

Anna Parviainen

# Päihteet, pelit ja pennit

- tapaustutkimus Auroran avohoitovalmennuksesta

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi

Sosiaaliala

Opinnäytetyö

22.8.2016

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Anna Parviainen Päihteet, pelit ja pennit – tapaustutkimus Auroran avohoitovalmennuksesta 82 sivua + 4 liitettä 22.8.2016
Tutkinto	Sosionomi
Koulutusohjelma	Sosiaalialan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaaliala
Ohjaajat	yliopettaja Jyrki Konkka tuntiopettaja Miia Ojanen
<p>Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa. Opinnäytetyössä selvitetään, kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy. Lisäksi tarkastelun kohteena on se, miten sukupuoli, ikä ja/tai se, että henkilöllä on edunvalvoja, vaikuttavat taloudelliseen hyväksikäyttöön, päihteiden käyttöön ja/tai ongelmapelaamiseen. Opinnäytetyö tarkastelee myös asukkaiden antamia syitä pelaamiselle ja päihteiden käytölle sekä sukupuolen ja/tai iän mahdollista vaikutusta annettuihin syihin. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Auroran avohoitovalmennuksen kanssa, joka on osa Auroran sairaalan psykoosilinjaa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tapaustutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka jaettiin kaikille Auroran avohoitovalmennuksen 56 asukkaalle. Heistä tavoitettiin 45. Saatu aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Aineiston analysoinnissa käytettiin frekvenssejä ja ristiintaulukointia. Tilastolliset merkitsevyydet testattiin Khii toiseen -testeillä.</p> <p>Avohoitovalmennuksessa käytetään alkoholia jonkin verran. Muiden päihteiden käyttö on suhteellisen vähäistä ja lääkkeiden päihdekäyttö lähes olematonta. Tietokone-, konsoli- ja rahapelaamista esiintyy paljon, kuin myös taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyviä ilmiöitä. Taloudellista hyväksikäyttöä ei kuitenkaan tunnuta tunnistettavan. Tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä mutta antoivat viitteitä siitä, että sukupuoli, ikä ja edunvalvojan omaaminen vaikuttavat ainakin alkoholin käyttöön ja pelaamiseen sekä taloudelliseen hyväksikäyttöön. Vastaajat pelasivat ja käyttivät päihteitä suurimmaksi osaksi kuluttaakseen aikaa. Päihteitä käytettiin myös niiden rentouttavan vaikutuksen takia.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tuloksia ei voida suoraan yleistää, sillä kyseessä on tapaustutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia Auroran avohoitovalmennuksen tapahtumia ja asukkaita, sekä tuottaa työyhteisöä hyödyttävää tietoa. Työyhteisön kannalta merkittävä oli havainto, jonka mukaan olisi hyödyllistä opastaa asukkaita nykyistä enemmän pelaamisen haitoista sekä taloudellisen hyväksikäytön muodoista. Lisäksi tulisi pohtia, kuinka pelaamisen ja alkoholin käytön merkitystä ajankäytön tapana voisi pienentää.</p>	
Avainsanat	taloudellinen hyväksikäyttö, päihteiden käyttö, ongelmapelaaminen, mielenterveyskuntoutuja, kuntouttava tukiasuminen

Author Title Number of Pages Date	Anna Parviainen Drugs, Games and Money – Case Study at Aurora Hospital Outpatient Training 82 pages + 4 appendices Autumn 2016
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructors	Jyrki Konkka, Principal Lecturer Miia Ojanen, Lecturer
<p>The aim of this Bachelor's Thesis was to study economic abuse, substance abuse and problem gaming/gambling amongst the clients of Aurora Hospital Outpatient Training. The purpose was to determine if economic abuse, substance abuse and problem gaming/gambling occur frequently within the study group. In addition, the Thesis analyzed if the participants' age or gender had an effect on the results, as well as having a guardian of interests. Furthermore, the study examines the reasons given to substance abuse and problem gaming/gambling and if the answers could be associated with a specific age group and/or gender. This Bachelor's Thesis was conducted in co-operation with Aurora Hospital Outpatient Training which forms part of Aurora Hospital's Psychosis Unit.</p> <p>The Thesis was carried out as a quantitative research case study. Research data were collected via structured questionnaire which was distributed to all the 56 residents of Aurora Hospital Outpatient Training, 45 of whom responded. The data were transferred to SPSS and analyzed with statistical methods such as frequency and cross tabulation. The significant differences in the collected data were determined with Chi-square test.</p> <p>Alcohol consumption in the Outpatient Training Unit could be considered relatively high. However, the use of other substances is relatively low and the misuse of prescribed drugs is virtually non-existent. The results revealed a considerably high percentage of computer and console gaming as well as gambling and economic abuse. The participants might have been unable to correctly identify the instances of economic abuse. The results were not statistically significant but they indicate that gender, age and having a guardian of interests are associated with alcohol use, gaming/gambling and economic abuse. The reasons given to gaming/gambling and substance abuse were mostly a way to spend pastime. Another reason for substance abuse was the relaxing effect of substances.</p> <p>The results of this Bachelor's Thesis cannot be generalized because it was a case study specifically designed for Aurora Hospital Outpatient Training in order to learn more about the phenomena as this information would help develop the unit's patient care. According to the results it would be beneficial to distribute information about the risks of gaming/gambling and different forms of economic abuse. Additionally, ways to diminish time spent on gaming/gambling and alcohol use should be considered.</p>	
Keywords	economic abuse, substance abuse, problem gaming/gambling, mental health rehabilitee, rehabilitation

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Mielenterveystyö Suomessa ja Auroran sairaalassa	2
2.1	Mielenterveystyö Suomessa	2
2.2	Auroran sairaala	7
2.3	Auroran avohoitovalmennus – kuntouttavaa tukiasumista	8
2.4	Auroran avohoitovalmennuksen kehittäminen	10
3	Kohderyhmä ja aiempi tutkimus	11
3.1	Kohderyhmä	11
3.2	Kognitiiviset häiriöt	13
3.3	Päihteiden käyttö	16
3.4	Ongelmapelaaminen	19
3.5	Taloudellinen hyväksikäyttö	24
4	Päihteiden, pelien ja taloudellisen hyväksikäytön esiintyvyys Auroran avohoitovalmennuksessa	26
4.1	Työntekijöiden näkemys	26
4.2	Tutkimuskysymys	28
5	Menetelmälliset ratkaisut	28
5.1	Osallistujat	28
5.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	28
5.3	Aineiston tuottaminen	33
5.4	Aineiston analysointi	33
5.5	Ristiintaulukointi ja Khii toiseen -testi	34
6	Tulokset	35
6.1	Päihteiden käyttö	36
6.2	Ongelmapelaaminen	44
6.3	Taloudellinen hyväksikäyttö	48
6.4	Miksi osallistujat käyttävät päihteitä tai pelaavat?	63
7	Johtopäätökset	70
8	Pohdinta	76

8.1	Tulosten pysyvyys	76
8.2	Kyselylomakkeen pätevyys	77
8.3	Muita huomioita	79
8.4	Eettisyys	81
8.5	Jatkoehdotukset	82
	Lähteet	83
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje osallistujille	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Statistiikat ja Khii toiseen -testit	
	Liite 4. Osastonhoitaja Heikkilä-Aulan ja sosiaaliohjaaja Pyörteen haastattelu	

## 1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa. Opinnäytetyössä selvitetään, kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy. Lisäksi tutkitaan sitä, vaikuttavatko sukupuoli, ikä ja/tai edunvalvojan omaaminen edellä mainittuihin ilmiöihin. Kiinnostuksen kohteena on myös se, miksi asukkaat pelaavat tai käyttävät päihteitä ja vaikuttavatko sukupuoli ja ikä siihen, millaisia syitä asukkaat itse antavat pelaamiselleen ja päihteiden käytölleen.

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Auroran avohoitovalmennuksen kanssa. Auroran avohoitovalmennuksen työntekijöiden keskuudesta nousi selkeä tarve näiden ilmiöiden tutkimiselle. Tuottamalla työntekijöille tarpeellista tietoa helpotetaan näihin haasteellisiin ilmiöihin kohdistuvien toimintatapojen kehittämistä ja yhtenäistämistä. Varsinkin päihteiden käyttö on ilmiö, joka on tullut Auroran avohoitovalmennuksessa selkeästi näkyvämmäksi vasta viimeisen vuoden aikana. Auroran avohoitovalmennuksen tarpeet sopivat hyvin yhteen omien mielenkiinnonkohteideni kanssa, joihin lukeutuvat varsinkin psykoosisairaudet sekä mielenterveyden parissa tehtävä työ yleisellä tasolla.

Auroran avohoitovalmennus on osa Auroran sairaalan psykoosilinjaa. Auroran avohoitovalmennuksen toiminta on kuntouttavaa tukiasumista, jonka tavoitteena on, että asukkaat pystyisivät selviytymään elämässään itsenäisesti sekä elämään oireidensa kanssa. Suurimmalla osalla Auroran avohoitovalmennuksen 56 asukkaasta on diagnosoitu skitsofrenia. Kognitiiviset häiriöt ja puutokset ovat osa skitsofrenian sairaudenkuvaa (Tuulio-Henriksson 2014). Awaan opinnäytetyöni teoriaosuudessa enemmän skitsofreniaan liittyviä kognitiivisia häiriöitä. Kognitiivisia häiriöitä ymmärtämällä voi ymmärtää paremmin sitä, miten sairaus vaikuttaa asukkaiden arkeen ja sitä kautta myös tutkiini ilmiöihin. Kerron tarkemmin myös päihteiden käytöstä, ongelmapelaamisesta ja taloudellisesta hyväksikäytöstä.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tapaustutkimuksena, jonka tarkoituksena on tuottaa tietoa juuri Auroran avohoitovalmennuksen asukkaista. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Vastaukset siirrettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan ja sen avulla laskettuja tuloksia avataan luvussa 6. Esitän luvussa jatkotutkimusehdo-

tuksia ja ajatuksia siitä, miten Auroran avohoitovalmennuksen työyhteisön kannattaa hyödyntää tuloksia käytännön työssään.

Auroran avohoitovalmennuksessa puhutaan potilaista. Käytän tässä opinnäytetyössä kuitenkin nimitystä asukas mahdollisimman neutraalin sävyn takaamiseksi.

## **2 Mielenterveystyö Suomessa ja Auroran sairaalassa**

### **2.1 Mielenterveystyö Suomessa**

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 1.)

Mielenterveystyöhön kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveyspalvelut, joita annetaan lääketieteellisin perustein arvioidun mielisairauden tai mielenterveydenhäiriön vuoksi. Myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveydenhäiriöiden syntyä ennaltaehkäiseväksi, mielenterveystyötä edistäväksi ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä tukevaksi on osa mielenterveystyötä. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 1.) Mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle, ellei lailla toisin säädetä. Aluehallintovirastolle puolestaan kuuluvat mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta omalla toimialueellaan. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 2.) Kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tarve vaatii (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 4).

Kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä terveydenhuoltolain mukaan (2010/1326), osana sosiaalihuoltoa sosiaalihuoltolain (2014/1301) mukaan sekä erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidolain (1989/1062) mukaan sekä tämän mielenterveyslain mukaan (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 3). Mielenterveyslaki on puitelaki, jossa mielenterveyspalveluita ei määritellä. Palvelut järjestetään edellä mainitusti terveydenhuoltolain, sosiaalihuoltolain ja erikoissairaanhoidolain mukaan sekä niiden lisäksi myös lain vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (1989/1062) mukaan (myöhemmin vammaispalvelulaki). Mielenterveyslaki ei mainitse vammaispalvelulakia, mutta on tärkeää tietää, että sitä sovelletaan myös mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla. (Lautala 2014.) Vammaispalvelulakia so-

velletaan mielenterveysongelmista kärsivien kohdalla siksi, että vammaispalvelulain mukaan ”vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämisen toiminnoista.” (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 § 2). Vammaisuuden määrittely ei siis perustu henkilön saamaan diagnoosiin vaan sairauden tai vamman aiheuttamaan haittaan. (Lautala 2014.)

Sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki ovat ensisijaisia ja vammaispalvelulaki ja erityissairaanhoitolaki toissijaisia. Toissijaiseen lainsäädäntöön tukeudutaan, jos ensisijaisen lainsäädännön mukaiset palvelut eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia (Lautala 2014). Sosiaalihuoltolaissa (2014/1301) mielenterveystyö huomioidaan esimerkiksi pykälissä 11 (tuen tarpeet), 14 (tuen tarpeeseen vastaavat sosiaalipalvelut) ja 25 (mielenterveystyö). Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) mielenterveystyö huomioidaan esimerkiksi pykälässä 27 (mielenterveystyö).

Psykiatrian puolella painotus on siirtynyt laitoshoidosta avohoitoon 1980- ja 1990-luvun vaihteessa (Hietaharju – Nuutila 2010: 20). Mielenterveyslaissakin (1990/1116 § 4) sanotaan, että ”mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan”. Tämä, yhdessä laitospaikkojen vähentymisen ja kasvaneen mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyyden kanssa, asettaa psykiatriselle avohoidolle kovat paineet. Mielenterveydenhäiriöt ovat suurin työkyvyttömyydenaiheuttaja 20–40-vuotiailla suomalaisilla. Psykiatrisen hoitotyön järjestelmään kuuluvat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, valtion sairaalat sekä kolmas sektori. (Hietaharju – Nuutila 2010: 19–24.) Kuviossa 1 on esitelty mielenterveystyön hoitojärjestelmä tiivistetysti. Kuvioon on merkitty myös erikoistyöntekijöitä, jotka voivat työskennellä niin avo- että sairaalahoidon puolella.

Psykiatrisen hoitotyön järjestelmän ensimmäinen porraskorkeus on perusterveydenhuolto, jonka toiminta on avohoitoa. Avohoito on ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jonka aikana potilas asuu omassa kodissaan viettämättä pitkiä aikoja laitoksessa tai sairaalassa. Tällöin hoito järjestetään käynteinä esimerkiksi terveyskeskukseen, mielenterveysyksikköön, päiväosastolle tai vaikkapa toimintakeskukseen. Tämän portaan mielenterveystyö kohdistuu koko väestöön ja sen tavoitteena on väestön hyvinvoinnin ja oma-toimisuuden säilyttäminen. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtäviin kuuluvat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden lähettäminen jatkohoitoon tilanteen sitä vaatiessa. (Hietaharju – Nuutila 2010: 19.)



Perusterveydenhuollossa voidaan järjestää myös potilaan lääke- ja jatkohoito. Terveys- asemat tekevät hoitoarvioita potilaan jatkohoidon tarpeesta erikoissairaanhoidon puo- lella ja antavat tarvittaessa läheteen. Mielenterveyshäiriöistä kärsivä henkilö voi hakea apua myös kouluterveyden- tai työterveyshuollosta. Myös esimerkiksi neuvoloissa, sosiaalityössä ja vanhusten kotihoidossa annetaan mielenterveyspalveluita. Mielen- terveystoimistot tai -keskukset toimivat yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaali- toimen kanssa. Ne ovat psykiatrisen avohoidon keskuksia, joiden tavoitteena on nope- an ja asiantuntevan avun tarjoaminen mielenterveyteen liittyvissä ongelmissa. Mielen- terveystoimistojen toiminta koostuu hoito- ja kuntoutustoiminnasta sekä rakentavasta ja ehkäisevästä mielenterveystyöstä. Mielenterveystoimistoihin hakeudutaan läheteellä tai ilman. Hoito on maksutonta ja se on tarkoitettu aikuisväestölle. Psykiatrisilla päivä- osastoilla puolestaan saa tukea ja hoitoa arkisin päiväsaikaan. Päiväosastot ovat hoito- osastoja henkilöille, jotka eivät tarvitse tukea ympärivuorokautisesti. (Hietaharju – Nuu- tila 2010: 19–21.)

Psykiatrisen hoitotyön järjestelmän toinen porras on erikoissairaanhoidon. Jokainen kun- ta kuuluu johonkin Suomen 21 sairaanhoitopiiristä. Sairaanhoitopiirit muodostavat viisi erityisvastuualuetta, joissa on yliopistollinen sairaala tutkimusta, opetusta ja vaativam- paa erikoissairaanhoidon varten. Sairaanhoitopiireissä on usein tämän lisäksi myös aluesairaaloita, jotka tuottavat erikoissairaanhoidon perustason palveluita. Sairaanhoi- topiirit voivat myös ostaa palveluita toisilta sairaanhoitopiireiltä tai yksityisiltä, kolman- nen sektorin palveluiden tuottajilta. Erikoissairaanhoidossa organisaatioon voi kuulua monenlaisia toimintayksiköitä, kuten lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian, psykogeriat- rian ja yleissairaalapsykiatrian osastoja ja poliklinikoita. (Hietaharju – Nuutila 2010: 21– 22.)

Psykiatriset sairaalat tarjoavat sairaalahoitoa vakavista mielenterveydenhäiriöistä ja - sairauksista kärsiville ihmisille. Hoitoon pääsee yleisesti ottaen vain perusterveyden- huollon tai muun tahon lääkärin läheteellä. Mielenterveyspalveluissa painotetaan avo- hoitoa. Potilaat ovat sairaalahoidossa vain sairauden tai kuntoutuksen vaatiman vält- tämättömän ajan, koska potilaiden laitostumista halutaan välttää ja kuntoutumista edis- tää. (Hietaharju – Nuutila 2010: 22.)

Psykiatrisissa sairaaloissa on avo-osastoja ja suljettuja osastoja. Avo-osastoilla potilaat ja vieraat pystyvät liikkumaan vapaasti, mutta suljetuilla osastoilla ovet ovat lukossa.

Suljettujen osastojen potilaat ovat hoidossa vasten tahtoaan tai heidän psyykkinen kuntosensa on niin huono, että valvomatta liikkuminen olisi heille tai muille ihmisille vaaraksi. Osastot jaetaan myös sen mukaan, ovatko ne akuutti- vai kuntoutusosastoja. Akuutti-osastot ovat vastaanotto-osastoja äkillisesti mieleltään niin voimakkaasti häiriintyneille, etteivät avohoidon palvelut ole enää riittäviä. Akuuttiosastoilla hoitajaksot pidetään mahdollisimman lyhyinä; niillä arvioidaan potilaan tila. Kuntoutusosastoilla olevat potilaat ovat useimmiten sairastuneet jo nuorina tai olleet toistuvasti hoidossa vaikeiden oireidensa vuoksi. Kuntoutuksessa potilaita ohjataan kaikessa, mikä estää heidän itsenäistä pärjäämistään. (Hietaharju – Nuutila 2010: 22–24.)

Psykiatriset poliklinikat tarjoavat tutkimusta ja avohoitoa. Potilas saa poliklinikalta lähteen osastohoitoon, jos se on tarpeen. Sairaalahoidon jälkeen poliklinikat toimivat potilaan terapia- ja jatkohoitopaikkoina. Yleissairaалapsykiatrian poliklinikka tarjoaa aikuispsykiatrista konsultaatiota sairaalan muille osastoille toimiessaan useimmiten somaattisen sairaalan yhteydessä. (Hietaharju – Nuutila 2010: 22–24.)

Mielenterveyspalveluja järjestävät myös järjestöt, yhdistykset, yksityissektori ja säätiöt. Palvelu-, hoito- tai tukikodit sekä palveluasunnot ja asuntolat tarjoavat ohjattua ja valvottua asumista tilanteissa, joissa henkilö ei tarvitse enää laitoshoidoa, muttei myöskään selviydy arjesta täysin itsenäisesti. Tämänkaltainen asuminen voi olla pysyvää tai vaihe ennen itsenäistä asumista. Päivätoimintakeskukset puolestaan tukevat mielen-terveyskuntoutujien aktiivisuutta ja sosiaalisia taitoja tarjoamalla kuntoutujalle yhteisön, jossa päiviin on mahdollista saada mielekästä tekemistä ja harjoitella arjessa tarvittavia taitoja. Päivätoimintakeskuksiin tullaan yleensä läheteillä osana jatkohoidtoa. Päivätoimintakeskuksissa toimii ryhmiä, joissa saa vertaistukea. Työtoimintakeskukset taas tarjoavat kuntouttavaa työtoimintaa. (Hietaharju – Nuutila 2010: 24–26.)



Kuvio 1. Mielenterveystyön hoitojärjestelmä (Hietaharju – Nuutila 2010: 25)

## 2.2 Auroran sairaala

Auroran sairaala on Helsingin kaupungin sairaala, joka kuuluu sosiaali- ja terveystalouksissa terveys- ja päihdepalveluiden alle. Auroran sairaalan toiminta sijoittuu mielenterveyspalveluiden järjestelmässä erikoissairaanhoidon alle. Erikoissairaanhoidon palveluita järjestetään niin avohoitona kuin psykiatristen sairaaloiden osastohoitona. Esimerkiksi kuntoutuskoti tai tuettu työtoiminta voi olla osa psykiatristen sairaalan tarjoamaa hoitoa. (Kari – Niskanen – Lehtonen – Arslankoski 2013: 170.)

Auroran sairaala tarjoaa tehostettua tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta silloin, kun potilas tarvitsee tehostettua hoitoa psykiatristen avohoidon rinnalle tai jos muut hoitomuodot ovat riittämättömiä. Psykiatriseen sairaalahoitoon hakeudutaan joko terveyskeskuspäivystyksen tai psykiatristen avohoidon läheteellä. Kiireellisissä tapauksissa hoitoon voi hakeutua myös oma-aloitteisesti päivystysyksikön kautta, joka palvelee niin psykiatrisissa kuin somaattisissakin sairauksissa. Päivystysyksiköt Helsingissä sijaitsevat Haartmanin sairaalassa ja Malmilla. (Sairaalapalvelut n.d.) Auroran sairaalassa on suljettuja osastoja sekä avo-osastoja. Osastot ovat joko akuutti- tai kuntoutusosastoja. Lisäksi Auroran sairaalassa on kuntoutusyksikkö ja avohoitovalmennus, jotka tarjoavat tuettua ja kuntouttavaa asumista. Ne kuuluvat avohoidon palveluihin psykiatristen erikoissairaanhoidon sisällä. Auroran sairaalaan kuuluu psykoosilinja, mielialahäiriö- ja akuuttilinja, mielialahäiriökeskus sekä Auroran liikkuva avohoito. (Pyörre 2016.) Auroran sairaalassa on myös yksikkö, joka tarjoaa fysioterapia- ja liikuntapalveluita potilaille. Auroran sairaalan infektiosairauksien osastot 4 ja 5-2 sekä infektiosairauksien poliklinikka kuuluvat HUS:siin (Infektiosairauksien poliklinikka n.d.).

Moniammatillisuus korostuu mielenterveystyössä. Mielenterveystyön parissa työskenteleviin työryhmiin kuuluu usein lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, psykiatreja, sosiaalityöntekijöitä, toiminta- ja fysioterapeutteja sekä tarpeen mukaan muita asiantuntijoita. (Hietaharju – Nuutila 2010: 17.) Näin on myös Auroran sairaalassa. Potilaita hoitaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu lääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä, sosiaaliohjaajia sekä toiminta- ja fysioterapeutteja. (Pyörre 2016.)

### 2.3 Auroran avohoitovalmennus – kuntouttavaa tukiasumista

Mielenterveyskuntoutujat voivat saada asumispalveluja silloin, kun kotona asuminen ei ole kuntoutujalle mahdollista edes tukipalveluiden avulla. Asumispalvelut voidaan jakaa tehostettuun palveluasumiseen, palveluasumiseen ja tukiasumiseen. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu paljon apua, tukea ja valvontaa tarvitseville; työntekijöitä on paikalla ympäri vuorokauden. Palveluasuminen on tarkoitettu niille, joiden tuen tarve on niin suuri, ettei tukea voida enää järjestää tavalliseen asuntoon. Tukiasuminen puolestaan on tarkoitettu sellaisille, joiden tavoitteena on asua vielä tulevaisuudessa itsenäisesti. Tukiasumisessa asutaan itsenäisesti, mutta saadaan säännöllistä tukea työntekijöiltä. (Kari 2013: 170–171.)

Auroran avohoitovalmennus on osa Auroran sairaalan psykoosilinjan toimintaa. Avohoitovalmennus sijoittuu näin ollen erikoissairaanhoidon ja psykiatrisen sairaalahoidon alle. Avohoitovalmennuksen toiminta on siis psykiatrista erikoissairaanhoidon avohoidon muodossa. Auroran avohoitovalmennus tarjoaa kodinomaisen ympäristön, jossa asukkaita nimensä mukaisesti valmennetaan kohti tilannetta, jossa he pystyisivät asumaan kotona avohoidon toteutuessa psykiatrian poliklinikoilla. (Pyörre 2016.) Näin ollen kuntouttavan ja tuetun asumisen käsitteet kuvaavat avohoitovalmennuksen toimintaa. Kuntoutuksen tavoitteena on usein se, että kuntoutujat pystyisivät asumaan kotona. Jos suoraan osastohoidon jälkeen kotona asuminen ei ole kuntoutujalle mahdollista, on tarjolla avohoitovalmennuksen kaltaisia asumispalveluita, joissa toiminnan tavoitteet ovat kuntouttavia ja toimintakykyä ylläpitäviä. Päiväohjelmat tällaisissa paikoissa sisältävät arjessa tarvittavien tietojen, taitojen, vastuunoton ja vuorovaikutustaitojen harjoittelua. (Kari 2013: 170–171.)

Avohoitovalmennukseen kuuluu kolme rakennusta Auroran sairaalan alueella. Rakennuksista kahdessa rivitalossa on soluasuntoja ja yhdessä kerrostalossa yksiöitä. Viiden hengen soluasuntoja on kahdeksan ja kussakin asuu viisi henkilöä. Yhteensä soluasunnoissa asuu siis 40 asukasta ja yksiöissä 16 asukasta. Yhteensä asukkaita on 56. Puolissa soluasunnoista jokaisella asukkaalla on oma wc ja peseytymistilat huoneensa yhteydessä ja puolissa taas jokaisella on wc omassa huoneessaan mutta suihku on kaikille yhteinen. Oleskelutila, keittiö ja kodinhoituhuone ovat kaikille yhteisiä. Jokaisessa soluasunnossa on kaksi omahoitajaa, jotka ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia tai mielisairanhoitajia. Omahoitajat ovat soluasunnoissa päivittäin virkaaikana ja auttavat asukkaita arjessa selviytymisessä, kuntoutumisessa ja lääk-

keidenotossa. Yksiöasuminen on itsenäisempää, kuin soluasuminen ja sitä voidaan pitää seuraavana askeleena soluasumisen jälkeen. Työntekijät käyvät kotikäynneillä kussakin yksiöissä kerran viikossa sekä asukkaat voivat tulla tapaamaan heitä toimistolle apua tarvitessaan. (Pyörre 2016.)

Auroran avohoitovalmennus on ympärivuorokautisesti tuettu yksikkö, joka tarjoaa psykiatrista kuntoutusta sitä tarvitseville helsinkiläisille. Kuntoutusjaksoa avohoitovalmennuksessa voidaan pitää perusteltuna, jos yksilö tarvitsee tukea arkipäiväisistä toimista selviytymiseen ja sairautensa hoitamiseen. Toiminnan tavoitteena on, että asukas pysyy selviytymään itsenäisesti sekä oppii elämään oireidensa kanssa. Itsenäiseen selviytymiseen kuuluu lääkehoito, päiväohjelma, raha-asioista huolehtiminen, ruuanlaitto, siivoaminen, vaatehuolto ja yhteydenpito läheisiin. Arkielämän harjoittelun lisäksi asukkaiden viikko-ohjelmassa on yksilöllisiä tai ryhmämuotoisia terapeutisia ja koulutusellisia toimintoja, kuten erilaisia oireidenhallintaryhmiä, toimintaterapiaa, fysioterapiaa, liikuntaryhmiä sekä työtoimintaa. Avohoitovalmennus järjestää myös virkistystoimintaa, kuten esimerkiksi retkiä ja tutustumiskäyntejä. (Heikkilä-Aula 2016.)

Avohoitovalmennuksessa asukkaalle tehdään aina hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä viikko-ohjelma. Nämä suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisen työryhmän tuella. Osana kuntoutusta tehdään myös perhetyötä. Kuntoutuksessa noudatetaan yhteisöhoiton periaatteita. Asukkaat osallistuvat yhteisten asioiden suunnitteluun ja käytännön toimintaan. Myös yksiöissä asuttaessa yhteisöllisyys toteutuu erilaisten yhteisten toimintojen muodossa. (Heikkilä-Aula 2016.)

Avohoitovalmennuksessa työskentelee osastonlääkäri, sosiaaliohjaaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 19 hoitajaa, osastonsihteeri ja kaksi laitoshuoltajaa. Hoitajista kahdeksan on koulutukseltaan sairaanhoitajia, yhdeksän lähihoitajia ja kaksi mielisairaanhoitajia. Avohoitovalmennuksen tiimiin kuuluvat myös apulaisylilääkäri, toimintaterapeutti, psykologi, fysioterapeutti sekä liikunnanohjaaja. (Heikkilä-Aula 2016.)

Asukkaat tulevat avohoitovalmennukseen usein Auroran sairaalan osastoilta heidän vointinsa kohentuessa. Avohoitovalmennukseen tulee potilaita myös Kellokosken sairaalasta ja satunnaisesti lastensuojelun eri yksiköistä, kuten oppilaskodeista ja nuorisokodeista. Useimmiten asukkaat asuvat avohoitovalmennuksessa vuodesta kolmeen vuotta, mutta poikkeuksiakin löytyy. Avohoitovalmennuksessa asuminen on vapaaehtoista, joten joissain tapauksissa potilas on kokenut itsensä tarpeeksi terveeksi lähte-

mään jo hyvinkin pian. Avohoitovalmennuksessa on myös ollut asukkaita, jotka ovat asuneet siellä seitsemänkin vuotta. Siirtyessään eteenpäin avohoitovalmennuksen potilaat muuttavat tavallisimmin Niemikotisäätiön jälleenvuokra-asuntoihin. Avohoitovalmennuksesta muutetaan myös tuettuihin asuntoihin ja palvelutaloihin. Harvinaisempaa on, että potilas muuttaa täysin itsenäisesti asumaan, mutta sitäkin tapahtuu. Jokaisella potilaalla edellytetään olevan avohoitokontakti avohoitovalmennuksesta lähtiessään. (Pyörre 2016.)

#### 2.4 Auroran avohoitovalmennuksen kehittäminen

Tässä opinnäytetyössä selvitetään, esiintyykö avohoitovalmennuksessa taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista. Lisäksi tutkitaan sitä, vaikuttavatko sukupuoli, ikä ja/tai edunvalvojan omaaminen edellä mainittuihin ilmiöihin. Kiinnostuksen kohteena on myös se, miksi asukkaat pelaavat tai käyttävät päihteitä ja vaikuttavatko sukupuoli ja ikä siihen, millaisia syitä asukkaat antavat mahdolliselle pelaamiselle ja päihteiden käytölle. Opinnäytetyön tarpeellisuuden selvittämiseksi ja sen tavoitteiden tarkentamiseksi, haastateltiin Auroran avohoitovalmennuksen kahta työntekijää taloudellisesta hyväksikäytöstä, seksuaalisesta hyväksikäytöstä, fyysisestä ja henkisestä väkivallasta, asukkaiden välisistä suhteista, päihteiden käytöstä, vertaistuesta ja ongelmapelaamisesta. Auroran avohoitovalmennuksen työntekijöiden osastonhoitaja Mervi Heikkilä-Aulan (2016) ja sosiaaliohjaaja Riitta Pyörteen (2016) haastattelussa taloudellinen hyväksikäyttö, päihteiden käyttö ja ongelmapelaaminen karsiintuivat ilmiöiksi, joiden olemassaolosta he ovat nähneet viitteitä työnsä lomassa.

Tämä opinnäytetyö on kvantitatiivinen tapaustutkimus. Saatuja tuloksia ei voida suoraan yleistää koskemaan kaikkia Suomen kuntouttavaa asumista tarjoavia paikkoja, mutta tulokset antavat viitteitä taloudellisen hyväksikäytön, päihteiden käytön ja ongelmapelaamisen esiintyvyydestä muuallakin. Tässä opinnäytetyössä keskitytään tuottamaan tietoa, jonka pohjalta Auroran avohoitovalmennus voi kehittää toimintaansa. Kuntouttavan asumisen toimivuuden kannalta on tärkeää tietää, missä määrin avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa esiintyy taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista. Oleellista toiminnan kehittämisen kannalta on myös se, miten taloudellinen hyväksikäyttö, päihteiden käyttö ja ongelmapelaaminen liittyvät ilmiöinä asukkaiden ominaisuuksiin, kuten esimerkiksi ikään ja sukupuoleen. Kun tiedetään, missä määrin ja mitä edellä mainituista ilmiöistä ylipäänsä esiintyy, pystytään asukkaiden kuntoutumista tukemaan paremmin. Opinnäytetyön tulosten perusteella

työntekijät pystyvät kiinnittämään tarkkaavaisuutensa niihin haasteellisiin ilmiöihin, joita avohoitovalmennuksessa esiintyy sekä puuttumaan niihin paremmin. Lisäksi asukkaiden tietoisuutta ilmiöistä ja niiden esiintyvyydestä voidaan lisätä tulosten perusteella. Pelkällä tietoisuuden lisäämisellä pystytään suojelemaan asukkaita esimerkiksi taloudelliselta hyväksikäytöltä, sillä asukkaiden tunnistuessa ilmiön ja sen muodot paremmin osaavat he myös suojella itseään. Myös esimerkiksi päihteiden ja pelaamisen positiiviset vaikutukset voivat korostua silloin, kun tietoa on vähän.

Tämän opinnäytetyön aihe tarkentui osastonhoitaja Heikkilä-Aulan ja sosiaalihoaja Pyörteen kanssa käydyissä keskusteluissa, joiden mukaisesti tässä opinnäytetyössä tutkitaan avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa mahdollisesti esiintyvää taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista. Tämä oli hyvä lähtökohta opinnäytetyölle myös siksi, että avohoitovalmennuksen työntekijöiden olisi haasteellista tehdä tämänkaltainen tutkimus muun muassa resurssien, työntekijä-asukas-suhteiden ja tutkimuksen teon eettisten periaatteiden takia.

### **3 Kohderyhmä ja aiempi tutkimus**

#### **3.1 Kohderyhmä**

Auroran avohoitovalmennuksessa on 56 asukasta. Heistä nuorin on 19-vuotias ja vanhin 62-vuotias. Lähes kaikilla heistä on diagnosoitu skitsofrenia tai joku sen muodoista. Pienellä joukolla asukkaista on kuitenkin diagnosoitu myös vaikea-asteista masennusta, skitsoaffektiivista häiriötä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai kognitiivisia erityisvaikeuksia. Yhdessä edellä mainittujen diagnoosien kanssa pienellä osalla on diagnosoitu myös joko yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, epävakaa persoonallisuus tai pakko-oireinen häiriö. (Pegasos n.d.) Tässä opinnäytetyössä avataan laajemmin kuitenkin vain skitsofreniaa, sillä skitsofreniaa sairastavalla esiintyviä muita psykiatrisia oireita ei luokitella käytössä olevan tautilukituksen mukaan erillisiksi sairauksiksi (Käypä hoito 2016). Muita diagnooseja ei avata myöskään sen takia, että niitä sairastavien määrä on hyvin pieni avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa, eikä kovin tarkka diagnoosien ruotiminen ole muutenkaan oleellista sosiaalialan opinnäytetyön kannalta.



Mielenterveydenhäiriöitä, joissa todellisuudentaju on selvästi vääristynyt ja heikentynyt, nimitetään psykooseiksi. Psykoottisella ihmisellä on huomattavia haasteita toden ja epätoden erottamisessa. Psykooseihin luetaan skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihdepsykoosit, psykoottinen masennus ja skitsoaffektiivinen häiriö. (THL 2015.) Näin ollen kaikkien Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden diagnoosit kuuluvat psykooseihin.

Psykoottisen ihmisen käyttäytyminen ja ajatuksenkulku on yleensä poikkeavaa ja hyvinkin eriskummallista. Psykoottinen ihminen on myös tunne-elämältään poikkeava. Psykooseihin voi kuulua erilaisia näköön, kuuloon, tuntoon, makuun ja hajuun liittyviä aistiharhoja. Aistiharhat ovat aistimuksia, joita koetaan ilman aistimuksen aiheuttajaa eli ulkoista ärsykettä. Yleisimpiä näistä ovat kuuloharhat, jolloin sairastunut yksilö esimerkiksi kuulee jonkun puhuvan hänelle. Psykoosiin voi liittyä myös harhaluuloja, jotka ovat todellisuudesta poikkeavia uskomuksia, jotka tuntuvat sairastuneelle täysin todelta. (THL 2015.) Psykoosiin sairastunut ihminen saattaa tuntea itsensä perusteettomasti vainotuksi tai esimerkiksi pitää itseään poikkeuksellisen tärkeänä henkilönä. Kun ihminen antaa esimerkiksi television juontajalle tai toisen ihmisen eleille harhanomaisia merkityksiä, ovat kyseessä suhteuttamisharhaluulot ja merkityselämykset. (Duodecim 2015.) Edellä mainittuja aistiharhoja, harhaluuloja, suhteuttamisharhaluuloja ja merkityselämyksiä esiintyy myös Auroran avohoitovalmennuksen asukkailla; ne ovat osa arkipäivää ja luovat haasteensa kuntoutukselle.

Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi luokitelluista sairauksista. Se on vakava psykiatrisen sairaus, joka alkaa useimmiten nuorella aikuisiällä. (Duodecim 2015.) Myös avohoitovalmennuksen potilaista noin 49 prosenttia on alle 30-vuotiaita (Pegasos n.d.). Skitsofrenian esiintyvyys on 1,4–4,6 potilasta tuhatta riski-ässä olevaa kohden. Koko väestöstä 0,5–1,5 prosenttia sairastaa skitsofreniaa. Esiintyvyyksistä laskemalla voidaan Suomessa sanoa olevan noin 50 000 skitsofreniapotilasta, joista noin 6 prosenttia on sairaalahoitossa ja 13 prosenttia saa vuoden aikana sairaalahoitoa. Miehillä skitsofrenia puhkeaa yleensä aikaisemmin kuin naisilla. (Käypä hoito 2015.)

Skitsofrenialla on viisi ominaista oireyhtymää. Harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe ja erittäin hajanainen käytös tai selvämotorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys luetaan positiivisiin oireisiin. Negatiivisia eli puutosoireita ovat tunneilmaisujen latistuminen, tahdottomuus ja puheen selvä köyhtyminen. (Duodecim 2015.) Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa (2015) negatiivisiksi oireiksi luetellaan myös kyvyttömyys tuntea mielihy-

vää, vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisten kontaktien puute. Skitsofrenia diagnoosi edellyttää, että yksilöllä on ilmennyt vähintään kuukauden ajan ainakin kahta näistä oireityypeistä sekä yksilön sosiaalisen toimintakyvyn selkeä heikentyminen on kestänyt yhtäjaksoisesti muutaman kuukauden ajan (Duodecim 2015). Akuuttivaiheen oireet ovat yleensä positiivisia ja jälkioireet negatiivisia. Näiden oireiden lisäksi skitsofreniapotilailla esiintyy ahdistus- ja mielialaoireita, itsetuhoisuutta sekä kognitiivisia puutosoireita havainnoinnissa, muistissa, tarkkaavaisuudessa, toiminnan ohjauksessa, tiedon prosessoinnissa ja yleisessä kognitiivisessa suorituskyvyssä. (Käypä hoito 2015.) Tutkimusten perusteella kognitiiviset häiriöt ja puutokset ovat osa sairauden oirekuvaa (Tuulio-Henriksson 2014: 234). Kognitiivisiin häiriöihin paneudutaan tarkemmin seuraavassa kappaleessa 3.2. Avohoitovalmennuksen asukkailla on diagnosoitu paranoidista skitsofreniaa, erilaistumatonta skitsofreniaa, erityisosatekijätöntä skitsofreniaa, määrittämätöntä skitsofreniaa ja tarkemmin määrittelemätöntä psykoottista tilaa.

Kuten tämän kappaleen alussa mainitaan, skitsofreniapotilaalla esiintyviä muita psykiatrisia oireita ei luokitella erillisiksi sairauksiksi. Poikkeuksen tästä kuitenkin muodostavat päihdehäiriöt. Kansainvälisten tutkimusten mukaan joka neljäs skitsofreniapotilaista kärsii alkoholiongelmasta ja joka neljäs on kannabiksen väärinkäyttäjää. Suomalaisissa aineistossa luvut ovat olleet hieman matalampia. Skitsofrenia potilailla esiintyy myös paljon somaattisia sairauksia, kuten aineenvaihduntasairauksia ja sydän- ja verisuonitautteja sekä joissain tapauksissa psykoosilääkkeiden aiheuttamaa painonnousua. (Käypä hoito 2015.) Somaattisten sairauksien ja vaivojen tarkempi läpikäyminen ei ole oleellista tämän opinnäytetyön kannalta, mutta päihdehäiriöihin palataan tarkemmin kappaleessa 3.3.

### 3.2 Kognitiiviset häiriöt

Vakiintuneen käsityksen mukaan psyykkinen sairaus on seurausta aivojen toimintahäiriöstä, jonka puolestaan laukaisee trauma tai psyykkinen haavoittuvuus. Aivojen toimintahäiriö johtaa toimintaesteeseen, jolloin yksilön kyky toimia heikkenee tai katoaa uusi- tai entisestään pahentuneiden kognitiivisten häiriöiden vuoksi. Monella psykoosiin sairastuneella yksilöllä on todettu olleen jo varhaisessa elämänvaiheessa tietynlaista herkkyyttä, joka voi viitata kognitiivisiin häiriöihin. Jos nämä häiriöt jäävät huomaamatta ja hoitamatta, voivat ne johtaa vaikeuksiin, joilla kuormittavissa elämäntilanteissa on mahdollisuus kehittyä psykoosiksi. (Lundin – Ohlsson 2002: 21–22.) Kognitiivinen toi-

mintakyky heikentyy siis usein jo ennen varsinaista sairauden puhkeamista ja häiriöitä voidaan tavata jo lapsuudessa yksilöillä, jotka myöhemmällä iällä sairastuvat skitsofreniaan (Tuulio-Henriksson 2014: 234). Stressi-haavoittuvuusmallin mukaan psykoosialtis yksilö sairastuu kohdatessaan stressiä, jota hänen psyykkiset hallintamekanisminsa eivät pysty käsittelemään. Syynä tähän voi olla puutteellinen neurokognitiivinen suorituskyky, jolloin arkiset toimet kuluttavat suuren osan yksilön voimavaroista kognitiivisten häiriöiden vuoksi. (Berg n.d.: 3.) Tavallisesti yksilö oppii automaattisen käyttäytymistavan arkielämänsä toistuvissa tilanteissa niistä saatujen kokemusten ja johtopäätöksien teko kyvyn avulla (Lundin – Ohlsson 2002: 33).

Skitsofreniaan liittyvät kognitiiviset häiriöt ovat luonteeltaan laaja-alaisia ja vakavia. Muissa psykoottisissa häiriöissä samaa ei ole havaittu yhtä johdonmukaisesti kuin skitsofreniassa. (Tuulio-Henriksson 2014: 233.) Skitsofreniapotilailla esiintyy kognitiivisia puutosoireita havainnoinnissa, muistissa, tarkkaavaisuudessa, toiminnan ohjauksessa, tiedon prosessoinnissa ja yleisessä kognitiivisessa suorituskyvyssä (Käypä hoito 2015). Kognitiivisia häiriöitä voidaan kutsua myös ajatusprosessihäiriöiksi tai häiriöiksi toimeenpaneivissa toiminnoissa. Näillä kaikilla viitataan kyvyttömyyteen suunnitella uusia kokemuksia, ymmärtää ja käsitellä jo saatuja kokemuksia sekä kyvyttömyyteen käydä läpi tapahtuneita asioita. (Lundin – Ohlsson 2002: 20, 33.) Kognitiivisten toimintojen häiriöt voidaan määritellä lyhyesti myös tiedon käsittelyn ja ajatuskulun häiriöiksi. Tällöin kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida yksilön havaintojen käsittelyä ja ohjausta, tiedon luokittelua ja tulkintaa, ongelmien käsittelyä ja ratkaisujen tekemistä tutkimalla. (Berg n.d.: 3.)

Skitsofreniapotilaalla, jolla on kognitiivisia häiriöitä, voi olla vaikeuksia oppia uusia asioita, löytää oikeaa tietoa sekä yleistää saamaansa tietoa. Puutteita voi olla myös aloitetykyssä, kyvyssä jäsentää arkipäivää, motivoida itseään, odottaa tyydytystä, toimia automaattisesti, ylläpitää keskittymistä, jakaa huomiota eri kohteisiin, arvioida omia suorituksiaan, suunnitella ja järjestellä elämäänsä sekä käsittää aikaa ja ymmärtää tekojen ja toimintojen syitä sekä seurauksia. (Lundin – Ohlsson 2002: 34.) Kognitiivisilla häiriöillä on myös suuri merkitys skitsofreniapotilaiden psykososiaalisen sopeutumisen kannalta (Tuulio-Henriksson 2014: 233). Edellä mainitut kognitiivisten häiriöiden aiheuttamat puutteet ovat oleellisia tämän opinnäytetyön kannalta, sillä ne ovat osa teoriaa, jonka pohjalta Auran avohoitovalmennuksen asukkaille jaettavan kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot muodostettiin.

Puutteet aloitekyvyssä näkyvät arkielämässä usein niin, että yksilö toimii normaalisti toisten ihmisten kanssa toimiessaan, mutta on yksin ollessaan passiivinen. Neuropsykologisten tutkimusten mukaan aloitekyky ei välttämättä ole yhteydessä motivaatioon; toisin sanoen aloitekyvytön ihminen saattaa olla hyvinkin motivoitunut mutta ei siitä huolimatta saa mitään tehdyksi. Arkipäivien jäsentämisen kyvyn puutteet tekevät arjesta merkityksetöntä ja turvatonta. Useimmat psyykkisesti terveistä ihmisistä ovat järjestäneet arkensa tietoisesti tai tiedostamattomasti tietyn kaavan mukaan. Kaavan ja jäsentelyn puuttuessa arjen jokapäiväiset toiminnot vaativat suurta ponnistelua. Tällöin voimat eivät riitä niiden toteuttamiseen ja passiivisuus saa vallan. Hieman sama ilmiö tapahtuu, kun yksilöllä on puutteita kyvyssä toimia automaattisesti; jokainen toiminto ja sen vaihe vaativat suunnattomasti energiaa. Jos yksilöllä on puutteita kyvyssä motivoida itseään, ei hänellä ole luultavasti kykyä nähdä, mitä tapahtuu, jos asiat jäävät hoitamatta tai kuinka paljon enemmän ongelmia tekemättä jättäminen synnyttää. Myös kyky odottaa tyydytystä puuttuu monelta psyykkisesti sairastuneelta. Kykyä on vaikea hallita ja se näkyy varsinkin kyvyttömyytenä hoitaa talouttaan; miksi olla käyttämättä koko kuukauden rahoja heti? Mitä hyötyä on rahan säästämisestä tuleviin menoihin? Keskittymiskyvyn puuttuessa yksilö ei puolestaan pysty suodattamaan turhia sisäisiä tai ulkoisia ärsykejä ja keskittymään olennaiseen. Kukaan ei pysty keskittymään loputtoman pitkää aikaa, mutta keskittymiskyvyn ollessa puutteellinen psyykkisen sairauden seurauksena, ei yksilö pysty keskittymään kohtuullista aikaa ilman häiriötekijöitäkään. Monella psyykkisesti sairastuneella on myös vaikeuksia tehdä ja hallita useampaa asiaa samanaikaisesti. Puutteet suunnittelu- ja järjestelykyvyssä voivat puolestaan tehdä esimerkiksi ruuanvalmistuksesta haastavaa, sillä ostoslistan teko ja kaupassa käyminen voivat osoittautua mahdottomuuksiksi ilman suunnittelukykyä. Ajantajun puute vaikeuttaa tekemistään virheistä oppimista, sillä tällöin yksilö ei ymmärrä miten eri tapahtumat johtavat toisiinsa. Yksilö tietää jotain tapahtuneen, mutta hän ei osaa ajoittaa tapahtumaa ja sen seurauksia mihinkään. (Lundin – Ohlsson 2002: 34-40.)

Edellä mainituista kognitiivisten häiriöiden aiheuttamista puutteista varsinkin heikentyneet kyvyt arkielämän jäsentämisessä, tyydytyksen odottamisessa ja itsensä motivomisessa sekä puutteet ajantajussa, voivat liittyä päihteiden käyttöön, ongelmapelaamiseen ja taloudelliseen hyväksikäyttöön. Käyttääkö osa asukkaista uudestaan ja uudestaan päihteitä, koska ei ymmärrä syiden ja seurauksien yhteyttä? Käytetäänkö päihteitä tai pelataanko arkielämän ollessa merkityksetöntä ilman kykyä jäsentää arkea? Onko liiallisen pelaamisen lopettaminen vaikeaa motivaation puutteen takia? Jääkö vuokra maksamatta uudestaan ja uudestaan rahojen mennessä muuhun tai muille, koska asu-

kas ei ymmärrä tapahtumien olevan seurausta toisistaan vai, koska hänellä ei ole kykyä odottaa tyydytystä? Toki päihteiden käytön ja ongelmapelaamisen yhteydessä myös riippuvuudella on suuri merkitys. Tässä opinnäytetyössä ei tutkita kognitiivisten häiriöiden yhteyttä taloudelliseen hyväksikäyttöön, päihteiden käyttöön tai ongelmapelaamiseen, mutta kognitiiviset häiriöt antavat vaihtoehtoja ja selityksiä sille, miksi taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa mahdollisesti tapahtuu.

Yleisesti ottaen kognitiivisilla häiriöillä voidaan sanoa olevan enemmän negatiivisia vaikutuksia skitsofreniapotilaan kokonaisvoinnissa ja arjessa selviytymisessä kuin sairauden muilla oireilla. Tutkimusten avulla voidaan tutkia potilaan heikentyneitä toimintoja, mutta myös jäljelle jääneitä vahvuuksia, joita kuntoutuksen avulla pystytään edelleen kohentamaan. Kognitiivinen toimintakyky heikkenee yleensä jo ennen sairauden varsinaista puhkeamista. Se ei yleensä kuitenkaan heikkene enää sairauden kulussa, vaan pysyy suhteellisen samalla tasolla. Mitä aiemmin sairastuminen on tapahtunut, sitä suuremmat vaikutukset sairastumisella on kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Skitsofreniapotilaiden kognitiivinen toimintakyky voi heiketä ikäännyttäessä nopeammin kuin normaalisti ikäännyttäessä. (Tuulio-Henriksson 2014: 233–234.)

### 3.3 Päihteiden käyttö

Päihteet jaetaan perinteisesti kolmeen ryhmään; alkoholiin, lääkkeisiin ja huumeisiin (Ahtiala – Ruohonen 1998: 96). Joskus myös tietyt elintarvikkeet, kuten tupakka ja kahvi lasketaan päihteisiin, sillä ne sisältävät pieniä määriä päihdyttäviä ja riippuvuutta aiheuttavia aineita. Tässä opinnäytetyössä käytetään kuitenkin ensiksi mainittua määritelmää, sillä alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden käytön tarkastelu on tässä tapauksessa kiinnostavampaa ja mielekkäämpää, kuin kahvin ja tupakan käytön tarkastelu.

Huumeet luokitellaan yleensä huumausaineisiin, teknisiin liuottimiin ja huumaustarkoituksessa käytettäviin lääkkeisiin. Päihdehuoltolaissa päihteellä tarkoitetaan alkoholia tai muuta päihtymistarkoituksessa käytettyä ainetta. Näin ollen päihdehuoltolain mukaan oleellista on siis käyttötarkoitus eikä niinkään yksin aineen kemiallinen vaikutus. Huumausainelain mukaan kaikki aineet, joita käytetään päihdyttämään, ovat laittomia. Laittomiksi huumeiksi luetaan muun muassa kannabis, amfetamiini ja kat, ekstaasi ja muut amfetamiinijohdannaiset, kokaiini ja crack, opiaatit ja opioidit, LSD, sienet, PCP ja DMT. Laillisiksi huumeiksi lasketaan alkoholi, lääkkeet ja tekniset liuottimet, joita voi-

daan käyttää päihtymiseen mutta jotka eivät ole huumausainelain mukaan kiellettyjä. (Ahtiala – Ruohonen: 1998: 96–127.) Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tarkemmin alkoholia, huumaustarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä sekä huumeista kannabista. Muuten huumeita käsitellään yhteisenä ryhmänä, sillä ei ole tarkoituksenmukaista tarkastella kaikkia erilaisia huumeita. Tämä johtuu osittain myös siitä, että avohoitoväestön asukkaille jaettavan kyselylomakkeen kysymykset koskevat vain alkoholia ja muuten yleisesti päihteitä. Näin kyselylomakkeen on ajateltu ”pelottavan” asukkaita vähemmän. Laittomista huumeista tarkasti kysyminen voisi hyvinkin johtaa katoon vastauksissa. Kannabis on kuitenkin yleisin laittomista huumeista (Ahtiala – Ruohonen 1998: 108) ja tutkimusten mukaan joka neljäs skitsofreniaa sairastavista on kannabiksen väärinkäyttäjä (Käypä hoito 2015), joten kannabiksen tarkempi tarkastelu katsottiin tarkoituksenmukaiseksi.

Kannabis on yleisin laittomista huumeista. Sen käyttäjät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. Kannabistuotteisiin lukeutuvat hasis ja marihuana, jotka ovat eri osia *Cannabis sativa* -hamppukasvista. Hasis poltetaan tavallisimmin sätkästä tai piipusta tupakkaan sekoitettuna, niin kuin myös marihuana. Hasis voidaan nauttia myös esimerkiksi leivonnaisten joukossa ja hasisöljyä voidaan sekoittaa esimerkiksi juomaan. Kannabis vaikuttaa kahdella tavalla; akuutisti ja kroonisesti. Akuutti vaikutus on päihtymystila, jonka laatu vaihtelee käytetyn kannabiksen laadun ja käyttäjän ominaisuuksien mukaan. Niin sanotusti huonolaatuisen kannabiksen päihtymystila on usein ulospäin näkyvä nuokkuminen, asioiden jauhaminen ja omiin kuvitelmiin vajoaminen. Hyvälaatuisen kannabiksen tuottama päihtymystila ei välttämättä näy lainkaan ulospäin; se kuitenkin tuo käyttäjälleen hyvinolontunteen, tunteen itsetunnon kohoamisesta, rennon olotilan ja hallusinogeenisen vaikutuksen. Joihinkin kannabis ei tunnu tehoavan ja jotkut tuntevat olonsa epämiellyttäväksi tai vainoharhaisiksi. Äärimmäisessä tapauksessa kokeilija voi joutua psykoosia muistuttavaan tilaan. Kannabiksen aiheuttamia myönteisiä kokemuksia ovat muun muassa rauhallisuus, positiivisuus, aistimusten voimistuminen, vilkas ajatustenjuoksu ja lisääntyneiden assosiaatioiden määrä sekä lisääntynyt luovuuden ja tietoisuuden määrä. Käytön jatkuessa ja kertojen tihentyessä myönteisten kokemusten määrä vähenee ja käyttökertojen väliin jäävä vaihe muuttuu passiivisemmäksi. (Ahtiala – Ruohonen 1998: 108–110.) Kroonisen tilan kehittyminen vaihtelee kuukausista vuosiin ja riippuu käyttäjän ominaisuuksista sekä käytettävistä määristä. Kun käyttö on kroonista, syvenee käyttökertojen väliin jäävä passiivinen vaihe. Vasta poltettuaan kannabista käyttäjä kokee olonsa normaaliksi, ja ilman kannabista käyttäjän on vaikea saada aikaiseksi mitään. Kroonistumisen oireita ovat myös erilaiset kog-

nitiivisen toiminnan häiriöt, joista puhutaan tarkemmin tämän opinnäytetyön luvussa 3.2. Kognitiivisen toiminnan häiriöiden oireita ovat muun muassa käyttäjän vaikeudet tehdä johtopäätöksiä, seurata keskusteluja, keskittyä, muistaa asioista ja selviytyä arjen ongelmatilanteista. Kannabiksen säännöllinen käyttö madaltaa ärsyyntymiskynnystä, heikentää vuorovaikutustaitoja ja aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia, jotka voivat johtaa jopa psykoosiin. (Ahtiala – Ruohonen 1998: 110–111.)

Alkoholi on Suomen yleisin päihde sekä aine, jolla muidenkin päihteiden käyttö tavallisesti aloitetaan (Ahtiala – Ruohonen 1998: 99). Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kolmeen luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Näistä luokista alkoholiriippuvuus voidaan määritellä Suomessa kansansairaudeksi yleisyytensä vuoksi. Aikuisista suomalaisista alkoholiriippuvaisia on 7 prosenttia miehistä ja 2 prosenttia naisista. Alkoholin ongelmakäyttö riippumatta siitä, minkä luokan ongelmakäytöstä puhutaan, on uhka yksilön terveydelle ja hyvinvoinnille. Alkoholin ongelmakäytöstä puhutaan silloin, kun juomiseen liittyy jonkinlainen haitta tai yksilöllä on huomattava riski saada jokin alkoholin aiheuttama haitta. Alkoholiriippuvainen yksilö ei enää yrityksistään huolimatta pysty hallitsemaan juomistaan eikä estämään siitä tulevia haittoja. Se on oireyhtymä, jonka kohdalla tavataan juomisen pakonomaisuutta, vieroitusoireita, toleranssin kasvua sekä juomisen jatkumista haitoista huolimatta. Riskikäytön kohdalla riskikäytön rajat ylittyvät, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei vielä ole. Alkoholin haitallisessa käytössä yksilöllä on selkeitä alkoholin aiheuttamia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja mutta riippuvuutta ei vielä ole. (Aalto 2015: 7–9.) Alkoholin aiheuttamat haitat voivat olla sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä. Ne voivat kohdistua yksilöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan. Alkoholin terveyshaitat voivat olla niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin. Sosiaalisiiin haittoihin kuuluvat muun muassa ihmissuhdeongelmat ja syrjäytyminen. (Aalto 2015: 13.) Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka paljon ja mistä syistä alkoholia ja muita päihteitä Auroran avohoitovalmennuksessa käytetään huolimatta siitä, että se on kiellettyä, eikä niinkään siitä, millä tasolla avohoitovalmennuksen asukkaiden alkoholin käyttö on.

THL:n tutkimusten mukaan 7 prosenttia suomalaisista on joskus kokeillut tai käyttänyt rauhoittavia lääkkeitä, unilääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnällisessä tarkoituksessa (Karjalainen – Hakkarainen 2013). Tällöin puhutaan lääkkeiden väärinkäytöstä. Lääkkeiden päihdekäyttö on myös lääkkeiden väärinkäyttöä. Se on yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa ja painottuu vanhempiin ikäluokkiin. Kuitenkin myös nuorten kohdalla lääkkeiden päihdekäyttö näyttäytyy alkoholin jälkeen toiseksi yleisempänä

päihdeongelmana yhdessä alkoholin ja lääkkeiden sekakäytön kanssa. On arvioitu, että lääkkeiden päihdekäyttöön altistavat persoonallisuushäiriöt, perinnölliset tekijät, vanhempien päihdyttävä lääkkeiden käyttö sekä kaveripiirin painostus. (Ahtiala – Ruohonen 1998: 101–102.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoihin on sisällytetty kaverien painostus, sillä avohoitovalmennuksen asukkaat ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa asuintovereidensa kanssa. Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita siitä, missä määrin lääkkeiden päihdekäyttöä on skitsofreniaa sairastavien keskuudessa, sillä käytännössä kaikilla avohoitovalmennuksen asukkailla on lääkärin määräämä psyykenlääkitys. Suurin osa päihteinä käytetyistä lääkkeistä ovatkin lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä. Niistä yleisimpiä päihdyttävässä tarkoituksessa käytettyjä lääkeaineryhmiä ovat psyykenlääkkeisiin kuuluvat bentsodiatsepiinit ja barbituraatit, joita käytetään väärin niiden rentouttavan, rauhoittavan, ahdistusta vähentävän ja nukahtamista helpottavan vaikutuksen takia. Isoina annoksina ne aiheuttavat päihtymystilan. (Ahtiala – Ruohonen 1998: 102.) Lääkkeitä voidaan käyttää väärin käyttämällä niitä liikaa, päihdyttävässä tarkoituksessa tai sekaisin alkoholin tai huumeiden kanssa. Näiden lisäksi yksi lääkkeiden väärinkäytön muoto on lääketottumus, jolla tarkoitetaan lääkkeen käytön jatkamista, vaikka sairaus, johon lääke on määrätty, on jo parantunut. (Ahtiala – Ruohonen 1998: 101–102.)

### 3.4 Ongelmapelaaminen

Tässä luvussa teoriaa esitellään paljolti rahapelaamisen ja rahapeliongelmien näkökulmasta. Samaa teoriaa voidaan kuitenkin soveltaa myös muunlaiseen ongelmapeleamiseen, sillä ilmiöt ovat pitkälti samoja. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa on kysymyksiä liittyen suoranaiseen rahapelaamiseen, tietokonepelaamiseen ja konsolipelaamiseen.

Rahapelejä on paljon erilaisia. Yhteistä niille kuitenkin on se, että pelin lopputulos perustuu ainakin osittain sattumaan ja pelin panos sekä palkinto, ovat rahaa tai rahaan verrattavia. Internetissä on tänä päivänä paljon pelejä, jotka ovat lähellä tätä määritelmää mutta eivät kuitenkaan sovi siihen täysin. Taitopelisivustoilla (*skill gaming*) pelaajat pelaavat toisiaan vastaan erilaisia viihdepelejä, joissa on rahapanokset. Tällaisten pelien lopputulokset eivät perustu sattumaan, joka on syy sille, miksi ne eivät sovi saman määritelmän alle kuin perinteiset rahapelit. Pelaajat voivat kuitenkin saada tällaisista viihdepeleistä samankaltaisia kokemuksia kuin rahapeleistä. Internet- ja onlinepelaaminen on Suomessa kansainvälisesti katsottuna suhteellisen suosittua (Kinnunen



– Jaakkola 2015: 35–36, 42). Myös sosiaalisissa verkostoissa pelaaminen on yleistynyt. Tällöin pelin ansaintalogiikat voivat muuttua; itse pelaaminen tapahtuu leikkirahalla, mutta oikeaa rahaa saatetaan kuluttaa erilaisiin virtuaalihyödykkeisiin ja pelin uusiin ominaisuuksiin, jotka hyödyttävät pelaajaa pelissä. (Kinnunen – Jaakkola 2015: 44.) Tällaisia ominaisuuksia on myös monissa konsoli- ja internetpeleissä, joita avohoitovalmennuksen työntekijät uskovat nuorien asukkaiden pelaavan. Pelit voidaan jaotella peleihin, joiden lopputulos määräytyy onnella, taidolla tai tiedolla ja taidolla. Esimerkiksi raha-automaattipelit ovat onnenpelejä, kun taas pokerissa yhdistyvät tieto ja taito. (Kinnunen – Jaakkola 2015: 35–36.)

Rahapelaaminen ja sen tuoma jännitys ovat aina kiehtoneet ihmisiä. Suomessa rahapelejä pelataankin aktiivisesti; yli 75 prosenttia väestöstämme on pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana ja noin 1 prosentti suomalaisista kärsii riippuvuudesta rahapelien pelaamiseen. Pelitoiminnan tuottoja pidetään tärkeänä tulonlähteenä, mutta rahapelien on katsottu aiheuttavan myös esimerkiksi velkaantumista, riippuvuutta ja jopa rikollisuutta. (Alho – Lahti 2015: 8–9.) Rahapeliongelma puhutaan silloin, kun sen katsotaan aiheuttavan yksilöön, yhteisöön tai yhteiskuntaan kohdistuvia haittoja. Noin 2,7 prosentilla suomalaisista on rahapeliongelma, joka pitää sisällään myöhemmin erikseen luokitellut ongelmapelaamisen ja rahapeliiriippuvuuden. Suomessa miehillä on enemmän rahapeliongelmia kuin naisilla, sillä 78 prosenttia rahapeliongelmaisista on miehiä. Rahapelaamiseen liittyy erilaisia haittoja, jotka ovat erilaisia ja eriasteisia seurauksia rahapeliongelmistä. Niitä ovat sairauksiin ja terveysongelmiin liittyvät haitat, päihdeongelmat, sosiaaliset haitat sekä talouteen ja työhön liittyvät haitat. Edellä mainitut ovat tarkemmin eritelty seuraavassa kuviossa. (Alho – Lahti 2015: 10–11.)

Sairaudet ja terveysongelmat	Ongelmapelaaminen
	Rahapeliiriippuvuus
	Heikentynyt terveydentila, pitkäaikaissairaudet
	Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt
	Stressi, unettomuus
	Itsemurhat
Päihdeongelmat	Alkoholin ja tupakan ongelmakäyttö
	Muiden päihteiden ja lääkkeiden ongelmakäyttö
Sosiaaliset haitat	Avio- ja perheongelmat
	Ihmissuhdeongelmat
	Rikollisuus
Talouteen ja työhön liittyvät ongelmat	Velkaantuminen
	Työelämän ongelmat

Kuvio 2. Rahapelaamiseen liittyviä haittoja yksilölle (Alho – Lahti 2015: 11)

Rahapelaamisen aste luokitellaan hallittuun pelaamiseen, riskitason pelaamiseen, ongelmapelaamiseen ja diagnostisesti määriteltävään rahapeliriippuvuuteen. Termi rahapeliriippuvuus on yleiskäsite ongelmapelaamiselle (*problem gambling*) ja rahapeliriippuvuudelle (*gambling disorder*). Riskitason rahapelaajia on Suomessa 13 prosenttia väestöstä. Riskipelaamisen katsotaan olevan runsasta rahapelaamista, joka ei kuitenkaan vielä aiheuta varsinaisia haittoja, mutta joka usein ajautuu rahapeliongelman puolelle ajan kuluessa. Henkilön pelatessa rahapelejä vähintään kolmena päivänä viikossa lasketaan hänen toimintansa riskitason pelaamiseen. Ongelmapelaamisella tarkoitetaan rahapeliriippuvuutta lievempää tilaa, johon liittyy jo monia haittoja, kuten fyysisiä, psyykkisiä ja taloudellisia ongelmia. Ongelmapelaajia on Suomessa 1,7 prosenttia. (Alho – Lahti 2015: 11–13.) Pelihimo ja patologinen pelaaminen tarkoittavat samaa pelaamisen tasoa kuin rahapeliriippuvuus, josta kärsii 1 prosentti suomalaisista. Tällä tasolla pelaaja ei enää pysty kontrolloimaan pelaamistaan ja tämän seurauksena laiminlyö perustarpeitaan ja velvollisuuksiaan. Tämän tason rahapelaaminen aiheuttaa yksilön fyysisen ja psyykkisen terveyden laaja-alaista heikentymistä, sosiaalisten suhteiden kärsimistä ja yleensä myös velkaantumista. Rahapeliriippuvuudella on myös ICD-tautiluokituksen mukaiset lääketieteelliset diagnostiset kriteerit. (Alho – Lahti 2015: 11–13.) Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita siitä, minkälaisia pelaamisen muotoja avohoitovalmennuksessa esiintyy ja mitä syitä pelaamiselle annetaan. Pelaamiselle annetut syyt voivat antaa viitteitä siitä, minkä asteista pelaamista avohoitovalmennuksessa on, vaikkei siitä suoranaisesti tässä opinnäytetyössä ollakaan kiinnostuneita.

Rahapelien haittariskeihin vaikuttavat piirteet ovat luokiteltu pelin tahtiin, peli- ja panosvalikoimaan, pelin palkitsevuuteen, pelituotteen tarjontaan ja lisähoukutuksiin. Nopeat pelit koukuttavat ja aiheuttavat isomman riskin rahapeliongelmaan kuin hidastempoiset pelit. Haittariskien kannalta myös riittävän tiheiden toistojen mahdollisuus on oleellinen seikka. Tämän opinnäytetyön kannalta oleellisin haittariskeihin vaikuttavien piirteiden luokka ovat lisähoukutukset, jotka pitävät sisällään taidon merkityksen pelaamisessa, pelin sääntöjen ja toimintalogiikan selkeyden pelaajalle, peliin liittyvät sosiaaliset elementit, ”läheltä piti” -tilanteiden esiintyvyyden sekä pelin visuaalisuuden ja efektit. (Kinnunen – Jaakkola 2015: 40–41.) Interaktiivisilla elementeillä ja edellä mainituilla läheltä piti -tilanteilla voidaan tehostaa pelaajien kokemaa hallinnan tunnetta, joka koukuttaa pelaajaa (Kinnunen – Jaakkola 2015: 45). Näitä elementtejä on pyritty yksinkertaistusti tuomaan esiin kyselylomakkeen vastausvaihtoehdoin ”se on harrastukseni” ja ”haluan tulla siinä paremmaksi”. Näiden vastausvaihtoehtojen on ajateltu kuvaavan aina-

kin taidon merkitystä pelaamisessa sekä toimintalogiikan ymmärtämisen merkitystä. Edellä mainittu lisähoukutukset -luokka pitää sisällään myös kanta-asiakkuusohjelmat ja mahdollisuudet vapaapeleihin, mutta ne on jätetty kyselylomakkeesta pois. Kyselylomakkeessa keskistytään pelaamisen syihin, joiden oletetaan olevan kaikista yleisimpiä syitä pelaamiselle.

Rahapeliongelman piirteet ovat moninaisia. Sen diagnostiikka ei ole yksinkertaisimmasta päästä, sillä rahapeliongelmassa on paljon piirteitä, jotka viittaavat eri sairauksiin. Epävakaan persoonallisuuden ja etenkin impulssikontrollin häiriön piirteet liittyvät tyypillisesti rahapeliongelmaan. Siinä on nähtävissä myös päihteidenkäytölle ominaisia piirteitä, kuten vaikeuksia pidättäytyä pelaamisesta sekä pakonomainen halu pelata. Huomattavalla osalla rahapeliongelmaisista onkin myös päihdeongelma. Tietyt aivorakenteet liittyvät yhtälailla rahapelaamiseen, impulsiiviseen käyttäytymiseen kuin päihteiden käyttöönkin. Rahapelaamisen tuottama jännitys, voitot ja muut tekijät koetaan palkitseviksi ja mielihyvää tuottaviksi siinä, missä myös päihteiden käytön ensisijaisena syynä pidetään mielihyvää tuottavia ja tunnetiloja muovaavia vaikutuksia. Kumpaankin liittyy myös tietynlainen toleranssin kehittyminen ja herkistyminen, vaikkei niitä peliriippuvuuden keskeisinä piirteinä pidetäkään. (Kiiänmaa 2015: 51–56.) Rahapeliongelmaisille yleinen päihteiden käyttö koskee huumeita, alkoholia, psykoaktiivisia lääkkeitä ja tupakkaa. Kansainvälisten tutkimusten mukaan 35–76 prosenttia rahapeliongelmaisista polttavat tupakkaa, noin 50 prosenttia täyttävät alkoholiriippuvaisuuden kriteerit ja muita psykoaktiivisia aineita käyttävät 40 prosenttia. Suomessa luvut ovat kuitenkin pienempiä, kuten seuraavasta taulukosta näkee. (Heinälä 2015: 95, 98.)

Riippuvuus	Yleisyys (%)
Nikotiiniriippuvuus	60
Alkoholiriippuvuus	28
Huumausaineriippuvuus	17

Kuvio 3. Päihdeongelmien yleisyys rahapeliongelmaisilla (Alho – Castren – Lahti 2015: 103)

Myös perimän ja ympäristön vaikutukset ovat samankaltaisia niin päihde- kuin peliriippuvuudessa; tutkimusten mukaan perintötekijät vaikuttavat rahapelaamisen muuttumisessa ongelmapelaamiseksi. Tutkimukset kertovat myös eräiden mielenterveydenhäiriöiden yleisyydestä rahapeliriippuvaisten keskuudessa. (Kiiänmaa 2015: 57–58.) Rahapeliongelmaan vaikuttavia psykologisia tekijöitä tunnetaan useita. Esimerkiksi

kilpailuhenkisyys, jännityshakuisuus, epäsosiaalisuus ja impulsiivisuus ovat tällaisia persoonallisuuden piirteitä. Mielenterveysongelmia, yksinäisyyttä ja ahdistusta saateetaan paeta rahapeleihin. (Castren – Lahti – Salonen 2015: 60.) Varsinkin masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä persoonallisuushäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti rahapeliongelman kanssa. Heikko impulssikontrolli puolestaan liittyy niin edellä mainittuihin kuin muihin muihinkin psykiatrisiin häiriöihin. (Heinälä 2015: 99–101.)

Myös sosiaalisella ympäristöllä on merkittävä vaikutus rahapeleihin koukkuun jäämisessä. Osa Auroran avohoitovalmennuksen asukkaista on kiinteässä vuorovaikutuksessa asuintovereidensa kanssa. Näin ollen etenkin nuorten parissa mahdollisesti esiintyvä sosiaalinen paine on huomioitava avohoitovalmennuksen asukkaita tutkittaessa. Toisaalta joillain heistä ei mielenterveysongelmista johtuen ole välttämättä paljoakaan sosiaalisia suhteita ja myös sosiaalisten verkostojen puuttuminen voi johtaa rahapeliongelmaan. Yksilö saattaa kokea rahapelien tuovan helpotusta yksinäisyyteen, alakuloisuuteen ja masentuneisuuteen. (Järvinen-Tassopoulos 2015: 63–64.)

Edellä mainittuja asioita on hyödynnetty tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa. Muun muassa kysymyksestä pelaamisen syistä löytyvät vastausvaihtoehdot ”olen yksinäinen”, ”se vie ajatukseni muualle” ja ”se rentouttaa”. Nämä vaihtoehdot pyrkivät kuvaamaan pelien tuomaa koettua ”helpotusta” mielenterveysongelmien kanssa esiintyviin haasteisiin.

Rahapeliongelma voi johtaa myös taloudellisiin vaikeuksiin ja lopulta rikoksiin. Peliongelman pahentuessa taloudelliset vaikeudet yleensä alkavat ja yksilö on saattanut käyttää kaikki varansa sekä erinäisiä kulutusluottoja pelaamiseen. Rahapeliongelmaan liittyvä omaisuusrikos tehdään tavallisesti pelaamisen rahoittamiseksi. Rikokseen ajautetaan, kun pelaamisen rahoittaminen ei onnistu enää laillisin keinoin. Yleisiä rikoksia ovat esimerkiksi maksuvälinepetokset ja luoton ottaminen luvattomasti helpoiten saatavilla olevaa identiteettiä hyödyntäen. Tässä kohtaa rahapeliongelmaisen läheiset voivat joutua rikoksen uhriksi. Myös internetpankit ja -kasinot tekevät identiteetin varastamisesta tai muokkaamisesta helpompaa. (Lind 2015: 27–28.) Ennen mahdollisia rikoksia on ongelmapelaaja luultavasti lainannut rahaa ystäviltaan ja perheenjäseniltään. (Castren – Lahti 2015: 70.)

Muun muassa velkaantuminen voi aiheuttaa monenlaisia terveysongelmia, kuten stressioreilua, alakuloisuutta, päänsärkyä ja unettomuutta (Castren – Lahti 2015: 70). Jatkuvan rahapulan takia niukentunut ruokailu heikentää yleiskuntoa, joka puolestaan altistaa monille sairauksille. Rahapula vaatii yksilöä tinkimään muista tekemisistä, joka voi vahingoittaa ihmissuhteita. Huoli taloudellisista asioista ja sosiaalisten suhteiden kaventumisesta aiheuttavat stressiä, joka voi puolestaan näkyä muun muassa unettomuutena. (Heinälä 2015: 95.)

### 3.5 Taloudellinen hyväksikäyttö

Taloudellisesta hyväksikäytöstä puhutaan usein myös termillä taloudellinen väkivalta. Näin ollen väkivallan määrittely on tarkoituksenmukaista tässä kappaleessa. Maailman terveysjärjestö WHO (2002) määrittelee väkivallan fyysisen voiman tai vallan tahalliseksi käytöksi tai sillä uhkaamiseksi, joka kohdistuu toiseen yksilöön, ryhmään, yhteisöön tai ihmiseen itseensä ja joka johtaa tai joka voi johtaa suurella todennäköisyydellä kuolemaan, fyysiseen tai psyykkiseen vammaan, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen. Tämän määritelmän mukaan väkivalta liittyy nimenomaan itse tekoon eikä sen lopputulokseen. Näin ollen tahattomat teot jäävät määritelmän ulkopuolelle. (WHO 2002: 21.)

Väestöliitto (2016) jakaa väkivallan fyysiseen, henkiseen ja seksuaaliseen väkivaltaan. Henkisen väkivallan alamuodoiksi määritellään myös hengellinen ja taloudellinen väkivalta. Väestöliiton sivuilla väkivaltaa katsotaan lähinnä parisuhteen näkökulmasta ja näin ollen myös taloudellinen väkivalta määritellään niin, että puoliso päättää taloudellisen väkivallan tapauksessa yksin raha-asioista, antaa toiselle nöyryyttävän vähän käyttörahaa tai vaatii pikkutarkan selityksen ja erittelyn kaikista toisen rahanmenoista.

Naisten Linjan (2015) sivuilla väkivalta jaetaan fyysiseen, henkiseen, seksuaaliseen ja taloudelliseen väkivaltaan. Taloudellinen väkivalta määritellään taloudelliseksi kontrolloinniksi, jolloin yksilön rahoja käytetään ilman lupaa, yksilö painostetaan ottamaan velkaa tai sopimaan epäedullisia sopimuksia itsensä kannalta, yksilön pankkikortin käyttämistä rajoitetaan, yksilön omaisuutta tuhotaan, yksilön työssä käyminen tehdään vaikeaksi, elatusapua pimitetään tai toinen tekee taloudelliset päätökset yksin.

Suvanto ry:n (n.d.) sivuilla ikäihmisten kaltoinkohtelu jaetaan fyysiseen, henkiseen, emotionaaliseen ja hengelliseen väkivaltaan sekä seksuaaliseen ja taloudelliseen hy-

väksikäyttöön ja hoidon sekä avun laiminlyöntiin. Taloudellisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan yksilön rahojen tai omaisuuden luvatonta käyttöä, myymistä tai hävittämistä sekä rahojen tai omaisuuden kiristämistä esimerkiksi uhkailemalla väkivallalla tai hylkäämisellä. Taloudellista hyväksikäyttöä on myös yksilön avun tarpeen, luottamuksen, hyväntahtoisuuden tai sairauden takia alentuneen arviointikyvyn hyväksikäyttö taloudellisen hyödyn saamiseksi.

Lehtonen ja Perttu (1999) ovat puolestaan tarkastelleet taloudellista väkivaltaa kirjassaan Naisiin kohdistuva väkivalta. He määrittelevät väkivallan yksilön tahdon, tarpeiden ja toiveiden hallitsemiseksi sanallisin ja/tai sanattomin teoin, jotka loukkaavat yksilön fyysistä, psyykkistä ja/tai sosiaalista itsemääräämisoikeutta. Heidän mukaansa väkivalta voidaan määritellä myös yksilön tai ryhmän suorana tai epäsuorana fyysisen, psyykkisen tai moraalisen voiman käyttönä toista yksilöä, ryhmää tai tavaraa kohtaan. Väkivaltaa käytettäessä pyritään saavuttamaan valtaa ja näin ollen väkivalta voidaankin määritellä myös käyttäytymiseksi, jonka tarkoituksena on kontrolloida, hallita sekä ilmaista auktoriteettia ja valtaa. (Lehtonen – Perttu 1999: 9.) Kirjassa väkivallan muodoiksi luetaan niin fyysinen, henkinen, hengellinen, seksuaalinen, taloudellinen ja latentti eli piilevä väkivalta sekä hoidon ja huolenpidon laiminlyönti että syrjintä. Taloudellisen väkivallan nähdään ilmenevän kiristämisenä, kavaltamisena, harhauttamisena ja/tai rahankäytön kontrolloimisena. (Lehtonen - Perttu 1999: 36–45.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä taloudellinen hyväksikäyttö, vaikka samaa ilmiötä kuvataan myös termillä taloudellinen väkivalta, kuten yllä olevista määritelmistä näkee. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa taloudellista hyväksikäyttöä tutkitaan seuraavista näkökulmista: varastaminen, kiristäminen, rahan käyttöön painostaminen sekä yksilön avun tarpeen, luottamuksen, hyväntahtoisuuden tai sairauden takia alentuneen arviointikyvyn hyväksikäyttö taloudellisen hyödyn saamiseksi. Kiristämisen kohdalla vaihtoehdoiksi annetaan väkivallalla ja hylkäämisellä uhkaamista taloudellisen hyödyn saamiseksi, sillä varsinkin porukasta eristäminen vaikuttaisi todennäköiseltä uhkaukselta avohoitovalmennuksen kaltaisen yhteisöasumisen kohdalla.

## **4 Päihteiden, pelien ja taloudellisen hyväksikäytön esiintyvyys Auroran avohoitovalmennuksessa**

### 4.1 Työntekijöiden näkemys

Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa on tavattu päihteiden käyttöä, taloudellista hyväksikäyttöä ja ongelmapelaamista, tai vähintäänkin viitteitä niistä. Aiempaa tutkimusta taloudellisesta hyväksikäytöstä, päihteiden käytöstä tai ongelmapelaamisesta kuntouttavassa asumisessa ei tätä opinnäytetyötä kirjoitettaessa juuri löytynyt. Myöskään tutkimusta niiden esiintyvyydestä sairaalassa, laitoksessa tai muussa sellaisessa ympäristössä, jota voisi kuntouttavan asumisen ympäristöön joksikin verrata, ei löytynyt. Esittelen tässä luvussa siis tarkemmin sitä, millaisia ajatuksia osastonhoitaja Mervi Heikkilä-Aulalla (2016) ja sosiaaliohjaaja Riitta Pyörteellä (2016) on päihteiden käytön, taloudellisen hyväksikäytön ja ongelmapelaamisen esiintyvyydestä Auroran avohoitovalmennuksessa.

Auroran avohoitovalmennuksen asukkaiden keskuudessa tiedetään olevan taloudellista hyväksikäyttöä. Siihen liittyviä tapauksia on jouduttu selvittämään työntekijöiden toimesta. Sitä ei tapahdu päivittäin mutta valitettavan yleiseksi sitä kuitenkin kuvataan. Taloudellisen hyväksikäytön tarkkaa määrää on mahdotonta arvioida, sillä työntekijät eivät välttämättä ole siitä tietoisia. Taloudelliseen hyväksikäyttöön oletetaan syyllistyvän useimmiten sama pieni osa asukkaista. Myös avohoitovalmennuksen entiset asukkaat käyvät joskus tapaamassa vanhoja asuintovereitaan. Näin taloudellinen hyväksikäyttö voi tulla avohoitovalmennukseen muualtakin kuin nykyisten asukkaiden keskuudesta. Avohoitovalmennuksessa oletetusti tapahtuvalla taloudellisella hyväksikäytöllä on erilaisia muotoja. Taloudelliseen hyväksikäyttöön syyllistyvät asukkaat vetoavat toisten asukkaiden tunteisiin esimerkiksi kertomalla, ettei heillä ole varaa ostaa ruokaa. Myös rahan yletöntä lainaamista ilman sovittua palautuspäivämäärää sekä hyödykkeiden ostamiseen pakottamista ilmenee. Joskus on herännyt epäilyksiä myös siitä, että asukkaat tekisivät toisilleen palveluksia rahapalkkiota vastaan; esimerkiksi siivoaisivat maksajan huoneen. Avohoitovalmennuksessa on ilmennyt joskus myös varastamista, joskin sen määrä on huomattavasti vähäisempää kuin muun taloudellisen hyväksikäytön. Auroran sairaalan muilta osastoilta avohoitovalmennuksessa vierailleet ihmiset ovat myös syyllistyneet joskus varastamiseen. (Heikkilä-Aula - Pyörre 2016.)

Auroran avohoitovalmennuksessa tiedetään olevan päihteiden käyttöä. Varsinkin syksystä 2015 alkaen päihteiden käyttö on lisääntynyt lähes viikoittaiseksi ongelmaksi. Syyksi päihteiden käytön lisääntymiselle epäillään muun muassa nuorten asukkaiden määrän kasvua. Kun nuoria on useampi, houkuttaa kielletty päihteiden käyttö ryhmässä enemmän. Heikkilä-Aulan ja Pyörteen (2016) mukaan päihteiden käyttöön liittyy usein tietynlaista ”kapinahengen” nostattamista, oman edun tavoittelua ja toisten valjastamista mukaan toimintaan omien tarkoitusperien toteuttamiseksi. Käytettävien päihteiden uskotaan olevan alkoholi, kannabis ja lääkkeet. Alkoholin uskotaan olevan eniten käytetty päihde. (Heikkilä-Aula - Pyörre 2016.)

Päihteiden käytön vaikutukset ovat tietenkin henkilökohtaisia mutta usein päihteiden vaikutuksen alainen ihminen voi tuntua hyvinkin uhkaavalta. Monilla avohoitovalmennuksen asukkailla on sairaudestaan johtuen vaikeuksia tulkita muiden ihmisten käytöstä ja heidän puheensa merkitystä (mentalisaatio). Tämä korostuu huomattavasti toisen ihmisen ollessa päihtynyt ja näin tulkinta vaikeutuu edelleen. Lisäksi asukkaiden omassa tai perhehistoriassa saattaa olla rankkaakin päihteiden ongelmakäyttöä. Nämä asiat ja mielle yhtymät aiheuttavat turvattomuutta ja pelkoa asukkaissa, jotka eivät tänä päivänä käytä päihteitä. Päihteitä käyttävät asukkaat saattavat olla sekavia, arvaamattomia ja aggressiivisia. Varsinkin turvattomuuden tunteen takia päihteiden käytön esiintyvyyttä on tärkeää tutkia. (Heikkilä-Aula - Pyörre 2016.)

Avohoitovalmennuksessa uskotaan olevan 5–10 asukasta, joille pelaaminen on muodostunut ongelmaksi. Avohoitovalmennuksessa on järjestetty aika ajoin kursseja ongelmapelaajille. (Heikkilä-Aula - Pyörre 2016.)

Haastattelussa tuli esille myös ajatus siitä, että taloudellisen hyväksikäytön voisi olettaa olevan yhteydessä päihteiden käyttöön ja ongelmapelaamiseen. Näin ollen kaksi alkuperäistä tutkimuskysymystä olivat ”kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy?” sekä ”ovatko päihteiden käyttö ja ongelmapelaaminen yhteydessä taloudelliseen hyväksikäyttöön?”. Ensimmäinen tutkimuskysymys on säilynyt ennallaan koko opinnäytetyön ajan, mutta toinen vaihtui kahteen uuteen, sillä vain kolme osallistujista vastasi taloudellista hyväksikäyttöä suoranaisesti tapahtuneen. Näin ollen pidettiin tarkoituksenmukaisempana tarkastella, minkälaisia avohoitovalmennuksen työyhteisöä hyödyttäviä asioita vastauksista saisi nostettua eikä pitää jääräpäisesti kiinni ensimmäisistä tutkimuskysymyksistä.



Kyselylomakkeen kysymyksissä ja vastausvaihtoehdoissa on pyritty huomioimaan kaikki osastonhoitaja Heikkilä-Aulan ja sosiaaliohjaaja Pyörteen esille nostamat asiat.

#### 4.2 Tutkimuskysymys

1. Kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy?
2. Miten sukupuoli, ikä ja/tai edunvalvojan omaaminen vaikuttavat taloudelliseen hyväksikäyttöön, päihteiden käyttöön ja ongelmapelelaamiseen?
3. Miksi vastaajat käyttävät päihteitä tai pelaavat? Vaikuttaako sukupuoli tai ikä päihteiden käytön ja/tai pelaamisen syihin?

### 5 Menetelmälliset ratkaisut

#### 5.1 Osallistujat

Jokainen Auroran avohoitovalmennuksen 56 asukkaasta kuuluu tämän opinnäytetyön kohderyhmään. Näin ollen kyseessä on kokonaistutkimus. Kokonaistutkimuksessa tutkimukseen sisältyvät kaikki kohderyhmään eli perusjoukkoon kuuluvat henkilöt. (Valli 2001: 14.) Tässä opinnäytetyössä se on mahdollista perusjoukkoon kuuluvien henkilöiden pienehkön määrän takia.

Kyselylomake jaettiin kaikille 56 Auroran avohoitovalmennuksen asukkaalle. Heistä kyselylomakkeeseen vastasi 45 asukasta.

#### 5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tämä opinnäytetyö on empiirinen ja kvantitatiivinen tapaustutkimus. Empiirisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää yleisiä säännönmukaisuuksia yksittäistapausten taustalta. Mitä useammin tutkittava ilmiö toistuu tutkimusaineistossa, sitä todennäköisemmin sama ilmiö esiintyy myös perusjoukossa. Ilmiön tilastollinen yleistettävyyys perusjoukkoon täytyy kuitenkin testata selvittämällä, onko yhteys tutkimusaineistossa olevien

muuttujien välillä tarpeeksi vahva. Jos muuttujien väliltä löytyy tarpeeksi vahva yhteys ja ilmiö esiintyy tutkimusaineistossa tarpeeksi usein, voidaan sen olettaa esiintyvän myös perusjoukossa. (Valli 2001: 10–11.) Tässä opinnäytetyössä halutaan selvittää taloudellisen hyväksikäytön, päihteiden käytön ja ongelmapelaamisen esiintyvyys Auroran avohoitovalmennuksessa sekä sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen vaikutukset niihin sekä pelaamiselle ja päihteiden käytölle annettuja syitä.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on aina empiiristä tutkimusta, sillä kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää säännönmukaisuuksia yksittäistapausten taustalta siinä missä empiirisenkin tutkimuksen. Kvantitatiivisen tutkimuksen taustalla on siis pyrkimys yleistämiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittauksen tuloksia käsitellään tilastollisin menetelmin. (Kananen 2008: 10.) Kvantitatiivisen tutkimuksen teko edellyttää sitä, että tutkittavasta ilmiöstä on riittävästi tietoa entuudestaan. Tiedossa tulee olla se, mitkä tekijät vaikuttavat ilmiöön. (Kananen 2011: 12.) Tämän opinnäytetyön tapauksessa informatiivisen aineiston keräämisen ja siitä tilastollisten lukujen laskemisen mahdollisti työntekijöiltä saatu tieto avohoitovalmennuksen tapahtumista sekä tutkittavista ilmiöistä löydetty aiempi tutkimus.

Vaikka empiirisen kvantitatiivisen tutkimuksen taustalla on pyrkimys yleistämiseen, tämä opinnäytetyö on tapaustutkimus. Tässä opinnäytetyössä vältyttiin otantamenetelmän valinnalta ja otannan tuomilta haasteilta tulosten yleistettävyyden kannalta, sillä kyselylomake jaettiin kaikille Auroran avohoitovalmennuksen asukkailla. Kyselylomakkeeseen vastasi 45 asukasta 56 asukkaasta. Näin ollen lähes kaikki perusjoukkoon kuuluvat yksilöt kuuluivat myös tutkimusaineistoon. (Valli 2001: 14.) Saadut tulokset voidaan siis yleistää koskemaan Auroran avohoitovalmennusta mutta ei suoraan esimerkiksi Suomen kaikkia kuntouttavan asumisen paikkoja. Tulosten yleistäminen edes avohoitovalmennusta koskeviksi vaatii tosin teoriassa tilastollisen merkitsevyyden löytymisen tuloksia laskettaessa, joka saattaa olla haasteellista suhteellisen pienen vastaajamäärän takia. Vaikka tilastollista merkitsevyyttä ei löytyisi, voivat tulokset kertoa avohoitovalmennuksen tapahtumista ja asukkaista hyvinkin kuvaavasti. Tapaustutkimuksellisuus on tarkoituksenmukaista opinnäytetyössä, jonka aihe on saatu työelämästä. Tällöin tutkimus tuloksineen kertoo juuri kyseisen yrityksen tai organisaation toiminnasta. (KvaliMOTV 2006.) Myös tulosten tarkastelu tilastollisin menetelmin on tapaustutkimus-tyyppisyydestä huolimatta mielekästä, sillä tässä opinnäytetyössä halutaan tutkimuskysymysten mukaisesti tietää, kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy ja

onko sukupuolella, iällä ja/tai edunvalvojan omaamisella vaikutusta niihin sekä tuoda esiin pelaamiselle ja päihteiden käytölle annettuja syitä.

Tutkimuksen tulee aina perustua teoriaan, sillä teoriasta johdetaan tutkimuksen mittarit. Jos valmista mittaria ei ole, tutkittavasta asiasta etsitään teoriaa ja teorian antamien määritelmien pohjalta rakennetaan mittari eli määritelmät ja käsitteet operationalisoidaan mitattavaan muotoon. Kyselylomakkeen mittarina toimivat siis kyselylomakkeen kysymykset, jotka tehdään aiemman tutkitun tiedon pohjalta. (Valli 2001: 28.) Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Sitä voidaan pitää kvantitatiivisen tutkimuksen yleisimpänä tiedonkeruumenetelmänä (Kananen 2011: 12). Kyselylomaketta rakentaessa tulee kuitenkin aina huomioida monta asiaa (Valli 2001: 28).

Keskeisin huomioitava seikka kyselylomaketta rakennettaessa on tutkimuskohde eli se, ketkä lomakkeeseen vastaavat. On tärkeää pohtia muun muassa vastaajien kykyä vastata kyselylomakkeeseen. Lomakkeen rakenteen logiikka tulee miettiä vastaajien lähtökohdista käsin. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä eivätkä ne saa olla väärinymmärrettävissä. Kysymysten teossa ja muotoilussa tulee siis noudattaa äärimmäistä huolellisuutta. Jos vastaaja ei ymmärrä kysymystä samalla tavalla kuin tutkija, tutkimustulokset vääristyvät. (Valli 2001: 28–29.) Näihin kaikkiin asioihin pyrittiin kiinnittämään erityisen paljon huomiota, sillä tämän vastaajaryhmän mielenterveydenongelmat ja niihin liittyvät kognitiiviset häiriöt asettavat omat haasteensa kyselylomakkeen teolle. Lomakkeen rakenteen selkeyttämisen vuoksi lomake jaettiin neljään osa-alueeseen: taustatiedot, raha-asiat, päihteet ja pelaaminen. Kysymykset muotoiltiin selkeiksi ja yksiselitteisiksi. Taloudellinen hyväksikäyttö oli termi, jolle ei löytynyt selkeämpää vastinetta. Näin ollen se avattiin lyhyesti kyselylomakkeessa.

Kyselylomaketta laatiessa huomiota tulee kiinnittää sen rakenteeseen. Lomakkeen rakenteeseen vaikuttavat sen pituus ja kysymysten lukumäärä. Vastaajien mielenkiinnon tulee säilyä lomakkeen loppuun asti. Liian pitkä lomake voi aiheuttaa vastaajien mielenkiinnon lopahtamista, väsymistä, huolimattomuutta ja turhautumista. Lomakkeen ulkoasu ja selkeys ovat myös tärkeitä seikkoja. Kysymykset kannattaa muotoilla niin, että ne ovat henkilökohtaisia vastaajalle. Kysymykset on kannattavaa järjestää helpoimmasta arkaluontoisimpaan tai haastavimpaan ja järjestyksen tulee olla looginen. Kysymysten ei tulisi olla johdatteluvia. Valmiit vastausvaihtoehdot helpottavat vastauksien antamisessa, mutta tulee huomioida, että vastausvaihtoehdot eivät saa olla edes

osittain päällekkäisiä. (Valli 2001: 29–30.) Tähän opinnäytetyöhön liittyvässä kyselylomakkeessa oli 60 kysymystä, joka tuntui tälle vastaajaryhmälle paljolta. Lomakkeen ulkoasu muotoiltiin kuitenkin selkeäksi ja sitä tiivistettiin niin, ettei lomakkeesta tulisi pitkää vaikutelmaa. Kysymykset muotoiltiin mahdollisimman henkilökohtaisiksi ja esitettiin esimerkiksi muodossa ”minulta on” ja ”minä olen”. Vastaamisesta pyrittiin tekemään helppoa ja nopeaa; näin ollen kaikkiin kysymyksiin tehtiin valmiit vastausvaihtoehdot. Moni kysymyksistä on väitteen muodossa tai niin, että lausetta tulee jatkaa valitsemalla yksi vastausvaihtoehdoista. Kysymyksissä, joihin vastaukseksi voisi sopia useampi vastausvaihtoehdoista, pyydettiin valitsemaan parhaiten sopiva. Kysely alkaa raha-asioilla, joihin liittyviin kysymyksiin on oletettavasti helpompi vastata rehellisesti kuin vaikkapa päihteisiin liittyviin. Järjestyksessä on kuitenkin parantamisen varaa, sillä pelaamiseen liittyvät kysymykset olisivat helpoimman tuntuksina voineet olla lomakkeen alussa. Toisaalta, ainakin nuorien vastaajien mielenkiinto saattoi pysyä yllä lomakkeen loppuun asti pelaamiseen liittyvien kysymysten ollessa viimeisiä.

Kaikki edellä esitellyt kyselylomakkeen suunnittelussa ja käytössä huomioitavat seikat korostuivat tämän opinnäytetyön kohdalla. Suurimmalla osalla Auroran avohoitovalmennuksen asukkaista on sairautensa vuoksi vainoharhaisuutta, vaikeuksia keskittyä sekä vaikeuksia hahmottaa asioita. Kyselylomakkeen tuli olla selkeä, yksinkertainen ja nopeasti vastattavissa. Se ei saanut olla liian pitkä ja vastaajien anonymiteetin säilymistä tuli korostaa saatekirjeessä.

Kyselylomakkeeseen voi sisällyttää myös kontrollikysymyksiä, jotka auttavat tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Kontrollikysymysten ideana on se, että samaa asiaa kysytään kahteen kertaan. Kysymysten tulee olla eri tavoin muotoiltu eikä vastaaja saa huomata niiden olemassa oloa. Tässä ei kannata aliarvioida vastaajaa, sillä samaan kysymykseen kahteen kertaan vastaaminen voi olla turhauttavaa. (Valli 2001: 29–30.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa ei ollut varsinaisia kontrollikysymyksiä. Niiden teosta luovuttiin aikaresurssien takia ja siksi, että kyselylomakkeessa ajateltiin olevan muita piirteitä, jotka paljastavat sen, jos vastaaja ei ole ymmärtänyt mihin vastaa. Yksi tällaisista piirteistä oli pyyntö siirtyä kysymyksissä eteenpäin, jos vastasi ”ei koskaan”. Lisäksi kaikkien ilmiöiden kohdalla kysyttiin miksi vastaaja tekee jotain ja milloin vastaaja tekee jotain. Näiden vastauksien ollessa täysin ristiriidassa keskenään, voi epäillä sitä, ovatko vastaajat ymmärtäneet molemmat kysymykset niin kuin ne on tarkoitettu.

Kyselylomakkeen hyvinä puolina voidaan pitää sitä, että tutkija ei vaikuta läsnäolollaan vastauksiin, kysymyksiä on mahdollista esittää runsaasti ja kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle täysin samassa muodossa. Kyselylomakkeella on myös heikkouksia, kuten esimerkiksi se, etteivät vastaajat voi tarkentaa kysymyksiä. Vastaajat voivat vastata myös väärin tai epätarkasti. Tämän tutkimuksen onnistumista, kyselylomakkeen hyviä ja huonoja puolia sekä kyselyn katoa eli vastaamatta jättäneitä käsitellään tämän opinnäytetyön luvussa kuusi. (Valli 2001: 30.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake sisälsi vain kysymyksiä, joihin oli valmiit vastausvaihtoehdot eli kyseessä oli strukturoitu kyselylomake. Tämä oli mahdollista työntekijöiden haastatteluiden ja aiempiin tutkimuksiin tutustumisen jälkeen, sillä niiden avulla saatiin mielikuva vastausvaihtoehdoista tai vaihtoehtoina oli vain ”kyllä” tai ”ei”. Vastausvaihtoehdoissa huomioitiin se, että vastaajalle löytyy aina sopiva vaihtoehto vastattavaksi. Tämän takaamiseksi vastausvaihtoehdot sisälsivät aina vaihtoehdon ”jostain muusta syystä”/”johonkin muuhun”. Vastausvaihtoehdoissa huomioitiin myös se, että ne eivät olleet päällekkäisiä. Kysymyksissä, joihin vastaukseksi voisi sopia useampi vastausvaihtoehdoista, pyydettiin valitsemaan parhaiten sopiva. (Valli 2001: 44–45.)

Perusjoukon pienehkö koko ja kyselylomake tutkimusmenetelmänä antoivat mahdollisuuden tutkia lähes kaikki perusjoukkoon kuuluvat havaintoyksiköt. Näin saatiin mahdollisimman hyvä kokonaiskuva avohoitovalmennuksessa esiintyvistä taloudellisesta hyväksikäytöstä, päihteiden käytöstä ja ongelmapelaamisesta. Kyselylomaketta voidaan pitää parhaana vaihtoehtona, kun halutaan kerätä suurehko tutkimusaineisto ja tehdä yleiskartoitus jostain tilanteesta. (Valli 2001: 29.) Lisäksi vastaajien psyykinen tila ja kyvyt huomioidessa (Valli 2001: 28) voidaan todeta olevan todennäköistä, että tässä opinnäytetyössä vastauksia saatiin huomattavasti enemmän kyselyllä kuin mitä vaikkapa haastatteluilla olisi saatu. Monen vastaajista kärsiessä vainoharhaisuudesta on oletettavissa, että heidän oli helpompi vastata paperilla olevaan kyselyyn kuin olla haastateltavina kasvokkain. On myös todennäköistä, että vastaajat vastasivat kysymyksiin rehellisemmin kyselylomakkeen säilyttäessä heidän anonyymiutensa. Aineistonkeruu menetelmän valinnassa huomioitiin myös osastonhoitaja Heikkilä-Aulan suositukset.

### 5.3 Aineiston tuottaminen

Auroran avohoitovalmennuksen hoitajat jakoivat kyselylomakkeet jokaiselle Auroran avohoitovalmennuksen 56 asukkaalle vastattavaksi. Kyselylomakkeet jaettiin kahtena peräkkäisenä päivänä soluasuntoihin päivittäisen aamukokouksen yhteydessä, jossa paikalla olivat asukkaat ja omahoitajat. Asukkaita pyydettiin vastaamaan kyselyyn itsenäisesti ja sen mukaan, miten he kysymykset ymmärtävät. Suurin osa vastasi kyselyyn heti aamukokouksen jälkeen ja osa otti kyselyn itselleen myöhemmin vastattavaksi. Kyselylomakkeet asukkaat palauttivat suljetuissa kirjekuorissa omahoitajalleen, toimistolle tai kussakin solussa erikseen sovittuun paikkaan. Antamalla palautustavalle useita vaihtoehtoja pyrittiin siihen, että asukkaat saisivat palauttaa kyselyt niin kuin heistä luotettavimmalta tuntuu; joko henkilökohtaisesti hoitajalle tai tiettyyn paikkaan solussa niin, ettei kukaan tiedä, ovatko he vastanneet vai eivät. Kyselyt palautettiin suljetuissa kirjekuorissa siksi, ettei kukaan näe heidän vastauksiaan tai mahdollista vastaamatta jättämistä.

Kyselylomakkeet jaettiin yksiöiden 16 asukkaalle kotikäyntien yhteydessä kahtena peräkkäisenä päivänä. Osa vastasi kyselyyn heti ja osa palautti sen myöhemmin hoitajalle, toimistolle tai tiettyyn paikkaan kerrostalon alakerrassa.

### 5.4 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeilla saadut vastaukset syötettiin sähköiseen kyselylomakkeeseen, josta vastaukset vietiin SPSS-tilasto-ohjelmaan. Ohjelmalla laskettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisiä tutkimuskysymyksiä oli kaksi: kuinka paljon taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja ongelmapelaamista Auroran avohoitovalmennuksessa esiintyy sekä onko taloudellisella hyväksikäytöllä yhteyttä päihteiden käyttöön ja ongelmapelaamiseen? Toinen tutkimuskysymys jouduttiin poistamaan, sillä kysymyksiin ”koen tullessi taloudellisesti hyväksikäytetyksi avohoitovalmennuksen toisen asukkaan toimesta” ja ”olen käyttänyt avohoitovalmennuksen toista asukasta taloudellisesti hyväkseni” tuli yhteensä kolme ”joskus”-vastausta. Taloudellista hyväksikäyttöä syventävien kysymysten vastaukset liittyen esimerkiksi rahan lainaamiseen ja varastamiseen, olisi ollut haasteellista yhdistää ja verrata niitä päihteiden käyttöön ja ongelmapelaamiseen. Näin ollen tutkimuskysymykset muokattiin nykyiseen muotoonsa. Ensimmäinen tutkimuskysymys pidettiin ennallaan ja kaksi uutta muodostettiin sen perusteella, mitkä

asiat niistä kysymyksistä, joihin vastauksia oli saatu enemmän, vaikuttivat mielenkiinnon kysymyksiltä ja Auroran avohoitovalmennuksen työyhteisöä hyödyttäviltä.

SPSS-tilasto-ohjelmalla laskettiin frekvenssit päihteiden käytön, taloudellisen hyväksikäytön ja ongelmapelaamisen esiintyvyydestä. Sen lisäksi laskettiin sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen yhteydet taloudelliseen hyväksikäyttöön, päihteiden käyttöön ja ongelmapelaamiseen. Tämä tehtiin ristiintaulukoinnilla. Khiin neliö -testillä testattiin, ovatko tulokset tilastollisesti merkitseviä. Lisäksi laskettiin frekvenssit pelaamiselle ja päihteiden käytölle annetuille syille. Kappaleessa 6 esitetään saadut tulokset.

### 5.5 Ristiintaulukointi ja Khiin toiseen -testi

Ristiintaulukoinnilla tutkitaan muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Riippumattomuustarkastelulla tutkitaan, onko tarkastelun kohteena olevan selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. Koska selitettävän muuttujan arvot eivät yleensä jakaudu tasaisesti selittävän muuttujan luokkiin, on selkeyden vuoksi käytännöllistä laskea prosentiosuudet. (KvantiMOTV 2004.) Näin toimittiin tässäkin opinnäytetyössä. Joissain kysymyksissä vastauksia oli kuitenkin sen verran vähän, että prosentit vääristävät vastauksien synnyttämää mielikuvaa hieman, vaikka eivät prosentit toki valehtelekaan.

Mielenkiinnon kohteena ristiintaulukoinnissa on lopulta se, voidaanko otoksessa havaittujen erojen ja yhteyksien olettaa pätevän myös perusjoukossa. Tässä opinnäytetyössä perusjoukko on lähes sama kuin otos, sillä avohoitovalmennuksen 56 asukkaasta 45 vastasi kyselyyn. Mielenkiinnon kohteena oli silti se, ovatko tulokset tilastollisesti merkitseviä. Ristiintaulukoinnille sopiva tilastollisen merkitsevyyden testausmenetelmä on Khiin toiseen -testi. (KvantiMOTV 2004.)

Khiin toiseen -testi on riippumattomuustesti, jonka lähtökohtaoletuksena eli nollahypoteesina on muuttujien välinen riippumattomuus (KvantiMOTV 2004). Tämän opinnäytetyön tapauksessa se tarkoittaisi sitä, ettei esimerkiksi sukupuolella olisi yhteyttä päihteiden käyttöön tai vaikkapa iällä ongelmapelaamiseen. Näin ollen päihteiden käyttö ja sukupuoli sekä ikä ja ongelmapelaaminen olisivat toisistaan riippumattomia muuttujia. Khiin toiseen -testin perustana on havaittujen frekvenssien ja odotettujen frekvenssien erotusten suuruus. Testissä tarkastellaan sitä, kuinka paljon havaitut ja odotetut frekvenssit eroavat toisistaan. Erojen ollessa tarpeeksi suuria, voidaan todeta, että havaitut

erot eivät todennäköisesti johdu ainoastaan sattumasta, vaan ne ovat löydettävissä myös perusjoukosta. P-luku kertoo virhepäätelmän todennäköisyyden silloin kun oletetaan, että havaitut erot löytyvät myös perusjoukosta. P:n arvon ollessa alle 0,05 voidaan todeta, että erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Jos siis khii toiseen -testin tulos on alle 0,05, todennäköisyys sille, että nollahypoteesi hylättäessä tehtäisiin virhe, on alle 5 prosenttia. Tällöin voidaan todeta, että muuttujien välillä on ero tai yhteys. (Kvanti-MOTV 2004.) Tässä tapauksessa yhteys löytyisi siis edellä esitetyn esimerkin mukaisesti vaikkapa sukupuolen ja päihteiden käytön väliltä.

## 6 Tulokset

Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyön tulokset. SPSS-tilasto-ohjelma antaa kustakin laskusta taulukon, jossa näkyy kyseiseen kysymykseen vastanneiden määrä sekä taulukon, jossa näkyy itse laskun tulos (frekvenssit, prosentit tai ristiintaulukointi). Tämän lisäksi ristiintaulukoinneista tehtiin Khii toiseen -testi, joka esitetään omassa taulukossaan.

Opinnäytetyön selkeyttämiseksi ja lukijalle miellyttävämmäksi muokkaamisessa päädyttiin tässä kappaleessa esittämään kustakin kysymyksestä vain taulukko, jossa näkyy itse laskun tulos. Kysymyksiin vastanneiden määrät ja mahdolliset Khii toiseen -testit löytyvät liitteistä. Tähän päädyttiin sen vuoksi, että suurimpaan osaan kysymyksistä vastasivat lähes kaikki. Osassa ristiintaulukoinneista kannattaa kuitenkin kiinnittää huomiota vastaajien määrään, sillä muuttujien arvojen jakautuessa eri luokkiin kahta muuttujaa verrattaessa, saattaa yhdessä luokassa olla huomattavan vähän arvoja. Myös Khii toiseen -testin tulokset siirrettiin liitteisiin, sillä yksikään Khii toiseen -testi ei antanut luotettavaa tulosta, jonka perusteella tuloksen olisi voinut sanoa olevan tilastollisesti merkitsevä. Kaikissa Khii toiseen -testauksissa p-luku oli yli 0,05, jolloin tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä, sille todennäköisyys virheen tekemiselle nollahypoteesin hylkäämisessä, on liian suuri. Näin ollen kaikkien Khii toiseen -testien kohdalla voidaan todeta, ettei muuttujien välillä ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tämän opinnäytetyön kohdalla se on sinänsä ymmärrettävää, sillä tilastollisessa laskemisessa N (vastanneiden määrä) = 45 ei ole kovinkaan suuri. Laskettujen ilmiöiden välillä voi tuki olla yhteys, joka ei kuitenkaan käy ilmi näin pienellä joukolla vastaajia.



## 6.1 Päihteiden käyttö

Seuraavassa tarkastellaan päihteiden käyttöä sekä sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen yhteyttä siihen.

1.

### 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	34	75,6	75,6	75,6
Valid joskus	10	22,2	22,2	97,8
Valid usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Kysymykseen vastanneista noin 76 % on vastannut, ettei ole koskaan käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa. Noin 22 % myöntää käyttäneensä alkoholia joskus ja yksi kyselyyn vastanneista kertoo käyttävänsä alkoholia usein avohoitovalmennuksessa.

2.

### 29. Olen nähnyt jonkun käyttävän alkoholia avohoitovalmennuksessa:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	28	62,2	63,6	63,6
Valid joskus	11	24,4	25,0	88,6
Valid usein	2	4,4	4,5	93,2
Valid en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun käyttäneen	3	6,7	6,8	100,0
Total	44	97,8	100,0	
Missing System	1	2,2		
Total	45	100,0		

Kysymykseen vastanneista noin 64 % on vastannut, ettei ole nähnyt kenenkään käyttävän alkoholia avohoitovalmennuksessa. 25 % kertoo puolestaan nähneensä joskus ja kaksi vastanneista usein. 7 % tietää jonkun käyttäneen alkoholia, vaikkei sitä ole nähnyt.

3.

**30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	40	88,9	88,9	88,9
Valid joskus	4	8,9	8,9	97,8
Valid usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Kysymykseen vastanneista lähes 90 % sanoo, ettei ole koskaan käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia ja tupakkaa avohoitovalmennuksessa. 9 % myöntää käyttäneensä joskus ja yksi vastanneista sanoo käyttävänsä usein.

4.

**36. Olen nähnyt jonkun käyttävän muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	35	77,8	81,4	81,4
Valid joskus	4	8,9	9,3	90,7
Valid usein	2	4,4	4,7	95,3
Valid en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun käyttäneen	2	4,4	4,7	100,0
Total	43	95,6	100,0	
Missing System	2	4,4		
Total	45	100,0		

Kysymykseen vastanneista noin 81 % sanoo, ettei ole koskaan nähnyt kenenkään käyttävän muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa. Joskus nähneitä on sama määrä kuin edellisen kysymyksen joskus käyttäneitä, eli noin 9 %. Usein nähneitä on kuitenkin yksi enemmän kuin usein käyttäneitä, siis kaksi. Myös kaksi sanoo tietävänsä jonkun käyttäneen, vaikkei sitä ole nähnytkään.

5.

**37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	42	93,3	95,5	95,5
Valid joskus	2	4,4	4,5	100,0
Total	44	97,8	100,0	
Missing System	1	2,2		
Total	45	100,0		

Kukaan ei vastannut käyttäneensä lääkkeitä usein päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti. Kaksi vastasi käyttäneensä lääkkeitä edellä mainituilla tavoilla joskus ja loput eli noin 96 % vastasivat, etteivät ole koskaan käyttäneet lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti.

6.

**43. Olen nähnyt jonkun ottavan lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	41	91,1	95,3	95,3
Valid joskus	1	2,2	2,3	97,7
Valid en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun ottaneen	1	2,2	2,3	100,0
Total	43	95,6	100,0	
Missing System	2	4,4		
Total	45	100,0		

Kaksi ihmistä vastanneista sanovat joko nähneensä jonkun käyttäneen lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti joskus tai, että tietävät jonkun käyttäneen lääkkeitä niin, vaikka eivät olekaan sitä nähneet. Noin 95 % vastanneista sanovat siis, etteivät ole koskaan nähneet kenenkään käyttävän lääkkeitä edellä mainituilla tavoilla.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan päihteiden käytön ja sukupuolen välistä yhteyttä.

7.

**1. Sukupuoli: \* 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	73,5%	23,5%	2,9%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%		100,0%
Total		77,3%	20,5%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehistä suurempi osa (noin 24 %) sanoo käyttäneensä alkoholia joskus avohoitovalmennuksessa kuin naisista (10 %). Kukaan naisista ei vastannut käyttäneensä alkoholia avohoitovalmennuksessa usein, kun taas miehistä yksi vastasi näin. Tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä, joten ei voida sanoa, että sukupuolella olisi yhteys alkoholin käyttöön, vaikka tulos voi siihen käytännössä viitatakin.

8.

**1. Sukupuoli: \* 30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	88,2%	8,8%	2,9%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%		100,0%
Total		88,6%	9,1%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehistä ja naisista hyvinkin sama osuus on käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa (miehistä noin 9 % ja naisista 10 %).

9.

**1. Sukupuoli: \* 37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa		Total
		en koskaan	joskus	
1. Sukupuoli:	Mies	97,0%	3,0%	100,0%
	Nainen	100,0%		100,0%
Total		97,7%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehistä 3 % on vastannut käyttäneensä lääkkeitä joskus avohoitovalmennuksessa päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti. Vastanneista naisista kukaan ei ole koskaan käyttänyt lääkkeitä niin.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan päihteiden käytön ja iän välistä yhteyttä.

10.

**2. Ikä: \* 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
2. Ikä:	18-25 vuotta	61,5%	38,5%		100,0%
	26-33 vuotta	81,8%	18,2%		100,0%
	34-41 vuotta	85,7%	14,3%		100,0%
	42-49 vuotta	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	50-57 vuotta	100,0%			100,0%
	58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total		75,6%	22,2%	2,2%	100,0%

Joskus alkoholia avohoitovalmennuksesta käyttäneistä suurin osa (noin 39 %) on 18–25-vuotiaita. 42–49-vuotiaista lähes 38 % on myös käyttänyt alkoholia joskus tai jopa usein. 50–65-vuotiaista kukaan ei vastannut käyttäneensä alkoholia avohoitovalmennuksessa.

11.

**2. Ikä: \* 30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
18-25 vuotta	84,6%	15,4%		100,0%
26-33 vuotta	100,0%			100,0%
34-41 vuotta	85,7%	14,3%		100,0%
42-49 vuotta	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
50-57 vuotta	100,0%			100,0%
58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total	88,9%	8,9%	2,2%	100,0%

Vastanneista joskus muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksesta käyttäneistä suurin osa (25 %) on 42–49-vuotiaita. Nuorimmassa ikäluokassa päihteitä on käytetty toiseksi eniten (noin 15 %). Jälleen 50–65-vuotiaista kukaan ei vastannut käyttäneensä muita päihteitä avohoitovalmennuksessa.

12.

**2. Ikä: \* 37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa: Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa:		Total
	en koskaan	joskus	
18-25 vuotta	100,0%		100,0%
26-33 vuotta	90,9%	9,1%	100,0%
34-41 vuotta	83,3%	16,7%	100,0%
42-49 vuotta	100,0%		100,0%
50-57 vuotta	100,0%		100,0%
58-65 vuotta	100,0%		100,0%
Total	95,5%	4,5%	100,0%

Vastanneista lääkkeitä joskus päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti on käyttänyt eniten 34–41-vuotiaat (noin 17 %). Myös 26–33-vuotiaista noin 9 % on joskus käyttänyt lääkkeitä tällä tavalla. Muissa ikäryhmissä väärinkäyttöä ei löytynyt.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan päihteiden käytön ja edunvalvojan omaamisen välistä yhteyttä.

13.

#### Crosstabulation

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	61,9%	38,1%		100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	100,0%			100,0%
	minulla on välitystili	75,0%	25,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	84,6%	7,7%	7,7%	100,0%
Total		75,0%	22,7%	2,3%	100,0%

Vastanneista niistä, jotka hoitavat raha-asiansa itsenäisesti, on myös suurin osa vastannut käyttäneensä joskus alkoholia avohoitovalmennuksessa (noin 38 %). Ne jotka saavat apua tutuilta tai sosiaaliohjaajalta, eivät ole koskaan käyttäneet alkoholia avohoitovalmennuksessa, kun taas välitystilin omaavista 25 % on joskus käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa. Niistä, joilla on edunvalvoja, on noin 15 % käyttänyt alkoholia joskus tai usein.

14.

## Crosstabulation

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	81,0%	19,0%		100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	100,0%			100,0%
	minulla on välitystili	100,0%			100,0%
	minulla on edunvalvoja	92,3%		7,7%	100,0%
Total		88,6%	9,1%	2,3%	100,0%

Vastanneista niistä, jotka hoitavat raha-asiansa itsenäisesti, on myös suurin osa vastannut käyttäneensä joskus muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa (19 %). Ne jotka saavat apua tutuilta tai sosiaaliohjaajalta, eivät ole koskaan käyttäneet muita päihteitä avohoitovalmennuksessa, niin kuin eivät välitystilin omaavatkaan. Noin 8 % niistä, joilla on edunvalvoja, ovat puolestaan käyttäneet muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa usein avohoitovalmennuksessa.

15.

## Crosstabulation

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa:		Total
		en koskaan	joskus	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	95,0%	5,0%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	100,0%		100,0%
	minulla on välitystili	100,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	92,3%	7,7%	100,0%
Total		95,3%	4,7%	100,0%

Vastanneista niistä, joilla on edunvalvoja, on noin 8 % vastannut ottaneensa joskus lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti. Samoin ovat vastanneet 5 % niistä, jotka hoitavat raha-asiansa itsenäisesti. Muut eivät ole ottaneet lääkkeitä edellä mainituilla tavoilla.



## 6.2 Ongelmapelaaminen

Seuraavassa tarkastellaan ongelmapelaamista sekä sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen yhteyttä siihen.

16.

**44. Pelaan tietokonepelejä:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	23	51,1	51,1	51,1
Valid joskus	15	33,3	33,3	84,4
Valid usein	7	15,6	15,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 49 % pelaa tietokonepelejä joskus tai usein. Kaikista pelaajista usein pelaavia on noin 16 %.

17.

**45. Pelaan konsolipelejä:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	27	60,0	60,0	60,0
Valid joskus	15	33,3	33,3	93,3
Valid usein	3	6,7	6,7	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista 40 % pelaa konsolipelejä. Kaikista pelaajista usein pelaavia on noin 7 %.

18.

**53. Pelaan rahapelejä:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	28	62,2	62,2	62,2
Valid joskus	16	35,6	35,6	97,8
Valid usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 38 % pelaa rahapelejä. Kaikista pelaajista usein pelaavia on kuitenkin vain noin 2 %.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan pelaamisen ja sukupuolen välistä yhteyttä.

19.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		44. Pelaa tietokonepelejä:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	47,1%	35,3%	17,6%	100,0%
	Nainen	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Total		50,0%	34,1%	15,9%	100,0%

Vastanneista miehistä noin 53 % pelaa tietokonepelejä joskus tai usein. Vastanneista naisista puolestaan 40 % pelaa tietokonepelejä. Miehistä usein pelaa noin 18 % ja naisista 10 %.

20.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		45. Pelaa konsolipelejä:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	52,9%	41,2%	5,9%	100,0%
	Nainen	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
Total		59,1%	34,1%	6,8%	100,0%

Vastanneista miehistä noin 47 % pelaa konsolipelejä. Vastanneista naisista puolestaan 20 % pelaa konsolipelejä. Miehistä usein pelaa noin 6 % ja naisista 10 %.

21.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		53. Pelaa rahapelejä:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	52,9%	44,1%	2,9%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%		100,0%
Total		61,4%	36,4%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehistä 47 % pelaavat rahapelejä. Vastanneista naisista puolestaan vain 10 % pelaavat rahapelejä. Miehistä usein pelaa noin 3 % ja naisista ei kukaan.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan pelaamisen ja iän välistä yhteyttä.

22.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	44. Pelaa tietokonepelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
18-25 vuotta	23,1%	53,8%	23,1%	100,0%
26-33 vuotta	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%
34-41 vuotta	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%
42-49 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
50-57 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
58-65 vuotta	50,0%	50,0%		100,0%
Total	51,1%	33,3%	15,6%	100,0%

Vastanneista eniten tietokonepelejä joskus pelaavia löytyy ikäluokasta 18–25-vuotiaat (noin 54 %). Seuraavaksi eniten joskus pelaavia löytyy 26–33-vuotiaista (noin 27 %). Tämän jälkeen joskus pelaavia löytyy eniten 42–57-vuotiaiden joukosta (25 %). Usein pelaavia on eniten (noin 27 %) 26–33-vuotiaiden joukossa. Nuorin ikäluokka pelaa huomattavasti enemmän kuin muut (noin 77 %).

23.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	45. Pelaa konsolipelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
18-25 vuotta	30,8%	69,2%		100,0%
26-33 vuotta	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%
34-41 vuotta	85,7%	14,3%		100,0%
42-49 vuotta	87,5%	12,5%		100,0%
50-57 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total	60,0%	33,3%	6,7%	100,0%

Vastanneista eniten konsolipelejä joskus pelaavia löytyy ikäluokasta 18–25-vuotiaat (noin 69 %). Seuraavaksi eniten joskus pelaavia löytyy 26–33-vuotiaista (noin 27 %). Tämän jälkeen joskus pelaavia löytyy yllättävästi eniten 50–57-vuotiaiden joukosta (25 %). Usein pelaavia on eniten (noin 27 %) 26–33-vuotiaiden joukossa, aivan kuten tietokonepeliensä kohdalla.

24.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	53. Pelaa rahapelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
18-25 vuotta	38,5%	61,5%		100,0%
26-33 vuotta	63,6%	27,3%	9,1%	100,0%
34-41 vuotta	71,4%	28,6%		100,0%
42-49 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
50-57 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total	62,2%	35,6%	2,2%	100,0%

Vastanneista eniten rahapelejä joskus pelaavia löytyy ikäluokasta 18–25-vuotiaat (noin 62 %). Tämän jälkeen lopuissa ikäluokissa joskus pelaavia on hyvinkin tasainen määrä (25 prosentista noin 29 prosenttiin). Usein pelaavia on vain 26–33-vuotiaissa (noin 9 %).

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan pelaamisen ja edunvalvojan omaamisen välistä yhteyttä.

25.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

	44. Pelaa tietokonepelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
itsenäisesti	47,6%	38,1%	14,3%	100,0%
saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
minulla on välitystili	50,0%		50,0%	100,0%
minulla on edunvalvoja	69,2%	23,1%	7,7%	100,0%
Total	52,3%	31,8%	15,9%	100,0%

Vastanneista tietokonepelejä pelaavat vähiten ne, joilla on edunvalvoja (joskus noin 23 % ja usein noin 8 %). Vastanneista eniten usein pelaavat ne, joilla on välitystili (50 %) ja joskus eniten ne, jotka saavat raha-asioihinsa apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta (50 %).

26.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

	45. Pelaan konsolipelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
itsenäisesti	66,7%	33,3%		100,0%
6. Hoidan raha-asiani: saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	33,3%	66,7%		100,0%
minulla on välitystili	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
minulla on edunvalvoja	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%
Total	61,4%	31,8%	6,8%	100,0%

Vastanneista konsolipelejä pelaavat vähiten ne, joilla on edunvalvoja (joskus noin 15 % ja usein noin 15 %). Vastanneista eniten usein pelaavat jälleen ne, joilla on välitystili (25 %) ja joskus eniten ne, jotka saavat raha-asioihinsa apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta (noin 67 %).

27.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

	53. Pelaan rahapelejä:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
itsenäisesti	66,7%	33,3%		100,0%
6. Hoidan raha-asiani: saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	50,0%	50,0%		100,0%
minulla on välitystili	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
minulla on edunvalvoja	69,2%	30,8%		100,0%
Total	63,6%	34,1%	2,3%	100,0%

Vastanneista rahapelejä pelaavat vähiten ne, joilla on edunvalvoja (joskus noin 31 %). Vastanneista eniten joskus tai usein pelaavat jälleen ne, joilla on välitystili (50 %) ja joskus eniten ne, jotka saavat raha-asioihinsa apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta (50 %).

## 6.3 Taloudellinen hyväksikäyttö

Seuraavassa tarkastellaan taloudellista hyväksikäyttöä sekä sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen yhteyttä siihen.

28.

**17. Koen tulleen taloudellisesti hyväksikäytetyksi avohoitovalmennuksen toisen asukkaan toimesta:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
en koskaan	43	95,6	95,6	95,6
Valid joskus	2	4,4	4,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista vain noin 4 % eli kaksi, on kokenut joskus tulleen taloudellisesti hyväksikäytetyksi.

29.

**20. Olen käyttänyt avohoitovalmennuksen toista asukasta taloudellisesti hyväkseni:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
en koskaan	44	97,8	97,8	97,8
Valid joskus	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista vain noin 2 % eli yksi, on käyttänyt joskus avohoitovalmennuksen toista asukasta taloudellisesti hyväkseen.

Seuraavassa on laskettu taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyvien ilmiöiden esiintymisen määrää avohoitovalmennuksessa. Tämä tehdään, koska vastaajat eivät välttämättä tiedä, minkälaiset asiat taloudellista hyväksikäyttöä voivat olla. Seuraavissa kysymyksissä on tarkasteltu rahan pyytämisen, varastamisen ja lainaamisen sekä toiselle asioiden ostamisen tai myymisen esiintyvyyttä avohoitovalmennuksessa. Tietenkään ei voida olettaa, että kaikki edellä mainitut ilmiöt olisivat taloudellista hyväksikäyttöä, sillä voihan esimerkiksi rahan lainaaminen tapahtua täysin yhteisymmärryksessä ja ongelmitta.

30.

**1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ei koskaan	25	55,6	55,6	55,6
joskus	19	42,2	42,2	97,8
usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 45 % on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa. Siitä kuitenkin vain noin 2 % eli yhdeltä henkilöltä rahaa on pyydetty usein.

31.

**2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ei koskaan	45	100,0	100,0	100,0

Vastanneista keneltäkään ei ole varastettu koskaan rahaa avohoitovalmennuksessa.

32.

**3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	30	66,7	66,7	66,7
joskus	14	31,1	31,1	97,8
usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 33 % on lainannut rahaa toiselle avohoitovalmennuksen asukkaalle. Vain yksi ihminen on vastannut tehneensä sitä usein.

33.

**7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	34	75,6	75,6	75,6
joskus	10	22,2	22,2	97,8
usein	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 25 % on lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta. Vain yksi ihminen on vastannut tehneensä sitä usein.

34.

**10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	34	75,6	77,3	77,3
Valid joskus	9	20,0	20,5	97,7
Valid usein	1	2,2	2,3	100,0
Total	44	97,8	100,0	
Missing System	1	2,2		
Total	45	100,0		

Vastanneista noin 23 % on antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle. Vain yksi ihminen on vastannut tehneensä sitä usein.

35.

**13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	37	82,2	82,2	82,2
Valid joskus	8	17,8	17,8	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 18 % on ostanut joskus jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta.

36.

**14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid en koskaan	32	71,1	71,1	71,1
Valid joskus	13	28,9	28,9	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 29 % on ostanut joskus jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle.



37.

**15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
en koskaan	40	88,9	88,9	88,9
Valid joskus	5	11,1	11,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 11 % on myynyt joskus jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle.

38.

**16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
en koskaan	40	88,9	88,9	88,9
Valid joskus	5	11,1	11,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Vastanneista noin 11 % on joskus tehnyt palveluksen avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle ja saanut siitä vastineeksi rahaa.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan sukupuolen ja taloudellisen hyväksikäytön välisiä yhteyttä.

39.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:			Total
		ei koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	58,8%	38,2%	2,9%	100,0%
	Nainen	50,0%	50,0%		100,0%
Total		56,8%	40,9%	2,3%	100,0%

Vastanneista naisilta on pyydetty enemmän rahaa kuin miehiltä. Naisista 50 % vastaa, että heiltä on joskus pyydetty rahaa, kun taas miehistä noin 41 % vastaa, että heiltä on pyydetty rahaa joskus tai usein. Noin 3 % heistä vastaa, että rahaa on pyydetty usein.

40.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	70,6%	26,5%	2,9%	100,0%
	Nainen	60,0%	40,0%		100,0%
Total		68,2%	29,5%	2,3%	100,0%

Vastanneista naiset ovat lainanneet enemmän rahaa toisille asukkaille, kuin miehet. Naisista 40 % vastaa, että he ovat joskus lainanneet rahaa toisille, kun taas miehistä noin 29 % vastaa lainanneensa rahaa muille asukkaille.

41.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	73,5%	23,5%	2,9%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%		100,0%
Total		77,3%	20,5%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehet ovat lainanneet enemmän rahaa toisilta asukkailta, kuin naiset. Miehistä noin 26 % vastaa, että he ovat joskus lainanneet rahaa muilta asukkailta, kun taas naisista vain 10 % vastaa lainanneensa rahaa muilta.

42.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
1. Sukupuoli:	Mies	78,8%	18,2%	3,0%	100,0%
	Nainen	80,0%	20,0%		100,0%
Total		79,1%	18,6%	2,3%	100,0%

Vastanneista miehistä 21 % on antanut rahaa toiselle asukkaalle ja naisista 20 %.

43.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		13. Olen ostanut jotain avohoito- valmennuksen toiselta asukkaalta:		Total
		en koskaan	joskus	
1. Sukupuoli:	Mies	82,4%	17,6%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%	100,0%
Total		84,1%	15,9%	100,0%

Vastanneista miehet ovat ostaneet enemmän toisilta asukkailta, kuin naiset. Miehistä noin 18 % vastaa, että he ovat joskus ostaneet jotain toisilta asukkailta, kun taas naisista 10 % vastaa tehneensä näin.

44.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		14. Olen ostanut jotain avohoito- valmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
		en koskaan	joskus	
1. Sukupuoli:	Mies	76,5%	23,5%	100,0%
	Nainen	50,0%	50,0%	100,0%
Total		70,5%	29,5%	100,0%

Vastanneista naiset ovat ostaneet jotain enemmän toiselle asukkaalle, kuin miehet. Naisista 50 % vastaa, ostaneensa jotain toisille asukkaalle, kun taas miehistä noin 24 % vastaa ostaneensa tehneensä näin.

45.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		15. Olen myynyt jotain avohoito- valmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
		en koskaan	joskus	
1. Sukupuoli:	Mies	91,2%	8,8%	100,0%
	Nainen	90,0%	10,0%	100,0%
Total		90,9%	9,1%	100,0%

Vastanneista naisista 10 % ja miehistä noin 9 % ovat joskus myyneet jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle.

46.

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:		Total
		rahaa:		
		en koskaan	joskus	
1. Sukupuoli:	Mies	91,2%	8,8%	100,0%
	Nainen	80,0%	20,0%	100,0%
Total		88,6%	11,4%	100,0%

Vastanneista naisista 20 % ja miehistä noin 9 % ovat joskus tehneet palveluksen avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle ja saaneet siitä vastineeksi rahaa.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan iän ja taloudellisen hyväksikäytön välistä yhteyttä.

47.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:			Total
		sessa:			
		ei koskaan	joskus	usein	
2. Ikä:	18-25 vuotta	46,2%	46,2%	7,7%	100,0%
	26-33 vuotta	36,4%	63,6%		100,0%
	34-41 vuotta	57,1%	42,9%		100,0%
	42-49 vuotta	100,0%			100,0%
	50-57 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
	58-65 vuotta		100,0%		100,0%
Total		55,6%	42,2%	2,2%	100,0%

Vastanneista eniten rahaa on pyydetty 58–65-vuotiailta (100 %). Tämän jälkeen rahaa eniten on pyydetty 26–33-vuotiailta (noin 64 %). Vain 18–25-vuotiaiden joukossa on vastauksia, joiden mukaan rahaa on pyydetty usein (noin 8 %).

48.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
2. Ikä:	18-25 vuotta	53,8%	38,5%	7,7%	100,0%
	26-33 vuotta	54,5%	45,5%		100,0%
	34-41 vuotta	85,7%	14,3%		100,0%
	42-49 vuotta	87,5%	12,5%		100,0%
	50-57 vuotta	75,0%	25,0%		100,0%
	58-65 vuotta	50,0%	50,0%		100,0%
Total		66,7%	31,1%	2,2%	100,0%

Vastanneista rahaa eniten toiselle asukkaalle lainanneita on ikäluokassa 58–65 vuotta (50 %). Tämän jälkeen eniten lainanneita löytyy luokasta 18–25-vuotiaat (noin 46 %), joista noin 8 % on lainannut rahaa toiselle asukkaalle usein. Vähiten rahaa ovat lainanneet 42–49-vuotiaiden ikäluokka.

49.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
2. Ikä:	18-25 vuotta	69,2%	30,8%		100,0%
	26-33 vuotta	72,7%	18,2%	9,1%	100,0%
	34-41 vuotta	57,1%	42,9%		100,0%
	42-49 vuotta	87,5%	12,5%		100,0%
	50-57 vuotta	100,0%			100,0%
	58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total		75,6%	22,2%	2,2%	100,0%

Vastanneista rahaa eniten toisilta asukkailta lainanneita on ikäluokassa 34–41-vuotiaat (noin 43 %). Tämän jälkeen eniten löytyy luokasta 18–25-vuotiaat (noin 31 %). Ikäluokassa 26–33-vuotiaat joskus rahaa lainanneita on noin 18 % ja usein lainanneita noin 9 %. 50–65-vuotiaat eivät ole lainanneet koskaan rahaa toisilta asukkailta.

50.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
	en koskaan	joskus	usein	
18-25 vuotta	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%
26-33 vuotta	72,7%	27,3%		100,0%
34-41 vuotta	85,7%	14,3%		100,0%
42-49 vuotta	87,5%	12,5%		100,0%
50-57 vuotta	100,0%			100,0%
58-65 vuotta	100,0%			100,0%
Total	77,3%	20,5%	2,3%	100,0%

Vastanneista rahaa eniten toiselle asukkaalle antaneita on ikäluokassa 18–25 vuotta (noin 39 %). Heistä noin 8 % ovat antaneet rahaa usein. Rahan antaminen vähentyy iän kasvaessa ja 50–65-vuotiaat eivät ole antaneet rahaa toiselle asukkaalle koskaan.

51.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:		Total
	en koskaan	joskus	
18-25 vuotta	69,2%	30,8%	100,0%
26-33 vuotta	81,8%	18,2%	100,0%
34-41 vuotta	85,7%	14,3%	100,0%
42-49 vuotta	100,0%		100,0%
50-57 vuotta	75,0%	25,0%	100,0%
58-65 vuotta	100,0%		100,0%
Total	82,2%	17,8%	100,0%

Vastanneista eniten toiselta asukkaalta joskus ostaneita on 18–25-vuotiaiden ikäluokassa (noin 31 %). Toiselta ostamisen määrä vähenee iän kasvaessa 26 vuodesta 41 vuoteen. 42–49- sekä 58–65-vuotiaat eivät ole ostaneet toiselta asukkaalta koskaan mitään, kun taas 25 % 50–57-vuotiaista on ostanut jotain toiselta asukkaalta.

52.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
	en koskaan	joskus	
18-25 vuotta	46,2%	53,8%	100,0%
26-33 vuotta	63,6%	36,4%	100,0%
34-41 vuotta	85,7%	14,3%	100,0%
2. Ikä: 42-49 vuotta	100,0%		100,0%
50-57 vuotta	100,0%		100,0%
58-65 vuotta	50,0%	50,0%	100,0%
Total	71,1%	28,9%	100,0%

Vastanneista eniten toiselle asukkaalle joskus ostaneita on ikäluokassa 18–25-vuotiaat (noin 54 %). Toiselta ostamisen määrä vähenee iän kasvaessa 26 vuodesta 41 vuoteen. 42–49 sekä 50-57-vuotiaat eivät ole ostaneet toiselle asukkaalle koskaan mitään, kun taas 50 % 58-65 vuotiaista on ostanut jotain toiselle asukkaalle.

53.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
	en koskaan	joskus	
18-25 vuotta	92,3%	7,7%	100,0%
26-33 vuotta	72,7%	27,3%	100,0%
34-41 vuotta	100,0%		100,0%
2. Ikä: 42-49 vuotta	87,5%	12,5%	100,0%
50-57 vuotta	100,0%		100,0%
58-65 vuotta	100,0%		100,0%
Total	88,9%	11,1%	100,0%

Vastanneista eniten toiselle asukkaalle jotain joskus myyneitä on ikäluokassa 26–33-vuotiaat (noin 27 %). Noin 89 % vastanneista ei ole koskaan myynyt mitään toiselle avohoitovalmennuksen asukkaalle.

54.

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:		Total
	en koskaan	joskus	
18-25 vuotta	84,6%	15,4%	100,0%
26-33 vuotta	72,7%	27,3%	100,0%
34-41 vuotta	100,0%		100,0%
42-49 vuotta	100,0%		100,0%
50-57 vuotta	100,0%		100,0%
58-65 vuotta	100,0%		100,0%
Total	88,9%	11,1%	100,0%

Vastanneista eniten toiselle asukkaalle palveluksia on tehnyt ja siitä vastineeksi saanut rahaa ikäluokkaan 26–33 vuotta kuuluvat (noin 27 %). 18–25-vuotiaiden ikäluokassa vastaavaa on tehnyt noin 15 %. Noin 89 % vastanneista ei ole koskaan tehnyt palveluksia toisille asukkaille ja saanut siitä vastineeksi rahaa.

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan edunvalvojan omaamisen ja taloudellisen hyväksikäytön välistä yhteyttä.

55.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

	1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:			Total
	ei koskaan	joskus	usein	
itsenäisesti	42,9%	52,4%	4,8%	100,0%
saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta	50,0%	50,0%		100,0%
minulla on välitystili	50,0%	50,0%		100,0%
minulla on edunvalvoja	76,9%	23,1%		100,0%
Total	54,5%	43,2%	2,3%	100,0%



Vastanneista niiltä, joilla on edunvalvoja, on pyydetty selkeästi vähiten rahaa avohoitovalmennuksessa. Noin 23 % heistä on pyydetty rahaa. Eniten rahaa on pyydetty niiltä, jotka hoitavat raha-asiansa itsenäisesti. Noin 52 % heistä on pyydetty rahaa.

56.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	61,9%	33,3%	4,8%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	66,7%	33,3%		100,0%
	minulla on välitystili	25,0%	75,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	84,6%	15,4%		100,0%
Total		65,9%	31,8%	2,3%	100,0%

Vastanneista ne, joilla on edunvalvoja, ovat lainanneet selkeästi vähiten rahaa toisille asukkaille (noin 15 %). Eniten ovat lainanneet ne, joilla on välitystili. 75 % heistä on lainannut rahaa toisille.

57.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	66,7%	33,3%		100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	83,3%	16,7%		100,0%
	minulla on välitystili	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	minulla on edunvalvoja	92,3%	7,7%		100,0%
Total		75,0%	22,7%	2,3%	100,0%

Vastanneista ne, joilla on edunvalvoja, ovat lainanneet selkeästi vähiten rahaa toisilta asukkailta (noin 8 %). Eniten toisilta ovat lainanneet ne, joilla on välitystili. 50 % heistä on lainannut rahaa toisilta.

58.

## Crosstabulation

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:			Total
		en koskaan	joskus	usein	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	76,2%	19,0%	4,8%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	83,3%	16,7%		100,0%
	minulla on välitystili	100,0%			100,0%
	minulla on edunvalvoja	69,2%	30,8%		100,0%
Total		76,7%	20,9%	2,3%	100,0%

Vastanneista ne, joilla on edunvalvoja, ovat antaneet eniten rahaa toisille asukkaille. Noin 31 % heistä on antanut rahaa toisille. Ne, joilla on välitystili, eivät ole antaneet koskaan rahaa toiselle asukkaalle.

59.

## Crosstabulation

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:		Total
		en koskaan	joskus	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	66,7%	33,3%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta	83,3%	16,7%	100,0%
	minulla on välitystili	100,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	100,0%		100,0%
Total		81,8%	18,2%	100,0%

Vastanneista ne, jotka hoitavat raha-asioitaan itsenäisesti, ovat eniten ostaneet jotain toisilta asukkailta. Noin 33 % heistä on ostanut joskus toiselta asukkaalta. Ne, joilla on välitystili tai edunvalvoja, eivät ole ostaneet mitään toisilta asukkailta koskaan.

60.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
		en koskaan	joskus	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	66,7%	33,3%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta	66,7%	33,3%	100,0%
	minulla on välitystili	75,0%	25,0%	100,0%
	minulla on edunvalvoja	76,9%	23,1%	100,0%
Total		70,5%	29,5%	100,0%

Ryhmien välille jakautuu hyvinkin tasainen määrä vastaajia, jotka ovat joskus ostaneet jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle. Kaikista ryhmistä noin 23–33 % ovat joskus ostaneet jotain toiselle asukkaalle.

61.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:		Total
		en koskaan	joskus	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	85,7%	14,3%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta	83,3%	16,7%	100,0%
	minulla on välitystili	100,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	92,3%	7,7%	100,0%
Total		88,6%	11,4%	100,0%

Vastanneista ne, joilla on välitystili, eivät ole koskaan myyneet jotain toisille asukkaille. Ne, joilla on edunvalvoja, ovat myyneet jotain toisille asukkaille toisiksi vähiten (noin 8 %). Toisille jotain on myynyt noin 17 % niistä, jotka saavat apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta, joka on suurin määrin näistä luokista.

62.

**Crosstabulation**

% within 6. Hoidan raha-asiani:

		16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:		Total
		en koskaan	joskus	
6. Hoidan raha-asiani:	itsenäisesti	85,7%	14,3%	100,0%
	saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta	83,3%	16,7%	100,0%
	minulla on välitystili	100,0%		100,0%
	minulla on edunvalvoja	92,3%	7,7%	100,0%
Total		88,6%	11,4%	100,0%

Vastanneista ne, joilla on välitystili, eivät ole koskaan tehneet toiselle asukkaalle palvelusta ja saaneet siitä rahaa. Ne, joilla on edunvalvoja, ovat tehneet tällaista toisiksi vähiten (noin 8 %). Näin on tehnyt noin 17 % niistä, jotka saavat apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaalihjaajalta, joka on suurin määrin näistä luokista.

## 6.4 Miksi osallistujat käyttävät päihteitä tai pelaavat?

Seuraavissa taulukoissa tarkastellaan sitä, miksi osallistujat käyttävät päihteitä tai pelaavat. Tarkastelun kohteena on myös sukupuolen ja iän mahdollinen yhteys päihteiden käytölle ja pelaamiselle annettuihin syihin.

63.

**1. Sukupuoli: \* 24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto): Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):					Total
		se rentouttaa	se on tapaa kuluttaa aikaa	se vie ajatukseni muualle	en pysty olemaan käyttämättä alkoholia	jostain muusta syystä	
1. Sukupuoli:	Mies	30,0%	30,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Nainen	50,0%				50,0%	100,0%
Total		33,3%	25,0%	16,7%	8,3%	16,7%	100,0%

Vastanneista naisista puolet vastaavat käyttävänsä alkoholia, koska se rentouttaa ja puolet käyttävänsä jostain muusta syystä. Vastanneet miehet vastasivat eniten alkoholin rentouttavan ja olevan tapa kuluttaa aikaa (30 %). 10 % miehistä vastasi, ettei pysty olemaan käyttämättä alkoholia.

64.

**2. Ikä: \* 24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):**

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

	24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):						Total
	tulen siitä iloiseksi	se rentouttaa	se on tapa kuluttaa aikaa	se vie ajatukseni muualle	en pysty olemaan käyttämättä alkoholia	jostain muusta syystä	
18-25 vuotta			40,0%	20,0%		40,0%	100,0%
26-33 vuotta	50,0%		50,0%				100,0%
34-41 vuotta		50,0%		50,0%			100,0%
42-49 vuotta		75,0%			25,0%		100,0%
Total	7,7%	30,8%	23,1%	15,4%	7,7%	15,4%	100,0%

Nuorimman ikäryhmän vastaukset jakautuivat alkoholin olevan tapa kuluttaa aikaa, sen vievän ajatukset muualle ja ”jostain muusta syystä” vaihtoehtojen välille. 26–33-vuotiaiden vastaukset jakautuivat alkoholin tekevän iloiseksi ja olevan tapa kuluttaa aikaa vaihtoehtojen välille. 34–41-vuotiaiden vastaukset jakautuivat kahtia alkoholin rentouttavan ja vievän ajatukset muualle vaihtoehtojen välille. Vanhimman ikäryhmän vastaajat vastasivat eniten (75 %) käyttävänsä alkoholia, koska se rentouttaa.

65.

1. Sukupuoli: \* 32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

**Crosstabulation**

% within 1. Sukupuoli:

		32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):				Total
		se rentouttaa	se vie ajatukseni muualle	en pysty olemaan käyttämättä niitä	jostain muusta syystä	
1. Sukupuoli:	Mies	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Nainen				100,0%	100,0%
Total		20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%

Naisista kaikki vastasivat käyttäneensä muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa ”jostain muusta syystä”. Miesten vastauksen jakoutuivat täysin tasaisesti muiden päihteiden rentouttavan, vievän ajatukset muualle ja sen vaihtoehdon välille, etteivät he pysty olemaan käyttämättä niitä.

66.

2. Ikä: \* 32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):				Total	
		tulen siitä iloiseksi	se rentouttaa	se vie ajatukseni muualle	en pysty olemaan käyttämättä niitä		jostain muusta syystä
2. Ikä:	18-25 vuotta		50,0%			50,0%	100,0%
	26-33 vuotta	100,0%					100,0%
	34-41 vuotta			100,0%			100,0%
	42-49 vuotta				50,0%	50,0%	100,0%
	Total	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%

Nuorimman ikäryhmän vastaukset ovat jakautuneet kahtia muiden päihteiden rentouttavan ja ”jostain muusta syystä” vaihtoehtojen välille. 26–33 -vuotiaista kaikki ovat vastanneet käyttävänsä muita päihteitä kuin alkoholia ja tupakkaa, koska tulevat siitä iloiseksi. Kaikki 34–41-vuotiaat ovat vastanneet niiden vievän ajatukset muualle. Vanhimman ikäryhmän vastaukset ovat jakautuneet kahtia ”en pysty olemaan käyttämättä niitä” ja ”jostain muusta syystä” vaihtoehtojen välille.

67.

Vain yksi mies vastasi käyttäneensä lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti. Hän sanoi syyksi sen, että se rentouttaa. Vähiäisen vastausmäärän takia, tätä ei laskettu SPSS:ssä lainkaan.

68.

**2. Ikä: \* 39. Olen käyttänyt lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):**

**Crosstabulation**

% within 2. Ikä:

		39. Olen käyttänyt lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):		Total
		tulen siitä iloiseksi	se rentouttaa	
2. Ikä:	26-33 vuotta	100,0%		100,0%
	34-41 vuotta		100,0%	100,0%
Total		50,0%	50,0%	100,0%

Tähän kysymykseen on vastannut vain kaksi ihmistä. Toinen, iältään 26–33-vuotias, vastasi käyttäneensä lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti, koska tulee siitä iloiseksi. Toinen 34–41-vuotias vastasi sen rentouttavan.

69.

## 1. Sukupuoli: \* 47. Pelaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

## Crosstabulation

% within 1. Sukupuoli:

		47. Pelaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):						Total	
		tulen siitä iloi- seksi	se ren- touttaa	se on tapa kulut- taa aikaa	se on har- rastukseni	haluan tulla siinä pa- remmaksi	se vie ajatuk- seni muualle		jostain muus- ta syystä
1. Suku- puoli:	Mies	15,0%	20,0%	35,0%	15,0%	5,0%	5,0%	5,0%	100,0 %
	Nai- nen			60,0%	20,0%		20,0%		100,0 %
Total		12,0%	16,0%	40,0%	16,0%	4,0%	8,0%	4,0%	100,0 %

Kysymykseen vastanneiden miesten vastaukset jakautuivat kaikkien vastausvaihtoehtojen välille. Eniten miehet kuitenkin vastasivat pelaavansa, koska se on tapa kuluttaa aikaa (35 %). Naisten vastaukset jakautuivat kolmen vastausvaihtoehdon välille: ”Se on tapa kuluttaa aikaa”, ”se on harrastukseni” ja ”se vie ajatukset muualle”. Myös naiset vastasivat eniten (60 %) sen olevan tapa kuluttaa aikaa.



70.

## 2. Ikä: \* 47. Pelaan, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

## Crosstabulation

% within 2. Ikä:

	47. Pelaan, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):							Total
	tulen siitä iloiseksi	se rentouttaa	se on tapa kuluttaa aikaa	se on harrastukseni	haluan tulla siinä paremmaksi	se vie ajatukseni muualle	jostain muusta syystä	
18-25 vuotta	18,2%	18,2%	36,4%	18,2%	9,1%			100,0%
26-33 vuotta		12,5%	37,5%	12,5%		25,0%	12,5%	100,0%
34-41 vuotta	50,0%			50,0%				100,0%
42-49 vuotta		50,0%	50,0%					100,0%
50-57 vuotta			100,0%					100,0%
58-65 vuotta			100,0%					100,0%
Total	12,0%	16,0%	40,0%	16,0%	4,0%	8,0%	4,0%	100,0%

18–33-vuotiaat pelaavat eniten sen takia, että se on tapa kuluttaa aikaa (noin 74 %).

34–41-vuotiaiden vastaukset jakaantuivat kahtia ”se rentouttaa” ja ”se on tapa kuluttaa aikaa” vaihtoehtojen välille. Yhteensä kaikista vastaajista 40 % vastasivat pelaamisen olevan tapa kuluttaa aikaa.

71.

## 1. Sukupuoli: \* 56. Pelaan rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

## Crosstabulation

% within 1. Sukupuoli:

		56. Pelaan rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):							Total
		se ren- touttaa	se on tapa- kulut- taa aikaa	se on har- rastukseni	haluan tulla siinä parem- maksi	se vie ajatuk- seni muualle	se tuo jännitys- tä elä- mäni	jostain muus- ta syystä	
1. Suku- puoli:	Mies	6,7%	20,0%	6,7%	6,7%	6,7%	26,7%	26,7%	100,0 %
	Nai- nen							100,0 %	100,0 %
Total		6,3%	18,8%	6,3%	6,3%	6,3%	25,0%	31,3%	100,0 %

Kaikkien vastanneiden kesken vastauksia jakaantui jokaisen vastausvaihtoehdon kohdalle. Miehet vastasivat eniten pelaavansa rahapelejä, koska se tuo jännitystä elämään (noin 27 %) ja ”jostain muusta syystä” (noin 27 %). Kaikki naiset vastasivat pelaavansa ”jostain muusta syystä”.

72.

## 2. Ikä: \* 56. Pelaa rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):

## Crosstabulation

% within 2. Ikä:

	56. Pelaa rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):							Total
	se rentouttaa	se on tapa kuluttaa aikaa	se on harrastukseni	haluan tulla siinä paremmaksi	se vie ajatukseni muualle	se tuo jännitystä elämäni	jostain muusta syystä	
18-25 vuotta		14,3%	14,3%	14,3%		57,1%		100,0%
26-33 vuotta		25,0%					75,0%	100,0%
2. 34-41 Ikä: vuotta		50,0%					50,0%	100,0%
42-49 vuotta	50,0%						50,0%	100,0%
50-57 vuotta					100,0%			100,0%
Total	6,3%	18,8%	6,3%	6,3%	6,3%	25,0%	31,3%	100,0%

Nuorimmassa ikäryhmässä rahapelejä pelataan eniten (noin 57 %), koska se tuo jännitystä elämään. Samoin on myös 26–33-vuotiaiden kohdalla. 34–41-vuotiaiden vastaukset ovat jakautuneet kahtia ajan kuluttamisen ja jonkin muun syyn välille. 42–49-vuotiaiden vastaukset ovat jakautuneet kahtia ”se rentouttaa” ja ”jostain muusta syystä” vaihtoehtojen välille. 50–57-vuotiaista 100 % on vastannut sen vievän ajatukset muualle.

## 7 Johtopäätökset

Seuraavassa esittelen opinnäytetyöni tuloksia tiivistetysti sekä niistä tekemiäni johtopäätöksiä. Opinnäytetyötä useamman kuukauden avohoitovalmennuksessa tehtyäni, on minulle tullut mielikuva siitä, miten tutkimani ilmiöt näyttävät työntekijöille arjessa. Työntekijöiden kokemuksia ei kuitenkaan ole kirjoitettu auki tässä opinnäytetyössä, jotta opinnäytetyön raja-alue pysyisi kohtuullisena. Siitä huolimatta tulen tässä kappaleessa heijastamaan tuloksia teoriaan sekä näihin mielikuviini ilmiöiden esiintymisestä avohoitovalmennuksen arjessa. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset eivät olleet tilastol-

lisesti merkitseviä. Pohdin kuitenkin sitä, kuinka suuresta esiintyvyydestä ja minkälaisista yhteyksistä saadut tulokset antavat viitteitä.

Avohoitovalmennuksessa esiintyy selkeästi alkoholin käyttöä, sillä 22 prosenttia vastanneista kertoo käyttäneensä alkoholia avohoitovalmennuksessa. Määrä ei kuitenkaan ole hälyttävän suuri, vaan pikemminkin arvattavissa oleva työntekijöiden arjen kokemusten perusteella. 22 prosenttia voidaan kuitenkin pitää huomattavana määränä siihen nähden, että alkoholin liiallinen käyttö on ollut laukaiseva tekijä monen asukkaan sairastumisessa. Osa asukkaista on tehnyt myös rikoksia alkoholin vaikutuksen alaisena. Määrä on huomattava myös siihen nähden, että jos alkoholin käyttäjät jakautuisivat tasaisesti jokaiseen avohoitovalmennuksen soluun, riittäisi jokaiseen enemmän kuin yksi alkoholin käyttäjä. Näin käydessä, olisi sillä suuri vaikutus arjen toimivuuteen ja asuinkumppaneiden viihtyvyyteen sekä turvallisuudentunteeseen.

Vastanneista miehet ovat käyttäneet naisia enemmän alkoholia. Tämäkin tulos käy hyvin yhteen työntekijöiden arjen kokemusten sekä teorian kanssa, jonka mukaan alkoholiriippuvaisia miehistä on Suomessa 7 prosenttia ja naisista 2 prosenttia. Alkoholia eniten käyttävät nuorimmat asukkaat sekä 42–49-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvat. Tämä sopii yhteen osastonhoitaja Heikkilä-Aulan (2016) ja sosiaaliohjaaja Pyörteen (2016) mietteiden kanssa liittyen nuorten asukkaiden määrän kasvun ja päihteiden käytön lisääntymisen mahdolliseen yhteyteen. Lähes 10 prosenttia vastanneista kertoo käyttäneensä myös muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa. Ottaen huomioon muiden päihteiden laittomuuden, on määrä suhteellisen iso. Kuten alkoholin, niin myös muiden päihteiden käytön kohdalla 42–49-vuotiaiden ikäluokka pistää silmään. Heidän joukossaan on selkeästi eniten muita päihteitä käyttäneitä. Seuraavana tulevat jälleen nuorimmat asukkaat. Vanhimmat asukkaat eivät ole koskaan käyttäneet alkoholia tai muita päihteitä avohoitovalmennuksessa ollessaan. Asukkaista ne, jotka saavat apua raha-asioihinsa tutuilta tai sosiaaliohjaajalta, eivät ole koskaan käyttäneet alkoholia avohoitovalmennuksessa. Ne, joilla on edunvalvoja, ovat käyttäneet alkoholia seuraavaksi vähiten. Eniten käyttäneitä löytyy siis välitystilin omaavista ja raha-asiansa itsenäisesti hoitavista. Vastanneista ne, joilla on välitystili tai jotka saavat apua tutuilta tai sosiaaliohjaajalta, eivät ole koskaan käyttäneet muita päihteitä avohoitovalmennuksessa. Itsenäisesti raha-asiansa hoitavista ja edunvalvojan omaavista löytyy siis muita päihteitä käyttäneitä.

Vastanneista naiset käyttivät alkoholia, koska se rentouttaa sekä ”jostain muusta syystä”. Vastanneet miehet vastasivat alkoholin rentouttavan ja olevan tapa kuluttaa aikaa. Nuorimmassa ikäryhmässä vastattiin alkoholin olevan tapa viettää aikaa, sen vievän ajatukset muualle sekä ”jostain muusta syystä”. 26–33-vuotiaat vastasivat alkoholin tekevän iloiseksi ja olevan tapa kuluttaa aikaa. 34–41-vuotiaat vastasivat alkoholin rentouttavan ja vievän ajatukset muualle. Vanhimman ikäryhmän vastaajat vastasivat eniten käyttävänsä alkoholia, koska se rentouttaa. Alkoholia käyttöä perusteltiin siis eniten sen rentouttavalla vaikutuksella ja sillä, että se on tapa kuluttaa aikaa. Alkoholin rentouttavan vaikutuksen kuvittelisin liittyvän muun muassa asukkaiden sairauteen liittyvään ahdistukseen, jota pyritään alkoholilla helpottamaan. Huolestuttavaa on se, että alkoholia pidetään tapana kuluttaa aikaa. Auroran avohoitovalmennuksen toiminta on kuntouttavaa ja kaikille tarjotaan ja suositellaan viikko-ohjelmaa sekä muuta tekemistä. Asukkaita motivoidaan ja autetaan keksimään juuri itselle mielekästä ohjelmaa. Kaikki eivät näihin tarjouksiin kuitenkaan tartu. Herää kysymys siitä, eikö tarjolla oleva ohjelma ole tarpeeksi mielekästä vai kokevatko asukkaat pulloon tarttumisen olevan se vaihtoehtoisin vaihtoehto tekemisen puutteelle?

Vastanneista naisista kaikki vastasivat käyttäneensä muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa ”jostain muusta syystä”. Miehet vastasivat muiden päihteiden rentouttavan, vievän ajatukset muualle ja etteivät he pysty olemaan käyttämättä niitä. Nuorimmassa ikäryhmässä vastattiin muiden päihteiden rentouttavan ja käytön johtuvan ”jostain muusta syystä”. 26–33-vuotiaista kaikki vastasivat käyttävänsä muita päihteitä kuin alkoholia ja tupakkaa, koska tulevat siitä iloiseksi. Kaikki 34–41-vuotiaat vastasivat niiden vievän ajatukset muualle. Vanhimmassa ikäryhmässä vastattiin, etteivät he pysty olemaan käyttämättä niitä sekä käytön johtuvan ”jostain muusta syystä”. Tämän kysymyksen kohdalla tuli siis paljon ”jostain muusta syystä” -vastauksia, joka viittaa vastausvaihtoehtojen puuttumiseen. Muiden päihteiden kuin alkoholin ja tupakan käyttöön voidaan siis arvella olevan erilaisia syitä kuin alkoholin käyttöön; syitä, jotka vastausvaihtoehtoista puuttuivat. Muiden päihteiden kohdalla useammassa ryhmässä vastattiin enemmän ”en pysty olemaan käyttämättä niitä” ja ”ne vievät ajatukset muualle” vaihtoehtoja kuin alkoholin kohdalla.

Lääkkeiden päihdekäyttö on hyvin vähäistä. Kaksi vastanneista kertoo käyttäneensä lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti. Tämä kertoo mielestäni hyvää avohoitovalmennuksen lääkehoidon toimivuudes-

ta, sillä potilaat eivät koe tarvetta niin sanotusti lääkittää itseään tai tällainen toiminta on muutoin pystytty estämään, esimerkiksi valvotulla lääkkeiden jakamisella ja ottamisella.

Avohoitovalmennuksen kyselyyn vastanneista asukkaista noin 49 prosenttia pelaavat tietokonepelejä ja 40 prosenttia konsolipelejä. Jos oletetaan, että nuoret ihmiset pelaavat niin tietokone- kuin konsolipelejäkin, kuten myös avohoitovalmennuksen työntekijöiden arjen kokemukset viittaavat, käyvät prosentit hyvin yhteen sen kanssa, että noin 49 prosenttia avohoitovalmennuksen asukkaista on alle 30-vuotiaita. Ei ole yllättävää, että konsolipelaajia on vähemmän kuin tietokonepelejä pelaavia, sillä useimmilla asukkaista on oma tietokone muttei konsolipelilaitetta. Ero tietokonepelien pelaamisessa miesten ja naisten välillä on suhteellisen pieni. Ero konsolipelien kohdalla on suurempi. Ero miesten ja naisten välillä rahapelien kohdalla on puolestaan huomattavan iso, vaikkei tilastollista merkitsevyyttä löytynykään. Tämä käy yhteen tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan Suomessa miehillä on enemmän rahapeliongelmia kuin naisilla, sillä 78 prosenttia rahapeliongelmaisista on miehiä. Tietenkään tämän kyselyn perusteella ei voida tietää, ketkä rahapelien pelaajista kuuluvat ongelmapelaajiin, joita suomalaisten joukosta löytyy 2,7 prosenttia. Vastanneista eniten tietokonepelejä pelaavat nuorimpaan ikäluokkaan kuuluvat. Näin on myös konsolipelien ja rahapelien kohdalla. Tietokone-, konsoli- ja rahapelejä pelaavat vähiten ne, joilla on edunvalvoja. Varsinkin rahapeliongelma voi johtaa taloudellisiin vaikeuksiin. Tämä herättää pohtimaan ovatko nämä vähiten pelaavat pelanneet ennen niinkin paljon, että pelaamisen aiheuttaneet taloudelliset vaikeudet, ovat vaatineet edunvalvojan hankkimista? Vai eivätkö edunvalvojan omaavat ihmiset ole koskaan pelanneet paljoa siksi, että heillä on edunvalvoja, joka käyttövaroja säännöstelee?

Vastanneista miehistä ja naisista suurin osa vastasi pelaavansa, koska se on tapa kuluttaa aikaa. Näin kävi myös 18–33-vuotiaiden kohdalla. 34–41-vuotiaiden kohdalla vastaukset jakaantuivat kahtia pelaamisen olevan rentouttavaa sekä tapa kuluttaa aikaa vaihtoehtojen välille. Yhteensä kaikista vastaajista 40 prosenttia vastasi pelaamisen olevan tapa kuluttaa aikaa. Luku on mielestäni iso siihen nähden, että vastausvaihtoehtoja oli yhdeksän ja vähiten vastauksia keräsi vaihtoehto ”jostain muusta syystä” (yhdessä ”haluan tulla siinä paremmaksi” vaihtoehdon kanssa). Vastausvaihtoehdot vaikuttavat siis olleen kattavat. Onko pelaamisen kohdalla siis samankaltaisia ilmiöitä kuin alkoholin käytön kohdalla? Eikö tarjolla oleva tekeminen ole mielekästä, vai onko pelaaminen vain se helpompi vaihtoehto ajan kuluttamiselle? Tuntuu erikoiselta, että niin moni pelaa vain, koska se on tapa kuluttaa aikaa, kun muutakin ohjelmaa kuitenkin

on tarjolla. Tietenkään ei voida tietää, onko ajan kuluttaminen ainoa pelaamisen syy, sillä lomakkeessa vaihtoehtoista pyydettiin valitsemaan parhaiten sopiva.

Rahapelien kohdalla pelaamiselle annetut syyt jakaantuivat jokaisen vastausvaihtoehdon kohdalle. Miehistä eniten vastasi pelaavansa rahapelejä, koska se tuo jännitystä elämään ja ”jostain muusta syystä”. Kaikki naiset vastasivat pelaavansa ”jostain muusta syystä”. Nuorimmassa ikäryhmässä rahapelejä pelattiin eniten, koska se tuo jännitystä elämään. Samoin on 26–33-vuotiaiden kohdalla. 34–41-vuotiaiden vastaukset jakautuivat kahtia ajan kuluttamisen ja jonkin muun syyn välille. 42–49-vuotiaiden vastaukset jakautuivat kahtia ”se rentouttaa” ja ”jostain muusta syystä” vaihtoehtojen välille. 50–57-vuotiaista kaikki vastasivat sen vievän ajatukset muualle. Rahapelien kohdalla ei siis ole osattu sisällyttää kaikkia oleellisia vastausvaihtoja kyselylomakkeeseen, sillä ”jostain muusta syystä” vastauksia on paljon. Lieneekö puuttuva vaihtoehto, tai ainakin yksi niistä, puhtaasti taloudellisen voiton tavoittelu? Se on vaihtoehto, joka näin jälkikäteen ajateltuna olisi pitänyt sisällyttää lomakkeeseen. Lomakkeita läpikäydessä huomattiin silmämääräisesti myös se, että suurin osa vastasi voittaneensa rahapeleillä enemmän kuin hävinneensä. Tämähän ei yleisten tietojen ja todennäköisyyksien mukaan voi pitää paikkaansa. Huolestuttavaa on se, jos monikin asukkaista pelaa taloudellista voittoa tavoitellakseen eikä hahmota sitä, että rahaa yleensä kuluu pelaamiseen enemmän kuin mitä siinä saa takaisin. Avohoitovalmennuksessa on ennen järjestetty peliryhmää. Sen jatkaminen tai muuten peleistä ja niihin liittyvästä rahan käyttämisestä puhuminen olisi hyödyllistä.

Vastanneista vain kaksi kokee tulleen taloudellisesti hyväksikäytetyksi avohoitovalmennuksessa ja yksi vastaa käyttäneensä toista asukasta taloudellisesti hyväkseen. Koska taloudellisen hyväksikäytön käsite on voinut olla monelle epäselvä, on tarkoituksenmukaista tarkastella myös vastauksia kysymyksiin, jotka voivat liittyä taloudelliseen hyväksikäyttöön.

Keneltäkään vastanneista ei ole varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa. Kuitenkin noin 45 prosentilta vastanneista on joskus pyydetty rahaa ja 33 prosenttia on lainannut rahaa toiselle asukkaalle. Vastanneista 23 prosenttia on antanut rahaa ja 29 prosenttia on ostanut jotain toisille. Vaikka vain kaksi vastanneista koki tulleen taloudellisesti hyväksikäytetyksi avohoitovalmennuksessa ja yksi myönsi käyttäneensä toista henkilöä taloudellisesti hyväkseen, ovat varsinkin rahan pyytämisen ja lainaamisen sekä toiselle antamisen ja ostamisen prosentit isot. Tämä herättää kysymyksen siitä, tapahtuuko

taloudellista hyväksikäyttöä kuitenkin ilman, että asukkaat edes tietävät joutuvansa sen kohteeksi? Varsinkin toiselle asukkaalle ostaminen ja rahan antaminen kuulostavat huolestuttavilta, sillä suurin osa asukkaista on hyvin pienituloisia.

Vastanneista naisilta on pyydetty enemmän rahaa avohoitovalmennuksessa ja he ovat myös lainanneet sitä enemmän muille kuin miehet. Miehet ovat lainanneet muilta enemmän rahaa kuin naiset. Naiset ovat myös ostaneet enemmän toisille asukkaille kuin miehet. Vastanneista miehistä ja naisista kuitenkin hyvin saman verran vastaajia on antanut rahaa toiselle asukkaalle. Naisista yli 10 % enemmän on tehnyt palveluksen toiselle asukkaalle ja saanut siitä vastineeksi rahaa kuin miehistä.

Vastanneista kaikilta 58–65-vuotialta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa. Heidän ikäluokassaan on myös eniten toisille asukkaille rahaa lainanneita, mutta he eivät ole koskaan lainanneet rahaa keneltäkään. Tämän jälkeen rahaa eniten on pyydetty 26–33-vuotiailta. Vastanneista rahaa eniten toisille antaneita on ikäluokassa 18–25 vuotta. Heidän ikäluokassaan on myös eniten jotain toisille asukkaille ostaneita. Rahan antaminen vähentyy iän kasvaessa ja 50–65-vuotiaat eivät ole antaneet rahaa toiselle asukkaalle koskaan. Vastanneista rahaa eniten toisilta asukkailta lainanneita on ikäluokassa 34–41-vuotiaat. Nämä tulokset viittaavat siihen, että naiset sekä kaikista nuorimmat ja kaikista vanhimmat, olisivat suurimmassa riskissä joutua taloudellisesti hyväksikäytetyiksi. Toki voi myös olla, että esimerkiksi nuorimpien keskuudessa rahan lainaaminen tai toisille joidenkin ostoksien tarjoaminen on yleisempää kuin hieman vanhempien keskuudessa.

Vastanneista niiltä, joilla on edunvalvoja, on pyydetty selkeästi vähiten rahaa. Eniten rahaa on pyydetty niiltä, jotka hoitavat raha-asiansa itsenäisesti. Vastanneista ne, joilla on edunvalvoja, ovat lainanneet selkeästi vähiten rahaa toisille asukkaille ja he ovat myös lainanneet vähiten muilta. Eniten muille asukkaille ovat lainanneet ne, joilla on välitystili. He ovat myös lainanneet muilta asukkailta eniten. Vastanneista ne, joilla on edunvalvoja, ovat muista tuloksista poiketen kuitenkin antaneet eniten rahaa toisille asukkaille ja ne, joilla on välitystili, eivät ole antaneet koskaan rahaa toisille. Kaikkien ryhmien välille jakautuu hyvinkin tasainen määrä vastaajia, jotka ovat joskus ostaneet jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle. Tämä käy järkeen, sillä esimerkiksi syntymäpäivälahjan ostaminen asuintoverille kuulostaa hyvinkin normaalilta. Muutoin tulokset viittaavat siihen, että edunvalvojan omaaminen suojaa, ainakin osittain, taloudelliselta hyväksikäytöltä. Se, että ne, joilla on edunvalvoja, ovat antaneet eniten rahaa



muille, kuvaa sitä, että edunvalvoja on asetettu oikeille asukkaille; asukkaille, jotka antavat rahaansa muille ja näin ollen ovat taloudellisesti hyväksikäytettävissä. Tulosten perusteella emme voi tietää, onko asukas antanut rahaa ennen edunvalvojan saamista vai sen jälkeen. Edunvalvoja kuitenkin antaa asukkaalle käyttövaraa sen puitteissa, että myös pakolliset laskut tulevat hoidettua. Näin ollen rahan muille antaminen ei pääse enää ajamaan asukasta suuriin taloudellisiin vaikeuksiin.

Avohoitovalmennuksessa käytetään selkeästi jonkin verran alkoholia. Muiden päihteiden käyttö on suhteellisen vähäistä, vaikka niiden laittomuuden puolesta pienikin esiintyvyys on toki huomioitava. Lääkkeiden päihdekäyttöä on vähän. Tietokone-, konsoli- ja rahapelaamista esiintyy paljon, niin kuin myös taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyviä ilmiöitä. Taloudellista hyväksikäyttöä ei kuitenkaan tunnuta tunnistettavan. Rahapelaamisen syyt jäävät epäselviksi, sillä kyselylomakkeesta puuttui selkeästi vastausvaihtoehtoja. Rahapelaamisen syitä voi tässä vaiheessa vain arvailla, mutta jos puuttuva vaihtoehto monen kohdalla olisi ollut taloudellisen hyödyn saaminen on se asia, josta asukkaat tarvitsevat lisäinformaatiota. Tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta ne antavat viitteitä siitä, että sukupuoli, ikä ja edunvalvojan omaaminen vaikuttavat niin alkoholin käyttöön, pelaamiseen kuin taloudelliseen hyväksikäyttöönkin. Muiden päihteiden kuin alkoholin ja tupakan käyttöä esiintyi sen verran vähemmän, ettei ole tarkoituksenmukaista esittää oletuksia sukupuolen, iän ja edunvalvojan omaamisen vaikutuksista siihen. Vastaajat pelasivat suurimaksi osaksi kuluttaakseen aikaa ja käyttivät päihteitä samasta syystä sekä niiden rentouttavan vaikutuksen takia.

## **8 Pohdinta**

### **8.1 Tulosten pysyvyys**

Reliabiliteetilla tarkoitetaan saatujen tutkimustulosten pysyvyyttä eli sitä, saadaanko samat tulokset, jos tutkimus toistetaan. Tutkimuksen reliabiliteetti on korkea, jos sama tulos saadaan eri mittajien toimesta ja eri mittauskerroilla. Mittari voi olla reliabiliteetiltään korkea eli tuottaa aina saman tuloksen mutta mittari voi silti olla väärä. Tällöin mittari ei mittaa haluttuja asioita. Tutkimuksen reliabiliteetti ei siis takaa tutkimuksen validiteettia. (Kananen 2011: 118–119.)

Reliabiliteetti koostuu kahdesta osatekijästä: stabiliteetista ja konsistenssista. Stabiiliteettia voi nostaa toistamalla mittauksia ajallisesti peräkkäin; se siis mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Tässä opinnäytetyössä stabiliteettia ei voida juuri huomioida, sillä uusintamittauksien tekoon ei ole resursseja. Konsistenssilla tarkoitetaan käytännössä sitä, että samaa muuttujaa mitattaessa kahdella eri mittarilla pitäisi mittaustulosten olla samat. Konsistenssin mittaaminen perustuu väittämien korrelaatioon (ns. Cronbachin alfakerroin). Yksinkertaisimmillaan konsistenssi voidaan mitata kyselytutkimuksessa kysymällä samaa asiaa kahdella eri kysymyksellä. Tällaisissa kysymyksissä käytetään muuttujan ominaisuuksien vastinpareja. (Kananen 2011: 119–120.) Vastinpareja ovat esimerkiksi termit kylmä ja kuuma. Jos kaksi samaa asiaa mittaavaa, mutta vastakkaisista väitettä korreloivat, on mittauksen reliabiliteetti oletettavasti korkea (Kananen 2011: 120). Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeeseen ei sisällytetty kontrollikysymyksiä. Niistä luovuttiin osittain sen takia, että kyselyn saamisessa vastattavaksi tuli kiire. Tämän lisäksi kyselylomakkeen ajateltiin sisältävän muita piirteitä, jotka paljastavat sen, onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen. Toinen tällainen piirre olivat kysymysten välissä olevat tekstit, joissa pyydettiin siirtymään tiettyyn kysymykseen, jos on vastannut tietyllä tavalla. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, miksi he tekevät jotain ja milloin he tekevät jotain. Jos nämä vastaukset ovat täysin ristiriidassa, voidaan epäillä sitä, onko kysymykset ymmärretty oikein. Tästä kirjoitan lisää luvussa 8.3.

## 8.2 Kyselylomakkeen pätevyys

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako käytetty mittari sitä, mitä sen pitääkin mitata. Validiteetti varmistetaan valitsemalla oikea tutkimusmenetelmä ja oikea mittari. Lisäksi varmistetaan se, että mitataan oikeita asioita. Validiteetin arviointi on vaikeaa, sillä validiteetista voidaan erottaa seuraavat alalajit: sisäinen validiteetti, face-validiteetti, ulkoinen validiteetti, sisältövaliditeetti, ennustevaliditeetti, käsite- eli rakennevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. (Kananen 2011: 121.)

Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan oikeaa syy-seuraus-suhdetta eli sitä, onko jokin jonkin syy. Toisin sanoen sisäisen validiteetin pohdinta on pohdintaa siitä, mikä aiheuttaa mitäkin. Tämä ei aina ole yksinkertaista. Ulkoisen validiteetin arviointi puolestaan on helppoa, jos populaatiosta on saatavilla muuttujia, joita voidaan vertailla otoksen kanssa. Ulkoisesta validiteetista puhutaan yleistettävyydestä puhuttaessa. Yleistettävyys on hyvä, jos otos vastaa populaatiota. (Kananen 2011: 121-122.) Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset pätevät samaan kohderyhmään koko populaatiossa kuin

otoksessakin. Tässä opinnäytetyössä ei pyritty löytämään syy-seuraus-suhteita sen haastavuuden vuoksi. Opinnäytetyö tehtiin tapaustutkimuksena, jossa tutkittiin Auroran avohoitovalmennuksen asukkaita, joten tuloksia ei voida suoraan yleistää koskemaan esimerkiksi kaikkia Suomen mielenterveyskuntoutujia. Tutkimus pyrittiin tekemään kokonaistutkimuksena eli kyselylomake jaettiin kaikille asukkaille. 56 asukkaasta 45 asukasta vastasi. Näin ollen tulosten voidaan olettaa edustavan kohderyhmää hyvin. Toisaalta asukasmäärä on suhteellisen pieni, joten muutamakin muista vastauksista poikkeava vastaus saattaisi erottua joukosta ja vaikuttaa tuloksiin jonkin verran.

Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, että saadut tutkimustulokset ovat seurausta käytetyistä muuttujista. Mittarin tulee siis mitata juuri oikeaa asiaa. Tämä vaatii tarkkuutta mittaria ja sen rakennetta laadittaessa sekä sen osia määrittäessä. Ennustevaliditeetti puolestaan on hyvä, jos käytetty mittari ennustaa hyvin toisella mittarilla suoritettuja mittauksia. Tästä yksinkertaisena esimerkkinä voidaan käyttää pääsykokeita ja opinnoissa menestymistä. Jos pääsykokeissa menestyneet menestyvät myös opinnoissaan, voidaan pääsykokeen ennustevaliditeetin sanoa olleen hyvä. Pääsykoemittarin validiteetti ei kuitenkaan voi olla täydellinen, sillä on mahdollista, että ne, jotka eivät päässeet sisälle haluamaansa kouluun, olisivat menestyneet kuitenkin opinnoissaan. (Kananen 2011: 122.) Tämän opinnäytetyön kohdalla ennustevaliditeettia ei voida pohdita. Sisältövaliditeetti puolestaan oli mielestäni hyvä lopullisiin tutkimuskysymyksiin nähden. Jouduin kuitenkin muuttamaan toisen alkuperäisistä tutkimuskysymyksistä, sillä sen laskeminen olisi ollut turhan haasteellista. Näin kävi suoraan taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyvien kysymysten kanssa, sillä vain muutama vastasi suoraan tulensa taloudellisesti hyväksikäytetyksi tai käyttäneensä toista asukasta taloudellisesti hyväkseen. Olen kuitenkin tyytyväinen siitä, että laitoin lomakkeeseen tarkempia kysymyksiä ilmiöistä, jotka voivat liittyä taloudelliseen hyväksikäyttöön, sillä uskon niiden antavan viitteitä taloudellisen hyväksikäytön esiintyvyydestä.

Käsite- eli rakennevaliditeetti tarkastelee puolestaan yksittäisiä käsitteitä ja niiden operationalisointia. Jos operationalisointi on onnistunut, on mittarin käsitevaliditeetti hyvä. Käsitevaliditeettia voi parantaa tarkalla muuttujien valinnalla eli hyvällä operationalisoinnilla ja varmistamalla siitä, etteivät tuntemattomat muuttujat vaikuta tuloksiin. (Kananen 2011: 122.) Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden muuttamista empiirisesti mitattavaan muotoon (Saaranen-Kauppinen - Puusniekka 2006). Tutkimuksen kriteerivaliditeetti on hyvä, jos muut vastaavat tutkimukset antavat samat tulokset. Vahvistusta tulosten luotettavuudelle voi hakea myös muilla mittareilla. Jos

esimerkiksi työviihtyvyys on laskussa tulosten mukaan ja samaan aikaan työpaikalta eroaa enemmän ihmisiä kuin ennen, voidaan kriteerivaliditeetin uskoa olevan korkea. Tämän opinnäytetyön kriteerivaliditeetti on ainakin osittain hyvä, sillä tulokset esimerkiksi liittyen alkoholin käytön ja sukupuolen sekä rahapelaamisen ja sukupuolen yhteyteen ovat samansuuntaisia kuin aiemmat tutkimustulokset. Tulokset käyvät yhteen myös avohoitovalmennuksen työntekijöiden arjen kokemusten kanssa. Varsinkin taloudellisen hyväksikäytön käsitteen operationalisointi tuntui haastavalta, mutta uskon onnistuneeni siinä kohtuullisesti.

### 8.3 Muita huomioita

Osasta kyselylomakkeeseen saaduista vastauksista huomasin, ettei vastaaja ollut ymmärtänyt kysymystä. Tämän huomasin siitä, että vaikka vastaaja olisi valinnut kysymykseen ”olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa” vastausvaihtoehdon ”en koskaan”, oli hän myös vastannut seuraaviin kysymyksiin, joissa kysyttiin, miksi hän on käyttänyt alkoholia ja milloin hän on käyttänyt alkoholia. Näin oli käynyt joidenkin vastaajien kohdalla siitä huolimatta, että ensimmäisen kysymyksen jälkeen oli aina teksti, joka kehotti siirtymään tiettyjen kysymysten yli, jos vastasi ”en koskaan” vaihtoehdon. Toisaalta herää kysymys, oliko myös kyselylomakkeessa tarkentamisen varaa, sillä ensimmäinen kysymys sisälsi sanan ”avohoitovalmennuksessa” ja toisessa kysyttiin vain ”olen käyttänyt alkoholia, koska”. Onko osa vastaajista vastannut tarkentaviin kysymyksiin sellaisen alkoholin käytön perusteella, joka ei ole tapahtunut avohoitovalmennuksessa?

Kyselylomakkeesta tuli suunniteltua pidempi, mutta pohtiessani sen tiivistämistä päädyin varmistamaan mieluummin sen, että saan tarpeeksi informaatiota. Lisäksi testasin etukäteen ystäväni avulla kauan kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää, eikä aika ollut mielestäni liian pitkä, vaikka monella osallistujalla vastaaminen saattaa toki kestää kauemmin kuin terveillä ihmisillä. Kysymysten suureen määrään liittyy myös se huomio, että opinnäytetyöni fokus olisi voinut olla monen muunkinlainen, sillä informaatiota saatiin kyselylomakkeella paljon. On varmaankin mielipidekysymys, oliko fokus nyt ”oikea” vai ei. Itse koen vastanneeni siihen, mitä avohoitovalmennuksen työyhteisö toivoi. Opinnäytetyöni aihe on sinänsä haastava, että esimerkiksi avohoitovalmennuksessa kiellettyyn päihteiden käyttöön liittyviin kysymyksiin, eivät kaikki välttämättä uskaltaneet vastata rehellisesti. Riskiä epärehellisistä vastauksista lisää monen asukkaan sairauteen liittyvä epäluuloisuus. Uskon kuitenkin saaneeni suhteellisen rehellisiä vas-

tauksia muun muassa siksi, että olen tyytyväinen kyselylomakkeen saatekirjeeseen. Siinä käy selkeästi ilmi kyselyjen nimettömyys ja se, että vastaukset yhdistetään yhdeksi tutkimusaineistoksi, jolloin yksittäisten vastaajien tunnistaminen taustakysymyksistä huolimatta on mahdotonta.

Kyselylomakkeen kysymysten välillä olevat ohjeistukset tiettyyn kysymykseen siirtymisestä olivat selkeät, vaikka ne eivät kaikkien kohdalla toimineetkaan. Ne tukivat myös sitä, ettei kaikissa syventävissä kysymyksissä tarvinnut toistaa sitä, että kysymyksessä ollaan kiinnostuneita juuri avohoitovalmennuksessa tapahtuneista asioista. Kyselylomake oli ulkoasultaan selkeä ja tiivistetty siedettävään sivumäärään (11 sivua kuudella paperiarkilla). Käytetyt termit olivat kansankielisiä. Taloudellinen hyväksikäyttö oli ainoa termi, jolle en keksinyt selkeämpää sanaa, joten se avattiin lyhyesti kyselylomakkeessa.

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli mielestäni oikea vaihtoehto tämän opinnäytetyön toteuttamisessa, vaikka tulokset eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä. Osallistujat vastasivat varmasti rehellisemmin nimettömään kyselylomakkeeseen kuin mitä he olisivat kasvokkain suoritetussa haastattelussa vastanneet. Tiedostan kuitenkin sen, että kvantitatiiviseksi opinnäytetyöksi osallistujia oli vähän. Tämä on varmasti vaikuttanut siihen, miksi tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös tulokset joistain yksittäisistä kysymyksistä voivat olla hieman harhaanjohtavia. Näin on siksi, että jos esimerkiksi raha-asioiden hoitamisen ja rahan lainaamisen ristiintaulukointiin on vastannut vain kaksi ihmistä, joilla on välitystili, näyttää tulos siltä, kuin puolet välitystilin omaavista lainasivat rahaa usein, vaikka tosiasiallisesti vain yksi vastaaja on omannut välitystilin ja lainannut rahaa usein. Prosentit eivät toki valehtelee, mutta tuloksesta ei voida vetää käytännössä johtopäätöstä, jonka mukaan eniten (50 %) rahaa usein lainaavat ne, joilla on välitystili. Myös omat oletukseni ja kuulemani työyhteisön arjen kokemukset ovat voineet vaikuttaa siihen, mitkä asiat tuloksista nostin esiin, vaikka toki olen pyrkinyt tekemään tulosten tarkastelun mahdollisimman objektiivisesti. Uskon, että tällä tutkimusmenetelmällä vastattiin parhaiten tutkimuskysymyksiin ja nyt tiedetään enemmän siitä, kuinka paljon tässä opinnäytetyössä tutkittuja ilmiöitä avohoitovalmennuksessa esiintyy.

## 8.4 Eettisyys

Sain tutkimukselleni tutkimusluvan. Olen noudattanut sen myöntämiseksi esitettyjä periaatteita opinnäytetyötä tehdessäni.

Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä. En ollut kontaktissa avohoitovalmennuksen potilaisiin, vaan pyysin avohoitovalmennuksen työntekijöitä toimittamaan kyselyt kaikille asukkaille. Ohjeistin työntekijöitä siinä, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä ketään tule painostaa vastaamiseen. Asukkaat saivat valita vastaavatko kyselyyn heti yhteisen aamukokouksen jälkeen, jossa kyselyt jaettiin, vai ottavatko sen itselleen ja palauttavat myöhemmin. Kyselyn sai palauttaa toimistolle, hoitajalle tai sovitun paikkaan solussa tai rakennuksen alakerrassa, jossa yksiöt ovat. Näin asukkaat pystyivät palauttamaan kyselyn halutessaan niin, ettei kukaan tiennyt palauttivatko he sen vai eivät. Lisäksi jokaisen kyselyn mukana annettiin kirjekuori, johon kyselylomake tuli laittaa. Näin vastaajat pystyivät palauttamaan myös tyhjän lomakkeen niin halutesaan.

Kyselylomakkeen taustakysymykset on suunniteltu niin, ettei vastaajaa niistä huolimatta voida tunnistaa. Kyselylomakkeen yksittäisiä vastauksia ei ole nähnyt kukaan muu kuin minä ja olen hävittänyt kyselylomakkeet asianmukaisesti silppurin avulla. Kyselyn tuloksia ei ole hyödynnetty missään muualla kuin opinnäytetyössäni. Yksittäisiä vastauksia ei käsitelty työssä, vaan vastaukset yhdistettiin tilasto-ohjelmassa yhdeksi tutkimusaineistoksi, josta yksittäisten vastaajien tunnistaminen on mahdotonta. Näin ollen kyselyyn vastanneet eivät voineet vetää omia vastauksiaan pois enää työni edetessä. Tämä kuitenkin kerrottiin saatekirjeessä, jossa sanottiin, että osallistumalla kyselyyn antaa minulle samalla luvan käyttää vastauksia osana opinnäytetyötäni. Myös kaikki muut edellä mainitsemani asiat on kerrottu kyselylomakkeeseen liitettyssä saatekirjeessä, jonka kaikki kyselyyn vastaajat saivat. Saatekirjeessä kerrotaan myös tuloksia käsiteltävän henkilötietolain edellyttämällä tavalla, vastaamisen olevan vapaaehtoista ja, että vastaukset tai vastaamatta jättäminen eivät vaikuta millään tavalla vastaajan elämään avohoitovalmennuksessa. Lisäksi saatekirjeessä on nimeni, puhelinnumeroni ja tiedot, mistä opinnäytetyön saa luettavaksi, kun se on valmis.

Uskon, että osallistujien anonyymiuden ja vapaaehtoisuuden takaamisessa onnistuttiin tässä opinnäytetyössä hyvin. Kysely toteutettiin riskialttiina ajankohtana eli kesällä. Ajankohdan riskialttius johtuu siitä, että moni avohoitovalmennuksen asukkaista lomai-

lee kesällä esimerkiksi vanhempiensa luona. Sain kuitenkin vastauksia jopa enemmän kuin olisin oletanut; 45 asukasta 56 asukkaasta vastasi. Näin ollen sen kummempi vastauksien kadon tarkastelu ei ole tarkoituksenmukaista.

## 8.5 Jatkoehdotukset

Kyselylomakkeella saatiin paljon informaatiota, jota kaikkea ei pystytty opinnäytetyön rajauksen järkevänä säilyttämisen vuoksi hyödyntämään. Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisi tutkia sitä, onko ajalla, jonka sairaalahoidossa tai avohoitovalmennuksessa on ollut, yhteyttä taloudelliseen hyväksikäyttöön. Mielekäs tutkimuskohde olisi myös taloudellisen hyväksikäytön mahdollinen yhteys pelaamiseen ja päihteiden käyttöön, johon tässä opinnäytetyössä ei alkuperäisistä suunnitelmista huolimatta vastattukaan. Varsinkin rahapeliongelman mahdollisesti aiheuttaman taloudellisen hyväksikäytön tutkiminen olisi mielekästä, sillä se voisi hyvinkin kohdistua toisiin asukastovereihin heidän ollessa helpoiten saatavilla olevia ”rahoittajia” peliongelmaiselle. Koska kaikenlainen pelaaminen on hyvin yleistä avohoitovalmennuksessa, olisi pelaamisen tason tarkempi tutkiminen mielekästä; kuinka iso osa pelaamisesta saavuttaa jo ongelmapeleamisen tai peliriippuvuuden tason? Kaikkia tässäkin opinnäytetyössä tutkittuja aiheita voisi olla mielenkiintoista syventää myös kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmin. Aurooran avohoitovalmennuksen kaltainen ympäristö tarjoaisi mielekkään ympäristön myös esimerkiksi sosiaalisten suhteiden observoinnille.

Tämän tutkimuksen perusteella kannattaisi opastaa asukkaita rahapelaamisen haitoista sekä pohtia, kuinka pelaamisen merkitystä ajankäytön tapana voisi pienentää. Asiakkaille voisi järjestää mahdollisuuden pohtia ja kertoa, minkälaiset aktiviteetit olisivat mielekkäämpiä kuin pelaaminen vai onko sellaisia. Taloudelliseen hyväksikäyttöön liittyviä ilmiöitä olisi myös hyödyllistä käydä läpi asukkaiden kanssa niin, että heillä olisi kyky tunnistaa taloudellisen hyväksikäytön yritykset ja tunnistamisen kautta suojautua niiltä paremmin. Jo sinä aikana, kun olen opinnäytetyötäni Aurooran avohoitovalmennuksessa tehnyt, on lisääntyneeseen päihteiden käyttöön reagoitu työyhteisössä ja sen arjessa. Siitä on hyvä jatkaa mahdollisten uusien toimintatapojen selkeyttämiseen ja yhtenäistämiseen, mielenterveys- ja päihdeongelmien kulkiessa valitettavan usein käsi kädessä.

## Lähteet

Aalto, Mauri 2015. Alkoholiriippuvuus. Teoksessa Aalto, Mauri – Kiianmaa, Kalervo – Lindroos, Lolan (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 7–13.

Ahtiala, Päivi – Ruohonen, Kaisa 1998. ”Se oli sitä koko elämä” – kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Alho, Hannu – Lahti, Tuuli 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiianmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 7–14.

Auroran Sairaala. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. <  
<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/sairaalapalvelut/aurora> >. Luettu 26.11.2015.

Auroran sairaala. HUS. Verkkodokumentti. <  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/auroran-sairaala/Sivut/Infektiosairauksien-poliklinikka.aspx> >. Luettu 3.2.2016.

Berg, Leif. Kognitio-opas. Helsinki: Oy Eli Lilly Finland Ab.

Castren, Sari – Lahti, Tuuli – Salonen, Anne 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiianmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 60–64.

Castren, Sari – Lahti, Tuuli 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiianmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 69–71.

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. Annettu Helsingissä 1.12.1989. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>>. Luettu 8.2.2016.

Heikkilä-Aula, Mervi 2016. Osastonhoitajan haastattelu Auroran avohoitovalmennuksen periaatteista, tavoitteista ja työntekijöistä. Haastattelu 3.2.2016. Helsinki.

Heinälä, Pekka 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiianmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 93–108.

Henkinen väkivalta 2016. Väestöliitto. Verkkodokumentti. <  
[http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa\\_parisuhdeesta/parisuhdevakivalta/henkinen-vakivalta/](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhdeesta/parisuhdevakivalta/henkinen-vakivalta/)>. Luettu 12.6.2016.

Hietaharju, Päivi - Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Järvinen-Tassopoulos, Johanna 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiianmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 64–66.

Kananen, Jorma 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Heikkinen, Risto (toim.). Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.



Kari, Outi – Niskanen, Tuula – Lehtonen, Heidi – Arslankoski 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Karjalainen Karoliina – Hakkarainen, Pekka 2013. Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa – esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. Verkkodokumentti. < <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110571/karjalainen.pdf?sequence=2>>. Luettu. 4.7.2016.

Kiiänmaa, Kalervo 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiiänmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 49–59.

Kinnunen, Jani – Jaakkola, Tapio 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiiänmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 33–48.

KvantiMOTV 2004. Ristiintaulukointi. Verkkodokumentti. < <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>>. Luettu 26.7.2016.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380. Annettu Helsingissä 3.4.1987. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>>. Luettu 8.2.2016.

Lautala, Kirsi 2014. Mielenterveyslaki, laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. Luento 20.11.2014 Metropolia Ammattikorkeakoulun toimipisteellä Sofianlehdonkadulla Mielenterveys –kurssin sisältönä sosionomiopiskelijoille. Helsinki.

Lehtonen, Anja – Perttu, Sirkka 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lind, Kalle 2015. Rahapeliriippuvuus. Teoksessa Alho, Hannu – Heinälä, Pekka – Kiiänmaa, Kalervo – Lahti, Tuuli – Murto, Antti (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 27–29.

Lund, Pekka 2010. Rahapeliongelma - yksilölle jätetty taakka. Juva: WS Bookwell Oy.

Lundin, Lennart – Ohlsson Ove S 2002. Psykkisen toimintakyvyn häiriöt – tukea ja apua kognitiivisiin toimintahäiriöihin. Berg, Leif – Titta, Liisa (toim.). Helsinki: Profami oy.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla sähköisesti osoitteessa < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> >. Luettu 02.02.2016.

Mitä tarkoitetaan ikääntyviin tai vanhuksiin kohdistuvalla väkivallalla? N.d. Suvanto ry. Verkkodokumentti. < <http://www.suvantory.fi/ikaihmissen-kaltoinkohtelu/>>. Luettu 12.6.2016.

Pegasos-potilastietojärjestelmä. Luettu 15.6.2016.

Psykoosi (mielisairaus). Duodecim Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. < [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411)>. Luettu 18.6.2016.

Psykoosit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. < <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>>. Luettu 18.6.2016.

Pyörre, Riitta - Heikkilä-Aula, Mervi 2016. Sosiaaliohjaajan ja osastonhoitajan haastattelu Auroran avohoitovalmennuksesta. Haastattelu 12.2.2016. Helsinki

Pyörre, Riitta 2016. Sosiaaliohjaajan haastattelu Auroran avohoitovalmennuksesta. Haastattelu 5.2.2016. Helsinki.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. Operationalisointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. < [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_2.html) >. Luettu 1.2.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. Tapaustutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. < [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_5.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html)>. Luettu 25.2.2016.

Sairaalapalvelut. Helsingin Kaupunki. < <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/sairaalapalvelut/> >. Luettu 4.2.2016.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014. Saatavilla sähköisesti osoitteessa < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301> >. Luettu 30.11.2015.

Skitsofrenia 2015. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. < [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148) >. Luettu 13.6.2016.

Skitsofrenia 2015. Käypä hoito. Duodecim. Verkkodokumentti < <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>>. Luettu 18.6.2016.

Terveyslainsäädäntö 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> >. Luettu 30.11.2015.

Tuulio-Henriksson, Annamari 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Duodecim. Verkkodokumentti. < <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11478.pdf>>. Luettu 27.11.2015.

Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti 2002. Lääkäriin sosiaalinen vastuu ry – Terveiden edistämisen keskus ry. Verkkodokumentti. < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993\\_fin.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993_fin.pdf)>. Luettu 12.6.2016.

Väkivallan muodot / Taloudellinen väkivalta 2015. Naisten Linja. Verkkodokumentti. < <https://www.naistenlinja.fi/tietoa-vakivallasta/vakivallan-muodot/taloudellinen-vakivalta/>>. Luettu 12.6.2016.

## Saatekirje osallistujille

Hei!

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa sosionomiksi. Opinnäytetyönäni tutkin sitä, esiintyykö Auroran avohoitovalmennuksessa taloudellista hyväksikäyttöä, päihteiden käyttöä ja/tai ongelmapelaamista. Haluaisin hyödyntää teidän kokemuksianne ja mielipiteitänne, jonka vuoksi olen tehnyt kyselylomakkeen. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta olisin vastauksista erittäin kiitollinen. Kyselyn saatte hoitajiltanne. Kyselyn voitte palauttaa mielellään tämän päivän kuluessa hoitajienne kanssa sopimaan paikkaan tai suoraan toimistolle suljetussa kirjekuoressa. Näin kukaan ei näe vastauksianne.

Kyselyyn vastataan nimettömänä eli kukaan (edes minä) ei voi tietää kenen vastauksista on kysymys. Vain minä luen vastauksenne, jonka jälkeen hävitän kyselylomakkeet. Kysely suoritetaan pelkästään opinnäytetyöni vuoksi ja kyselyn tulokset raportoidaan vain opinnäytetyössäni. Opinnäytetyöni saa luettavaksi osoitteesta [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi), kun se on valmis.

Osallistumalla kyselyyn, annat luvan käyttää vastauksiasi osana opinnäytetyötäni. Yksittäisiä vastauksia ei käsitellä työssä, vaan vastaukset yhdistetään yhdeksi tutkimusaineistoksi, josta yksittäisten vastaajien tunnistaminen on mahdotonta. Kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselyyn vastaaminen, vastaamatta jättäminen tai kyselyn tulokset eivät aiheuta minikäänlaisia toimenpiteitä tai vaikuta elämäänne avohoitovalmennuksessa.

Kyselyyn vastaaminen ei vie kauaa, sillä kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot.

Arvostan kovasti vaivannäköänne ja vastauksianne.

Kiitos avusta jo etukäteen!

Terveisin,

Anna Parviainen

040 xxxxxxx

## Kyselylomake

Kyselyyn vastaamiseen menee alle 15 minuuttia. Vastauksenne ovat todella tärkeitä! Valitsethan vain yhden vastausvaihtoehdoista. Tämä koskee kaikkia kysymyksiä. Vastaa kysymyksiin sen mukaan, miten ne ymmärrät.

## Kyselytutkimus

### Taustatiedot

#### 1. Sukupuoli

Mies  Nainen

#### 3. Ikä

18-25 vuotta  50-57 vuotta  
 26-33 vuotta  58-65 vuotta  
 34-41 vuotta  yli 65 vuotta  
 42-49 vuotta

#### 3. Kuinka kauan olet asunut avohoitovalmennuksessa?

alle 6 kuukautta  yli 2 vuotta  
 yli 6 kuukautta  yli 3 vuotta  
 yli vuoden

#### 4. Kuinka kauan olit sairaalassa tai muun hoidon piirissä ennen avohoitovalmennukseen muuttoja?

alle 6 kuukautta  yli 3 vuotta  
 yli 6 kuukautta  yli 4 vuotta  
 yli vuoden  yli 5 vuotta  
 yli 2 vuotta

5. Kuinka monta kertaa olet ollut sairaalahoidossa?

- tämä on ensimmäinen kertani     4 kertaa  
 2 kertaa     5 kertaa  
 3 kertaa     yli 5 kertaa

6. Hoidan raha-asiani

- itsenäisesti     minulla on edunvalvoja  
 saan apua tutuilta tai esimerkiksi sosiaaliohjaajalta  
 minulla on välitystili

### Raha-asiat

1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa

- ei koskaan     joskus     usein

2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa

- ei koskaan     joskus     usein

3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle

- en koskaan     joskus     usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 4-6. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 7.

4. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- haluan olla mukava     minua on uhkailtu yksin jättämisellä  
 siitä ei ole haittaa minulle     minua on uhkailtu jollain muulla  
 minua on uhkailtu väkivallalla

5. Rahan lainaamisella muille on kielteinen vaikutus elämääni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 6. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 7.

6. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

sosiaalisiin suhteisiin  psyykkiseen terveyteeni  
 arkeni sujuvuuteen  fyysiseen terveyteeni  
 talouteeni  johonkin muuhun  
 uneni määrään / laatuun

7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 8-9. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 10.

8. Rahan lainaamisella muilta on kielteinen vaikutus elämääni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 9. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 10.

9. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

sosiaalisiin suhteisiin  psyykkiseen terveyteeni  
 arkeni sujuvuuteen  fyysiseen terveyteeni  
 talouteeni  johonkin muuhun  
 uneni määrään / laatuun

10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 11-12. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 13.

11. Rahan antamisella muille on kielteinen vaikutus elämäni

ei koskaan  joskus  usein

12. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

sosiaalisiin suhteisiin  psyykkiseen terveyteeni  
 arkeni sujuvuuteen  fyysiseen terveyteeni  
 talouteeni  johonkin muuhun  
 uneni määrään / laatuun

13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta

en koskaan  joskus  usein

14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle

en koskaan  joskus  usein

15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle

en koskaan  joskus  usein

16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa

en koskaan  joskus  usein

Taloudellisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan esimerkiksi yksilön rahojen tai omaisuuden luvaton käyttöä, myymistä, hävittämistä sekä rahojen tai omaisuuden kiristämistä esimerkiksi uhkailemalla väkivallalla tai yksin jättämisellä. Taloudellista hyväksikäyttöä on myös yksilön hyväntahtoisuuden tai sairauden takia alentuneen arviointikyvyn hyväksikäyttö taloudellisen hyödyn saamiseksi.

17. Koen tullessani taloudellisesti hyväksikäytetyksi avohoitovalmennuksen toisen asukkaan toimesta

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 18-19. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 20.

18. Taloudellisesti hyväksikäytetyksi tulemisella on kielteinen vaikutus elämäni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 19. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 20.

19. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

sosiaalisiin suhteisiin  psyykkiseen terveyteeni  
 arkeni sujuvuuteen  fyysiseen terveyteeni  
 talouteeni  johonkin muuhun  
 uneni määrään / laatuun

20. Olen käyttänyt avohoitovalmennuksen toista asukasta taloudellisesti hyväkseni

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 21-22. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 23.

21. Muiden taloudellisella hyväksikäytöllä on kielteinen vaikutus elämäni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 22. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 23.

22. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

sosiaalisiin suhteisiin  psyykkiseen terveyteeni  
 arkeni sujuvuuteen  fyysiseen terveyteeni  
 talouteeni  johonkin muuhun  
 uneni määrään / laatuun

Päihteet

23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa



en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 24-28. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 29.

24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> tulen siitä iloiseksi     | <input type="checkbox"/> en pysty olemaan käyttämättä alkoholia |
| <input type="checkbox"/> se rentouttaa             | <input type="checkbox"/> kaverit ovat pyytäneet / painostaneet  |
| <input type="checkbox"/> se on tapa kuluttaa aikaa | <input type="checkbox"/> jostain muusta syystä                  |
| <input type="checkbox"/> se vie ajatukseni muualle |   |

25. Käytän alkoholia ollessani (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tylsistynyt | <input type="checkbox"/> iloinen                       |
| <input type="checkbox"/> ahdistunut  | <input type="checkbox"/> halutessani muuta ajateltavaa |
| <input type="checkbox"/> surullinen  | <input type="checkbox"/> joskus muulloin               |

26. Käytän alkoholia

- yksin  kavereiden kanssa  molempia

27. Alkoholin käytöllä on kielteinen vaikutus elämääni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 28. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 29.

28. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sosiaalisiin suhteisiini | <input type="checkbox"/> uneni määrään / laatuun |
| <input type="checkbox"/> arkeni sujuvuuteen       | <input type="checkbox"/> psyykkiseen terveyteeni |
| <input type="checkbox"/> asioiden aikaansaamiseen | <input type="checkbox"/> fyysiseen terveyteeni   |
| <input type="checkbox"/> talouteeni               | <input type="checkbox"/> johonkin muuhun         |

29. Olen nähnyt jonkun käyttävän alkoholia avohoitovalmennuksessa

- en koskaan  usein  
 joskus  en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun käyttäneen

30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa

- en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 31-35. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 36.

31. Käytän muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa

- yksin  kavereiden kanssa  molempia

32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- tulen siitä iloiseksi  en pysty olemaan käyttämättä niitä  
 se rentouttaa  kaverit ovat pyytäneet / painostaneet  
 se on tapa kuluttaa aikaa  jostain muusta syystä  
 se vie ajatukseni muualle

33. Käytän muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa ollessani (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- tylsistynyt  iloinen  
 ahdistunut  halutessani muuta ajateltavaa  
 surullinen  joskus muulloin

34. Muiden päihteiden kuin alkoholin ja tupakan käytöllä on kielteinen vaikutus elämääni

- ei koskaan  joskus  usein

35. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- sosiaalisiin suhteisiini  uneni määrään / laatuun  
 arkeni sujuvuuteen  psyykkiseen terveyteeni  
 asioiden aikaansaamiseen  fyysiseen terveyteeni

talouteeni  johonkin muuhun

36. Olen nähnyt jonkun käyttävän muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa

en koskaan  usein  
 joskus  en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun käyttäneen

37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 38-42. Jos vastasit ”en koskaan”, siirry kysymykseen 43.

38. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa

yksin  kavereiden kanssa  molempia

39. Olen käyttänyt lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

tulen siitä iloiseksi  en pysty olemaan käyttämättä niitä  
 se rentouttaa  kaverit ovat pyytäneet / painostaneet  
 se on tapa kuluttaa aikaa  jostain muusta syystä  
 se vie ajatukseni muualle

40. Käytän lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti ollessani (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

tylsistynyt  iloinen  
 ahdistunut  halutessani muuta ajateltavaa  
 surullinen  joskus muulloin

41. Lääkkeiden käytöllä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti on kielteinen vaikutus elämäni

ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 42. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 43.

42. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

<input type="checkbox"/> sosiaalisiin suhteisiin	<input type="checkbox"/> uneni määrään / laatuun
<input type="checkbox"/> arkeni sujuvuuteen	<input type="checkbox"/> psyykkiseen terveyteeni
<input type="checkbox"/> asioiden aikaansaamiseen	<input type="checkbox"/> fyysiseen terveyteeni
<input type="checkbox"/> talouteeni	<input type="checkbox"/> johonkin muuhun

43. Olen nähnyt jonkun ottavan lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti

en koskaan  usein  
 joskus  en ole nähnyt, mutta tiedän jonkun ottaneen

## Pelaaminen

44. Pelaa tietokonepelejä

en koskaan  joskus  usein

45. Pelaa konsolipelejä

en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit kahteen edelliseen, tai jompaankumpaan niistä ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 46-52. Jos vastasit molempiin ”en koskaan”, siirry kysymykseen 53.

46. Pelaa

<input type="checkbox"/> 2-4 tuntia viikossa	<input type="checkbox"/> 3-4 tuntia päivässä
<input type="checkbox"/> yli 4 tuntia viikossa, mutta vähemmän kuin tunnin päivässä	<input type="checkbox"/> yli 4 tuntia päivässä
<input type="checkbox"/> 1-2 tuntia päivässä	<input type="checkbox"/> pelaan kaiken vapaa-aikani

47. Pelaan, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tulen siitä iloiseksi         | <input type="checkbox"/> se vie ajatukseni muualle |
| <input type="checkbox"/> se rentouttaa                 | <input type="checkbox"/> olen yksinäinen           |
| <input type="checkbox"/> se on tapa kuluttaa aikaa     | <input type="checkbox"/> kaverinikin pelaavat      |
| <input type="checkbox"/> se on harrastukseni           | <input type="checkbox"/> jostain muusta syystä     |
| <input type="checkbox"/> haluan tulla siinä paremmaksi |  |

48. Pelaan ollessani (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tylsistynyt | <input type="checkbox"/> iloinen                       |
| <input type="checkbox"/> ahdistunut  | <input type="checkbox"/> halutessani muuta ajateltavaa |
| <input type="checkbox"/> surullinen  | <input type="checkbox"/> joskus muulloin               |

49. Pelaan eniten

- yksin  kavereiden kanssa  netissä olevien ihmisten kanssa

50. Pelaamisella on kielteinen vaikutus elämääni

- ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 51. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 52.

51. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sosiaalisiin suhteisiin  | <input type="checkbox"/> uneni määrään / laatuun |
| <input type="checkbox"/> arkeni sujuvuuteen       | <input type="checkbox"/> psyykkiseen terveyteeni |
| <input type="checkbox"/> asioiden aikaansaamiseen | <input type="checkbox"/> fyysiseen terveyteeni   |
| <input type="checkbox"/> talouteeni               | <input type="checkbox"/> johonkin muuhun         |

52. Olen velkaantunut pelaamisen takia

- kyllä  en

53. Pelaan rahapelejä

- en koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymyksiin 54-60. Jos vastasit ”en koskaan”, voit jättää vastaamatta loppuihin kysymyksiin.

54. Jos mahdollisia voittoja ei lasketa, minulla kuluu pelaamiseen rahaa yleensä noin

- alle 5 euroa viikossa  51-100 euroa viikossa  
 5-10 euroa viikossa  101-200 euroa viikossa  
 11-20 euroa viikossa  201-300 euroa viikossa  
 21-50 euroa viikossa  yli 300 euroa viikossa

55. Sinä aikana, kun olen pelannut, olen voittanut noin

- en ole koskaan voittanut mitään  201-300 euroa  
 alle 20 euroa  301-400 euroa  
 51-100 euroa  401-500 euroa  
 101-200 euroa  yli 500 euroa

56. Pelaan rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- tulen siitä iloiseksi  haluan tulla siinä paremmaksi  
 se rentouttaa  se vie ajatukseni muualle  
 se on tapa kuluttaa aikaa  se tuo jännitystä elämäni  
 se on harrastukseni  jostain muusta syystä

57. Pelaan rahapelejä ollessani (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- tylsistynyt  iloinen  
 ahdistunut  halutessani muuta ajateltavaa  
 surullinen  joskus muulloin

58. Rahapelien pelaamisella on kielteinen vaikutus elämäni

- ei koskaan  joskus  usein

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”joskus” tai ”usein”, vastaa kysymykseen 59. Jos vastasit ”ei koskaan”, siirry kysymykseen 60.

59. Kielteinen vaikutus kohdistuu (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sosiaalisiin suhteisiin  | <input type="checkbox"/> uneni määrään / laatuun |
| <input type="checkbox"/> arkeni sujuvuuteen       | <input type="checkbox"/> psyykkiseen terveyteeni |
| <input type="checkbox"/> asioiden aikaansaamiseen | <input type="checkbox"/> fyysiseen terveyteeni   |
| <input type="checkbox"/> talouteeni               | <input type="checkbox"/> johonkin muuhun         |

60. Olen velkaantunut rahapelaamisen takia

- kyllä  ei

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**

## Statistiikat ja Khii toiseen -testit

1.

### Statistics

23. Olen käyttänyt alkoholia avo-  
hoitovalmennuksessa:

N	Valid	45
	Missing	0

2 – 6.

### Statistics

		29. Olen nähnyt jonkun käyttävän alkoholia avohoitovalmennuksessa:	30. Olen käyttänyt muita päihkeitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:	36. Olen nähnyt jonkun käyttävän muita päihkeitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:	37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa	43. Olen nähnyt jonkun ottavan lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti:
N	Valid	44	45	43	44	43
	Missing	1	0	2	1	2

7.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%



8.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa: * 1. Sukupuoli:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,309 <sup>a</sup>	2	,857
Likelihood Ratio	,530	2	,767
Linear-by-Linear Association	,102	1	,749
N of Valid Cases	44		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

9.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,310 <sup>a</sup>	1	,578	1,000	,767
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,537	1	,464		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,303	1	,582		
N of Valid Cases	43				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

b. Computed only for a 2x2 table

10.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,954 <sup>a</sup>	10	,536
Likelihood Ratio	8,855	10	,546
Linear-by-Linear Association	,652	1	,419
N of Valid Cases	45		

a. 14 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

11.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,544 <sup>a</sup>	10	,673
Likelihood Ratio	7,725	10	,656
Linear-by-Linear Association	,061	1	,805
N of Valid Cases	45		

a. 14 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

12.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmenuksessa	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,841 <sup>a</sup>	5	,572
Likelihood Ratio	4,163	5	,526
Linear-by-Linear Association	,023	1	,880
N of Valid Cases	44		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

13-15.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Hoidan raha-asiani: * 23. Olen käyttänyt alkoholia avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 30. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 37. Olen ottanut lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituksessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti avohoitovalmennuksessa	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%

(13.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,373 <sup>a</sup>	6	,212
Likelihood Ratio	9,844	6	,131
Linear-by-Linear Association	,636	1	,425
N of Valid Cases	44		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

(14.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,071 <sup>a</sup>	6	,314
Likelihood Ratio	8,659	6	,194
Linear-by-Linear Association	,120	1	,729
N of Valid Cases	44		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

(15.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,764 <sup>a</sup>	3	,858
Likelihood Ratio	1,186	3	,756
Linear-by-Linear Association	,086	1	,770
N of Valid Cases	43		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

16-18.

**Statistics**

		44. Pelaar tietokonepelejä:	45. Pelaar konsolipelejä:	53. Pelaar rahapelejä:
N	Valid	45	45	45
	Missing	0	0	0

19-21.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 44. Pelaar tietokonepelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 45. Pelaar konsolipelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 53. Pelaar rahapelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

(19.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,606 <sup>a</sup>	2	,738
Likelihood Ratio	,629	2	,730
Linear-by-Linear Association	,590	1	,443
N of Valid Cases	44		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

(20.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,353 <sup>a</sup>	2	,187
Likelihood Ratio	3,901	2	,142
Linear-by-Linear Association	1,030	1	,310
N of Valid Cases	44		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

(21.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,497 <sup>a</sup>	2	,106
Likelihood Ratio	5,311	2	,070
Linear-by-Linear Association	4,207	1	,040
N of Valid Cases	44		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

22-24.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 44. Pelaan tietokonepelejä:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 45. Pelaan konsolipelejä:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 53. Pelaan rahapelejä:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

(22.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,543 <sup>a</sup>	10	,394
Likelihood Ratio	12,727	10	,239
Linear-by-Linear Association	6,083	1	,014
N of Valid Cases	45		

a. 16 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.

(23.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,675 <sup>a</sup>	10	,017
Likelihood Ratio	20,998	10	,021
Linear-by-Linear Association	7,393	1	,007
N of Valid Cases	45		

a. 16 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

(24.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,007 <sup>a</sup>	10	,531
Likelihood Ratio	9,159	10	,517
Linear-by-Linear Association	4,159	1	,041
N of Valid Cases	45		

a. 16 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

25-27.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Hoidan raha-asiani: * 44. Pelaa tietokonepelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 45. Pelaa konsolipelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 53. Pelaa rahapelejä:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

(25.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,197 <sup>a</sup>	6	,303
Likelihood Ratio	7,455	6	,281
Linear-by-Linear Association	,776	1	,378
N of Valid Cases	44		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.



(26.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,726 <sup>a</sup>	6	,137
Likelihood Ratio	10,265	6	,114
Linear-by-Linear Association	,517	1	,472
N of Valid Cases	44		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

(27.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,974 <sup>a</sup>	6	,089
Likelihood Ratio	5,746	6	,452
Linear-by-Linear Association	,013	1	,911
N of Valid Cases	44		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

28-29.

**Statistics**

	17. Koen tullee- ni taloudellisesti hyväksikäyte- tyksi avohoito- valmennuksen toisen asukkaan toimesta:	20. Olen käyt- tänyt avohoito- valmennuksen toista asukasta taloudellisesti hyväkseni:
N	Valid 45	45
	Missing 0	0

30-38.

Statistics

	1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:	2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa:	3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	4. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:
V al id	45	45	45	21	45	44	45	45	45	45
M is si n g	0	0	0	24	0	1	0	0	0	0

39-46. (Varastamiseen liittyvät khii toiseen testit poistettu, sillä keneltäkään ei ole varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa.)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
1. Sukupuoli: * 16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

(39.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,661 <sup>a</sup>	2	,718
Likelihood Ratio	,874	2	,646
Linear-by-Linear Association	,089	1	,765
N of Valid Cases	44		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	44

a. No statistics are computed because 2. Minulta on varastettu raa avohoitovalmennuksessa: is a constant.

(40.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,257 <sup>a</sup>	2	,533
Likelihood Ratio	1,587	2	,452
Linear-by-Linear Association	1,222	1	,269
N of Valid Cases	44		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

(41.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,318 <sup>a</sup>	2	,853
Likelihood Ratio	,544	2	,762
Linear-by-Linear Association	,060	1	,807
N of Valid Cases	43		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

(42.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,338 <sup>a</sup>	1	,561		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,008	1	,929		
Likelihood Ratio	,368	1	,544		
Fisher's Exact Test				1,000	,491
Linear-by-Linear Association	,330	1	,566		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

b. Computed only for a 2x2 table

(43.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,338 <sup>a</sup>	1	,561		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,008	1	,929		
Likelihood Ratio	,368	1	,544		
Fisher's Exact Test				1,000	,491
Linear-by-Linear Association	,330	1	,566		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

b. Computed only for a 2x2 table

(44.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,601 <sup>a</sup>	1	,107		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,485	1	,223		
Likelihood Ratio	2,449	1	,118		
Fisher's Exact Test				,131	,113
Linear-by-Linear Association	2,542	1	,111		
N of Valid Cases	44				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,95.

b. Computed only for a 2x2 table

(45.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,013 <sup>a</sup>	1	,909		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,013	1	,910		
Fisher's Exact Test				1,000	,658
Linear-by-Linear Association	,013	1	,910		
N of Valid Cases	44				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,91.

b. Computed only for a 2x2 table

(46.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,958 <sup>a</sup>	1	,328		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,170	1	,680		
Likelihood Ratio	,855	1	,355		
Fisher's Exact Test				,317	,317
Linear-by-Linear Association	,937	1	,333		
N of Valid Cases	44				

- a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,14.  
b. Computed only for a 2x2 table

47-54.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
2. Ikä: * 13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
2. Ikä: * 16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

(47.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,112 <sup>a</sup>	10	,168
Likelihood Ratio	17,601	10	,062
Linear-by-Linear Association	2,133	1	,144
N of Valid Cases	45		

a. 15 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	45

a. No statistics are computed because 2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa: is a constant.

(48.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,809 <sup>a</sup>	10	,743
Likelihood Ratio	7,083	10	,718
Linear-by-Linear Association	2,101	1	,147
N of Valid Cases	45		

a. 15 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.



(49.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,634 <sup>a</sup>	10	,665
Likelihood Ratio	8,408	10	,589
Linear-by-Linear Association	1,996	1	,158
N of Valid Cases	45		

a. 14 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

(50.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,664 <sup>a</sup>	10	,843
Likelihood Ratio	6,678	10	,755
Linear-by-Linear Association	4,223	1	,040
N of Valid Cases	44		

a. 14 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

(51.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,866 <sup>a</sup>	5	,569
Likelihood Ratio	5,401	5	,369
Linear-by-Linear Association	1,903	1	,168
N of Valid Cases	45		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

(52.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,276 <sup>a</sup>	5	,068
Likelihood Ratio	13,224	5	,021
Linear-by-Linear Association	5,415	1	,020
N of Valid Cases	45		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,58.

(53.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,704 <sup>a</sup>	5	,453
Likelihood Ratio	5,425	5	,366
Linear-by-Linear Association	,539	1	,463
N of Valid Cases	45		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

(54.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,774 <sup>a</sup>	5	,329
Likelihood Ratio	7,342	5	,196
Linear-by-Linear Association	2,816	1	,093
N of Valid Cases	45		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

55-62. (Varastamiseen liittyvät khii toiseen testit poistettu, sillä keneltäkään ei ole varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa.)

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
6. Hoidan raha-asiani: * 1. Minulta on pyydetty rahaa avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 3. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 7. Olen lainannut rahaa avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 10. Olen antanut rahaa avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	43	95,6%	2	4,4%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 13. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselta asukkaalta:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 14. Olen ostanut jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 15. Olen myynyt jotain avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%
6. Hoidan raha-asiani: * 16. Olen tehnyt avohoitovalmennuksen toiselle asukkaalle palveluksen ja saanut siitä vastineeksi rahaa:	44	97,8%	1	2,2%	45	100,0%

(55.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,589 <sup>a</sup>	6	,598
Likelihood Ratio	5,099	6	,531
Linear-by-Linear Association	3,809	1	,051
N of Valid Cases	44		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

**Chi-Square Tests**

	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	44

a. No statistics are computed because 2. Minulta on varastettu rahaa avohoitovalmennuksessa: is a constant.

(56.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,320 <sup>a</sup>	6	,388
Likelihood Ratio	6,574	6	,362
Linear-by-Linear Association	1,306	1	,253
N of Valid Cases	44		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

(57.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,541 <sup>a</sup>	6	,035
Likelihood Ratio	8,678	6	,192
Linear-by-Linear Association	1,058	1	,304
N of Valid Cases	44		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

(58.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,706 <sup>a</sup>	6	,845
Likelihood Ratio	3,632	6	,726
Linear-by-Linear Association	,000	1	,991
N of Valid Cases	43		

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

(59.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,028 <sup>a</sup>	3	,071
Likelihood Ratio	9,584	3	,022
Linear-by-Linear Association	6,519	1	,011
N of Valid Cases	44		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

(60.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,487 <sup>a</sup>	3	,922
Likelihood Ratio	,497	3	,920
Linear-by-Linear Association	,442	1	,506
N of Valid Cases	44		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,18.

(61.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,032 <sup>a</sup>	3	,793
Likelihood Ratio	1,474	3	,688
Linear-by-Linear Association	,528	1	,467
N of Valid Cases	44		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

(62.)

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,032 <sup>a</sup>	3	,793
Likelihood Ratio	1,474	3	,688
Linear-by-Linear Association	,528	1	,467
N of Valid Cases	44		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

63.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	12	26,7%	33	73,3%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,000 <sup>a</sup>	4	,558
Likelihood Ratio	3,542	4	,471
Linear-by-Linear Association	,500	1	,480
N of Valid Cases	12		

a. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

64.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 24. Olen käyttänyt alkoholia, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	13	28,9%	32	71,1%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,071 <sup>a</sup>	15	,135
Likelihood Ratio	22,868	15	,087
Linear-by-Linear Association	2,332	1	,127
N of Valid Cases	13		

a. 24 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

65.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	5	11,1%	40	88,9%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,875 <sup>a</sup>	3	,599
Likelihood Ratio	2,231	3	,526
Linear-by-Linear Association	1,111	1	,292
N of Valid Cases	5		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

66.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 32. Olen käyttänyt muita päihteitä kuin alkoholia tai tupakkaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	6	13,3%	39	86,7%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,000 <sup>a</sup>	12	,241
Likelihood Ratio	13,183	12	,356
Linear-by-Linear Association	,605	1	,437
N of Valid Cases	6		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

67. -



68.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 39. Olen käyttänyt lääkkeitä päihdyttävässä tarkoituk- sessa tai muuten kuin lääkärin määräysten mukaisesti, koska (valits	2	4,4%	43	95,6%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,000 <sup>a</sup>	1	,157	1,000	,500
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	2,773	1	,096		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,000	1	,317		
N of Valid Cases	2				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

b. Computed only for a 2x2 table

69.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 47. Pelaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	25	55,6%	20	44,4%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	4,063 <sup>a</sup>	6	,668
Likelihood Ratio	5,532	6	,478
Linear-by-Linear Association	,458	1	,499
N of Valid Cases	25		

a. 13 cells (92,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

70.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 47. Pelaa, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	25	55,6%	20	44,4%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,902 <sup>a</sup>	30	,942
Likelihood Ratio	20,550	30	,901
Linear-by-Linear Association	,019	1	,891
N of Valid Cases	25		

a. 42 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

71.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. Sukupuoli: * 56. Pelaa rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	16	35,6%	29	64,4%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,347 <sup>a</sup>	6	,885
Likelihood Ratio	2,477	6	,871
Linear-by-Linear Association	1,007	1	,316
N of Valid Cases	16		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

72.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
2. Ikä: * 56. Pelaa rahapelejä, koska (valitse parhaiten sopiva vaihtoehto):	16	35,6%	29	64,4%	45	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,876 <sup>a</sup>	24	,045
Likelihood Ratio	28,750	24	,230
Linear-by-Linear Association	,061	1	,804
N of Valid Cases	16		

a. 35 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

**Osastonhoitaja Heikkilä-Aulan ja sosiaalihoaja Pyörteen haastattelu**

1. Nimi?
2. Ammattinimike?
3. Kuinka pitkää olet työskennellyt avohoitovalmennuksessa?
4. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan taloudellista hyväksikäyttöä?
5. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan seksuaalista hyväksikäyttöä?
6. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan suhteita?
7. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan fyysistä väkivaltaa?
8. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan henkistä väkivaltaa?
9. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan päihteiden käyttöä?
10. Uskotko potilaiden keskuudessa olevan vertaistukea?
11. Onko jotain seikkoja, jotka mielestäsi altistavat potilaan hyväksikäytön/väkivallan uhriksi?
12. Onko jotain seikkoja, jotka mielestäsi ehkäisevät potilaan joutumista hyväksikäytön/väkivallan uhriksi?
13. Onko jotain seikkoja, jotka mielestäsi altistavat potilaan tulemaan syylliseksi hyväksikäyttöön/väkivaltaan?
14. Mitä edellä mainituista asioista esiintyy eniten?
15. Mitkä edellä mainituista asioista olisivat kiinnostavimmat ja tärkeimmät lisätutkimusta ajatellen?