

”ELÄMÄ ON VÄLILLÄ KUN KALLION REUNALLA KÄVISI”

Lahtelaisten päihdekuntoutujien kokemuksia päihdekuntoutuksesta vuosilta 2005 - 2006

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Syksy 2007
Hartman Heli
Volanen Piritta

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Hoitotyön koulutusohjelma

HARTMAN, HELI & VOLANEN, PIRITTA: ”Elämä on välillä kun kallion reunalla kävisi”. Lahtelaisten päihdekuntoutujien kokemuksia päihdekuntoutuksesta vuosilta 2005 - 2006

Hoitotyön opinnäytetyö, 43 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2007

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa lahtelaisten päihdekuntoutujien kokemuksista omasta päihdekuntoutuksesta vuosilta 2005 – 2006 sekä heidän käsityksistään päihdekuntoutuksen laadukkaasta sisällöstä yleisesti. Tutkimuksen tavoitteena on Lahden kaupungin tukeman päihdekuntoutuksen laadun arvioiminen asiakkaan näkökulmasta ja sen huomioon ottaminen palveluja kehitettäessä. Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Lahden kaupungin psykososiaaliset palvelut.

Opinnäytetyö on toteutettu käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, joka sisälsi 22 suljettua ja kaksi avointa kysymystä sekä väittämiä päihdekuntoutuksen sisällöstä yleisesti. Suljetuilla kysymyksillä selvitimme vastaajien taustatietoja, kuntoutukseen hakeutumista, kuntoutuksen sisältöä, jatkohoitoa ja kuntoutuksen merkitystä. Avoimilla kysymyksillä selvitimme, kuinka asiat olivat muuttuneet kuntoutuksen jälkeen sekä annoimme mahdollisuuden antaa palautetta Lahden päihdepalveluista. Kyselyymme vastasi 28 päihdekuntoutujaa, joista enemmistö oli alkoholin käyttäjiä, kahdeksan sekakäyttäjiä ja neljä huumeiden käyttäjiä. Vastausprosentti kyselyssä on 30.

Tutkimuksesta selvisi, että päihdekuntoutukseen oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta eri asiakasryhmien erityistarpeita ei huomioitu riittävästi. Vastaajien mielestä alkoholismien hoitoon löytyi ammattitaitoa, mutta huumeiden käyttäjien hoidon erityispiirteitä ei tunnistettu. Päihdeongelmaan tulisi puuttua varhaisessa vaiheessa ja kuntoutukseen pääsyn kynnyksiä tulisi madaltaa. Päihdekuntoutus ja jatkohoito tulisi suunnitella yksilöllisesti. Osa vastaajista koki, että jatkohoito jäi kokonaan suunnittelematta kuntoutuksen aikana. Päihdekuntoutuksen auttamismenetelmistä kysyttäessä korostuivat edellä mainitut asiat sekä turvallisen fyysisen ympäristön ja ilmapiirin merkitys.

Avainsanat: päihteet, päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, päihdehoitotyön auttamismenetelmät, laatu

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care
Degree Programme in Health Care

HARTMAN, HELI & VOLANEN, PIRITTA: 'From Time to Time Life Is like Walking on the Edge of a Cliff'. How Intoxicant Abusers from Lahti Experienced Rehabilitation in 2005-2006.

Bachelor's Thesis. Nursing. 43 pages, 7 pages of appendices

Autumn 2007

ABSTRACT

The aim of the thesis was to gain information on how intoxicant abusers from Lahti experienced their rehabilitation in 2005-2006, and what they, in general, thought about the contents and quality of such rehabilitation. The objective of the study is to assess the quality of rehabilitation supported by the city of Lahti from the viewpoint of a client and to take these estimates into consideration in developing services. Our graduate thesis was commissioned by the psycho-social services of the city of Lahti.

The thesis was carried out by using a quantitative research method. For the study, a questionnaire was drawn up containing 22 closed and 2 open questions as well as statements bearing upon the contents of rehabilitation of intoxicant abusers in general. The closed questions were employed to study the respondents' background, their seeking for rehabilitation, the contents of rehabilitation, further treatment and the meaning of rehabilitation, whereas the open questions were used to determine how things had changed after the rehabilitation and to provide an opportunity of giving feedback on services available for intoxicant abusers in Lahti. 28 rehabilitees responded to our enquiry. Most of them consumed alcohol, and there were eight persons who used mixtures of intoxicants and four drug addicts. The response percentage of the enquiry was 30.

The study showed that people were mainly satisfied with the rehabilitation; however, not enough attention was paid to the special needs of different groups of clients. The respondents said that there was competence available for treating alcoholism, while the special features of looking after drug addicts were not identified. The problem of intoxicant abuse should be tackled at an early stage, and the threshold of access to rehabilitation ought to be lowered. The rehabilitation and further treatment of intoxicant abusers should be planned by taking into account every person's individual characteristics. Part of the respondents felt that no further treatment was planned during the rehabilitation they received. When asked about rehabilitative methods of help, the respondents stressed the above factors and the role of a safe physical environment and atmosphere.

Keywords: intoxicants, intoxicant addiction, rehabilitation of intoxicant abusers, methods of help in looking after intoxicant abusers, quality

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	2
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	4
3.1 Keskeiset käsitteet	4
3.1.1 Päähteet	4
3.1.2 Päihderiippuvuus	7
3.1.3 Päihdekuntoutus	9
3.1.4 Päihdehoitotyön auttamismenetelmät	10
3.1.5 Laatu	11
3.2 Aikaisemmat tutkimukset	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	15
5.1 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä	15
5.1.1 Kyselylomakkeen laadinta	18
5.1.2 Saatekirjeen laadinta	20
5.1.3 Lomakkeiden esitestaus	20
5.2 Suljettujen kysymysten analysointi	21
5.3 Avointen kysymysten analysointi	22
5.4 Päihdekuntoutuksen sisällön analysointi	22
6 TUTKIMUSTULOKSET	23
6.1 Kohderyhmän profiili	23
6.2 Päihdepalveluihin ohjautuminen	24
6.3 Muutos päihteidenkäytössä	26
6.4 Kuntoutuksen sisältö ja jatkokuntoutus	27
6.5 Kuntoutuksen vaikutus	29
6.6 Palaute Lahden päihdepalveluista	30
6.7 Päihdekuntoutujan käsitykset auttamismenetelmistä	32

7 LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA	34
7.1 Tutkimustyön luotettavuus	34
7.1.1 Opinnäytetyön luotettavuus	34
7.1.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen luotettavuus	35
7.1.3 Analysoinnin luotettavuus	35
7.2 Tutkimustyön etiikka	36
7.2.1 Tutkimuksen ongelmanasettelu	37
7.2.2 Tutkijan ja tutkimusorganisaation suhde	37
7.2.3 Tutkijan ja tutkittavien suhde ja aineiston keruu	38
7.2.4 Tulosten julkaiseminen	38
8 POHDINTA	39
8.1 Tulosten ajankohtaisuus	41
8.2 Jatkotutkimukset	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	48

1 JOHDANTO

Alkoholi on yleisin Suomessa käytetty päihde, noin 93 prosenttia aikuisväestöstä käyttää alkoholia. Alkoholin kokonaiskulutus on kasvanut 1990-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 2006 Suomessa kulutettiin 10,3 litraa absoluuttista alkoholia jokaista kansalaista kohti. Suomessa arvioidaan olevan 250 000 – 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Suurkulutuksen alaraja miehillä on seitsemän alkoholiannosta kerralla tai yli 24 alkoholiannosta viikossa. Naisilla vastaavat luvut ovat viisi ja 16. Miehet juovat useammin ja enemmän, mutta naisten alkoholin käytön kasvu on ollut viime vuosikymmeninä suuri: kun vuoden 1968 juomatapatutkimuksessa 43 prosenttia naisista ilmoitti olevansa raittiita, niin vuonna 2004 raittiiden naisten osuus on enää 9 prosenttia. Vuonna 2004 alkoholin maahantuontikiintiöiden poistaminen, alkoholiveron alentaminen ja Viron EU-jäsenyys vaikuttivat osaltaan alkoholin käytön kehitykseen. (Alkoholijuomien kulutus 2006; Inkeroinen & Partanen 2006, 13; Savolainen 2006, 7.)

Huumeiden käyttö lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla, mutta kasvu taittui 2000-luvun alussa. Vuonna 2002 päihdetutkimukseen osallistuneista 12 prosenttia ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä jotain huumausainetta. Kannabis on yleisin huume Suomessa ja vuonna 2002 arvioitiin kovien huumeiden (amfetamiini ja opiaatit) käyttäjiä Suomessa olevan 0,6–0,7 prosenttia maan väestöstä (15 - 55-vuotiaat), joka on EU:n keskitasoa. Ongelmakäyttäjien määrä on lisääntynyt ja heistä enemmistön muodostavat amfetamiinin käyttäjät. Huumeiden käyttö ja kovien huumeiden ongelmakäyttö painottuvat pääkaupunkiseudulle ja Etelä-Suomeen, joskin lisäystä on tapahtunut viiden vuoden aikana myös muualla Suomessa. 2000-luvun aikana huumeiden käyttö on eniten lisääntynyt Tampereella, Turussa ja Oulussa. Pienemmissä kaupungeissa sekä asutuskeskuksissa ja taajamissa huumeiden käytön lisäys on ollut jatkuvaa, mutta maltillisempaa. (Inkeroinen & Partanen 2006, 13 - 14.)

Lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi runsaasti 1990-luvun alussa. Lääkkeiden väärinkäyttö tasaantui 1990-luvun puolivälissä, mutta vuonna 2003 luku kääntyi taas nousuun. Lääkkeiden käyttö näkyi myös päihteiden sekakäyttönä, jossa alkoholin tai huumeiden rinnalla käytetään rauhoittavia lääkkeitä. (Hänninen & Ylijoki 2004, 224; Inkeroinen & Partanen 2006, 14.)

Alkoholin kulutuksen kasvaessa lisääntyvät myös alkoholin käytöstä aiheutuvat terveydelliset ja sosiaaliset haitat. Alkoholi on syy-yhteydessä 60 erilaiseen sairauteen tai tapaturmaan. Suomessa kuolee alkoholin käytön seurauksena vuosittain noin 3 000 ihmistä, joka on noin 6 prosenttia kaikista kuolemista. Alkoholi on työikäisten miesten yleisin ennen aikaisten kuolemien syy. (Savolainen 2006, 7; Kantonen, Niittyne, Mattila, Kuusela-Louhivuori, Manninen-Kauppinen & Pohjola-Sintonen 2006, 4923.) Suomessa miesten alkoholikuolleisuus on noin seitsenkertainen naisiin verrattuna. Miesten alkoholikuolleisuuden määrä on absoluuttisesti mitattuna voimakkaampaa, mutta suhteellisesti mitattuna naisten alkoholikuolemien määrän kasvu on erityisen voimakasta. Tätä selittää se, että naisten keskimääräisen alkoholinkulutuksen kasvu on ollut suhteellisesti miehiä nopeampaa. Sosioekonomisten ryhmien väliset alkoholikuolleisuuserot ovat myös suuret: alkoholiin liittyvät kuolemat ovat yleisempiä alemmissä kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna eroja esiintyi sekä miehillä että naisilla. Alkoholikuolemat selittävät sosiaaliryhmien välisiä kokonaiskuolleisuuseroja erityisesti miehillä ja nuorilla sekä tapaturmaisissa ja väkivaltaisissa kuolemissa. Alkoholikuolleisuuden muutokset seuraavat alkoholin kokonaiskulutuksen muutoksia. (Mäkelä 1999, 100 - 102.)

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Stakesin raportissa Päihdepalvelujen tila 2005 tarkastellaan päihdepalvelujärjestelmän kokonaiskuvaa. Siinä hahmotetaan keskeisiä lähtökohtia päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseksi. Raportin mukaan päihdepalvelujen seudullisen kehittämisen tarve tulee korostumaan erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Lisääntyneen alkoholin kulutuksen mukanaan tuomat haitat ovat nostaneet esille monipuolisten päihdepalveluiden kehittämisen ja lisäämisen tarpeen niin sosiaali-

ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuin päihdehuollon erityispalveluissakin. Raportin mukaan päihdepalveluiden tarjonta ei vastaa riittävästi kasvaneeseen palveluiden tarpeeseen. Keskeisiä kehittämiskohtia ovat palveluiden saatavuuden parantaminen, hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltaminen ja vaikeimmassa tilanteessa olevien asiakkaiden hoitoon pääsyn varmistaminen. (Inkeroinen & Partanen 2006, 3.)

Keväällä 2006 kartoitimme aihetta opinnäytetyöllemme. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden psykososiaalisilla palveluilla oli tarvetta kyselylle, jolla kerätään palautetta päihdekuntoutuksesta. Heillä itsellään ei ollut resursseja toteuttaa kyselyä. Innostuimme aiheesta, koska se oli työelämälähtöinen, ajankohtainen ja hyödyllinen omalle ammatilliselle kasvullemme.

Opinnäytetyönämme teimme kyselyn vuosien 2005 - 2006 aikana päihdekuntoutuksessa olleille päihdekuntoutujille, joilla oli ollut maksusitoumus Lahden kaupungilta. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden psykososiaaliset palvelut halusivat palautetta, jonka pohjalta palveluja voidaan tarvittaessa kehittää. Myöhemmin opinnäytetyössämme käytämme Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden psykososiaalista palvelusta nimitystä toimeksiantaja. Jatkossa palautetta päihdekuntoutujilta on tarkoitus kerätä vuosittain käyttämällä työmme kyselylomaketta.

”Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin”, sanotaan päihdehuoltolaissa (41/1986). Päihteiden ongelmakäyttäjät ovat siis asiakasryhmä, joka koskettaa kaikkia sosiaali- ja terveydenhoidon parissa työskenteleviä ja siksi koemme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi. Aihe on myös ajankohtainen ja tarpeellinen päihteisiin liittyvien ongelmien kasvaessa. Se tuo kunnille haasteen kehittää päihdetyötä rajallisilla resursseilla.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat päihteet, päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, päihdehoitotyön auttamismenetelmät ja laatu. Lahden psykososiaalisten palveluiden lähtökohdista nousevat päihderiippuvuuteen liittyvät käsitteet. Toimeksiantajamme haluaa tietoja päihdepalvelujen laadusta asiakkaan näkökulmasta.

3.1.1 Päihteet

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttavat päihtymyksen tunteen ja / tai humalatilaa. Päihteet vaikuttavat kuitenkin kehoon eri tavoin. Siihen vaikuttavat mm. käytetty aine ja sen epäpuhtaudet, käyttötapa, käyttömäärä, käytön säännöllisyys ja pitkäaikaisuus, käyttöympäristö, käyttäjän persoonallisuustekijät, yleistila, ikä sekä kehon koko. Päihteitä on erilaisia ja niille on erilaisia jaotteluja. Päihteet voidaan esimerkiksi jaotella ns. sosiaalisiksi päihteiksi, liuottimiksi ja huumausaineiksi. (Hirrschovits & Dahl 2002, 5.)

Sosiaaliset päihteet

Tupakka ja alkoholi luokitellaan ns. sosiaalisiksi päihteiksi. Lain mukaan ne ovat rajoitetusti sallittuja. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että niitä saa myydä yli 18 - vuotiaalle. (Hirrschovits & Dahl 2002, 5.) Tästä opinnäytetyöstä tupakka rajataan pois.

Alkoholi on sokeri- ja tärkkelyspitoisista kasveista käyttämällä tai tislaamalla valmistettava vesiliukoinen neste. Se imeytyy ruoansulatuskanavasta verenkiertoon ja leviää elimistössä tasaisesti kaikkialle kudoksiin. Koska alkoholi vaikuttaa lähes kaikkiin elimiin jakautuessaan vesiliukoisena aineena joka puolelle elimistöön, runsaalla ja pitkäaikaisella alkoholien käytöllä voi olla hyvin moninaiset vaikutukset ihmisen terveyteen. (Hirrschovits & Dahl 2002, 130 - 131.)

Alkoholi vaikuttaa jo pieninä annoksina keskushermostoon lamaavasti aiheuttaen humalatilaa. Humalan voimistuminen lamaa henkisiä ja fyysisiä toimintoja. Tämän seurauksena suorituskyky laskee, arvostelukyky sekä liikkeiden säätely heikkenevät, reaktioaika hidastuu ja kipukynnys nousee. Nousuhumalassa noin yhden promillen pitoisuus vaikuttaa useimpiin ihmisiin piristävästi, jolloin henkilö tavallisesti kokee mielihyvää, rentoutuu, on itsevarma ja puhelias sekä estot heikentyvät. Toisilla ihmisillä sama alkoholipitoisuus kuiteinkin voi aiheuttaa esimerkiksi eristymistä, masennusta, arvaamatonta käytöstä ja väkivaltaisuutta. Alkoholipitoisuuden noustessa yli promillen, humalataila on helposti havaittavissa, koska aiemmin mainitut humalaoireet vahvistuvat. Kahden promillen humala lamaa ihmistä jo selkeästi ja yli kolmen promillen humalatilat saattavat olla jo hengenvaarallisia erityisesti tottumattomalle alkoholin käyttäjälle. Sietokyvyn nopean nousun vuoksi laskuhumalassa alkoholin toimintaa heikentävä vaikutus on vähäisempi kuin vastaavalla veren alkoholi pitoisuuden tasolla nousuhumalassa. Alkoholin vaikutukset naisiin ovat voimakkaammat, koska naisen elimistössä on enemmän rasvaa ja vähemmän nestettä kuin miehellä. Alkoholilla on siis naisissa vähemmän ainesta, johon imeytyä. (Hirrschovits & Dahl 2002, 130 - 131.)

Liuottimet

Liuottimet, kuten liimat, ohenteet, lakat, puhdistusaineet, tinneri, butaani, ilokaasu, ponnekaasut, aiheuttavat imppaamalla voimakkaan päihtymystilan. Alkoholi-humalan kaltainen tila syntyy, kun liuotinpitoinen ilma imeytyy limakalvojen ja keuhkojen kautta verenkiertoon ja sitä kautta muun muassa aivoihin. Laissa liuottimet luokitellaan myrkyiksi. Myrkyllisyyden vuoksi imppauksessa yliannostuksen ja äkkikuoleman riski on suuri, mutta liuottimien käyttöä päihteenä ei ole kriminalisoitu. Suomessa imppaaminen on suhteellisen harvinaista, sillä sitä esiintyy yleensä alueittain nuorisoryhmissä. Imppaajat ovat yleisimmin nuoria poikia, joiden on vaikea saada käyttöönsä muita päihteitä. (Hirrschovits & Dahl 2002, 5, 109, 112.)

Huumausaineet

Huume-käsitettä käytetään monesti epämääräisesti tarkoittamaan muita päihteitä kuin tupakkaa ja alkoholia. Huumausaineiksi huumausainelaisissa määritellään tietyt lääkkeet, sienet ja ns. klassiset huumeet (kuten kannabis, LSD, heroini, amfetamiini) sekä ns. designer-huumeet. Designer-huumeet ovat kemiallisesti valmistettuja aineita. Ne jäljittelevät usein koostumukseltaan jo jotakin olemassa olevaa huumetta. Vaikutuksen perusteella huumausaineet voidaan jakaa keskushermostoa kiihottaviksi ja lamaaviksi aineiksi, hallusinogeeniksi sekä kannabis-tuotteiksi. Tämäkin jaottelu on löyhä, koska mm. ekstaasilla on hallusinogeenisia vaikutuksia, vaikka se luokitellaan keskushermostoa kiihdyttäväksi aineeksi. (Hirrschovits & Dahl 2002, 5, 40.)

Lääkkeet

Yleisimmät väärinkäytetyt lääkeryhmät Suomessa ovat ahdistus- ja unilääkkeet, voimakkaat kipulääkkeet sekä piristeet. Lääkkeet ovat alkoholin ja tupakan jälkeen käytetyin päihde Suomessa. Laissa huumausaineluetteloon kuuluvan lääkkeen käyttö, muuten kuin asianmukaisen lääkemääräyksen nojalla, katsotaan huumausaineen käytöksi. (Lääkkeet – mitä se on?, 2006.)

Lääkkeiden käyttö alkaa usein lainaamalla muiden lääkkeitä tai esim. univaikeuksiin, jännittyneisyyteen tai stressiin lääkäriltä hankitusta lääkemääräyksestä. Lääkkeisiin tottuu helposti, ja toleranssi niihin kasvaa. Väärinkäyttöä ja riippuvuutta aiheuttavat erityisesti keskushermoston kautta aivojen ns. mielihyvakeskukseen vaikuttavat lääkkeet. Näiden lääkkeiden väärinkäyttö voi aiheuttaa mm. muistimenetyksiä, hallitsematonta väkivaltaista käytöstä, myrkytystiloja ja ennenaikaisen kuoleman (tapaturma tai itsemurha). (Hirrschovits & Dahl 2002, 79.)

3.1.2 Päihderiippuvuus

Kirjallisuudessa riippuvuuden määritelmää selitetään usein kehityspsykologian teorioiden avulla. Ihminen nähdään riippuvuuden ja riippumattomuuden välillä tasapainoilevana olentona. Lapsi on täysin riippuvainen häntä hoitavista ihmisistä ja Eriksonin kehitysteorian mukaan luottamuksen kautta lapsi oppii luottamaan itseensä ja sitä kautta kehittämään myönteisen riippuvuus- ja riippumattomuuskäyttäytymisen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 27–28.)

Riippuvuuskäyttäytyminen jaotellaan yleensä myönteiseen ja kielteiseen puoleen. Myönteisessä riippuvuuskäyttäytymisessä ihminen ymmärtää olevansa välillä riippuvainen muista ihmisistä. Se ilmenee sopeutumisenä erilaisiin elämäntilanteisiin, jolloin oma autonomia on rajoittunut. Silloin hän voi luottaa toisen apuun tai tukeen. Tällöin ihminen on myös kykenevä solmimaan ja ylläpitämään tasavertaisia ja vastavuoroisia ihmissuhteita. (Inkinen ym. 2000, 28.)

Kielteinen riippuvuuskäyttäytyminen ilmenee muun muassa liiallisella turvautumisella muihin ihmisiin itsensä huolehtimisessa tai tyydytyksen saamisessa. Ihmisen kyky hallita omaa käyttäytymistä on vähentynyt tai se puuttuu kokonaan. Nykypäivänä kielteinen riippuvuuskäyttäytyminen liitetään usein esimerkiksi syömiseen, juomiseen, päihteiden käyttöön, pelaamiseen, tupakoimiseen, urheiluun, työhön, sukupuoliseen toimintaan tai ihmissuhteisiin. Lopettamispäätöksen jälkeen riippuvaisella on taipumus aloittaa kielteinen käytös uudestaan. Vieroitusoireiden kokeminen on myös riippuvuuskäyttäytymisessä yleistä. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 23–24.)

Lääketieteessä päihderiippuvuus diagnosoidaan ICD-10:n tautiluokituksen mukaan, jos vähintään kolme kuudesta kriteeristä esiintyy yhdessä vuoden aikana.

Kriteerit ovat:

1. Esiintyy voimakas himo tai pakonomainen halu käyttää päihteitä
2. Kyky hallita päihteiden käytön aloittamista, määrää tai lopettamista on heikentynyt
3. Esiintyy vieroitusoireita päihteiden käytön päättyessä tai vähentyessä

4. Sietokyky kasvaa (annoskoot suurenevät, entinen annos ei enää vaikuta)
5. Käyttö muodostuu elämän keskipisteeksi
6. Käyttö jatkuu huolimatta sen kiistattomista haitoista. (Poikolainen 1998, 75–76.)

Päihderiippuvuudessa on silti kyse moniulotteisemmasta ongelmasta. Päihderiippuvuutta voidaan kuvata mm. psykologisesta, sosiologisesta tai biokemian näkökulmasta. Tamminen (2000, 17) kuvaa päihderiippuvuutta elämäntapana. Riippuvuuden kohde tuottaa tyydytystä, mutta siitä aiheutuu myös vakavia haittoja. Silloin päihteiden käyttäjällä on suurimman osan aikaa paha olla, mutta ilman päihteitäkään ei voi elää.

Koski-Jännes (1998, 33–34) taas kuvaa päihderiippuvuutta niin, että ihmisen elimistö mukautuu käytettyyn aineeseen. Silloin olo tuntuu normaalilta vain aineen vaikutuksen alaisena. Lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, jonka vuoksi käyttö aloitetaan pian uudestaan. Päihteiden käytön kehä muodostuu mielihalun heräämisestä, luvan antamisesta itselleen päihteiden käyttöön ja hyvän olon tunteesta. Hyvän olon tunne muuttuu pian päinvastaiseksi antaen uuden syyn aloittaa kierros alusta.

Päihderiippuvuudesta voidaan kuitenkin puhua, kun päihdettä on tarve saada jatkuvasti tai ajoittain eikä enää hallita käytöstä päihteiden suhteen. Ihminen on jo fyysisesti riippuvainen päihteiden tuomasta tunteesta elimistössään. Psykkisesti päihteet tuovat tunteen kokemuksesta niiden välttämättömyydestä hyvinvoinnille. Sosiaalinen riippuvuus näkyy tarpeena olla samankaltaisten ihmisten parissa, joilla päihteiden käytöllä on keskeinen asema. Päihderiippuvaiselle on myös ominaista toleranssin kasvu, jolloin tottumus kyseiseen päihteeseen on kasvanut niin, että vaaditaan suurempi annos tyydyttämään tarvetta. (Inkinen ym. 2000, 31.)

3.1.3 Päihdekuntoutus

Päihdehuoltolaki (41/1986) velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sijoitettuja päihdehuoltopalveluita. Palveluiden tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Kunnan on myös huolehdittava, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnan tarve edellyttää. Lain mukaan palveluja tulee antaa myös päihderiippuvaisen perheelle ja läheisille avun ja tuen tarpeen mukaan. Palvelut pyritään järjestämään ensisijaisesti avohuollon toimenpitein.

Kun avohuollon palvelut eivät riitä päihderiippuvaiselle, voi sosiaalitoimisto tehdä maksusitoumuksen kuntoutuslaitokseen. Opinnäytetyössämme päihdekuntoutuksella tarkoitetaan näissä kuntoutuslaitoksissa saatua hoitoa. Kuntoutuslaitokset ovat nykyaikaisia hoitoyhteisöjä, joissa työskentelee usein moniammatillinen työryhmä. Laitoksia ylläpitää joko kunta, kuntayhtymä, yksityisyrittäjä tai esim. uskonnollinen järjestö. Kuntoutusjakso on lyhytaikaista katkaisuhuotoa huomattavasti pidempi. Lahdessa lyhin maksusitoumus on 28 vuorokautta. Päihdekuntoutuslaitoksessa annetaan mm. yksilö- ja ryhmäterapiaa, perheterapiaa ja terveysterveystuontaa. Tarkoituksena on myös fyysisen ja psyykkisen terveyden kohentaminen sekä jatkohoidon suunnittelu kuntoutusjakson jälkeen. (Mäkelä 1998, 175.)

Alkoholi-ongelman (2005) ja huume-ongelman (2006) Käypä hoito -suositus toimii hoitoalan henkilöstön tukena päihdekuntoutuksen käytännön työssä. Niiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Suositusten tavoitteena on parantaa ja selkeyttää päihdeongelman hoitoa, lisätä tietoa, parantaa moniammatillista yhteistyötä, edistää verkostoitumista ja vaikuttaa asenteisiin. Hoitosuosituksissakin korostetaan, että hoidon on oltava kokonaisvaltaista, koska päihdeongelmaan kietoutuu potilaan koko elämänpiiri.

Psykososiaalisissa hoidoissa ja eri kuntoutusmuodoissa keskeistä on keskustelu tai tekeminen yhdessä. Hoitoon voidaan ottaa mukaan esimerkiksi potilaan läheiset, vertaistukiryhmä ja eri terapiamuotoja. Hoito on usein eri menetelmien ja työtapojen yhdistämistä. Näitä ovat esimerkiksi eri elämänvaiheiden käsitteleminen, muu-

tosvalmiuden selvittäminen, ydinuskomusten tarkastelu ja sitä kautta tunteiden ja käyttäytymisen muuttaminen, motivoiva potilaskeskeinen keskustelu, voimavarojen ja itsetuntemuksen vahvistaminen, retkahdusten pohdinta ja sitä kautta ehkäisy sekä eri palveluihin ohjaus. Käytännössä kaikkia hoitomuotoja ei ole saatavissa kaikkialla tai potilas voi saada apua eri hoitopaikoista. Olennaista on laatia potilaan kokonaishoitosuunnitelma. Tärkeää on hoidon jatkuvuus sekä potilaan motivaation ja hoitoon sitoutumisen herättäminen. Käypä hoito -suositusten mukaan hoitohenkilökunnan tärkeitä ominaisuuksia ovat muun muassa vuorovaikutustaidot, vastakkainasettelua välttävä motivoiva keskustelutaito, vastatunteiden hallinta ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen. Toimiva työskentelysuhde vaikuttaa hoitotuloksiin ja sen luominen on hoitohenkilöstön tehtävä. Päihdeongelmaisen hoidossa tulee olla ennakkoluuloton, neutraali ja tuomitsematon työote. (Alkoholi-ongelmaisen hoito 2005; Huumeongelmaisen hoito 2006.)

Mikko Tamminen (2000, 87-88) toteaa tutkimuksessaan, ettei jollakin tietyllä auttamismetodilla ole yleisesti ottaen toista parempaa vaikutusta ja että hyvä auttamismuoto voi olla mikä tahansa, kunhan potilas kokee sen mielekkääksi. Hänen mukaansa avun tehokkuus perustuu suurelta osin sattumaan. Jotta sattuma toimisi mahdollisimman usein toivotulla tavalla, täytyy olla erilaisia paikkoja erilaisille ihmisille. Hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi olisi otettava huomioon potilaan arvot, uskomukset, resurssit ja elämänarvot ja verrattava niitä auttamispaikan julki tuomaan lähestymistapaan ja ideologiaan.

3.1.4 Päihdehoitotyön auttamismenetelmät

Päihdehoitotyön auttamismenetelmät huomioivat kuntoutujan kokonaisvaltaisesti. Kuntoutujan fyysisiä voimavaroja vahvistetaan mm. lääkehoidolla, perussairauksien hoidolla ja tarvittaessa vaihtoehtoisella hoidolla kuten korva-akupunktiolla. Psykkistä hyvinvointia tuetaan mm. yksilö- ja ryhmäterapiakeskusteluilla. Laitoskuntoutuksessa hoito pohjautuu usein ryhmähoitoon ja toiminnallisuuteen. Tarjolla voi olla työterapiaa, liikuntaa tai rentoutusta. Tällöin ryhmältä saatu vertaistuki on kuntoutujalle tärkeää omaa elämäntilannetta selvitettäessä. (Inkinen ym. 2000, 146 -147.)

Sosiaalisen tilanteen kohentamiseksi kuntoutujan perhe pyritään ottamaan mukaan kuntoutukseen. Ns. perhekeskeisellä työotteella voidaan selvittää perheen vuoro-vaikutussuhteita ja päihteidenkäytöstä johtuneita ristiriitoja. Myös jatkohoidon arvioiminen ja suunnittelu jo kuntoutuksen aikana tukee asiakkaan kuntoutusta. Hoitajan roolia kuntoutuksessa onkin kuvattu ”rinnalla kulkijaksi”. Tällöin hoitaja kuuntelee, tukee ja opastaa kuntoutujaa päihteettömään elämään. Hoitajan tieto muutosprosessin etenemisestä on tärkeää, sillä esim. motivointia tarvitaan niin lyhyissä kuin pitkissäkin hoitosuhteissa. (Inkinen ym. 2000, 146–147.)

Opinnäytetyössämme kartoitimme myös kuntoutujien mielipiteitä päihdekuntoutuksen sisällöstä yleisesti. Tämän aineiston perusteella toimeksiantajamme saa kuvan kuntoutujien omista ajatuksista ja toiveista kuntoutuksesta. Tämä näkökulma voidaan ottaa huomioon palvelujen kehittämisessä. Kyselymme auttamismenetelmät pohjautuvat Minna Savolaisen (2006) pro gradu-tutkielmaan Asiakkaasta arvioijaksi – arvioiva laadullinen tutkimus katkaisuhoidosta (LIITE 1).

3.1.5 Laatu

Laatu käsitteenä on moniselitteinen ja sillä on monta erilaista tulkintaa riippuen, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Laatukäsite sai alkuunsa teollisuudesta, josta se siirtyi palvelualalle ja nykyään laatuun kiinnitetään huomioita kaikkialla yhteiskunnassa. Yleisesti laadulla ymmärretään asiakkaan tarpeiden täyttämistä organisaation kannalta mahdollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. Laadun käsite on laajentunut tarkoittamaan tuotteen teknisestä virheettömyydestä koko yrityksen perusolemuksen ja toiminnan laatua. Tuotteiden (tavaroiden ja palvelujen) laadun lisäksi huomioita kiinnitetään toiminnan laatuun eli koko siihen toimintoketjuun, jonka tuloksena tuotteet syntyvät. Sen lisäksi mitä tehdään, on tärkeää siis kiinnittää huomiota siihen, miten se tehdään. Tavaroiden aineelliset laatuominaisuudet on helppo mitata, mutta palvelun laatu on mutkikkaampi määrittellä. (Ahola 1998, 162; Lecklin 1998, 22; Silén 1998, 13 - 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhdessä laatima päihdepalvelujen laatusuositus (2002, 23) määrittelee laadun sosiaali- ja terveydenhuollossa ”kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan.” Sen mukaan laatuun kuuluu myös kyky kohdentaa voimavarat ensisijaisesti eniten tarvitseville. Laatusuositukset ja –kriteerit on tehty laadun sisällön havainnollistamisen ja täsmentämisen avuksi. Ne toimivat myös suunnittelun apuna ja ovat laadun arvioinnin apuvälineitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ketjussa osallistujat korostavat laadussa eri asioita. Laadun määrittelyn vaikeudesta huolimatta on tärkeää sopia, mitä organisaation tavoittelemalla laadulla tarkoitetaan. Yhteinen käsitys ilmaistaan laatu- ja politiikassa ja se tulee välittää sekä väestölle, asiakkaille että työntekijöille. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 23.)

Laatua arvioidaan sekä asiakkaan kokemana että ammatillisesta ja johtamisen (palvelujärjestelmän) näkökulmista. Asiakas on keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, kohtaavatko palvelu ja asiakkaan kokema tarve toisensa. Asiakkaat arvioivat laatua palvelujen saatavuuden, sujuvuuden, saamansa kohtelun ja ammatillisuuden näkökulmista. Työmme keskittyy asiakkaan kokeman laadun näkökulmaan. Ammatillinen laatu kertoo, vastaako palvelu asiakkaan tarpeita ja onko tulos hyvä ammatillaisen näkökulmasta. Johtamisen laatu puolestaan kertoo, tuotetaanko palvelu sujuvasti ilman hukkakäyttöä ja virheitä, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 23.)

3.2 Aikaisemmat tutkimukset

Hoitotieteessä päihdetutkimus on ollut vähäistä, sillä tutkimus on enemmän keskittynyt lääketieteen näkökulmaan. Stakes ja A-klinikka julkaisevat laadukkaita ja ajan tasalla olevia artikkeleita ja raportteja esim. päihdepalvelujen tilasta ja laadunarvioinnista. Vuonna 2005 julkaistiin myös näyttöön perustuva Käypä hoito -suositus alkoholiongelmaisen hoidosta ja vuonna 2006 huumeongelmaisen hoi-

dosta. Opinnäytetyössämme teorian näkökulmaa perustamme pääosin hoitotieteen tutkimuksiin auttamismenetelmistä päihdeongelman hoidossa.

Purhonen (2000) tutki opinnäytetutkielmassaan hoitotyön auttamismenetelmiä katkaisuhoidossa olevan potilaan voimavarojen vahvistamiseksi sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella, johon vastasi 163 sairaanhoitajaa. Tutkimuksessa todettiin sairaanhoitajien käyttävän enemmän fyysisiä voimavaroja kohentavia auttamismenetelmiä kuin persoonallisia tai sosiaalisia voimavaroja vahvistavia menetelmiä. Sairanhoitajien käsitykset katkaisuhoidosta olivat usein kielteiset ja päihdehoidon koulutus vähäistä.

Inkisen (2004) pro gradu-tutkielmassa selvitettiin päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältöä. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan työssä painottuu asiakastyö, joka on hyvin monimuotoista. Keskusteluhoito asiakkaan kanssa on tärkeää, mutta myös läheisen tukeminen, yhteistyö perheen kanssa ja tukiverkoston luominen kuuluu työn sisältöön.

Päihdehoidon auttamismenetelmiä katkaisuhoidossa tutkittiin kahdessa pro gradu-tutkielmassa vuonna 2006. Halonen ja Paakeli-Kurronen tutkivat niitä asiakkaiden ja hoitajien näkökulmasta ja Savolainen vain asiakkaiden arvioimana. Molemmat tutkimukset olivat laadullisia, joissa aineistot kerättiin ryhmähaastattelulla. Halonen ja Paakeli-Kurronen löysivät kuusi päihdehoidon auttamismenetelmää, joissa keskitytään mm. vieroitusoireiden hoitamiseen, elämänrytmin palauttamiseen ja päihhteettömyyteen tukemiseen. Savolainen taas jakoi auttamismenetelmät neljään pääkategoriaan: 1) fyysisiä voimavaroja palauttavat ja vahvistavat menetelmät 2) psyykkistä hyvinvointia tukevat menetelmät 3) päihderiippuvuudesta selviytymistä tukevat menetelmät ja 4) sosiaalisia suhteita vahvistavat menetelmät. Molemissa pro gradu-tutkimuksissa korostui asiakkaan huomioiminen yksilönä ja päihdepalveluiden kehittämisen tarpeellisuus tulevaisuudessa.

Peijaksen sairaalassa vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan potilaista noin viidennes oli päihtyneitä ja neljännekseen käynneistä liittyi päihdeiden käyttö. Näistä neljännes otettiin hoitoon vuodeosastolle. Tutkimusten

mukaan alkoholiongelmasta kärsivä potilas työllistää päivystyspoliklinikan henkilöstöä keskimäärin enemmän kuin muut potilaat, koska päihtyneet potilaat ovat usein levottomia, sekavia, vaativia, impulsiivisia ja aggressiivisia. Lisäksi heidän perussairaus saattaa olla ilman hoitoa ja lääkitykset ottamatta. Usein, jos alustavia tutkimuksia päästään tekemään, löytyy myös uusia sairauksia. Alkoholiongelmainen potilas viipyy päivystyksessä usein myös keskimääräistä pidempään. Tämän lisäksi käynnit keskittyvät viikonlopuille ja yöhön päivystyspoliklinikan miehituksen ollessa pienimmillään. Edellä mainittujen syiden vuoksi päihdeongelmasta kärsivän potilaan vaikutus päivystystoimintaan on käytännössä huomattavasti suurempi. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokee päihtyneet runsaasti häiriötä aiheuttavana potilasryhmänä, jonka hoito vie paljon aikaa ja voimavaroja. (Kantonen ym. 2006, 4925 - 4926.)

Käypä hoito -suositus alkoholiongelmaisen hoidosta laadittiin vuonna 2005. Käypä hoito -suosituksen yleisenä tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia ja ajan tasalla olevia hoitosuosituksia, joita terveydenhuollon henkilökunta voi käyttää mm. hoitovaihtoehtoja valittaessa yhdessä potilaankin kanssa. Käypä hoito-suositukseen valitaan aiheiksi sellaisia sairauksia, joiden hoitokäytännöt vaihtelevat suuresti tai joista on tullut uutta tietoa, joka tulisi saada kaikkien käytettäväksi. Aiheeksi valitaan myös kansanterveydelle merkittäväksi koettu ongelma. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 33.) Keskeinen sanoma alkoholiongelmaisen Käypä hoito-suosituksessa korostaakin sitä, että alkoholiongelma on eräs yhteiskunnan merkittävä terveysuhka. Siinä muistutetaan ongelman varhaisen havaitsemisen olevan tehokkaan hoidon edellytys. Käypä hoito-suositus sisältää myös paljon tietoa mm. päihdeongelman epidemiologiasta yleensä, eri hoitojärjestelmistä sekä ohjeet mini-interventiosta. Vuonna 2006 laadittu suositus huumeiongelmaisen hoidosta keskittyy vielä enemmän erilaisten huumeiden vieroitushoitoihin. (Alkoholiongelmaisen hoito 2005; Huumeiongelmaisen hoito 2006.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa lahtelaisten päihdekuntoutujien kokemuksista omasta päihdekuntoutuksesta vuosilta 2005 - 2006 sekä heidän käsityksistään yleisesti päihdekuntoutuksen laadukkaasta sisällöstä.

Työn tavoitteena on Lahden kaupungin tukeman päihdekuntoutuksen laadun arviointi asiakkaan näkökulmasta ja sen huomioon ottaminen palveluja kehitettäessä.

Opinnäytetyömme tehtävänä on siis selvittää päihdekuntoutujan omia kokemuksia ja käsityksiä yleisesti päihdekuntoutuksesta.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimuksen perusta on analysoitava aineisto. Tutkimusprosessin aluksi tutkija päättää, mitä aineistonkeruumenetelmää hän käyttää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tyypillisin aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake. Harvoin löytyy valmista, juuri siihen tutkimukseen sopivaa kyselylomaketta, joten tutkijan tulee laatia tutkimusongelmaa selventävä lomake. Kyselylomakkeen laatimisessa tulee olla huolellinen, sillä tutkimuksen tulokset johdetaan siitä saadusta aineistosta. (Valli 2001, 30.)

Hyvä kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä on paras vaihtoehto silloin, kun tutkittavia on paljon. Postitse lähetetty kysely tavoittaa maantieteellisestikin laajalle alueelle sijoittuneen joukon. Kotona täytettävän kyselyn vastaamiseen tutkittava valitsee itselleen sopivan ajan. Tällöin hän saa vastata rauhassa, pohtia vas-

tauksiaan ja tarvittaessa tarkentaa niitä. Kyselylomakkeen vastaamiseen ei tutkija vaikuta läsnäolollaan toisin kuin voi olla haastattelussa. Äänenpainot ja tauotukset saattavat haastattelutilanteessa antaa kysymykselle eri merkityksen, joka saattaa myös vaihdella tutkittavien välillä. Kyselylomakkeen kysymykset tulevat kaikille vastaajille samanlaisina. Kyselylomakkeen lähettäminen on myös edullisempaa kuin esimerkiksi matkustaa toiselle paikkakunnalle haastattelemaan tutkittavaa. Kyselylomake mahdollistaa hyvin suunniteltuna runsaasti kysymyksiä. Kyselylomakkeessa arkaluonteisia kysymyksiä on helpompi kysyä. Tiedusteltaessa esimerkiksi palkkatuloja on vastaajan helpompi valita annetuista vaihtoehdoista kuin ilmoittaa haastattelijalle suoraan ansiomäärä. (Aaltola & Valli 2001, 101; Heikkilä 2001, 61.)

Kyselylomakkeen heikkous on se, että postitse lähetetyn kyselyn vastausprosentti jää usein alhaiseksi. Palautusprosenttiin vaikuttaa muun muassa kohderyhmä, tutkittava aihe, lomakkeen pituus ja motivointi vastaukseen. Vastausprosenttia voi pyrkiä parantamaan muistutuskirjeellä, mutta se taas nostaa tutkimuksen kustannuksia. Jos tutkimus suoritetaan nimettömänä, muistutuskirjettä ei voi lähettää vain heille, jotka eivät ole vastanneet. Kaikille lähetetty uusintakysely taas saattaisi aiheuttaa tulosten väärentymää, jos sama henkilö vastaakin kaksi kertaa. (Valli 2001, 31–32.)

Kyselylomakkeen heikkoutena voi myös pitää väärinymmärtämisen mahdollisuutta. Vastaajalla ei ole välttämättä mahdollisuutta tehdä tarkentavia kysymyksiä. Vastaaja saattaa myös vastata kysymyksiin eri järjestyksessä kuin tutkija oli ajatellut. Etukäteen myöhemmin esitettäviin kysymyksiin tutustumalla tutkittava saattaa muuttaa vastauksiaan ja näin vaikuttaa tulosten uskottavuuteen. Tutkija ei myöskään voi olla varma, kuka kyselyyn on vastannut. Väärin ymmärretty kysymyksenanto saattaa johtaa koko kysymyksen hylkäämiseen. (Valli 2001, 31–32.)

Toivanen (1999, 181–185) kritisoi kyselyä tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä. Hänen mielestään kysely antaa keskiluokkaisen tuloksen. Ylemmät yhteiskuntaluokat eivät vaivaudu tai halua vastata kyselyyn ja alemmat luokat taas eivät välttämättä osaa vastata. Hän arvostelee myös saatua tulosta, sillä se kertoo hänen mielestään vain sen hetkisen mielipiteen, joka saattaa muuttua nopeastikin kyse-

lyn vastaamisen jälkeen. Toivanen arvioi vastausprosentin alhaisuuden johtuvan siitä, että kyselytutkimuksia tehdään liikaa; ihmiset ovat kyllästyneitä vastaamaan kyselyihin. Hän kyseenalaistaa keinot, kuten uusintakysely tai arvonta, vastausprosentin nostamiseksi. Hän painottaa myös lomakkeen huolellista laadintaa huomioimalla pituuden ja kysymysten muotoilun.

Kyselylomakkeen pituus ja ulkonäkö saattavat jo ratkaista vastaako tutkittava kyselyyn. Kysely ei saa olla liian pitkä, jotta vastaaja säilyttää mielenkiinnon lomakkeen vastaamiseen loppuun asti. Lomakkeen alussa tulisi kysyä helppoja kysymyksiä, jotta vastaaja ei heti turhaudu vastaamiseen. Heikkilä (2001, 48) ehdottaa henkilötietojen kysymistä vasta kyselyn lopussa, jotta vastaaja ei liiaksi asettuisi niiden rajaamiin rooleihin. Lomakkeen ulkonäön tulee olla selkeä eikä liian tiiviisti rakennettu. Kysymysten tulee edetä loogisesti ja vastausohjeiden tulee olla ymmärrettävät. Vastausvaihtoehdot eivät saa olla päällekkäisiä vaan toisensa poissulkevat. (Heikkilä 2001, 47–48; Valli 2001, 28–29.)

Samaa aihetta käsittelevät kysymykset on hyvä ryhmitellä kokonaisuuksiksi, joilla voi olla myös otsikot. Tarvittaessa kyselyssä käytetään luotettavuutta testaavia kontrollikysymyksiä, jolloin samaa asiaa kysytään kahteen kertaan mutta eri tavalla. Tällä varmennetaan, että vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen oikein ja paneutunut vastaamiseen. Kontrollikysymykset tulee muotoilla niin, ettei vastaaja huomaa niitä. Muuten tutkittavalle voi tulla tunne aliarvioimisesta tai turhautumisesta ja lomake voi jäädä palauttamatta. Turhat kontrollikysymykset lisäävät kyselyn pituutta ja saattaa jälleen laskea vastausprosenttia. (Valli 2001, 29–30.)

Kyselylomakkeeseen kuuluu olennaisena osana saatekirje. Sen tehtävänä on motiivoida vastaaja täyttämään lomake ja selvittää tutkittavalle tutkimuksen tausta ja tarkoitus. Saatekirjeen tulee olla kohtelias, eikä se saa olla liian pitkä. Kirjeessä tulee ilmetä myös tutkimuksen mahdollinen rahoittaja, tutkimustietojen käyttötapo, miten vastaajat ovat valittu ja palautusohjeet vastauskuorineen. Saatekirje tulee allekirjoittaa ja lisätä yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. (Heikkilä 2001, 61–62.)

Kyselylomake ja saatekirje tulee esitellä ennen käyttöä. Testaamiseen riittää 5 – 10 henkilöä, jotka aktiivisesti paneutuvat lomakkeen kysymyksiin. Testatessa on tärkeää ottaa huomioon kysymysten ja ohjeiden selkeys, vastausvaihtoehtojen toimivuus sekä vastaamiseen käytetty aika. Myös mielikuva kyselystä (raskas/helppo) on tutkijalle tärkeää tietoa. Samalla testajat voivat miettiä, jäikö jostain oleellista kysymättä tai oliko mukana turhia kysymyksiä. (Heikkilä 2001, 61.)

5.1.1 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin lähettämällä kyselylomake (LIITE 2) vuosien 2005 - 2006 aikana Lahden kaupungin kustantaman päihdekuntoutuksen läpikäynneille asiakkaille. Kvantitatiivinen tutkimusote sopi tutkimukseemme, sillä kohderyhmä oli laaja ja vastaajien anonymiteetti tuli säilyä. Kyselylomake laadittiin toimeksiantajien tavoitteiden ja toivomusten mukaisesti ottaen huomioon myös opinnäytetyömme asettamat tavoitteet ja teoreettisen viitekehyksen. Lahden kaupungin psykososiaalisen palvelun työryhmä oli laatinut päihdekuntoutuksesta alustavan kyselylomakkeen, jonka muutokseen saimme vapaat kädet. Kyselylomake muuttui paljon alkuperäisestä, joka kuitenkin oli pohjana laadittaessa uutta kyselyä. Toimeksiantajamme lähetti kyselylomakkeen päihdekuntoutujille. Työryhmä ehdotti tätä ratkaisua, jotta kuntoutujien henkilöllisyys pysyisi salassa. Näin toimittaessa meidän ei tarvinnut hakea lupaa kyselyllemme Lahden kaupungin eettiseltä lautakunnalta.

Taustatiedoissa halusimme selvittää vastaajan iän, sukupuolen, koulutuksen, tämän hetkisen työtilanteen sekä perhetaustan. Vastausvaihtoehtojen tuli olla kattavat, mutta ei liian yksityiskohtaiset. Jokaista kysymystä laadittaessa mietimme tarkkaan, mitä halusimme selvittää ja onko tieto oleellista tutkimuksen kannalta. Esimerkiksi perhetaustaa kysyttäessä halusimme selvittää kuuluuko perheeseen aikuisten lisäksi lapsia, sillä Anja Koski-Jännes on tutkimuksissaan (1991, 640 - 641, 2003, 57 - 58) todennut, että vanhemmuudella on merkitystä kuntoutuksen onnistumisessa.

Toimeksiantajamme halusi selvittää asiakaskyselyssä päihteiden käyttöä kuntoutuksen alkaessa, mitä kautta asiakas ohjautui hoitoon, saiko asiakas riittävästi tietoa eri kuntoutushoitopaikoista ja otettiinko hänen mielipiteensä huomioon sitä valittaessa. Tutkimusten (Orford 2004, 187 – 209; Perttinen 2002, 12-13) mukaan kuntoutusprosessin onnistumisen yhtenä edellytyksenä on asiakkaan oman mielipiteen huomioiminen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Myös valtioneuvoston selonteossa kuntoutuslainsäädännöstä vuodelta 2002 sanotaan, että kuntoutujalle on annettava mahdollisuus tulla kuulluksi häntä koskevissa päätöksissä.

Toimeksiantajamme tavoitteena oli saada palautetta viranomaistyöstä ja kuntoutuksen sisällöstä. He halusivat myös tietoa kuntoutukseen hakeutumisen syystä, päihteiden käytöstä kuntoutuksen jälkeen, kuntoutuksen merkityksestä arkipäivässä selviytymiseen sekä oman vastuun ottamisesta kuntoutuksen onnistumisessa. He halusivat tietää myös oliko kuntoutuksen jälkeinen selviytyminen otettu huomioon kuntoutuksen aikana. Osa näistä asioista suunnittelimme kysyvämmme avoimin kysymyksin, mutta lomakkeen esitestauksen jälkeen muutimme jokaisen kohdan omaksi kysymyksekseen. Päädyimme siihen, koska muuten avoimesta kysymyksestä olisi tullut liian laaja ja analysointi olisi ollut hankalaa.

Kysyttäessä mahdollisista edellisistä päihdekuntoutuksista ajatuksenamme oli tehdä vertailua kuntoutuksen vaikuttavuudesta suhteessa kuntoutusten määrään. Kuntoutuksen vaikuttavuutta halusimme myös selvittää kysymällä, kuinka kauan sitten kuntoutus oli päättynyt. Avoimien kysymysten ajatuksena oli antaa vastaajalle mahdollisuus kertoa vapaasti mielipiteensä Lahden päihdepalveluista ja kuinka hänen elämänsä oli muuttunut kuntoutuksen jälkeen.

Kysymyksiä laadittaessa mietimme jo SPSS- tilasto-ohjelmaa, jota käytettiin sittemmin aineistoa analysoidessa. Valmiit vastausvaihtoehdot numeroimme, jotta aineiston koodaus ja mahdollisten taulukoiden tekeminen olisi sujuvaa ja tarkoituksenmukaista.

5.1.2 Saatekirjeen laadinta

Saatekirjeen (LIITE 3) sisältöä mietimme pitkään ja tarkasti. Halusimme sen olevan asiallinen, mutta silti sen piti motivoida kuntoutuja vastaamaan. Motivointina käytimme mahdollisuutta antaa palautetta päihdekuntoutuksesta. Kerroimme tämän olevan ensimmäinen kerta, kun vastaavaa tutkimusta Lahdessa tehdään. Emme kuitenkaan halunneet antaa väärää mielikuvaa tilanteen mahdollisesta muuttumisesta välittömästi tutkimuksen jälkeen. Valitsimme saatekirjeessä ja kyselyssä puhuttelumuodoksi teittelyn, sillä koimme sen kohteliaaksi ja arvokkaaksi lähestymistavaksi kuntoutujaa kohtaan. Saatekirjeen tuli ohjeistaa selkeästi vastaamiseen, mutta se ei saanut olla liian pitkä tai epäselvä. Saatekirjeessä oli myös Lahden kaupungin logo sekä toimeksiantajamme yhteystiedot. Luotettavuuden säilyttämiseksi valmiit vastaukset tulivat suoraan Lahden ammattikorkeakoululle. Näin toimeksiantajalla ei ollut mahdollisuutta nähdä vastauksia ennen lopullista opinnäytetyötämme. Eniten mietimme omien puhelinnumeroiden laittamista saatekirjeeseen, mutta halusimme antaa vastaajalle mahdollisuuden ottaa yhteyttä ja kysyä mahdollisista epäselvyyksistä. Saimme kolme soittoa vastaajilta. Yksi halusi kiittää työtämme ja korostaa, kuinka päihdeongelmaan tulisi puuttua ajoissa. Eräs soittaja varmisti, voiko hän palauttaa kyselyn varsinaisen vastausajan jo umpeuduttua ja viimeinen yhteydenotto tuli muistutuskirjeen jälkeen. Soittaja halusi tietää mitä kautta olimme saaneet hänen osoitteensa ja epäili salassapitovelvollisuuden rikkoutuneen. Kerroimme kyselyn otoksen perusteet ja sen, ettemme tiedä tutkittavien henkilötietoja sekä kehotimme vielä tarvittaessa ottamaan yhteyttä toimeksiantajaamme.

5.1.3 Lomakkeiden esitestaus

Kyselylomakkeen ja saatekirjeen testasimme yhdeksällä ihmisellä ennen lähettämistä. Testaaminen oli tärkeää, sillä jokaiselta tuli hyviä huomioita, joita emme suunnitteluvaiheessa olleet ottaneet huomioon. Tarkensimme kysymysten asettelua, vaihtoehtoja ja kirjoituksen fonttikokoa ehdotusten jälkeen. Saatekirjeeseen tuli myös joitain hyviä muutosehdotuksia. Kuten jo edellä mainittiin, eniten meitä

mietitytti omien puhelinnumeroidemme laittaminen yhteystietoihin ja tästä saimme palautetta myös testaaajilta.

5.2 Suljettujen kysymysten analysointi

Opinnäytetyömme toteutimme kvantitatiivisena tutkimuksena. Analysoitavan aineiston keräsimme kohderyhmältä lähettämällä laatimamme kyselylomakkeen. Näin mahdollistimme laajan kuntoutujajoukon tavoittamisen tasapuolisesti ja samanaikaisesti. Kohderyhmämme oli maksusitoumuksen Lahden kaupungilta päihdekuntoutukseen vuosina 2005 – 2006 saaneet 102 kuntoutujaa. Yhdeksän kuntoutujan osoitetta ei tiedetty kyselylomakkeen lähettämishetkellä, joten kyselyitä lähetettiin 93 kappaletta. Varsinaisen kahden viikon vastausajan umpeuduttua kyselyjä oli palautunut 25 kappaletta ja päädyimme yhdessä toimeksiantajan kanssa lähettämään muistutuskirjeen (LIITE 4) koko kohderyhmälle. Muistutuskirjeen mukana emme laittaneet uutta kyselyä minimoidaksemme mahdollisuuden vastata kahta kertaa. Uusi kysely oli mahdollista noutaa Stop huumeille ry:n tiloista Mariankadulta. Muistutuskirjeen jälkeen vastauksia palautui kolme kappaletta. Vastausprosentiksi saimme näin ollen 30 %.

Vastaukset analysoimme SPSS- tilastointiohjelmalla. Loimme kysymysten perusteella ohjelmaan matriisin, jonka tarkastutimme lehtori Maritta Ahtiaisella. Häneltä saimme vielä muutaman käytännön neuvon ohjelman käyttöön. Numeroimme jokaisen vastauspaperin varmistaaksemme vastausten oikean ja virheettömän syötön ohjelmaan. Ensimmäisen syötön jälkeen tarkastimme, että kaikki vastaukset olivat ohjelmalla oikein ja aloitimme tulosten analysoinnin. Aluksi teimme taulukointeja, jotka selkeyttivät vastaajien profiilia yleisesti. Sen jälkeen aloitimme systemaattisen ristiintaulukoinnin erilaisin muuttujin. Näin saimme tuloksista selville mahdollisimman paljon. Omia tuloksiamme vertailimme aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Vastausten analysoinnin jälkeen olemme säilyttäneet vastauspaperit lukollisessa kaapissa tai opinnäytetyön tekijöiden kotona.

5.3 Avointen kysymysten analysointi

Opinnäytetyömme kaksi avointa kysymystä analysoimme sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi liitetään usein kvalitatiiviseen tutkimukseen, mutta sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisen aineiston tulkintaan. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään niin, että tutkittavaa asiaa voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvata. Aineisto voi olla peräisin esimerkiksi kertomuksista, päiväkirjoista, kirjeistä tai puheista (ks. esim. Janhonen & Nikkonen 2003, 21-41; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-121.)

Avoimiin kysymyksiin vastattiin lähes jokaisessa kyselylomakkeessa. Kirjoitimme kaikki vastaukset ensin puhtaaksi, jonka jälkeen luimme vastaukset läpi useaan kertaan. Poimimme ensin itsenäisesti mielestämme usein toistuneet ilmaisut ja teemat. Tämän jälkeen kävimme yhdessä läpi havaintomme ja keräsimme yhteen samanlaisuudet ja luokittelimme ne. Vastauksista ilmenivät selvästi tietyt yhteneväisyydet, jotka toistuivat usean vastaajan kirjoituksissa. Aineiston analysointia helpotti, että vastaajat olivat hyvin avoimia ja heillä oli selkeät mielipiteet kysymistämme asioista. Vastuksista oli tulkittavissa tutkittavan aiheemme tärkeys.

Ja siitä vielä, että mielestäni teette tärkeää työtä. Jos koskaan ei tutkita niin on aika turha odottaa tuloksia saati sitten kehitystä.

5.4 Päihdekuntoutuksen sisällön analysointi

Kyselylomakkeessa kysyimme myös yleisesti päihdekuntoutujien mielipiteitä kuntoutuksen sisällöstä. Lomakkeen väittämät perustuivat Minna Savolaisen (2006) pro gradu-tutkimus Asiakkaasta arvioijaksi - arvioiva laadullinen tutkimus katkaisuhoidosta. Ajatuksenamme oli ensin kartoittaa kuntoutujan kokemusta juuri siitä kuntoutuksesta, jossa hän oli ollut vuosina 2005 -2006. Muutimme kysymyksen asettelun kuitenkin koskemaan yleisesti kuntoutuksen sisältöä, sillä päihdekuntoutuspaikkojen toimintatavat vaihtelevat suuresti, joten vastaajien olisi ollut ehkä hankala vastata kyselyymme. Yhdistelimme Savolaisen tutkimuksen auttamismenetelmiä isommiksi kokonaisuuksiksi, jotta väittämiä ei tulisi liikaa. Teimme väittämälauseita, joita vastaajan tuli arvioida asteikolla samaa mieltä -

jokseenkin samaa mieltä - jokseenkin eri mieltä - täysin eri mieltä. Jätimme tarkoituksella vaihtoehdon ”en osaa sanoa” pois, sillä halusimme vastaajien ottavan kantaa kuntoutuksen sisältöön. Väittämiä mietittäessä pyrimme koko ajan välttämään oletuksia kuntoutuksesta ja omia mielipiteitämme sisällön tärkeydestä. Väittämien järjestys noudatteli pääosin Savolaisen tutkimuksen tulosten yläkategorioita, vain muutaman järjestys vaihdettiin toimeksiantajan esityksestä.

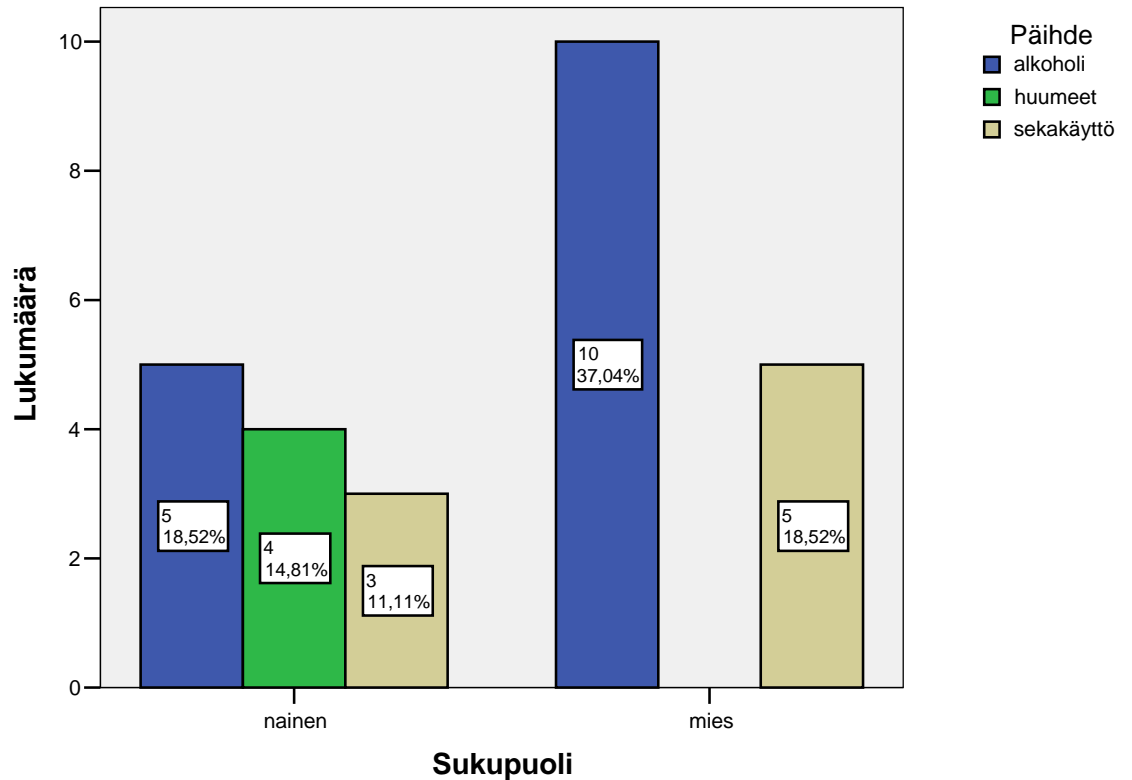
6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kohderyhmän profiili

Vastaajista (n = 28) naisia oli 13 ja miehiä 15. Naisissa vastaajia eniten oli ryhmässä 26 – 35-vuotiaat, kun taas miesvastaajista enemmistö kuului ryhmään 36 – 45-vuotiaat. Alle 25-vuotiaita vastaajista oli kaksi ja yli 56-vuotiaita ei ollut yhtään. Vastaajista 15 oli ammattikoulutuksen saaneita ja 15 oli myös tällä hetkellä työelämässä. Enemmistö vastaajista oli lapsettomia (23) ja asuu yksin (18).

Kuntoutuksen alkaessa alkoholin käyttäjiä vastaajista (n = 28) oli 15, kahdeksan oli sekakäyttäjiä ja vastaajista neljä oli huumeiden käyttäjiä. Ikäryhmien 36 – 45-vuotiaat ja 46 – 55-vuotiaat pääasiallinen päihde oli alkoholi. Alle 35-vuotiaat ilmoittivat päihteeseen huumeet tai olivat sekakäyttäjiä, vain yksi ilmoitti päihteeseen alkoholin. Sekä naisten että miesten ryhmästä suurin osa oli alkoholin käyttäjiä. Huomioitavaa on, että yksikään mies ei ilmoittanut olevansa pelkästään huumeiden käyttäjä, naisista heitä oli neljä. Viisi miesvastaajaa oli sekakäyttäjiä ja vastaava naisten luku oli kolme. (TAULUKKO 1.)

Taulukko 1. Käytetty päihde sukupuolittain



6.2 Päihdepalveluihin ohjautuminen

Edellisiä päihdekuntoutuksia ennen vuotta 2005 oli ollut 19:llä vastaajalla (n = 28). Heistä 16 ilmoitti olevansa tällä hetkellä kokonaan ilman päihteitä tai vähentäneensä päihteiden käyttöä. Vastaavasti heillä, joilla kuntoutus oli ensimmäinen (9), kahdeksan ilmoitti olevansa vastaushetkellä kokonaan ilman päihteitä tai vähentäneensä niiden käyttöä. Päihdekuntoutuspaikat jakaantuivat Mainiemen kuntoutuskeskuksen, Kalliolan-Nurmijärven klinikan, Kankaanpään A-kodin ja joku muu -vaihtoehdon välillä. Kuntoutushoitoon ohjautuminen tapahtui pääasiassa A-klinikan, Pitkämäen kuntoutuskeskuksen tai päihdetyöntekijän kautta. Huomioitavaa on, että yksikään vastaajista ei ilmoittanut ohjautuneensa hoitoon sairaalan kautta. Päivystyspoliklinikoilla toteutetun tutkimuksen mukaan kuitenkin koetaan, että päihtyneet ihmiset kuormittavat päivystyspoliklinikan toimintaa (ks. esim.

Kantonen ym. 2006). Tosin vastauksista ei ilmene, onko alkuperäinen ohjautuminen esim. A-klinikalle tapahtunut sairaalan kautta.

Kysyessämme tärkeintä syytä kuntoutukseen hakeutumiseen, ajatuksenamme oli saada vastaaja valitsemaan yksi tärkein henkilökohtainen syy. Osa vastaajista valitsi kuitenkin useamman vastausvaihtoehdon. Kysymyksen asettelussa olisi voinut korostaa enemmän vain yhden vaihtoehdon valitsemista. Emme halunneet kuitenkaan olla käyttämättä tätä kysymystä, koska koimme kysymyksen tärkeäksi ja myös toimeksiantajamme toivoi vastausta tähän kysymykseen. Toisaalta vastaukset kertovat myös siitä, että yhtä syytä on vaikea valita, joten analysoidessa loimme vastausvaihtoehdon useampi edellä mainituista. Vastaajista (n = 28) 16 valitsi tärkeimmäksi kuntoutumiseen hakeutumisen syyksi oman halun kuntoutua. Heikentynyt terveystilanne oli kolmen vastaajan tärkein kuntoutumiseen hakeutumisen syy ja yksi vastaaja koki tärkeimmäksi syyksi ongelmat sosiaalisissa suhteissa. Kahdeksan vastaajista valitsi useamman vaihtoehdon.

Vastaajista (n = 28) yhdeksän koki, ettei saanut riittävästi tietoa eri kuntoutuspaikoista. 26 vastaajaa ilmoitti, että oma mielipide otettiin huomioon hoitopaikan valinnassa. Suurin osa vastaajista oli melko tyytyväinen (17) tai erittäin tyytyväinen (6) viranomaistyöhön kuntoutushoitoon ohjautuessa. Tulos on ristiriidassa avoimien kysymysten vastausten kanssa; paljon kritiikkiä sai hoitoon pääsyn vaikeus ja maksusitoumuksen saanti. Kysymystä laadittaessa olisimme voineet tarkentaa viranomaistyötä, jolloin tuloksessa olisi voinut näkyä tyytymättömyys edellä mainittuihin asioihin. Viranomaisyhteistyö jatkui 17 vastaajalla kuntoutuksen jälkeen. Heistä 15 ilmoitti vähentäneensä tai olevansa kokonaan ilman päihteitä vastaushetkellä.

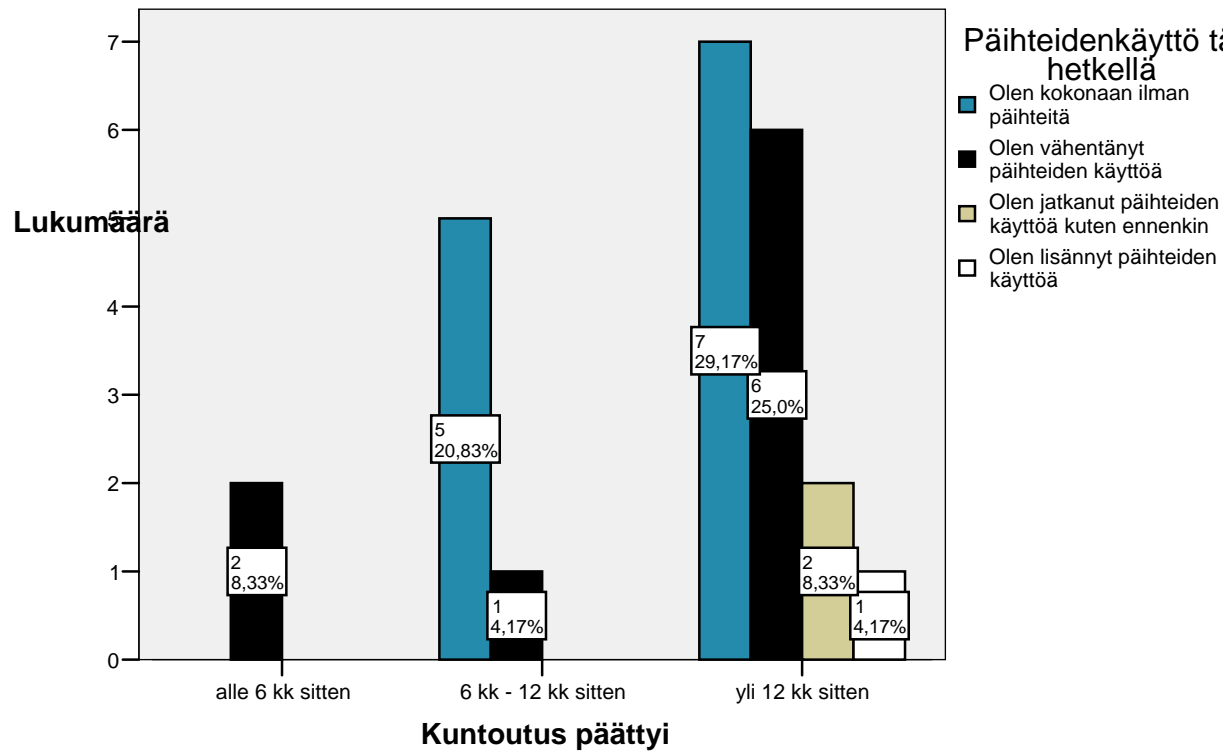
22:lla vastaajista (n = 28) kuntoutusjakson pituus oli ollut alle kolme kuukautta. Vastaajista kuusitoista piti kuntoutusjakson pituutta sopivana, kymmenen liian lyhyenä ja yksi liian pitkänä. Liian pitkänä kuntoutusjakson kokenut oli ollut kuntoutuksessa 1-2 kuukautta, mutta jopa yli kuusi kuukautta kuntoutuksessa olleet saattoivat kokea kuntoutusjakson liian lyhyeksi. Tämä kertoo siitä, kuinka yksilöllinen päihdekuntoutusprosessi on.

6.3 Muutos päihteidenkäytössä

Positiivista oli, että vastaajista (n = 28) 14 oli ilman päihteitä vastaushetkellä ja kymmenen oli vähentänyt päihteidenkäyttöään. Päihteidenkäyttö oli pysynyt kahdella ennallaan ja yhden vastaajan päihteidenkäyttö oli lisääntynyt kuntoutuksen jälkeen. Miehistä kukaan ei vastannut jatkaneensa kuten ennenkin tai lisänneensä päihteidenkäyttöä. Oletettavaa on, että kyselyymme ovat pääasiassa vastanneet kuntoutuksessa onnistuneet henkilöt eli jos vastausprosentti olisi ollut suurempi, luvut olisivat saattaneet olla toisenlaiset. (TAULUKKO 2.)

Kuntoutus oli päättynyt yli 12 kuukautta sitten 16 vastaajalla (n = 28). Tämä oli merkittävää, koska alun perin ajatuksena oli lähettää kysely vain vuonna 2006 kuntoutuksessa olleille. Näin olisimme saaneet vastauksia huomattavasti vähemmän. Tämä yllätti, sillä oletimme yli vuosi sitten kuntoutuksen läpikäyneiden jättävän vastaamatta kuntoutuksesta kuluneen pitkän ajan vuoksi. Kuntoutuksen vastikään läpikäyneet kokevat ehkä asian liian tuoreeksi ja näin ollen ovat jättäneet vastaamatta. Kokonaan päihteistä eroon päässeiden kuntoutuksesta oli kulunut yli kuusi kuukautta. Vaikuttaa siis siltä, että asia on edelleen tärkeä ja kokemuksia halutaan jakaa.

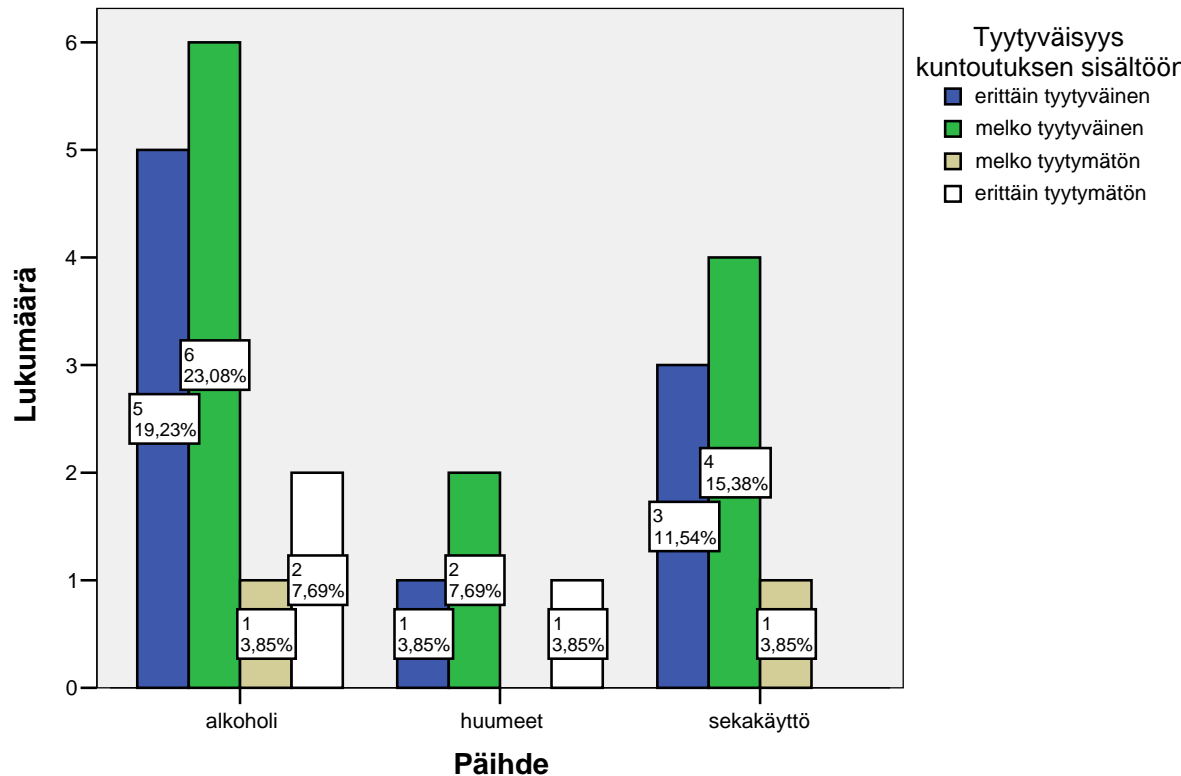
Taulukko 2. Päihteidenkäyttö tällä hetkellä verraten kuntoutuksen päättymisen ajankohtaan



6.4 Kuntoutuksen sisältö ja jatkokuntoutus

Kuntoutusjakson sisältöön oltiin erittäin (10) tai melko (12) tyytyväisiä. Avointen kysymysten vastausten perusteella olisimme olettaneet, että tyytymättömiä kuntoutuksen sisältöön olisivat olleet pääasiassa huumeiden käyttäjät ja sekakäyttäjät, mutta heistä vain kaksi ilmoitti olevansa melko tai erittäin tyytymätön kuntoutuksen sisältöön (TAULUKKO 3). Toisaalta verrattaessa vastaajien päihteiden käyttöä tällä hetkellä, kuntoutukseen sisältöön tyytymättömät ovat jatkaneet päihteiden käyttöä kuten ennenkin tai lisänneet sitä.

Taulukko 3. Eri päihteiden käyttäjien tyytyväisyys kuntoutuksen sisältöön



Kysyttäessä kuntoutuksen merkityksestä arkipäivässä selviytymisessä tällä hetkellä, 21 vastaajaa ($n = 28$) piti sitä melko tai erittäin tärkeänä. Huumeiden käyttäjiä kaikki pitivät sitä tärkeänä. Oman vastuun ottamisen tärkeys tiedostettiin 26 vastauksessa. Myös avoimissa kysymyksissä tuli esiin oman motivaation ja valintojen tekemisen tärkeys kuntoutuksen onnistumisessa. 20 vastaajan kuntoutuksessa oli otettu huomioon kuntoutuksen jälkeinen selviytyminen, mutta jopa seitsemän vastaajaa koki, ettei sitä huomioitu. Myös tähän epäkohtaan kiinnitettiin huomiota avoimien kysymysten vastauksissa. Koettiin, että Lahdesta puuttuvat jatkokuntoutusmahdollisuudet ja että jatkokuntoutus perustuu täysin omatoimisuuteen. Vaikka omaa motivaatiota jatkokuntoutukseen löytyisikin, niin esimerkiksi psyykinen tila saattaa estää siihen osallistumisen. Jälleen korostuu kuntoutuksen yksilöllisyys, sillä joku koki saavansa tukea esimerkiksi ryhmätoiminnasta,

kun taas toiselle sopi paremmin henkilökohtainen tukihenkilö. Myös Koski-Jänneksen (2003, 56-58) mukaan helpommin uudelleen päihteiden käyttöön ajautuu henkilö, joka jää ilman tukitoimia arjessa selviytymiseen. Olisi siis tärkeää jo kuntoutuksen aikana kartoittaa, minkälaiset tukitoimet hyödyttävät kyseistä kuntoutujaa parhaiten.

6.5 Kuntoutuksen vaikutus

Kysyttäessä, miten päihdekuntoutujan asiat ovat muuttuneet kuntoutuksen jälkeen verrattuna kuntoutusta edeltäneeseen aikaan, vastauksista nousi esille samoja asioita. Toistuneet teemat olivat päihdeongelman ymmärrys, vertaistuki, sosiaaliset suhteet, työ, arjessa selviytyminen ja itsensä löytäminen.

Käyn itsehoitoryhmissä, elän lähes ”normaalialla” elämää, olen työelämävalmennuksessa ja saanut kokemusta työelämästä, tutustunut sukulaisiini, olen alkanut opettelemalla välittämään itsestäni ja hyvinvoinnistani. Olen ollut tyytyväinen, on ihanaa kun huomaa selviytyväni elämässä ilman päihteitä. Helppoa ei ole ollut ja olenkin 2 kertaa retkahtanut. En luovuta. Päivä kerrallaan!

Useat vastasivat, että he ovat tiedostaneet päihdeongelmansa olevan sairaus ja ovat alkaneet ymmärtää, mistä siinä on kyse. Monien päihteiden käyttöön liittyivät mielenterveysongelmat. Yhdessä vastuksessa tuli esiin fyysisen terveyden pettäminen.

Sosiaalisten suhteiden merkitys ja paraneminen oli teema, joka ilmeni monesta vastauksesta. Lapset, elämänkumppani, sukulaiset ja ystävät koettiin tärkeiksi toipumisprosessissa. Ihmissuhteiden merkitys tuli esille myös käänteisesti muutamassa vastuksessa: yhdellä vastaajalla päihteidenkäyttö oli lisääntynyt lapsen huostaanoton jälkeen ja toinen vastaaja kertoi sosiaalisten suhteidensa huonontuneen, koska hän jätti päihteitä käyttävät ystävät ja raittiita ystäviä hän ei ole saanut. Monet mainitsivat olevansa mukana työelämässä ja se koettiin tärkeäksi. Lisäksi vertaistuen merkitys korostui monessa vastuksessa, sekä terapia, itsehoitoryhmät, kriisipalvelu että tukihenkilöt nousivat esille.

Itsensä löytämisen ja omasta hyvinvoinnista huolehtimisen teema esiintyi monessa vastauksessa. Vastaajat kertoivat löytäneensä itsensä antamalla aikaa ja tilaa itselleen. Itsestään ja hyvinvoinnistaan välittäminen alkaa monilla perusasioista, kuten säännöllisen ruokailun ja lepäämisen opettelusta. Eräs vastaaja kirjoitti, että ”Muutenkin kaikki asiat tuntuu helpommalta kestää ja ei tarvi päihteitä kestääkseen elämää paremmin.” Monessa vastauksessa tuli ilmi juuri luottamuksen kasvu siihen, että elämä kantaa. Tämä tukee Ruisniemen (2006, 115) tutkimuksen tulosta, jossa todetaan, että toipumisen edetessä usko elämänmuutoksen mahdollisuuteen ja arkielämässä selviytymiseen kasvaa.

Vaikka emme retkahduksesta suoraan kysyneetkään, niin se toistui monissa vastauksissa. Vastauksista kävi ilmi, kuinka kovaa taistelua päihteistä eroon pääseminen on ja se, että vastaajat olivat tiedostaneet retkahduksen mahdollisuuden. Meihin teki vaikutuksen se, että vastaajat kertoivat retkahduksistaan sekä heidän sinnikkyytensä jatkaa työtä toipumisen parissa niistä huolimatta.

6.6 Palaute Lahden päihdepalveluista

Kysyimme myös päihdekuntoutujilta, mitä he haluavat kertoa yleisesti Lahden päihdepalveluista. Yllättävää oli, että vastaukset kysymykseen olivat hyvin pitkiä, asiallisia ja kriittisiä. Vastauksissa omia kokemuksia käsiteltiin yksityiskohtaisesti ja rehellisesti. Vastauksista nousi esiin tiettyjä teemoja, joita käsiteltiin eri näkökulmista. Päihdepalveluihin toivottiin lisää resursseja. Kuntoutukseen pääsyn vaikeutta kritisoitiin monessa vastauksessa. Esille tuli myös, ettei Lahdessa ole huumeiden käyttäjille riittävästi paikkoja. Koettiin, ettei alkoholin ja huumeiden käyttäjien hoidon eroavaisuutta ole otettu huomioon. Ruisniemi (2006, 15) tutkimuksessaan toteaa, ettei alkoholismi ja huumeriippuvuus ole täysin sama ilmiö, joka tulisi ottaa huomioon kuntoutushoidossa. Vastaajat kertoivat myös oliko jokin tietty hoitopaikka edistänyt heidän kuntoutusta vai ei.

Päihdepalvelut ovat riittämättömät tukemaan ja auttamaan kaikkia tarvitsevia. Päihdetyöntekijät ovat kuitenkin oman kokemukseni mukaan asiantuntevia omalla alallaan. Joskus kuitenkin saattaa olla hankala saada apua, vaikka sitä nimenomaisesti itse osaisi pyytää. -- Yleensä ihminen itse tietää avun tarpeensa ja vaatii rohkeutta kertoa asiasta. Toivoisin siis lisää resursseja. Ainoa tapa päästä eteenpäin elämässä (minulla) on ollut rehellinen tosiasioista kuuleminen ja niihin pikkuhiljaa puuttuminen. Tärkeintä on ollut tunne siitä, että minua on kuunneltu ja olen saanut puhua kaikesta.

Yleisesti päihdetyöntekijöitä toivottiin lisää. Monessa vastauksessa kiitettiin henkilökunnan ammattitaitoa, mutta kritiikkiäkin tuli: ”henkilökunta on perehtynyt ainoastaan alkoholistien hoitoon, eikä tiedä mitään narkomaanien hoidosta.” Eräs vastaaja kertoi myös kokeneensa, että todellista kohtaamista ei tapahdu, koska ammattihenkilökunnan suhtautuminen narkomaaneihin on liian etäistä. Saarnio ja Knuutila (2006, 33-39) artikkelissaan korostavat työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen merkitystä ja sitä että hoitosisällöt ovat mahdollisimman yksilöllisiä. Yhteistoiminnan onnistuminen vaikuttaa siis hoidon jatkuvuuteen ja tuloksellisuuteen.

Paljon sai arvostelua se, että Lahdessa on vaikea saada päihdekuntoutuspaikkaa ja maksusitoumusta. Monessa vastauksessa ilmaistiin tuskastuminen kuntoutukseen pääsyn vaikeudesta, vaikka oma motivaatio on korkea. Lahteen toivottiin myös lisää paikkoja (katko, korvaushoito ja kuntoutus) huumeiden käyttäjille. Useassa vastauksessa oltiin sitä mieltä, että alkoholismien hoitoon löytyy ammattitaitoa, mutta huumeiden käyttäjät eivät saa riittävän ammattitaitoista hoitoa. Myös jatkohoitoon ja tukitoimiin toivottiin lisää panostusta, koska retkahdusvaara on aina olemassa. Muutama vastaaja kritisoi myös sitä, että tietoa ja ohjausta oli vaikea saada. Konkreettisia parannusehdotuksiaikin tuli, kuten:

Tietoja kuntoutuspaikoista, esim. Mainiemestä en saanut mitään. Joku sattui kertomaan, siis hoidettava. Tietoa voisi jakaa varsinkin ensimmäisten katkolla käyntien yhteydessä heti.

Eri päihdepalveluiden toimijat saivat arvostelua sekä puolesta että vastaan. Se kertoo kokemusten yksilöllisyydestä, joten vastauksista ei voida vetää yleisiä johtopäätöksiä esim. kuntoutuspaikan vaikuttavuudesta.

6.7 Päihdekuntoutujan käsitykset auttamismenetelmistä

Päihdekuntoutuksen auttamismenetelmiä yleisesti kysyimme kyselylomakkeen viimeisellä sivulla. Väittämät pohjautuivat Minna Savolaisen (2006) pro gradu-tutkielman tuloksiin katkaisuhoidon auttamismenetelmistä. Päihdekuntoutujien vastaukset mukailivat pitkälti tutkimuksen tuloksia, sillä kyselymme tulosten perusteella tärkeimmiksi auttamismenetelmiksi päihdekuntoutajat kokivat henkilökunnan aidon ja yksilöllisen kiinnostuksen osoittamisen, jatkohoidon huomioimisen, yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatimisen sekä turvallisen fyysisen ympäristön kuntoutuksen aikana. Hajontaa tuli eniten tiedusteltaessa terveysneuvonnan kuulumista kuntoutukseen sekä vieroitusoireiden lääkehoidosta. Päihdekuntoutusta tukevista vaihtoehtohoidoista kuten akupunktiosta vastauksia oli eniten vaihtoehdossa jokseenkin samaa mieltä. Vastausten vähäinen hajonta ei yllättänyt, sillä pro gradu-tutkimuksessa Halonen ja Paakkeli-Kurronen (2006) päätyivät samansuuntaisiin tuloksiin auttamismenetelmistä päihdekuntoutuksessa. Heidän tutkimuksessaan löydettiin kuusi päihdehoitotyön auttamismenetelmää: vieroitusoireiden hoito, turvallisen hoitoympäristön luominen, elämänrytmin palauttaminen, elämäntilanteen selvittäminen ja sen järjestämisen tukeminen sekä päihdeettömyyteen tukeminen. Koska kysymyksemme asettelu koski yleisesti päihdekuntoutuksen sisältöä, vastauksista ei voida vetää johtopäätöstä, että kuntoutujat välttämättä olisivat tyytyväisiä sisältöön. Tuloksemme tukevat aiempia tutkimustuloksia ja antavat suuntaviivoja tarvittaessa päihdekuntoutuksen sisällön kehittämiseen. Taulukosta 4 selviää vastausten prosenttijakauma ja kuinka ne jakautuivat eri vaihtoehtojen välillä.

Taulukko 4. Päihdekuntoutuksen sisällön arviointi

		samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä
1.	Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatiminen on tärkeää.	<u>87,5</u> %	12,5 %		
2.	Päihdekuntoutuksen tulisi tukea muutostmotivaation herättämisessä.	<u>75</u> %	25 %		
3.	Keskustelut työntekijän kanssa kahden tai ryhmäkeskustelut muiden kuntoutujien kanssa ovat tärkeitä.	<u>75</u> %	20,8 %	4,2 %	
4.	Kuntoutuksen tärkeä tehtävä on opettaa keinoja lievittää henkistä pahaa oloa esim. käsittelemällä tunteita.	<u>66,7</u> %	25 %	4,2 %	4,2 %
5.	Henkilökunnan osoittama aito kiinnostus ja yksilöllinen huomiointi ovat tärkeitä	<u>91,7</u> %	4,2 %	4,2 %	
6.	Päihteisiin liittyvä terveysneuvonta kuuluu kuntoutukseen.	<u>58,3</u> %	29,2 %	12,5 %	
7.	Vieroitusoireiden lääkehoito kuntoutuksen aikana on tärkeää.	<u>37,5</u> %	33,3 %	25 %	4,2 %
8.	Muiden sairauksien hoito ja tutkimukset tulee huomioida kuntoutuksessa.	<u>75</u> %	25 %		
9.	Vaihtoehtoiset hoidot (akupunktio yms.) tukevat kuntoutusta.	33,3 %	<u>54,2</u> %	4,2 %	8,3 %
10.	Kuntoutuksen aikana tulee saada ohjausta ja neuvontaa käytännön asioissa selviytymiseen (asunto, sosiaalietuudet yms.).	<u>75</u> %	16,7 %	8,3 %	
11.	Jatkohoito tulee ottaa huomioon jo kuntoutuksen aikana.	<u>91,7</u> %	8,3 %		
12.	Yhteydenpito läheisiin kuntoutuksen aikana tulee olla mahdollista.	<u>50</u> %	37,5 %	8,3 %	4,2 %
13.	Vertaistuki ja ryhmätoiminnot tukevat kuntoutusta.	<u>58,3</u> %	29,2 %	12,5 %	
14.	Turvallisen fyysisen ympäristön ja ilmapiiirin merkitys on suuri kuntoutuksessa.	<u>87,5</u> %	12,5 %		
15.	Kuntoutuspaikassa tulee olla selkeät rajat ja yhteiset pelisäännöt.	<u>83,3</u> %	16,7 %		

7 LUOTETTAVUUS JA TUTKIMUSETIIKKA

7.1 Tutkimustyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, vaan tutkimukselta edellytetään sen toistettavuutta samantyyppisissä tuloksissa. Tutkijalta vaaditaan tarkkuutta ja kriittisyyttä koko tutkimusprosessin ajan; virheitä voi tapahtua tietojen keräyksessä, syöttämisessä, käsitellessä ja tuloksia tulkittaessa. Käytettävissä on erilaisia tilasto-ohjelmia ja on tärkeää, että tutkija käyttää sellaista analysointimenetelmää, jonka hallitsee. Opinnäytetyösämme tulokset analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Otoskoko on olennainen tarkasteltaessa tutkimuksen luotettavuutta. Joskus kyselylomakkeen palauttamatta jättäneiden määrä saattaa olla suuri. Kohderyhmä ei myöskään saa olla vino, vaan otoksen on edustettava koko tutkittavaa perusjoukkoa, jotta saadaan luotettavia tuloksia. (Heikkilä 2001, 30.)

7.1.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Jo aiheen valinnasta alkaen olimme motivoituneita ja suhtauduimme opinnäytetyöhömme vakavasti. Halusimme aiheen, joka kiinnostaa molempia ja josta on yleisesti hyötyä. Aiheen valintamme oli onnistunut, sillä se oli ajankohtainen, selkeästi rajattu ja helposti tutkittavissa. Huomioimme opinnäytetyöprosessin alussa, että opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tulisi laatia ennen aineiston keruuta (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2000, 130). Aikataulullisista syistä meidän piti kuitenkin ensin keskittyä kyselylomakkeen laatimiseen toimeksiantajien toiveiden mukaisesti ja samanaikaisesti haimme teoreettista pohjaa ja näkökulmaa opinnäytetyöllemme. Työskentelytapamme oli toimiva. Jaoimme töitä, jonka jälkeen kokosimme niitä yhteen. Koimme, että pystyimme antamaan ja vastaanottamaan palautetta niin toisiltamme kuin ohjaajaltammekin. Parityöskentely mahdollisti aikataulujen yhteensovittamisen ja pelisääntöistä kiinnipitämisen, mikä ei isommalla ryhmällä välttämättä toimisi. Ajatuksemme olivat samansuuntaiset, eikä väsymistä opinnäytetyöhön tullut prosessin aikana.

7.1.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen luotettavuus

Kyselylomakkeen laatimiseen panostimme paljon, koska tiedostimme sen olevan ensiarvoisen tärkeä opinnäytetyömme onnistumisen kannalta. Emme halunneet kyselyn olevan liian pitkä ja sen tuli olla helposti analysoitavissa, mutta silti sisältää omat ja toimeksiantajamme tavoitteet. Pääasiassa halusimme kyselymme sisältävän suljettuja kysymyksiä, mutta avoimet kysymykset antoivat tärkeää tietoa kuntoutujien kokemuksista. Pelkäsimme ehkä turhaankin avoimia kysymyksiä, koska niiden analysointi oli kuitenkin yllättävän helppoa, sillä niissä toistuivat samat teemat. Kyselylomake oli toimiva, sillä lomakkeet oli pääasiassa oikein täytetty. Ainoastaan yhden kysymyksen asettelussa olisimme voineet olla tarkempia. Pienin muutoksin pystyimme kuitenkin käyttämään kysymystä tuloksissa.

Saatekirje oli asiallinen ja totuudenmukainen, sillä emme halunneet sen lupaavan liikoja. Olisimme ehkä kuitenkin voineet yrittää motivoida kuntoutujia enemmän, että vastausprosentti olisi ollut korkeampi. Vastausprosentti oli opinnäytetyömme yksi epävarmuustekijöistä, mutta olimme kuitenkin tyytyväisiä siihen. Saatekirjeessä meitä eniten mietitytti omien puhelinnumeroiden liittäminen kirjeeseen mahdollisten epäasiallisten soittojen vuoksi. Laitoimme puhelinnumerot saatekirjeeseen, jotta kuntoutujilla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Ratkaisu oli hyvä, sillä pelkomme häiriösoitoista oli turha ja yhteydenottomahdollisuus lisäsi työmme luotettavuutta.

7.1.3 Analysoinnin luotettavuus

Käytimme tulosten analysointiin tilasto-ohjelmaa, jonka hallitsimme. Vastaukset numeroitiin ja syötettiin tarkasti ohjelmaan luotuun matriisiin, jonka olimme tarkastuttaneet lehtorilla. Vastausten syötön tarkistimme vielä kertaalleen ennen tulosten analysointia. Tuloksia analysoidessamme huomioimme vastausprosentin, jonka perusteella ei voida vetää yleisiä johtopäätöksiä. Opinnäytetyömme tulokset ovat kuitenkin arvokasta tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista päihdekuntoutuksen kehittämiseksi. Luotettavuutta korostaaksemme yksittäiset vastaukset eivät ole toimeksiantajamme käytettävissä ja vältimme pitkiä lainauksia tunnistettavuus-

den välttämiseksi. Kirjoitimme vastaukset puhtaaksi kirjoitusvirheineen ja tätä tekstiä käytimme myös opinnäytetyössämme.

Analysointivaiheessa olimme jo perehtyneet teoriaan perusteellisesti, joten työmme tulosten tarkastelu niiden pohjalta oli kiintoisaa. Se vahvisti myös opinnäytetyömme luotettavuutta. Löysimme ajan tasalla olevia, monipuolisia ja laadukkaita lähteitä, joita hyödynsimme myös avoimia kysymyksiä analysoitaessa.

7.2 Tutkimustyön etiikka

Sosiaalietiikan ja terveydenhuollon etiikan dosentti Martti Lindqvist (1986, 38) määrittelee moraalitieteessä ihmisen valinnoiksi ja niiden perustana olevien arvoihin liittyviksi katsomuksiksi. Etiikka puolestaan hänen mukaan on joko moraaliteoriaa tai moraalitutkimista. Etiikan pyrkimys on yleispätevyys, puolueettomuus ja teoreettinen perusteltavuus.

Tutkimuseettiset kysymykset jaetaan kahteen kategoriaan: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamista koskeviin normeihin. Hoitotieteen tutkimustyössä eettiset kysymykset korostuvat, koska tutkitaan inhimillistä toimintaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Tässä työssä tutkimusetiikka korostui opinnäytetyön aiheen vuoksi ja koimme sen huomioimisen tärkeäksi. Pyrimme eettisyyteen koko opinnäytetyöprosessin ajan tiedostamalla työn tutkimuseettiset kysymykset sekä tietoisilla että perustelluilla valinnoilla.

Teoriasta esiin tulleen jäsentelyn mukaisesti seuraavassa käsittelemme työn tutkimuseettisiä kysymyksiä seuraavin alaotsikoin: tutkimuksen ongelmanasettelu, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhde, tutkijan ja tutkittavien suhde sekä aineiston keruu ja tulosten julkaiseminen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

7.2.1 Tutkimuksen ongelmanasettelu

Tutkimuksen tehtävänä on saada tietoa ja peruskysymyksenä kaikessa tutkimuksessa on, mistä tietoa halutaan saada. Tutkimuksen rajaaminen siis tapahtuu tutkimusongelmia valitessa. Tutkimusongelmien valinnassa tulevat kysymyksen arvot, jotka ohjaavat tietyn tutkimusongelman valintaa ja tutkimusta. Tietynlainen rajaus ja arvovalinta tehdään valittaessa tutkimusongelmia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Tutkimustehtävä opinnäytetyöhömme tuli toimeksiantajalta. He halusivat tietoa päihdehoidon laadusta päihdepalvelujen kehittämiseksi Lahdessa. Päihteiden käytön lisääntymisen ja sen seurauksena päihdehaittojen kasvun sekä rajallisten resurssien vuoksi päihdepalvelujen kehittäminen on välttämätöntä. Kehittämällä pyritään laadukkaaseen toimintaan ja oman näkemyksemme mukaan laadukkaasta toiminnasta hyötyvät myös päihdepalveluiden käyttäjät.

7.2.2 Tutkijan ja tutkimusorganisaation suhde

Tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde on tärkeä tutkimustyön etiikan näkökulmasta. Molemmilla tahoilla on mm. vastuu tulosten käytöstä; millaista tietoa voidaan käyttää ja millaista ei. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimusorganisaation johdon kanssa täytyy sopia lupa-asioista. Kunkin organisaation lupakäytännöt on selvitettävä ja aikataulussa varattava riittävästi aikaa lupien saamiseen. Opinnäytetyöllemme myönnettiin tutkimuslupa (LIITE 5). Eettiseltä lautakunnalta lupaa emme tarvinneet, koska Lahden psykososiaalisten palvelujen työntekijä postitti kyselylomakkeet, jolloin tutkittavien henkilö- ja osoitetiedot eivät tulleet tietoomme. Huomioitavaa on tutkittavien henkilöiden tunnistettavuus ja sen varmistaminen, ettei heitä koskevaa tietoa voida käyttää heidän vahingokseen. Tutkittavien tunnistettavuuden ehkäisemisen huomioimme kyselylomaketta laadittaessamme. Täytetyt kyselylomakkeet puolestaan palautuivat suoraan meille Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitokselle, jolloin yksittäiset vastaukset eivät olleet yhteistyötahomme nähtävissä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.)

7.2.3 Tutkijan ja tutkittavien suhde ja aineiston keruu

Tutkijan ja tutkittavien suhde on merkityksellinen, koska ihmisillä on oikeus tietää, miten tutkimukseen osallistuminen vaikuttaa heidän elämäänsä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan ja tutkittavien suhde korostuu aineistonkeruumenetelmien vuorovaikutuksellisuuden vuoksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 29 - 30.) Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen ja suoraa vuorovaikutussuhdetta ei muodostunut. Kyselylomakkeen ohessa lähetetyllä saatekirjeellä saimme ainoan kontaktin vastaajiin. Tästä syystä saatekirje oli hyvin tärkeä. Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme ja motivoimme vastaanottajaa osallistumaan kyselyyn ja sitä kautta vaikuttamaan päihdepalvelujen kehittämiseen. Kyselyn vastaanottajalla täytyi olla mahdollisuus lisätietoihin tutkimuksesta ja siten liitimme puhelinnumeromme saatekirjeeseen. Kokemuksemme mukaan päihdepalvelujen käyttäjistä on olemassa tietynlainen negatiivissävytteinen stereotypia. Oma käsityksemme on, että päihdepalvelujen asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen joukko ihmisiä, joita yhdistää päihdeongelma ja vaikea elämäntilanne. Tiedostimme eettisen vastuun tutkiessamme heidän arvokasta kokemusmaailmaansa.

7.2.4 Tulosten julkaiseminen

Tutkimustulosten julkaisun yleinen periaate on, että tutkija raportoi tulokset avoimesti ja rehellisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa pyritään mahdollisimman suureen objektisuuteen. Tutkimuksen tulokset eivät siis saa riippua tutkijasta ja tutkijan omat mielipiteet ja vakaumukset eivät saa vaikuttaa tutkimusprosessiin. Laadullisiin tutkimuksiin liittyy kuitenkin subjektiivisuuden tunnistaminen ja tutkijan on arvioitava raportissaan myös omaa käyttäytymistään ja reaktiotaan. Myös tulosten julkaisuvaiheessa suoria lainauksia tehdessä on kiinnitettävä huomiota tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin säilyttämiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Heikkilä 2001, 30 - 31.)

Tutkimuksen johtopäätösosuosuudessa on tulosten syvällisempää tulkintaa ja tutkijan henkilökohtaisia kannanottoja. Tutkimustuloksia pohditaan esimerkiksi siitä näkökulmasta, mistä tutkimustulokset johtuvat, mikä käytännön merkitys tuloksilla

on ja mihin tuloksia voidaan soveltaa sekä mitä hyötyä niistä on. (Heikkilä 2001, 179.) Edellä mainittuja asioita oli tärkeä miettiä, jotta vältetään tulosten suoravii-
vaiselta tulkitsemiselta. Tässä opinnäytetyössä se on iso tutkimuseettinen kysy-
mys.

8 POHDINTA

Päädyimme opinnäytetyömme aiheeseen keväällä 2006 aiheen tuntuessa ajankoh-
taiselta ja tärkeältä. Arvioimme, että tulemme kohtaamaan päihdeongelmaisia
tulevassa työssämme riippumatta siitä, millä hoitotyön saralla tulemme työskente-
lemään. Työmme kautta toivoimme saavamme lisää tietoa päihderiippuvuuden
monimuotoisuudesta, kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja erityisesti siitä, kuinka
kuntoutuja koee erilaiset hoitotyön auttamismenetelmät. Aiheen ajankohtaisuus
korostui usein opinnäytetyönprosessin aikana. Tiedotusvälineissä julkaistiin tiu-
haan uusimpia lukuja mm. alkoholihaittojen lisääntymisestä ja päihdepalveluiden
saatavuuden vaikeudesta.

Opinnäytetyömme tarkoitus saavutettiin tuottamalla tietoa lahtelaisten päihdekun-
toutujien kokemuksista ja näkemyksistä päihdekuntoutuksesta. Opinnäytetyömme
yhtenä epävarmuustekijänä oli vastausprosentin jääminen alhaiseksi. Saimme kui-
tenkin 28 vastausta, joista saimme runsaasti tietoa. Vastaajien rehellisyys ja avoi-
muus teki meihin vaikutuksen, sillä vastaajat kertoivat avoimissa kysymyksissä
päihdekuntoutuksen pitkästä ja raskaasta prosessista.

Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että päihdekuntoutukseen oltiin pääasiassa tyyty-
väisiä, mutta eri asiakasryhmien erityistarpeita ei huomioitu riittävästi. Päihdeon-
gelmaan tulisi puuttua varhaisessa vaiheessa ja kuntoutukseen pääsyn kynnyistä
madaltaa. Päihdekuntoutukseen ja jatkohoitoon toivottiin lisää resursseja ja ne
tulisi suunnitella yksilöllisesti. Päihdekuntoutuksen auttamismenetelmistä kysyt-
täessä korostui edellä mainitut asiat sekä turvallisen fyysisen ympäristön ja ilma-
piirin merkitys.

Kuntoutuksen vaikutus näkyi kuntoutujilla päihdeongelman ymmärryksenä ja sosiaalisten suhteiden paranemisena. Työ ja vertaistuki koettiin tärkeäksi kuntoutuksen jälkeen. Vastaaajat kuvasivat kokemusta itsensä löytämisestä ja monella se alkoi perusasioiden kuten syömisen ja nukkumisen opettelusta. Arjessa selviytyminen ilman päihteitä oli kuntoutujille uusi ja merkittävä kokemus.

Vastauksissa korostui jokaisen kokemuksen yksilöllisyys. Päihdeongelma ja kuntoutumisprosessi on jokaisella erilainen. Vastauksista ei myöskään voida vetää johtopäätöksiä esimerkiksi tietyn kuntoutuspaikan vaikuttavuudesta, sillä kokemusten vertailu tällä vastausprosentilla (30%) saattaisi antaa vääristetyn tuloksen. Kokemuksia on yleensäkin vaikea vertailla, sillä kuntoutujat saattavat kokea onnistumisen hyvin eri tavalla. Päihdehoitopaikan laadun arviointi onkin edellä mainituista syistä hankalaa. Vuonna 2005 laadittu Käypä hoito -suositus alkoholiongelmaisen hoidosta sisältää mm. kuntoutuspaikan hoidon laatua testaavia kysymyksiä. Kysymyksissä mietitään esimerkiksi, onko henkilökunta tarpeeksi motivoitunut hoitamaan päihdeongelmaisia ja onko kuntoutujan jatkohoito järjestetty. Testin kysymysten perusteella laatua voitaneen tarkastella, mutta tarvittaisiin yhtenäinen mittari, jolla päihdehoitomenetelmien vaikuttavuutta ja hoidon laatua voitaisiin tasapuolisesti arvioida. (Alkoholiongelmaisen hoito 2005.)

Opinnäytetyömme osoittaa, että hyvin laaditulla kyselylomakkeella voidaan kerätä tietoa päihdekuntoutujien kokemuksista. Opinnäytetyöllämme keräsimme vuosien 2005 – 2006 päihdekuntoutujien asiantuntemuksen kehittämistyön avuksi, sillä asiakkaan näkökulma on yksi osa laadun arviointia. Päihdekuntoutujien kuunteleminen osoittaa myös arvostusta heitä kohtaan.

Tuloksia tulkittaessa tulee muistaa, että saamamme vastaukset edustavat 28 kuntoutujan kokemuksia arkaluontoisesta, mutta heille tärkeästä kokemuksesta päihdekuntoutuksesta. Ja vaikka yleistäviä johtopäätöksiä tuloksista ei voidakaan vetää, niin kaikki saamamme tieto tukee edellisiä tutkimuksia ja tiedotusvälineissä viime aikoina julkaistuja artikkeleita Lahdenkin päihdepalveluista nousseista ongelmista.

8.1 Tulosten ajankohtaisuus

Sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntaliiton yhteisessä päihdepalvelujen laatusuosituksessa on otettu kantaa yksityiskohtaisesti päihdetyön lähtökohtiin, strategisen suunnittelun välttämättömyyteen ja koko palvelujärjestelmän suunnitelmalliseen käyttöön. Laatusuosituksissa käsitellään muun muassa asiakkaan tahtoa, oikeuksia ja erityistarpeita, toimitilojen tasoa, henkilöstön mitoitusta, osaamista sekä työssä jaksamista. Laatusuosituksissa korostetaan varsinaisen asiakastyön prosessia sekä seurannan ja arvioinnin tarvetta ja tärkeyttä. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 15-23.) Opinnäytetyömme tuloksista ja päihdepalvelujen laatusuosituksissa nousee esille samoja teemoja, jotka tulevat esiin Lahden kaupungin päihdestrategiassa 2007-2011. Siinä todetaan, että Lahden kaupungin valmiudet ehkäistä, tunnistaa varhain, hoitaa ja kuntouttaa päihdeongelmaisia eivät vastaa kasvaneita ja muuttuneita tarpeita (Lahden kaupunki Päihdestrategia 2007-2011, 2).

Lahden kaupungin päihdestrategiassa 2007-2011 nostetaan esiin Lahden nykyisen palvelujärjestelmän muutoksen tarpeita ja kehittämishaasteita. Ne sisältävät samoja asioita, joita päihdekuntoutajat toivat esille opinnäytetyössämme, kuten varhaisen puuttumisen tärkeys, kuntoutukseen pääsyn kynnyksen madaltaminen, kuntoutuksen ja jatkohoidon yksilöllisen suunnittelun merkitys sekä eri asiakasryhmien erityistarpeiden huomiointi. (Lahden kaupunki Päihdestrategia 2007-2011, 2).

Myös paikallisessa sanomalehdessä on uutisoitu sekä Lahden päihdehoidon tilasta että valtakunnallisista päihdehoidon ongelmista. Artikkelin mukaan huume-kuntoutukseen on pitkät jonot, mutta tätäkin suurempi ongelma on, että hoidon laadusta ei ole takeita. Joissain laitoksissa on kerrottu olevan merkittäviä epäkohtia kuten, että henkilökunnalla ei ole tarvittavaa koulutusta ja toisissa laitoksissa asiakkaat käyttävät päihteitä ilman, että siihen puututtaisiin. Asiantuntijat peräänkuuluttavat valtakunnallista rekisteriä, johon kerättäisiin hoitopaikkojen tuloksia. Tällä hetkellä tulosten kirjaaminen on laitosten omalla vastuulla ja ne eivät ole vertailtavissa, koska kuten edellä mainittu yhtenäinen laatumittari puuttuu. Sosiaali- ja terveysministeriön virkamies Kari Haavisto sanoo lehtihaastattelussa, että nykyään hoitopaikat arvioivat itse omaa toimintaansa ja sen laatua. Vain noin kol-

masosa hoitopaikoista täyttää vapaaehtoisen laatuarviointilomakkeen internetissä. Peruspalveluministeri Paula Risikko kannattaa valtakunnallisen hoitojen vaikuttavuustutkimuksen tekemistä ja sanoo, että jos päihdepalvelujen laatusuosituksia ei jatkossa noudateta, asiaa puututaan tarvittaessa lakiteitse. Kalevi Kaipion, huumehoitopaikka Mikkeli-yhteisön johtajan mukaan, huumehoidon laatu paranisi dramaattisesti, jos kunnat edes yrittäisivät noudattaa laatusuosituksia. Hänen mukaansa kontrollin puute on päihdehoidon kentän keskeisin ongelma. Myös hänen mielestään hoitopaikkojen hinta-laatu-suhdetta pitäisi mitata nykyistä tarkemmin. (Aro 2007a, 17-18.)

Ylitarkastaja Tuulikki Forssén Etelä-Suomen lääninhallituksesta kertoo lehtiartikkelissa, että Hämeessä päihdehoitopalveluista kannellaan yhä useammin. Kanteluja on tehty päihdehoitoon pääsyn vaikeudesta, hoitopaikan henkilökunnan asiattomasta käytöksestä, henkilökunnan vähyydestä ja hoitopaikan säännöistä. Valitusten määrän kasvu voi kertoa hoitopaikkojen heikosta laadusta. Toisaalta myös päihdepalvelujen tarve on kasvanut viime aikoina ja ihmisten tietoisuus siitä, millaista hyvän palvelun pitäisi olla. Ihmiset osaavat nykyään myös vaatia sitä ja ottavat helpommin yhteyttä lääninhallitukseen. Kuitenkin tutkimusten mukaan monissa kunnissa mielenterveys- ja päihdeongelmaiset ovat kaikkein syrjäytyneimpiä ja huonoimmassa osassa olevia. Vaikuttaa siltä, että heidän tilanteensa kiinnostaa päättäjiä kaikkein vähiten. (Aro 2007b, 5.) Epäkohdat ovat kuitenkin tiedossa ja on hyvä muistaa, että päihdehuoltoon panostaminen on taloudellisesti kannattavaa. Päihdehuoltoon käytettyjen varoihin verrattuna saavutetut välittömät ja välilliset säästöt ovat huomattavia. (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002, 9.)

8.2 Jatkotutkimukset

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyömme aikana nousi esiin useita. Mielestämme vastaavaa kyselyä ei kannata tehdä vuosittain, sillä vastausprosentti saattaa jäädä liian matalaksi. Päihdepalveluiden laatua voisi kuitenkin vuorovuosina tutkia myös toisista näkökulmista kuten päihdepalveluiden ammattilaisten ja johtamisen kannalta.

Mielenkiintoista olisi myös perehtyä tarkemmin eri kuntoutusyksiköiden toimintamalleihin ja tutkia niiden vaikuttavuutta päihdekuntoutuksessa. Vaikuttavuutta voisi myös tutkia esimerkiksi jatkohoidon suunnittelun, perheen tai työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen merkityksen kannalta.

Stop Huumeille ry:ssä oltiin hyvin kiinnostuneita vastaavasta asiakaskyselystä heidän asiakkailleen. Koimme, että kyseinen yhdistys olisi hyvä toimeksiantaja opinnäytetyölle, sillä heillä on selkeästi tarvetta kyselylle. Olisi myös tarpeellista saada huumeiden käyttäjien näkemys huumeongelman erityispiirteistä. Tieto olisi tärkeää, koska huumeet ovat kasvava ongelma ja sitä on kallista hoitaa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R.(toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: WSOY.

Ahola, J. 1998. Yrityksen strategiaprosessi. 2. painos. Lappeenranta: Lappeenrantaan teknillinen korkeakoulu.

Alkoholijuomien kulutus 2006. 2007 [verkkajulkaisu]. Stakes [viitattu 2.7.2007]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/paihteet/alkoholijuomienkulutus2006.htm>.

Alkoholiongelmaisen hoito 2005. [verkkajulkaisu]. Käypä hoito [viitattu 25.7.2007]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi.

Aro, J. 2007a. Oman onnen nojassa. Etelä-Suomen Sanomat. 15.7.2007.

Aro, J. 2007b. Päihdehoidosta kannellaan yhä useammin. Etelä-Suomen Sanomat. 6.7.2007.

Halonen, P. & Paakeli-Kurronen, P.2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoito-osastolla asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto: Pro gradu-tutkielma.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab

Hirrschovits, T. & Dahl, P. 2002. Tästä on kyse – Tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Youth Against drugs ry.

Hirsjärvi, S., Remes, S. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Huumeongelmaisen hoito 2006 [verkkójulkaisu]. Käypä hoito [viitattu 21.8.2007]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi.

Hänninen, V. & Ylijoki, O-H. (toim.) 2004. Muuttuuko ihminen? Tampere: Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print.

Inkeroinen, T. & Partanen, A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. Stakesin työpapereita 7/2006. Helsinki: Stakesin monistamo.

Inkinen, M. 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Tampereen yliopisto: Pro gradu-tutkielma.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammi. Kannabis – mitä se on? 2006 [verkkójulkaisu]. A-klinikkasäätiö [viitattu 21.1.2007]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Pikatieto/kannabis-mita-se-on>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Koski-Jännes, A. 1998. Miten riippuvuus voitetaan. Keuruu: Otava.

Koski-Jännes, A., Pienimäki, A. & Valtari, M. 2003. Yhteisvoimin muutokseen? Tutkimus laitoshoidon jälkeisen sosiaalisen tuen lisäämisestä päihdeongelmaisilla. Helsinki: A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 50.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S., Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lahden kaupunki Päihdestrategia 2007-2011.

Lecklin, O. 1998. Laatu yrityksen menestystekijänä. Enterprise adviser kirjasarja. Helsinki: Yrityksen tietokirjat.

Lindqvist, M. 1986. Ammattina ihminen. 3. painos. Keuruu: Otava.

Lääkkeet – mitä se on? 2006 [verkkójulkaisu]. A-klinikkasäätiö [viitattu 21.1.2007]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Pikatieto/laakkeet-mita-se-on>

Mäkelä, P. 1999. Alkoholiin liittyvät kuolemat. Yleisyys ja yhteys sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan. Tutkimuksia 105. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Stakes: Jyväskylä Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkelä, R. 1998. Päihdehuollon järjestämismallit kunnilla. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K., Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim.

Orford, J. 2004. Kohti uutta lähestymistapaa addiktiosta vapautumiseen. Teoksessa Hänninen, V. & Ylijoki, O-H. (toim.) Muuttuuko ihminen? Anja Koski-Jänneksen juhlakirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Perttinen, P. 2002. Kuka minusta puhuu? Asiakkaan asema kuntoutussuunnittelussa. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Poikolainen, K. 1998. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K., Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim.

Purhonen, H. Hoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoidossa olevan potilaan voimavarojen vahvistamiseksi – kysely sairaanhoitajille. Kuopion yliopisto: Opin- näytetyötutkimus.

Päihdehuoltolaki 41/1986. Annettu Helsingissä 17.1.1986.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen. 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.

Kantonen, J., Niittyneen, K., Mattila, J., Kuusela-Louhivuori, P., Manninen-Kauppinen, E. & Pohjola-Sintonen, S. 2006. Päähtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen lääkärilehti 47/06, 4923 - 4927.

Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Saarnio, P. & Knuutila V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka Vol.71 1/2006, 33-39.

Savolainen, M. 2006. Asiakkaasta arvioijaksi – arvioiva laadullinen tutkimus katkaisuhoidosta. Kuopin yliopisto: Pro gradu-tutkielma.

Silén, T. 1998. Laatujohtaminen – menetelmiä kilpailukyvyn vahvistamiseksi. Ekonomia-sarja. Porvoo: WSOY.

Tamminen, M. 2000. Paluu normaaliin – tutkimus addiktiivisen päihteidenkäytön lopettamisesta. Saarijärvi: Stakes.

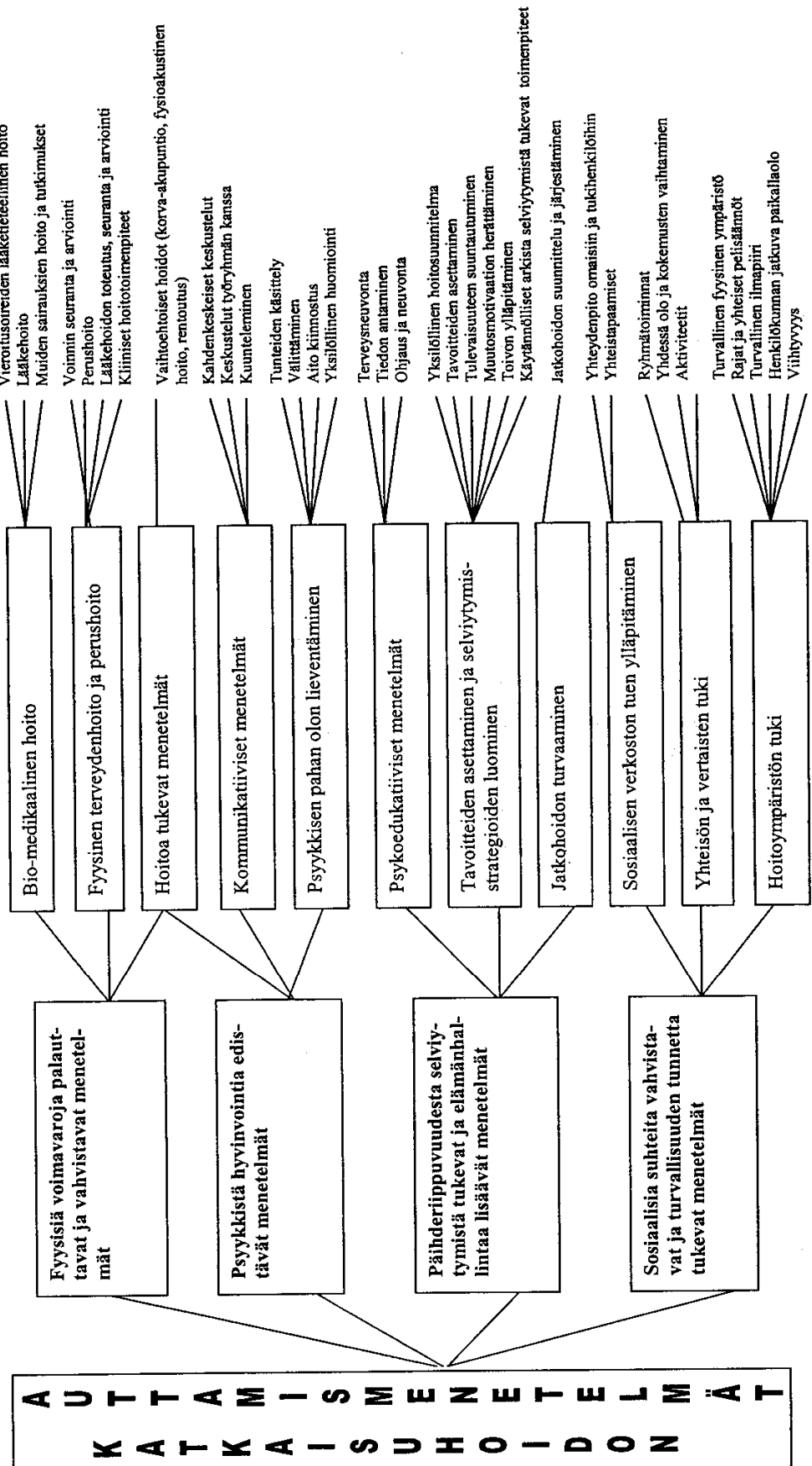
Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: WSOY.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko. 2002. [viitattu 6.6.2007]. Saatavissa: www.pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf

LIITE 1



Kuvio 4. Katkaisuhoidon auttamismenetelmät.

PALAUTE PÄIHDEKUNTOUTUKSESTA
Ympyröikää sopivin vaihtoehto ja vastatkaa avoimiin kysymyksiin

1. Sukupuoli
1) Nainen
2) Mies
2. Ikä
1) 18 – 25 v.
2) 26 – 35 v.
3) 36 – 45 v.
4) 46 – 55 v.
5) yli 56 v.
3. Koulutus
1) Kansa-/peruskoulu
2) Ylioppilas
3) Ammattikoulutus ja opisto
4) Alempi- tai ammattikorkeakoulututkinto tai korkeakoulututkinto
5) Ei koulutusta
4. Työtilanteenne tällä hetkellä
1) Työelämässä (kokoaikainen, osa-aikainen tms.)
2) Työtön
3) Eläkkeellä (vanhuus-, varhais-, työkyvyttömyyseläke tms.)
4) Joku muu
5. Montako henkilöä talouteenne kuuluu tällä hetkellä Teidän lisäksi? _____, joista lapsia _____
6. Päihteidenkäyttönne kuntoutuksen alkaessa
1) Alkoholi
2) Huumeet
3) Lääkkeet
4) Sekakäyttö
7. Onko Teillä ollut päihdekuntoutuksia ennen vuotta 2005?
1) Kyllä
2) Ei
8. Päihdekuntoutuspaikkanne vuonna 2005-2006
1) Mainniemen kuntoutumiskeskus
2) Kalliolan – Nurmijärven klinikka
3) Nousevan auringon talo
4) Mikkeli - yhteisö
5) Kankaanpään A – koti
6) Hoitokoti Tuhkimo
7) Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus
8) Joku muu
9. Mitä kautta ohjauduitte kuntoutushoitoon?
1) A-klinikka
2) Pitkämäen kuntoutuskeskus
3) Päihdetyöntekijä
4) Aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijä
5) Sairaala
6) Joku muu, mikä _____
10. Mikä oli tärkein henkilökohtainen syynne kuntoutukseen hakeutumiseen?
1) Heikentynyt terveydentilanne
2) Ongelmia sosiaalisissa suhteissa (perhe, ystävät yms.)
3) Ongelmia työelämässä
4) Oma halu kuntoutua
5) Joku muu, mikä _____
11. Saitteko riittävästi tietoa eri kuntoutushoitopaikoista?
1) Kyllä
2) Ei
12. Otettiinko mielipiteenne huomioon hoitopaikan valinnassa?
1) Kyllä
2) Ei

KÄÄNNÄ!

13. Kuinka tyytyväinen olitte viranomaistyöhön kuntoutushoitoon ohjautuessa? LIITE 2/2

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1) Erittäin tyytyväinen | 3) Melko tyytymätön |
| 2) Melko tyytyväinen | 4) Erittäin tyytymätön |

14. Kuntoutusjaksonne pituus

- | | |
|--------------|-------------|
| 1) alle 1 kk | 4) 3 – 6 kk |
| 2) 1 – 2 kk | 5) yli 6 kk |
| 3) 2 – 3 kk | |

15. Kuntoutusjaksonne pituus oli mielestänne

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) Liian lyhyt | 3) Liian pitkä |
| 2) Sopiva | |

16. Kuntoutusjaksonne päättyi (kk/vuosi)

17. Kuinka tyytyväinen olitte kuntoutusjaksoni sisältöön?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1) Erittäin tyytyväinen | 3) Melko tyytymätön |
| 2) Melko tyytyväinen | 4) Erittäin tyytymätön |

18. Päihteidenkäyttönne tällä hetkellä

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1) Olen kokonaan ilman päihteitä | 3) Olen jatkanut päihteiden käyttöä kuten ennenkin |
| 2) Olen vähentänyt päihteiden käyttöä | 4) Olen lisännyt päihteiden käyttöä |

19. Jatkuiko yhteistyö viranomaisten kanssa kuntoutuksenne jälkeen?

- | | |
|----------|-------|
| 1) Kyllä | 2) Ei |
|----------|-------|

20. Kuinka tärkeänä pidätte kuntoutustanne ajatellen arkipäivässä selviytymistä tällä hetkellä?

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1) Erittäin tärkeänä | 3) Melko merkityksettömänä |
| 2) Melko tärkeänä | 4) Täysin merkityksettömänä |

21. Kuinka tärkeänä pidätte oman vastuun ottamista kuntoutuksen onnistumisessa?

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1) Erittäin tärkeänä | 3) Melko merkityksettömänä |
| 2) Melko tärkeänä | 4) Täysin merkityksettömänä |

22. Otettiinko kuntoutuksenne aikana huomioon kuntoutuksen jälkeinen selviytyminen?

- | | |
|-----------------|-------|
| 1) Kyllä, miten | 2) Ei |
|-----------------|-------|

23. Miten asianne ovat muuttuneet kuntoutuksen jälkeen verrattuna kuntoutusta edeltäneeseen aikaan?

Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne toisen paperin kääntöpuolelle.



24. Tämä osio ei koske vuoden 2005 - 2006 kuntoutustanne. Jotta päihdekuntoutusta voitaisiin kehittää, arvioikaa seuraavia väittämiä yleisesti päihdekuntoutuksen sisällöstä. Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto. 1 = samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = jokseenkin eri mieltä, 4 = eri mieltä

		samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	eri mieltä
1.	Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatiminen on tärkeää.	1	2	3	4
2.	Päihdekuntoutuksen tulisi tukea muutosmotivaation herättämisessä.	1	2	3	4
3.	Keskustelut työntekijän kanssa kahden tai ryhmäkeskustelut muiden kuntoutujien kanssa ovat tärkeitä.	1	2	3	4
4.	Kuntoutuksen tärkeä tehtävä on opettaa keinoja lievittää henkistä pahaa oloa esim. käsittelemällä tunteita.	1	2	3	4
5.	Henkilökunnan osoittama aito kiinnostus ja yksilöllinen huomiointi ovat tärkeitä.	1	2	3	4
6.	Päihteisiin liittyvä terveysneuvonta kuuluu kuntoutukseen.	1	2	3	4
7.	Vieroitusoireiden lääkehoito kuntoutuksen aikana on tärkeää.	1	2	3	4
8.	Muiden sairauksien hoito ja tutkimukset tulee huomioida kuntoutuksessa.	1	2	3	4
9.	Vaihtoehtoiset hoidot (akupunktio yms.) tukevat kuntoutusta.	1	2	3	4
10.	Kuntoutuksen aikana tulee saada ohjausta ja neuvontaa käytännön asioissa selviytymiseen (asunto, sosiaalietuudet yms.).	1	2	3	4
11.	Jatkohoito tulee ottaa huomioon jo kuntoutuksen aikana.	1	2	3	4
12.	Yhteydenpito läheisiin kuntoutuksen aikana tulee olla mahdollista.	1	2	3	4
13.	Vertaistuki ja ryhmätoiminnot tukevat kuntoutusta.	1	2	3	4
14.	Turvallisen fyysisen ympäristön ja ilmapiirin merkitys on suuri kuntoutuksessa.	1	2	3	4
15.	Kuntoutuspaikassa tulee olla selkeät rajat ja yhteiset pelisäännöt.	1	2	3	4

25. Mitä muuta haluaisitte kertoa Lahden päihdepalveluista? Mielipiteenne on tärkeä päihdepalvelujen kehittämiseksi. Tarvittaessa voitte jatkaa kääntöpuolelle.

Kiitos vastauksestanne!





LAHDEN KAUPUNKI
PALAUTE PÄIHDEKUNTOUTUKSESTA
Sosiaali- ja terveysvirasto, Psykososiaaliset palvelut

PL 116 15101 LAHTI Fax (03) 818 4500

Arvoisa lahtelainen päihdekuntoutuja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta, sosiaali- ja terveysalan laitoksen kolmannelta vuosikurssilta. Teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä Lahden kaupungin päihdehuollosta. Tarkoituksena on kartoittaa lahtelaisten päihdekuntoutujien mielipiteitä päihdehoidosta. Tutkimuksen toimeksiantajana on Lahden kaupungin psykososiaaliset palvelut. Kysely koskee vuosien 2005 - 2006 päihdekuntoutustanne sekä käsityksiänne päihdekuntoutuksesta yleisesti. Tutkimus tehdään ensimmäistä kertaa, joten kokemuksenne kuntoutuksesta on tärkeää. Ja vastaamalla voitte myös vaikuttaa päihdehoidon kehittämiseen. Samalla annatte arvokasta apua opinnäytetyömme onnistumiseksi.

Kysely lähetetään kaikille vuosien 2005 - 2006 Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen päihdekuntoutuksen maksusitoumuksen saaneille päihdekuntoutujille. Tämän kyselyn postittajana on psykososiaaliset palvelut, joten nimenne ja osoitetietonne eivät tule tietoomme. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina, joista yksittäiset vastaukset eivät ilmene.

Ohessa lähetämme vastauskuoren, jonka postimaksu on maksettu ja se on osoitettu suoraan allekirjoittaneille Lahden ammattikorkeakouluun. Pyydämme Teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä 15.3. mennessä.

Mikäli haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Kiitämme etukäteen vastauksistanne!

Heli Hartman
Puh. 050 5880 366
heli.hartman@lpt.fi

Piritta Volanen
Puh. 040 8614 368
piritta.volanen@lpt.fi





LIITE 4

**LAHDEN KAUPUNKI
PALAUTE PÄIHDEKUNTOUTUKSESTA
Sosiaali- ja terveystieteiden osasto, Psykososiaaliset palvelut**

PL 116 15101 LAHTI Fax (03) 818 4500

30.3.2007

Arvoisa lahtelainen päihdekuntoutuja,

Lähetimme Teille maaliskuun alussa asiakaskyselyn päihdekuntoutuksestanne. Mikäli vastasitte kyselyymme, kiitämme osallistumisestanne. Jos jostain syystä ette ole vielä vastannut, toivomme vastaustanne. Kokemuksenne ja käsityksenne päihdekuntoutuksesta ovat tärkeää tietoa tutkimukseemme. Jos kyselylomake ei ole tallessa ja haluatte osallistua tutkimukseen, saatte sen Stop Huumeille ry:stä Mariankatu 11 A 3, joka on avoinna ma - pe klo 9 – 18. Tutkimuksen luotettavuuden säilyttämiseksi, emme voi lähettää nimellänne uutta kyselyä.

Mikäli haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Aurinkoista kevättä toivottaen,

Heli Hartman
Puh. 050 5880 366
heli.hartman@lpt.fi

Piritta Volanen
Puh. 040 8614 368
piritta.volanen@lpt.fi



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences



VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Lahden kaupunki

Viranhaltija	Psykososiaalisten palvelujen päällikkö	Pykälä	3
Päätöspäivä	09.01.2007	Määräpäivä	
Organisaatio	Sosiaali- ja terveystoimiala Julkinen	Toimielin	
Valmistelija	Ulla Rutherford	Päätöslaji	
Hallintokunta	Sosiaali- ja terveysvirasto		
Asia	Tutkimusluvan myöntäminen		

Päätösteksti

Myönnän tutkimusluvan Piritta Volaselle ja Heli Hartmanille heidän sairaanhoitajan, amk opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aiheena on asiakaskysely vuoden 2006 päihdekuntoutujille.

Valmistunut opinnäytetyö toimitetaan tutkimuksen valmistuttua päätöksen tekijälle sekä tutkimuslupahakemuksessa olevalla osoitteella Lahden sosiaali- ja terveysvirastoon. Lisätietoja päätöksestä antaa allekirjoittanut, puh. 818 4078.

Peruste

Nähtävilläolo 17.1.2007

Muutoksenhaku Oikaisuvaatimus

LTK tiedoksi

Saaja Heli Hartman ja Piritta Volanen

Tiedoksi

Tiedoksi

sähköpostilla

Asiakirjat

tutkimuslupahakemus liitteineen

Arkistosarja

Arkistointi


Ei käytössä

Säilytyspaikka

Säilytysmuoto

Allekirjoitus

Psykososiaalisten palvelujen päällikkö


Paivi Parkkinen