

Johanna Järvi

KRISTILLISEN ALKOHOLISTI- JA NARKOMAANITYÖ RY: N
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KRISTILLISESTÄ
PÄIHDETYÖSTÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

KRISTILLISEN ALKOHOLISTI- JA NARKOMAANITYÖ RY:N
ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KRISTILLISESTÄ PÄIHDETYÖSTÄ

Järvi, Johanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 37
Liitteitä: 2

Asiasanat: päihdehoitotyö, kristillinen päihdetyö, sielunhoito, hengellinen hoitotyö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdehoidosta. Tavoitteena oli, että tutkittua tietoa voidaan käyttää KAN ry:n työn kehittämiseen, jotta hoito vastaisi entistä paremmin asiakkaiden odotuksia ja tarpeita.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin kyselylomakkeilla toukokuussa 2011. Tutkimus tehtiin kolmeen Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n pitämään hoitoyksikköön, joissa oli yhteensä 24 asiakaspaikkaa. Tutkimukseen vastasivat hoitoyksikköjen asiakkaat (N=18).

Tutkimustulosten mukaan suurimmaksi syyksi hakeutua KAN ry:n ylläpitämään hoitopaikkaan nousi oma usko siihen, että Jumala voi parantaa heidän päihdeongelmansa. Hoidon kristillisellä pohjalla oli tärkeä merkitys hoitopaikkaa valittaessa. Suurin osa (n=11) tutkimukseen osallistuneista vastasi saaneensa erinomaista hoitoa, ja hoitajien ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, ettei hoito auttanut selviytymään päihdeongelmasta. Hengellinen toiminta koettiin positiivisena asiana ja siitä saatiin voimaa sekä turvaa elämään. Neljä asiakasta toivoi enemmän keskustelua päihdehoidon haitoista, raittiuteen pääsemisestä sekä terveyteen liittyvistä asioista. Kahdeksalle ei ollut tehty kuntoutussuunnitelmaa, ja kuuden mielestä kuntoutussuunnitelma ei ollut ajan tasalla.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla opinnäytetyön aiheen tutkiminen laajemmalla tutkimusaineistolla ja ottaa tutkimukseen mukaan useita eri kristillistä päihdetyötä tekeviä järjestöjä. Toisena aiheena nousi ajatus, että voitaisiin selvittää, miten hengelliset tarpeet otetaan huomioon tavanomaisessa päihdetyössä.

CLIENTS' EXPERIENCES OF CHRISTIAN SUBSTANCE ABUSE
REHABILITATION IN UNITS RUN BY KRISTILLINEN ALKOHOLISTI- JA
NARKOMAANITYÖ RY

Järvi, Johanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

November 2011

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 37

Appendices: 2

Keywords: substance abuse rehabilitation, Christian substance abuse rehabilitation, pastoral counselling, spiritual care

The purpose of this thesis was to study the clients' experiences of Christian substance abuse rehabilitation in units run by Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry. The aim of this thesis was to gather and produce information that can be used to improve the service of KAN to better meet the expectations and needs of the clients.

This study was quantitative. Data were collected by conducting a survey in May 2011. The questionnaire was sent to three branches of KAN rehabilitation units that had a total of 24 clients. The clients (N=18) responded and filled out the questionnaire.

The respondents indicated that the most important motive to seek help from KAN rehabilitation unit was the personal belief that God could heal their substance abuse. The clients put a significant weight on the Christian basis of the rehabilitation when choosing the rehabilitation unit. Most (n=11) of the respondents had received excellent care and they were happy with the professional skills of the nursing staff. Three of the clients thought that the treatment did not help them overcome substance abuse. Religious activity was felt to be positive and it gave strength and safety to life. Four of the clients wished there was more conversation on the harmful effects of substance abuse, getting clean and health in general. Rehabilitation plan had not been prepared for eight of the clients, and six reported that theirs was not up to date.

In the future it would be interesting to study the theme with a larger data set and bring in several organisations that provide Christian substance abuse rehabilitation. Also it could be studied how spiritual needs are taken into account in conventional substance abuse rehabilitation.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | PÄIHDEHOITOTYÖ..... | 6 |
| 2.1 | Päihteenkäyttäjän hoitoprosessi | 7 |
| 2.1.1 | Päihteenkäyttäjän hoitotyön suunnitelma..... | 8 |
| 2.1.2 | Päihteenkäyttäjän hoitotyön toteutus | 11 |
| 2.2 | Kristillinen päihdetyö | 13 |
| 3 | HENGELLINEN HOITOTYÖ | 14 |
| 3.1 | Hengellinen hoito..... | 15 |
| 3.2 | Sielunhoito | 16 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT | 17 |
| 5 | TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS | 18 |
| 5.1 | Tutkimusorganisaatio..... | 19 |
| 5.2 | Tutkimusaineiston keruu..... | 20 |
| 5.3 | Tutkimusaineiston analysointi | 20 |
| 6 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 21 |
| 6.1 | Asiakkaiden päihteiden käyttö viimeisen vuoden aikana | 21 |
| 6.2 | Asiakkaiden hoitoon hakeutumisen syyt KAN: ry:n hoitopaikkaan | 23 |
| 6.3 | Asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta KAN ry:n hoitopaikassa | 24 |
| 7 | TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA..... | 30 |
| 7.1 | Keskeiset tulokset | 30 |
| 7.2 | Tulosten pohdinta | 31 |
| 7.3 | Tutkimuksen luotettavuus..... | 33 |
| 7.4 | Tutkimuksen eettiset näkökulmat | 34 |
| | LÄHTEET..... | 36 |

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupa-anomus

Liite 2 Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n asiakkaiden
kokemuksia kristillisestä päihdetyöstä -kyselylomake

1 JOHDANTO

Vuonna 2009 kuluttajien kotimaassa tekemiin alkoholiostoihin käyttämä rahamäärä oli yhteensä 4,3 miljardia euroa. Asukasta kohti laskettuna alkoholijuomia hankittiin vuoden aikana 809 eurolla. Vuonna 2008 alkoholin käyttö aiheutti 0,8–1,0 miljardin euron välittömät kustannukset ja 3,3–6,3 miljardin euron välilliset kustannukset. Vuonna 2009 päihdehuollon laitoksissa hoidettuja asiakkaita oli 11309, joista miehiä oli 8 377 ja naisia 2 932. Terveystenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 24 843 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosina ja 36 226 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli pää- tai sivudiagnoosina vuonna 2009. Alkoholisairauksien vuoksi vuodeosastoilla hoidetuista enemmistö oli miehiä (79 %) ja 45–64-vuotiaita (60 %). Alkoholisairauksien hoitotaksot muodostavat noin neljä viidennestä kaikista sairauksien päihdehoitotaksista. (Stakes 2010, 16, 24, 107.)

Vuonna 2009 alkoholin käytön seurauksena Suomessa kuoli yhteensä 2 954 henkeä. Alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset ovat olleet vuodesta 2005 lähtien työikäisten (15–64-vuotiaiden) miesten ja naisten yleisin kuolinsyy. Vuonna 2009 kuolleista työikäisistä miehistä lähes joka viides ja naisista joka kymmenes kuoli alkoholiperäiseen sairauteen tai alkoholimyrkytykseen. (Stakes 2010, 21.)

Päihdetyössä kohdataan fyysistä ja psyykkistä sairastavuutta, itsetuhoisuutta, kuoleman läheisyyttä, työttömyyttä, köyhyyttä, asunnottomuutta, yksinäisyyttä, lasten kaltoinkohtelua ja muita perheiden ongelmia. Päihdetyötä tekeviltä edellytetään vahvaa uskoa työn merkitykseen, mutta myös varautumista pettymyksiin ja hitaisiin muutoksiin. Päihdetyöllä on tutkimuksen ja kokemusten perusteella tärkeä rooli ihmisten elämässä tapahtuvissa muutoksissa, jotka parhaimmillaan merkitsevät pienempiä tai suurempia onnistumisia, joskus suorastaan käsittämättömiä selviytymistarinoita. Jokaiselle päihdeongelmalliselle olisi hyvä löytää sopiva hoitomuoto. Kristillinen päihdetyö on yksi niistä. (Kaipio & Ruisniemi 2009, 11.)

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaniryön asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdehoidosta. Tavoitteena on, että tutkittua tietoa voidaan käyttää KAN ry:n henkilökunnan työn kehittämiseen, jotta hoito vastaisi entistä paremmin asiakkaiden odotuksia ja tarpeita.

2 PÄIHDEHOITOTYÖ

Päihdehoitotyö on terveyttä edistävää, päihteidenkäyttöä ja sen haittoja ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä. Toiminnalliset riippuvuudet kuten esimerkiksi peliriippuvuus sisällytetään päihdehoitotyön alueelle. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 14; Inkinen 2004.)

Päihdehoitotyössä ihminen määritetään yksilön itsensä, perheen, ryhmän tai yhteisön näkökulmasta. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan päihteenkäyttäjä on ihmisenä jatkuvassa muutosprosessissa ja kykenevä osallistumaan muutoksen aikaansaamiseen. Päihteenkäyttäjä on kasvava, itsestään ja ympäristöstään tietoinen muutosprosessin aikana. Päihteenkäyttäjä ja hoitaja tuovat kohtaamis- ja hoitotilanteeseen menneisyytensä, nykyisyytensä ja tulevaisuutensa sekä niiden tuomat merkitykset. (Havio ym. 2008, 14.)

Hoitotyössä terveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, inhimilliseksi voimavaraksi, mahdollisuudeksi, hyväksi oloksi, tasapainoisuudeksi, tietoisuuden kasvuksi ja kyvyksi toimia ja suoriutua itsenäisesti. Päihdehoitotyössä asiakkaan terveys on uhattuna asiakkaan runsaan päihteiden käytön vaikutuksesta. Vaikeimmillaan runsas päihteenkäyttö synnyttää, ylläpitää ja syventää päihderiippuvuutta ja aiheuttaa näin haittaa ei pelkästään itselle vaan myös läheisille, työtovereille ja yhteiskunnalle. Päihdehoitotyössä on tärkeää arvioida, minkälainen rooli päihteenkäytöllä on ihmisen jokapäiväisessä elämässä ja millaisen merkityksen yksilö tai perhe tilanteelle antaa. (Havio ym. 2008, 14.)

Hoitotyön toimintaa voidaan tarkastella vuorovaikutussuhteena, prosessina ja auttamismenetelminä. Hoitotyö määritellään myös hoitotyön tieto- ja arvoperustaan pohjautuvaksi terveystavoitteiseksi toiminnaksi, jonka lähtökohtana on yksilön, perheen ja yhteisön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Päihdehoitotyön toteutumiseen vaikuttaa se, millaisessa työ- ja hoitoympäristössä sairaanhoitaja työskentelee, millaisen vuorovaikutussuhteen hän luo päihteenkäyttäjään ja tämän läheisiin sekä millaisia hoitotyön auttamismenetelmiä hän käyttää. (Havio ym. 2008, 15.)

Hoitotyön ympäristö on laaja ja monitasoinen käsite. Päihdehoitotyössä ympäristöä tarkastellaan tilana tai elämäntilanteena, jossa asiakas tai potilas on keskipisteenä, hänen elämis- ja asumisympäristönään ja sosiaalisena ympäristönään sekä koulu-, opiskelu- tai työympäristönään. Päihdehoitotyön ympäristöön vaikuttavat poliittiset linjaukset ja kannanotot sekä yhteiskunnalliset ja paikalliset päätökset. (Havio ym. 2008, 15.)

Suomessa päihdepalveluita järjestävät kunnat. Kunnat tuottavat palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostavat ne ostopalveluina päihdepalveluja tuottavilta säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Päihdejärjestöistä kristillisiä päihdejärjestöjä ovat esimerkiksi Sininauhaliitto, Kran, Pelastusarmeija ja Katulähetys. (Havio ym. 2008, 99.) Suomessa päihdehuoltolaki (41/1986, 3§) edellyttää kunnan järjestävän päihdepalveluja kunnassa ilmenevän tarpeen mukaisesti.

2.1 Päihteenkäyttäjän hoitoprosessi

Hoitoprosessi jakaantuu kolmeen osaan: hoitotyön suunnitelmaan, hoitotyön toteutukseen sekä hoitotyön tulosten arviointiin. Hoitotyön päätöksenteon perustana olevaan hoidon tarpeen määrittelyyn kuuluu asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittaminen. Turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde edistää hoitomotivaation syntyä, mahdollistaa hoitoon sitoutumisen ja vaikeiden asioiden käsittelyn. Luottamuksen syntyminen vaatii aikaa, yhteistyökumppanuutta, ihmisen arvojen ja elämäkatsomusten kunnioittamista sekä tarpeiden huomioimista ja uskoa asiakkaan mahdollisuuksiin. (Havio ym. 2008, 34.)

Kun kerätään tietoja asiakkaasta, käytetään apuna havainnointia, erilaisia mittauksia kuten verenpaineen mittausta, alkometria tai virtsatestejä, päihteenkäyttäjän omaa kertomusta, omaisten tai työnantajan antamia tietoja, lääkärin suorittamia tutkimuksia sekä muista hoitolaitoksista saatuja tietoja. Päihteenkäytön ilmeneminen on aina yksilöllistä. Päihteenkäyttäjä voi tuoda päihteiden käytön ilmi heti ensitapaamisella tai salata sen mahdollisimman pitkään. Päihteiden käyttö saattaa myös paljastua somaattisten sairauksien taustalta vahingossa. Päihteenkäytön salaaminen voi johtua siitä, että asiakas ei tunnista päihdeongelmaansa tai ei pysty sitä itselleen myöntä-

mään. Päihdeongelmaa ei aina pysty tunnistamaan ulkoisesti havainnoimalla. (Havio ym. 2008, 34.)

Päihteidenkäytön tultessa ilmi ensi kertaa, hoitajan asiallinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen mahdollistaa päihdeasian käsittelemisen jatkossa. Päihdeongelmainen ei halua yleensä puhua jatkossa päihdeongelmasta tai lopettaa jopa hoitonsa, jos päihdeongelma sivuutetaan tai siihen suhtaudutaan varauksellisesti, epäuskoisesti, vähätellen tai kielteisesti. (Havio ym. 2008, 35; Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1995, 41.)

2.1.1 Päihteenkäyttäjän hoitotyön suunnitelma

Hoidon tarpeen määrittelyn perustana ovat päihteenkäyttäjän yksilölliset tarpeet, omat odotukset ja voimavarat, joihin kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu perustuu. Hoidon alussa selvitetään päihteiden käyttöä, käyttöön liittyviä muita ilmiöitä ja käyttöä ylläpitäviä tekijöitä. Asiakkaan kanssa tehdään systemaattinen tilanearvio. Hoidossa selvitetään päihteen merkitystä ihmisen elämässä toimintojen jäsentäjänä: mihin päihde on vaikuttanut, mihin se vaikuttaa ja mihin se ehkä tulee vaikuttamaan. Asiakkaan omat ja hänen omaistensa voimavarat selvitetään ja mietitään, miten hoito voi olla hyödyksi asiakkaalle ja hänen omaisilleen tässä elämäntilanteessa. Jotta asiakas hyötyisi hoidosta, hänen on otettava vastuu omasta suhtautumisestaan ja halustaan muutokseen. Sairaanhoidtaja puolestaan vastaa hoitosuhteen ammatillisesta puolesta. Hoidossa on parhaimmillaan mukana moniammatillinen työryhmä tai verkosto. (Havio ym. 2008, 35.)

Varsinaisen päihderiippuvuuden lisäksi päihteenkäyttäjällä saattaa esiintyä eriasteisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Fyysiset ongelmat voivat olla lyhytaikaisia rajusta päihteen kertakäytöstä johtuvia tai pitkäaikaisesta käytöstä johtuvia. Fyysisenä vieroitusoireena voi esiintyä esimerkiksi vapinaa, voimattomuutta, unettomuutta, näköharhoja ja kouristuksia. Akuutteina fyysisinä ongelmina voi esiintyä esimerkiksi myrkytystiloja, loukkaantumisia, tapaturmia, pahoinpitelyjen ja rattijuopumuksien seurauksia. Päihdeongelmaisella voi olla myös B- tai C- hepatiitti tai HIV infektiio. Päihteenkäyttäjällä voi olla myös ongelmia ravitsemuksessa, nestey-

tyksessä, nukkumisessa, hygieniassa ja liikkumisessa. (Havio ym. 2008, 35-36; Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 25.)

Ihminen on riippuvainen levosta, ruuasta ja vedestä, joilla on kiinteä yhteys ruumiin toimintaan ja, jotka ovat elintärkeitä. Yhteinen tekijä riippuvuutta aiheuttaville aineille on se, että ne tuottavat mielihyvää ja hyvinolontunnetta, lievittävät kipua, ahdistusta ja pelkoa tai muuttavat ihmisen sellaisiksi, jollainen hän on aina halunnut olla. Päihdyttävä aine muuttaa ruumiin biokemiallisia järjestelmiä niin, että sen käyttö on ikään kuin normaalia elinjärjestelmän ylläpitoa. (Piironen & Wiklund 2008, 55.)

Päihteenkäyttäjät ei usein hakeudu hoitoon pelkän päihdeongelman tai fyysisen vaikeuden vuoksi. Usein syinä ovat jokin arkipäivän selviytymistä haittaava ongelma kuten elämäntilannekriisi, avioeron uhka, stressaava työ tai eläkepäätöksen odottaminen. Päihteenkäyttäjällä voi esiintyä eriasteisia psyykkisiä ongelmia: unettomuutta, ahdistuneisuutta, turvattomuutta, pelkoja, turhautuneisuutta, keskittymiskyvyttömyyttä, masentuneisuutta, itsetuhoisuutta sekä joko omaa tai läheisten aggressiivisuutta. Päihteenkäyttäjät kärsivät usein huonosta itsetunnosta, ajattelutapojen vääristymisestä sekä eriasteisista yksipuolisista psyykkisten puolustusmekanismien käytöstä. (Havio ym. 2008, 36; Seppä ym. 2010, 25.)

Monet fyysisistä riippuvuutta aiheuttavat aineet voivat aiheuttaa myös psyykkistä riippuvuutta. Molemmat riippuvuudet esiintyvät yhdessä, oli sitten riippuvuuden aiheuttaja mikä tahansa. Psyykkisessä riippuvuudessa vieroitusoireet eivät olekaan fyysisiä vaan psyykkisiä. Ajatukset ovat kiinni riippuvuutta aiheuttavassa asiassa tai aineessa, jonka vaikutukset synnyttävät pakonomaisen tarpeen etsiä, käyttää tai tehdä riippuvuutta aiheuttavaa asiaa. Ilman päihdyttävää ainetta rauhattomuus ja ahdistus lisääntyvät. Psyykkisessä riippuvuudessa jonkin asian tekeminen tuottaa psyykkistä mielihyvää. Se alkaa hallita elämää, tunne-elämää, tekemistä ja ajatuksia, eivätkä elämän normaalit asiat tunnu enää merkittäviltä tai ne laiminlyödään. (Piironen & Wiklund 2008, 56.)

Sosiaaliset ongelmat; asunto-, toimeentulo- ja työttömyysongelmat sekä ihmissuhdevaikeudet muodostavat osan päihdeongelmaa. Vaikeasti päihdeongelmaisilla esiintyy usein asunnottomuutta, väkivaltaisuutta ja sosiaalistumista päihdeongelmaisten ala-

kulttuuriin. Sosiaalisina ongelmina saattaa esiintyä myös avuttomuutta toimia sosiaalisissa tilanteissa, vaikeutta kieltäytyä päihteistä ja ongelmanratkaisumallien sekä elämönhallintataitojen puuttumista. Sosiaalisten ongelmien kartoittaminen ei liity pelkästään hoitojaksoon, vaan jatkohoitomahdollisuuksien tai tarvittaessa erilaisten sosiaalisten tukimuotojen ja kotihoidon järjestäminen ovat tärkeitä. (Havio ym. 2008, 36.)

Päihteiden liikkakäytöstä heijastuvat terveydelliset ja sosiaaliset ongelmat, riippuvuuden kokemus ja jumiutunut elämäntilanne, voivat vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti ihmiseen heikentäen hänen aloittekykyään ja pystyvyyden tunnettaan. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää, että apua hakevalle asiakkaalle syntyy jo ensimmäisissä tapaamisissa tunne, että työntekijä ymmärtää hänen tilanteensa ja osaa auttaa häntä. Tähän pyritään myös motivoivassa haastattelussa. Motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan sellaista asiakkaan ja työntekijän välistä kohtaamista, jonka tavoitteena on auttaa asiakasta ratkaisemaan jonkin ongelmallisen käyttäytymismallin kuten esimerkiksi päihteiden väärinkäytön. Motivoiva haastattelu perustuu asiakkaan ja työntekijän väliseen luottamukselliseen ja avoimeen yhteistyösuhteeseen. Sen turvin asiakkaan on mahdollista tutkia ja oppia ymmärtämään omaa usein emotionaalisesti ja moraalisesti ristiriitaista, itselle ja ympäristölle haitallista käyttäytymistään. (Kapiro & Ruisniemi 2009, 142; Havio ym. 1995, 124; Seppä ym. 2010, 58.)

Hoitotyön suunnitelma sisältää tavoitteiden asettamisen ja niiden tärkeysjärjestyksen arvioimisen. Päihdehoitotyön suunnitelman perustana on tiedonkeruun ja hoidon tarpeen määrittäminen. Päämäärien ja tavoitteiden tulisi olla riittävän kokonaisvaltaisia, mutta realistisia, lyhyelle aikavälille asetettuja, saavutettavissa olevia ja yhteistyössä päihteenkäyttäjän ja hänen läheistensä kanssa laadittuja. Tavoitteiden pitää myös olla joustavia, koska ne usein muuttuvat tai selkeytyvät vasta hoidon aikana. Yhteisesti asetetut selkeät tavoitteet ja niiden jäsentäminen auttavat sairaanhoitajaa ja päihteenkäyttäjää löytämään keinoja tilanteen ratkaisemiseksi. (Havio ym. 2008, 36.)

2.1.2 Päihteenkäyttäjän hoitotyön toteutus

Päihteenkäyttäjän hoitotyön suunnitelma sisältää fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tavoitteita. Päihteiden käyttöön liittyviä tavoitteita voivat olla esimerkiksi täysraittisuus, käytön vähentäminen, hallittu käyttö tai kriisivaiheen tilanteen helpottuminen. Päihteidenhoitotyön tavoitteita hoitavassa ja kuntouttavassa vaiheessa ovat päihteiden käytöstä aiheutuneiden fyysisten oireiden ja sairauksien lievittyminen, niiden ennallaan pysyminen, poistuminen tai vakavampien vaurioiden ehkäisy. Kun päihteenkäyttäjän päihteidenkäytöstä aiheutuneet fyysiset vieroitusoireet helpottuvat, vastuu kunnon kohottamisesta ja hoitamisesta siirtyy päihteenkäyttäjälle. Masennuksen, ahdistuksen, itsetuhoisuuden ja psykoottisuuden lievittyminen ja väheneminen kuuluvat tavoitteisiin psyykkisten oireiden hoitamisessa. Yksityiskohtaisemmat tavoitteet ovat vieroitusoireisiin liittyvien pelkojen ja päihteiden käytöstä aiheutuneen syyllisyyden ja häpeän lievittyminen ja oman aggressiivisuusproblematiikan ja käyttäytymisen oivaltaminen. Tavoitteena on, että käyttäjä pystyisi edes jossain määrin ymmärtämään tai hyväksymään itsensä ja sen hetkisen elämäntilanteensa. (Havio ym. 2008, 37.)

Keskeinen tavoite päihdehoitotyössä on päihteenkäyttäjän saattaminen tietoiseksi päihteidenkäytöstään. Tietoisuuden kasvussa auttaa virheellisten käsitysten korjaaminen, asiallinen, avoin ja rehellinen puhuminen asioista niiden oikeilla nimillä ilman moralisointia. Usein retkahdusvaara on suurimmillaan, kun akuutti päihteidenkäytöstä aiheutuva kriisi alkaa laueta ja päihdeongelmainen alkaa uskotella itselleen, että kaikki ongelmat ovat ohi, kunhan vain ei ala käyttää päihteitä. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu antaa tietoa päihdeongelman luonteesta ja siitä, että retkahdukset kuuluvat päihdeongelman luonteeseen. (Havio ym. 2008, 37.)

Retkahduksen ehkäisyhoidossa tunnistetaan kullekin henkilölle tyypilliset retkahdusta ennakoivat riskitilanteet. Ajatuksena on, että henkilö retkahtaa ensin päätöksestään olla juomatta ja vasta sitten retkahtaa juomaan. Usein nämä toimenpiteet juomisen aloittamiseksi ja luvan antaminen ovat huomaamattomia ja niiden jo tietoiseksi tekeminen voi auttaa. Riskitilanteet voivat olla ulkoisia kuten saunailta tai palkkapäivä tai sisäisiä kuten alakuloisuus tai halu juhlia. (Seppä ym. 2010, 58.)

Motivaation herättäminen on tärkeä muutoksen mahdollistava tekijä. Motivaatio on toiminnan tarkoituksen sisäistämistä: se sisältää ajatuksen ja unelman toiminnan tavoitteesta ja päämäärästä. Toiminta saa mielen ja merkityksen suhteessa tavoitteeseen ja motiiviin. Motivaatio ei ole ihmisen sisällä oleva polte, vaan kyky asettaa mielekkäitä tavoitteita ja toimia niiden saavuttamiseksi. Halutun psyykkisen tilan tavoittelu luo päihteiden käyttöön johtavan motivaation, päihteistä irtautumiseen taas motivoi muutoshalu. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 175.)

Päihteenkäyttäjän motivoituminen omaan hoitoonsa ja jatkohoitoon ovat tavoitteina tärkeitä. Motivaatio syntyy paljolti vuorovaikutuksesta hoitavan henkilön kanssa. Sairaanhoidtaja auttaa päihteenkäyttäjää tulemaan tietoisiksi tilanteestaan ja osallistumaan hoidon suunnitteluun. Sairaanhoidtajan tuki on tärkeää, mutta asiakas asettaa aina tavoitteensa itse. (Havio ym. 2008, 37.)

Hoidon aikana tapahtuva motivointi tapahtuu osana tietoisuuden herättämistä päihteiden suurkulutuksesta, erilaisista mahdollisuuksista ja muutoksista. Hoitomotivaation ylläpitäminen ja jatkohoitoon motivoituminen ovat tärkeitä asioita. Jatkohoitoon motivointiin liittyy hoitovaihtoehtojen ja jatkohoitopaikkojen esitleminen, raittiuteen kannustaminen kotiutumisen jälkeen sekä kunnon ja terveyden tarkistaminen esimerkiksi omalääkärin vastaanotolla. Jatkohoitoon motivoidaan koko hoidon ajan. Joskus päihteenkäyttäjät eivät ole motivoituneita eivätkä lähde jatkohoitoon, vaikka tarve olisi ilmeinen. Heikkoon motivaatioon saattavat vaikuttaa myös ulkopuoliset tekijät; päihdekeskeinen sosiaalinen verkosto, jolloin retkahdusvaara on olemassa, pitkät matkat avohoitopaikkaan varsinkin maaseudulla sekä hoitohenkilökunnan asenteet ja taidot motivoida. Päihteenkäyttäjän pitää löytää mielekästä tekemistä päihteiden käytön tilalle. Mielekkyyden löytämiseen vaikuttavat työn ja vapaa-ajankäytön suunnittelu, harrastukset ja elämäntilanne kokonaisuutena. (Havio ym. 2008, 37–38.)

2.2 Kristillinen päihdetyö

Kristillinen näkökulma päihdehoitotyössä tarkoittaa, että hoito pohjautuu kristilliseen ihmiskäsitykseen. Kristillisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on Jumalan luomana ainutlaatuinen, arvokas ja jakamaton kokonaisuus, johon kuuluu fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen osa-alue. Nämä osa-alueet ja ihmisen kohtaaminen arvostavalla ja kunnioittavalla tavalla otetaan huomioon kristillisessä päihdetyössä. Usko siihen, että on Jumalan silmissä arvokas, auttaa muuttamaan päihdeongelmalle muodostunutta huonoa minäkäsitystä positiiviseksi. (Hiltunen, Kujala & Mattila 2005, 130-131.)

Kristillisessä ihmiskäsityksessä on kyse siitä, että Jumala on luonut ihmisen omaksi kuvakseen. Ihmisessä on henki, ruumis ja sielu. Ihmisen hengellinen ulottuvuus antaa hänelle mittaamattoman arvon verrattuna muihin luotuihin olentoihin esimerkiksi eläimiin. Kristillinen ihmiskäsitys perustuu Raamattuun. (Lappalainen 2005, 8-10; Aalto, Esko & Virtaniemi 1997, 30-31.)

Rimpeläinen (2006, 54) tutki opinnäytetyössään kyselylomakkeella kristillisen päihdetyön ammattilaisten (N=16) kokemuksia ja näkemyksiä ammatillisesta osaamisesta. Tutkimustulosten mukaan työntekijät kokivat kristillisen päihdetyön mielekkäänä ja toimivana. Tutkimukseen osallistuneet kokivat kristillisyyden päihdetyössä ennen kaikkea voimavarana. Työntekijät kertoivat saavansa voimaa, viisautta, kykyjä ja ymmärrystä päihdetyöhön omasta hengellisestä vakaumuksestaan. Neljä työntekijää vastasi kristillisyyden olevan niin merkittävää päihdetyössä, että ilman sitä he eivät jaksaisi eivätkä haluaisi tehdä kyseistä työtä. Kristillisuus koettiin kaiken pohjana ja ilman tätä pohjaa päihdetyö tuntuisi turhalta ja vaikealta.

3 HENGELLINEN HOITOTYÖ

Länsimaisen hoitotyön alkuperäinen lähtökohta on kristillisessä hoivatyössä. Terveydenhuollon etiikka pohjautuu humanistiseen ja kristilliseen näkemykseen, jossa vahvempi huolehtii taloudellisista mahdollisuuksista vähäosaisten ja sairaiden hoitamisessa. (Valopaasi 1996, 29-31.)

Hengellisyiden tarve tarkoittaa ihmisen syvällistä toivetta olla dynaamisessa, persoonallisessa yhteydessä Jumalaan ja saada pyhiä, aineellisen maailman ylittäviä ilon, rauhan ja turvallisuuden kokemuksia. Hengellisyys voidaan liittää osaksi tunnepitoista olemassaolokokemusta, joka kokonaisuudessaan tarkoittaa omakohtaista sisäisen elämisen ja ihmisenä olemisen ydinkokemusta. (Valopaasi 1996, 13-14.)

Hengellisyys on uskon käytännöllistä harjoittamista. Siihen kuuluvat esimerkiksi jumalanpalvelukseen osallistuminen, ehtoollisen vietto, hiljaisuus, mietiskely, yhteys toisiin uskoviin, rukoushetket, laulaminen ja hengellinen musiikki sekä oman uskonnon pyhän kirjan lukeminen. Hengellisyys näkyy ihmisen elämäntavassa ja elämän tarkoituksen tulkinnoissa. Hoitotieteessä hengellisyys määritellään merkityksen ja tarkoituksen kysymisenä sekä haluna ymmärtää itseä suuremman olemassaolo, suhde muihin ihmisiin, Jumalaan ja maailmankaikkeuteen. (Aalto & Gothóni 2009, 12.)

Yksilön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli muodostavat kokonaisuuden, jolle hengellinen ulottuvuus antaa syvyyden. Vuorovaikutuksellinen kokonaisuus kattaa kaikki neljä ulottuvuutta ja mahdollistaa kyselemisen ja elämäntarkoituksen etsimisen. Kokonaisvaltaisella hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitaja täyttää asiakkaan psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Hoitotyön kokonaisvaltainen ihmiskäsitys sisältää aineksia humanistisesta ja kristillisestä ihmiskäsityksestä. Humanistinen ihmiskäsitys korostaa ihmisarvoa, yksilön loukkaamattomuutta ja itsemääräämisoikeutta. Kristillinen ihmiskäsitys tuo edellisen rinnalle näkökulman, jossa ihmisessä heijastuu jotakin elämän perimmäisestä tarkoituksesta ja perustasta. Hoitotyön kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen tulee olla tarpeeksi laaja, jotta ihmisen hengellinen kokemusaluekin mahtuu sen sisään ja saa siitä hoidollisen perustelun. (Valopaasi 1996, 29-31.)

3.1 Hengellinen hoito

Hengellinen hoito on osa ihmisen kokonaishoitoa. Se edellyttää hengellisten tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista. Hengellisessä hoidossa on kyse ihmisen lähellä olemisesta ja auttamisesta hänen pohtiessaan kysymyksiä, jotka koskevat hänen elämäänsä, ihmissuhteitaan, jumalasuhdettaan ja kuolemaansa. Usein se on elämänrohkeuden ja toivon etsimistä toisen ihmisen kanssa. (Aalto & Gothóni 2009, 14.)

Hengellisyys ilmenee uskonnollisuuden eri tasoilla, jotka ovat yleisinhimillisiä ja samanlaisia kaikissa uskonnoissa. Ideologisella tasolla ihminen uskoo esimerkiksi Jumalaan, kohtaloon, ylösnousemukseen tai sielun kuolemattomuuteen. Rituaalitasolla ihminen on uskonnollisesti aktiivinen. Siihen voivat kuulua esimerkiksi ristimerkin tekeminen, rukoushetket, jumalanpalvelukseen osallistuminen ja hiljentyminen. Kokemukselliseen tasoon kuuluu uskonnollisia tunteita ja havaintoja. Ihminen voi tuntea Jumalan läsnäolon, toinen kertoo nähneensä enkelin. Älyllisellä tasolla ihmisellä on tietoa uskonnosta. Ihminen tietää kaikista maailmanuskunnoista ja niiden opetuksesta sekä perinteistä. Välillisessä tasossa uskonto vaikuttaa ihmisen käytökseen ja mielenterveyteen. Tähän kuuluvat esimerkiksi tietty kielenkäyttö, pukeutuminen ja lähimmäisen auttaminen. Nämä tasot tulevat esille ihmisten kysymyksinä ja toiveina ja tätä kautta ohjaavat hengellisen hoidon toteuttamista. (Aalto & Gothóni 2009, 14-15.)

Hengellinen hoito kuuluu jokaisen sairaanhoitajan tehtäviin. Asiakkaan tulee voida luottaa siihen, että sairaanhoitaja voi lukea rukouksen tai psalmin ja antaa hengellistä ravintoa, vaikka sairaanhoitajalla ei olisi itsellään uskonnollista vakaumusta. Asiakkaan hengelliseen tarpeeseen vastaaminen ja hänen uskonnollisuutensa kunnioittaminen toteutuvat hengellisessä hoidossa. Hoitotyön arjessa kohdataan usein tilanteita, joissa sielunhoidollisten tarpeiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Puhuminen ei ole kaikille luontainen tapa ilmaista hengellisiä tarpeitaan. Hengellisen tarpeen tunnistamiseen sairaanhoitaja tarvitsee herkkyyttä, tietoa ja kokemusta. Asiakkaan viesti voi olla jokin hänen uskontoonsa liittyvä esine tai se voi olla kätkeytyä niin sanoihin kuin hiljaisuuteenkin. Asiakkaan toivomusta säilyttää hengellisyytensä yksityisasiana, tulee myös kunnioittaa. (Aalto & Gothóni 2009, 16.)

3.2 Sielunhoito

Sielunhoito on kokonaisvaltaista välittämistä, huolenpitoa, kuuntelemista, myötäelämistä ja keskustelua. Sielunhoitaja antaa ihmiselle henkistä ja hengellistä apua jakamalla hänen hätänsä. Sielunhoitaja rohkaisee ja auttaa löytämään elämään toivoa ja halua elää eteenpäin. Sielunhoito on koko ihmisen hoitamista; ruumiin, hengen ja sielun. (Lappalainen 1998, 24.)

Sielunhoitajalla tarkoitetaan tavallisesti virassa olevaa pappia tai muuta sananpalveluksessa olevaa henkilöä. Raamattu ei mainitse mitään erityistä ammattikuntaa, jonka tehtävänä olisivat yksinomaan sielunhoitoasiat. Tähän tehtävään on kutsuttu kaikki seurakuntaan kuuluvat ihmiset. (Vikstén 2007, 65; Välimäki 2006, 342.)

Sielunhoidollisella tuella voidaan auttaa asiakasta ja hänen omaisiaan kestämään sairaudesta johtuva uusi elämäntilanne. Sielunhoidollinen keskustelu edellyttää aktiivista kuuntelua. Silloin kuunnellaan sekä sitä, mitä sanotaan, että sitä, mikä jää sanomatta. Sielunhoidollisessa keskustelussa on tärkeintä luottamuksellisuus ja salassapitovelvollisuus. Keskustelussa sielunhoitaja toistaa asiakkaan puheista tärkeimpiä asioita ja tekee yhteenvetoja puhutuista asioista, jolloin ajatusten ketju ei katkea ja voidaan tarkentaa, onko asiat ymmärretty oikein. Sairaanhoidajan puheenvuoroissa välitetään vaikeita ammattisanoja ja käytetään yksinkertaista kieltä. Keskustelun aikana on tärkeää kuunnella potilaan tunteita ja kokemuksia. Hoitotyön ja sielunhoitotyön keskeinen elementti on eläytymiskyky eli empatia. Tämä tarkoittaa sairaanhoidajan kykyä eläytyä toisen tilanteeseen ammatillisuuden säilyttäen. Empatia ilmenee siinä, että tartutaan erityisesti voimakkaisiin sanoihin ja selvitetään symbolisten sanojen merkitys. Asiakkaat arvostavat mahdollisuutta puhua, luotettavuutta ja lämmintä ilmapiiriä. Hengellinen ulottuvuus erottaa sielunhoidon muista auttamismuodoista. Sielunhoidollisen keskustelun tavoitteena on potilaan eheytyminen, ahdistuksen lievittyminen ja omien voimavarojen löytyminen. Tavoite saavutetaan kuuntelemalla asiakasta. Tavoitteena on niiden tekijöiden poistaminen, jotka voivat katkeroittaa ihmisen ja saada hänet tuntemaan itsensä ihmisten ja Jumalan hylkäämäksi. (Aalto & Gothóni 2009, 18-19.)

Ammatillisuus suojaa ja mahdollistaa sairaanhoitajan toimintakyvyn. Sairaanhoitaja auttaa asiakasta rakentamaan sillan menneisyyden ja nykyisyyden välillä yhdessä. Hiljentyminen asiakkaan ja omaisten kanssa voi olla joskus tärkeämpää kuin hoito- toimenpiteet. Asiakkaan tarpeiden välittäminen ja avunpyytäminen tarvittaessa esimerkiksi sairaalapastorilta tai diakoniatyöntekijältä on tärkeää, jos sairaanhoitajan omat taidot ja tiedot eivät ole riittävät. Asiakas tuntee sairaanhoitajan kosketuksen. Asiakas voi tuntea koskettamisen lohduttavana, hellyytenä ja turvallisuuden tunteena. Toisaalta joillekin asiakkaille kosketus voi olla uhkaavaa ja tuoda epämieluisia tunteita pintaan. (Aalto & Gothóni 2009, 19, 22.)

Räsänen (2005, 50) selvitti kyselytutkimuksella terveydenhuollon potilaiden sielunhoidollisten palveluiden tarvetta ja mahdollisuuksia. Tutkimukseen osallistui 790 potilasta ja 200 työntekijää. Tutkimustulosten mukaan sielunhoidon asiakkaat olivat kokeneet sielunhoidossa käsiteltyjen asioiden liittyneen enimmäkseen heidän elämäänsä ja kokemuspäiriinsä. Sielunhoitosuhteessa keskusteltiin useimmiten sairaudesta, elämänhistoriasta, perheestä, parisuhteesta, hengellisistä asioista, peloista, ahdistuksesta, tulevaisuudesta ja kärsimyksestä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaniryön asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdehoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa kristillisestä päihdetyöstä asiakkaan näkökulmasta, jonka ansioista hoitohenkilökunta voi kehittää työtään entistä paremmin vastaamaan asiakkaiden odotuksia ja tarpeita. Tutkimusongelmat ovat:

1. Miksi asiakkaat hakeutuvat hoitoon KAN ry:n hoitopaikkaan?
2. Mitä sisältyy kristilliseen päihdehoitoon?
3. Miten asiakkaat ovat kokeneet KAN ry:n hoitopaikassa saamansa hoidon?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Siinä keskeisintä ovat aiemmat teoriat, käsitteiden määrittäminen ja hypoteesin esittäminen. Aineiston keruussa tärkeää on sen tarkka suunnittelu ja tutkittavien henkilöiden tarkka valinta. (Hallamaa, Launis, Lötjönen & Sorvali 2006, 142, 151.)

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä on keskeistä, että tutkija esittää tutkimustulokset numeroilla ja ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tutkija tulkitsee olennaiset asiat numerotiedoista sanallisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191-195.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely. Kyselyssä kaikilta kysytään samat kysymykset samassa järjestyksessä lomakkeen avulla. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla voidaan saada monta henkilöä vastaamaan moneen eri kysymykseen. Kyselylomakkeen käyttö säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Lisäksi kyselylomakkeessa voidaan pyytää arviointeja tai perusteluja toiminnoille, mielipiteille tai vaakaumuksille. (Hallamaa ym. 2006, 142, 151; Hirsijärvi 2009, 193-195.)

Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa on tutustuttava aiheeseen kirjallisuuden avulla ja mietittävä tutkimusongelmaa. Suunnitteluvaiheessa tutkija valitsee, millaista aineistonkäsittelymenetelmää käytetään. Tutkijan pitää tietää, mihin kysymyksiin hän etsii vastauksia. Kyselylomakkeen laadinnassa on selvyys tärkeintä. Kysymysten pitää tarkoittaa kaikille vastaajille samoja asioita. Kysymysten pitää olla rajattuja ja tarkkoja. Lyhyet kysymykset ovat parempia kuin pitkät. Lomakkeeseen sijoitetaan ensin yleisimmät kysymykset kuten sukupuoli ja ikä. Tämän jälkeen tulevat tarkemmat ja rajatut kysymykset, jotka liittyvät kyselylomakkeen aihepiiriin. Hyvässä kyselylomakkeessa on houkutteleva ulkonäkö ja asettelu, kysymykset etenevät loogisessa järjestyksessä ja lomake ei ole liian pitkä. Kyselylomakkeen vastausohjeiden pitää olla selkeät ja yksiselitteiset. (Hirsijärvi 2009, 202- 204.)

Kyselylomake (Liite2) tehtiin tätä tutkimusta varten. Lomakkeen muut kysymykset olivat strukturoituja ja sisälsivät monivalintavaihtoehdot paitsi lomakkeen viimeinen kysymys, joka oli avoinkysymys. Kyselylomake koostui kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa (kysymykset 1-2) kerättiin taustatiedot. Toisessa osassa (kysymykset 3-7) kysyttiin asiakkaiden päihteiden käytöstä viimeisen vuoden ajalta. Kolmannessa osassa (Kysymykset 8-37) käsiteltiin asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Kristillisessä alkoholisti ja narkomaaniryön pitämässä hoitopaikassa. Kyselylomakkeen runko perustui kristillisen päihdetyöhön liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin, mihin kyselylomaketta käytetään ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta.

5.1 Tutkimusorganisaatio

Opinnäytetyö tehtiin Kristilliselle alkoholisti- ja narkomaaniryölle, joka on 1971 perustettu valtakunnallinen järjestö, jonka tarkoituksena on kristillisen elämäntietämisen mukaisen kuntouttamishoidon ja avun antaminen pysyvään vapautumiseen päihdyttäviä aineita käyttäville sekä vankilasta vapautuneiden auttaminen yhteiskuntaa hyödyttävään elämään. KAN-työ on saanut virikkeitä Wilkersonin toiminnasta New Yorkin slummialueella nuorten narkomaanien keskuudessa sekä Pethrus-säätiön työstä Ruotsissa. (Karvinen 2002, 110.)

Hoito perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja toimintaperiaatteet ovat hengelliset. Asiakkaille pyritään luomaan aktiivinen elinympäristö, jossa harrastukset ja terapia-työ antavat tärkeitä virikkeitä uuteen elämään. (Lappalainen 2005, 24.)

Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö antaa hoitoa KAN-hoitokodeissa, avohoitona Tampereen Ankkurissa, Riihimäen vankilan KAN-osastolla sekä Tuusniemen työ kuntoutusyksikössä. Järjestöllä on aluekoordinaattori, joka toimii erilaisissa verkostoissa: kuntien, järjestöjen ja seurakuntien yhteistyön kehittämiseksi. (Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryön www-sivut 2011.)

5.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuslupa (Liite 1) anottiin maaliskuussa 2011 Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaninimityön toimitusjohtajalta. Tutkimus tehtiin kolmeen Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaninimityö ry:n pitämään hoitoyksikköön, joissa oli yhteensä 24 asiakaspaikkaa. Tutkimukseen vastasivat hoitoyksikköjen asiakkaat. Kyselylomakkeita lähetettiin 34 kappaletta hoitoyksiköihin, joissa hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet asiakkaalle kirjekuorissa. Asiakkaat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle suljetuissa kirjekuorissa ja hoitohenkilökunta lähetti kaikki yksikköön palaute-
tut kirjekuoret opinnäytetyöntekijälle. Kirjekuoria palautui 30, joissa oli 12 täyttämätöntä kyselylomaketta. Neljä lomaketta jäi palautumatta tutkijalle. Kyselyyn vastaa-
minen oli vapaaehtoista. Tutkimuksen tuloksista ei saanut selville yksittäisen vastaa-
jan tietoja. Nämä tiedot oli kirjoitettu saatekirjeeseen.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Tähän vaiheeseen tähdätään tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän on saanut tutkimusongelmiinsa. Niinkin voi käydä, että analyysivaiheessa tutkijalle selviää, miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. Kun aineisto on kerätty, se on muutettava analysoitavaan muotoon. Tilastomatemaattisia analyysejä varten aineisto muutetaan numeeriseen muotoon. Aineiston käsittelyssä tulee huomioida kunkin analyysimenetelmän erityisluonne. (Hirsjärvi 2009, 216; Soininen 1995, 47.)

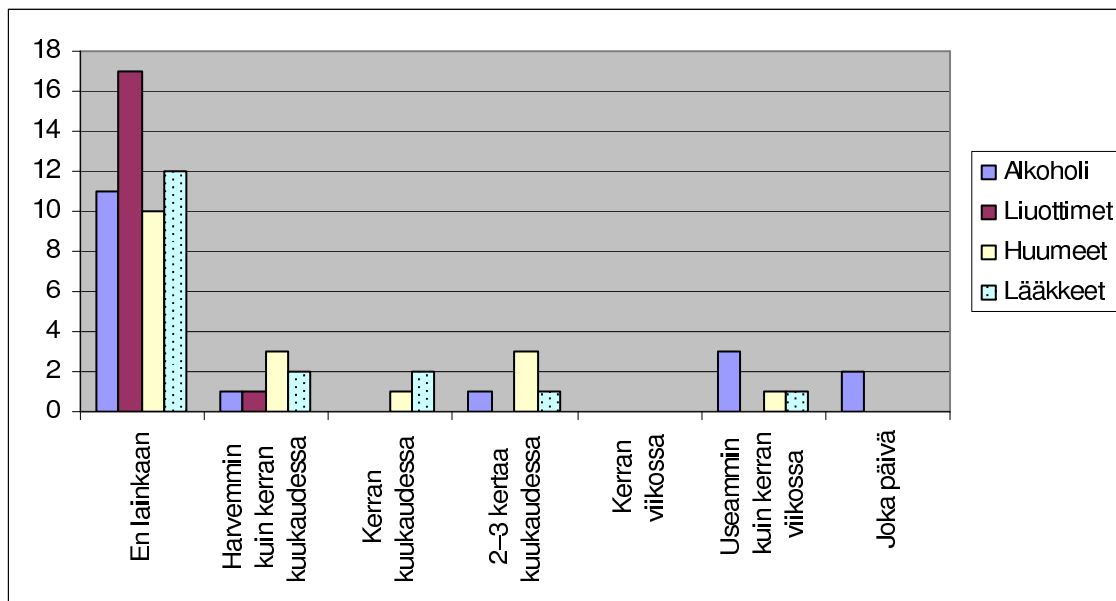
Opinnäytetyöntekijä syötti kyselylomakkeiden vastaukset tietokoneelle Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmaan, jonka jälkeen analysoi aineistoa ohjelmassa. Kaikki vastatut kyselylomakkeet pystyttiin analysoimaan ohjelman avulla. Aineiston analysointi tapahtui pian kyselylomakkeiden palautuksen jälkeen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimus toteutettiin kolmessa Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaniryön pitämässä hoitoyksikössä Suomessa. Vastaajista (N=18) miehiä oli 17 ja naisia oli yksi. Vastaajista 13 oli 40-vuotiaita tai yli, neljä oli 35–39 -vuotiaita ja yksi oli 25–29 -vuotias.

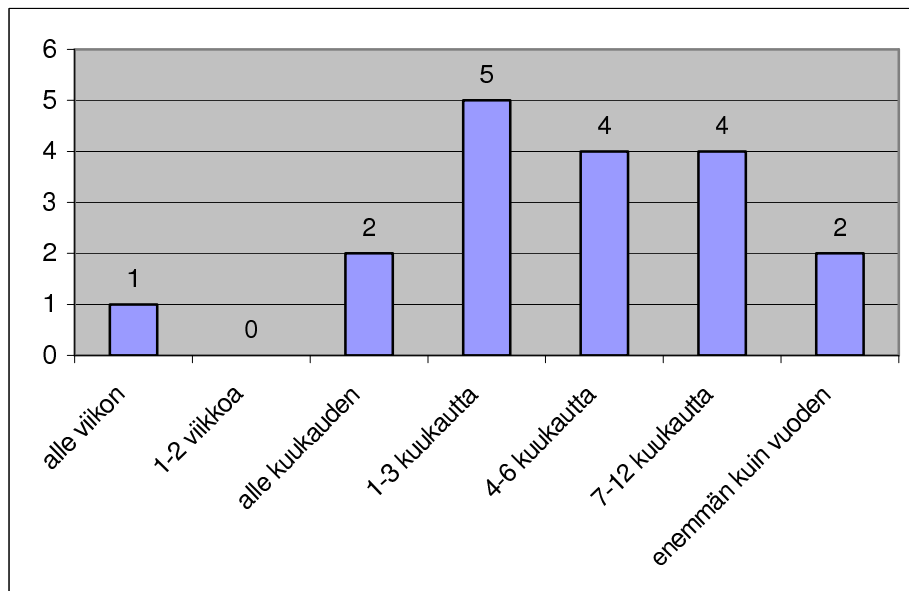
6.1 Asiakkaiden päihteiden käyttö viimeisen vuoden aikana

Kyselyn toisessa osassa selvitettiin asiakkaiden päihteiden käyttöä viimeisen vuoden aikana. Vastaajista kahdeksan ei ollut käyttänyt alkoholia eikä huumeita yhtä aikaa. Asiakkaista kolme ei käyttänyt alkoholia lainkaan, mutta käytti huumeita kerran kuukaudessa tai harvemmin. Alkoholia useammin kuin kerran kuukaudessa käyttävistä asiakkaista kaksi ei käyttänyt ollenkaan huumeita ja neljä käytti useammin kuin kerran kuukaudessa. Vastaajista 10 ei ollut käyttänyt huumeita ja lääkkeitä yhtä aikaa viimeisen vuoden aikana. Huumeita kerran kuukaudessa tai harvemmin käyttävistä asiakkaista kaksi ei käyttänyt lääkkeitä lainkaan ja kaksi käytti lääkkeitä kerran kuukaudessa tai harvemmin päihtymistarkoitukseen. Huumeita useammin kuin kerran kuukaudessa käyttävistä asiakkaista kaksi käytti lääkkeitä kerran kuukaudessa tai harvemmin ja kaksi käytti useammin kuin kerran kuukaudessa. Kyselyn tekohetkellä vastaajista yksi oli ollut alle viikon ilman päihteitä ja yksi alle kuukauden. Vastaajista neljä oli ollut ilman päihteitä 1-3 kuukautta ja kuusi enemmän kuin vuoden. (Kuvio 1.)



Kuvio1. Asiakkaiden pähteiden käyttö viimeisen vuoden aikana

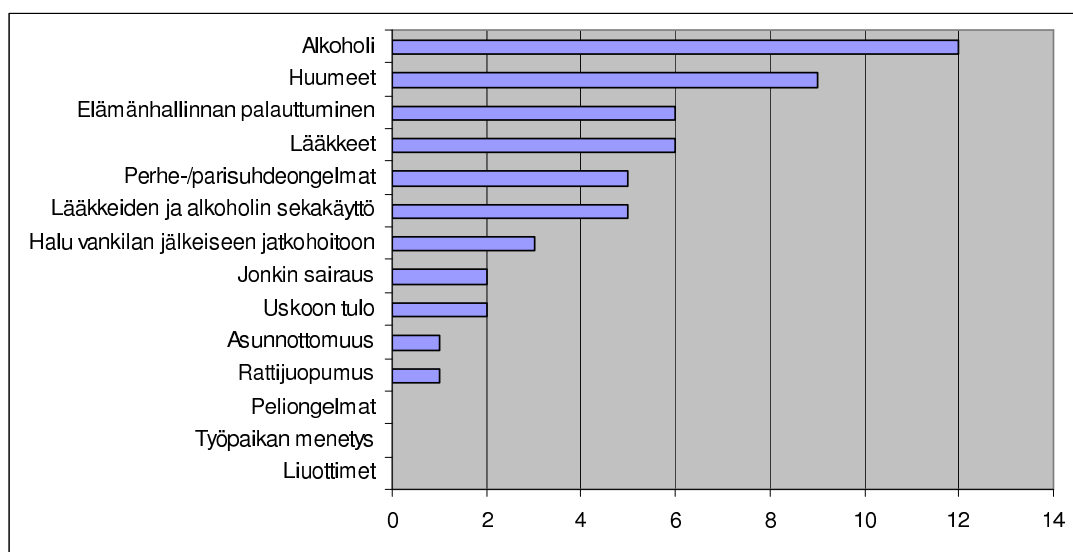
Vastaajista (N=18) yksi oli ollut alle viikon KAN ry: asiakkaana. Vastaajista viisi oli ollut hoidossa 1-3 kuukautta ja kaksi asiakasta oli ollut hoidossa enemmän kuin vuoden. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Asiakkaiden hoitoajat KAN ry:n asiakkaana (N=18)

6.2 Asiakkaiden hoitoon hakeutumisen syyt KAN: ry:n hoitopaikkaan

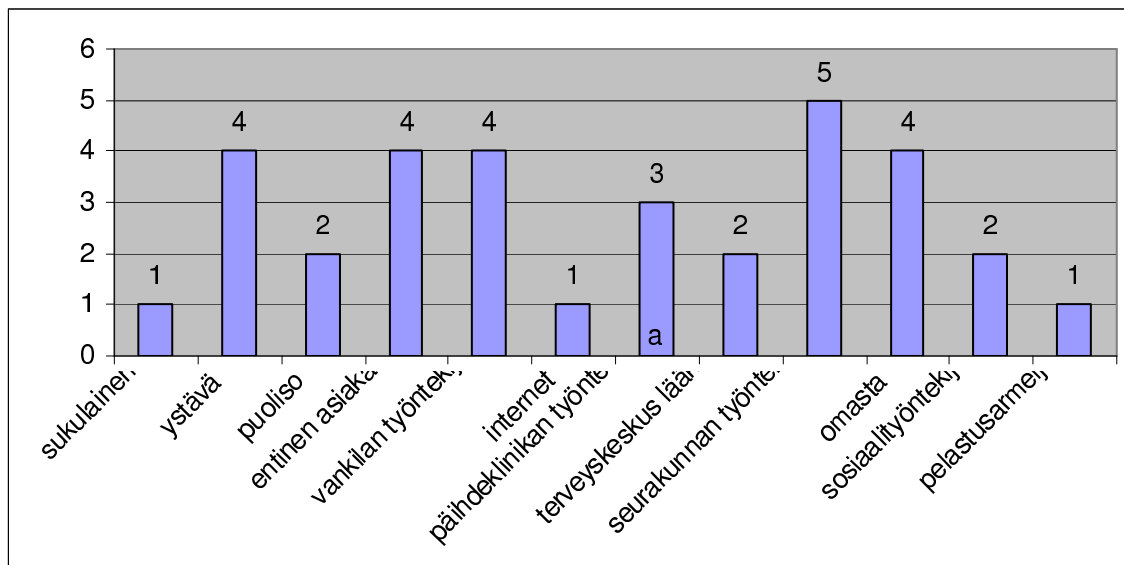
Vastanneista 16 hakeutui hoitoon päihteiden käytön vuoksi. Neljällä päihteiden käytön vuoksi hakeutuneella oli myös perhe-/parisuhdeongelmia. Kuusi asiakasta hakeutui hoitoon päihdeongelman vuoksi ja, koska halusivat saada elämäntilanteensa takaisin. Neljä asiakasta ilmoitti ainoaksi syyksi hoitoon hakeutumiselle päihdeongelman. Kaikilla muilla asiakkailla oli monta syytä hoitoon hakeutumiseen. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Hoitoon hakeutumisen syyt (N=18)

Asiakkaista 11 hakeutui kristilliseen päihdehoitopaikkaan, koska uskoivat, että Jumala voi parantaa päihdeongelman. Tutkimukseen osallistuneista 10:tä kiinnosti kristillinen yhteisö ja kahdeksan mielestä kristillisyys hoidossa kuulosti hyvältä. Vastanneista seitsemän oli jo kokeillut useita muita hoitopaikkoja tuloksetta ja viisi asiakasta oli ollut jo aikaisemmin hoidossa nykyisessä hoitopaikassa. Kolmelle asiakkaalle ei ollut muita paikkoja tarjolla ja he hakeutuivat tämän takia kristilliseen päihdehoitopaikkaan. Asunnottomuus, vankilasta vapautuminen ja esimerkin antaminen omille lapsille olivat yksittäisiä syitä hakeutua kristilliseen päihdehoitopaikkaan.

Vastanneista viisi valitsi seurakunnan suosituksesta KAN ry:n ylläpitämän hoitopaikan ja 14:lle sitä suositteli jokin viranomainen. Heistä neljälle oli myös ystävä suosittelut hoitopaikkaa. Vastanneista neljä oli tullut ystävänsä suosituksesta ja heistä kolmelle entinen asiakas oli suosittelut hoitopaikkaa. Asiakkaista kolme tuli puolison tai sukulaisen suosituksesta ja kolme itsenäisesti. (Kuvio4.)

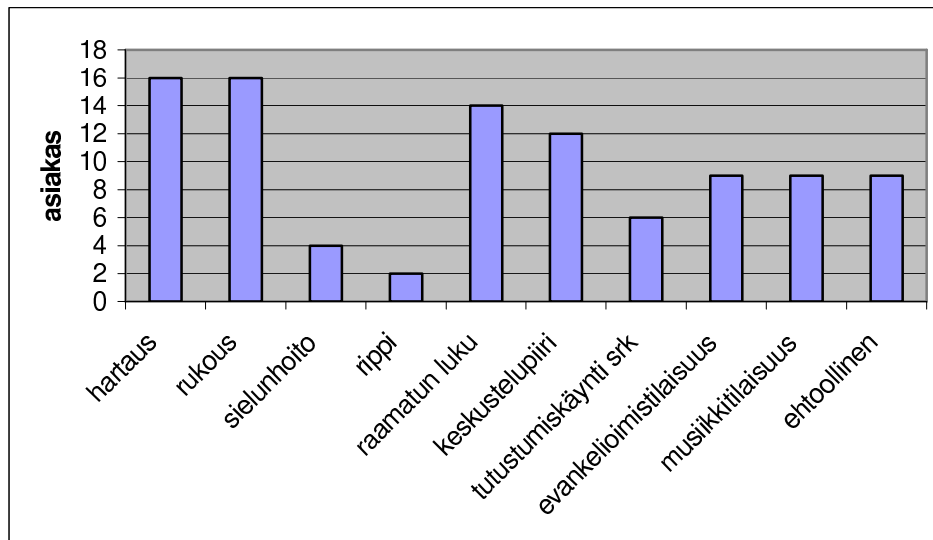


Kuvio 4. KAN ry:n ylläpitämää hoitopaikkaa ehdottaneet (N=18)

6.3 Asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta KAN ry:n hoitopaikassa

Vastanneista 15 osallistui hengelliseen toimintaan hoitopaikassaan 5-7 kertaa viikossa, yksi osallistui 3-4 kertaa ja yksi 1-2 kertaa viikossa. Yhden vastaajan mielestä hoitopaikassa oli aivan liian paljon hengellistä toimintaa ja kolmen mielestä sitä oli hieman liian paljon. Neljä asiakasta oli sitä mieltä, että hengellistä toimintaa järjestettiin juuri sopivassa määrin ja kahdeksan mielestä sitä oli hieman liian vähän.

Kyselylomakkeen kysymyksellä 14 selvitettiin, mihin hengellisiin toimintoihin asiakkaat osallistuivat hoitonsa aikana. Asiakkaista 16 osallistui hartauksiin sekä rukoukseen hoidon aikana. Näistä 14 osallistui myös raamatun lukuun. Asiakkaista 12 osallistui keskustelupiiriin ja heistä 11 osallistui myös hartauksiin ja rukoukseen. Vastanneista kaikki osallistuivat vähintään kolmeen eri hengelliseen toimintoon hoidon aikana. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Asiakkaiden osallistuminen hengelliseen toimintaan hoidon aikana (N=18)

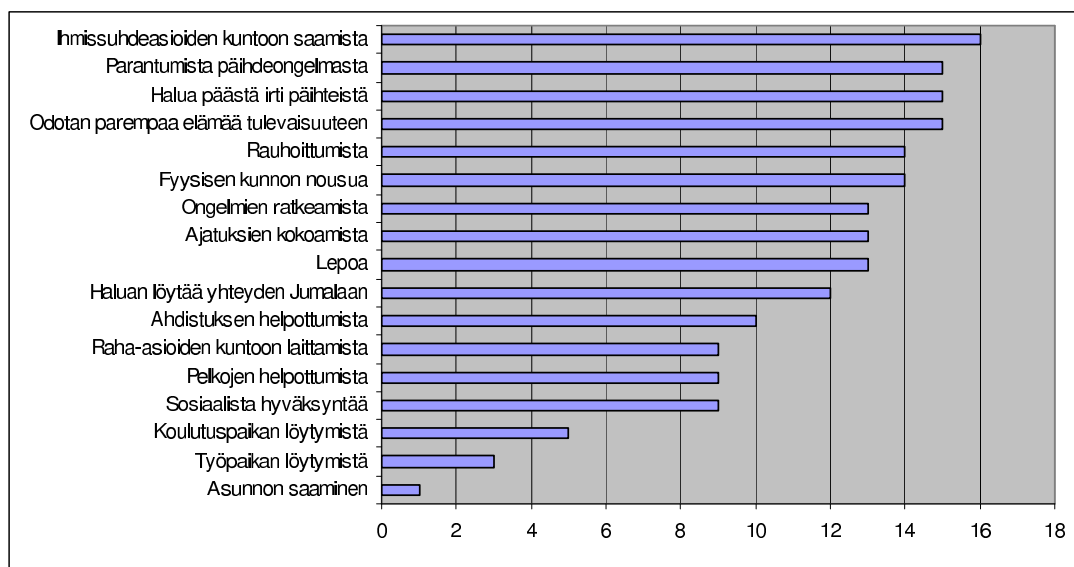
Tutkimukseen osallistuneista 15 ei ollut negatiivisia kokemuksia hoitopaikan hengellisestä toiminnasta. 11 asiakasta ei pitänyt hengellistä toimintaa painostavana ja yhdeksän asiakkaan mielestä toiminta ei ollut hämmentävää. Hengellistä toimintaa koskevissa positiivisissa väittämissä vastaukset painoutuivat voimakkaasti vaihtoehtoihin jokseenkin samaa mieltä ja samaa mieltä. Asiakkaat pitivät hengellistä toimintaa itsemääräämisoikeutta kunnioittavana. Asiakkaat saivat uusia näkökulmia elämäänsä sekä sisäisen rauhan hengellisen toiminnan kautta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Asiakkaiden kokemuksia hoitopaikan hengellisestä toiminnasta

| Väittäjä | Eri mieltä | Jokseenkin eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Samaa mieltä |
|--|------------|-----------------------|---------------|-------------------------|--------------|
| 1. Toiminta on ollut itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa | 1 (6%) | 0 | 1 (6%) | 7 (39%) | 7 (39%) |
| 2. Toiminta on ollut painostavaa | 11 (61%) | 2 (11%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 1 (6%) |
| 3. Toiminta on ollut hämmentävää | 9 (50%) | 5 (28%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 0 |
| 4. Toiminta on ollut teennäistä | 11 (61%) | 3 (17%) | 1 (6%) | 0 | 1 (6%) |
| 5. Toiminta on ollut ahdistavaa | 11 (61%) | 2 (11%) | 0 | 2 (11%) | 1 (6%) |
| 6. Toiminta on ollut syyllistävä | 12 (67%) | 2 (11%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 1 (6%) |
| 7. Toiminta on ollut pelottelevaa | 14 (78%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 0 | 0 |
| 8. Toiminta on ollut tunkeilevaa | 10 (56%) | 3 (17%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 0 |
| 9. Toiminta on tuonut minulle uusia näkökulmia elämääni | 2 (11%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 7 (39%) | 5 (28%) |
| 10. Toiminnan kautta olen saanut sisäisen rauhan | 2 (11%) | 1 (6%) | 1 (6%) | 7 (39%) | 5 (28%) |
| 11. Toiminta tuo minulle turvaa elämään | 2 (11%) | 0 | 1 (6%) | 5 (28%) | 8 (44%) |
| 12. Toiminta on minulle voimavara | 2 (11%) | 0 | 0 | 8 (44%) | 6 (33%) |

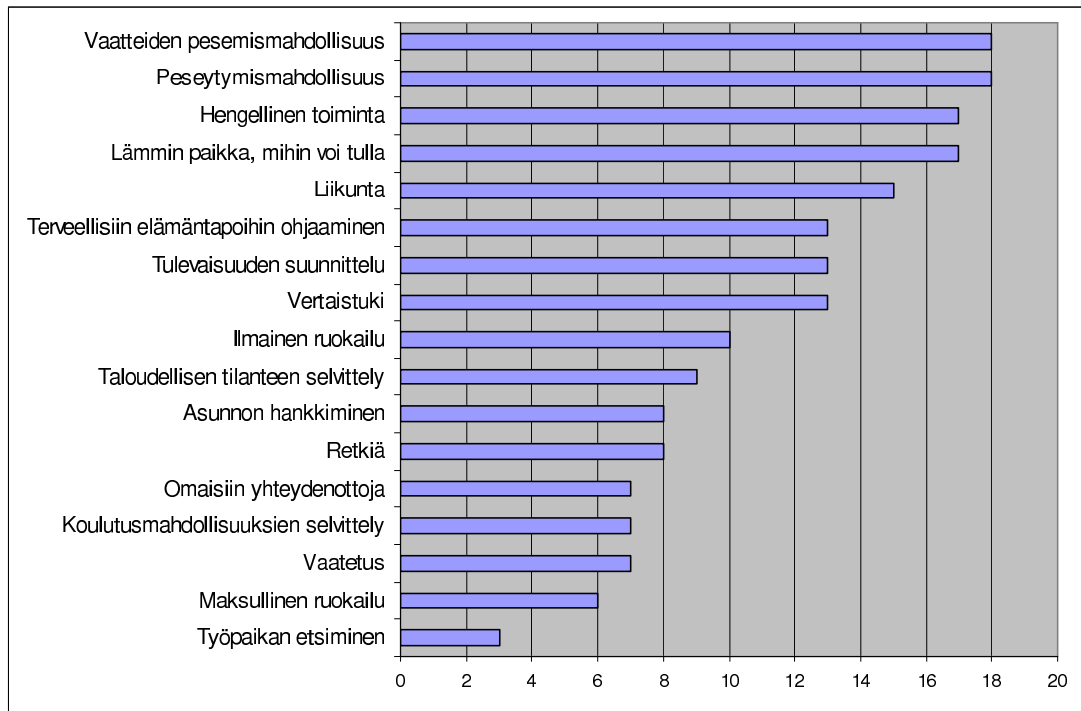
Tutkimukseen osallistuneista (N=18) kolme ei käynyt lainkaan sielunhoitokeskuste-
luissa. Yksi asiakas kävi harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja neljä kävi kerran
kuukaudessa ja saman verran kerran viikossa. Yksi asiakas kävi useammin kuin ker-
ran viikossa ja viisi kävi joka päivä sielunhoitokeskustelussa.

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä asiakkaat odottivat hoidolta. Tärkeimmiksi asioiksi
nousivat ihmissuhteiden kuntoon saaminen, parantuminen päihdeongelmasta, halun
löytyminen päihteistä irti pääsyyn ja parempi elämä tulevaisuudessa. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Asiakkaiden odotukset hoidolta

Kysymyksellä numero kartoitettiin, mitä asiakkaiden hoitoon oli kuulunut. Asiakkai-
den hoitoon sisältyi hengellistä toimintaa, perustarpeista huolehtimista, liikuntaa, ter-
veellisiin elämäntapoihin ohjaamista, vertaistukea ja tulevaisuuden suunnittelua. Hoi-
toon sisältyi jonkin verran myös sosiaalisten ja taloudellisten asioiden edistämistä.
(Kuvio 7.)



Kuvio 7. Hoitoon sisältyneet asiat hoitopaikassa

Tutkimukseen osallistuneista lähes jokainen sai tietoa hoidosta ennen hoitoon tuloa ja heidät otettiin hyvin vastaan hoitopaikassa. Asiakkaat saivat hyvin tietoa hoitopaikan aikatauluista ja arkipäivän toiminnoista. Asiakkaan henkilökohtaiseen hoitoon liittyvän tiedon saantia koskevissa väittämässä vastaukset hajaantuivat painottuen ”en osaa sanoa” -vaihtoehtoon. Tutkimukseen osallistuneista kahdeksan oli sitä mieltä, että heille ei tehty kuntoutussuunnitelmaa ja kuuden asiakkaan mielestä kuntoutussuunnitelma ei ollut ajan tasalla. Suurin osa vastanneista koki saaneensa erinomaista hoitoa ja hoitajien ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, ettei hoito auttanut selviytymään päihdeongelmasta. Neljä asiakasta koki omaisten saaneen halutessaan tietoa asiakkaan saamasta hoidosta ja viisi asiakasta oli jokseenkin samaa mieltä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Asiakkaiden kokemuksia hoidon sisällöstä hoitopaikassa

| Väittämä | Eri mieltä | Jokseenkin eri mieltä | En osaa sanoa | Jokseenkin samaa mieltä | Samaa mieltä |
|---|------------|-----------------------|---------------|-------------------------|--------------|
| Sain tietoa hoidostani ennen hoitoon tuloa | 2 (11%) | 1 (6%) | 0 | 5 (28%) | 10 (56%) |
| Minut otettiin hyvin vastaan hoitopaikassani | 0 | 0 | 0 | 3 (17%) | 15 (83%) |
| Saan tietoa hoitopaikan aikatauluista ja arkipäivän toiminnoista | 1 (6%) | 0 | 0 | 5 (28%) | 12 (67%) |
| Olen saanut vähän tietoa tutkimuksistani ja niiden tuloksista hoidon aikana | 4 (22%) | 1 (6%) | 7 (39%) | 2 (11%) | 4 (22%) |
| Olen saanut riittävästi tietoa sairauksistani hoidon aikana | 2 (11%) | 2 (11%) | 7 (39%) | 1 (6%) | 5 (28%) |
| Olen saanut tietoa päihdeongelmastani hoidon aikana | 2 (11%) | 2 (11%) | 6 (33%) | 3 (17%) | 4 (22%) |
| Lääkitykseni on hoidettu asianmukaisesti hoidon aikana | 2 (11%) | 1 (6%) | 2 (11%) | 2 (11%) | 9 (50%) |
| Minua on kohdeltu yksilönä hoidon aikana | 1 (6%) | 0 | 0 | 6 (33%) | 10 (56%) |
| Omaiseni ovat saaneet halutessaan tietoa saamastani hoidosta | 2 (11%) | 1 (6%) | 3 (17%) | 5 (28%) | 4 (22%) |
| Minulle on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma | 7 (39%) | 1 (6%) | 2 (11%) | 2 (11%) | 5 (28%) |
| Kuntoutussuunnitelmani on ajan tasalla | 6 (33%) | 0 | 3 (17%) | 2 (11%) | 5 (28%) |
| Henkilökunta auttaa minua asioitteni hoidossa | 1 (6%) | 0 | 1 (6%) | 4 (22%) | 11 (61%) |
| Jatkohoitoni on järjestetty hyvin | 3 (17%) | 0 | 5 (28%) | 0 | 8 (44%) |
| Hoitopaikassani ei saa käyttää päihteitä | 1 (6%) | 0 | 0 | 2 (11%) | 14 (78%) |
| Hoitopaikka on viihtyisä | 2 (11%) | 1 (6%) | 2 (11%) | 7 (39%) | 5 (28%) |
| Hoitohenkilökunnan ammattitaito on kiitettävää tasoa | 0 | 2 (11%) | 1 (6%) | 8 (44%) | 6 (33%) |
| Mielestäni olen saanut erinomaista hoitoa hoitopaikassani | 2 (11%) | 1 (6%) | 3 (17%) | 4 (22%) | 7 (39%) |
| Saamani hoito auttaa minua selviytymään päihdeongelmastani | 3 (17%) | 0 | 1 (6%) | 6 (33%) | 7 (39%) |

Kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, jossa sai kertoa vapaasti, mikä oli hyvää ja mikä huonoa KAN ry:n antamassa päihdehoidossa. Kolme asiakasta nosti esiin kuntoilun. Yhden mielestä kuntoilumahdollisuudet olivat hoitopaikassa hyvät. Kaksi oli sitä mieltä, että urheilua pitäisi olla enemmän ja, että kuntoilutilat olivat kehnot. Kolme asiakasta toivoi lisää vapaa-ajan viettoa esimerkiksi teatterissa ja elokuvissa käyntejä ja taidetapahtumia.

Neljä miesasiakasta toivoi, että hoidossa olisi enemmän naisia. Se toisi uusia näkökulmia hoitoon liittyviin keskusteluihin. Kolme asiakasta piti hoitoa kalliina sisältönsä nähden. Kaksi asiakasta toivoi omaa huonetta, koska asiakkaat ovat muualla koko ajan tekemisissä toistensa kanssa. Oma tila tuntuisi välillä olevan tarpeen. Yksi asiakas kertoi asumisolojen olevan riittävän hyvät.

Neljä asiakasta piti hyvänä, että jokaisella on oma räätälöity selviämispolku, johon voi itse vaikuttaa. Kaksi oli sitä mieltä, että he olivat saaneet hoitopaikasta kaiken avun ja tuen, mitä he olivat tarvinneet. Kaksi asiakasta koki saaneensa tukea ja turvaa hoidon aikana. Neljä tutkimukseen osallistunutta kirjoitti, että hoitajaksolla voisi enemmän puhua päihteiden haitoista, raittiuteen pääsemisestä sekä terveyteen liittyvistä asioista. Kaksi asiakasta halusi saada lisää työkaluja raittiina pysymiseen.

Avoimissa kysymyksissä hoidon hengellistä puolta kommentoi seitsemän asiakasta. Kommenteista viisi oli positiivista ja kolme negatiivista.

”Meillä on yksi ainoa elämä! Jumalan aikataulua noudattaen” (3)

”Hengellinen puoli ensisijaisesti (hyvä)” (1)

”Riittävä hengellinen puoli kristillisen opin mukaan!” (4)

”Hyvää on kaikki, mikä auttaa keskittymään Jumalan tuntemiseen ja juurtuman Kristuksen rakkauteen.” (5)

”Huonoa ovat olosuhteet, jotka estää meitä pääsemästä seurakunnan kokouksiin hoitopaikan ulkopuolelle” (5)

”Hyvää on, että Jeesus on tämän kodin pää” (9)

”Huonoa on liiallinen helluntaiseurakunnan vaikutus” (12)

”Ei puhuta tarpeeksi viinasta. Liikaa puhutaan uskon asioista.” (14)

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaniryön kolmen eri hoitopaikan asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdetyöstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten asiakkaat ovat kokeneet saamansa hoidon ja mitä hoitoon on sisällynyt hoitopaikassa.

7.1 Keskeiset tulokset

Tässä opinnäytetyössä ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, miksi asiakkaat hakeutuvat KAN ry:n ylläpitämään hoitopaikkaan. Suurimmaksi syyksi nousi oma usko siihen, että Jumala voi parantaa heidän päihdeongelmansa. Asiakkaat hakivat ratkaisua elämänhallintaan liittyviin ongelmiinsa. Hoidon kristillisellä pohjalla oli tärkeä merkitys hoitopaikkaa valittaessa. Osa asiakkaista oli ollut jo aiemmin hoidossa nykyisessä hoitopaikassa. Tutkimustulokset tukevat Rimpeläisen (2006) tutkimustuloksia siitä, miten työntekijät kokivat kristillisyyden olevan niin merkittävää päihdetyössä, että ilman sitä he eivät jaksaisi eivätkä haluaisi tehdä kyseistä työtä. Kristillisyys koettiin kaiken pohjana ja ilman tätä pohjaa päihdetyö tuntuisi turhalta ja vaikealta.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, mitä sisältyi kristilliseen päihdehoitoon. Asiakkaiden hoitoon sisältyi hengellistä toimintaa, sielunhoitokeskusteluja, perustarpeista huolehtimista, liikuntaa, vertaistukea ja tulevaisuuden suunnittelua. Hoitoon sisältyi vähän sosiaalisten ja taloudellisten asioiden edistämistä. Tutkimustulos on samansuuntainen Räsänen (2005) tutkimustulosten kanssa, jonka mukaan sielunhoitosuhteessa keskusteltiin useimmiten sairaudesta, elämänhistoriasta, perheestä, parisuhteesta, hengellisistä asioista, peloista, ahdistuksesta, tulevaisuudesta ja kärsimyksestä.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää, miten asiakkaat kokivat KAN ry:n hoitopaikassa saamansa hoidon. Tutkimukseen osallistuneista lähes jokainen asiakas sai tietoa hoidosta jo ennen hoitoon tuloa ja heidät otettiin hyvin vastaan hoitopaikassa. Asiakkaat saivat hyvin tietoa hoitopaikan aikatauluista ja arkipäivän toiminnoista. Asiakkaan henkilökohtaiseen hoitoon liittyvän tiedon saantia koskevissa asioissa vastaukset hajaantuivat painottuen ”en osaa sanoa” -vaihtoehtoon. Tutkimukseen osallistuneista noin puolet oli sitä mieltä, että heille ei tehty kuntoutussuunnitelmaa ja kuuden asiakkaan mielestä kuntoutussuunnitelma ei ollut ajan tasalla. Suurin osa vastanneista koki saaneensa erinomaista hoitoa ja hoitajien ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, ettei hoito auttanut selviytymään päihdeongelmasta. Neljä asiakasta koki omaisten saaneen halutessaan tietoa asiakkaan saamasta hoidosta ja viisi asiakasta oli jokseenkin samaa mieltä. Tutkimustulos oli samansuuntainen Rimpeläisen (2006) tutkimustulosten kanssa, jonka mukaan työntekijät kokivat kristillisen päihdetyön mielekkäänä ja toimivana.

7.2 Tulosten pohdinta

Tutkimustulosten pohdintaosuudessa tutkimustulokset suhteutetaan selvästi tutkimuksen taustakirjallisuuteen. Tutkijan on pohdittava, mikä on saatujen tulosten merkitys tutkimusalueella, mutta tärkeää on pohtia, mikä laajempi merkitys tuloksilla voisi olla. Tutkija punnitsee, miten hänen onnistui ratkaisemaan tutkimusongelmat. Tutkija punnitsee myös, millaisia jatkotutkimushaasteita tutkimustuloksista nousi. (Hirsjärvi ym. 2009, 263-264.)

Katsellessa teoriapohjaa ja kerättyä tutkimusaineistoa voi huomata niiden tukevan toisiaan melko hyvin. Teoriapohjassa on viitattu muutamaan tutkimukseen ja ne ovat osittain yhdenmukaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Teoriapohja vahvistaa tutkimustuloksia. Teoriapohjassa oli tärkeää tutustua päihdehoitoon, kristilliseen päihdehoitoon ja hengelliseen hoitotyöhön. Kyselytutkimuksella saatiin vastauksia opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen kysymyksillä ja väittämillä pyrittiin kartoittamaan KAN ry:n asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdehoidosta.

Tutkimustulosten mukaan asiakkaille ei laadita aina kuntoutussuunnitelmaa ja asiakkaat kokivat, että se ei ollut ajan tasalla. Ehdotan, että jokaiselle asiakkaalle laadittaisiin kirjallinen kuntoutussuunnitelma mahdollisimman pian hoitajakson alussa ja, että sitä tarkistettaisiin yhdessä asiakkaan kanssa sovitusti esimerkiksi kerran viikossa. Tämä lisäisi myös tiedon saantia omasta hoidosta ja tilanteesta. Minusta olisi tosi tärkeää, että jokaisen asiakkaan kanssa pohdittaisiin, mitä liikuntaa hän haluaisi harastaa. Se kirjattaisiin kuntoutussuunnitelmaan ja yhdessä huolehdittaisiin, että se toteutuu. Asiakkaan hoitoa voisi myös parantaa omahoitajakeskustelut, jossa voisi pohtia omia henkilökohtaisia ongelmia ja hoitoaan. Asiakas tietäisi ajankohdan etukäteen, milloin hän voi puhua rauhassa omista asioistaan.

Tutkimustulosten perusteella asiakkaat toivoivat lisää faktatietoa päihteistä, haitoista, sen aiheuttamista sairauksista sekä, miten pysyä raittiina ja miten torjua retkahduksia. Ehdottaisin, että joka viikko järjestettäisiin terveystunti, missä käsiteltäisiin päihteitä ja päihdeongelmaa sekä päihteisiin liittyviä sairauksia ja niiden ennaltaehkäisemistä. Asiakkaat voisivat itse myös toivoa aiheita terveystunnille. Toinen tietoisuus tilaisuus esimerkiksi kerran viikossa voisi liittyä terveellisiin elämäntapoihin liittyviin asioihin kuten terveelliseen ravintoon, liikuntaan, hygieniaan ja ihmissuhteisiin.

Tuloksia voidaan käyttää Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n hoitopaikoissa. Tuloksia ei voida yleistää koskemaan muita kristillistä päihdehoitoa tarjoavia järjestöjä, koska otoskoko oli pieni (N=18) ja vastausprosentti oli 75 %. KAN ry:n yksiköiden pieni koko ja asiakkaiden pitkät hoitajakset selittävät osaltaan pientä vastausmäärää. Tulokset antavat KAN ry:n hoitohenkilökunnalle osviittaa, mihin asioihin olisi hyvä kiinnittää huomiota ja pohjaa keskustelulle toiminnan kehittämistä.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa KAN ry:n asiakkaista oli yli 35-vuotiaita miehiä ja puolet oli ollut jossain muussa hoitopaikassa tuloksetta. Suurin osa asiakkaista hakeutui päihdehoitoon liiallisen alkoholin tai huumeiden käytön vuoksi. Suurin osa asiakkaista tiesi, minkälaiseen hoitopaikkaan he hakeutuivat ja he tietoisesti hakeutuivat kristilliseen päihdehoitoon. Pääsääntöisesti asiakkaat olivat kokeneet saaneensa hyvää ja omiin tarpeisiinsa vastaavaa päihdehoitoa, jossa hengelliset asiat tulivat esiin joka päivä. Osa asiakkaista haluaisi enemmän puhetta päihhteistä.

Jatkotutkimushaasteena voisi olla saman aiheen tutkiminen laajemmalla tutkimusaineistolla ja ottaa tutkimukseen mukaan useita eri kristillistä päihdetyötä tekeviä järjestöjä. Toisena jatkotutkimushaasteena voisi olla, miten hengelliset tarpeet otetaan huomioon tavanomaisessa päihdetyössä.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 229.)

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Opinnäytetyöntekijä laati itse kyselylomakkeen perehtymällä kristilliseen päihdetyöhön ja sen sisältöön. Kyselylomaketta ei esitestattu, koska ei löytynyt sopivia henkilöitä sen esitestaamiseen. Sen sijaan kyselylomakkeeseen tutustui tutkimusluvan myöntänyt KAN ry:n toiminnanjohtaja Mäkinen sekä opinnäytetyönohjaaja, joten asiantuntijat arvioivat, että se on käyttökelpoinen.

Tutkimusta voidaan pitää luotettavana, jos satunnaiset virheet eivät vaikuta tutkimuksen tuloksiin. Kyselylomakkeella pitää pystyä mittaamaan juuri sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Kohderyhmän tarvitsee olla tarpeeksi suuri, jotta tulokset ovat luotettavia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Opinnäytetyöntekijä ei voi tietää, miten ja missä tutkimukseen osallistuneet vastasivat kyselylomakkeisiin, joten satunnaisvirheiden osuutta on mahdotonta arvioida. Opinnäytetyöntekijälle ei myöskään selvinnyt, miksi hän sai 12 kirjekuorta, jossa oli tyhjä kyselylomakkeet. Olivatko ohjaajat jakaneet ne asiakkaille ja asiakkaat eivät olleet halunneet vastata niihin vai oliko käynyt niin, että kyselylomakkeita ei jaettuun sovitusti hoidossa olleille asiakkaille tai asiakkaita ei ollutkaan niin paljon kuin oltiin sanottu kyselyitä lähettäessä.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista kyselytutkimusta. Kun tutkittavien määrä on pieni, on usein tarkoituksenmukaista käyttää muita kuin määrällisiä tutkimusmenetelmiä esimerkiksi teemahaasattelua. Tähän tutkimukseen osallistui vain 18, joten tutkimustuloksia ei voida yleistää mihinkään, mutta ne ovat suuntaa-antavia kohdeorganisaatiolle.

7.4 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkijan pitää miettiä, mikä on tutkimuksen varsinainen tehtävä ja tarkoitus. Sen jälkeen tutkija arvioi, miten tutkimus saadaan tehtyä hyvin. Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Informaation tuottamisen lisäksi tutkijan on pystyttävä siirtämään työnsä tuloksia toisille tutkijoille ja yhteiskunnan muille jäsenille. Tiedon välittäminen kuuluu tieteen harjoittamisen perustehtäviin ja siihen liittyy tulosten julkistamisen etiikka. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 58-63.)

Ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevia eettisiä periaatteita ovat tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2011). Tätä tutkimusta varten hankittiin tutkimuslupa Kristillisen alkoholisti- ja narkomaaniryön toiminnanjohtaja Mäkieltä kirjallisesti. (Liite 1.) Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja asiakkaat saivat tiedon tästä kyselylomakkeen saatekirjeessä. Asiakas pystyi keskeyttämään tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa tutkimuksen edetessä. Kyselylomakkeessa ei pyydetty henkilötietoja eikä vastauksissa tullut esiin yksittäisten henkilöiden vastauksia. Tutkimusaineistoa säilytettiin huolellisesti ja hävitettiin aineiston analysoinnin jälkeen. Kaikkia vastauksia käsiteltiin samantarvoisesti.

LÄHTEET

- Aalto, K. & Gothöni, R. 2009. Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Lahti. Esa Print Oy.
- Aalto, K., Esko, M. & Virtaniemi M. 1997. Sielunhoidon käsikirja. Helsinki. Kirjapaja Oy.
- Ahtiala, P. & Ruohonen, K. 1998. ” Se oli sitä koko elämä”. Kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjonen, S. & Sorvala, I. 2006. Etiikka ihmistieteille. Helsinki. Hakapaino Oy.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1995. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylä. Gummerus.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä. Gummerus.
- Hiltunen, T., Kujala, V. & Mattila K. 2005. Näkyvä Piilo. Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Jyväskylä. Gummerus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Inkinen, M. 2004. A-klinikkasäätiö. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö A-klinikkasäätiössä. Monistesarja nro 42. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/sairhoit.pdf>.
- Kaipio, K. & Ruisniemi A. 2009. Ihan Oikea ihme. Kirjoituksia päihdetyöstä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino.
- Karvinen, J. 2002. Kan työn käsikirja. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry.
- Kristillinen alkoholisti- ja narkomaaniryö ry. Opas. Kokemuksia ja näkemyksiä kristillisestä alkoholisti -ja narkomaaniryöstä. Kortesjärvi. KAN ry
- Kristillinen alkoholisti ja narkomaaniryö ry. Toimintayksiköt. [Viitattu 3.3.2011.]. Saatavissa: http://www.kan.fi/toimintayksikot_/?session=45556838
- Lappalainen, T. 2005. Tie uuteen: Kristillisen päihdeyhteisön merkitys päihteenkäyttäjälle. Vaasa. Ykkös-Offset Oy.
- Lappalainen, T. 1998. Ehditkö istua vierelläni. Jyväskylä. Gummerus.
- Piiroinen, E. & Wiklund, J. 2008. Pappi vai lääkäri. Hämeenlinna. Kirjapaino Karisto Oy.

Päihdehuoltolaki. 1986. L 17.1.1986/41 muutoksineen.

Rimpeläinen, R. 2006. Ammatillisuus päihdetyössä: Kristillisen päihdetyön ammattilaisten kokemuksia ja näkemyksiä ammatillisesta osaamisesta. opinnäytetyö. sosiaalialan koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveydenalan yksikkö, Seinäjoki.

Räsänen, J. 2005. Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä. Kyselytutkimus terveydenhuollon potilaille ja työntekijöille. Kirkon tutkimuskeskus. Tampere. [Viitattu 7.4.2009]. Saatavissa: www.evl.fi/kkh/ktk/7_rasanen.pdf

Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku. Painosalama Oy.

Stakes, 2010. päihdetilastollinen vuosikirja 2010, alkoholi ja huumeet. Helsinki. Yliopistopaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. 2009. [Viitattu 27.3.2011.]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/ennakoarviointi/index.htm>

Valopaasi, M. 1996. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Vikstén, M. 2007. Raamatullinen sielunhoito. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Välimäki, P. 2006. Lähellä ihmistä. sielunhoidon opas. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Johanna Järvi
Pomeranssinkatu 11 C 6
33710 Tampere
p. 0503808256
johanna.jarvi@student.samk.fi

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

8.4.2011

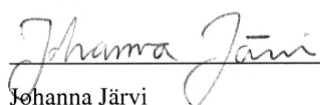
KRISTILLINEN ALKOHOLISTI-JA NARKOMAANITYÖ RY

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa, Rauman yksikössä sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajaksi. Koulutukseeni kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheesta Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry: n asiakkaiden kokemuksia kristillisestä päihdetyöstä

Aineisto kerätään Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry: n asiakkailta kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista asiakkaille. Vastaajan henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa tutkimuksen missään vaiheessa. Anon kohteilimmmin lupaa kyselyn toteuttamiselle tällä hakemuksella.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtT Ritva Pirilä, p. 02/6203557, Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kunnioittaen,


Johanna Järvi

Tutkimuslupa kyselytutkimuksen tekemiseen Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanitö ry:n asiakkaille

MYÖNNETÄÄN



EI MYÖNNETÄ



Aika ja paikka

myöskeli 4.5.2011

Allekirjoitus

Maailma Kälän

KRISTILLISEN ALKOHOLISTI- JA NARKOMAANITYÖ RY:N ASIAKKAIDEN
KOKEMUKSIIN KRISTILLISESTÄ PÄIHDETYÖSTÄ LIITTYVÄ KYSELYLOMAKE

Hyvä kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n asiakas!

Pyydän teitä ystävällisesti täyttämään tämän kyselylomakkeen. Toivon, että jaksatte täyttää kyselyn rauhassa loppuun saakka, vaikka se onkin hieman pitkä. Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Rauman yksikössä ja opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, johon tämä kyselylomake liittyy. Kyselyn avulla selvitetään Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n asiakkaiden kokemuksia hoidosta.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksia käytetään ainoastaan opinnäytetyöni tekemiseen. Työn valmistumisen jälkeen vastaukset hävitetään. Kyselyyn vastataan nimettömänä, eikä lopullisesta työstä voida tunnistaa yksittäisiä vastauksia.

Kyselyn tekemiseen olen saanut tutkimusluvan Kristillisen alkoholisti- ja narkomaanityö ry:n toiminnanjohtaja Markku Mäkiselältä.

Opinnäytetyön tuloksista voi lukea Satakunnan ammattikorkeakoulun sivuilta osoitteesta www.samk.fi/kirjasto

Kiitos jo etukäteen vastauksistasi!

Terveisin Johanna Järvi

johanna.jarvi@student.samk.fi

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

A. TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

1. Mies
2. Nainen

2. Ikä

1. alle 20
2. 20-24
3. 25-29
4. 30-34
5. 35-39
6. 40 tai yli

B. PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

3. Oletteko käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana?

1. En lainkaan
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa
4. 2–3 kertaa kuukaudessa
5. Kerran viikossa
6. Useammin kuin kerran viikossa
7. Joka päivä

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

4. Kuinka usein olette käyttänyt liuottimia päihtymistarkoituksessa viimeisen vuoden aikana (liimat, bensiini, butaani, sytytinkaasut, lakat tms.)?

1. En lainkaan
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa
4. 2–3 kertaa kuukaudessa
5. Kerran viikossa
6. Useammin kuin kerran viikossa
7. Joka päivä

5. Kuinka usein olette käyttänyt huumeita viimeisen vuoden aikana?

1. En lainkaan
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa
4. 2–3 kertaa kuukaudessa
5. Kerran viikossa
6. Useammin kuin kerran viikossa
7. Joka päivä

6. Kuinka usein olette käyttänyt lääkkeitä päihtymistarkoituksessa viimeisen vuoden aikana?

1. En lainkaan
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa
4. 2–3 kertaa kuukaudessa
5. kerran viikossa
6. Useammin kuin kerran viikossa
7. Joka päivä

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

7. Kauanko olette ollut tällä hetkellä ilman päihteitä?

1. Alle viikon
2. 1–2 viikkoa
3. Alle kuukauden
4. 1–3 kuukautta
5. 4–6 kuukautta
6. 7–12 kuukautta
7. Enemmän kuin vuoden

C. KOKEMUKSIA HOIDOSTA

8. Kuinka kauan olette ollut KAN ry:n asiakkaana?

1. Alle viikon
2. 1–2 viikkoa
3. Alle kuukauden
4. 1–3 kuukautta
5. 4–6 kuukautta
6. 7–12 kuukautta
7. Enemmän kuin vuoden

9. Miksi hakeuduitte päihdehoitoon? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Liiallisen alkoholin käytön vuoksi
2. Huumeiden käytön takia
3. Lääkkeiden väärinkäytön vuoksi
4. lääkkeiden ja alkoholin sekakäytön vuoksi
5. liuottimien käytön vuoksi
6. Työpaikan menetyksen pelossa
7. Perhe-/parisuhdeongelmien takia
8. Runsaan pelaamisen takia
9. Rattijuopumuksen takia
10. Jokin muu syy, mikä _____

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

10. Miksi hakeuduite kristilliseen päihdehoitopaikkaan? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Kristillinen hoitoyhteisö kiinnosti minua
2. Kristillisuus hoidossa kuulosti hyvältä
3. Muita paikkoja ei ollut tarjolla
4. Olen ollut aikaisemmin hoidossa samassa paikassa
5. Olen kokeillut jo useita muita hoitopaikkoja tuloksetta
6. Työnantaja ohjasi hoitoon
7. lastensuojelusta ohjattiin hoitoon
8. Uskon, että Jumala voi parantaa päihdeongelmani
9. Jokin muu syy, mikä? _____

11. Kenen tai keiden suosituksesta valitsitte KAN ry:n pitämän hoitopaikan? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Sukulaisen
2. Omien lasten
3. Ystävän
4. Puolison
5. Vanhempien
6. Työtoverin
7. Entisen asiakkaan
8. Vankilan työntekijän
9. Internetistä saadun tiedon
10. Päihdeklinikan työntekijän
11. Terveyskeskus lääkärin
12. Seurakunnan työntekijän
13. Lastensuojelun työntekijän ehdotuksesta
14. Joku muu, kuka? _____

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

12. Kuinka usein osallistutte hengelliseen toimintaan hoitopaikassanne?

1. 5-7 kertaa viikossa
2. 3-4 kertaa viikossa
3. 1-2 kertaa viikossa
4. Harvemmin

13. Kuinka paljon hoitopaikassanne järjestetään hengellistä toimintaa?

1. Aivan liian paljon
2. Hieman liian paljon
3. Hieman liian vähän
4. Aivan liian vähän

14. Mihin hengelliseen toimintaan olette osallistunut hoidon aikana? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Hartauksiin
2. Rukoukseen
3. Sielunhoitoon
4. Rippiin
5. Raamatun lukuun
6. Keskustelupiiriin
7. Tutustumiskäyntiin seurakunnassa
8. Evankelioimistilaisuuksiin
9. Musiikkitalaisuuksiin
10. Ehtoolliseen
11. En mihinkään edellisistä

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

15. Minkälainen on kokemuksenne hengellisestä toiminnasta hoitopaikassanne? 1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = samaa mieltä.

| | |
|--|-----------|
| 1. Toiminta on ollut itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa | 1 2 3 4 5 |
| 2. Toiminta on ollut painostavaa | 1 2 3 4 5 |
| 3. Toiminta on ollut hämmentävää | 1 2 3 4 5 |
| 4. Toiminta on ollut teennäistä | 1 2 3 4 5 |
| 5. Toiminta on ollut ahdistavaa | 1 2 3 4 5 |
| 6. Toiminta on ollut syyllistävää | 1 2 3 4 5 |
| 7. Toiminta on ollut pelottelevaa | 1 2 3 4 5 |
| 8. Toiminta on ollut tunkeilevaa | 1 2 3 4 5 |
| 5. Toiminta on tuonut minulle uusia näkökulmia elämääni | 1 2 3 4 5 |
| 6. Toiminnan kautta olen saanut sisäisen rauhan | 1 2 3 4 5 |
| 7. Toiminta tuo minulle turvaa elämään | 1 2 3 4 5 |
| 8. Toiminta on minulle voimavara | 1 2 3 4 5 |

16. Kuinka usein käytte sielunhoitokeskustelussa hoitopaikassanne?

1. En lainkaan
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa
4. 2–3 kertaa kuukaudessa
5. Kerran viikossa
6. Useammin kuin kerran viikossa
7. Joka päivä

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

17. Mitä asioita odotatte hoidoltanne tällä hetkellä? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Lepoa
2. Fyysisen kunnon nousua
3. Sosiaalista hyväksyntää
4. Rauhoittumista
5. Ajatusten kokoamista
6. Ongelmien ratkeamista
7. Haluan löytää yhteyden Jumalaan
8. Odotan parempaa elämää tulevaisuudessa
9. Halua päästä irti päihteistä
10. Pelkojen helpottumista
11. Ahdistuksen helpottumista
12. Parantumista päihdeongelmasta
13. Raha-asioiden kuntoon laittamista
14. Työpaikan löytymistä
15. Koulutuspaikan löytämistä
16. Ihmissuhdeasioiden kuntoon saamista
17. En mitään
18. Jotain muuta, mitä_____

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

18. Mitä asioita sisältyy hoitoonne hoitopaikassanne? Voitte valita useampia vaihtoehtoja!

1. Maksullinen ruokailu
2. Ilmainen ruokailu
3. Vaatetusta
4. Peseytymismahdollisuus
5. Vaatteiden pesemismahdollisuus
6. Lämmin paikka, mihin voi tulla
7. Retkiä
8. Hengellistä toimintaa
9. Työpaikan etsimistä
10. Vertaistukea
11. Asunnon hankkimiseen apua
12. Liikuntaa
13. Tulevaisuuden suunnittelua
14. Koulutusmahdollisuuksien selvittämistä
15. Omaisiin yhteydenottoja
16. Taloudellisen tilanteen selvittelyä
17. Terveellisiin elämäntapoihin ohjaamista

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto!

Vastatkaa kokemuksenne perusteella seuraaviin väittämiin nykyisestä hoitopaikastanne. 1 = eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = samaa mieltä.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Sain tietoa hoidostani ennen hoitoon tuloa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Minut otettiin hyvin vastaan hoitopaikassani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Saan tietoa hoitopaikan aikatauluista ja arkipäivän toiminnoista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Olen saanut vähän tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista hoidon aikana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Olen saanut riittävästi tietoa sairauksistani hoidon aikana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Olen saanut tietoa päihdeongelmastani hoidon aikana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Lääkitykseni on hoidettu asianmukaisesti hoidon aikana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Minua on kohdeltu yksilönä hoidon aikana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Omaiseni ovat saaneet halutessaan tietoa saamastani hoidosta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Minulle on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kuntoutussuunnitelmani on ajan tasalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Henkilökunta auttaa minua asioitteni hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Jatkohoitoni on järjestetty hyvin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Hoitopaikassani ei saa käyttää päihteitä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Hoitopaikka on viihtyisä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Hoitohenkilökunnan ammattitaito on kiitettävää tasoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Mielestäni olen saanut erinomaista hoitoa hoitopaikassani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Saamani hoito auttaa minua selviytymään päihdeongelmastani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

37. Mikä on KAN ry:n antamassa päihdehoidossa mielestänne hyvää ja mikä huonoa? Tähän voitte kirjoittaa vapaasti niistä asioista, jotka tulevat mieleenne.

KIITOS VASTAAMISESTA JA OSALLISTUMISESTA!