointi. Vilpillä tarkoitetaan väärin tietojen tai tulosten antamista. Vilpin ilmenemismuotoja ovat sepittäminen, vääristely, luvaton lainaaminen ja varastaminen. Muiden tutkijoiden töitä on kunnioitettava ja annettava niille kuuluva arvo. (Mäkinen 2006, 173,174.) Piittaamattomuuden ja vilpin välttäminen ovat tutkimuksen alusta alkaen olleet meille tärkein päämäärä. Olemme halunneet antaa arvon muille tutkijoille.

11.2 Eettisyys tutkimuksen eri vaiheissa

Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tarkasti. Raportoinnin tulee sisältää tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. (Mäkinen 2006, 173.) Tutkimuksen suunnittelun ja toteuttamiseen liittyviä eettisiä seikkoja ovat mm. haastateltavien valitseminen ja hankkiminen, haastattelujen ja kyselyjen läpivienti ja koehenkilöiden tiedottaminen ja heidän etujensa valvominen. (Mäkinen 2006, 77.) Tutkijalla on velvollisuuksia haastateltavia kohtaan. Vapaaehtoisuudesta tulee pitää kiinni. (Uusitalo 1997, 31,32.)

Tutkimuksessa haastateltavat ovat mielipiteiden esittäjiä ja tiedon antajia. Keskeinen eettinen kysymys on haastateltavien henkilöiden lukumäärä ja miten heidät on valittu. Valintaa ei voi tehdä pelkästään helppouden ja nopeuden perusteella (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70, 71.) Haastateltujen valinta perustui vapaaehtoisuuteen. Saatuamme tutkimuksen tekemiseen tutkimusluvan, kerroimme Mainiemikokouksessa tutkimuksestamme ja kuinka siihen voi vapaaehtoisesti osallistua. Valitsimme Mainiemikokouksen, koska siellä ovat kaikkien yhteisöjen jäsenet samaan aikaan paikalla. Vapaaehtoiset ilmoittautuivat omisissa yhteisöissään ohjaajille ja saapuivat sovittuna ajankohtana haastateltavaksi. Haastatteluihin ilmoittautui kaksitoista asiakasta, joista osa ei päässyt paikalle. Yhdeksän henkilön jälkeen koimme, että meillä on riittävästi aineistoa.

Terveyden ja sosiaalihuollon parissa tehdyssä tutkimuksessa osallistujat ovat tavallisesti hoidon piirissä. Usein he kärsivät psyykkisesti ja fyysisesti. Tutkimusta tehtäessä ollaan yhteyksissä tutkittavien tunteiden kanssa. Tunnepitoinen lähestymistapa onkin tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta. Keskeinen eettinen ongelma on se, onko moraalisesti oikein pyytää tällaisessa elämäntilanteessa olevia osallistumaan tutkimukseen. (Mäkinen 2006, 111–113.) Haastattelut saattavat herättää tunteita ja johtaa tunteiden purkautumiseen ("catharsis"). Kuitenkin haastattelijalla on mahdollisuus tehdä päätelmiä haastateltavan kehonkielestä ja äänenpainoista. (Parahoo 2006) Huomioidessaan nämä tutkijalla on mahdollisuus ennakoida tilanne ja toimia sen mukaisesti. Aiheen valinnassa kiinnitimme huomiota sen käytännöllisyyteen ja hyödyllisyyteen. Tutkimuksessamme huomioimme myös, ettei tutkimuksen teko vahingoita ketään. Keskustelimme aiheen valinnasta opettajan sekä yhteistyökumppanin kanssa. Luottamuksen vaatimukset ovat sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa aivan omaa luokkaansa (Mäkinen 2006, 112).

Tutkijan tulee selvittää haastateltaville, miten anonymiteetti turvataan tutkimuksen teon eri vaiheissa (Mäkinen 2006, 93). Anonymiteetin säilyttämiseksi haastateltavien ei tarvinnut kertoa nimiään. Jotta haastattelut pystyisi erottamaan toisistaan, annoimme haastatteluille numerot. Haastattelujen alussa kerroimme haastateltaville, että he voivat lopettaa haastattelun missä vaiheessa tahansa ja että heillä on mahdollisuus jättää vastaamatta epämiellyttäviin kysymyksiin. Epäselviin kysymyksiin saa tarkennusta tarvittaessa ja haastatellut pysyvät tunnistamattomana. Haastatellulla tulee olla aina mahdollisuus keskeyttää haastattelu tai kieltäytyä osallistumasta, vaikka haastattelu olisikin aloitettu (Mäkinen 2006, 95).

Kerroimme haastatelluille, että kaikki haastattelumateriaali hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Kriittinen tutkimuksen tarkastaminen suoritetaan yleensä pian sen valmistumisen jälkeen, jolloin pidempiaikaista arkistointia ei tarvita. Tutkijan on suojeltava kohdehenkilön etua. Anonymiteetti kieltää tulosten raportoimisen niin, että yksittäiset henkilöt voidaan tunnistaa (Uusitalo 1997, 31,32). Haastateltavat tehtiin tunnistamattomaksi raportissa. Nauhoitettu materiaali poistettiin

välittömästi haastattelujen auki kirjoittamisen jälkeen. Muut asiakirjat hävitetään heti tutkimuksen lopullisen arvioinnin jälkeen.

Raportoinnin etiikan huomioiminen edellyttää, että tulosten tulee olla kenen tahansa käytettävissä. Eettinen rikkomus on esittää toisen tekstiä omanaan. On tärkeää myös pitää selkeästi erillään oma ajattelu ja tulokset. Tutkijan on selostettava käyttämänsä tietojenkeruu- ja analyysimenetelmät. (Uusitalo 1997, 32.) Opinnäytetyössämme käytimme tieteellistä tietoa. Merkitsimme lähdeviitteet tekstiin ja lähdeluetteloon ohjeiden mukaisesti. Kunnioitimme muiden kirjoittamaa tekstiä. Työstämme löytyy osio, jossa olemme tarkkaan ja perustellen keroneet valitsemiemme tietojenkeruu- ja analyysimenetelmistä.

12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä, siksi tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava (Tuomi 2007, 150, 151). Morsen (1995) mukaan (Krause & Kiikkala 2006,130) laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei noudata tarkkoja sääntöjä. Jokainen tutkimus on ainutkertainen ja tilannesidonnainen. Tuomen (2007) mukaan laadullisessa tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kritisoitu validiteetti ja reliabiliteetti – käsitteiden käyttöä, koska ne liittyvät lähinnä määrällisen tutkimuksen luotettavuuden pohdintaan, eivätkä niinkään sovi laadulliseen tutkimukseen. Monissa laadullisen tutkimuksen oppaissa kehoitetaan luopumaan niiden käytöstä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää huomioida tutkimus kokonaisuutena. Tutkimuksen tulisi olla johdonmukainen ja kaikkien osioiden tulisi liittyä toisiinsa.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu olisi hyvä aloittaa sillä, vastaako tutkimusaineisto kokonaisuudessaan tutkimuskysymyksiin. Asiaa voisi alkaa miettiä aineiston hankintatavan ja laadun kautta, ja onko viitekehys monipuolinen. (Krause & Kiikkala 1996, 130.) Viitekehyyksen teossa pyrimme luomaan mahdollisimman kattavan katsauksen tutkittavaan asiaan. Noudatimme tieteelli-

sen tiedon hankkimisen kriteerejä. Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun ja analysoimme haastattelun sisällönanalyysillä. Olimme perehtyneet tutkimusmenetelmiin kirjallisuuden avulla. Saimme laajasti aineistoa haastatteluilta ja tulokset olivat mielestämme luotettavia.

Tutkimusaineiston tarkastelua voidaan jatkaa huomioimalla olivatko haastateltavat oikea kohdejoukko. Saavutettiin aineiston ”kylläntymispiste”? Oliko sisällön analyysi onnistunut eli onko tutkittu sitä mitä tarkoituskin? (Krause & Kiikkala 1996, 130, 131.) Kaikki kuntoutumisjaksolla olevat asiakkaat Mainiemessä olisivat sopineet haastatteluihin. Asiakkaat ovat parhaita kertomaan, minkälaista psykososiaalista tukea he saavat, onko se riittävää ja minkälaisia tukimuotoja he haluaisivat lisää. Haastatteluihin vapaaehtoisina osallistuneet asiakkaat olivat siis oikea kohdejoukko, saimme heiltä paljon tietoa tutkimukseemme. Haastattelut nauhoitimme, jotta saisimme mahdollisimman tarkasti tietoa ylös. Yksi haastatteluista ei ollut tallentunut teknisestä virheestä johtuen. Koimme kuitenkin saavuttaneemme aineiston kylläntymispisteen. Saimme haastateltavilta paljon arvokasta ja tärkeää tietoa, vastauksia tutkimusongelmiimme. Haastattelut avasimme sisällönanalyysillä, joka osoittautui hyväksi tavaksi tarkastella haastatteluista saatua materiaalia.

Tieteen tavoitteisiin kuuluu pyrkimys totuuteen ja soveltamiskelpoiseen tietoon (Uusitalo 1997, 25). Tutkimuksen tulee pyrkiä luotettaviin tuloksiin. Heti tutkimusprosessin alusta lähtien tulee välttää tulosten väärinkäyttöä ja virheellisiä tulkintoja. (Uusitalo 1997, 30.) Pyrimme työssämme objektiivisuuteen ja kriittisyyteen. Vaikka tutkimuksessa pyritäänkin totuuteen, tavoitteeksi riittää pyrkimys totuudenkaltaisuuteen (Uusitalo 1997, 24). Tutkimusta tehtäessä objektiivisuudella tarkoitetaan, että tutkijan omat mielipiteet eivät vaikuta tutkimukseen. Kriittisyys ja epäily ovat tieteen edistyksen edellytyksiä. (Mäkinen 2006, 29.) Objektiivisuudella tarkoitetaan myös, että tutkimustulokset täsmäävät riippumatta siitä kuka tutkimuksen on tehnyt (Uusitalo 1997, 25).

Laadullista tutkimusta ei voida kuitenkaan koskaan toistaa niin, että tulokset olisivat täsmälleen samanlaiset. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on tuottaa mahdollisimman monipuolista tietoa, jolloin ei tarvitsekaan pyrkiä toistettavu-

teen. Mieluummin tutkimustulosta olisikin arvioitava siten, vastaako tulos todellisuutta ja onko löydetty sitä, mitä oli tarkoitus löytää. Saiko tutkija niitä tietoja, mitä halusikin? Voidaanko tutkimustuloksen kautta ymmärtämään tutkimuskohdetta paremmin tai auttaako tulos muuttamaan todellisuutta? (Krause & Kiikkala 1996, 131, 132.) Pyrimme tutkimuksessa saamaan sovellettavia tuloksia. Mielestämme tulokset vastasivat todellisuutta. Saimme vastauksia tutkimusongelmiin, eli tuloksia tutkimusongelmiimme. Uskomme että tulosten perusteella voitaisiin ymmärtää asiakkaiden toivomuksia paremmin. Toivomme, että tuloksia voitaisiin hyödyntää kuntoutuksen kohdentamisessa asiakkaiden toivomuksia vastaavaksi.

13 POHDINTA

Asiakkaat saivat psykososiaalista tukea hoitajakson aikana. Tutkimuksen tuloksista nousi esiin, että eniten tukea asiakkaat saivat sosiaalisesta tuesta. Sosiaalisen tuen muodoista parhaita olivat yhteisöhoito ja vertaistuki. Hengellistä tukea haastateltavat eivät kokeneet tarvitsevansa. He tiesivät kuitenkin siihen olevan mahdollisuuksia. Henkisen tuen tukimuodoissa haastateltavat löysivät kehitettävää.

13.1 Henkinen tuki

Inkisen (2002) mukaan keskustelu ja kuuntelu ovat osa muutosta edistävää vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa päihteenkäyttäjän kanssa on tärkeää aktiivinen kuunteleminen, tilanteessa läsnäolo ja palautteen antaminen (Havio ym. 2008, 32). Asiakkaat kokivat, että mahdollisuudet kahdenkeskisiin keskustelui-

hin olivat rajalliset, tai mahdollisuutta ei ollut ollenkaan. Piispasen (2009) mukaan yksilökeskustelujen tarvetta on Mainiemessä tuotu esiin, mahdollisuudet niihin on koettu rajallisena. Hoitotyössä tärkeää on asiakkaan aktiivinen kuunteleminen (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 58). Asiakkaat kokivat ohjaajien olevan tietoisia heidän voinnistaan. Osa koki kuitenkin, etteivät ohjaajat olleet tietoisia siitä tai eivät osanneet vastata kysymykseen.

Tutkimuksessaan Inkinen (2002) tutki päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältöä A-klinikkasäätiössä. Tutkimuksessa tuli esille, että hoitajan ja asiakkaan välisissä hoidollisissa keskusteluissa tärkeimmiksi aiheiksi koettiin asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus ja ihmissuhteet. Meidän tutkimuksessamme suurin osa haastateltavista koki kahdenkeskiset keskustelut ohjaajien kanssa helpoksi. Kaikista asioista on mahdollisuus puhua ja ohjaajat kyselevät voinnista. Vain pieni osa koki keskustelujen laadun vaihtelevana. Keskustelu oli hankala aloittaa ja alkujaksosta oli vaikeaa kertoa asioistaan.

Mitä enemmän kuntoutuja saa voimavaroja käyttöönsä sitä motivoituneempi hän on kuntoutumiseen (Kettunen ym. 2009, 30). Haastatelluista suurin osa koki, etteivät ohjaajat tukeneet heidän voimavarojaan. Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen ja tietoisuus asiakkaan voinnista ovat keskeisiä asioita kuntoutumisen edistämiseksi. Vain yksi asiakas koki, että ohjaajat tukivat voimavaroja. Voimavara-aktiivisuus kuntouttavassa hoitotyössä tarkoittaa toimivien keinojen ja ajattelumallien löytymistä, joita kuntoutuja voi hyödyntää kuntoutumisessaan. (Kettunen ym. 2009, 30).

Tuki arjessa selviytymiseen on itsenäisen elämän tukemista. Sen tulisi sisältää toimintaympäristöön liittyvää tukea ja tukemista omatoimisuuteen (Kettunen ym. 2009, 62). Mielestämme arjessa selviäminen on kuntoutumisen tärkein päämäärä, jotta kuntoutuja ei palaisi takaisin vanhoihin käyttäytymismalleihinsa. Suuri osa haastatelluista sai keinoja kuntoutumisjakson jälkeisessä arjessa selviämiseen. Osa oli saanut ulkopuolista apua kotona pärjäämiseen, osa oli saanut uusia hyödyllisiä käyttäytymismalleja, kuten päivärytmi, rutiinit, suunnitelmallisuus ja liikunta. Tukea oli saatu myös intervalli-kuntoutumisjaksosta. Kui-

tenkin yksi koki, ettei ollut saanut keinoja kuntoutumisjakson jälkeisessä arjessa selviämiseen.

13.2 Sosiaalinen tuki

Yhteisöhoidossa opitaan elämisen ja itsensä hoitamisen taitoja päihteettömässä ympäristössä. Yhteisöhoidon keskeinen menetelmä on asiakkaiden ja ohjaajien muodostama yhteisö. (Ikonen 2007.) Asiakkaat kokivat yhteisöhoidon auttavan heitä kuntoutumisessaan. Yhteisöhoidossa yleisesti koettiin hyvänä yhteisöllisyys, palautteen saaminen, vertaistuki ja turvallisuus. Yhteisöhoidossa opittiin vastuuta ja sosiaalisten taitojen koettiin paranevan. Se antoi myös valmiuksia arkeen. Ainoastaan yksi koki, ettei saanut tukea yhteisöhoidosta. Osa koki yhteisöhoidon huonoina puolina yhteisön liian suuren asiakasmäärän ja ennakkoluulot asiakkaiden keskuudessa. Lisäksi koettiin, että yhteisössä on vaikea keskittyä. Asiakkaat toivoivat omaa rauhaa.

Mainiemikokouksessa asiakkaat kokivat hyvänä mahdollisuuden tuoda esille epäkohtia ja mahdollisuuden vaikuttaa niihin. Hyvänä koettiin kokouksen tasa-arvoisuus ja mahdollisuus tulla kuulluksi. Hoitomotivaation kannalta on tärkeää, että asiakas voi osallistua päätösten tekemiseen. Tasa-arvoisuuden toteutuminen luo asiakkaan ja hoitajan välille luottamuksellisen suhteen, joka parantaa hoidon laatua.

Mainiemikokouksen negatiivisina asioina koettiin päätöstenteon hitaus ja turhien asioiden käsitteleminen sekä pieniyhteisöiden omien asioiden käsitteleminen Mainiemikokouksessa. Opinnäytetyössämme haastatellut halusivat Mainiemikokukseen lisää neuvoja kuntoutumiseen ja yhteisöihin toivottiin parempaa tiedonkulkua. Piispasen (2009) mukaan osa asiakkaista oli sitä mieltä, että Mainiemikokouksen aiheet jumiutuvat eivätkä etene. Kokouksissa käsitellään myös liikaa pikkuasioita.

Piispasen (2009) mukaan vertaistuki arvioineen ja palautteineen on tärkeää kuntoutujan elämässä. Halu muutokseen voi tulla vertaistuen kautta. Tutkimuk-

sessamme haastatellut asiakkaat kokivat saavansa riittävästi vertaistukea ja se edisti kuntoutumista. Vertaistukea saatiin yhteisöstä ja eri ryhmistä. Asioiden jakaminen samassa tilanteessa olevien kanssa auttoi kuntoutumisessa. Mielestämme vertaistuen ollessa niin tärkeässä osassa asiakkaita tulisi kannustaa siihen. Osa asiakkaista kertoi, että vertaistuki oli huonoa, koska koki olevansa väärässä yhteisössä. Kokemus tuli siitä, että muilla yhteisön jäsenillä oli erilainen päihdetausta. Lemolan (2008) tutkimuksen mukaan eniten vertaistukea kuntoutujat kokivat saavansa kuntoutujajäystältään jotka olivat samanlaisessa tilanteessaan kun he itse. Vertaistukiverkko oli kuntoutujille tärkeä ja kantava. Vertaistuki oli yksi merkittävimmistä sosiaalisen tuen muodoista.

Eräs psykososiaalisen tuen muoto on kuntoutujan sosiaalisen verkostojen aktivoiminen. Kuntoutumisen kannalta asiakkaan kokeman sosiaalisen verkoston lisääminen on erittäin tärkeää. (Kettunen 2009, 59.) Suurin osa asiakkaista ei saanut tukea ulkopuolisten suhteiden ylläpitoon. Osa asiakkaista kuitenkin koki, että ulkopuolisten suhteiden tukeminen huomioitiin jakson aikana. Retkahdusten ehkäisyssä on tärkeää esimerkiksi päihdettä käyttämättömän tuttavien tapaamisen järjestäminen tai erilaiset ryhmät (Havio ym. 2008, 155).

13.3 Hengellinen tuki

Tutkimuksessaan Niemelä (1998) tutkii kääntymystä ja kristillistä päihdehoitoa. Tuloksista ilmeni, että osa päihdeongelmaisista etsii elämänsä peruskysymyksiin tai -ongelmiin uskonnollisia ratkaisuja. Jotkut ihmiset alkavat etsiä uskoa, koska haluavat ratkaista päihdeongelmiaan. Samalla kun ihminen kokee löytäneensä uskon, hänen suhteensa itseensä ja maailman muuttuu. Osalle Niemelän haastatelluista uskoon tulemistä seurasi vapautumisilmiö eli päihteiden käytöpakko katosi. Osa koki uskon auttavan yleisesti päihteistä irti pääsemisen. Mainiemessä tehdyistä haastatteluistamme selvisi, että hengellisyys koettiin

henkilökohtaisena asiana, jota kunnioitettiin kuntoutumisjakson aikana. Kukaan haastattelemistamme asiakkaista ei kokenut tarvitsevänsä hengellistä tukea.

Suuri osa haastatelluista tiesi mahdollisuuksista saada hengellistä tukea. Kuitenkin oli myös asiakkaita, joilla ei ollut tietoa mahdollisuudesta saada hengellistä tukea. Hengellinen tuki koettiin käytännön asioina, kuten kirkkokyytinä ja mahdollisuutena lukea psalmeja. Asiakkailta oli myös mahdollisuus keskustella hengellistä asioista AA ja NA-ryhmissä. Sekä AA ja NA-ryhmissä hengellisyys on tärkeä osa toipumisprosessia. (Suomen AA, NA Suomi 2009).

13.4 Pohdintaa taantuman vaikutuksista päihdetyöhön

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton (STKL) järjestöbarometri 2009 on sosiaali- ja terveysjärjestöjen nykytilaa ja toimintaa kuvaava tutkimus, joka perustuu valtakunnallisten järjestöjen johtajille, aluetyöntekijöille ja paikallisyhdistyksille tehtyyn kyselyyn ja tuoreisiin tilastoihin. Barometrin mukaan valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen taloudellinen tilanne heikkenee. Järjestöjen taloudelliset mahdollisuudet tukeen ovat jopa huonompia kuin edellisen laman aikana. Kolmannes järjestöistä ennakoii henkilöstömäärän vähenevän ja noin viidennes suunnittelee jonkin toimintayksikön supistamista. Valtaosa järjestöistä on kuitenkin sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat jo tälläkin hetkellä riittämättömiä. Vaarana on avun saannin vaikeutuminen, ja että kasvava joukko ihmisiä jää kokonaan ilman apua. (Peltosalmi, Särkelä & Vuorinen 2009)

Tutkimustuloksissamme asiakkaat toivoivat esimerkiksi henkilöstömäärän lisäämistä ja että työntekijöillä olisi enemmän aikaa paneutua asiakkaiden kokonaisvaltaiseen kuntouttamiseen. Lisäksi toivottiin enemmän toimintaa tai ryhmiä. Kuitenkin nykyinen taloudellinen tilanne saattaa vaikeuttaa näiden toiveiden toteuttamista. Taloudelliset rajoitukset asettavatkin haasteen asiakkaiden hoidon toteuttamiselle ja laadun takaamiselle sosiaali- ja terveysalan järjestöissä.

14 EHDOTUKSIA JATKOTUTKIMUKSIKSI

Tutkimuksemme käsitteli asiakkaiden kokemuksia psykososiaalisen tuen saamisesta kuntoutumisjaksolla. Olisikin mielenkiintoista tutkia työntekijöiden kokemuksia psykososiaalisen tuen antamisesta. Aihe antaisi paremman kokonaiskuvan eri kokemuksista ja auttaisi kehittämään hoitotyötä asiakaslähtöisemmäksi. Toisaalta olisi mahdollista esimerkiksi hanketyyppisellä työllä luoda ohjattua toimintaa ilta-aikoihin, joihin asiakkaat toivoivat lisää toimintaa. Toiminta voisi liittyä esimerkiksi voimavarojen ja henkisen hyvinvoinnin tukemiseen.

Asiakkailta olisi mahdollista esimerkiksi kyselytutkimuksella kartoittaa tyytyväisyyttä psykososiaaliseen tukeen ja saada näin suuremmalta joukolta mielipide siihen. Olisi myös mahdollista oman tutkimuksemme pohjalta kartoittaa tarkemmin asiakkaiden kokemuksia psykososiaaliseen tukeen. Tutkimuksessa voisi asiakkaita haastatella usean kerran hoitojakson aikana.

Asiakkaiden omaisten ja sosiaalisen verkoston huomioiminen hoitojakson aikana on kuntoutumisjakson jälkeisen arjen kannalta tärkeää, joten tutkimus omaisten osallistumisesta asiakkaan hoitojaksoon olisi mielenkiintoinen aihe. Tutkimuksessa voisi järjestää asiakkaille verkostotapaamisia, jossa omaisten ja asiakkaan lisäksi olisi Mainiemen työntekijä sekä mahdollisesti kuntoutumisjakson jälkeinen tukihenkilö. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää, miten tapaamiset vaikuttavat asiakkaan vointiin ja miten ne edistävät sosiaalista kanssakäymistä.

LÄHTEET

- AA Suomi 2009. Mikä on AA? Viitattu 20.11.2009.
<http://www.aa.fi/ensi.mika.html> Tuloste tekijän hallussa.
- .AA Suomi 2009. Ensikertalainen kysyy. Viitattu 20.11.2009.
<http://www.aa.fi/ensi.html> Tuloste tekijän hallussa.
- Ahtiala, Päivi & Ruohonen, Kaisa 1998. Se oli sitä koko elämä- kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Aalto, Kirsi & Hanhiova, Marjaana 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Kirsi Aalto, Raili Gothoni (toim.) Ihmisen lähellä – hengellisyys hoitotyössä. 1. painos. Helsinki; Kirjapaja, 9-23.
- A-klinikkasäätiö 2000. Päihdekansio - selvää tietoa. Saarijärvi: Gummerus.
- Clarkeburn, Henriikka & Mustajoki, Arto 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Granfelt, Riitta, Jokiranta, Harri, Karvinen, Synnöve, Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli 1993. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus.
- Gylling, Heta Aleksandra 2006. Tutkijan ammattietiikka. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali. (toim.) Etiikka ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy, 349–360.
- Halonen, Merja 2005. Päihdepalveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-työ.
- Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2008. Psykososiaaliset menetelmät. Teoksessa Marjaliisa Havio, Marja Inkinen & Airi Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi 127–132.
- Heiskanen, Aki 2009. Kehittäjä-päihdetyöntekijä. Kuntoutumiskeskus Mainiemi. Lammi. Sähköpostiviesti 20.11.

- Helminen, Jari 2005. Nuoruuden huuma ja psykososiaalinen työ nuorten kanssa. Teoksessa Jari Helminen (toim.) Kiintopisteitä nuoruusaikaan: psykososiaalinen tuki ja työ nuorten kanssa toimittaessa. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Helsinki: Multiprint Oy. 13–34.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, Ari 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Hakapaino Oy, 31–50.
- Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki : Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hyytiä, Petri 2003. Päihdekäytön taustat. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääkätiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 20–38.
- Hämäläinen, Juha & Niemelä, Pauli 1993. Sosiaalialan etiikka. Helsinki:WSOY.
- Hännikäinen-Uutela, Anna-Liisa 2004. Uudelleen juurtuneet Yhteisökasvatus vaikeasti päihderiippuvaisten narkomaanien kuntoutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu-työ, 205.
- Hölttä, Jaana 2006. ”Muiden silmissä vaan häirikkö” kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-työ.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, Yrmy 2007. Yhteisöhoito. Viitattu 21.11.2009.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/648-yhteisohoito> Tuloste tekijän hallussa.
- Inkinen, Maria 2002. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö A-klinikkasäätiössä. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 24, 46.
- Inkinen, Maria, Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö Helsinki:Kirjayhtymä.

- Jokimaa, Taija 2006. "Ihan semmoista tasaista vuoristorataa"- tutkimus huumeiden aktiivikäyttäjän arjesta, riippuvuudesta ja elämänhallinnasta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityönlaitos. Pro gradu-työ.
- Keeley, Phil 2000. Mental health promotion. Teoksessa Joanne Kerr (toim.) Community health promotion challenges for practice?. London: Baillière Tindall/Harcourt.
- Kettunen, Reetta, Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, Reetta, Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Kiviniemi, Kari 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 Jyväskylä : PS-kustannus.
- Koski-Jännes, Anja 2005. Riippuvuus yksilön ongelmana. Viitattu 23.12.2008 <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/143-riippuvuus-yksilon-ongelmana>. Tuloste tekijän hallussa.
- Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjapaino Oy.
- Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2008. <http://www.mainiemikk.fi/> Viitattu 23.12.2008. Tuloste tekijän hallussa.
- Kuntoutumiskeskus Mainiemi 2009. <http://www.mainiemikk.fi/> Viitattu 22.11.2009. Tuloste tekijän hallussa.
- Kuntoutusraha-asetus 1991. Viitattu 31.12.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1991/19910893> Tuloste tekijän hallussa.
- Kuokkanen, Ritva, Kivirinta, Mervi, Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa opinnäytekäytäntöä. Opas opinnäyteitä varten Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki: Juvenes Print Oy.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede vol 11 no. 1/-99, 3-12. Helsinki: Hoitotiede.
- Käypä hoito -suositukset 2006. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 6.1.2009. <http://www.kaypahoito.fi/>. Tuloste tekijän hallussa.

- Lappalainen-Lehto, Riitta, Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihteet - ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki:WSOY.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–44.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) Psykiatria Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy, 13–19.
- Leimio-Reijonen, Susanna 2002. Valistuksesta vastuunottoon. Tutkimus sosiokulttuurisesta innostamisesta, ehkäisevästä päihdetyöstä ja sen toteuttamisesta nuorten parissa. Helsinki: Stakes, 72–73.
- Lemola, Leena 2008. Yhdessä eteenpäin Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Lönnqvist, Jouko 2006. Suuronnettomuuden psykososiaalisen tuen ja palvelujen asiantuntijaryhmän muistion esittely STM: selvityksiä. Viitattu 3.1.2009.
http://www.ktl.fi/attachments/suuronnettomuuden_psykososiaalisen_tuen_ja_palvelun_asiantuntijaryhman_muistion_esittely.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Murto, Kari 1997a. Parantava yhteisö. Johdatus Maxwell Jonesin terapeutiseen yhteisöön. 3.painos. Jyväskylän koulutuskeskus Oy.
- Murto, Kari 1997b. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mäkelä, Rauno 2003. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kallervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2.painos. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino, 192–199.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.

- NA-Suomi 2009. Mikä on NA? Viitattu 20.11.2009.
<http://www.nasuomi.org/> Tuloste tekijän hallussa.
- Niemelä, Jorma 1998. Usko, hoito ja toipuminen Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Väitöskirja. 292–295.
- Parahoo, Kader 2006. Nursing research Principles, Process and Issues. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Peltosalmi, Juha, Särkelä, Riitta & Vuorinen, Marja 2009. Järjestöbarometri 2009. Tiedotustilaisuus 10.11.2009. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton tutkimus. Viitattu 22.11.2009.
http://www.stkl.fi/JB2009_tiedotustilaisuusdiat.pdf Tuloste tekijän hallussa.
- Piispanen, Piia 2009. Kuntoutumisen kuvaus Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa. Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä.
- Pohjois-Suomen sosiaalialian osaamiskeskus i.a. Psykososiaalinen työ. Viitattu 3.1.2009. <http://www.sosiaalikollega.fi/toiminta/psykososiaaliset>. Tuloste tekijän hallussa.
- Päihdehuoltolaki 1986. Viitattu 23.12.2008.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search\[type\]=pika&search\[pika\]=p%C3%A4ihdehuolto](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search[type]=pika&search[pika]=p%C3%A4ihdehuolto) Tuloste tekijän hallussa.
- Päihdehuoltoasetus 1986. Viitattu 31.12.2008.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860653?search\[type\]=pika&search\[pika\]=p%C3%A4ihdehuoltoasetus](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860653?search[type]=pika&search[pika]=p%C3%A4ihdehuoltoasetus) Tuloste tekijän hallussa.
- Päihdelinkki 2005. Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. Viitattu 3.1.2009. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/274-alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>. Tuloste tekijän hallussa.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2007. Alkoholit ja huumeet. Helsinki:Stakes.
- Ruisniemi, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Väitöskirja, 243.
- Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009. Esitys turvallisuustutkimuksen kansalliseksi strategiaksi. Viitattu 19.10.2009.

- www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/.../setu_1-2009.pdf Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan julkaisuja 1:2009, 33. Tuloste tekijän hallussa.
- Sirola, Reija 1992. Psykososiaalinen huolto kriisitilanteissa -katsaus. STM:n valmiusyksikkö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Tacke, Ulrich & Tuomisto, Jouko i.a.. Riippuvuus ja väärinkäyttö. Viitattu 20.12.2008 www.medicina.fi/fato/26.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 22.11.2009. http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mter_vedistaminen.htm Tuloste tekijän hallussa.
- Tukiasema 2000. Päihdehuolto. <http://www.tukiasema.net/teemat/artikkeli.asp?docID=56> Viitattu 23.12.2008. Tuloste tekijän hallussa.
- Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Uusitalo, Hannu 1997. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Vilen, Marika, Päivi, Leppämäki & Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Juva: WSOY.
- Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilkkö-Riihelä, Anneli 2001. Psyhyke psykologian käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Vuori-Kemilä, Anne, Stengård, Eija, Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö – yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Välimäki, Maritta, Holopainen, Arja & Jokinen, Maija 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa Helsinki: WSOY.

Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee "psykososiaalinen" päihdehoidossa. Yhteiskuntapolitiikka. Viitattu 30.12.2008.

<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/605FE509-F64B-45B7-BE0B-B37BFD9D2EF2/0/074weckroth.pdf>. Tuloste tekijän hallussa.

World Health Organization 2009. Mental health.

http://www.who.int/topics/mental_health/en/ Viitattu 15.1.2009. Tuloste tekijän hallussa.

LIITE 1 TUTKIMUSLUPAHAKEMUSLIITE 2

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvää tutkimusta

Tutkimuslupanhakijat: Elina Itkonen, Johanna Järvinen, Katja Tähtinen-Rossi ja Marjo Uotila

Yhteystiedot: etunimi.sukunimi@lpt.fi

Opinnäytetyön aihe: Psykososiaalinen tuki asiakkaiden kokemana Mainiemen kuntoutumiskeskuksessa hoitojakson aikana

Tutkimuksen toteutuspaikka: Mainiemen kuntoutumiskeskus

Tutkimuksen:

a) kohdejoukko: huume kuntoutujat Mainiemessä

b) aineiston keruun menetelmä: teemahaastattelu

c) aineiston keruun ajankohta: maaliskuu 2009

Opinnäytetyön ohjaajat: Satu Leinonen ja Sari Lappalainen

Yhteystiedot: etunimi.sukunimi@lamk.fi

Työelämäohjaaja: Aki Heiskanen ja Kimmo Mäkelä

Luvanmyöntäjä:

Lammilla

6/3/2009

Reijo Malila

LIITE: tutkimussuunnitelma



Haastattelurunko

1. Millaista psykososiaalista tukea asiakkaat kokivat saavansa hoitajakson aikana?

- millaista henkistä tukea olet saanut?
- millaista sosiaalista tukea olet saanut?
- millaista hengellistä tukea olet saanut?

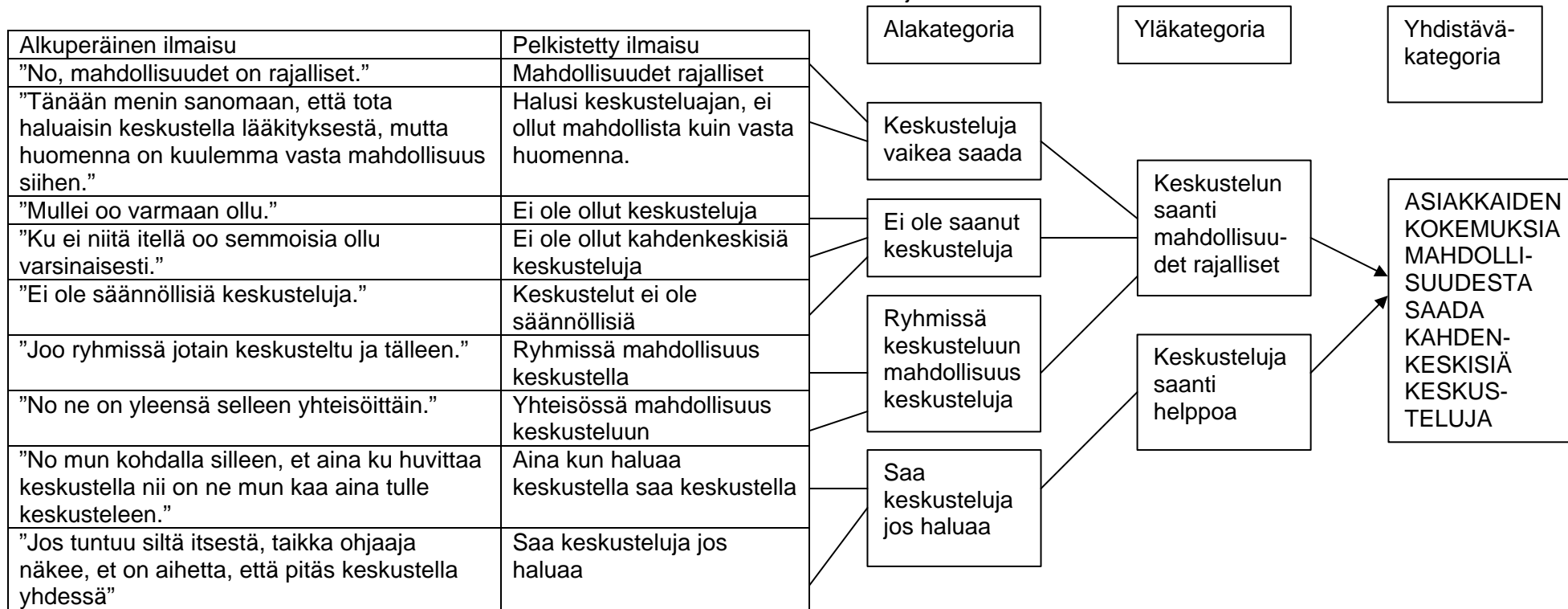
2. Kuinka asiakkaat kokivat saamansa psykososiaalisen tuen auttavan heitä?

- miten saamasi henkinen tuki on auttanut sinua?
- miten saamasi sosiaalinen tuki on auttanut sinua?
- miten saamasi hengellinen tuki on auttanut sinua?

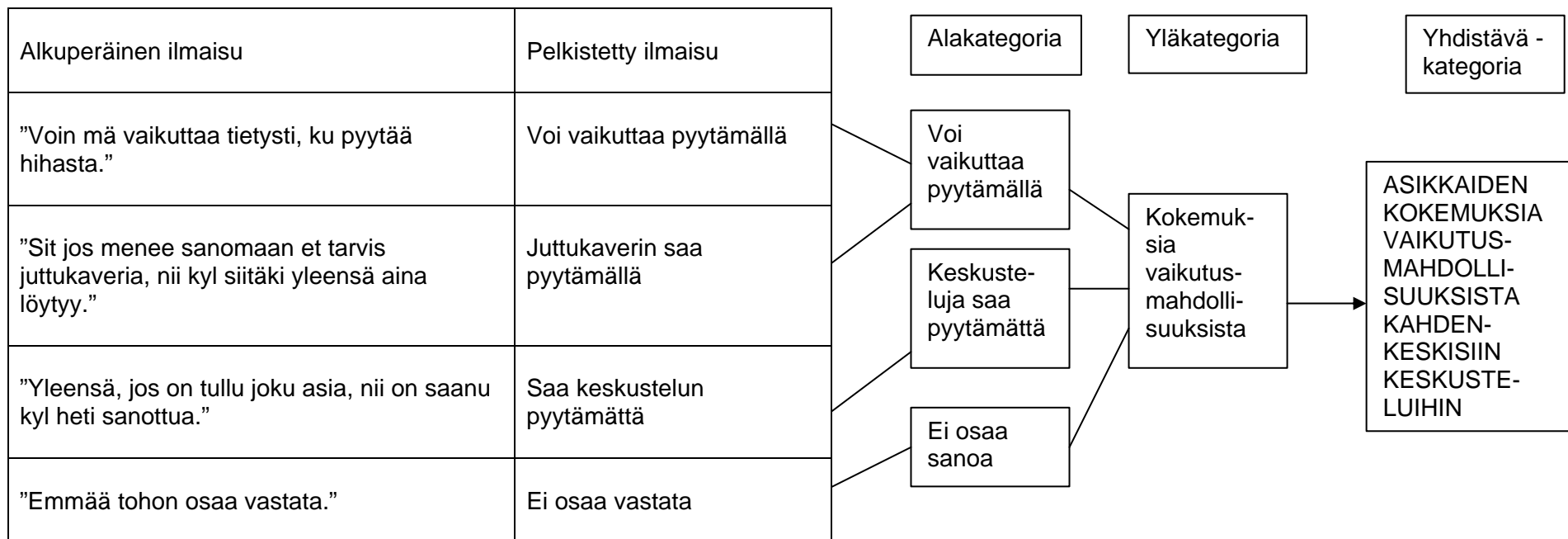
3. Kuinka psykososiaalisia tukimuotoja tulisi asiakkaiden mielestä kehittää?

- Miten haluaisit kehittää psykososiaalisia tukimuotoja Mainiemessä?

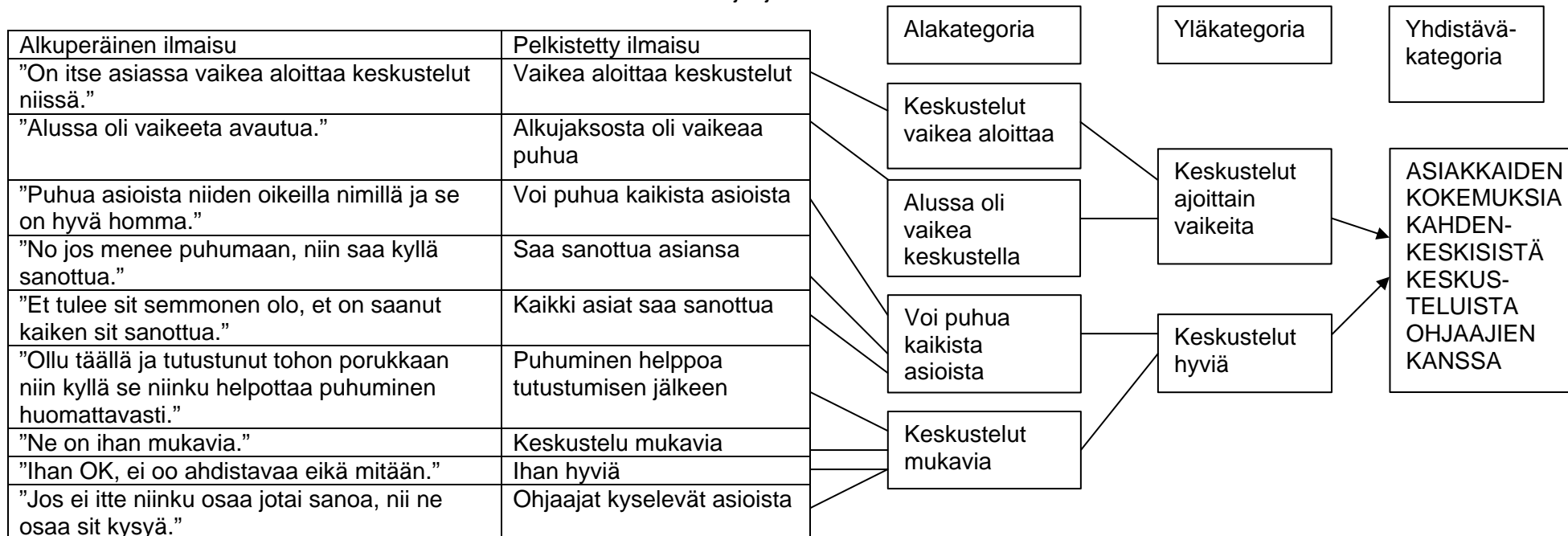
LIITE 3 Asiakkaiden kokemuksia mahdollisuudesta saada kahdenkeskisiä keskusteluja



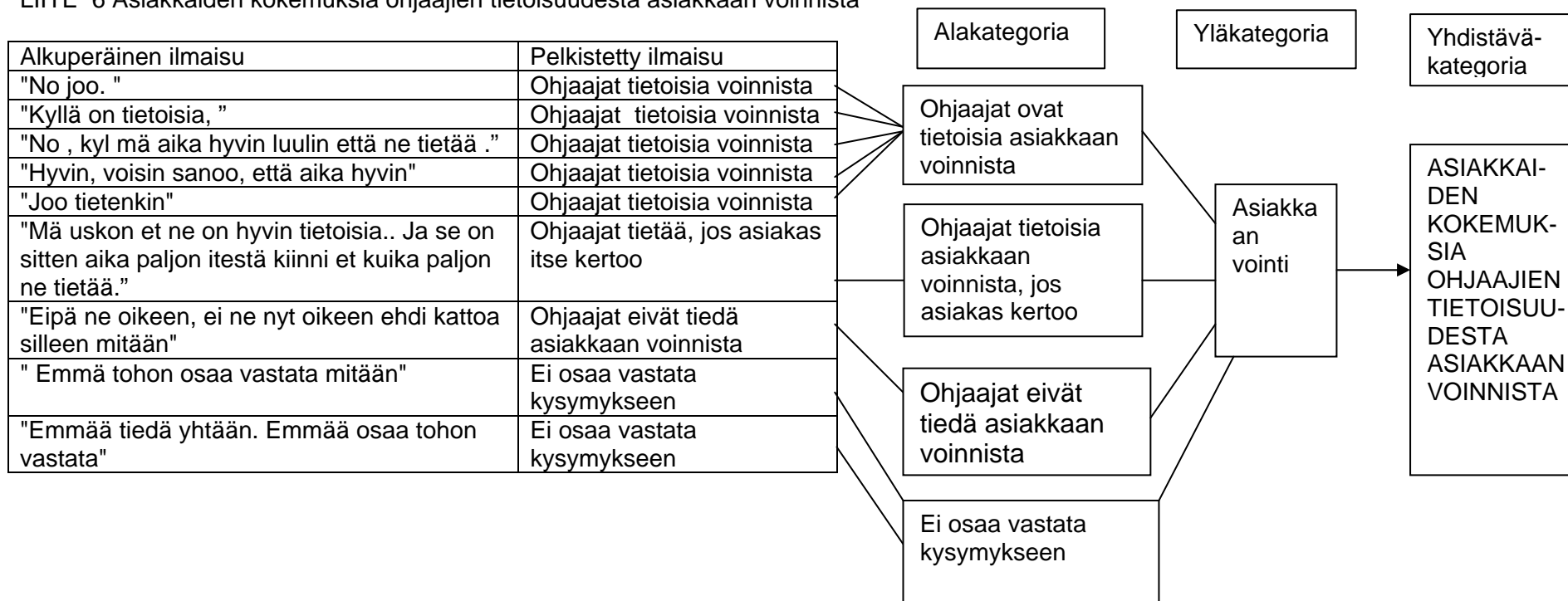
LIITE 4 Asiakkaiden kokemuksia vaikutusmahdollisuuksista kahdenkeskisiin keskusteluihin



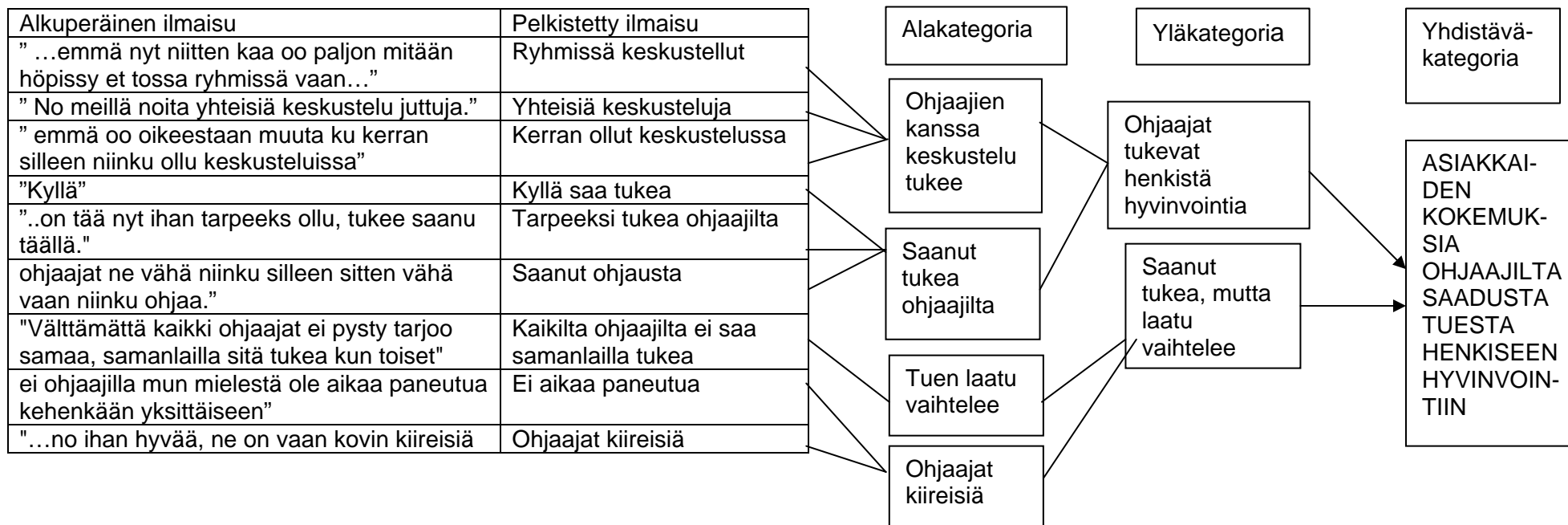
LIITE 5 Asiakkaiden kokemuksia kahdenkeskisistä keskusteluista ohjaajien kanssa



LIITE 6 Asiakkaiden kokemuksia ohjaajien tietoisuudesta asiakkaan voinnista

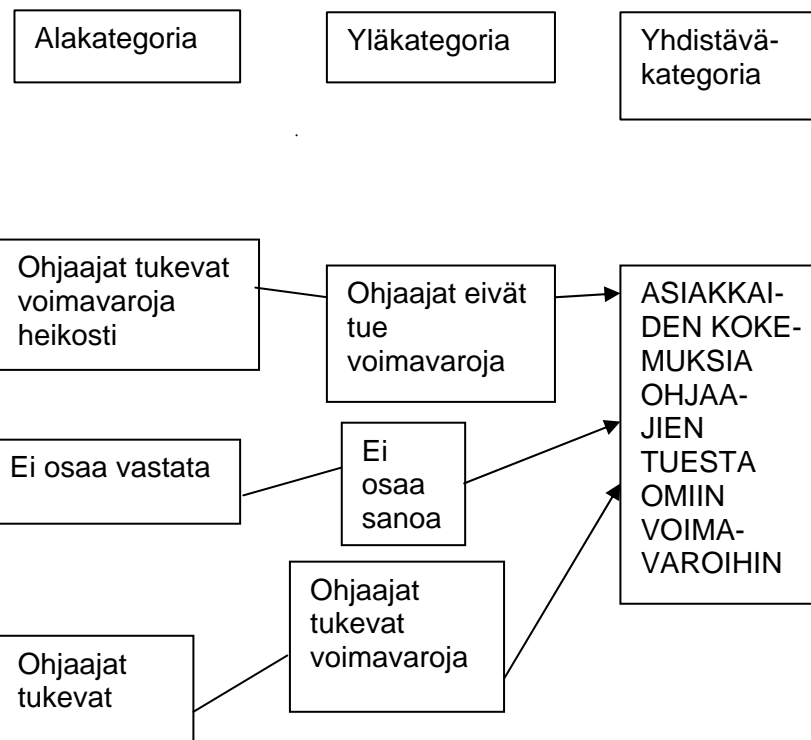


LIITE 7 Asiakkaiden kokemuksia ohjaajilta saadusta tuesta henkiseen hyvinvointiin

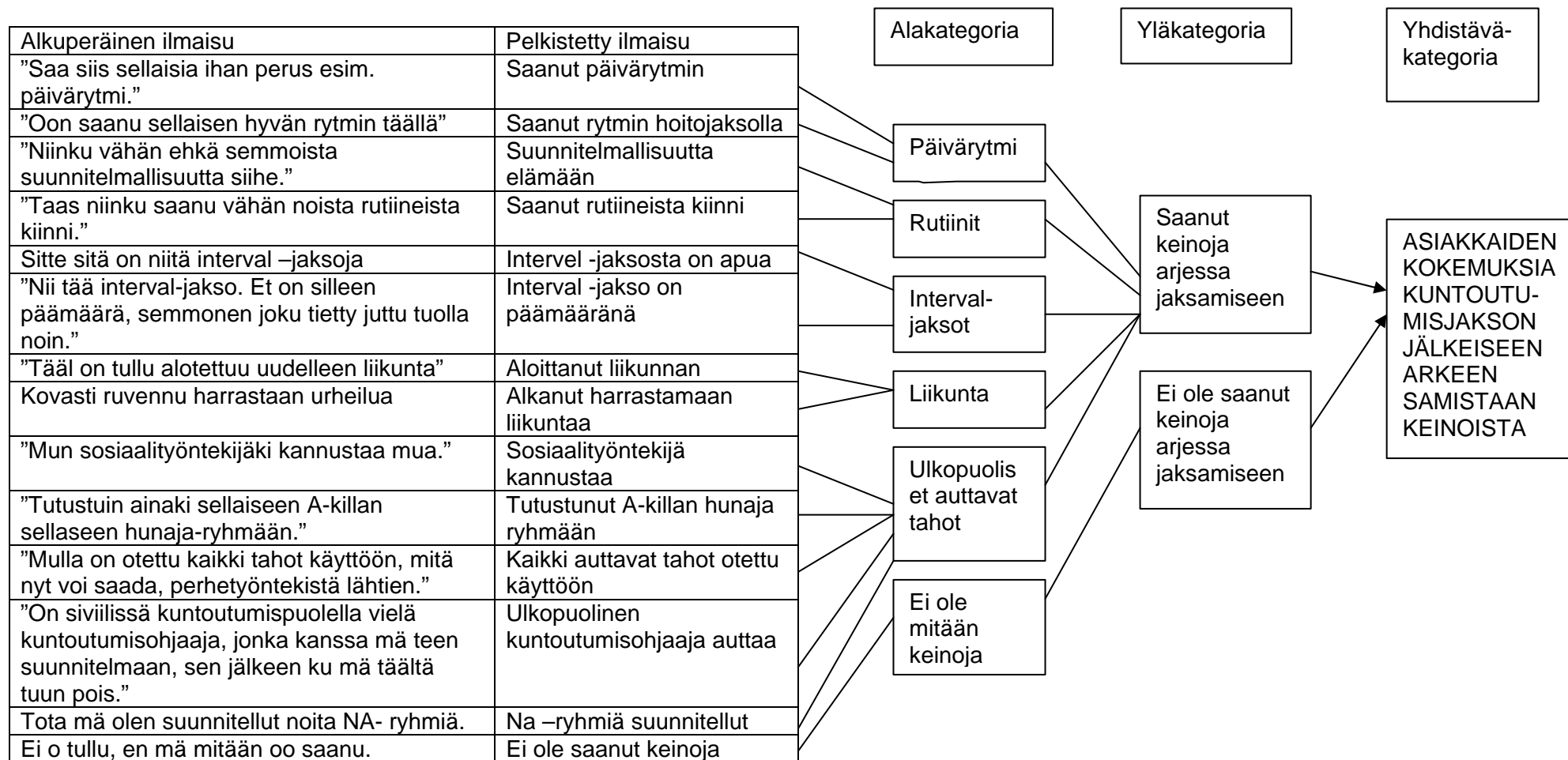


LIITE 8 Asiakkaiden kokemuksia ohjaajien tuesta omiin voimavaroihin

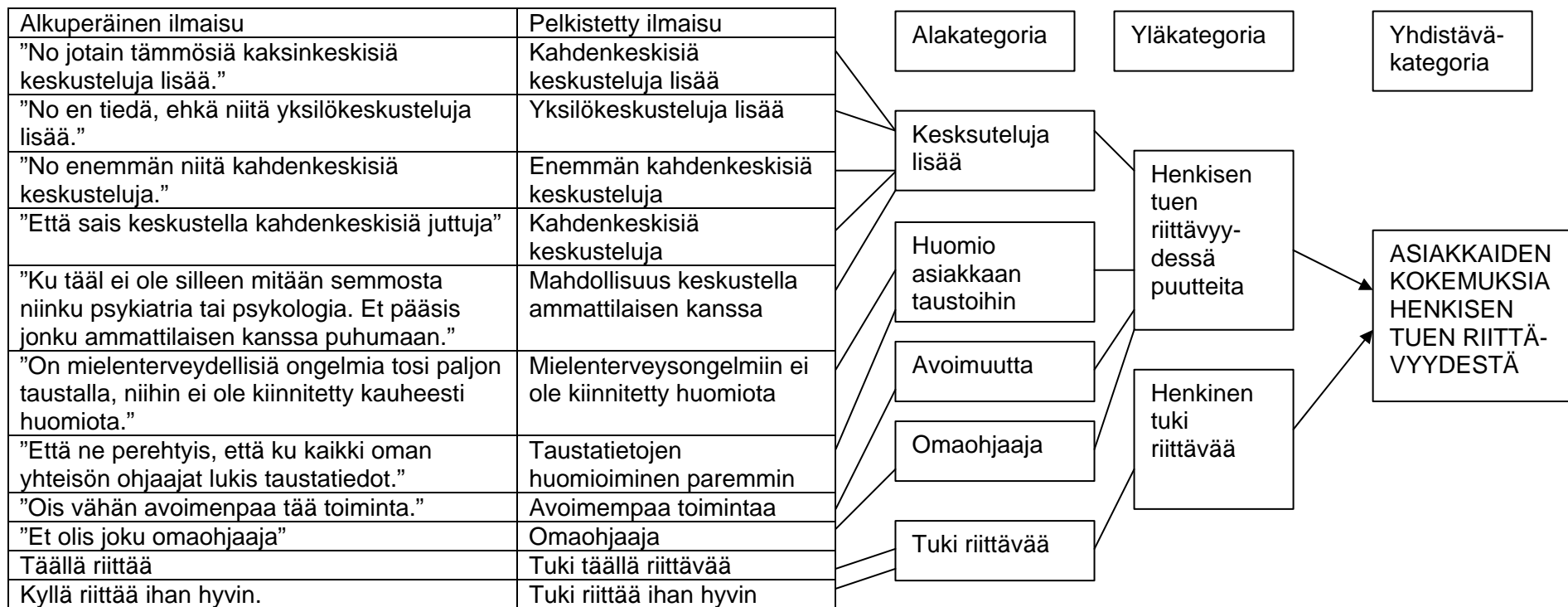
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"No aika heikosti. No mul on omat voimavarat ollu aika vähissä, tuntuu siltä. Ja tota, ei mun mielestä kukaan niinku henkilökunnasta oo saanu mua voimaan paremmin."	Ei tukea ohjaajilta
"Tukevan voimavaroja.. mä en tiedä yhtään. Emmä tohon osaa vastata."	Ei osaa vastata.
"Emmä tiä."	Ei tiedä.
"Joo, jos tuo esiin sillee."	Tukee, jos niitä tuo esille.
"Joo, kannustaa kyllä."	Kannustaa.
"Mun kunto-ohjaaja nii se on tsempannu ottaan syömätikkuja vähän lihasten ympärille."	Kunto-ohjaaja tukenut
"Siis nää mitä me tehdään tehtäviä ja kaikkee tämmöistä."	Tehtävien tekeminen tärkeää



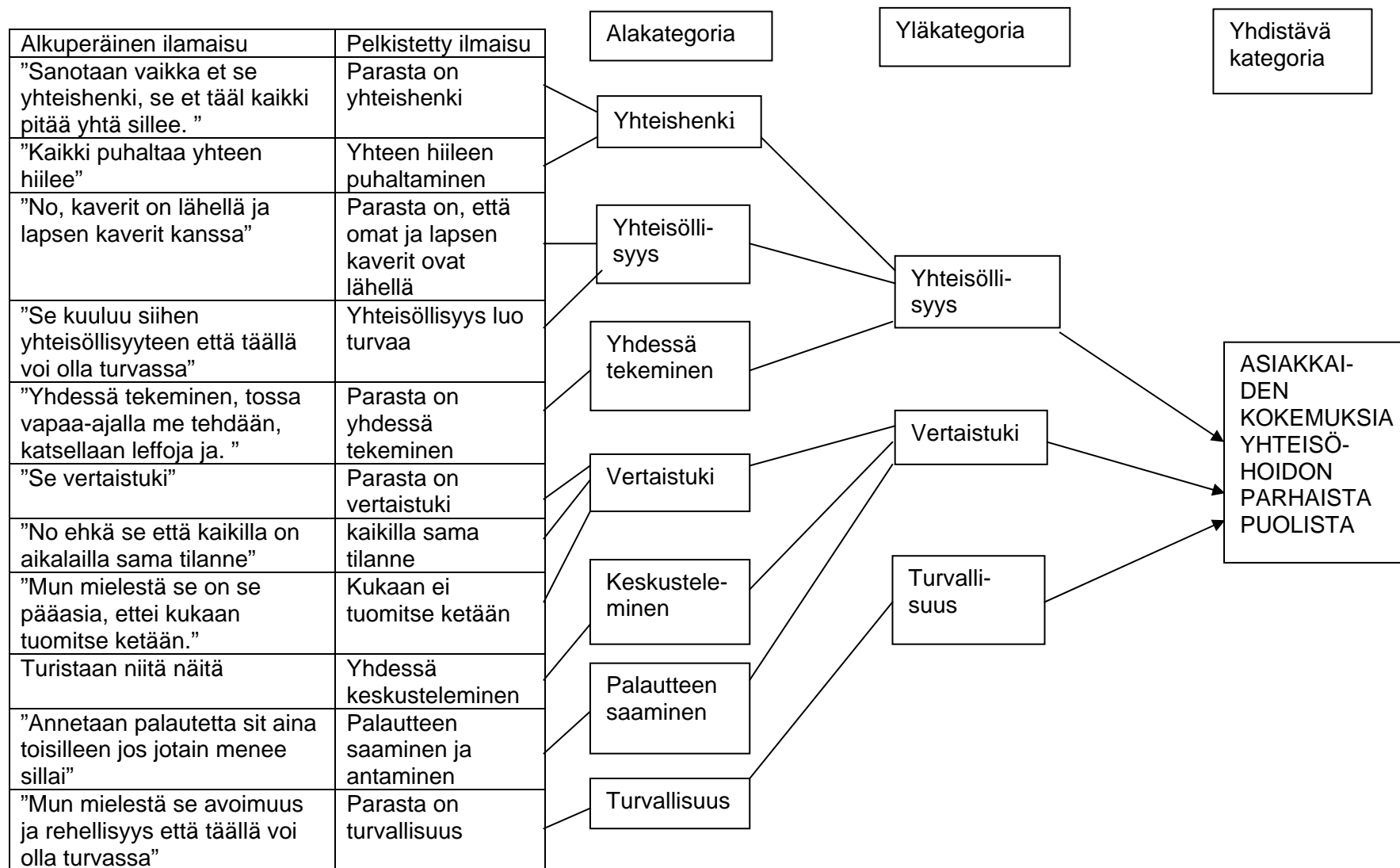
LIITE 9 Asiakkaiden kokemuksia kuntoutumisjakson jälkeiseen arkeen saamistaan keinoista



LIITE 10 Asiakkaiden kokemuksia henkisen tuen riittävydestä

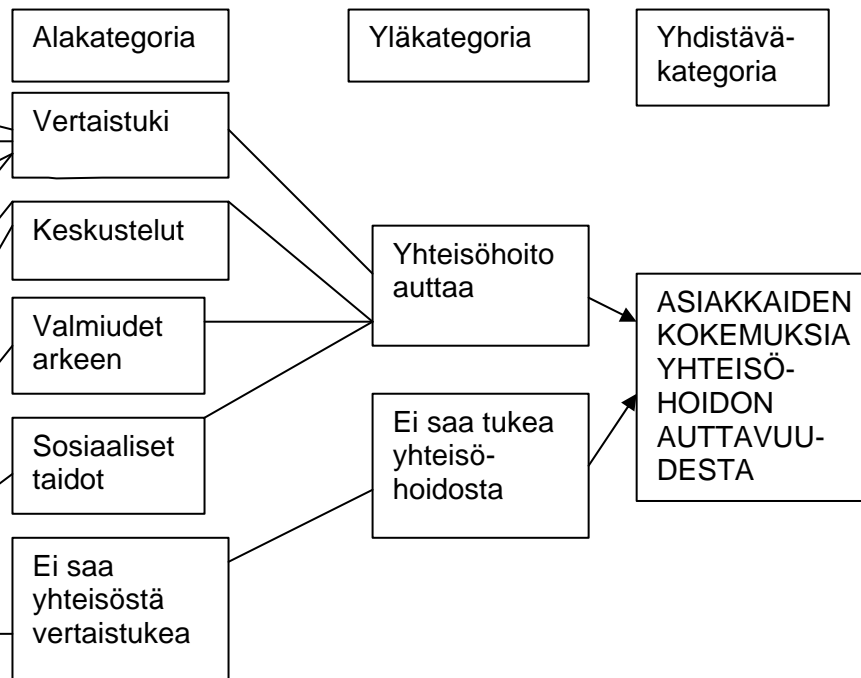


LIITE 11 Asiakkaiden kokemuksia yhteisöhoidon parhaista puolista

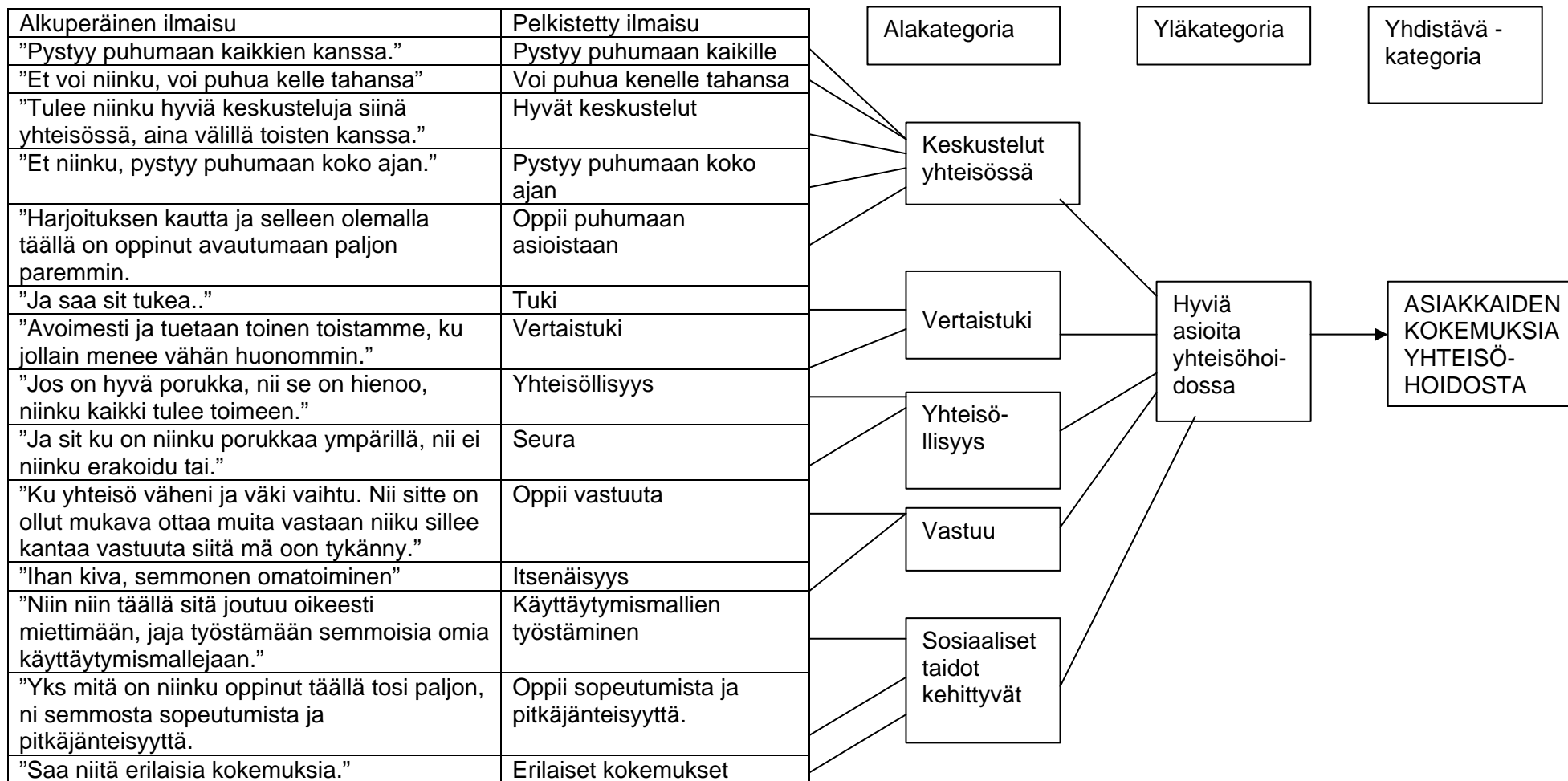


LIITE 12 Asiakkaiden kokemuksia yhteisöhoitoauttavuudesta

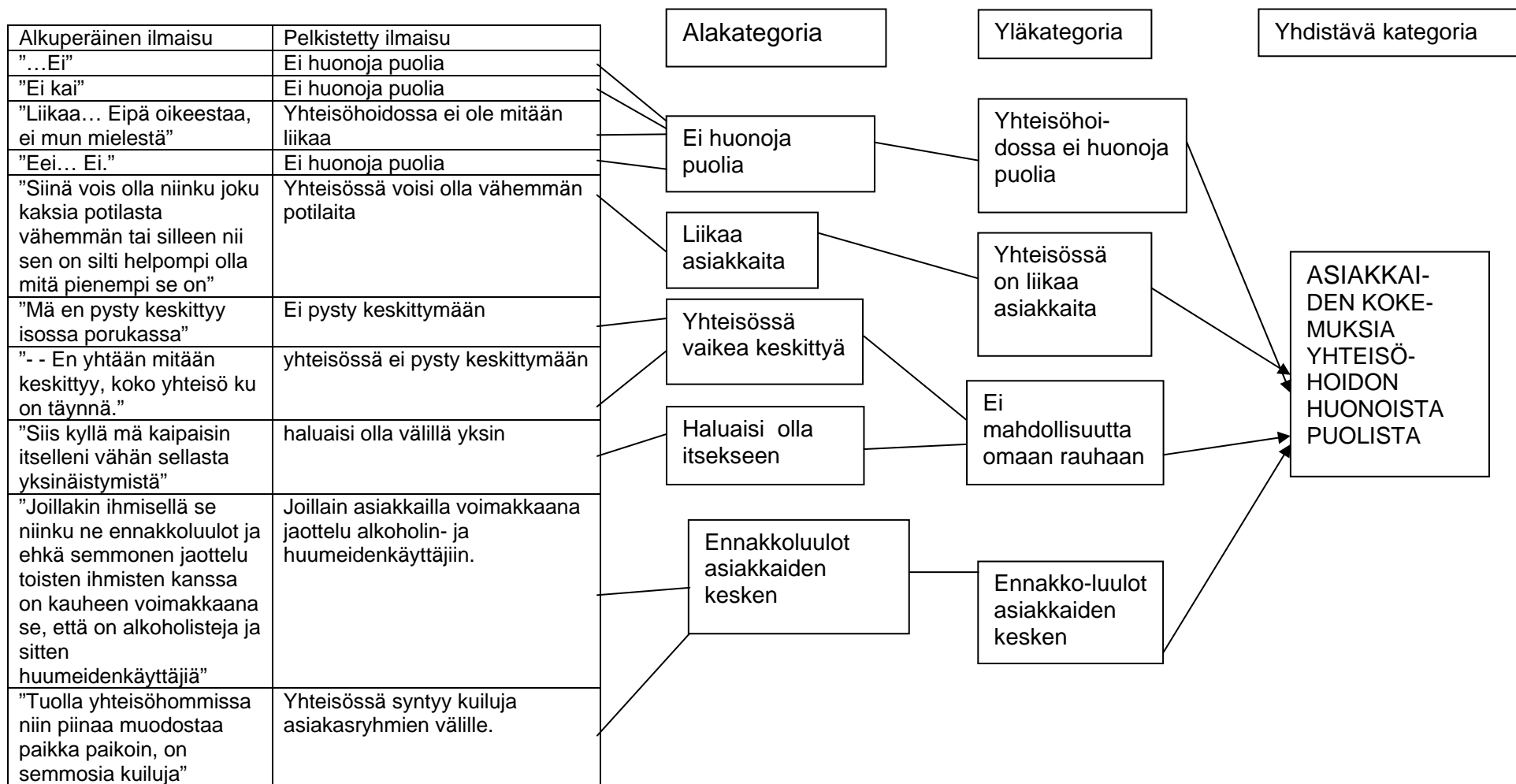
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Varmaan siin on se vertaistuki."	Vertaistuki
"Se vertaistuki ehkä tärkein."	Vertaistuki tärkein
"Kuulla niitä muiden kokemuksia."	Kuulee muiden kokemuksia
"No se, että siinä on muita, joilla on asiat vähintään yhtä huonosti tai huonommin."	Sama elämäntilanne
"Joo ne on just nää keskustelut siellä yhteisössä."	Keskustelut
"Pääsee puhumaan asioista niiku niiden oikeilla nimillä ihmisten kanssa."	Pääsee puhumaan asioista
"Tietää, että mitä pitää tehdä, pitää ne kotona sit tehdä kumminkin."	Toiminta samanlaista kuin kotona
"En ole keskeyttäny ketää, enkä puhunu kenenkään päälle ja tämmöistä ja mä oon kuunnellu rauhassa ja ollu rauhassa."	Rauhoittuminen
Mutta kaikki on siellä ihan eri tilanteessa kuitenkin ku minä, ni ehkä mä autan niitä enemmän.	Auttaa muita enemmän



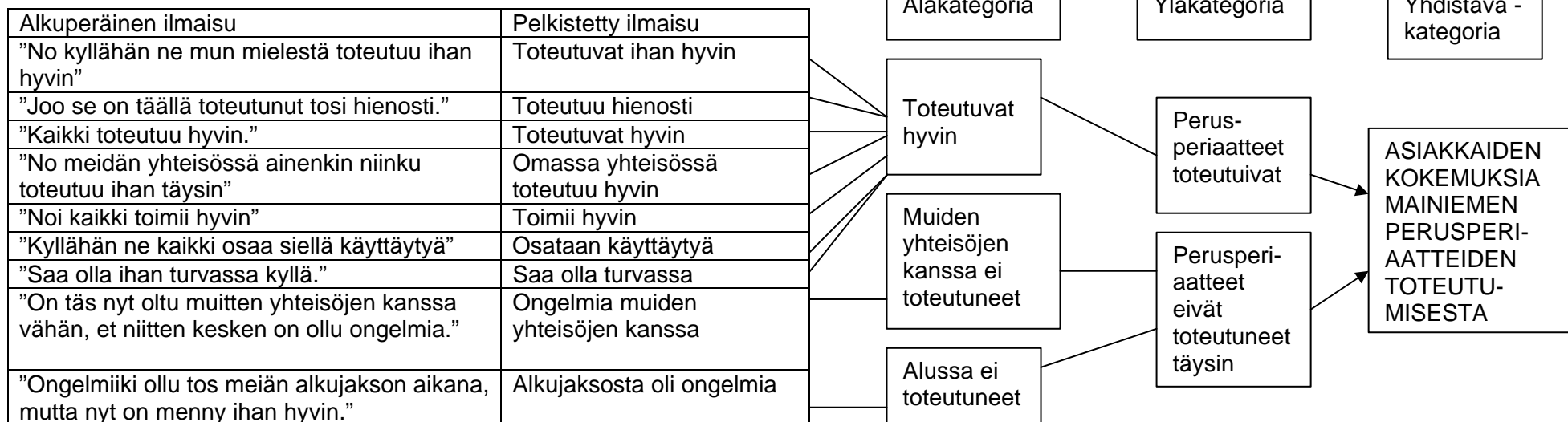
LIITE 13 Asiakkaiden kokemuksia yhteisohoidosta



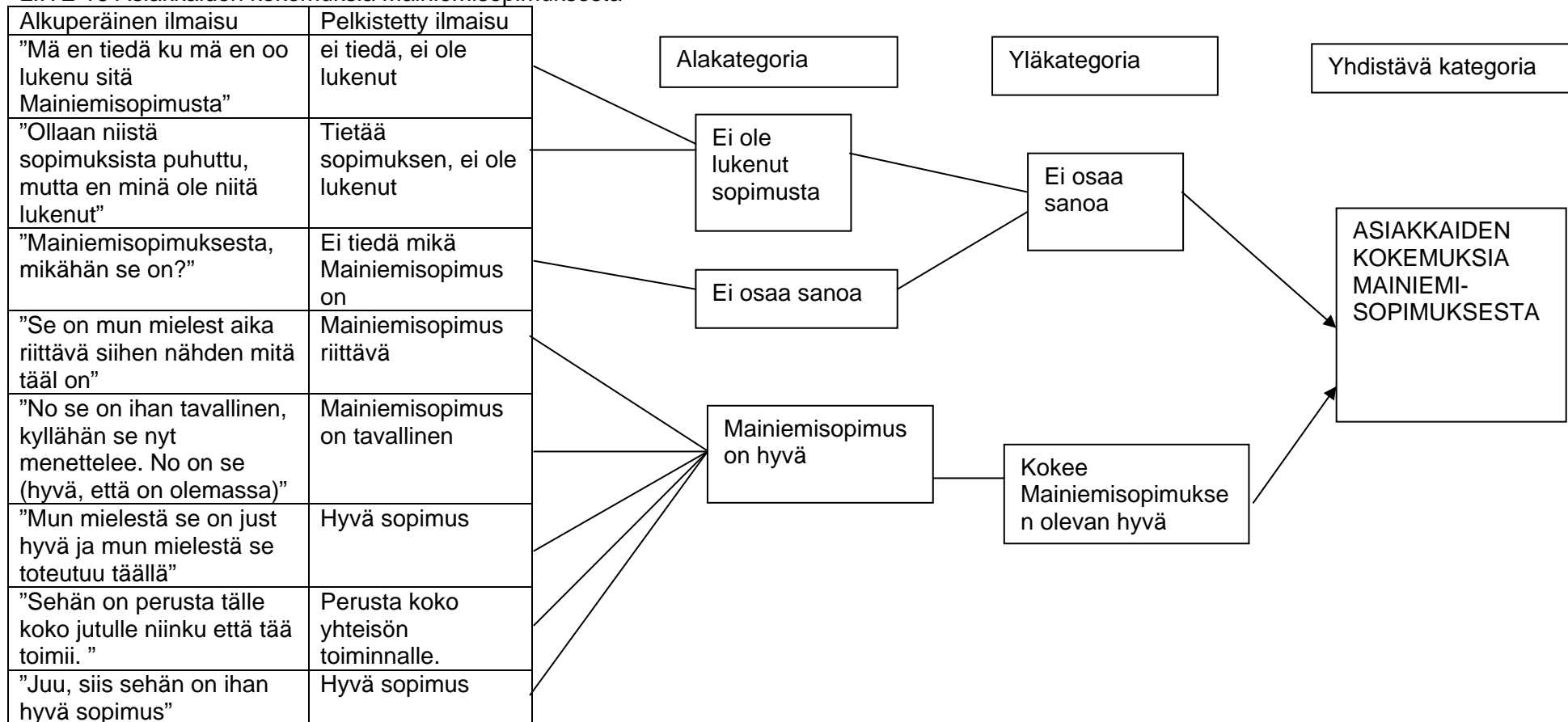
LIITE 14 Asiakkaiden kokemuksia yhteisöhoidon huonoista puolista



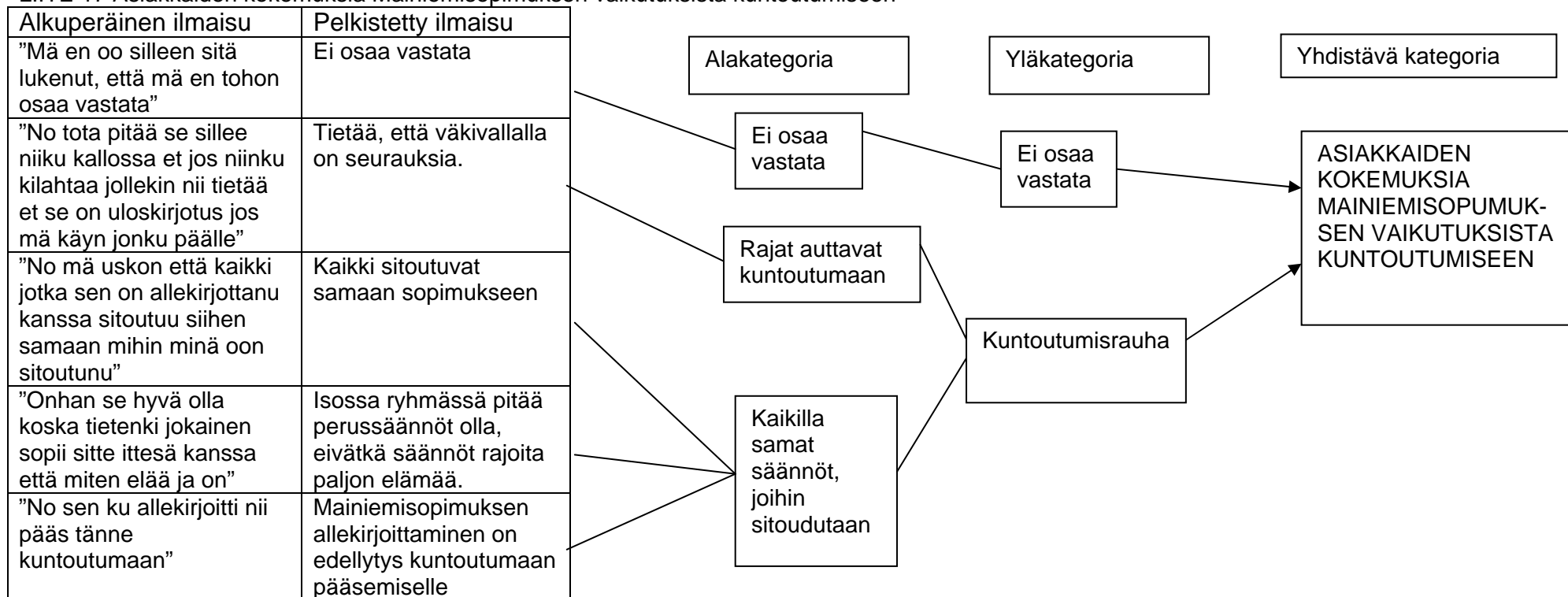
LIITE 15 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemen perusperiaatteiden toteutumisesta
 Perusperiaatteita ovat: kunnioittaminen, tasavertaisuus ja turvallisuus



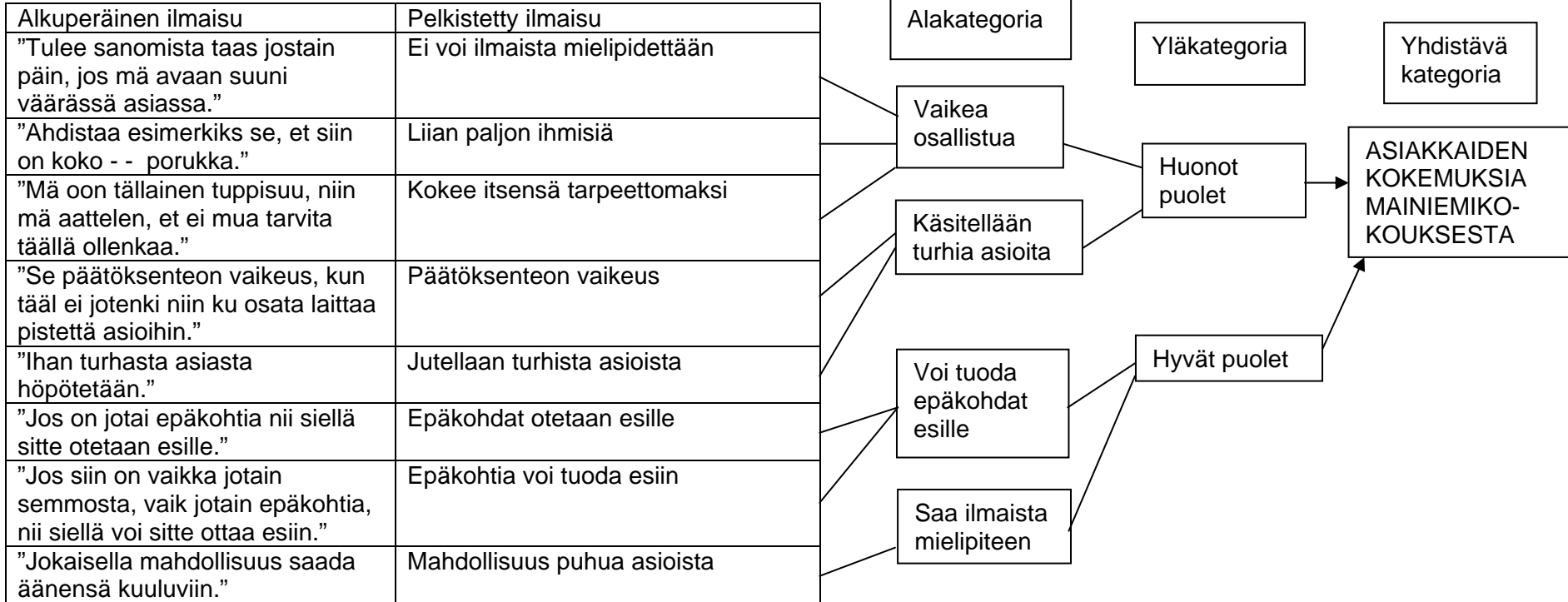
LIITE 16 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemisopimuksesta



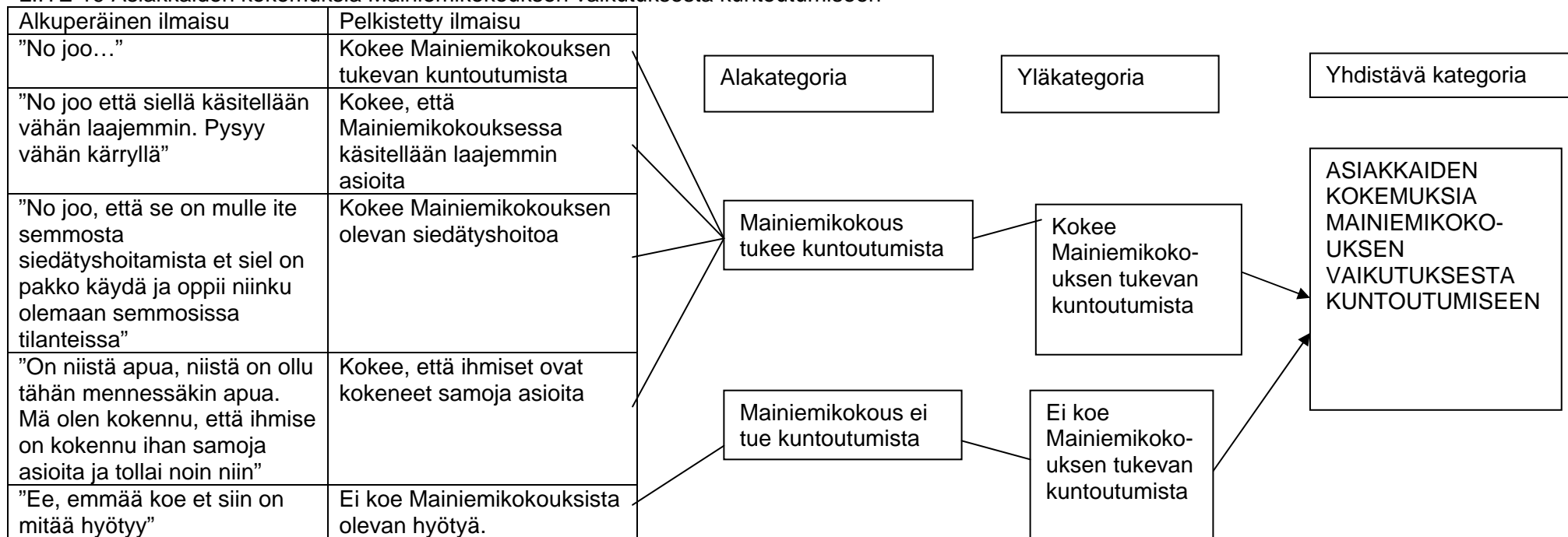
LIITE 17 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemisopimuksen vaikutuksista kuntoutumiseen



LIITE 18 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemikokokouksesta.

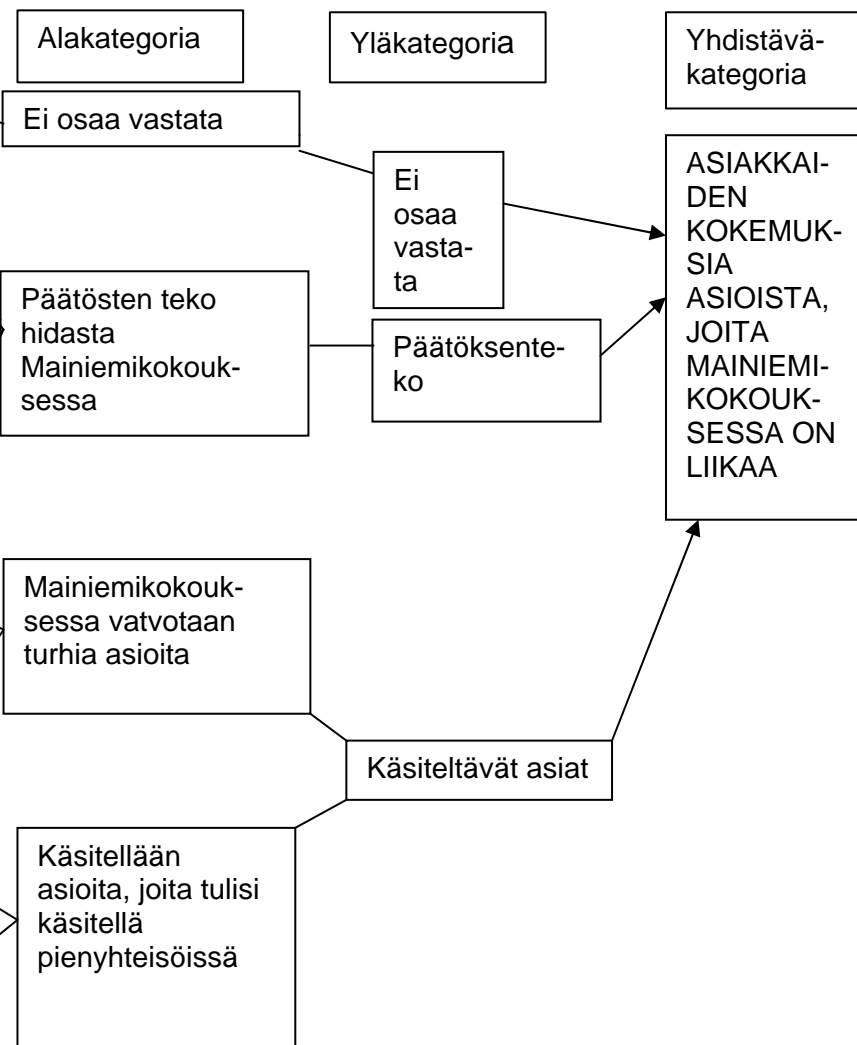


LIITE 19 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemikokouksen vaikutuksesta kuntoutumiseen

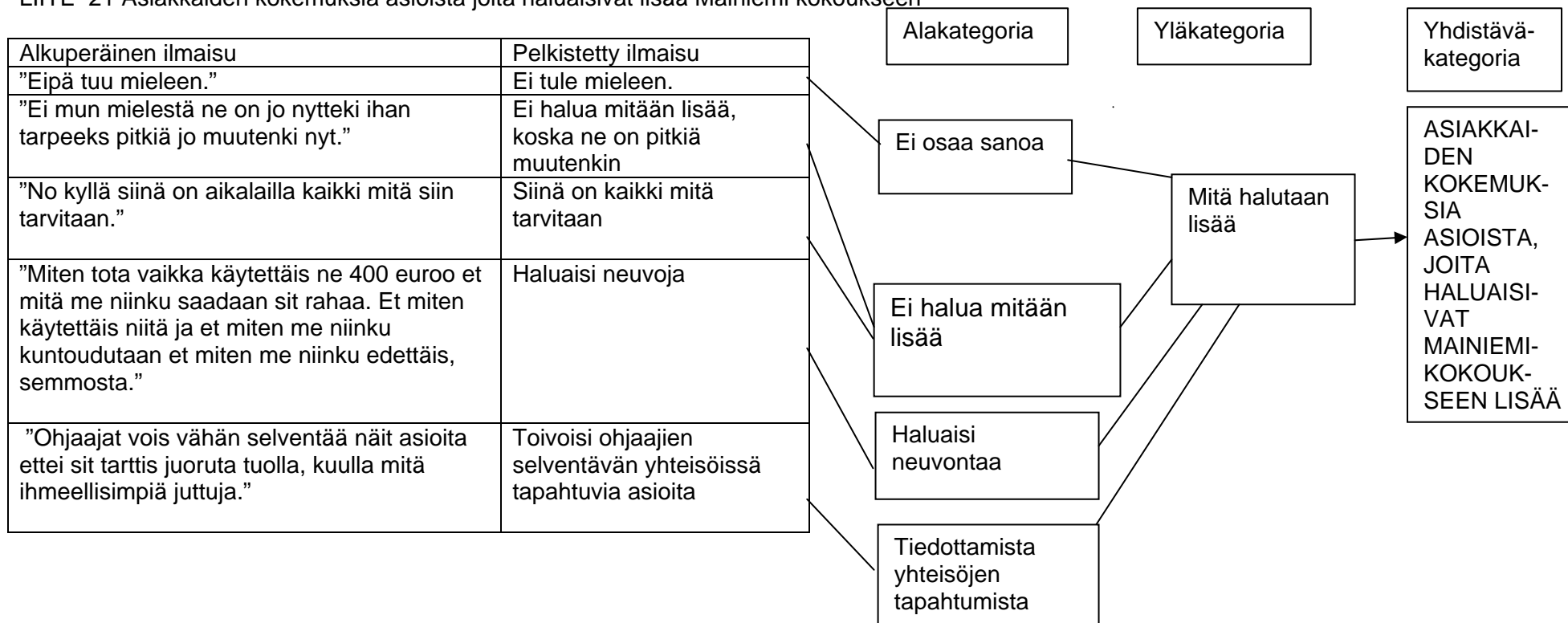


LIITE 20 Asiakkaiden kokemuksia asioista joita Mainiemi kokouksessa on liikaa

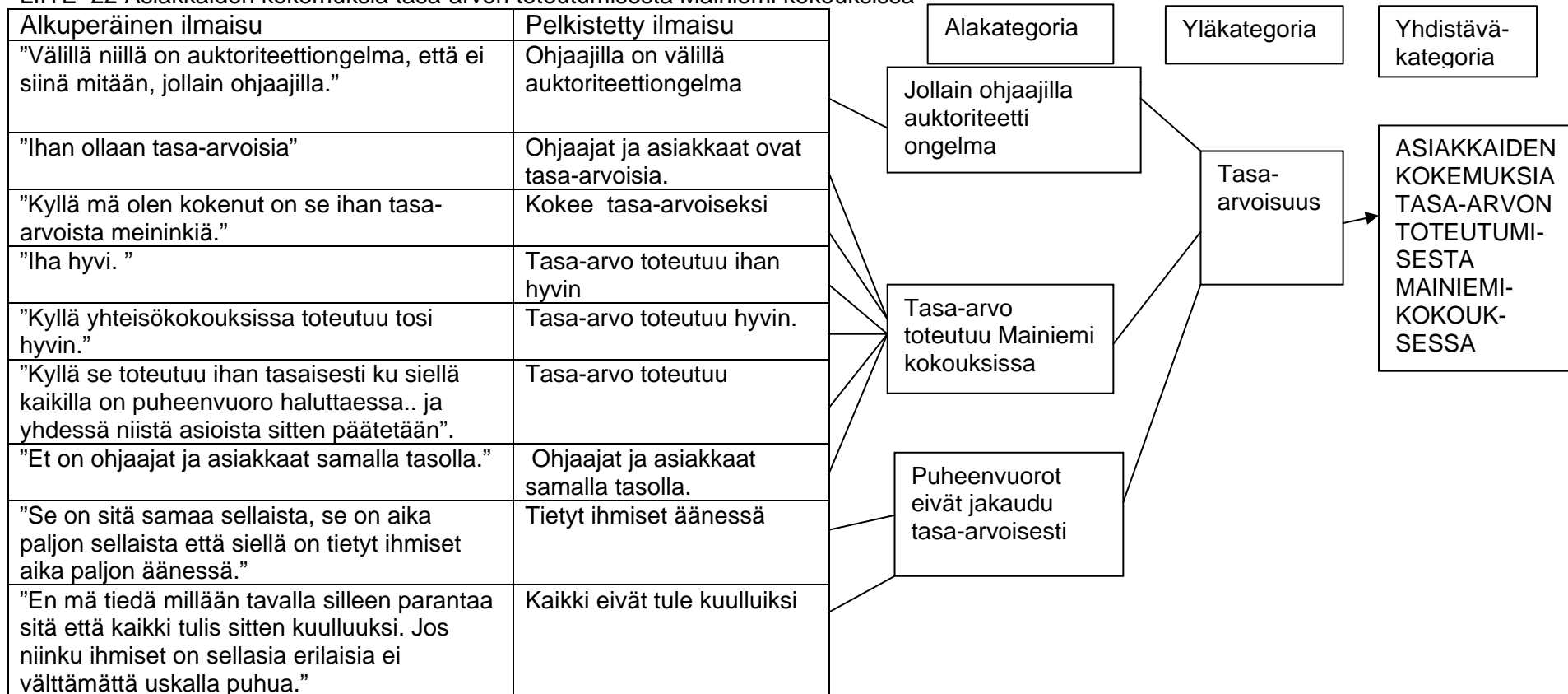
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Mä en nyt tohon voi vastata mitään."	Ei osaa vastata.
"Päätöksen tekeminen tuntuu olevan kovinkin vaikeeta."	Päätösten tekeminen on vaikeaa
"Et silleen mut aika pitkään välillä vatvotaan justiin semmosia ilmoitustaulun paikkaa ja sitte päätetään siitä joskus viikon päästä tai milloin siitä nyt päätetään.."	Päätäminen kestää pitkään.
"Siihen ollaan yritetty me asiakkaat aina tossa jutella aina keskenämme ja yritetään seuraavaan kokoukseen yritetään pyydetään että nyt tehdään se päätös."	Yrittävät, että seuraavassa kokouksessa tehdään päätös.
"No enemmänkin se, että asioita puidaan vähän liikaakin"	Asioita puidaan liikaa
"Vähän liikaa joo just.. nii, tälläsii just nii et mihin sijotetaan joku taulu et nää tärkeät asiat on vähä tällästä et ei mua kiinnosta pätääkää semmonen."	Käsitellään turhia asioita
"Eikä aina vaan riideltäis siitä, mihin pistetään joku taulu seinälle, -, tai tällasta."	Ei haluaisi riideltävän turhista asioista, esim. mihin taulu laitetaan.
"No välillä ehkä vähän turhia asioita.. siel saattaa tulla esiin sellasia ei niin olennaisia asioita jotka voitais käsitellä omassa yhteisössä niinku siellä pienyhteisöissä"	Käsitellään epäolennaisia asioita, joita voitaisiin käsitellä mieluummin omassa pienyhteisöissä.
"No ne on tietysti noitten toisten talojen asioita, jotain pieniä yksityiskohtia. Et mun mielestä ne vois tuolla omassa yhteisöissään puhua niistä."	Pienet asiat käsiteltäisiin omassa yhteisöissä



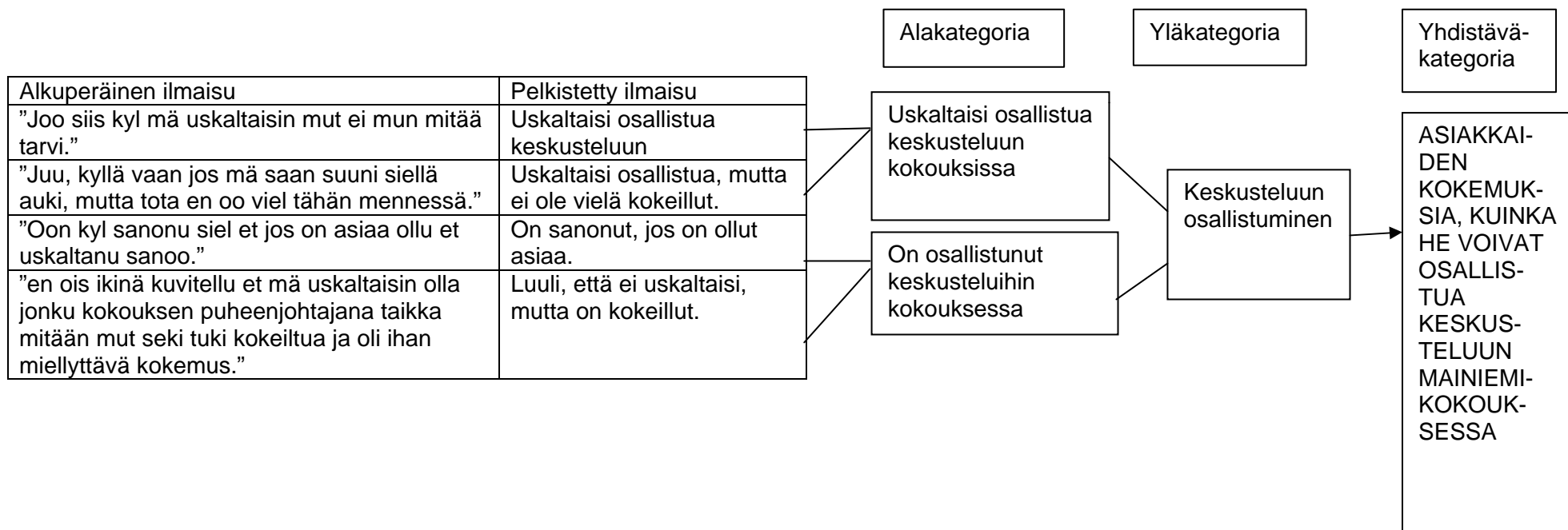
LIITE 21 Asiakkaiden kokemuksia asioista joita haluaisivat lisää Mainiemi kokoukseen



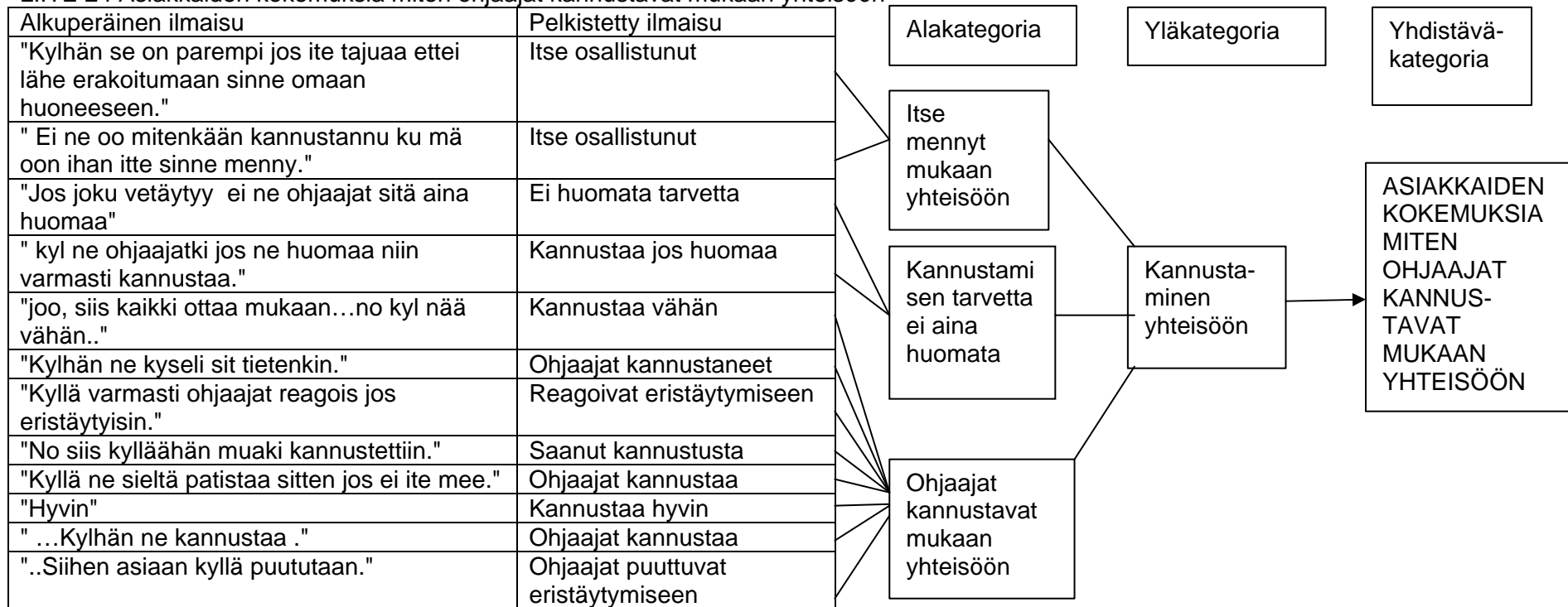
LIITE 22 Asiakkaiden kokemuksia tasa-arvon toteutumisesta Mainiemi kokouksissa



LIITE 23 Asiakkaiden kokemuksia kuinka he voivat osallistua keskusteluun Mainiemikokokouksessa



LIITE 24 Asiakkaiden kokemuksia miten ohjaajat kannustavat mukaan yhteisöön



LIITE 25 Asiakkaiden kokemuksia yksilönä huomioduksi tulemisesta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Hyvin."	Hyvin.
ihan hyvin."	Kokee tullessa huomioduksi yksilönä hyvin.
"Joo kyllä"	Kyllä
"Joo kyllä "	Kokee, että yksilöllisyys huomiodaan
"No hyvin. Tosi hyvin."	Yksilöllisyys toteutuu hyvin
"Joo ihan hyvin ne huomioi. Joo, kyl sen niistä huomaa."	Ohjaajat huomioivat hyvin yksilöinä
" Kyllä, nimenomaan yksilönä."	Huomiodaan yksilönä.
"Ne pitää huolen siitä, et mä sanon sanottavani muittenkin kuulleen tolleen, mutta ei siinä nyt paljoo muuta sitten. Ei ne oikeen ehdi paneutua mihkään, tämmösiin henk. koht. asioihin, eikä hyvinvointiin mun mielestä, kyllähän ne nyt lääkkeet antaa."	Annetaan puheenvuoro, mutta henkilökohtaisiin asioihin ohjaajat eivät ehdi paneutua.
"No sanois no mun kaa oli vähän nyt että taistelin vastaan siirtoa oikeestaan. No kyllä niitä (omia kantoja) ymmärrettiin ja silleen, kaikki sano joo, joo ja silleen, oikeestaan ei tapahtunut mitään. Se asia jäi silleen että niinku."	Keskustelua käytiin, mutta asiakas koki asian jääneen silti avoimeksi.

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

Huomiodaan yksilönä

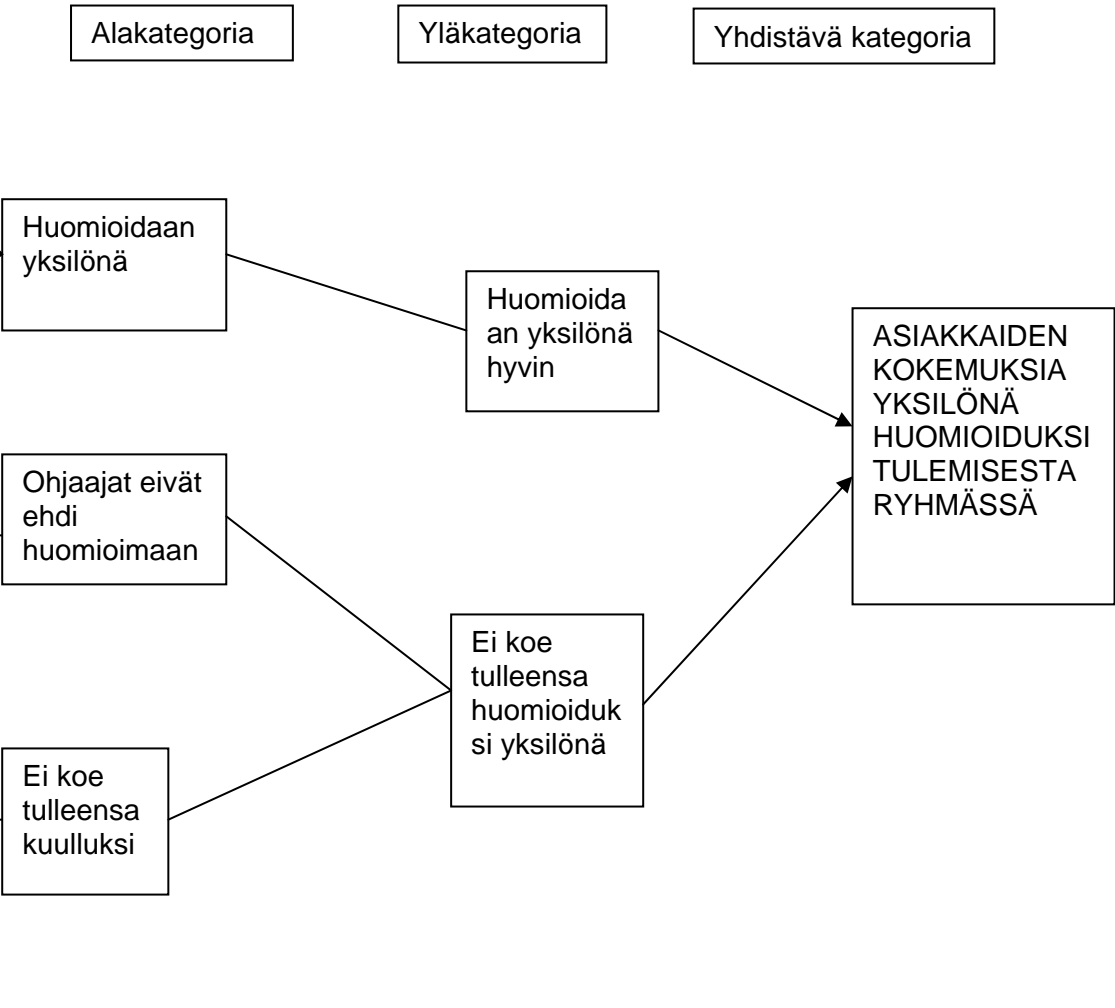
Huomiodaan yksilönä hyvin

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA YKSILÖNÄ HUOMIODUKSI TULEMISESTA RYHMÄSSÄ

Ohjaajat eivät ehdi huomioimaan

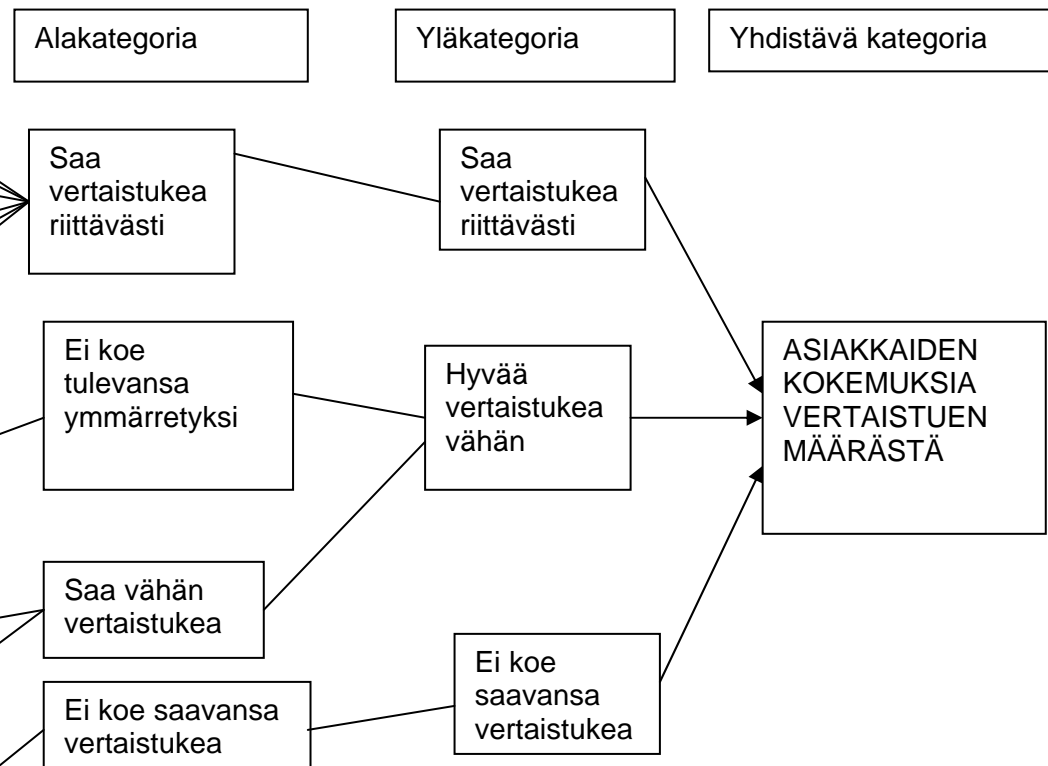
Ei koe tullessa huomioduksi yksilönä

Ei koe tullessa kuulluksi



LIITE 26 Asiakkaiden kokemuksia vertaistuen määrästä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Juu kyllä. Ehdottomasti"	Saa vertaistukea
"No tarpeen tullen. On se ihan (riittänyt)"	Saa riittävästi vertaistukea
"No ihan niin paljon kuin sitä tarvii"	Saa niin paljon kuin tarvitsee, ryhmistä voi saada vielä lisää
"Varmasti jokaiselta ihmiseltä pystyy jotain saamaan"	Jokainen voi antaa vertaistukea
"Joo tottakai"	Saa vertaistukea
"Joo. "	Vertaistukea saa
"Joo saan, mutta tuolla ne on kaikki alkoholiongelmaisia. Kaikki ei oikeen sitten tajuu, mikä tää mun juttu on"	Saa, mutta kokee ettei tule täysin ymmärretyksi
"NA-ryhmä oli ainoa paikka oikeestaan mistä sai täällä"	Kokee, että NA-ryhmä ainoa paikka, josta saa vertaistukea.
"No kyllähän se on ennenkin auttanut mua, mut tääl ei oo paljoo ihmisiä jolta sitä saa"	Vertaistuki auttaa, mutta kokee että on vähän henkilöitä, joilta vertaistukea saa
"Ei täällä oikee, nyt ei oo sillee et mä oisin kokenu et saan paljo vertaistukea. Tää on sellast "kuivanappailuu" täällä."	Ei koe saavansa vertaistukea, kokee sen olevan lähinnä "kuivanappailua"



LIITE 27 Asiakkaiden kokemuksia vertaistuen auttavuudesta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
"Auttaa tosi paljon"	Auttaa hyvin paljon
"siellä tulee just sellasia hyviä ajatuksia päähän."	Muilta saa hyviä ajatuksia
"Keskusteluissa "	Vertaistuki auttaa keskusteluissa
"No tietysti niinku että ne tietää sitte paremmin ku esimerkiksi mun mies et mistä mä puhun jos on vaikka vieroituoireita tai jotain"	Esim. vieroituoireita kokeneet tietävät mistä toinen puhuu paremmin kuin vieroituoireita kokemattomat
"Kannustamisessa ja."	Vertaistuki auttaa jaksamaan
"Se on mun mielestä iso osa koko kuntoutumista, että kaikki miettii ihan oikeesti noita asioita, minkä takia ne on tullu ja mitä tältä odotetaan"	Voi miettiä yhdessä miksi on tänne tullut ja mitä jaksolta odottaa
"Joo, ja sitten semmonen vastaan tulee mieleen semmonen kun armeijassa oli ja niinnin siellä kun on semmonen monen kymmenen kilometrin marssi, välil on niin rättiväsny, tuntee et ei jumalauta mä en jaksa ja sä katot et siin se edellä menevän reppu heiluu ja siin se menee viel ja takana tulee toinen, et perkele jos noikin jaksaa niin mäkin jaksan"	Toisten jaksaminen auttaa itseäkin jaksamaan
"Kuulee kokemuksia, ja tommosia noin niiku ja voi jakaa niitä ja muuta"	Vertaistuella saa kuulla muiden kokemuksia ja voi jakaa omiaan
"No tänää oli vaikka semmonen, että miten välttää tuolla siviilissä sitten taas sitä, ettei ala käyttää jotai näitä tämmösiä, että miten vältellä niitä tilanteita."	Vertaistuella saa tietoa, joka auttaa siviilissä välttämään retkahduksen

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

Auttaa paljon

Auttaa paljon

Saa hyviä ajatuksia

Kokemusten jakaminen

Auttaa ymmärtämään toisia paremmin

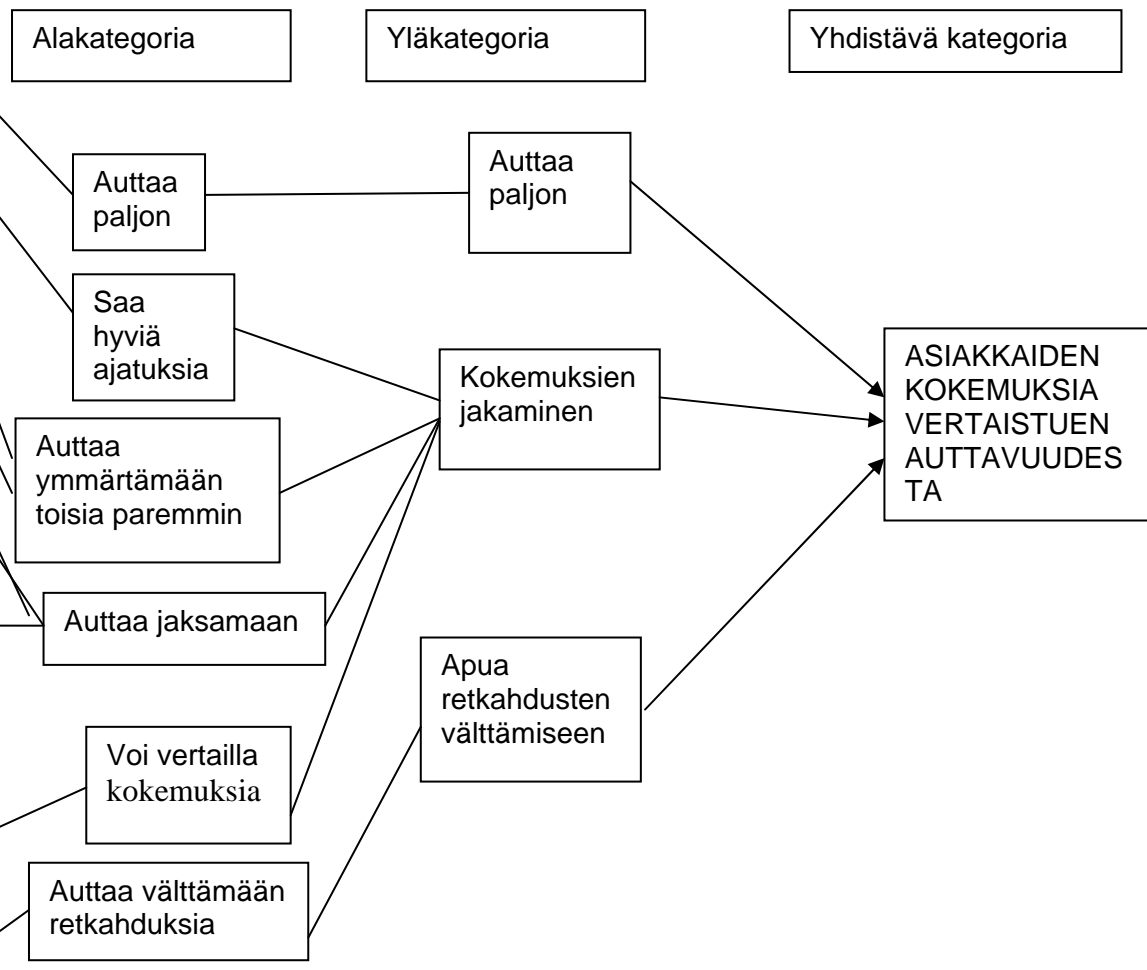
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA VERTAISTUEN AUTTAVUUDESTA

Auttaa jaksamaan

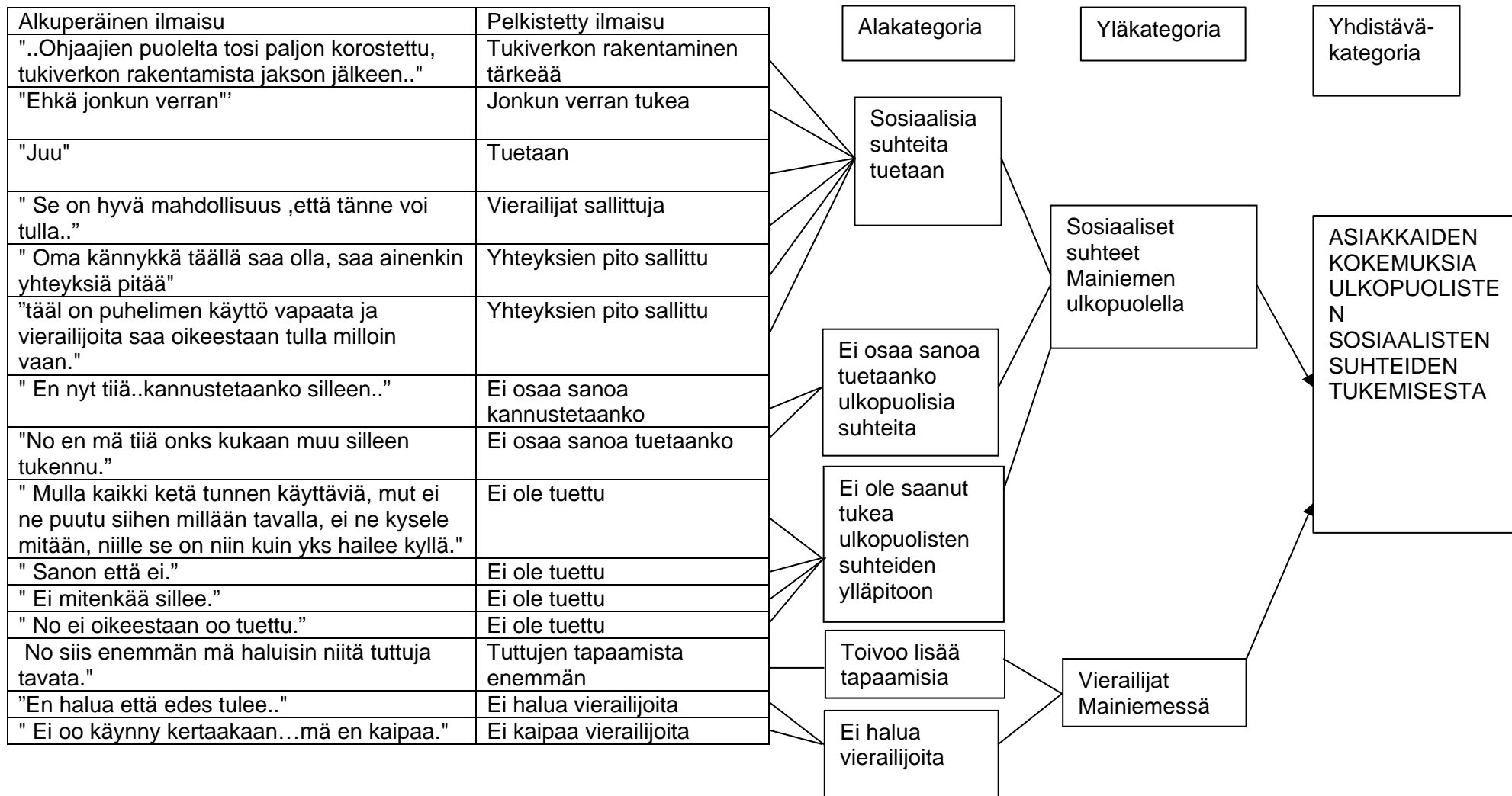
Apu retkahdusten välttämiseen

Voi vertailla kokemuksia

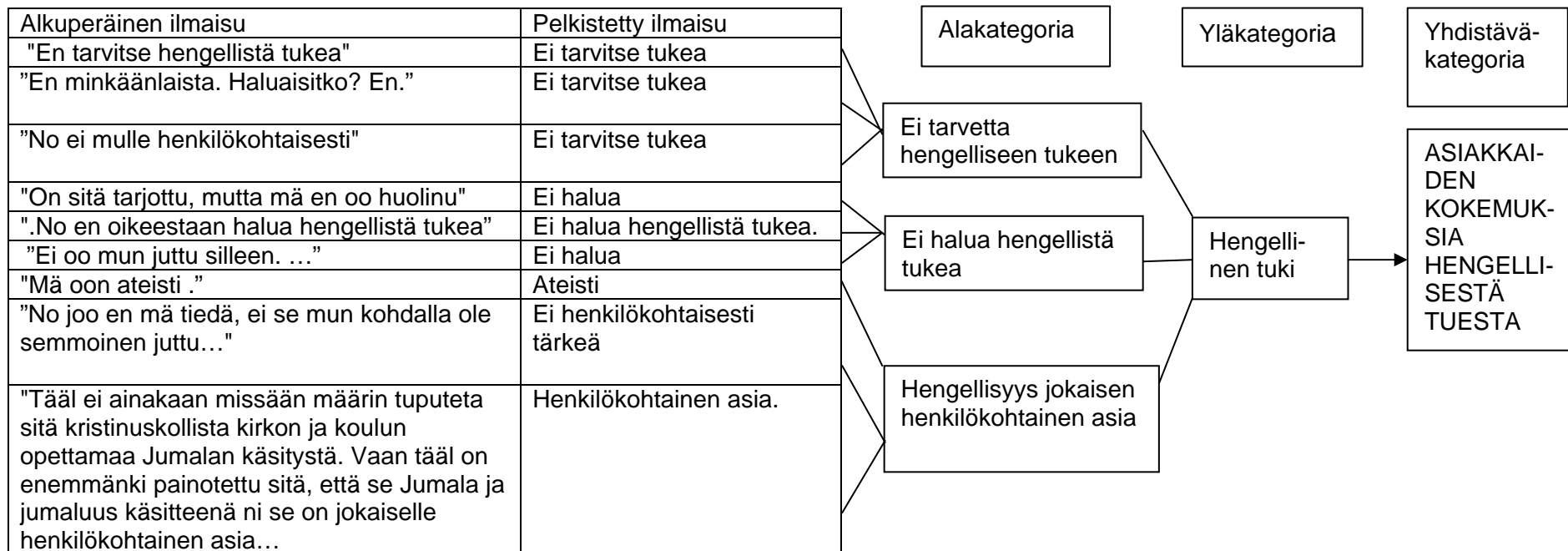
Auttaa välttämään retkahduksia



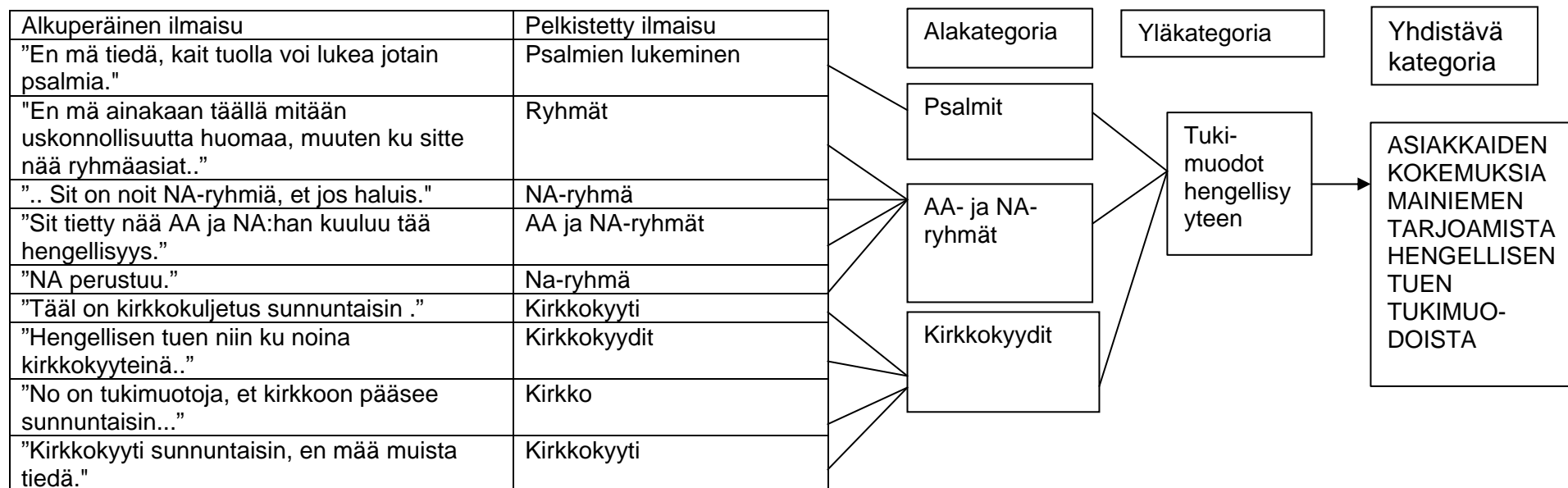
LIITE 28 Asiakkaiden kokemuksia ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden tukemisesta



LIITE 29 Asiakkaiden kokemuksia hengellisestä tuesta



LIITE 30 Asiakkaiden kokemuksia Mainiemen tarjoamista hengellisen tuen tukimuodoista



Liite 31 Asiakkaiden kehittämiehdotukset Mainiemen toimintaan

