

Satu Ahlqvist-Rakkolainen &
Merja Grönholm

A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan
perhe- ja läheisyhteistyön kehittäminen

Opinnäytetyö
Sosionomi AMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Satu Ahlqvist-Rakkolainen ja Merja Grönholm	Sosionomi AMK	Lokakuu 2018
Opinnäytetyön nimi		63 sivua 7 liitesivua
A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan perhe- ja läheisyhteistyön kehittäminen		
Toimeksiantaja		
A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvola		
Ohjaaja		
Lehtori Auli Jungner		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyömme lähtökohtana oli A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan vuoden 2018 kehittämistavoite - perhe- ja läheisyhteistyön kehittäminen. Kartoitimme tutkimuksessa asiakkaiden sosiaalisia verkostoja perhesuhteiden ja muiden tärkeiden ihmissuhteiden osalta sekä asiakkaiden perhesuhteiden laatua ja tuen tarvetta niiden parantamiseksi. Selvitimme myös asiakkaiden tuen tarpeita perhe- ja läheisyhteistyöstään ja kehitysehdotuksia niiden toteutumiseksi. Koimme tärkeäksi selvittää myös mahdollisia syitä perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytymiselle.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka aineistonkeruumenetelmänä käytimme Webropol-lomakehaastattelua. Tutkimusaineiston analysoinnin suoritimme Webropol-ohjelman sekä aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmän avulla litterointia lukuun ottamatta. Käsittelimme tutkimusaineistoa myös kvantitatiivisesti eli laskemalla.</p> <p>Perhesuhteiden laadun parantamisen tarpeelliseksi kokeneiden perhesuhteet olivat heikolla laaduisempia kuin niiden, jotka kokivat perhesuhteiden laadun parantamisen tarpeettomaksi. Vastaajat kokivat tarvitsevansa henkilökunnalta vuorovaikutuksellista ja henkistä tukea perhesuhteiden laadun parantamiseksi. Vastaajat kokivat myös perhetapaamiset ja yhteydenpidon perheen- ja lähiverkostonsa kanssa perhesuhteiden laatua parantavaksi tekijäksi. Henkisellä tuella oli keskeinen merkitys tutkimukseen osallistuneiden perhe- ja lähiverkostoltaan toivomansa avun ja tuen suhteen. Vastaajat toivoivat myös perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten tapaavan heitä hoitajaksonsa aikana ja olevan vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Tutkimustuloksissa perhe- ja lähiverkostoltaan toivomansa tuen toteutumiseksi nousi merkittävästi esiin tapaamisiin liittyvät kehitysehdotukset, kuten tapaamisten toteutuminen suuremmassa määrin sekä yhdessä tekeminen ja perhepäivän järjestäminen. Perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytyneet vastaajat eivät halunneet kohdata läheisiään vieroitusoireisena eikä huolestuttaa ja kuormittaa läheisiään. Kieltäytymisen taustalla vaikutti myös kokemus läheisten kyvyttömyydestä auttaa.</p> <p>Opinnäytetyö ja sen tutkimustulokset soveltuvat käytettäväksi arjen asiakastyössä sekä perhe- ja läheisyhteistyön kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa.</p>		
Asiasanat		
Perhe- ja läheisyhteistyö, päihdetyö, sosiaalinen verkosto, sosiaalinen tuki		

Author (authors)	Degree	Time
Satu Ahlqvist-Rakkolainen ja Merja Grönholm	Bachelor of Social Services	October 2018
Thesis title		63 pages
A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvola - Family and close relations developing.		7 pages of appendices
Commissioned by		
A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvola		
Supervisor		
Auli Jungner		
Abstract		
<p>The starting point for this thesis was the 2018 development objective of A-Clinic Oy for Rehabilitating Centre, City of Kouvola with regards to development family- and close relations cooperation city of Kouvola. The customers' social contacts, family relations and other important human relations were surveyed and of quality of the family relations and need for support to improve them were studied. Also, the customers' need for support from their family and close relations were studied and development proposals were collected. Reasons for refusal to participate in family and close relations cooperation were also examined.</p>		
<p>The study was carried out by qualitative means a Webropol interview form was used as a method in collection of material. With exception of the transcription,-the analysis of the research material was performed with the help of Webropol and content evaluation. The research material was also processed quantitatively.</p>		
<p>The interviewees feel that they needed interactive and mental support from the staff to improve the quality of their family relations. Furthermore, the interviewees considered the meetings and communication with their family and close relations important. The mental support that was obtained from a family and friends was also important to the interviewees. They also hoped that members of their family and close friends would meet them during the period of treatment and with them. The interviewees' development proposals related to meetings and the arranging of the family day. The interviewees who did not want to participate in the family relations cooperation did so because they did not want to cause worry to their family.</p>		
<p>The thesis and its results are suitable for customer work and development of family and close relations cooperation.</p>		
Keywords		
family and close relations, social relations, social support		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PÄIHDERIIPPUVUUS	7
2.1	Päihderiippuvuuden ulottuvuudet.....	8
2.2	Päihderiippuvuuden vaikutukset perhesuhteisiin.....	9
3	SOSIAALINEN VERKOSTO.....	10
3.1	Perhe- ja läheisverkoston hyödyntämisen edut päihdetyössä	12
3.2	Perhe- ja läheisverkoston hyödyntämisen haasteet päihdetyössä	14
4	SOSIAALINEN TUKI.....	16
4.1	Sosiaalisen tuen positiiviset vaikutukset	18
4.2	Sosiaalisen tuen hyödyntämisen haasteet päihdetyössä.....	18
5	PÄIHDEHUOLTO.....	19
5.1	A-klinikka Oy	20
5.2	A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvola.....	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
6.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	25
6.2	Tutkimusmenetelmät, aineisto ja analyysi	26
7	TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1	Vastaajien taustatiedot	28
7.2	Sosiaalinen verkosto	29
7.2.1	Perhesuhteet	29
7.2.2	Muut tärkeät ihmissuhteet	33
7.2.3	Perhesuhteiden laatu ja niiden parantaminen	35
7.3	Perhe- ja läheisyhteistyön tarpeet ja kehittämisideat	38
7.4	Perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytyminen	43
8	TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI.....	45
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	51
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	53

11 POHDINTA.....	55
LÄHTEET	59
LIITTEET	

Liite 1. Saatekirje asiakkaille

Liite 2. Saatekirje henkilökunnalle

Liite 3. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksissa päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020 on linjattu, että omaisten ja läheisten huomioonottaminen tulisi ottaa pysyväksi käytännöksi palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (THL 2018a). Sekä huumeongelmaisen että alkoholiongelmaisen hoidon toteutuksessa psykososiaalisten hoitomenetelmien keskeisenä elementtinä on terapeutinen keskustelu ja yhdessä tekeminen, johon myös Käypä hoito -suosituksen mukaisesti tulisi ottaa mukaan asiakkaan läheiset joko yksilöterapijan sijasta tai sen rinnalle. (Huumeongelmaisen hoito 2018.)

Huomasimme tutkiessamme eri kirjallisuuslähteitä, että omaisten osallisuutta ei ole erityisesti tuotu esille osana päihdeongelmaan sairastuneen hoidon suunnittelua tai toteutusta. HavaitSIMME, miten yksilökeskeisesti päihdeongelmaisten hoitoa edelleen tarkastellaan, sillä useissa eri kirjallisuuslähteissä on vain maininta omaisten huomioon ottamisesta. Päihdepalvelujen hoitojärjestelmässä keskipisteenä ovat perinteisesti itse päihdeongelmaiset, josta omaiset ja läheiset ovat jääneet taustalle. Omaiset ja läheiset voitaisiin kuitenkin nähdä asiakkaan hoidon ja kuntoutumisen voimavaraksi, jonka vuoksi omaisten osallistumista pidetään ensiarvoisen tärkeänä. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2001, 178.) Päihdeongelmaisten hoitojen tuloksellisuustutkimukset kertovat perheen ja muun läheisverkoston hoitotapahtumaan mukaan ottamisen olevan hyödyksi kaikille osapuolille. Sen on todettu tehostavan asiakkaiden hoitoon hakeutumista ja hoidossa pysymistä sekä hoitotulosten paranemista niin päihteiden käytön kuin perheen toimivuudenkin osalta. (Mäkelä 2015.)

Opinnäytetyömme lähtökohtana on A-klinikka, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan tämän vuoden kehittämistavoite – perhe- ja läheisyhteistyön kehittäminen. Opinnäytetyömme mahdollistaa asiakasymmärryksen syventämisen, jotta kehittämistä voidaan tehdä asiakkaan – ei ainoastaan organisaation – tarpeista käsin. Asiakastiedon ja tarpeiden kerääminen ja hyödyntäminen päätöksenteon pohjana on välttämätöntä palveluiden kehittämiseksi asiakaslähtöisempään suuntaan. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaiden tarpeita ja näkökulmia hoitokulttuurin ja -menetelmien

monipuolistamiseksi. Luovutimme tutkimustulokset A-klinikka, Kuntoutumiskeskus, Kouvolalle, joita he voivat käyttää hyödyksi perhe- ja läheisyhteistyön kehittämisen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimuksen alussa kuvaamme opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen. Käsittelemme teoreettisessa viitekehyksessä päihderiippuvuutta ja sen vaikutuksia perhesuhteisiin. Lisäksi määrittelemme sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen käsitteet, joiden osalta kuvaamme myös perhe- ja läheisverkoston hyödyntämisen etuja ja haasteita päihdetyössä. Tämän jälkeen kerromme yleisesti päihdehuollosta ja A-klinikka Oy:stä sekä kuvaamme tarkemmin opinnäytetyömme tutkimusympäristön eli A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan laitospalvelukokonaisuuden. Teoreettisen viitekehyksen jälkeen kuvaamme tutkimuksen toteutusta tutkimuksen vaiheiden osalta ja esittelemme opinnäytetyömme tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Selvitämme myös opinnäytetyössä käytetyt tutkimus-, aineistonkeruu ja analyysimenetelmät. Tämän jälkeen vuorossa on tutkimuksen tulokset, tutkimustulosten analysointi ja johtopäätökset. Lopuksi pohdimme tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä työskentelyämme aiheen parissa.

2 PÄIHDERIIPPUUUS

Päihde on yleisnimitys kaikille kemiallisille aineille, jotka vaikuttavat ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen toimintaan, tajunnan tasoon sekä saa aikaan euforiaa eli mielihyvää. Päihteet voidaan jaotella tupakkaan, alkoholiin, teknisiin liuottimiin, huumeisiin ja lääkkeisiin. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 65.) Päihteistä rajoitetusti laillisia Suomen lain mukaan ovat tupakka ja alkoholi. Teknisiä liuottimia ei ole alun perin tarkoitettu käytettäväksi lainkaan päihteinä, ja ne ovatkin päihdehuoltolain mukaan päihteitä silloin, kun niitä käytetään päihtymistarkoitukseen esimerkiksi imppaamalla. Huumaaviksi aineiksi luokitellaan esimerkiksi kannabis, opiaatit, stimulantit, rauhoittavat lääkkeet, barbituraatit ja hallusinaatiogeenit. Lääkeaineiden väärinkäyttöä on reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttäminen ohjeita suurimpina annoksina tai käyttäminen muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen. Käyttö on asianmukaista silloin, kun käyttö pohjautuu lääkemääräyksessä määriteltyyn tarkoitukseen lyhytaikaisesti. (Havio, Inkinen & Partanen 2013, 58; Päihdelinkki.fi, s.a.)

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, jossa ihmisellä on pakonomainen tarve saada päihdettä. Päihteiden käytön hallitseminen ja lopettaminen ovat yhä vaikeampaa, eikä riippuvainen enää hallitse suhdettaan päihteeseen. Päihderiippuvuus kehittyy ja syntyy päihteiden käytön, käyttökulttuurin ja aineen lääkinällisen vaikutuksen myötä. Riippuvuus voi syntyä joko nopeasti tai hitaasti. (Holmberg 2010, 39; Häkkinen 2013, 29.) Useat eri tekijä vaikuttavat siihen, muodostuuko kohtuullinen alkoholin käyttö alkoholiriippuvuudeksi ja huumekeilu huumeriippuvuudeksi. Usein riippuvuuden syntymisessä päihdealtistus on toistuvaa ja pitkäaikaista. (Havio ym. 2013, 42; Holmberg 2010, 39.) Päihderiippuvuudessa käytetyn päihteiden hankintaan, käyttöön tai aineen vaikutuksista toipumiseen kuluu paljon aikaa. Usein myös päihteiden käyttö alkaa muodostua elämän keskipisteeksi, jolloin päihteiden käyttö syrjäyttää esimerkiksi tärkeitä harrastuksia ja sosiaalisia suhteita lopetetaan aineen käytön vuoksi. Päihderiippuvuudesta kärsiessä päihteiden käyttöä jatketaan välittämättä niistä sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista, joita käytöstä aiheutuu. (THL 2018c.) Lisäksi päihderiippuvuuteen liittyy myös sietokyvyn eli toleranssin kasvaminen käytettyyn päihteeseen ja päihteiden käytön vähentyessä tai päättyessä ilmenevät vieroitusoireet (Valkonen 2011, 26).

2.1 Päihderiippuvuuden ulottuvuudet

Päihderiippuvuuden ulottuvuudet jaetaan neljään, osittain päällekkäiseen ulottuvuuteen. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä riippuvuutta. Riippuvuus voi myös olla kaikkia edellä mainittuja riippuvuuden ulottuvuuksia yhdessä tai eri yhdistelmissä. Fyysisessä riippuvuudessa käyttäjän elimistö on tottunut käytettyyn päihteeseen, fyysinen toleranssi on kasvanut ja päihteiden vaikutuksen loputtua ilmenee fyysisiä vieroitusoireita. Psykkisessä riippuvuudessa päihteiden käyttäjä kokee päihteiden käyttöhimoa. Hän kokee päihteiden ja sen käytön hyvinvoinnilleen tarpeellisenä. Käyttäjä ei ehkä edes pidä päihteiden käyttötavasta, esimerkiksi opiaatin injektioimisesta, vaan haluaa psyykkisen helpotuksen tunnetta. Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa ihmisen kuulumista sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jonka jäseniä yhdistää päihteiden käyttö. Sosiaaliseen verkostoon kuulumisen voi ruokkia arvostuksen ja johonkin kuulumisen tarpeita. Usein vanhat, etenkin päihdevastaiset ystävät jää-

vät pois ja aikaa vietetään yhä enemmän päihteiden käytön sallivassa ympäristössä. Henkisen riippuvuuden taustalla on usein elämäkatsomus, ajatusmaailma tai ilmapiiri, jotka liittyvät päihteiden käyttöön. Päihteiden käyttö voi liittyä uskonnollisfilosofisiin rituaaleihin, joilla pyritään saamaan hengellinen yhteys tai tila. (Havio ym. 2013, 42–43; Holmberg 2010, 40.)

2.2 Päihderiippuvuuden vaikutukset perhesuhteisiin

Päihderiippuvuus aiheuttaa vaikeuksia perheessä ja heidän välisissä suhteissaan, sillä ihmisen kärsiessä päihderiippuvuudesta, hänen elämäntavoissaan, käyttäytymisessään ja terveydentilassaan tapahtuu muutoksia, jotka heijastuvat muutoksina myös kaikkiin perheenjäseniin, lähisukulaisiin ja ystäviin sekä heidän käyttäytymiseensä. (Havio ym. 2013, 177; Tervassalo s.a.) Päihderiippuvuuden perhe- ja läheisvaikutukset riippuvat paitsi päihteidenkäyttäjän oireista ja käyttäytymisestä, myös läheisen iästä, henkilökohtaisista ominaisuuksista ja välimatkasta päihteidenkäyttäjään (Tervassalo s.a.). Päihderiippuvuutta esiintyvässä perheessä kommunikaatio ja vuorovaikutus on usein ristiriitaista. Asioista on tyypillisesti vaikea puhua, ja tunteita on vaikea kokea. Perheenjäsenten luottamus päihteidenkäyttäjään hiipuu suunnitelmien ja lupasten jäädessä päihteiden käytön takia toistuvasti toteutumatta. (Havio ym. 2013, 177.) Päihderiippuvaisen läheinen ajautuu päihteidenkäyttöä seuratesaan usein pettymysten ja toiveiden kierteeseen, jossa epävarmuuden, huolen, pelon ja turhautumisen tunteet vaihtelevat vaikuttaen perheen tunneilmapiiriin (Tervassalo s.a.). Lisäksi perheenjäsenet kiinnittävät kasvavassa määrin yhä enemmän aikaa päihderiippuvaisen käyttäytymisen, ilmeiden ja eleiden tarkkailuun, sillä perhe pyrkii ennakoimaan päihteidenkäytön alkamista tarkkailemalla mahdollisia merkkejä siitä. (Havio ym. 2013, 177–178.) Päihderiippuvuuden edetessä läheinen ottaa tyypillisesti henkisen ja konkreettisen vastuun ja ryhtyy omalla toiminnallaan paikkaamaan päihderiippuvuuteen sairastuneen tekemisiä tai tekemättä jättämiä. Usein läheinen tiedostamattaan mahdollistaa omalla toiminnallaan päihteidenkäytön jatkumisen mm. pyörittämällä arkea ja kantaessaan vastuuta yksin. Läheiselle muodostuu myös pyrkimys korjailla päihderiippuvuuden vaurioittamaa tunneilmapiiriä esimerkiksi korostuneella reippaudella, vaikenemisella tai sairastuneen hoivaamisella ja mielistelyllä. Päihderiippuvuus aiheuttaa tyypillisesti läheisessä myös häpeän tunnetta, joka voimistaa vaikenemisen ja salailun tarvetta ja johtaa tyypillisesti

eristäytymiseen muista sosiaalisista suhteista. Läheinen saa myös kerta toisensa jälkeen todeta jäävänsä riippuvuuteen sairastuneelle päihteen rinnalla toiseksi. Useista ponnisteluista huolimatta läheinen joutuu usein myös huomaamaan, ettei pysty omalla toiminnallaan parantamaan päihderiippuvaista. Toisinaan tunnekyllästetyt yritykset johtavat katkeruuden ja turhautumisen, riitelyn ja hedelmättömien keskustelujen kierteeseen, joista päihderiippuvainen saattaa jopa saada lisää pontta päihteidenkäyttöön. Läheisen ymmärtäessä ja rohjetessa katkaista päihteidenkäytön mahdollistavan oman toiminnan, voi se parhaimmillaan käynnistää muutoksen myös päihderiippuvuuteen sairastuneessa. Osa päihderiippuvuuksiin sairastuneista löytää motivaation muutokseen vasta pohjakosketuksen kautta kuten perhe-elämän ja ihmissuhteiden katketessa. (Tervassalo s.a.)

3 SOSIAALINEN VERKOSTO

Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan Marsellan ja Snyderin (1981) mukaan niitä yksilön vuorovaikutussuhteita, joiden kautta hän ylläpitää omaa sosiaalista identiteettiään ja joista hän saa henkistä tukea, tietoa, materiaalista apua ja palveluja sekä uusia ihmissuhteita. Marsellan ja Snyderin sosiaalisen verkoston määritelmässä painottuvat myös yksilön sosiaalisen verkoston suhteiden käytännöllisyys ja toiminnallisuus. Yksilön suhde rakentuu kuhunkin sosiaalisen verkoston ihmiseen erilaiseksi ja sosiaalisen verkoston eri ihmissuhteilla on varsin erilaisia merkityksiä. Sosiaalisen verkoston merkitykselliset ihmissuhteet eivät muodostu ainoastaan niistä ihmisistä, joiden kanssa pystyy keskustelemaan syvimmit huolensa, vaan eri ihmissuhteilla on erilaisia ominaisuuksia, kuten käytännön vinkkien antaja, hyvä lenkkikaveri jne. (Seikkula 1996, 16–18.)

Sosiaalista verkostoa tarkastelemalla voidaan saada selville yksilöiden saaman sosiaalisen tuen laatua ja määrää. Käytännössä sosiaalista verkostoa tarkastellaan kunkin yksilön tällä hetkellä ilmenevinä sosiaalisina suhteina. Yksilöiden sosiaalista verkostoa ei kuitenkaan määritellä heidän sosiaalisten kontaktien tiheyden mukaan, vaan sosiaaliseen verkostoon voi kuulua yhtä hyvin päivittäin tavattavia perheenjäseniä kuin kerran vuodessa tavattavia hyviä ystäviä. Sosiaaliset verkostot voivat siis sisältää ajallisesti hyvin erilaisia ih-

missuhteita, jotka yksilö kokee itselleen tärkeiksi. Ratkaisevaa on ns. ydinverkoston löytyminen. Pieni ydinverkosto on mahdollista ottaa huomioon realistisesti, tavoittaa hoidollinen yhteistyö ja huomioida se sosiaalisessa auttamistyössä. (Seikkula 1996, 16–17, 24, 26–27.)

Yksilötasolla ihmiset määrittelevät perheensä hyvin eri tavalla, sillä aikojen kuluessa perheen määritelmä on muuttunut ja yksin asuvien ihmisten määrä on lisääntynyt (Hietaharju & Nuutila 2016, 237–238). Perinteisesti perhe määritellään ydinperheeksi eli äidin, isän ja lasten muodostamaksi kokonaisuudeksi, jolloin perheenjäsenet ovat sidoksissa toisiinsa biologisin perustein. Biologisin perustein määritetty myös yhden vanhemman lapsiperhe. Myös isovanhemmat ja lastenlapset tai aikuiset sisarukset voivat muodostaa keskenään perheen, joiden suhteet ovat biologiset. Muita perheen määrittelyperusteita ovat juridiset perusteet, eli avioliitossa tai avioliitonomaisessa suhteessa elävän parin muodostama perhe. Juridinen perhe voi muodostua perinteisen ydinperheen, avioliiton tai rekisteröidyn parisuhteen lisäksi uusioperheenä, jossa voi olla molempien puolisoitten lapsia. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 11–12.) Nykyisin perheiden rakenne koostuu yhä useammin myös yksinhuoltajaperheistä tai yhden huoltajan perheistä, joissa erikseen asuvilla vanhemmilla on yhteishuoltajuus (Tukiainen & Lindroos 2009, 39). Perheen määrittelyperusteet voivat olla myös emotionaaliset, jolloin lähin ihminen on henkisesti tärkeä ja läheinen ihminen. Emotionaalisesti tärkeä ihminen voi olla esimerkiksi ystävä tai naapuri. Yhdessä asuminen ei ole tänä päivänä riittävä määrittely, sillä esimerkiksi yksinasuvan ihmisen perheen voi muodostaa hänelle läheisimmät toisessa osoitteessa asuva ihminen tai ihmiset. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 12–13.)

Toisinaan perheen määrittelyssä emotionaalinen side voi olla tärkeämpi määrittelyperuste kuin juridiset tai biologiset siteet, jonka vuoksi asiakkaiden hoitosuhteissa pidetäänkin tärkeänä, että asianomaiset itse määrittävät perheensä ja siihen kuuluvat jäsenet. Perheen rakenne muodostuu sekä sisäisistä suhteista että suhteista perheen ulkopuolelle ja yhteiskuntaan. Perheen sisäiset suhteet muodostuvat niiden henkilöiden välille, jotka itse mieltävät muodostavansa perheen keskenään, esimerkiksi puolisoitten välinen parisuhde, lasten ja vanhempien välinen suhde, eri sukupolvien väliset suhteet jne. Perheen ulkoiset suhteet puolestaan muodostuvat muista tärkeistä henkilöistä, joiden

kanssa he ovat tekemisissä, kuten muut sukulaiset, ystävät, naapurit, koulu- ja työtoverit sekä harrastuksissa solmitut suhteet. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 13.)

3.1 Perhe- ja läheisverkoston hyödyntämisen edut päihdetyössä

Päihteiden käyttö liittyy Metterin ja Haukka-Wacklinin (2004) mukaan aina johonkin sosiaaliseen kontekstiin, johon on syytä kiinnittää huomiota asiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Hyväkään hoito ei tuota tulosta, jos asiakkaan sosiaaliseen verkostoon ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Mikäli päihteiden ongelmakäyttöön liittyvän alakulttuurin tilalle ei hoidon aikana ja hoidon jälkeen ilmaannu korvaavia sosiaalisia verkostoja, on asiakkaan kuntoutuminen vaikeaa, jopa mahdotonta yksinäisyyden ja retkahtamisen riskin ollessa merkittävästi koholla. (Pärttö, Hännikäinen-Uutela & Määttä 2009, 121–122.) Beatien (2001) ja Saarnion (1998) mukaan pelkkä sosiaalisuus ei kuitenkaan riitä, vaan ratkaisevaa on asiakkaiden sosiaalisten verkostojen ihmissuhteiden laatu ja laajuus (Koski-Jännes, Pienimäki & Valtari 2003, 10, 15; Pärttö ym. 2009, 121).

Mäkelän, Fagerströmin ja Niskasaaren (2009, 233) mukaan omaisten ja läheisten mukaan ottaminen sopii erityisen hyvin asiakkaan hoitosuhteen alkuvaiheeseen, jolloin hoito ei ole vielä leimautunut yksilökeskeiseksi. Tällöin olisi mahdollista saada monipuolinen kuva perheen ongelmista ja voimavaroista. Jurvansuu ja Rissanen (2016, 2) korostavat omaisten roolia osana päihdekuntoutumisprosessia, sillä omaiset ovat merkittävä tuki ja voimavara osana päihderiippuvuuteen sairastuneen hoitoa. Keskeisimpiä osapuolia ovat samassa taloudessa asuvat, kuten puoliso ja lapset. Joskus tärkeässä asemassa ovat myös muu suku tai läheiset tuttavat. (Mäkelä 2015.)

Asiakkaiden päihteettömyyttä tukevan sosiaalisen verkoston vahvistamisella on kuntoutumisprosessin onnistumisen kannalta suuri merkitys, koska siten voidaan ehkäistä asiakkaan syrjäytymistä sosiaalisista suhteista ja lisätä sosiaalisen ja emotionaalisen tuen määrää. (Havio ym. 2013, 127, 157; Saarelainen ym. 2001, 80.) Asiakkaan toipumisessa tulisi käyttää hyväksi asiakkaan oman sosiaalisen verkoston voimavaroja, sillä tavoitteena on, että asiakas saisi apua ja tukea verkostoltaan oman elämänsä hallinnassa (Hietaharju & Nuutila 2016, 238).

Päihdeongelmaisten hoitojen tuloksellisuustutkimukset kertovat perheen ja muun läheisverkoston hoitotapahtumaan mukaan ottamisen olevan on hyödyksi kaikille osapuolille. Sen on todettu tehostavan asiakkaiden hoitoon hakeutumista ja hoidossa pysymistä sekä hoitotulosten paranemista niin päihteiden käytön kuin perheen hyvinvoinnin osalta. (Mäkelä 2015; Mäkelä ym. 2009, 229–230.) Myös Suominen, Tuominen ja Blommila (2011-2013, 3, 20) nostavat loppuraportissaan -Opastava yhteistyö perheiden kanssa mielenterveys- ja päihdetyössä esille asiakkaan oman sosiaalisen verkoston hyödyntämisen olevan merkityksellistä. He toteavat päihdeasiakkaan perheen ja läheisten osallistumisen asiakkaan hoitoon ja sen suunnitteluun parantavan hoitotuloksia päihdeongelmista toipumisessa. Omaisen huomioiminen läheisen päihdekuntoutumisessa hyödyttää niin kuntoutujaa kuin omaistakin.

Heikkilä ja Lindroos (2009, 73) toteavat perhekeskeisen työtteen olevan yksilökeskeistä työtettä tuloksellisempaa voimavarojen löytämisessä ja vahvistamisessa. Päihderiippuvuudesta irrottautumisen tukena tarvitaan usein läheistä henkiseksi tueksi, sillä läheisten positiivinen palaute sitkeydestä tai muista myönteisistä luonteenpiirteistä ja taidoista auttavat päihdeasiakasta uskomaan itseensä. Itseluottamuksen ja omanarvontunnon palauttaminen ja lisääminen helpottavat päihdeasiakkaan muutosta ja toipumista.

Asiakkaiden sosiaalisen verkoston vahvistamisessa voidaan käyttää hyödyksi perhekeskeistä työskentelytettä. Perhekeskeisen työskentelytävän yksi työmuoto on perheiden tapaaminen, mutta perhekeskeinen työskentelyote voi ilmetä työskenneltäessä kahdenkeskisesti päihdeasiakkaan kanssa. (Havio ym. 2013, 21; Heikkilä & Lindroos 2009, 57, 60.) Asiakkaan lähiverkosto voidaan huomioida työntekijän ja asiakkaan välisessä kahdenkeskisessä keskustelussa, joka voi toisinaan olla riittävää (Saarelainen ym. 2001, 123–124). Työntekijän tulisi pohtia yhdessä asiakkaan kanssa, kuinka päihdeongelma vaikuttaa arjen vuorovaikutussuhteisiin tai päinvastoin, millaista tukea asiakas lähiverkostoltaan toivoisi ja miten hän voisi tätä tukea pyytää. (Heikkilä & Lindroos 2009, 57, 63.) Mikäli välit ovat katkenneet, olisi asiakkaan kanssa hyvä keskustella välien katkeamiseen johtaneista syistä, miten välien katkeaminen vaikuttaa asiakkaaseen, voisiko asiakas tehdä jotain välien korjaamiseksi ja miltä asiakkaasta tuntuu, jos perhe ei pääse osallistumaan asiakkaan hoitoon,

vaikka hän itse niin haluaisikin. Asiakkaan perheen osallisuutta ei voida edellyttää, mutta asiakasta voidaan kannustaa siihen, kuten esimerkiksi katkenneiden välien selvittämiseenkin. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 97–98.) Joskus työntekijän tukiessa asiakasta asiakkaan voi olla mahdollista solmia uudestaan katkenneita ihmissuhteita (Saarelainen ym. 2001, 178–179). Mikäli asiakas, perheenjäsenet tai muut läheiset eivät itse tarjoutu asiakkaan hoitoon mukaan, tulisi työntekijän tehdä aloite (Mäkelä 2015; Mäkelä ym. 2009, 233). Asiakkaalle olisi hyvä tarjota myös mahdollisuutta kutsua itsellensä läheisiä ja tärkeitä ihmisiä perhetapaamiseen (Heikkilä & Lindroos 2009, 57). Kohtaamalla päihteenkäyttäjän perheenjäseniä ja muita läheisiä saadaan tietoa ja ymmärrystä asiakkaan päihteenkäytön vaikutuksista yksittäisiin perheenjäseniin ja koko perheeseen. Tiedon ja ymmärryksen lisääntymisen kautta kyseisiä asioita voidaan käsitellä päihteenkäyttäjän ja tämän läheisten kanssa ja näin auttaa päihteenkäyttäjän perhettä ja läheisiä kokoamaan voimavaransa päihteenkäyttäjän ja koko perheen tervehtymisen tueksi. (Havio ym. 2013, 177–178.)

Perhekeskeisessä työssä asiakkaan perheen ja muun lähipiirin voimavaroja pidetään tärkeänä, sillä useimmiten asiakkaan läheiset ihmiset kykenevät tukemaan ja auttamaan asiakasta vaikeassa tilanteessa. Perhetapaamisten keskeisenä tavoitteena on auttaa perhettä tunnistamaan omat voimavaransa, sillä yhden perheenjäsenen päihdeongelman aiheuttamat huolet ja kuormitus saattavat joskus saada yliotteen, jolloin voimavarat jäävät taka-alalle. Perhetapaamisessa kaikkien perheenjäsenten huolten kuulemisen lisäksi on hyvä kerätä kaikkien perheenjäsenten ehdotuksia siitä, miten tilanteesta päästäisiin eteenpäin ja kuinka kukin voisi auttaa. Voimavarojen ja perheenjäsenten ehdotusten ääneen puhumisella luodaan asiakkaalle ja hänen perheelle toivoa sekä uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia. (Heikkilä & Lindroos 2009, 58, 61, 63.)

3.2 Perhe- ja läheisverkoston hyödyntämisen haasteet päihdetyössä

Perheen osallistuminen päihdeasiakkaan hoitoon on riippuvaista perheenjäsenten välisistä suhteista ja osallistumismahdollisuuksista. Perheenjäsenten väliset suhteet saattavat olla ristiriitaisia tai perheenjäsenet voivat asua kaukana asiakkaasta. (Heikkilä & Lindroos 2009, 61; Kuhanen ym. 2013, 97.)

Päihteidenkäyttäjien sosiaalisissa verkostoissa omaisten ja sosiaalisten kontaktien vähyyks on monesti ongelmana haettaessa voimavaroja asiakkaiden toipumiselle ja kuntoutumiselle (Hietaharju & Nuutila 2016, 237–238). Osalla asiakkaista ei ole lainkaan omaisia ja joillakuilla on omaisia, mutta yhteydenpito on saattanut katketa asiakkaan käytettyään pitkään päihteitä (Saarelainen ym. 2001, 178–179).

Päihteiden käytön seurauksena aiheutuneista konflikteista ja tulehtuneista perhesuhteista huolimatta päihdeasiakkaan taustalla on kuitenkin aina perhe ja oma henkilökohtainen verkosto, jota olisi hyvä vahvistaa arkielämän voimavarana ja osana kuntoutujan luonnollista elämismailmaa. (Suominen ym. 2011-2013, 24.) Tämän vuoksi on tärkeää, että asiakas voi itse määrittellä sosiaalisen verkostonsa ja asiakkaan sosiaalinen verkosto käsittää perheen lisäksi myös sukulaiset, ystävät sekä muut tärkeät ihmiset hänen muusta ympäristöstään, kuten koulusta, työelämästä ja harrastuksista. Lisäksi sosiaaliseen verkostoon voivat kuulua naapurit, ammattiauttajat ja muut mahdolliset viranomaiset. (Hietaharju & Nuutila 2016, 237–238; Saarelainen ym. 2001, 178.)

Omaisten ja läheisten ollessa osana asiakkaan hoitoa on kuitenkin muistettava, että itse päihdeasiakas on toimeksiantaja ja työtä tehdään päihdeasiakkaan omista toiveista ja lähtökohdista käsin (Suominen ym. 2011-2013, 20). Näin ollen ammattilaisten lähestymistavassa omaisiin tulee muistaa asiakkaan tarpeen ensisijaisuus eli omaisten tarpeita pidetään toissijaisina asiakkaan tarpeille (Saarelainen ym. 2001, 184–185).

Täysi-ikäisten asiakkaiden kohdalla tulee muistaa asiakkaiden itsemääräämisoikeus. Asiakkaiden lähiverkoston fyysinen läsnäolo ei ole aina käytännössä mahdollista, sillä asiakkaan ja työntekijän kannalta yhteistyö omaisten kanssa määräytyy asiakkaan oman valinnan perusteella. Asiakas voi siis itse valita, annetaanko omaisille tietoja hänen hoidostaan ja otetaanko heidät mukaan hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakkaat eivät aina anna lupaa yhteistyön tekemiseen omaisten kanssa. (Saarelainen ym. 2001, 123–124.) Toisinaan päihdeongelmaisen läheisten ihmissuhteiden epätasapaino voi myös kuluttaa asiakkaan voimavaroja ja pitää asiakkaan riippuvuuttayllä (Heikkilä & Lindroos 2009, 72–73).

Asiakas voi kieltää yhteydenpidon omaisiin mutta myös omaiset saattavat kieltäytyä yhteistyöstä (Hietaharju & Nuutila 2016, 234). Hoidon käynnistymisvaiheessa asiakkaan perheen ja läheisten jaksamiskyky ja auttamishalu saattaa olla vähissä, sillä perhe ja läheiset saattavat perin kyllästyneitä päihdeongelmaiseen ja pitää häntä kohtuuttomana taakkana. Uhkana saattaa olla perheen hajoaminen. Siitä huolimatta he voivat toimia päihteenkäyttäjän voimavaran etsittäessä muutosta päihteiden käyttöön ja koko perheen hyvinvointiin. Myönteinen lopputulos ei ole takuvarmaa päihdeongelmien hoidossa, mutta ainakin eri osapuolten voimavaroja yhdistämällä voidaan lisätä myönteisen lopputuloksen todennäköisyyttä. (Mäkelä ym. 2009, 238.)

4 SOSIAALINEN TUKI

Sosiaalisen tuen käsite viittaa Hesslen (1991) mukaan yksilöön kohdistuvaan tukeen eli tukea antavaan toimenpiteeseen ihmissuhteissa (Seikkula 1996, 17). Cobbin mukaan (1976) sosiaalinen tuki on ihmisen kuulumista sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, josta hän saa rakkautta, arvostusta ja kunnioitusta ja kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta. Cobb korostaa myös sosiaalisen tuen vastavuoroisuutta. Kahn (1985) määrittelee sosiaalisen tuen samansuuntaisesti ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa välittyy apua, tunnustusta ja tunteita. (Koski-Jännes ym. 2003, 8.) Cohenin ja Symenin (1985) mukaan sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvää terveyttä edistävää tai stressiä ehkäisevää tekijää, joka on määriteltävissä sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (Vahtera & Uutela 1994). Cotten, Burton ja Rushing (2003) kuitenkin nostavat esiin sen seikan, että huonolaatuisten ihmissuhteiden kohdalla se pikemminkin toimii rasitteena ja aiheuttaa stressiä terveyden edistämisen sijaan (Pärtö ym. 2009, 124–125).

Sosiaalinen tuki on Housen, Umbersonin ja Landisin (1988) mukaan riippuvaista sosiaalisten suhteiden olemassaolosta, auttajan ja autettavan välisen sosiaalisen suhteen luonteesta ja sosiaalisen verkoston rakenteesta (Vahtera & Uutela 1994). Hallin ja Wellmanin (1985) mukaan tarkasteltaessa keskenään yhtä suuria sosiaalisia verkostoja, niiden rakenteet ja tarjolla olevat voi-

mavarat voivat olla täysin erilaisia. Cohenin ja Symenin (1985) mukaan mahdollisuudet avun ja tuen saamiseen ovat harvassa verkostossa tiheää verkostoa huonommat. (Vahtera & Uutela 1994.)

Hobfollin (1986, 1988) mukaan eri sukupuolta olevien ihmisten sosiaalisissa verkostoissa on selviä eroja. Naisten sosiaaliset verkostot ovat tyypillisesti miesten sosiaalisia verkostoja laajempia. Naisilla on myös tyypillisesti miesten sosiaalisiin verkostoihin verrattuna useammin luottamuksellisia ystävyssuhteita. Lisäksi naiset ovat tyypillisesti valmiimpia puhumaan henkilökohtaisista asioistaan, jonka vuoksi heidän on todettu saavan enemmän ja laadultaan parempaa henkistä tukea. Molempien sukupuolten on todettu pitävän suhdetta naiseen enemmän tukea antavana. Selvästi miesvaltaisen verkoston on todettu tarjoavan tukea huonosti kriisitilanteissa (Vahtera & Uutela 1994.)

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella rakenteelliselta, toiminnalliselta ja laadulliselta kannalta. Rakenteellinen tuki viittaa ihmisen sosiaalisen verkoston kokoon ja koostumukseen – vastavuoroisten tunnesuhteiden, kuten puolison olemassaoloon ja ystävien lukumäärään. Toiminnallinen eli funktionaalinen tuki viittaa tuen sisältöön eli ihmissuhteiden tarjoamiin emotionaalisiin, tiedollisiin tai välineellisiin voimavaroihin. Tuen laatu viittaa ihmissuhteen voimakkuuteen, jatkuvuuteen, vastavuoroisuuteen, keskinäiseen sitoutumiseen ja muihin pysyvämpiin piirteisiin. (Koski-Jännes ym. 2003, 9.)

Sosiaaliseen tukeen kuuluvat tietotuki, aineellinen tuki, arvostustuki ja henkinen tuki. Tietotukeen kuuluvia asioita ovat neuvot, ehdotukset sekä tilanteen uudelleenarviointi – tai määrittely. Aineelliseen tukeen kuuluvia asioita ovat käytännön apu, kuten rahan lainaaminen ja auttaminen. Arvostustukeen katsotaan kuuluvan positiivisten arvioiden lausumisen toisen ihmisen tekemisistä ja kyvyistä. Henkiseen tukeen kuuluu puolestaan halukkuus auttaa, luottamuksellisuus, empaattisuus, kuunteleminen ja rohkaiseminen. (Vahtera & Uutela 1994.)

4.1 Sosiaalisen tuen positiiviset vaikutukset

Cohenin (1998) mukaan sosiaalisella tuella on monenlaisia positiivisia vaikutuksia. Sosiaalinen tuki saattaa vaikuttaa tuen saajan tulkintaan kuormitustekijän hankaluudesta ja lieventää stressireaktiota ja ahdistusta. Sosiaalinen tuki voi myös vahvistaa yksilön minäkuvaa, identiteettiä ja omanarvontunnetta. Sosiaalinen tuki voi myös lisätä yksilön uskoa omaan kyvykkyyteen ja hallintamahdollisuuksiin, jonka on todettu edistävän terveellistä käyttäytymistä. Lisäksi sosiaalisten suhteiden kautta kulkeutuu tyypillisesti tietoa terveydenhoidosta, terveellisestä käyttäytymisestä sekä kuormitustekijöiden ja riskien välttämisestä. Lisäksi sosiaalisesta verkostosta virtaa tuen saajalle apua ja materiaalisia voimavaroja, tietoa kuormittavista tilanteista ja selviytymiskeinoista. (Vahtera & Uutela 1994.) Toisinaan myös pelkkä subjektiivinen sosiaalisen tuen kokemus voi vaikuttaa ihmisen terveyteen. Toisilla pelkkä tieto tukijoiden olemassaolosta ja saatavilla olevasta tuesta edistää terveyttä ilman, että sitä hyödynnetään. (Koski-Jännes ym. 2003, 9; Vahtera & Uutela 1994.)

4.2 Sosiaalisen tuen hyödyntämisen haasteet päihdetyössä

Lundborg (2005) toteaa sosiaalisen tuen saatavuuden ja kyvyn vastaanottaa tukea vaikuttavan siihen, millaisia selviytymistapoja päihdeongelmasta toipuvan ihmisen on mahdollista käyttää ongelmatilanteissaan ja kuinka hän niistä selviytyy. Lundborgin (2005) mukaan asiakkaan sosiaalisen tuen vähäisyys saattaa johtua siitä, ettei yksilö kykene vastaanottamaan tukea vaikeassa elämäntilanteessaan. (Pärttö ym. 2009, 125.) Ihmiset eroavat sen suhteen, missä määrin he luottavat kanssaihmiisiinsä ja pystyvät hakemaan saatavilla olevaa tukea (Koski-Jännes ym. 2003, 9). Päihteiden käyttäjille on tyypillistä, että heillä on takanaan sosiaaliin suhteisiin liittyviä karvaimia pettymyksiä ja rikkinäisiä ihmissuhteita, jonka vuoksi heidän on vaikea löytää ja ylläpitää hyvinvointiaan tukevia luottamuksellisia ihmissuhteita. Luottamus muihin ihmisiin on kuitenkin sosiaalisen tuen saamisen ja vastaanottamisen edellytys, vaikka se on usein päihteiden käyttäjille vaikeaa. (Pärttö ym. 2009, 125.)

Tolsdorfin (1976) mukaan sosiaalisen tuen vastaanottajan uskomukset, asenteet ja odotukset vaikuttavat siihen, missä määrin hän kokee muiden ihmisten voivan auttaa häntä selviytymään ongelmistaan. On mahdollista, että tarjottu

apu tulkitaan negatiivisesti, mikäli se ei sovi yhteen avun saajan minäkäsityksen kanssa. (Koski-Jännes ym. 2003, 9.) Eckenroden ja Wethingtonin (1990) mukaan sosiaalisen tuen vastaanottaja saattaa mieltää sen epämiellyttävänä tai osoituksena kyvyttömydestään selvittää ongelmistaan. Sosiaalinen tuki saatetaan kokea myös Sarasonin ja Piersenin (1990) mukaan huonoksi, joka liittyy heidän mukaansa sosiaaliseen kyvyttömyyteen, neuroottisuuteen, huonoon itsetuntoon, ahdistukseen suoritusilanteissa, huonoihin ongelman ratkaisukeinoihin tai vuorovaikutukseen kohdistuviin kielteisiin odotuksiin. Cutronan (1986) mukaan sosiaalisen tuen huonoksi kokevat myös saavat vähemmän sosiaalista tukea. Saatu tuki voi myös lisätä tuen saajan kuormittuneisuutta, mikäli hän tuntee jääneensä kiitollisuudenvelkaan. (Vahtera & Uutela 1994.)

Mitchellin ja Moosin (1984) mukaan omaisten ja läheisten hyvää tarkoittava apu voi myös pitkittää ja mahdollistaa päihdeongelmaa. Tuen saaja voi myös olla riippuvainen tuen antajasta, ja yksisuuntaiset suhteet saattavat kuormittaa auttajaa hänen joutuessaan käyttämään voimavarojaan tuen saajan hyväksi ilman vastavuoroisuutta. Tästä syystä pyrkimykset vahvistaa omaisten roolia voivat muodostua myös ongelmaksi. Omaiset ja läheiset saattavat myös tuntea itsensä keinottomiksi ja kyvyttömiksi auttamisen suhteen, jonka vuoksi he saattavat vältellä tilanteita, joissa he voivat joutua auttamaan. Myös toivotonmuuden tunne saattaa saada päihderiippuvuuteen sairastuneen vetäytymään hyödyttöminä pitämistään sosiaalisista suhteista. (Vahtera & Uutela 1994.)

5 PÄIHDEHUOLTO

Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) 1 §:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdehuoltolain 7 §:n mukaan päihdehuollonpalveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle sekä hänen perheelleen ja muille läheisille heidän avun, tuen ja hoidon tarpeensa perusteella.

Päihdehuollon järjestämisestä vastaa kunta. Kunnan tulee järjestää päihdehuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Kunnat voivat tuottaa päihdepalvelut itse tai yhteistyössä

muiden kuntien kanssa tai ostaa palvelut muilta kunnilta, yksityisiltä tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta (Partanen, Kuussaari, Markkula, Forsell & Varis s.a.). Päihdehuoltolain 6 § 1. mom. mukaan päihdehuollon palveluja tuotetaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon erityispalveluina. Päihdehuollon palvelut tulee päihdehuoltolain 6 § 3. mom. mukaan järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein. Päihteiden ongelmakäyttäjää pyritään päihdehuoltolain 6 § 2. mom. mukaan ensisijaisesti hoitamaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden piirissä. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut eivät ole tarkoituksenmukaisia tai riittäviä, ohjataan päihteiden ongelmakäyttäjää päihdehuollon erityispalvelujen piiriin. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.) Päihdehuollon erityispalvelujen tehtävänä on erityisesti vaativamman päihdeongelman hoidontarpeen arviointi, akuutti katkaisuvaiheen hoito sekä pidempiaikainen kuntouttava hoito. Arjen tukena hyödynnetään ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi myös vertaistukitoimintaa, jota tarjoavat useat päihdehoitoa ja kuntoutuspalveluita tuottavat järjestöt. (Partanen ym. s.a.) Päihdehuollon erityispalvelut voidaan toteuttaa joko avo- tai laitoshoitopalveluina, joissa palveluntuottajana on tyypillisesti A-klinikka (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 64–65).

5.1 A-klinikka Oy

A-klinikka Oy on A-klinikkasäätiön omistama yritys. Yhtiö on perustettu vuonna 2016, mutta säätiön palvelutuotanto siirtyi yhtiöön vasta vuoden 2018 alussa. A-klinikka Oy tarjoaa laadukkaita päihde- ja mielenterveyspalveluja, joiden arvoperustana on ihmisarvon kunnioittaminen, luottamuksellisuus ja vastuullisuus. A-klinikka Oy:n palveluita ovat A-klinikat eli avohoitoklinikat, K-klinikat eli korvaushoitoklinikat, verkkoterapia ja erilaiset matalan kynnyksen palvelut kuten ehkäisevä päihdetyö, terveysneuvonta ja toimintakeskukset. A-klinikka Oy:n laitoshoidon palveluita ovat vieroitushoitoyksiköt ja selviämisaseimat, kuntoutumishoitoyhteisöt ja vieroitushoitoyhteisöt. Lisäksi A-klinikka Oy:n palveluihin kuuluu Suomen ainoa riippuvuusongelmien hoitoon erikoistunut päihdesairaala. A-klinikka Oy:n palveluihin kuuluu myös asumispalvelut, joihin sisältyy niin tehostettua palveluasumista kuin tuettua asumista. Lisäksi A-klinikka Oy tarjoaa lastensuojelun sijaishuoltoa. A-klinikka Oy:n palvelut sijaitsevat Pohjois-Kymenlaaksossa, Etelä-Kymenlaaksossa, Lahdessa, pääkaupunkiseudulla, Hämeenlinnassa, Kokemäellä, Salossa, Tampereella ja Turussa.

Verkkoterapian, päihdesairaalan ja lastensuojelun sijaishuollon palvelut ovat valtakunnallisia eli palvelevat koko Suomea. (A-klinikka Oy s.a.)

A-klinikan avohoitoklinikat palvelevat erilaisista päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiviä ihmisiä sekä heidän läheisiään. Hoidossa käsitellään päihde- tai muihin riippuvuuksiin liittyviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Avohoitoklinikoilla hoidetaan päihteiden käytöstä aiheutuneita vieroitusoireita ja annetaan avokatkaisuhoitoa asiakkaan viettää illat ja yöt kotonaan. Vieroitusoireiden hoidossa ja avokatkaisuhoidossa lääkehoidon tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Avohoitoklinikalta järjestetään tarvittaessa muita tukitoimia ja jatkohoitoa. Avohoitoklinikoille ei tarvitse lähetettä, jolloin hoitoon voi varata itse ajan. Useilla avohoitoklinikoilla on myös päivystysaika, jolloin hoitoon voi päästä ilman ajanvarausta. (Avohoitoklinikat s.a.)

K-klinikat eli korvaushoitoklinikat ovat opiaattiriippuvaisten avohoitoyksikköjä, Korvaushoito on tarkoitettu sellaisille asiakkaille, jotka eivät ole vieroittautunut opiaateista muun hoidon avulla. Korvaushoitoa edeltää hoidon tarpeen arviointi. Korvaushoitoklinikoiden asiakkaiden hoito sisältää psykososiaalisen tuen lisäksi metadonia tai buprenorfiini-naloksonia sisältävän lääkityksen. (Korvaushoito s.a.; Korvaushoitoklinikat s.a.)

5.2 A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvola

A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan laitospalvelukokonaisuus tarjoaa vapaaehtoisuuteen perustuvaa ympärivuorokautista vieroitus- ja kuntoutushoitoa. (Kuntoutumishoitoyhteisö Kouvola s.a.; Vieroitushoitoyhteisö Kouvola s.a., Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.) Palvelut ovat tarkoitettu täysi-ikäisille erilaisista päihderiippuvuusongelmista kärsiville asiakkaille, joille sosiaali- ja terveydenhuollon ja A-klinikan tai muiden eri palveluntuottajien avohoitopalvelut eivät ole tarkoituksenmukaisia tai riittäviä. (A-klinikka 2016, 27, 30.) Asiakkaiden laitoshoitoon hakeutuminen vaihtelee, sillä asiakkaat voivat joko itse varata laitoshoitopaikan tai tulla hoitoon kuntien terveys- ja sosiaalitoimen tai A-klinikan ja muiden eri avohoitopalveluiden ohjaamana. (Kuntoutumishoitoyhteisö Kouvola s.a.; Vieroitushoitoyhteisö Kouvola s.a., Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.)

A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan laitospalvelukokonaisuus sisältää vieroitushoitoyksikön ja selviämisaseman, vieroitushoitoyhteisön sekä kuntoutumishoitoyhteisön. Toiminta pohjautuu selviämisasemaa lukuun ottamatta yhteisöhoidon periaatteisiin. Vieroitushoitoyksikössä, vieroitushoitoyhteisössä ja kuntoutumishoitoyhteisössä hoitajakset alkavat asiakkaan elämäntilanteen ja hoidon tarpeen kartoituksella sekä yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisella. Hoidon tavoitteet ja keinot vaihtelevat asiakkaan päihdeongelman vaikeusasteen, elämäntilanteen, tarpeiden ja voimavarojen mukaan. (Kuntoutumishoitoyhteisö Kouvola s.a.; Vieroitushoitoyhteisö Kouvola s.a.; Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.)

Selviämisasema on kaksipaikkainen, turvallinen vaihtoehto putkalle. Selviämisasema tarjoaa voimakkaasti päihtyneelle suojaa päihtymistilasta selviämisen ajaksi ammattihenkilökunnan valvonnassa. Selviämisasemalla on myös mahdollisuus jatkohoidon suunnitteluun asiakkaan selviytyttyä päihtymyksestä, sillä se toimii tiiviissä yhteistyössä vieroitushoitoyksikön kanssa. (Selviämisasemat s.a.)

Vieroitushoitoyksikkö tarjoaa vapaaehtoisuuteen perustuvaa vieroitus- ja kuntoutushoitoa täysi-ikäisille alkoholin ja lääkkeiden ongelmakäyttäjille. Yksikössä on yksitoista asiakaspaikkaa. Vieroitushoidon keskeisenä tavoitteena on asiakkaiden akuutin alkoholikierteen käytön katkaisu ja vieroitusoireiden hoito sekä jatkohoidon suunnittelu ja edellytysten luominen kuntoutumiselle. Vieroitushoitoyksikkö tarjoaa myös pidempiä, neljä viikkoa kestäviä kuntouttavia ja lääkevieroitushoitajaksoja. Yksilöllisten tavoitteiden lisäksi näiden hoitajaksojen keskeisiä tavoitteita ovat asiakkaiden fyysisen kunnon koheneminen, psyykkisen riippuvuuden hoito, keinojen löytyminen riippuvuuden hallintaan, arvojen ja asenteiden tutkiminen, perhe- ja tukiverkoston vahvistaminen, arjen taitojen ja omien asioiden hoidon harjoittelu sekä syrjäytymiskehityksen ehkäisy. Kuntouttavien ja lääkevieroitushoitajaksojen hoidon aikana huomiota kiinnitetään erityisesti asiakkaiden psyykkiseen riippuvuuteen, lähiverkoston, arjessa toimimiseen ja vastuunottokyvyn kasvamiseen. Kuntouttavilla hoitajaksilla asiakkaat työstävät verkosto- ja perhekarttaa, riskitilanneanalyysiä ja pitävät toipumispäiväkirjaa. Kuntouttavien hoitajaksojen aikana asiakkaat saavat

asteittain lisää vastuuta ja harjoittelevat itsenäistymistä suunnitelmallisten lomien ja verkoston avulla. (Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.)

Vieroitushoitoyhteisö tarjoaa vapaaehtoisuuteen perustuvaa vieroitus- ja kuntoutushoitoa täysi-ikäisille huumeidenkäyttäjille. Yhteisössä on kuusi asiakaspaikkaa. Yksilöllisten hoito- ja kuntoutusuunnitelmien tavoitteiden lisäksi hoidon keskeisiä tavoitteita ovat asiakkaiden vieroitusoireiden ja fyysisen kunnon koheneminen, psyykkisen riippuvuuden hoito, keinojen löytyminen riippuvuuden hallintaan, arvojen ja asenteiden tutkiminen, perhe- ja tukiverkoston vahvistaminen, arjen taitojen ja asioiden hoidon harjoittelu sekä syrjäytymiskehityksen ehkäisy. Asiakkaiden vieroitushoidon alussa huomio on hoitomotivaation ylläpitämisessä ja oireenmukaisessa hoidossa, jossa vieroittumisen tukena käytetään useimmiten lääkehoitoa. Lisäksi vieroittautumisen tukena käytetään keskustelu-, ryhmä- ja vertaistukea sekä täydentäviä hoitomuotoja. Asiakkaiden kuntouttavan hoidon aikana huomion painopiste siirtyy psyykkiseen riippuvuuteen, lähiverkostoon, arjessa toimimiseen ja vastuunottokyvyn kasvamiseen. Hoidon aikana asiakkaat työstävät verkosto- ja perhekarttaa, sukupuuta, elämänkaarta ja riskitilanneanalyysiä sekä pitävät toipumispäiväkirjaa. (Vieroitushoitoyhteisö Kouvola s.a.) On tärkeää kiinnittää huomiota myös jatkohoidon suunnitteluun sekä edellytysten luomiseen kuntoutumiselle (Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.). Asianmukainen vieroitus hoito luo pohjaa kuntouttavalle hoidolle, vahvistaa hoitoon sitoutumista ja lisää edellytyksiä pysyvälle muutokselle (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 166–167; Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola s.a.).

Kuntoutumishoitoyhteisössä on neljä asiakaspaikkaa, ja se tarjoaa täysi-ikäisille vapaaehtoisuuteen perustuvaa tilanteen ja voinnin monialaista arviointia ja kuntoutusta, jonka tavoitteena on asiakkaan osallisuuden ja voimavarojen lisääminen. Hoidon pituus vaihtelee yhdestä neljään kuukauteen ja hoidon alkaminen suunnitellaan ja sovitaan etukäteen. Yksilöllisessä kuntoutumissuunnitelmassa huomioidaan asiakkaan oma verkosto. Yhteisöhoidon elementtien lisäksi, hoidon keinot ja tavoitteet vaihtelevat asiakkaan ja hänen perheensä tarpeiden ja voimavarojen mukaan. Hoidossa otetaan huomioon mahdolliset vieroitusoireet ja niiden hoito, psyykkisen riippuvuuden hoito, fyysisen kunnon koheneminen sekä riippuvuuden hallintaan auttavien keinojen

löytyminen, kuten perhe- ja tukiverkoston vahvistaminen, arvojen ja asenteiden tutkiminen, arjen taitojen harjoittelu sekä syrjäytymisen ehkäisy. Kuntoutumishoitoyhteisön arkeen sisältyy ryhmähoitoa, yhteisiä askareita, yksilökusteluja sekä virkistystoimintaa. Yksikkö toimii yhteistyössä vieroitushoitoyhteisön kanssa. (Kuntoutumishoitoyhteisö Kouvola s.a.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan kanssa. Tutkimus lähti liikkeelle opinnäytetyömme tilaajan tämän vuoden kehittämistavoitteesta eli perhe- ja läheisyhteistyön kehittämisestä. Pidimme helmikuussa 2018 suunnittelupalaverin Kuntoutumiskeskus, Kouvolan palveluesimiehen kanssa, jolloin aiheen rajaus, tutkimusongelma ja -kysymykset selkiytyivät. Tutkimuksemme ideoinnin jälkeen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu vahvisti aiheemme helmikuussa 2018. Tämän jälkeen laadimme tutkimussuunnitelman, jonka esittelimme maaliskuussa 2018 opinnäytetyön suunnitteluseminaarissa lehtori Auli Jungnerille. Lehtori Auli Jungner hyväksyi tutkimussuunnitelmamme ja puolsi tutkimuslupamme anomista.

Opinnäytetyöllemme oli haettava erityinen lupa, sillä sen toteuttaminen edellytti päihdehuollon asiakkaiden mukanaoloa. Tutkimuslupaa hakiessamme otimme yhteyttä A-klinikkasäätiön keskustoimiston kehittämiskoordinaattoriin, joka avasi meille tunnukset tutkimustietokantaan.

Kirjallisuuteen perehtymisen aloitimme tutkimuslupahakemuksen laatimisen yhteydessä. Samalla aloitimme teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen, sillä työn tilaaja halusi tutkimuslupahakemuksen liitteeksi tutkimussuunnitelman, alustavan kyselylomakkeen hahmotelman sekä alustavat hahmotelmat saatekirjeistä A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan henkilöstölle ja asiakkaille. Teoreettinen viitekehys oli tutkimuslupaa hakiessa tärkeässä roolissa, sillä se ohjasi tutkimuskysymyksiämme sekä kyselylomakkeen suunnittelua ja toteutusta.

Laadimme tutkimuslupahakemuksen ja tarvittavat liitteet A-klinikka Oy:n tietokantaan. Lisäksi tarvitsimme A-klinikka Oy:n toimintayksikössä toteutettavaan

tutkimukseen toimitusjohtajan puollon. Tutkimuslupa edellytti myös vaitiolositoumuksen allekirjoittamista kahtena kappaleena (Tietopuu 2017). Tutkimuslupa myönnettiin toukokuun 2018 lopussa.

Tutkimusluvan saatuamme toukokuun lopussa viimeistelimme saatekirjeet (liite 1 & liite 2) sekä kyselylomakkeen (liite 3) ja avasimme kyselytutkimuksen 26.7.2018, johon vastausaikaa oli 37 päivää. Suljimme kyselytutkimuksen 31.8.2018 ja aloitimme tutkimustulosten käsittelyn ja analysoinnin heti tämän jälkeen.

6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme lähtökohtana oli A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan tämän vuoden kehittämistavoite eli perhe- ja läheisyhteistyön kehittäminen. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaiden tarpeita ja näkökulmia perhe- ja läheisyhteistyön kehittämiseksi.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaiden oma näkemys siitä, miten perhe- ja läheisyhteistyötä tulisi kehittää osana asiakkaiden laitoshoidtoa ja -kuntoutusta.

Tutkimme asiakkaiden sosiaalista verkostoa ja selvitimme, millaisia tarpeita kyseisen asiakkailla on perhe- ja läheisyhteistyön kehittämiseksi. Kartoitimme myös millaisia ajatuksia ja toiveita asiakkailta itseltään nousi perhe- ja läheisyhteistyön kehittämisen keinoiksi. Lisäksi koimme tärkeäksi selvittää perusteita mahdollisesta perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytymiselle.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen asiakkaiden sosiaalinen verkosto on?
2. Millaisia tarpeita asiakkailla on perhe- ja läheisyhteistyölle?
3. Millaisia ajatuksia/toiveita asiakkailla on keinoista kehittää perhe- ja läheisyhteistyötä?
4. Millaisia mahdollisia esteitä asiakkailla on perhe- ja läheisyhteistyön toteutumiselle?

6.2 Tutkimusmenetelmät, aineisto ja analyysi

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme laadullisen tutkimuksen, sillä laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tarkastella ihmisten merkitysten maailmaa ja tavoitteena saavuttaa ihmisten oma kuvaus koetusta todellisuudesta. Näin ollen laadullisen tutkimusmenetelmän avulla meidän oli mahdollista saada selville niitä asioita, joita Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaat pitivät itselle merkityksellisinä ja tärkeinä omaisyhteistyön kehittämisen näkökulmasta. (Vilkkä 2015, 43, 75.)

Tutkimusaineistonkeruumenetelmänä käytimme lomakehaastattelua, johon sisällytimme strukturoituja, puolistrukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Tilaajan toiveena oli saada tutkimukselle mahdollisimman suuri otanta ja kyselylomake mahdollisti koko Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaiden osallistumisen tutkimukseen. Lomakehaastattelua pidetään toimivana aineiston keräämisen tapana silloin, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja sen tavoitteena on rajautua esimerkiksi yhtä asiaa koskevien mielipiteiden, näkemysten, käsitysten tai kokemusten kuvaamiseen. (Vilkkä 2015, 78.)

Keräsimme tutkimusaineistomme kyselylomakkeen (liite 3) avulla, jonka laadimme Webropol-kyselylomake -ohjelman avulla. Ajankäytön kannalta sähköisen kyselylomakkeen käyttö oli hyvä ratkaisu, sillä strukturoidut kysymykset olivat suoraan käännettävissä sähköiseksi tiedostoksi käyttöömmme. Toivoimme myös, että sähköisen kyselyn ja saatekirjeiden avulla meidän olisi helppo lähestyä asiakkaita ja saada kokoon tilaajan toivoma mahdollisimman suuri otanta verraten esimerkiksi teemahaastatteluun.

Jaoimme sähköisen kyselylomakkeen jokaisen Kuntoutumiskeskus, Kouvolan yksikön sähköpostiin. Sähköpostin sisältönä oli henkilökunnalle osoitettu saatekirje (liite 2) ja www-linkki sähköiseen, salattuun lomakekyselyyn. Asiakkaille osoitetut saatekirjeet (liite 1) toimitimme paperimuodossa. Asiakkaiden saatekirjeiden lisäksi henkilökunta tiedotti asiakkaita kyselytutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Kyselyyn oli mahdollista vastata 26.7.2018–31.8.2018 välisenä ajankohtana.

Tutkimusaineiston analyysin suoritimme strukturoitujen kysymysten - tutkimuksen taustatietojen osalta Webropol-tutkimusaineiston analysointiohjelman raportointi -työkalujen avulla. Avoimien kysymysten osalta käsitelimme tutkimusaineiston aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimusaineistoa ei ollut tarpeenmukaista litteroida, sillä tutkimusaineisto oli lomakehaastattelun vuoksi valmiiksi tekstimuodossa. Tiivistimme ja selkiytimme tutkimusaineiston koodaamalla samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia sisältäviä käsitteitä - sanoja tai lauseita tekstinkäsittelyohjelmalla erivärisiä fontteja apunamme käyttäen. Ryhmittelimme koodatun tutkimusaineiston yhdistämällä samaa tarkoittavat käsitteet tekstinkäsittelyohjelman avulla omiksi luokitelluiksi kokonaisuuksiksi, jotka nimesimme sisältöjä kuvaavilla nimikkeillä. Jatkoimme luokiteltujen kokonaisuuksien yhdistelyä niin kauan kuin se oli aineiston näkökulmasta mahdollista. (KvaliMOTV s.a.; Raitanen 2016.)

Analysoimme saamaamme tutkimusaineistoa myös kvantitatiivisesti eli määrällisesti laskemalla tutkimusaineiston sisältöjä. Käytimme myös analysoinnissa Excel-taulukointia keskeisten seikkojen havainnoimisen sekä erojen kuvailemisen apuna, joista keskeisimmät on liitetty havainnollistamaan tutkimusta tai kuvaamaan tutkimusaineiston piirteitä. (KvaliMOTV s.a.; Raitanen 2016.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Teoreettisesta viitekehystä selviää, että Kuntoutumiskeskus, Kouvolan eriyksiköiden asiakaspaikkojen lukumäärät ja hoitajaksojen pituudet vaihtelevat. Niiden asiakkaiden oli mahdollista vastata kyselyyn, jotka olivat hoidossa Kuntoutumiskeskus, Kouvola tutkimuskyselyn ollessa avoinna eli 26.7.2018–31.8.2018 välisenä ajankohtana.

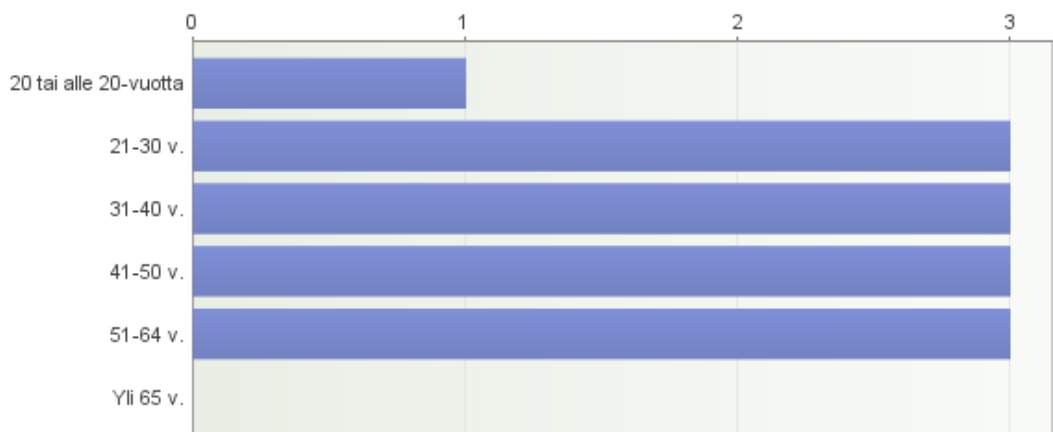
Ryhmittelimme tutkimustulokset taustatietojen ja tutkimuskysymystemme mukaisesti. Vastaajien taustatietojen jälkeen esittelemme tutkimustulokset vastaajien sosiaalisen verkoston – perhesuhteiden ja muiden tärkeiden ihmissuhteiden – osalta sekä vastaajien perhesuhteiden laadun ja niiden parantamista osalta. Seuraavaksi esittelemme tutkimustulokset vastaajien tarpeista perhe- ja läheisyhteistyölle sekä vastaajien kehittämisideat perhe- ja läheisyhteistyön

tarpeidensa toteuttamiseksi. Lopuksi esittelemme tutkimustulokset vastaajien perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytymisen osalta.

7.1 Vastaajien taustatiedot

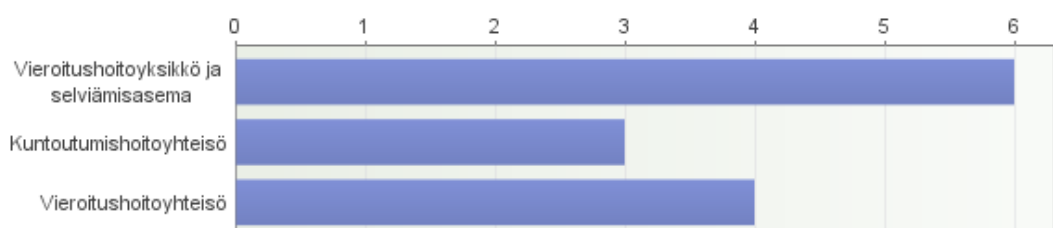
Tutkimuksen taustatiedoissa selvitimme vastaajien sukupuolta, ikää ja sitä, missä Kuntoutumiskeskus Kouvolan yksikössä vastaajat olivat hoidossa. Tutkimuskyselyyn vastasi kolmetoista A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakasta, joista yksitoista (85 %) oli miehiä ja kaksi (15 %) naisia. Yksi tutkimukseen osallistunut vastaaja oli iältään 20- tai alle 20-vuotias (8%). Kolme vastaajista oli 21–30-vuotiaita (23 %). Kolme vastaajista oli 31–40-vuotiaita (23 %). Kolme vastaajista oli 41–50-vuotiaita (23 %). Kolme vastaajista oli 51–64-vuotiaita (23 %). Yksikään vastaajista ei ollut yli 65-vuotias (0 %). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien ikä



Kokonaisvastaajamäärästä kuusi (46 %) vastaajaa oli Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman asiakkaita, kolme (23 %) Kuntoutumishoitoyhteisön asiakkaita ja neljä (31 %) Vieroitushoitoyhteisön asiakkaita (taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajia hoitava yksikkö



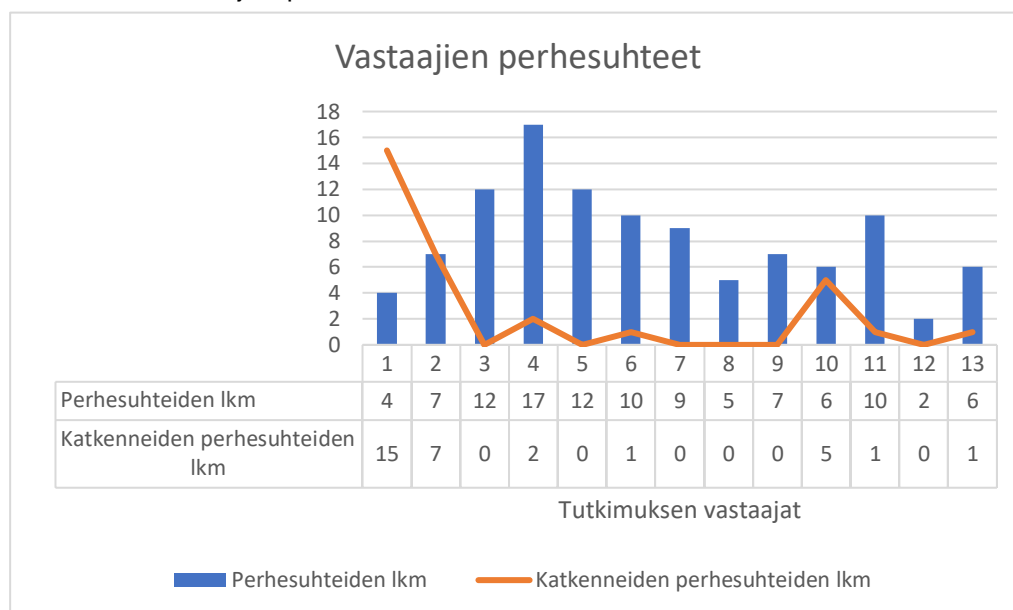
7.2 Sosiaalinen verkosto

Tutkimustulokset asiakkaiden sosiaalisesta verkostosta on luokiteltu vastaajien perhesuhteiden ja muiden tärkeiden ihmissuhteiden mukaisesti. Asiakkaiden perhesuhteita koskevat tutkimustulokset on esitelty vastaajien määrittämien perhesuhteiden rakenteellisina ominaisuuksina eli henkilöiden lukumääränä sekä olemassa olevien että katkenneiden perhesuhteiden osalta, joita tarkastelimme myös vastaajien sukupuolen, iän ja heitä hoitavan yksikön näkökulmasta.

7.2.1 Perhesuhteet

Tutkimustulokset osoittivat vastaajien perhesuhteiden vaihtelevan lukumäärällisesti kahdesta seitsemääntoista ihmiseen. Vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat nollassa viiteentoista ihmiseen. Vastaajien perhesuhteiden ja katkenneiden perhesuhteiden lukumäärällinen tarkastelu osoitti vastaajien perhesuhteiden osuuden olevan katkenneiden perhesuhteiden lukumäärällistä tasoa korkeammalla yhtä vastaajaa lukuun ottamatta. (Taulukko 3.)

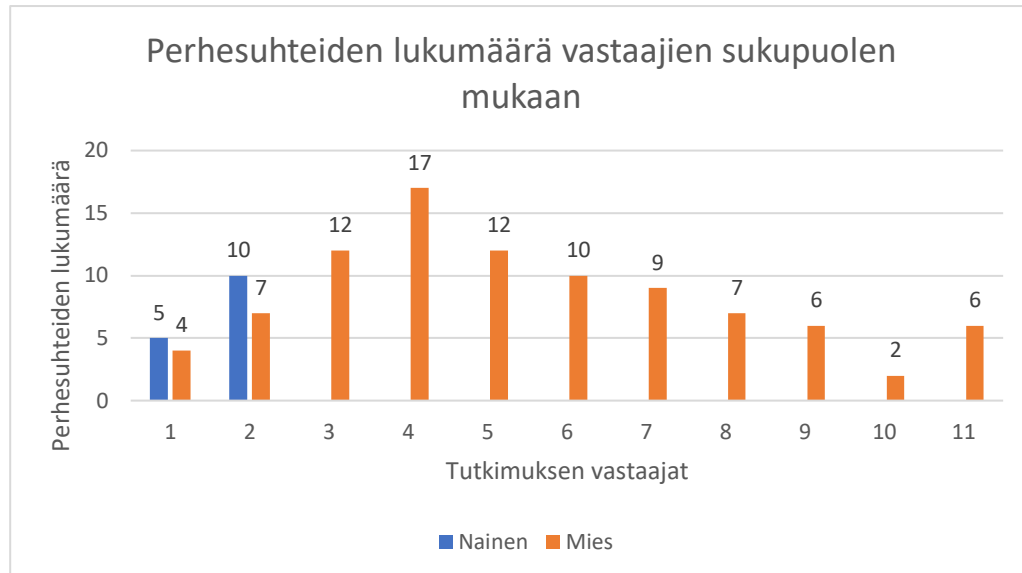
Taulukko 3. Vastaajien perhesuhteet



Tutkimustulosten mukaan vastaajien perhesuhteiden lukumäärälliset erot vaihtelivat yksilöllisesti sukupuolesta riippumatta, sillä sukupuolen mukaan tarkasteltuna ei ollut havaittavissa selkeää eroavaisuutta eri sukupuolten välillä.

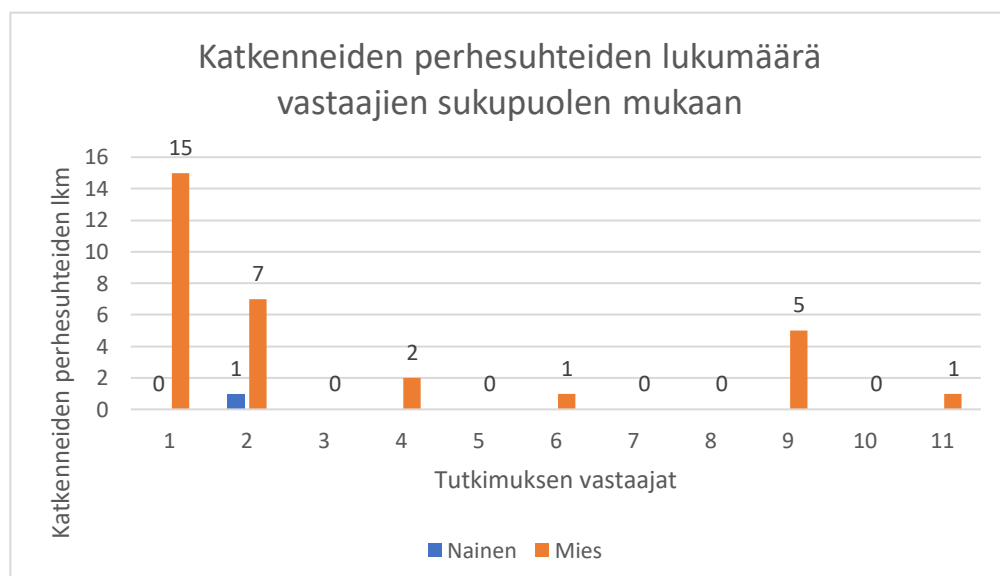
Kahden naispuolisen vastaajan perhesuhteiden lukumäärät koostuivat viidestä ja kymmenestä ihmisestä. Miespuolisten vastaajien perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat kahdesta ihmisestä seitsemäätoista ihmiseen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Perhesuhteiden lukumäärä vastaajien sukupuolen mukaan



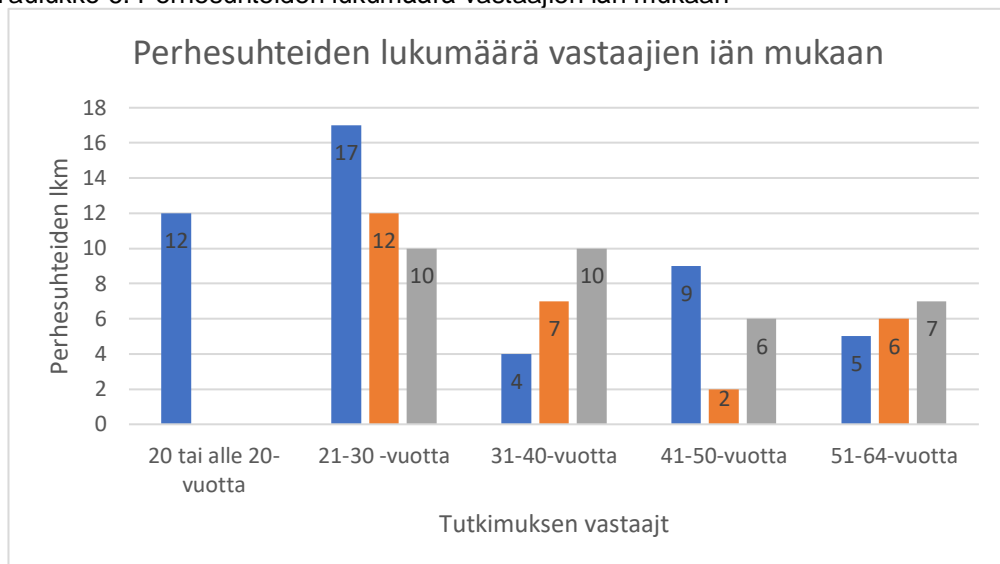
Tutkimustulosten mukaan naispuolisten vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärät olivat vähäiset. Toisella naispuolisella vastaajalla ei ollut lainkaan katkenneita perhesuhteita, ja toisella naispuolisella vastaajalla oli vain yksi katkennut perhesuhde. Suurimmalla osalla miesvastaajista katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli samalla tasolla kuin naisvastaajien. Neljällä tutkimukseen osallistuneella miesvastaajalla katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli kuitenkin keskimääräistä korkeampi. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vastaajien sukupuolen mukaan



Tutkimustulosten mukaan 20- tai alle 20-vuotiaan vastaajan perhesuhteet koostuivat kahdestatoista ihmisestä. Kolmen 21–30-vuotiaan tutkimukseen osallistuneen vastaajan perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat kymmenestä seitsemääntoista ihmiseen. 31–40-vuotiaiden kolmen tutkimukseen osallistuneen vastaajan perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat neljästä kymmeneen ihmiseen. Kolmen 41–50-vuotiaan vastaajan perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat kahdesta yhdeksään ihmiseen. 51–64-vuotiaiden kolmen vastaajan perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat viidestä seitsemään ihmiseen. Tutkimustulosten mukaan nuorten vastaajien perhesuhteiden lukumäärä oli korkeimmalla tasolla. Keskimääräisesti tarkasteltuna perhesuhteiden lukumäärällinen osuus laski vastaajien iän kasvaessa. (Taulukko 6.)

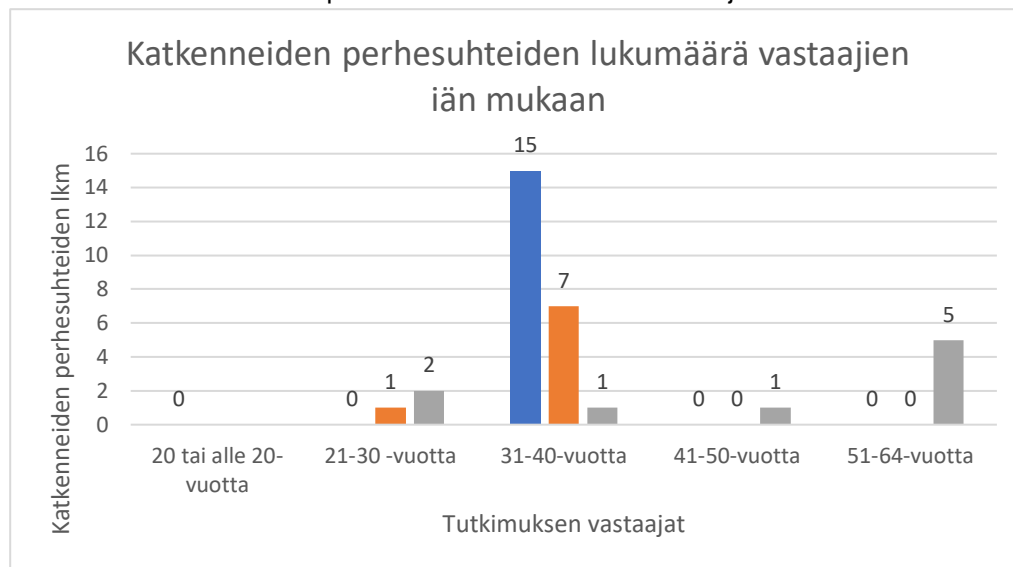
Taulukko 6. Perhesuhteiden lukumäärä vastaajien iän mukaan



Tutkimustulosten mukaan yhdellä 20- tai alle 20-vuotiaalla vastaajalla ei ollut yhtään katkenneita perhesuhteita. 21–30-vuotiaiden vastaajien ikäryhmässä yhdellä vastaajalla ei ollut yhtään katkennutta perhesuhdetta ja kahdella 21–30-vuotiaalla katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vaihteli yhdestä kahteen ihmiseen. Kolmella 31–40-vuotiaalla vastaajalla katkenneiden perhesuhteiden lukumäärät vaihtelivat yhdestä viiteentoista ihmiseen. Kahdella 41–50-vuotiaalla vastaajalla ei ollut yhtään katkennutta perhesuhdetta, ja yhdellä 41–50-vuotiaalla vastaajalla puolestaan oli yksi katkennut perhesuhde. 51–64-vuotiaiden vastaajien ikäryhmästä vain yhdellä vastaajalla oli katkenneita per-

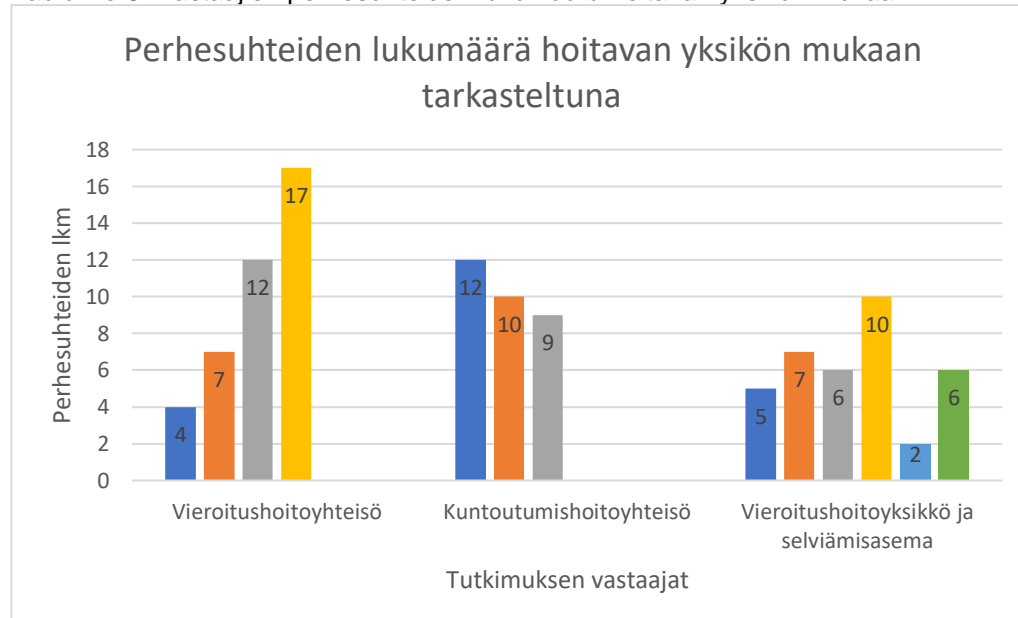
hesuhteita, joita oli lukumäärällisesti 5 ihmistä. Tutkimustulosten mukaan katkenneet perhesuhteet olivat lukumäärällisesti korkeimmalla tasolla 31–40-vuotiaiden vastaajien ikäluokassa. Muissa ikäluokissa katkenneet perhesuhteet olivat matalalla tasolla. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vastaajien iän mukaan



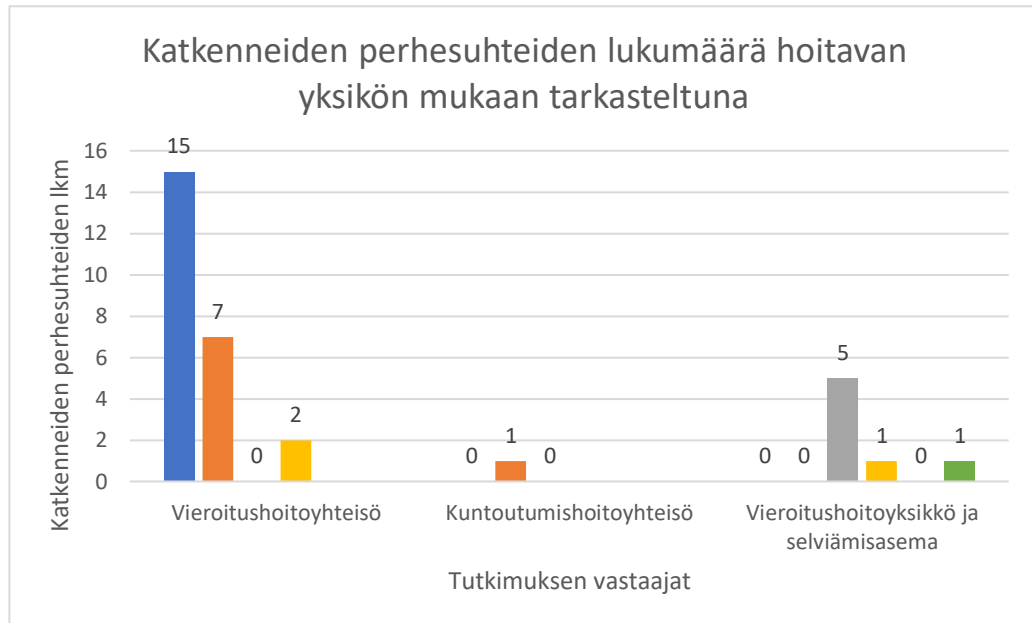
Tutkimustulosten mukaan Vieroitushoitoyhteisön neljän vastaajan perhesuhteiden lukumäärä vaihteli neljästä seitsemääntoista ihmiseen. Kuntoutumishoitoyhteisön kolmen vastaajan perhesuhteiden lukumäärä vaihteli yhdeksästä kahteentoista ihmiseen. Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman kuuden vastaajan perhesuhteiden lukumäärä vaihteli kahdesta kymmeneen ihmiseen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vastaajien perhesuhteiden lukumäärä hoitavan yksikön mukaan



Tutkimustulosten mukaan Vieroitushoitoyhteisön neljän vastaajan katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vaihteli nolasta viiteentoista ihmiseen. Kuntoutumishoitoyhteisön kolmen vastaajan katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vaihteli nolasta yhteen ihmiseen. Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasi-
 aseman kuuden vastaajan katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä vaihteli nolasta viiteen ihmiseen. Tutkimustulokset kertovat vastaajien katkenneiden perhesuhteiden olevan keskimääräisesti korkeimmalla tasolla Vieroitushoitoyhteisössä. Kuntoutumishoitoyhteisön vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli hyvin vähäinen, joko niitä ei ollut lainkaan tai vain yksi katkennut perhesuhde. Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasi-
 aseman vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli yhtä vastaajaa lukuun ottamatta matalalla tasolla. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä hoitavan yksikön mukaan tarkasteltuna

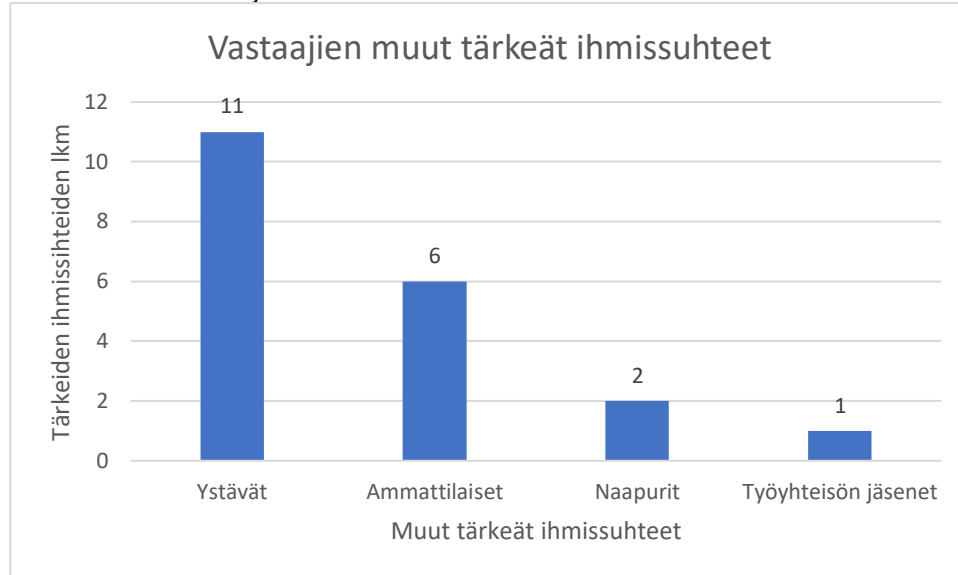


7.2.2 Muut tärkeät ihmissuhteet

Kaikki kolmetoista tutkimukseen osallistunutta vastaajaa määrittelivät muita tärkeitä ihmissuhteitaan, jotka kuuluivat heidän lähiverkostoonsa. Vastaajista yksitoista koki tärkeiksi ihmissuhteiksi ystävät, kuusi ammattilaiset, kaksi naapurit sekä yksi vastaaja työyhteisön jäsenet. Kaksi vastaajaa eivät nimenneet ystävien kuuluvan heidän tärkeiden ihmissuhteiden lähiverkostoonsa, toinen

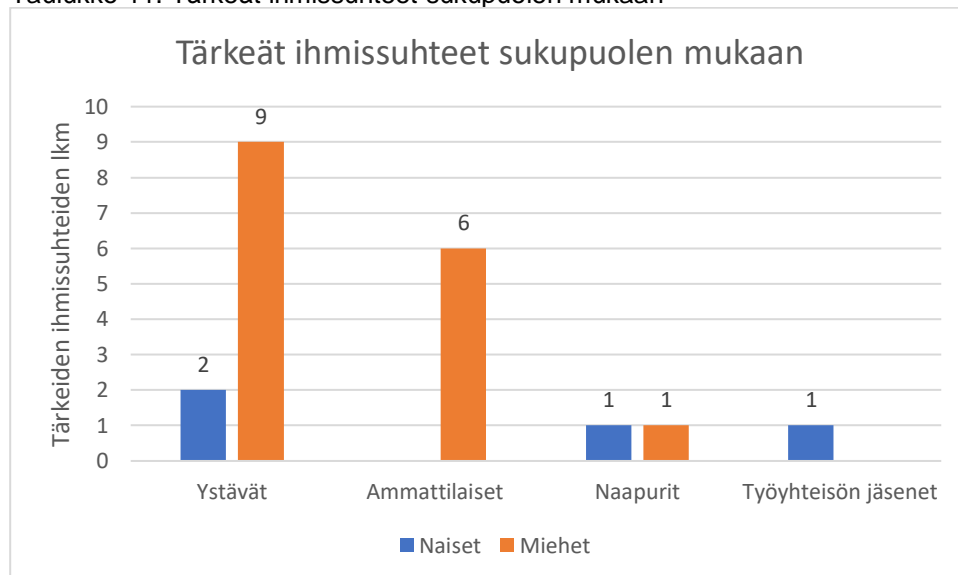
heistä nimesi tärkeäksi ihmissuhteeksi ammattilaiset ja toinen naapurit. (Taulukko 10.) Ammattilaisista vastaajat nimesivät A-klinikan- ja K-klinikan henkilökunnan, Kelan henkilökunnan, sosiaalityöntekijän sekä sosiaalihuollon työntekijät.

Taulukko 10. Vastaajien muut tärkeät ihmissuhteet



Tutkimustulosten mukaan naispuolisten vastaajien muut tärkeät ihmissuhteet perustuivat ystävyYTEEN vapaa-ajalla, harrastuksissa ja työelämässä. Miesvastaajat kokivat ystävien lisäksi tärkeiksi ihmissuhteiksi ammattilaiset ja naapurit. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tärkeät ihmissuhteet sukupuolen mukaan



7.2.3 Perhesuhteiden laatu ja niiden parantaminen

Tutkimuskysymyksen kannalta koimme tarpeelliseksi selvittää tutkimukseen osallistuneiden vastaajien perhesuhteiden laatua. Lisäksi kartoitimme vastaajien mahdollista tarvetta perhesuhteiden laadun parantamiselle sekä sitä, millaista tukea ja apua vastaajat kokivat tarvitsevansa perhesuhteiden laadun parantamiseksi osana laitoshoidojaksoaan.

Kahdeksan miesvastaajaa koki iästä ja hoitavasta yksiköstä riippumatta, että heidän määrittämässään perhesuhteissa oli sellaisia ihmissuhteita, joiden laatua he halusivat parantaa. Kumpikaan kahdesta tutkimukseen osallistuneesta naisvastaajasta ei kokenut tarpeelliseksi parantaa perhesuhteidensa laatua. Tutkimustulokset osoittivat, että perhesuhteiden laadun paranemista toivovien vastaajien perhesuhteet olivat heikkolaatuisempia kuin niiden vastaajien, jotka eivät kokeneet tarpeelliseksi parantaa perhesuhteidensa laatua hoitajaksonsa aikana.

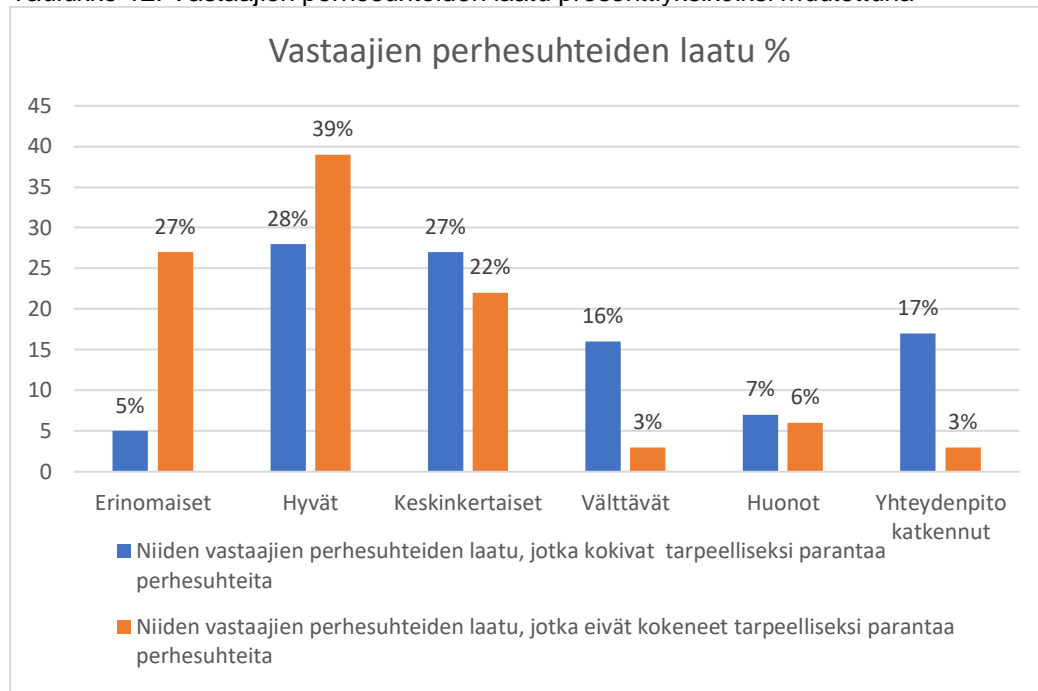
Perhesuhteidensa laadun paranemista toivovien vastaajien määrittelemien perhesuhteet jakautuivat laadullisesti seuraavalla tavalla:

- Erinomaisten perhesuhteiden osuus 5 %
- Hyvälaatuisten perhesuhteiden osuus 28 %
- Keskinkertaisten perhesuhteiden osuus 27 %
- Välttävien perhesuhteiden osuus 16 %
- Huonolaatuisten perhesuhteiden osuus 7 % ja
- Katkenneiden perhesuhteiden osuus 17 % (taulukko 12).

Vastaavat tulokset perhesuhteiden laadusta niillä vastaajilla, jotka eivät kokeneet perhesuhteiden laadun paranemista tarpeelliseksi olivat:

- erinomaisten perhesuhteiden osuus 27 %
- hyvien perhesuhteiden osuus 39 %
- keskinkertaisten perhesuhteiden osuus 22 %
- välttävien perhesuhteiden osuus 3 %
- huonojen perhesuhteiden osuus 6 % ja
- Katkenneiden perhesuhteiden osuus 3 % (taulukko 12).

Taulukko 12. Vastaajien perhesuhteiden laatu prosenttiyksiköiksi muutettuna



Kahdeksan tutkimuksen vastaajista määrittelivät, millaista tukea ja apua he kokivat tarvitsevansa perhesuhteidensa laadun parantamiseksi laitoshoitajaksensa aikana. Kaksi vastaajaa koki vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa tärkeäksi tukimuodoksi perhesuhteiden laadun parantamiseksi, ja kuvasivat sitä seuraavanlaisesti:

“Keskustelua ja kuuntelua.”

“Auttaa puhumalla eteenpäin.”

Vuorovaikutuksen lisäksi toinen vastaajista koki myös tarpeenmukaiseksi saada henkilökunnalta henkistä tukea perhesuhteiden laadun parantamiseksi, ja kuvasi sitä näin:

“Tsemppaa eteenpäin.”

Kaksi vastaajaa koki konkreettisen perheenjäsenten tapaamisen tärkeäksi perhesuhteiden laatua parantavaksi tekijäksi. Toinen vastaajista kuvasi toivetta perheenjäsenten tapaamisesta näin:

”Olisi toivottavaa, että saisi kokouduttua lähisukulaisten ja kummien ym. kanssa saman pöydän ääreen, ja kertoa koko totuus entisestä elämästä ja mihin omat tavoitteet on laitettu tulevaisuuden suhteen.”

Toinen vastaaja toivoi perheen- ja lähiverkostonsa tapaamisia perhesuhteidensa laadun parantamiseksi, mutta ilman henkilökunnan läsnäoloa.

”Tapaamiset, ja niissä oma rauha.”

Yksi vastaaja koki yhteydenpidon puhelimitse perhesuhteiden laatua parantavana tekijänä.

”Puhelut päivällä ja illalla.”

Yhden vastauksen tulkitsimme niin, ettei vastaajalla ollut tarvetta saada tukea tai apua henkilökunnalta, sillä hän toi esille itsenäistä yhteydenpitoa koskevan suunnitelmansa yhden perhesuhteen laadun parantamiseksi seuraavanlaisesti:

”Lähinnä minun tulisi pitää omatoimisesti yhteyttä isoäitiini. Tähän aijon kuitenkin keskittyä, nyt kun selvinpäin pystyn asiaa huomioimaan.”

Yksi vastaajista, joka koki määrittämissään perhesuhteissa olevan sellaisia ihmissuhteita, joiden laatua halusi parantaa, ei osannut kertoa, millaista tukea tai apua niiden parantamiseksi tarvitsisi. Yksi vastaajista koki, ettei hänellä ollut tuen tai avun tarvetta.

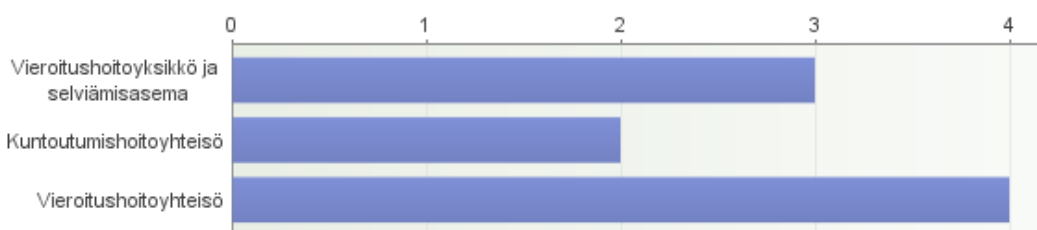
Yksi vastaaja oli mahdollisesti tulkinnut kyselylomakkeen kysymyksen väärin, sillä hän vastasi henkilökunnan sijasta tarvitsevansa enemmän tukea siskoiltaan.

7.3 Perhe- ja läheisyhteistyön tarpeet ja kehittämisisideat

Selvitimme tutkimuksessamme vastaajien tarvetta perhe- ja lähiverkoston osallisuudelle hoitajaksonsa aikana vastaajien tukemiseksi ja auttamiseksi. Lisäksi kartoitimme, keiden perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten osallisuuden vastaajat kokivat tarpeelliseksi sekä millaista tukea ja apua vastaajat kokivat tarvitsevansa perhe- ja lähiverkostoltaan hoitajaksonsa aikana. Selvitimme tutkimuksessamme, millaisia toiveita ja kehitysehdotuksia vastaajilla oli toivomansa tuen ja avun saamisen toteutumiseksi.

Yhdeksän (69 %) tutkimukseen osallistuneesta vastaajasta toivoi perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten olevan heidän tukena/apunaan hoitajaksonsa aikana sukupuolesta tai iästä riippumatta. Hoitavan yksikön mukaan tarkasteltuna tutkimustuloksissa oli eroavaisuutta. Vieroitushoitoyhteisön kaikki neljä vastaajaa toivoi perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten olevan heidän tukena ja apunaan hoitajaksonsa aikana. Puolestaan Kuntoutumiskeskuksen kolmesta vastaajasta kaksi (67 %) ja Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman kuudesta vastaajasta kolme (50 %) toivoi saavansa apua/tukea perhe- ja lähiverkostoltaan hoitajaksonsa aikana. (Taulukko 13.)

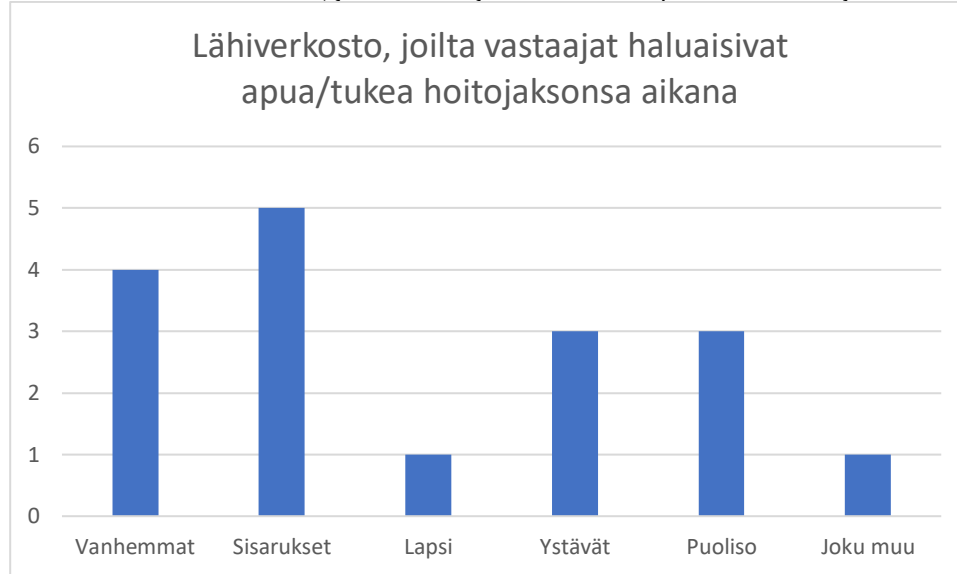
Taulukko 13. Vastaajien hoitoyksikkö, jotka toivoivat perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten olevan apuna/tukena hoitajaksonsa aikana



Vastaajat, jotka toivoivat perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten olevan heidän tukena/apunaan hoitajaksonsa aikana, toivoivat saavansa tukea/apua vanhemmilta, sisaruksilta, lapselta, ystäviltä ja puolisoilta. Yksi vastaajista halusi tukea/apua muiden lisäksi ex-anopiltaan. Tutkimusaineiston mukaan suurin osa, viisi yhdeksästä vastaajasta toivoi saavansa sisaruksiltaan tukea ja apua hoitajaksonsa aikana. Seuraavaksi eniten, neljä yhdeksästä vastaajasta toivoi saavansa tukea ja apua vanhemmiltaan hoitajaksonsa aikana. Puolisoilta ja ystäviltä toivottu hoitajakson aikainen tuki ja apu muodostivat yhtä suuret ryhmät, sillä molemmissa tapauksissa kolme yhdeksästä vastaajasta toivoi saa-

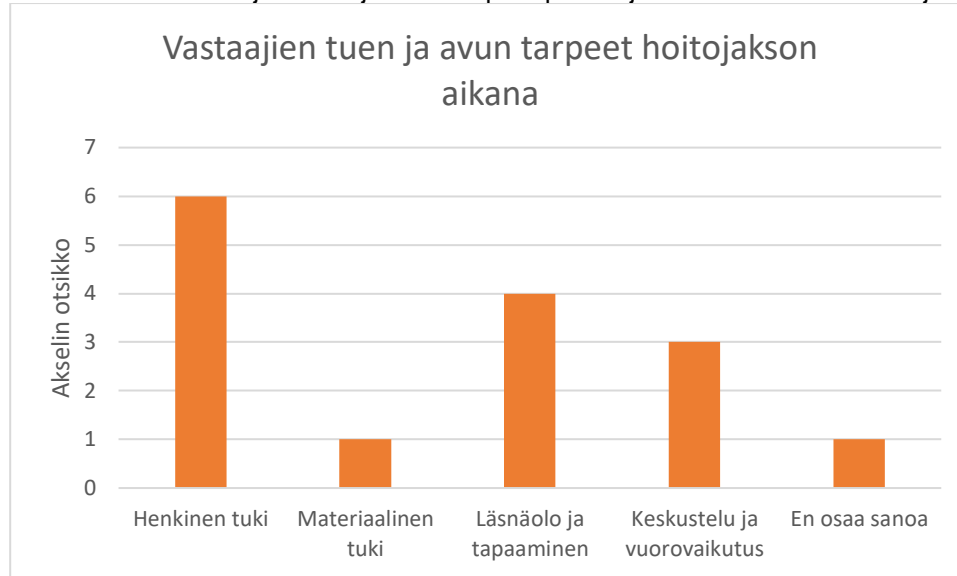
vansa heiltä tukea ja apua hoitajaksonsa aikana. Lapsilta sekä muilta perheen- ja lähiverkoston jäseniltä toivottu hoitajakson aikainen apu ja tuki jäi tutkimusaineiston mukaan vähäiseksi, sillä vain yksi vastaaja yhdeksästä toivoi apua ja tukea lapseltaan ja yksi vastaaja entiseltä anopiltaan. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Lähiverkosto, joilta vastaajat haluaisivat apua/tukea hoitajaksonsa aikana



Vastaajista kahdeksan määritteli, millaista apua ja tukea he toivoivat saavansa perheen- ja lähiverkostonsa jäseniltä hoitajakson aikana. Vastaajien määrittelemät tuen tarpeet eivät poikenneet vastaajien iän tai sukupuolen mukaan tarkasteltuna. Vastaajat kokivat tarvitsevänsä perheen- ja lähiverkostonsa jäseniltä hoitajakson aikana henkistä tukea, materiaalista tukea, läsnäoloa ja tapaamisia sekä keskustelua ja vuorovaikutusta. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, millaista apua/tukea toivoisi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Vastaajien tuen ja avun tarpeet perhe- ja lähiverkostoltaan hoitojakson aikana



Kahdeksasta vastaajasta kuusi koki tarvitsevänsä perhe- ja lähiverkostoltaan henkistä tukea. Kuudesta henkistä tukea määrittäneestä vastaajasta neljä toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan pelkästään kannustusta.

“Tsemppaa eteenpäin ja kertovan omin sanoin, että tää on mulle parasta tällä hetkellä.”

“Kannustusta ja tukea.”

“Kannustus.”

“Kannustusta.”

Kuudesta henkistä tukea määrittäneestä vastaajasta yksi toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan pelkästään ymmärrystä. Yksi kuudesta henkistä tukea määrittäneestä vastaajasta puolestaan toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan sekä kannustusta että ymmärrystä.

“Kannustusta ja ymmärtää, oli hyvä tai paha päivä. Semmoi voimia antavaa tukea.”

Seuraavaksi yleisimmän tutkimustuloksen muodosti läsnäolo ja tapaaminen, sillä kahdeksasta toiveita/tarpeitaan määrittäneestä vastaajasta neljä toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan läsnäoloa ja tapaamisia hoitajaksonsa aikana.

“Tulla moikkaamaan vierailuaikoina.”

”Olisivat enemmän tekemisissä kanssani.”

”Läsnäoloa.”

”Läsnäoloa.”

Kolmanneksi yleisimmäksi tutkimustulokseksi muodostui keskustelu ja vuorovaikutus, sillä yksi vastaaja kahdeksasta toivoi kuuntelemista, yksi vastaaja keskusteluja ja yksi sitä, että perhe- ja lähiverkoston jäsenet kysyisivät:

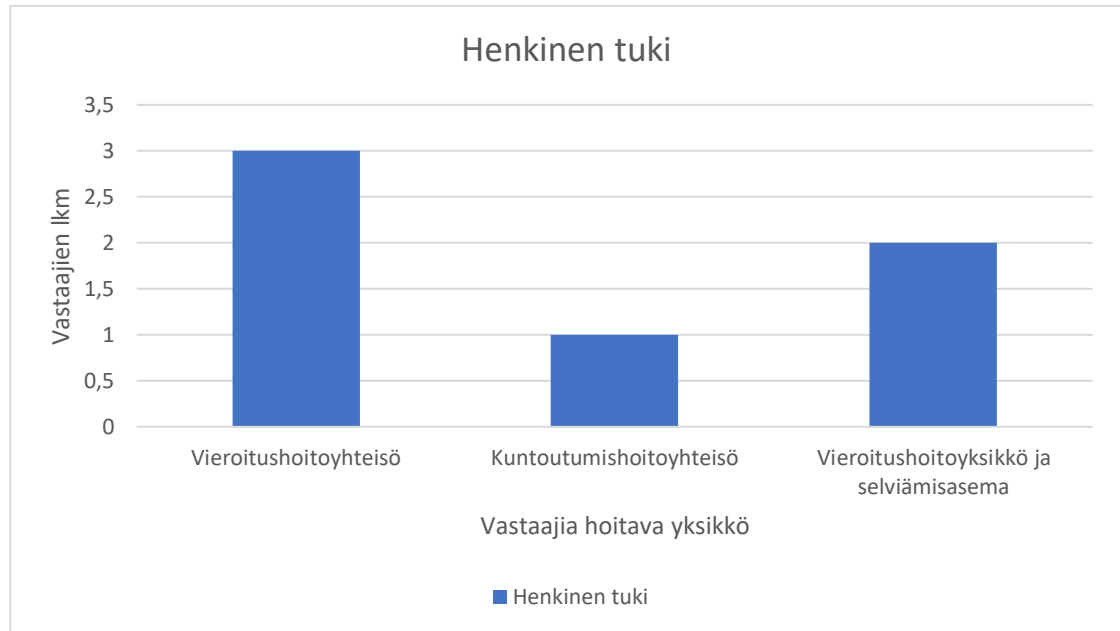
“sellai e kysyy, miten menee.”

Viimeisenä tutkimustuloksena esiin nousi materiaallinen tuki, sillä yksi kahdeksasta vastaajasta toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan materiaalista apua hoitajaksonsa aikana.

“Tuomalla jotain konkreettista esim. tupakkaa.”

Tutkimustulosten mukaan yksiköiden välisessä vertailussa vastaajien eri tuen tarpeet olivat samalla tasolla henkistä tukea lukuun ottamatta. Tutkimustulokset osoittavat yksiköiden välisen vertailun mukaan Vieroitushoitoyhteisön vastaajien osuuden olevan suurimmalla tasolla perhe- ja lähiverkostoltaan toivomansa henkisen tuen suhteen. (Taulukko 16.) Tarkastellessamme eri yksiköiden vastaajien välistä henkisen tuen tarvetta suhteessa koko yksikön vastajamäärään oli havaittavissa, että Vieroitushoitoyhteisön kokonaisvastajamäärästä 75 % toivoi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan henkistä tukea. Vastaava osuus oli 33 % sekä Kuntoutumishoitoyhteisön että vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman henkistä tukea perhe- ja lähiverkostoltaan toivoneiden vastaajien osalta.

Taulukko 16. Vastaajien henkisen tuen tarve hoitavan yksikön mukaan



Selvitimme tutkimuksessamme, millaisia toiveita ja kehitysehdotuksia vastaajilla oli toivomansa tuen ja avun saamisen toteutumiseksi osana heidän laitoshoitajaksoa.

Yhdeksän vastaajaa, jotka toivoivat perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten olevan heidän apunaan ja tukena hoitajaksonsa aikana, vastasivat tutkimuksen kyselylomakkeen kohtaan, jossa kartoitimme toiveita ja kehitysehdotuksia asiakkaiden perhe- ja lähisuhteista toivomansa tuen ja avun saamisen toteutumiseksi osana laitoshoitajaksoa. Osalla tutkimukseen osallistuneista vastaajista oli useampi kehitysehdotus.

Neljä tutkimuksen vastaajaa, jotka toivoivat perhe- ja lähiverkostoltaan läsnäoloa ja tapaamisia hoitajaksonsa aikana, esittivät seuraavanlaisia kehitysehdotuksia. Yksi vastaajista toivoi perhe- ja lähiverkoston läsnäolon ja tapaamisten toteutumista suuremmassa määrin.

”tulla moikkaamaan useampana päivänä mieluiten eri henkilöitä.”

Kolme vastaajista esitti puolestaan seuraavanlaisia kehitysehdotuksia tapaamisten sisältöjen suhteen:

”Pidemmässä hoidossa perhepäivä olisi hyvä, varsinkin jos on lapsia.”

”Yhdessä tekemistä”

”Keskustelua tilanteestani.”

Kolmesta vastaajasta kaksi, jotka toivoivat saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan tukea ja apua keskustelun ja vuorovaikutuksen muodossa, eivät osanneet määritellä kehitysehdotuksia toivomansa tuen suhteen. Yhden perhe- ja lähiverkostoltaan tukea ja apua toivoneen vastaajan kehitysehdotus toivomansa keskustelun ja vuorovaikutuksen toteuttamiseksi liittyi yhteydenpitoon.

”On aina valmiina vastaamaan puheluun.”

Yksi vastaus ei sisältänyt kehitysehdotuksia, vaan tulkitsimme sen olevan vastaajan ilmaus toiveesta, että perhe- ja lähiverkoston jäsenet muistaisivat häntä hoitajaksonsa aikana.

”Älkää unohtako tänne.”

Yksi vastaaja, joka ei osannut määritellä, millaista apua/tukea toivoisi saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan, ei myöskään määritellyt kehitysehdotuksia.

7.4 Perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytyminen

Neljä (31 %) kolmestatoista vastaajasta kieltäytyi perheen- ja lähiverkoston jäsenten avusta/tuesta hoitajaksonsa aikana. Kaikki kieltäytyneet vastaajat olivat miehiä, joista yksi oli 21–30-vuotias, kaksi oli 41–50 vuotiaita ja yksi vastaajista 51–64-vuotias.

Perheen- ja lähiverkoston tuesta ja avusta kieltäytyneistä vastaajista kolme oli Vieroitushoitoyksikkö ja Selviämisaseman asiakkaita ja yksi Kuntoutumishoitoyksikön asiakas. Vieroitushoitoyhteisön asiakkaista kukaan ei kieltäytynyt perheen- ja läheisverkoston tuesta/avusta. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Perheen- ja lähiverkoston avusta/tuesta kieltäytyneet hoitavan yksikön mukaan



Kaksi lähiverkoston avusta/tuesta kieltäytynyttä vastaajaa perusteli kieltäytymistään sillä, ettei halua huolestuttaa ja kuormittaa läheisiään eikä olla vaiaksi. Lisäksi toinen vastaaja koki perhe- ja lähiverkostonsa kyvyttömiksi ongelmanratkaisunsa ja auttamisensa suhteen.

”En halua enää taakoittaa läheisiäni ongelmillani, sillä he ovat parhaansa yritettyäänkin inhimillisen kyvyttömiä todella ratkaisemaan ongelmiani, tai auttamaan niiden ratkaisuisissa. Aijon hankkia ongelmiini ammattiapua, jossa ihminen, jolla ei ole varsinaista tunnesidettä minuun voi tarkastella ongelmiani ns ulkopuolisena ja täten antaa minulle objektiivisemmän näkökulman niihin ja niiden ratkaisemiseen. Näin olo-tilani paranee ongelmien ratketessa, joka vaikuttaa positiivisesti minuun ja täten myös ihmissuhteisiini.”

”turhaa huolta/murhetta heille”

Yksi perheen- ja lähiverkoston jäsenten avusta/tuesta kieltäytynyt ei halunnut kohdata läheisiä akuutin hoidon aikana.

”Vieroitus hoidon akuutti aika opiaattien ja bentsodiatsepiimien kohdalla on niin rankkaa elimistölle ja psyykkeelle, että, ei pysty kohtaamaan läheisiä vasta kun on ehjä kokonaisuus ja oireet ohi kaikesta.”

Yksi perheen- ja lähiverkoston jäsenten avusta/tuesta kieltäytynyt perusteli kieltäytymistään sillä, että perhe- ja lähiverkosto olisi tavoitettavissa sekä tarvittaessa tukena ja apuna.

”Lähipiiri tietää, että olen täällä ja on hengesssä mukana ja puhelimen päässä tarvittaessa, niinkun aina”

Vastaajilla jotka olivat kieltäytyneet perheen- ja lähiverkoston jäsenten avusta/tuesta hoitajaksonsa aikana, kokivat perhesuhteissaan olevan keskimäärin 4–5 hyvää suhdetta. Jokaisella vastaajalla oli perhesuhteissaan vähintään 2 hyvää tai erinomaista suhdetta. Muita tärkeitä ihmisiä, joita perheen- ja lähiverkoston jäsenten avusta/tuesta kieltäytyneet mainitsivat, olivat A-klinikan henkilökunta ja ystävät.

8 TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI

Tutkimukseen osallistui kolmesta vastaajaa, joiden ikäjakauma oli suhteellisen tasainen. Kyselyvastaajia oli kaikista muista tutkimuksessa käytetyistä ikäryhmistä lukuun ottamatta yli 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmää. Tutkimuksen vastaajat jakautuvat tasaisesti A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan eri laitoshoitoyksiköiden välille. Tarkastellessamme tutkimukseen osallistuneiden vastaajien sukupuolta kävi ilmi selkeä sukupuolijakauma. Miesvastaajia oli merkittävästi naisia enemmän, sillä vastaajista yksitoista (85 %) oli miehiä ja kaksi (15 %) naisia.

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli: Millainen on asiakkaiden sosiaalinen verkosto? Sosiaalisen verkoston selvittäminen oli tutkimuksen kannalta tärkeää, sillä Saarnion (1998) mukaan sosiaalisten verkostojen laadulla ja laajuudella on suuri merkitys päihderiippuvuudesta selviytymisessä. Hietaharjun ja Nuutilan (2016, 28) mukaan päihdeasiakkaan toipumisessa tulisi huomioida ja käyttää hyväksi asiakkaan oman sosiaalisen verkoston voimavaroja, jonka vuoksi selvitimme tutkimuksessamme vastaajien olemassa olevat ja katkenneet ihmissuhteet sekä muut vastaajien tärkeäksi kokemat ihmissuhteet heidän lähiverkostossaan.

Tutkimustulokset osoittivat vastaajien perhesuhteissa ja katkenneissa perhesuhteissa lukumäärällisiä eroja. Korkeimmillaan perhesuhteiden lukumäärällinen osuus ylsi seitsemäntoista ihmiseen ja katkenneiden perhesuhteiden osuus viiteentoista ihmiseen. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta tutkimustuloksista oli havaittavissa vastaajien perhesuhteiden osuuden olevan katkenneiden perhesuhteiden lukumäärällistä tasoa korkeammalla.

Tarkastellessamme vastaajien perhesuhteiden lukumäärää vastaajien sukupuolen mukaan tutkimustulostemme poikkesivat Hobbfolin (1986, 1988) teoriasta, jonka mukaan eri sukupuolta olevien ihmisten sosiaalisissa verkostoissa on selviä eroja. Hobbfolin (1986, 1988) mukaan naisten sosiaaliset verkostot ovat tyypillisesti miesten sosiaalisia verkostoja laajempia. (Vahtera & Uutela 1994.) Tutkimustulokset osoittivat, että osalla miesvastaajista oli naisvastaajia laajemmat perhesuhteet. Myös muiden tärkeiden ihmissuhteiden osalta miesten lähiverkosto oli laajempi kuin naisilla. Toki on hyvä huomioida, että tutkimustulokset naissukupuolen mukaan koostuivat vain kahdesta vastaajasta. Katkenneiden perhesuhteiden osalta tutkimustulokset osoittivat naispuolisten vastaajien katkenneiden perhesuhteiden olevan erittäin matalalla tasolla. Suurimmalla osalla miesvastaajistakin katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli matalalla tasolla. Neljällä tutkimukseen osallistuneella miesvastaajalla katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli kuitenkin keskimääräistä korkeampi, yltäen korkeimmillaan viiteentoista katkenneeseen perhesuhteeseen.

Perhesuhteiden lukumäärää vastaajien iän mukaan tarkasteluna tutkimustulokset osoittivat nuorten vastaajien perhesuhteiden olevan lukumäärällisesti korkeimmalla tasolla. Keskimääräisesti tarkasteltuna perhesuhteiden lukumäärällinen osuus laski vastaajien iän kasvaessa. Iän mukaan tarkasteltuna katkenneiden perhesuhteiden osuus oli lukumäärällisesti korkeimmalla tasolla 31–40-vuotiaiden vastaajien ikäluokassa, ja ylittivät myös keskimääräisesti tarkasteltuna samojen yksilöiden olemassa olevien perhesuhteiden lukumäärän. Muiden tutkimuksessa käytettyjen ikäryhmien katkenneiden perhesuhteiden osuus oli erittäin matalalla tasolla. Näin ollen voidaan todeta nuorten vastaajien perhesuhteiden olevan lukumäärällisesti korkeimmalla tasolla ja olettaa lähipiiristä löytyvän potentiaalisten tuen mahdollisuuksia, sillä Cohenin ja Symenin (1985) mukaan mahdollisuudet avun ja tuen saamiseen ovat tiheässä verkostossa harvaa verkostoa paremmat (Vahtera & Uutela 1994). Päätelimme, ettei nuorten vastaajien päihdeongelma ole vielä vaikuttanut vastaajien perhesuhteisiin niin merkittävästi kuin pidempään päihteitä käyttäneiden vastaajien.

Hoitavien yksiköiden mukaan perhesuhteita tarkastellessa tutkimustulokset osoittivat, että katkenneiden perhesuhteiden korkea lukumäärällinen osuus sijoittui pääasiassa Vieroitushoitoyhteisön vastaajiin. Kuntoutumishoitoyhteisön

vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli hyvin vähäinen, joko niitä ei ollut lainkaan tai vain yksi katkennut perhesuhde. Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman vastaajien katkenneiden perhesuhteiden lukumäärä oli myös yhtä vastaajaa lukuun ottamatta matalalla tasolla. Vieroitushoitoyhteisön vastaajien joukossa oli kuitenkin myös iältään nuoria vastaajia, joiden katkenneiden perhesuhteiden määrä oli vähäinen tai niitä ei ollut ollenkaan, mutta kuten jo totesimme, nuorten perhesuhteiden lukumäärä oli iän mukaan tarkasteltuna korkeimmillaan.

Tutkimustulokset osoittivat, että vastaajien suurimmat muiden tärkeiden ihmissuhteiden ryhmät muodostuivat vastaajien ystäväistä ja ammattilaisista. Ystävät koettiin tärkeiksi iästä, sukupuolesta tai hoitavasta yksiköstä riippumatta. Naisien tärkeät ihmissuhteet heidän lähiverkostossa perustuivat ystävyyteen vapaa-ajalla, harrastuksissa ja työelämässä. Miehet kokivat ystävien lisäksi tärkeiksi ihmissuhteiksi myös ammattilaiset kuten A-klinikan, K-klinikan ja Kelan henkilökunnan, sosiaalityöntekijän sekä sosiaalihuollon työntekijät. Merkittävää sukupuolen mukaan tarkasteltuna oli se, että ainoastaan miesvastaajat määrittelivät ammattilaisten kuuluvan muihin tärkeisiin ihmissuhteisiinsa. Tätä seikkaa tukee miestämme Hobfollin (1986, 1988) teoria, jonka mukaan naisilla on tyypillisesti miesten sosiaalisiin verkostoihin verrattuna useammin luottamuksellisia ystävyys-suhteita ja naiset ovat tyypillisesti valmiimpia puhumaan henkilökohtaisista asioistaan, minkä vuoksi heidän on todettu saavan enemmän ja laadultaan parempaa henkistä tukea omalta sosiaaliselta verkostoltaan. (Vahtera & Uutela 1994.)

Toinen tutkimuskysymyksemme oli: Millaisia tarpeita asiakkailta on perhe- ja läheisyhteistyölle? Selvitimme, oliko vastaajien määrittelemissä perhesuhteissa sellaisia suhteita, joiden laatua he halusivat parantaa ja millaista apua ja tukea vastaajat kokivat tarvitsevansa niiden perhesuhteiden laadun parantamiseen osana laitoshoidojaksoaan. Lisäksi kartoitimme, halusivatko vastaajat perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten apua ja tukea hoitajaksonsa aikana, keiden perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten apua ja tukea vastaajat halusivat ja millaista apua ja tukea vastaajat toivoivat heiltä saavansa.

Tutkimustulokset osoittivat selkeitä eroja perhesuhteiden laadussa niiden vastaajien välillä, jotka kokivat perhesuhteiden parantamisen tarpeelliseksi ja tarpeettomaksi. Perhesuhteiden laadun parantamisen tarpeelliseksi kokeneiden kahdeksan (62 %) vastaajan perhesuhteet olivat heikkolaatuisempia kuin niiden viiden (38 %) vastaajan, jotka kokivat perhesuhteiden laadun parantamisen tarpeettomaksi hoitajaksonsa aikana. Tutkimuksen naisvastaajat eivät kokeneet perhesuhteiden laadun parantamista tarpeelliseksi, sillä kaikki vastaajat olivat miehiä, joiden iät jakautuivat tasaisesti tutkimuksessa käytettyihin ikäryhmiin. Perhesuhteiden laadun paranemista toivoneiden miesvastaajien hoitosuhteet jakautuivat jokaisen Kuntoutumiskeskus Kouvolan yksikön kesken.

Tutkimustulokset osoittivat vastaajien tarvitsevan henkilökunnalta vuorovaikutuksellista ja henkistä tukea perhesuhteiden laadun paranemiseksi. Heikkilän ja Lindroosin (2009, 57, 63) mukaan työntekijän ja asiakkaan kahdenkeskisessä keskustelussa onkin perhekeskeisen työskentelyotteen avulla mahdollista vaikuttaa arjen vuorovaikutussuhteisiin ja perhesuhteiden laatuun. Tutkimustulosten mukaan vastaajat kokivat myös perhetapaamiset perhesuhteiden laatua parantavaksi tekijäksi. Perhetapaamisten suhteen vastaajilla oli tosin kahdenlaisia näkemyksiä - ilman henkilökunnan läsnäoloa ja henkilökunnan läsnä ollessa. Perhetapaaminen onkin yksi perhekeskeisen työskentelytavan muoto, jonka avulla voidaan tukea perheen hyvinvointia, vahvistaa perheen toimintakykyä, tukea perheen vuorovaikutustaitoja sekä auttaa perhettä tunnistamaan omat voimavaransa (Havio ym. 2013, 21; THL 2018b). Lisäksi hoitajakson aikainen yhteydenpito perheen- ja lähiverkoston jäseniin koettiin perhesuhteiden laatua parantavaksi tekijäksi. Yksi vastaaja ei osannut kertoa, millaista tukea tai apua tarvitsisi ja yhdellä vastaajalla ei ollut tuen tai avun tarvetta perhesuhteidensa laadun parantamiseksi.

Yhdeksän (69 %) vastaajista toivoivat perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten osallisuutta oman hoitonsa tueksi iästä tai sukupuolesta riippumatta. Hoitavien yksiköiden mukaan tarkasteltuna vastaajien halukkuudessa perhe- ja lähiverkoston osallisuudelle oli merkittävä ero, sillä Vieroitushoitoyhteisön kaikki vastaajat toivoivat perheen- ja lähiverkostonsa jäsenten osallisuutta. Vastaava osuus Kuntoutumishoitoyhteisön vastaajilla oli 67 % ja Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisaseman vastaajilla 50 %. Tutkimustulosten mukaan vastaajat toivoivat

pääasiassa vanhempien, sisarusten, lapsen, ystävien ja puolison osallisuutta omaan hoitoonsa saamalla heiltä tukea ja apua.

Kartoitimme, millaista tukea ja apua vastaajat toivoivat saavansa perhe- ja lähiverkostoltaan hoitajaksonsa aikana. Tutkimustulokset olivat yhdenmukaisia vastaajien iästä tai sukupuolesta riippumatta. Tutkimustulokset osoittivat, että henkisellä tuella oli keskeinen merkitys vastaajien perhe- ja lähiverkostoltaan toivomansa avun ja tuen suhteen. Merkittävää henkisen tuen tarpeen tutkimustuloksen osalta oli se, että erityisesti Vieroitushoitoyhteisön vastaajat kokivat sen tarpeelliseksi. Vieroitushoitoyhteisön vastaajien toivoma henkinen tuki oli keskimääräisesti tarkasteltuna muiden yksiköiden vastaajia korkeammalla tasolla. Tutkimustulosten mukaan vastaajat toivoi myös perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten tapaavan heitä hoitajaksonsa aikana ja olevan vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Tutkimustuloksissa nousi myös esille materiaallisen tuen tarve.

Kolmas tutkimuskysymyksemme oli: Millaisia ajatuksia/toiveita asiakkailla on keinoista kehittää perhe- ja läheisyhteistyötä? Kartoitimme vastaajien kehitysehdotuksia perheen- ja lähiverkostonsa jäseniltä toivomansa avun ja tuen saamisen toteutumiseksi. Saadut tutkimustulokset vastaajien kehitysehdotusten suhteen koskivat lähes yksinomaan perhe- ja lähiverkoston tapaamista - tapaamisten toteutumista käytännön tasolla sekä tapaamisten sisältöjä. Käytännön tasolla tutkimustulokset osoittivat, että perhe- ja lähiverkoston vierailujen toivottiin toteutuvan nykyistä enemmän. Tapaamisten sisältöjä koskien tutkimustuloksissa nousi kehitysehdotuksina perhepäivän järjestäminen, yhdessä tekeminen ja keskustelua vastaajan tilanteesta. Keskustelun ja vuorovaikutuksen muodossa apua ja tukea perhe- ja läheisverkostoltaan toivoneista vastaajista vain yksi määritteli kehitysehdotuksen, joka liittyi yhteydenpitoon. Yksi vastaus ei sisältänyt kehitysehdotuksia vaan liittyi vastaajan huolen ilmaisuun siitä, etteivät perheen- ja lähiverkoston jäsenet unohtaisivat häntä. Yksi tutkimuksen vastaaja ei määritellyt minkäänlaisia kehitysehdotuksia.

Neljäs tutkimuskysymyksemme oli: Millaisia mahdollisia esteitä asiakkailla on perhe- ja läheisyhteistyön toteutumiselle? Kolmestatoista tutkimuksen vastaajasta vain neljä kieltäytyi perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten osallisuudesta

omaan hoitoonsa. Kaikki kieltäytyneet vastaajat olivat eri-ikäisiä miehiä. Merkittävää tutkimustulosten kannalta oli se, että vertaillessamme vastaajia hoitavan yksikön mukaan, kukaan perhe- ja lähiverkostonsa jäsenten osallisuudesta kieltäytynyt ei ollut Vieroitushoitoyhteisön asiakas.

Yhtenä perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytymisen perusteena oli, ettei vastaaja halunnut kohdata läheisiään vieroitusoireiden aikana. Vieroitusoireiden luonne, ilmaantumisen ajankohta, voimakkuus ja kesto riippuu käytetystä päihteestä. Esimerkiksi opiaattien kohdalla vieroitusoireina ilmenee ärtyneisyyttä, masentuneisuutta, pahoinvointia, oksentelua, lihakipuja, kyynelnesteen vuotamista, nuhaa, silmäterien laajentumista, hikoilua, ihon "kananlihaa", ripulia, haukottelua, unettomuutta ja kuumetta. (Huttunen 2017.) Voimakkaista vieroitusoireista kärsiessään ei varmasti jaksa kohdata edes läheisiä ihmisiä, joiden näkeminen puolestaan taas saattaisi huolestuttaa läheisiä.

Tutkimustulosten mukaan vastaajien perheen- ja lähiverkoston osallisuudesta kieltäytymisen taustalla toisena vaikuttavana tekijänä oli kokemus, jonka mukaan vastaajat eivät halunneet huolestuttaa ja kuormittaa läheisiään. Karttusen ja Kauniston (2016, 20–23) tutkimuksen mukaan on tosiasia, että niin päihteenkäyttö kuin päihdehoito aiheuttaa läheisille paljon huolta, murhetta ja kuormittavaa stressiä. Karttusen ja Kauniston tutkimustuloksissa nousi myös esiin se seikka, että läheisten saattaa olla vaikea uskoa raitistumiseen, mikäli taustalla on useita epäonnistuneita hoitoja. Päihteenkäyttäjä kokee tyyppillisesti ahdistusta, syyllisyyttä ja häpeää myös omaistensa ja läheistensä vuoksi, sillä he ovat joutuneet kantamaan huolta ja kärsimään hänen vuokseen. Usein päihteenkäyttäjän mieltä painaa myös ajatus, että omaisilla ja läheisillä olisi helpompaa ilman häntä. (Saarelainen ym. 2001, 66.)

Tutkimustulokset osoittivat myös yhden vastaajan kokevan perhe- ja lähiverkostonsa kyvyttömiksi hänen auttamisensa suhteen. Mitchellin ja Moosin (1984) mukaan onkin tyyppillistä, että omaiset ja läheiset tuntevat itsensä keiottomiksi ja kyvyttömiksi auttamisen suhteen, minkä vuoksi he myös saattavat vältellä tilanteita, joissa he voivat joutua auttamaan (Vahtera & Uutela 1994). Tolsdorfin (1976) mukaan myös sosiaalisen tuen vastaanottajan uskonnukset, asenteet ja odotukset vaikuttavat siihen, missä määrin hän kokee

muiden ihmisten voivan auttaa häntä selviytymään ongelmistaan (Koski-Jännes ym. 2003, 9).

Tutkimustulokset osoittivat myös, että perhe- ja läheisyhteistyöstä kieltäytymisen yhtenä perusteena oli vastaajan subjektiivinen tuen kokemus saatavilla olevasta tuesta ilman, että hän olisi hyödyntänyt sitä. Vahteran ja Uutelan (1994) mukaan toisilla ihmisillä pelkkä tieto tukijoiden olemassaolosta ja saatavilla olevasta tuesta voi edistää ihmisen terveyttä ilman, että sitä hyödynnetään.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset osoittivat vastaajien toivovan hoitojaksonsa aikana perhe- ja lähiverkostoltaan tukea ja apua pääasiassa henkisen tuen ja tapaamisen muodossa. Vastaajien kehitysehdotuksissa perheen- ja lähiverkostonsa jäseniltä toivomansa avun ja tuen saamisen toteutumiseksi saadut tutkimustulokset koskivat lähes yksinomaan perhe- ja lähiverkoston tapaamista, sillä kukaan vastaajista ei osannut määrittää kehitysehdotuksia perhe- ja lähiverkostoltaan toivomansa henkisen tuen saamisen toteutumiseksi. Tämän vuoksi henkisen tuen tarvetta koskevien kehitysehdotuksien tarkempi selvittely voisi mielestämme olla hyvä jatkotutkimusaihe. Kehitysehdotuksina tapaamisten suhteen oli määritetty perhepäivän järjestäminen ja yhdessä tekeminen. Tästä lähtökohdasta käsin tutkimusta voisi jatkaa selvittämällä asiakaslähtöisesti tarkempaa sisältöä perhe- ja lähiverkoston tapaamisten suhteen.

Asiakaslähtöisistä tarpeista lähtöisin nousseet asiakkaiden perhe- ja läheisyhteistyön kehittämisehdotukset koskivat lähes yksinomaan perhe- ja lähiverkoston tapaamista, jota asiakkaat olivat täsmentäneet perhepäivän järjestämisellä, yhdessä tekemisellä ja keskustelulla vastaajan tilanteesta. Rajaamme toimenpide-ehdotuksissamme keskustelun vastaajan tilanteesta pois, sillä miellämme perhekeskeisen työskentelyotteen toteutuvan niin yksilötyössä kuin perhetapaamisissakin, mikäli asiakkaat ja hänelle tärkeät ihmiset kokevat perhetyön tarpeenmukaiseksi.

Toimenpide-ehdotuksemme koskee toiminnallisen perheillan järjestämistä A-klinikka Oy, Kuntoutumiskeskus, Kouvossa, sillä toiminnallisten menetelmien

on osoitettu olevan vaikutukseltaan kuntouttavia. Sen lisäksi, että mielekäs tekeminen tuottaa iloa ja onnistumisen kokemuksia, on toiminnallisten menetelmien avulla vuorovaikutuksen ja sosiaalistaitojen kehittyminen sekä asioiden käsittely ja pahan olon purkaminen mahdollista. (Jussila 2017.) Toiminnallisten menetelmien tavoitteena on perhetilanteen muutosprosessin käynnistäminen perheen toivomalle muutokselle. Elämyksellisessä työskentelyssä syntyy oivallus tekemisestä ja kokemuksesta, jolloin perheelle avataan ja annetaan mahdollisuus elämäntilanteen muutokselle. Toiminnallisten menetelmien avulla voidaan saada asioihin uusia näkökulmia ja käsitellä myös asioita, joista on vaikea puhua. Toiminnalliset menetelmät sopivat erityisen hyvin työskentelyyn perheiden kanssa, silloin kun käsitellään arkoja ja haastavia tilanteita tai tapahtumia. Toiminnallisilla menetelmillä voidaan myös rohkaista perheenjäseniä aktiivisuuteen ja aloitteellisuuteen, joita lisäämällä saadaan vahvistettua heidän olemassa olevia voimavarojaan. (Karvinen & Pietilä 2014, 17.)

Tarja Kuusrainen (2002) nosti esille pro gradu -tutkielmassa Toiminnallisuus lastensuojelun perhetyössä – Puuhastelua vai tavoitteellista toimintaa, että toiminnallisilla menetelmillä on useita merkityksiä. Yhdessä toimiminen ja tekeminen motivoivat ja aktivoivat perhettä ja vahvistavat sen vuorovaikutusta. Toiminnallisuudella haetaan ennen kaikkea myönteisiä kokemuksia, ja toiminnassa syntyvä vuorovaikutus ja positiivinen ilmapiiri auttavat muutosprosessin etenemisessä. Toiminnasta saadut kokemukset ja elämykset voivat olla niin merkittäviä, että ne säilyvät osallistujien mielessä pitkään. (Karvinen & Pietilä 2014, 19.)

Emme kokeneet tarpeenmukaiseksi määritellä toiminnallisen perheillan sisältöä tarkasti, sillä mielestämme myös tässä on tärkeää asiakkaiden näkökulman mukaan tuominen kehittämisajatteluun. Asiakkaat voisivat miettiä yhdessä henkilökunnan kanssa jollakin yhteisöhoiton foorumilla ideoita toiminnallisen perheillan sisältöön. Tällöin suurempi joukko asiakkaita saataisi samaan aikaan osallistumaan ja tuomaan äänensä kuuluviin, jolloin myös asiakkaiden ja henkilökunnan erilaista tietämystä pystyttäisi yhdistämään. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 36.) Myös kokemus-

asiantuntijuutta voisi hyödyntää innovoimassa, mikä on käytännöllisin toteuttamistapa tai luomassa palvelulle vaihtoehtoja ennen palvelun kehittämistä pidemmälle.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Luotettavuuden arvioiminen on tärkeä osa tutkimusta. Tutkimuksessa virheiden syntymistä pyritään välttämään, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus voivat vaihdella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta, validiteetilla sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on tarkoitus tutkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijoiden huolellisesti laadittu selostus tutkimuksen toteutumisesta sen kaikissa vaiheissa, mitä tutkimuksessa on tehty ja miten on päädytty saatuihin tuloksiin. Aineiston keräämisen olosuhteet tulee kertoa totuuden mukaisesti ja selvästi. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Reliabiliteettia työssämme lisää se, että tutkijoita on kaksi ja tulosten arvioinnissa molemmat ovat päätyneet samanlaiseen tulokseen.

Tutkimuksen arviointiin käytetään myös käsitettä validius, joka mittaa työn pätevyyttä. Tutkimusmenetelmän tai mittarin tulee mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Kerätyn aineiston tuloksia arvioitaessa on huomioitava, että vastaajat ovat voineet ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset toisin kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija tarkastelee tutkimuksen tuloksia oman ennakkokäsityksen ja alkuperäisen ajattelumallina mukaisesti, ei tutkimuksen tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Validiutta työssämme lisäsi se, että molemmat analysoivat tuloksia.

Kyselylomakkeen laadinnassa kiinnitimme erityistä huomiota kyselylomakkeen kysymysten määrään, pituuteen sekä selkeyteen. Laadimme kysymykset niin, ettei niihin sisältynyt kaksoismerkityksiä, vierasperäisiä sanoja eikä ammatti-kielen termejä, sillä tutkijan käyttämä kieli voi olla tutkittavalle vierasta ja ylimääräiset täytesanat voivat olla merkitykseltään erilaisia eri ihmisille (Kvanti-MOTV 2008).

Luotettavuutta työhömmе tuovat selkeästi määritelty asiakasryhmä ja heidän kokemukset omassa toimintaympäristössään. Työssä on käytetty tieteellisiä tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä sekä huolehdittu että dokumentointi on tarkkaa ja laadukasta. Työtä tehdessä huomioimme ja pyrimme estämään omien mielipiteiden ja ennakoasenteiden vaikuttaminen tutkimustulokseen. Koko prosessin aikana noudatimme salassapitovelvollisuutta. Luotettavuutta lisää myös Webropolin raportointityökalu, jonka avulla tarkastellessamme tutkimusaineistoa määrällisesti.

Eettisyys hyvässä tutkimuksessa edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Eettisyys koskee myös tutkimuksen luotettavuutta ja laatua, sillä tutkimusta tulee ohjata eettinen sitoutuneisuus. Tutkimuksen tekoon sisältyy useita eettisiä kysymyksiä, joita tutkijan on otettava huomioon. Yleisesti hyväksytyjen periaatteiden tunteminen ja mukaan tuominen on tutkijan vastuulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Tutkimuksen ollessa tiedonhankintaa, jossa tietoa kerätään todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa ja tutkittavien näkökulmat ja mielipiteet tuodaan esille, korostuvat tutkimuseettiset kysymykset (Tuomi & Sarajärvi 2018, 147).

Aineiston hankinnassa tulee huomioida eettisyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen vai ei. Tutkimukseen osallistuville tulee tuoda selkeästi ilmi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja miten tutkimustuloksia käytetään. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Tutkimukseen osallistuvien huolellinen informointi luo pohjan lainmukaiseen ja eettiseen tutkimukseen. Tutkijoina meillä oli eettinen velvollisuus informoida tutkittavia asianmukaisesti sekä kunnioittaen heidän oikeuksia, sillä vain riittävän informaation perusteella tutkimukseen osallistuva voi antaa tosiasioihin perustuvan suostumuksensa. (Tietoarkisto 2018.) Etenkin tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmisiin, on hyvän tutkimuskäytännön noudattaminen erityisen tärkeää (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Toimitimme tutkimuksen saatekirjeen asiakkaille paperiversiona etukäteen ja kerroimme mahdollisuudesta osallistua kyselyyn. Informoimme tutkimukseen osallistuvia asiakkaita siitä, miten kyselyn tuloksia pyritään hyödyntämään.

Asiakkaan ilmoittaessa halunsa osallistua tutkimukseen, A-klinikka, Kuntoutuskeskus, Kouvola:n henkilökunta avasi www-linkin kyselyyn, johon asiakas niin halutessaan vastasi. Osallistujille tuotiin selkeästi ilmi, että tutkimuksesta on oikeus kieltäytyä ja sen voi keskeyttää ilman perusteluita, ilman että se vaikuttaa asiakkaan oikeuteen saada hänen tarvitsemiaan hoitoja tai muita palveluja. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja Webropol-ohjelman käytöllä pystyimme varmistamaan, että vastaajat pysyivät anonyymeinä koko tutkimuksen ajan.

Analysointivaiheessa useaan kertaan aineiston luku paransi tutkimuksen luotettavuutta. Parityöskentely paransi tutkimuksen luotettavuutta koodaus ja ryhmittelyvaiheessa etsiessämme tutkimusaineistosta samankaltaisia asioita (synonyymien, varsinkin kiertoilmaisujen osalta).

11 POHDINTA

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimustapa osoittautui oikeaksi valinnaksi, sillä tavoitteenamme oli selvittää Kuntoutumiskeskus, Kouvolan asiakkaiden omia tarpeita ja näkemyksiä perhe- ja läheisyhteistyön kehittämiseksi. Laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollisti asiakkaiden omien ajatuksien, toiveiden ja kokemusten esille tuomisen heidän omassa toimintaympäristössään.

Helmikuussa 2018 pidetyssä suunnittelupalaverissa Kuntoutumiskeskus, Kouvolan palveluesimiehen kanssa selkiytyi aihealueen rajaus ja tutkimusongelma. Aihealueen rajautuessa ja täsmentyessä tutkimuskysymysten muodostaminen oli sujuvaa ja helppoa, sillä meille muodostui heti selkeä näkemys tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Vaikka tutkimuskysymykset antoivat työllemme selkeän suunnan, oli teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen ennen tutkimusaineiston keruuta tärkeää, sillä se auttoi ja ohjasi kyselylomakkeen laatimista sisällöllisesti.

Teoreettisen viitekehyksen aineiston etsintä ja rajaaminen oli vaivatonta, sillä näkemyksemme oli tutkimuskysymyksistämme johdettuna selkeä. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen sujui ripeästi sekä mielenkiintoisen aiheen että opintojen aikaisen kirjallisessa ilmaisussa harjaantumisen vuoksi, sillä olemme kirjoittaneet sosionomikoulutuksessamme runsaasti laajoja esseitä.

Kyselylomakkeen sisällöllä ja kysymysten muotoilulla oli erittäin tärkeä merkitys, sillä siitä riippui, vastaisiko tutkimusaineisto tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomakkeen sisällön hahmottaminen oli luontevaa, mutta kysymysten muotoilu oli kohdallamme haastavin ja aikaa vievin tutkimuksen osuus, sillä kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkijoina. Kysymysten laadinnassa ja muotoilussa pyrimme kiinnittämään huomiota kysymysten selkeyteen ja ymmärrettävyyteen välttämällä mm. ammattisanastoa. Tavoitteenamme oli, että kysymykset ovat yksiselitteisiä, sillä halusimme minimoida mahdollisuuden ymmärtää kysymykset toisin kuin olimme tutkijoina tarkoittaneet. Onnistuimme kyselylomakkeen laatimisessa suhteellisen hyvin. Havaitimme kuitenkin tutkimuksen analysointivaiheessa kahden vastaajan ymmärtäneen yhden kysymyksen toisin, kuin olimme sen tarkoittaneet. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut tutkimustulokseen, sillä tutkimusaineistosta oli havaittavissa aineiston kylläntymistä eli saturaatiota, jolloin aineisto toisti melko pitkälle itseään. Lähtökohtaisesti oletimme saavamme tutkimukseen suuremman otannan, mutta tutkimusaineiston toistaessa itseään se osoittaa tutkimusaineiston olleen riittävän. Mikäli tulevaisuudessa tulemme vielä tekemään vastaavanlaista tutkimusta, tulisi meidän kuitenkin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota kysymysten muotoiluun vastaavan asian minimoimiseksi.

Koimme lomakehaastattelun onnistuneeksi ratkaisuksi, sillä se mahdollisti kaikkien halukkaiden osallistumisen tutkimukseen. Lisäksi se mahdollisti kyselyyn vastaamisen juuri silloin kun ajankohta oli tutkimukseen osallistuvalla itselleen paras ja mieluisin. Lähtökohtaisesti oletimme saavamme tutkimukseen suuremman otannan, mutta kuten aiemmin jo mainitsimme, tutkimusaineisto alkoi osoittamaan kylläntymisen merkkejä, sillä samat asiat alkoivat toistua kyselylomakkeiden vastauksissa. Pohdimme kuitenkin, että teemahaastattelulla olisi todennäköisesti päästy syvemmälle aiheeseen kuin nyt saaduilla tutkimustuloksilla. Opinnäytetyön toimeksiantajan toiveena oli kuitenkin saada mahdollisimman suuri otanta, jolloin lomakehaastattelu oli perusteltua.

Lomakehaastattelu sähköisessä muodossa osoittautui hyväksi ratkaisuksi parityöskentelymme kannalta, sillä tutkimusaineisto oli valmiiksi sähköisessä muodossa Webropol-ohjelmassa tutkimusaineiston analysointia varten. Verk-

kotyöskentely oli myös ratkaisu opinnäytetyön ajankäyttöön liittyviin haasteisiin perhe- ja työelämän yhteensovittamisen vuoksi sekä asuessamme maantieteellisesti kaukana toisistamme. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun OneDrive-verkkotallennustila mahdollisti työskentelyn sekä itsenäisesti että yhdessä ja myös toisen työskentelyn reaaliaikaiseen seuraamiseen ja tarvittaessa kommentoimisen.

Mielekkäin osuus koko tutkimuksessa molempien mielestä oli tutkimusaineiston analysointi, joka yllätti meidät molemmat positiivisesti. Ennakoasenteemme oli jokseenkin kielteinen tämän vaiheen suorittamiseen. Tutkimusaineiston analysointi oli ajoittain haastavaa, mutta samalla myös hyvin innostavaa ja palkitsevaa. Haastavaksi sen teki ajoittainen tutkimusaineistolle sokeutuminen materiaalin toistuvan lukemisen vuoksi. Sokeutumiseen auttoi selkeästi parityöskentely ja muutaman päivän etäisyyden ottaminen työskentelystä. Näiden keinojen avulla pystyimme tunnistamaan ja välttämään epäloogisuudet sekä kohdat, jotka sokeutumisen vuoksi olisivat voineet jäädä huomaamatta.

Mikäli tutkimuksen vastausaika olisi ollut pidempi, olisimme todennäköisesti saaneet tutkimukseen suuremman otannan, sillä kyselytutkimus itsessään antaa hyvän mahdollisuuden tavoittaa suuria määriä ihmisiä. Olimme kuitenkin tyytyväisiä vastaajien määrään, sillä tutkimusaineisto oli riittävä tutkimustulosten kannalta.

Henkilökunnan informointi tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta oli erityisen tärkeää, sillä he tiedottivat tutkimuksesta asiakkaille ja muistuttivat mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Henkilökunnalla oli merkittävä rooli myös asiakkaiden motivoimisessa osallistua tutkimukseen perhe- ja läheisyhteistyön kehittämiseksi. Jatko toimenpide-ehdotuksena esitämmekin henkilökunnan mukaan ottamista tutkimuksesta nousseiden kehittämis ehdotusten tarkemman toteutuksen suunnitteluun, sillä henkilökunnan kokemukset ja näkemykset laajentavat näkökulmia ja antavat tutkimukseen lisää sisältöä.

Aloittaessamme opinnäytetyötä olimme varanneet työn tekemiseen riittävästi aikaa. Kuitenkin loppumetreillä aikataulu tuntui tiukalta, sillä työn edetessä tieto ja ymmärrys opinnäytetyömme aiheesta lisääntyivät, oma vaatimusta-

somme nousi ja aloimme tarkastella jo kirjoitettua teoreettista viitekehystä kriittisesti. Etsimme lisää teoriatietaoa, vertailimme sitä omiin tutkimustuloksiimme ja näin saimme koottua mielestämme kattavan teoreettisen viitekehysten, johon olimme molemmat tyytyväisiä.

Opinnäytetyön tekeminen oli meille mielekästä, sillä molempia kiinnosti opinnäytetyön aihe päihdetyön sektorilla. Molemmilla oli myös tavoitteena syventää tietämystä ja osaamista päihdetyön osalta, joten opinnäytetyö antoi meille siihen erinomaisen mahdollisuuden. Opinnäytetyön toteuttamisen myötä olemme saaneet tilaisuuden tutustua ja osallistua päihdetyön kehittämiseen. Uskomme, että jatkossa meidän on helpompi tarttua kehittämistyön haasteisiin ja näin vaikuttaa omalta osaltamme työvälineiden ja työtapojen kehittämiseen.

LÄHTEET

A-klinikka Oy. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/a-klinikka-oy/tietoa-yrityksesta/a-klinikka-oy> [viitattu 25.10.2018].

A-klinikka. 2016. Yhteistyöstä voimaa muutokseen. Vuosiraportti 2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/vuosiraportti_2016.pdf [viitattu 21.2.2018].

Avohoitoklinikat. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/apua-paihde-ja-mielenterveysongelmiin/avohoitoklinikat> [viitattu 25.10.2018].

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. Päihdehoitotyö. 2013. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Heikkilä, T. & Lindroos, S. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. (toim.) Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2007. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Huttunen, M. 2017. Vieroitusoireyhtymät. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00551 [viitattu 12.10.2018].

Huumeongelman hoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041#K1> [viitattu 25.10.2018].

Häkkinen, Ilmo. 2013. Toipumiskulttuuri, Päihdetoipuminen ja esimerkin voima. Tallinna: Printon Trukikoda.

Jurvansuu, S. & Rissanen, P. 2016. Omaiset ja omaistyö päihde- ja mielenterveysyhdistysten toiminnassa. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 2/2016. Helsinki: A-klinikkasäätiö. PDF-dokumentti. Julkaistu: 19.2.2016. Saatavissa: https://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tietopuu_Katsauksia_omaisytyo_19122016_JT.pdf [viitattu 23.2.2018].

Jussila, J. 2017. Toiminnalliset menetelmät ja niiden kuntouttava vaikutus. Lähestymistavat ja työmenetelmät. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Luento. Powerpoint-diasarja. Saatavissa: <https://moodle.xamk.fi> [viitattu 12.10.2018].

Karttunen, M.-K. & Kaunisto, K. 2016. Kokemuksia huumeiden käyttäjän läheisenä elämisestä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112229/Kaunisto_Katri_Karttunen_Kirsi-Marja.pdf?sequence=1 [viitattu 12.10.2018].

Karvinen, M.-L. & Pietilä, M. 2014. Toiminnallisuus vuorovaikutuksen tukena. Työntekijöiden kokemuksia toiminnallisen vuorovaikutuskansion käytöstä Kai nuun perhetyössä. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83111/Karvinen_%20Marja-Leena_Pietila_Minna.pdf;jsessionid=F96EE1B6C35EC232CD4D070FB05091B5?sequence=1 [viitattu 12.10.2018].

Korvaushoito. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/yhteistyokumppaneille/hoitomenetelmat/korvaushoito> [viitattu 25.10.2018].

Korvaushoitoklinikat. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/apua-paihde-ja-mielenterveysongelmiin/korvaushoitoklinikat> [viitattu 25.10.2018].

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

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntoutumishoitoyhteisö Kouvola. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/ymparivuorokautista-hoitoa/kuntoutumisyksikot/kuntoutumishoitoyhteiso-kouvola> [viitattu 21.2.2018].

KvaliMOTV s.a. Analyysi ja tulkinta. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html [viitattu 10.3.2018].

KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti> [viitattu 5.10.2018].

Lappalainen-Lehto, R., Romu M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet, ammatillisen päihdetyön perusteita. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Mäkelä, R. 2015. Läheiset ja päihdeongelmien hoito. Päihdelinkki.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laheiset-ja-paihteiden-kaytto/laheiset-ja-paihdeongelmien-hoito> [viitattu 13.2.2018].

Mäkelä, R., Fagerström, K. & Niskasaari, M. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Partanen, A., Kuussaari, K., Markkula, J., Forsell, M. & Varis, T. s.a. Päihdepalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://thl.fi/documents/2616650/2646346/PÄIHDEPALVELUT_Substanssiarvio_30082016_mk_vs_kk_jm_ap_hyv.pdf/733bc5bc-a3e2-4099-9f25-f2248fee09d9 [viitattu 7.10.2018].

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Finlex.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> [viitattu 14.2.2018].

Päihdelinkki.fi. s.a. Huumeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet> [viitattu 1.2.2018].

Pärttö, M-, Hännikäinen-Uutela, A.-L. & Määttä, P. 2009. Huumeiden käyttäjien arki yhteisöllisen huumeekuntoutuksen jälkeen. Janus.vol. 17 (2) 2009, 121-138. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/janus/article/view/50511/15283> [viitattu 28.3.2018].

Raitanen, M. 2016. Tutkimus- ja kehittämistyö. Verkkokurssin opiskelumateriaali. Saatavissa: moodle.xamk.fi [viitattu 21.2.2018].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3_1.html [viitattu 5.10.2018].

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Seikkula, J. 1996. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Selviämisasemat s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/ymparivuorokautista-hoitoa/selviamisasemat> [viitattu 18.2.2018].

Suominen, S., Tuominen, M. & Blommila, K. 2011-2013. Opastava yhteistyö perheiden kanssa mielenterveys- ja päihdetyössä 2011-2013. Loppuraportti. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry.

Tervassalo. S.a. Vaikutukset läheisiin. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tervassalo.fi/vaikutukset-laheisiin> [viitattu 10.10.2018].

THL 2018a. Ehdotukset mielenterveys- päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-asian->

[tuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihdeyon-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020](#) [viitattu 8.3.2018].

THL 2018b. Perhetyö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo> [viitattu 12.10.2018].

THL 2018c. Päihderiippuvuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus> [viitattu 7.10.2018].

Tietoarkisto. 2018. Tutkittavien informointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html> [viitattu 5.10.2018].

Tietopuu. 2017. Tutkimusluvan hakeminen A-klinikkasäätiössä. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.a-klinikka.fi/tietopuu/tutkittua/a_klinikkasaa-tion_tutkimusluvut [viitattu 20.3.2018].

Tukiainen, S. & Lindroos, S. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. EU: Tammi.

Vahtera, J. & Uutela, A. 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveys-resursseina. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/11/duo40219> [viitattu 26.3.2018].

Valkonen, S. 2011. Mahdollisuuksia muutokseen. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Trio-Offset Oy.

Vieroitushoitoyhteisö Kouvola. s.a. A-klinikka.fi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/ymparivuorokautista-hoitoa/katkaisu-ja-vieroitushoito/vieroitushoitoyhteiso-kouvola> [viitattu 21.2.2018].

Vieroitushoitoyksikkö ja selviämisasema Kouvola. s.a. A-klinikka.fi. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/henkiloasiakkaille/ymparivuorokautista-hoitoa/katkaisu-ja-vieroitushoito/vieroitushoitoyksikko-ja-selviamisasema-kouvola> [viitattu 21.2.2018].

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 10.3.2018].

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf> [viitattu 13.10.2018].

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY Oppimateriaalit Oy

SAATEKIRJE ASIAKKAILLE

KOUVOLA 23.7.2018

HYVÄ A-KLINIKKA, KUNTOUTUMISKESKUS, KOUVOLAN ASIAKAS

Olemme kaksi Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijaa. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä A-klinikka, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan kanssa omaisyhteistyön kehittämisen näkökulmasta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää asiakkaiden omia näkemyksiä siitä, kuinka omaisyhteistyötä tulisi kehittää osana asiakkaiden tukea laitoshoidojakson aikana. Pyrimme selvittämään, millaisia tarpeita ja ehdotuksia asiakkailla on omaisyhteistyön kehittämiseksi sekä perusteluita mahdolliselle omaisyhteistyöstä kieltäytymiselle.

Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu asianmukainen tutkimuslupa A-klinikka Oy:ltä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta on oikeus kieltäytyä tai sen voi keskeyttää perusteluita, ilman että se vaikuttaa oikeuteesi saada tarvitsemaasi hoitoa tai muita palveluja.

Tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista, sillä vastaajat pysyvät anonymineinä koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyömme tutkimusaineisto kerätään salatulla verkkopohjaisen kyselylomakkeen avulla.

Tutkimukseen osallistuminen merkitsee salatun kyselylomakkeen täyttämistä, johon kutsumme teidät osallistumaan. Jos haluat osallistua, ilmoita kiinnostuksesi A-klinikka, Kuntoutumiskeskus, Kouvolan henkilökunnalle. Henkilökunta avaa sinulle www-linkin salattuun kyselylomakkeeseen, jossa voit vastata kyselyyn. Kysely on auki 31.08.2018 saakka.

Ystävällisin terveisin

Satu Ahlqvist-Rakkolainen satu.ahlqvist-rakkolainen@edu.xamk.fi

Merja Grönholm merja.gronholm@edu.xamk.fi

SAATEKIRJE HENKILÖKUNNALLE

KOUVOLA 23.7.2018

HYVÄ A-KLINIKKA, KUNTOUTUMISKESKUS, KOUVOLAN TYÖNTEKIJÄ

Olemme kaksi Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijaa. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä A-klinikka, Kuntoutumiskeskus, Kouvola kanssa omaisyhteistyön kehittämisen näkökulmasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää asiakkaiden oma näkemys siitä, miten omaisyhteistyötä tulisi kehittää osana heidän laitoshoidon ja -kuntoutusta.

Pyrimme selvittämään, millaisia tarpeita ja ehdotuksia asiakkailta on omaisyhteistyön kehittämiseksi osana heidän laitoshoidon sekä perusteluista mahdolliselle omaisyhteistyöstä kieltäytymiselle.

Asiakkaiden osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja vastaajat pysyvät anonyymeinä koko työn ajan. Asiakkailta on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja sen voi keskeyttää ilman perusteluja, ilman että se vaikuttaa asiakkaan oikeuteen saada tarvitsemaansa hoitoa tai muita palveluja.

Olemme lähestyneet asiakkaita heille suunnatussa saatekirjeessä ja ohjeistaneet heitä kääntymään teidän puoleenne, mikäli he haluavat tutkimukseen osallistua. Tutkimusaineisto kerätään salatun verkkopohjaisen Webropol-kyselylomakkeen avulla, joka on auki 31.08.2018 saakka.

Toivomme teidän avaavan asiakkaille kyselylomakkeen alla olevasta vastauslinkistä.

Ystävällisin terveisin

Satu Ahlqvist-Rakkolainen satu.ahlqvist-rakkolainen@edu.xamk.fi

Merja Grönholm merja.gronholm@edu.xamk.fi

KYSELYLOMAKE



Opinnäytetyön kyselylomake

1. Ikä?

- 20 tai alle 20-vuotta
- 21-30 v.
- 31-40 v.
- 41-50 v.
- 51-64 v.
- Yli 65 v.

2. Sukupuoli?

- Nainen
- Mies

3. Sinua hoitava yksikkö?

- Vieroitushoitoyksikkö ja selvämisasema
- Kuntoutumis-hoitoyhteisö
- Vieroitushoitoyhteisö

4. Määrittele perhesuhteesi ja perhesuhteidesi laatu?

Valitse omiin perhesuhteisiisi sopivat vastausvaihtoehdot ja määritä niiden ihmissuhteiden laatu.

	Erin-omaiset	Hyvät	Keskin-ker- taiset	Välttävät	Huonot	Yhteydenpito Katkennut
Äiti						
Isä						
Äitipuoli						
Isäpuoli						
Sisko 1						
Sisko 2						
Veli 1						
Veli 2						
Siskopuoli 1						
Siskopuoli 2						
Velipuoli 1						
Velipuoli 2						
Äidinäiti						
Äidinisä						
Isänäiti						
Isänisä						
Täti						
Setä						
Eno						
Serkku						
Puoliso						
Ex-puoliso						
Lapsi 1						
Lapsi 2						
Lapsenlapsi 1						
Lapsenlapsi 2						
Joku muu per- heenjäsen, kuka?						

5. Onko edellä mainituissa perhesuhteissa sellaisia ihmissuhteita, joiden laatua haluaisit parantaa?

Mikäli vastasit ei, siirry suoraan kysymykseen 7.

Kyllä

Ei

6. Millaista tukea/apua koet tarvitsevasi niiden perhesuhteiden laadun parantamiseen osana laitoshoitajaksoasi?

7. Keitä muita sinulle tärkeitä ihmisiä kuuluu lähiverkostoosi?

(Esimerkiksi ystävät, läheiset ihmissuhteet koulusta, työelämästä tai harrastuksista, naapurit, ammattiauttajat ja muut viranomaiset.)

8. Haluaisitko perheen- tai lähiverkostosi jäsenten olevan tukenasi/apunasi hoitajaksosi aikana?

Mikäli vastasit kysymykseen kielteisesti, siirry suoraan kysymykseen 12.

- Kyllä
 En

9. Keiden ihmisten perhesuhteistasi tai lähiverkostostasi haluaisit olevan tukenasi/apunasi hoitajaksosi aikana?

10. Millaista (pähenteettömyyttäsi tukevaa) tukea/apua toivoisit saavasi perheenjäseniltäsi ja/tai läheisiltäsi hoitajaksosi aikana?

11. Millaisia toiveita/ehdotuksia sinulla on perhesuhteistasi tai läheisiltäsi toivomasi tuen/avun saamisen toteuttamiseksi osana laitoshoidojaksoasi?

12. Mikäli et halunnut kenenkään perheen- tai lähiverkostosi jäsenen olevan tukenasi/apunasi hoitajaksosi aikana, voisitko perustella kieltäytymiseesi johtaneita syitä?
