Martina Bergström
Jasmine Heimonen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Sosionomi (AMK) -diakoni
Opinnäytetyö, 2019

HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN DIAKONIA-TYÖSSÄ

Asiakkaiden kokemuksia kuntosaliryhmästä

TIIVISTELMÄ

Martina Bergström
Jasmine Heimonen
Hyvinvoinnin edistäminen diakoniatyössä – asiakkaiden kokemuksia kuntosaliryhmästä
67 sivua ja 3 liitettä
Syksy, 2019
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosionomi (AMK) -diakoni

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakoniatyölle asiakkaiden kokemuksista kuntosaliryhmästä. Tutkimuksessa olemme tuoneet esille, mitä kuntosaliryhmän jäsenet ajattelivat terveyden ja hyvinvoinnin olevan sekä heidän ajatuksiaan terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kokivatko kuntosaliryhmän jäsenet kuntosaliryhmän terveyttä ja hyvinvointia edistävänä. Keskeisiä käsitteitä asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta ovat koettu hyvinvointi ja kokonaisvaltainen hyvinvointi. Teoriaosuudessa käsitellään hyvinvointia ja terveyttä, osallisuutta, päihdepalveluja ja diakoniaa.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Vantaan seurakuntien erityisdiakonian sekä Vantaan huumehoitoklinikan (H-klinikan) kanssa. Tutkimukseen osallistui kolme (3) kuntosaliryhmän jäsentä, joille yhteistä oli korvaushoidon asiakkuus. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa aineistoa kerättiin teemahaastattelun avulla. Aineiston analyysiin on käytetty sisällönanalyysiä.

Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan hyvinvointi koettiin kokonaisvaltaisena ja laajana kokonaisuutena. Tuloksista kävi ilmi, että kuntosaliryhmä on vaikuttanut positiivisesti kuntosaliryhmän jäsenten hyvinvointiin ja kuntosaliryhmän koettiin edistävän terveyttä.

Asiasanat: hyvinvoinnin edistäminen, terveyden edistäminen, diakonia, päihdetyö

ABSTRACT

Martina Bergström
Jasmine Heimonen
The advancement of well-being in substance abuse services – the experiences of the clients in the gym group
67 Pages and 3 appendices
Autumn, 2019
Diaconia University of Applied Sciences
Bachelor's Degree in Social Services

The purpose of the thesis was to produce information for the special social work of the church of Vantaa about the experiences of the clients in the gym group. In the study, we brought up the thoughts and opinions of the group about what health and well-being were and how to improve health and well-being.

The goal of the thesis was to find out, did the members of the gym group feel that the gym group was improving health and well-being. From the viewpoint of clients' well-being and health advancement, the central concepts are experienced well-being and all-encompassing well-being. In the theory portion, we address health and well-being, involvement, substance abuse services and the social work of the church.

The thesis was done in co-operation with the special social work of the church of Vantaa and the drug service clinic of Vantaa (H-klinikka). The study consisted of three (3) members from the gym group, they were all supplemental treatment clients. The thesis was done as a qualitative study, in which the material was gathered with the help of a theme interview. The analysis of the material was done by content analysis.

Results from the study show that well-being was perceived as a comprehensive and broad concept. Results find that the gym group has had a positive effect on the well-being of the members of the gym group and that the gym group helped advance healthiness.

Keywords: The advancement of well-being, the advancement of health, social work of the church, substance abuse services

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 4

2 HYYVINVOINTI JA TERVEYS 6
2.1 Mitä on hyvinvointi? 6
2.2 Terveys hyvinvoinnin ulottuvuutena 9
2.3 Hyvinvoinnin edistäminen ja väestöryhmien väliset erot terveydessä 10
2.4 Hyvinvointiin vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät 12
2.5 Päihdeongelmaisen hyvinvoinnin ja terveyden haasteet 13

3 OSALLISUUS 15
3.1 Osallisuus ja vertaistuki ryhmätoiminnassa 15
3.2 Ryhmänohjaajan rooli 16

4 PÄIHDEKUNTOUTUJILLE SUUNNATUT PALVELUT 18
4.1 Päihdetyö 18
4.2 Päihdepalveluiden järjestäminen 19
4.3 H-klinikka 20
4.4 Opioidiriippuvaisten korvaushoito 21

5 DIAKONIA PÄIHDEKUNTOUTUJAN TUKENA 23
5.1 Kirkon diakoniatyö 23
5.2 Diakoninen päihdetyö osana kirkon päihdestrategiaa 24
5.3 Kokonaisvaltainen kohtaaminen diakoniatyössä 25

6 VANTAAN SEURAKUNTAYHTYMÄN ERITYISDIAKONIAN PILOTTIHANKE 27
6.1 Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakonia 27
6.2 Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihanke 28
6.3 Kuntosaliryhmä H-klinikan asiakkaille 28

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 30
7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset 30
7.2 Laadullinen tutkimus 31
7.3 Teemahaastattelu 32

7.4 Haastattelujen toteuttaminen 33
7.5 Aineiston analyysi 35

8 TUTKIMUSTULOKSET 37
8.1 Hyvinvointi ja terveys 37
8.2 Kokonaisvaltainen hyvinvointi 37
8.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 39
8.4 Kuntosaliryhmän vaikutukset hyvinvointiin 40
8.5 Osallisuus ja vertaistuki 43
8.6 Ohjaajan rooli 43
8.7 Kuntosaliryhmän kehittäminen 45

9 JOHTOPÄÄTÖKSET 46

10 POHDINTA 48
10.1 Eettisyys 48
10.2 Luotettavuus 49
10.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu 50
10.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset 52

LÄHTEET 54

LIITE 1. SAATEKIRJE 62

LIITE 2. HAASTATTELUSUOSTUMUS 63

LIITE 3. HAASTATTELURUNKO 64

1 JOHDANTO

Diakoniatyön vuositilastoista käy ilmi, että taloudellisten syiden jälkeen toiseksi yleisin syy avun hakemiselle diakoniasta ovat terveyteen liittyvät kysymykset (Gävert 2016, 25). Terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan merkitys on viime vuosina korostunut myös Suomen terveyspolitiikassa. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja (Sosiaali ja terveysministeriö 2011). Diakoniabarometrin mukaan väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamistyössä korostuu eri toimijoiden kuten diakoniatyön, kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön merkitys (Gävert 2017, 25–27).

Vantaan seurakuntien erityisdiakonia on mukana vuoden alusta 2019 käynnistyneessä Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeessa, jonka tavoitteena on tukea diakonian asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hankkeen aikana toteutetaan liikuntaryhmiä ja terveyttä edistäviä toimintoja yhteistyöverkostojen kanssa. Yksi yhteistyötahoista on Vantaan huumehoitoklinikka eli H-klinikka, johon hankkeessa perustettiin kuntosaliryhmä korvaushoidossa käyville asiakkaille. Opinnäytetyössämme tarkastelemme, onko kuntosaliryhmä korvaushoidon asiakkaiden terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta edistävää toimintaa.

Sote-uudistuksessa palvelujärjestelmän uudistamistyön yksi keskeinen tavoite on lisätä asiakaslähtöisyyttä palvelujärjestelmässä vahvistamalla asiakkaiden osallisuutta. Asiakasosallisuus näyttäytyy osallistumisena ja vaikuttamisena saamiinsa palveluihin. Asiakkaan kokemus osallisuudesta lisää hyvinvointia ja asiakasosallisuuden toteutuminen auttaa kehittämään vaikuttavia palveluita. Asiakasosallisuudella voidaan tuoda kokemustietoa näkyväksi ammatillisen ja tieteellisen tiedon rinnalle. (THL 2019a.) Opinnäytetyömme yksi keskeisistä tavoitteista on vahvistaa asiakasosallisuuden toteutumista Vantaan seurakuntien diakoniatyössä.

Tästä syystä opinnäytetyömme yhdeksi keskeiseksi teemaksi nousee asiakkaiden kokemukset, joita olemme selvittäneet haastattelemalla kuntosaliryhmän jäseniä. Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys on muotoutunut haastatteluissa esiin nousseiden teemojen pohjalta. Opinnäytetyömme tuottaa Vantaan seurakuntien erityisdiakonialle sekä muille alan toimijoille tietoa korvaushoidon asiakkaille suunnatusta kuntosaliryhmästä, jossa korostuu terveyden edistäminen ja terveyshaittojen ehkäisy käytännön tasolla. Näin ollen opinnäytetyömme on samassa linjassa suomalaisen terveyspolitiikan kanssa, joka terveyden edistämisen lisäksi pyrkii vähentämään eri sosiaaliryhmien välisiä hyvinvointieroja (Sosiaali ja terveysministeriö 2011; Karvonen ym. 2017, 1).

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Vantaan seurakuntien erityisdiakonian sekä Vantaan huumehoitoklinikan (H-klinikan) kanssa. Yhteyshenkilönä on toiminut päihdetyön diakoni Mariela Salminen, joka vastaa korvaushoidossa olevien päihdekuntoutujien kuntosaliryhmän ohjaamisesta.

Vahvuutemme on ehdottomasti kutsumuksessamme diakoniatyössä tehtävää päihdetyötä kohtaan. Ammatillisessa identiteetissämme korostuvat kristilliset arvot: kohtaamme ihmisen tasavertaisena ja arvokkaana. Tämä konkretisoituu käytännön työssämme asiakaslähtöisyytenä, joka vaikuttaa vahvasti opinnäytetyömme taustalla.

2 HYYVINVOINTI JA TERVEYS

2.1 Mitä on hyvinvointi?

Hyvinvoinnin käsite on moniulotteinen ja erilaisia tapoja tutkia ja määritellä hyvinvointia on runsaasti. Yleisesti ajatellaan, ettei hyvinvointia voida mitata vain yhdellä mittarilla, jos voidaan mitata ollenkaan - hyvinvointi käsitetään ennemminkin jatkuvasti muuttuvana prosessina, kuin pysyvänä tilana, joka olisi saavutettavissa (Suopohja 2019, 221.) Hyvinvointia on pyritty määrittelemään tarpeellisten resurssien listoilla tai erilaisilla mittareilla. Mittarit ja listaukset käsittävät laajan kirjon osa-alueita ja ominaisuudet ovat usein myös päällekkäisiä. Listaukset vaihtelevat käyttöhyödykkeistä yhteiskunnalliseen osallisuuteen, jotta selviäisi täyttyvätkö hyvän elämän kriteerit. (Saari 2015, 35–42.) Saaren (2011, 71) mukaan erilaisten listojen ja resurssien listaus on osoitus siitä, että hyvinvointitutkimus koetaan tärkeäksi. Ominaisuuksien päällekkäisyys taas kertoo laajapohjaisesta hyvinvoinnin ulottuvuuksia koskevasta yhteisymmärryksestä.

Hyvinvoinnin ulottuvuuksien nimet saattavat vaihdella, mutta taustalla on usein suomalaisen sosiologin Erik Allardtin hyvinvointiteoria, jossa hyvinvoinnin ulottuvuudet nimetään termeillä having, joka liitetään aineelliseen elintasoon, loving, joka viittaa sosiaalisiin suhteisiin ja being itsensä toteuttamiseen. Viimeiseen kuuluu vielä alakohta doing, joka viittaa mielekkääseen tekemiseen tai toimeliaisuuteen. (Allardt 1993.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen THL (2019) mukaan hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveys, materiaalinen hyvinvointi sekä koettu hyvinvointi tai elämänlaatu. Isola, Kaartinen, Leemann, Lääperi, Schneider, Valtari & Keto-Tokoi (2017, 5) nostavat esiin myös sen, että hyvinvoinnin osatekijät voivat myös olla jotakin aineellisen ja aineettoman väliin sijoittuvaa, kuten palvelut.

Hyvinvoinnin käsitteellä viitataan suomen kielessä sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteisötason hyvinvointiin. Suomenkielinen hyvinvoinnin käsite kattaa siten

englanninkieliset ilmaisut ’’welfare’’ ja ’’well-being’’, joista ensimmäisellä viitataan sosiaaliturvan tasoon sekä ihmisten hyvinvointiin ja jälkimmäisellä ihmisen hyvinvointiin. Hyvinvointi kytkeytyy täten vahvasti myös sosiaalipolitiikkaan. (Pyykkönen 2012, 22.) Hyvinvointia toteutetaan Savolaisen (2011, 159) mukaan erityisesti turvaamalla sosiaaliset oikeudet. Niiden turvaaminen takaa kansalaisille ihmisarvoisen huolenpidon ja turvan sekä yhdenvertaisen osallistumisen yhteiskunnan eri toimintoihin. Tämän lisäksi sosiaalisten oikeuksien tehtävänä on ohjata hyvinvointia koskevaa päätöksentekoa. Saaren (2018, 166) mukaan sosiaali- ja terveyspolitiikka vastaa sosiaalisiin riskeihin resurssien keskitetyllä uudelleenjaolla, eli tulonsiirrolla ja yhteiskunnallisella säätelyllä, eli yhteiskunnallisilla palveluilla. Tavoitteena on välttää yhteiskunnallisesti tunnistettuihin sosiaalisiin riskeihin liittyviä hyvinvointi- ja terveysvajeita ja toisaalta kannustaa ihmisiä työllisyyteen ja itsenäiseen elämään. Julkinen valta toteuttaa siis poliittisesti asetettuja kansalaisten hyvinvointia yleisesti edistäviä päämääriä (Suopohja 2019, 159.)

THL (2019) määrittelee hyvinvoinnin ulottuvuuksia seuraavasti: yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi luetaan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. Yhteisötason hyvinvointiin katsotaan kuuluvan muun muassa elinolot, kuten asuinolot ja ympäristö, työhön ja koulutukseen liittyvät seikat, kuten työllisyys ja työolot, sekä toimeentulo. Suopohja (2019, 222) toteaa, että yksilön olosuhteisiin liittyvät hyvinvointiin tai hyvään elämän tähtäävät valinnat luovat täten kokonaisuutena yhteisöllisen hyvinvoinnin.

THL (2019) mukaan koetulla hyvinvoinnilla tarkoitetaan yksilöiden omaa kokemusta hyvinvoinnin osatekijöistä sekä niiden kokonaisarviota, joka kiteytyy elämään tyytyväisyydeksi tai onnellisuudeksi. Koettua hyvinvointia pyritään mittamaan usein elämänlaadulla, johon vaikuttavat terveys ja materiaalinen hyvinvointi, yksilön odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. Koettua hyvinvointia on kuitenkin haastavaa ja ongelmallista mitata tai asettaa sille yleisiä indikaattoreita, sillä kyse on subjektiivisista kokemuksista.

Kainulainen, Paananen, Surakka ja Saari (2016, 76) kertovat koetun hyvinvoinnin tutkimisen osoittaneen, että vuorovaikutuksella on suuri merkitys yhteisössä ja

yhteiskunnassa ja se on tuonut esiin hyvinvointiin vaikuttavia yhteiskunnallisia, rakenteellisia ja psykologisia tekijöitä. Ympäristöllä on merkittävä vaikutus yksilön hyvinvointiin ja koetussa hyvinvoinnissa heijastuvat usein yhteiskunnalliset rakenteet ja arvomaailma. Ohisalon (2017, 41) mukaan koettu hyvinvointi syntyykin käsityksestä, millaisena oma elintaso ja status nähdään ja millaisia elintason ja statuksen pitäisi olla sekä näiden kahden välisestä vertailusta. Suopohja (2019, 222) yhtyy ajatukseen, että kysymys on aina vertailusta - yksilö vertaa itseään yhteisön muihin jäseniin ja heidän olosuhteisiinsa ja pyrkii samankaltaistumaan ympäristöönsä. Suopohjan (2019, 321) mukaan kyse on koetusta eriarvoisuudesta sosiaalisessa statuksessa, eikä suinkaan esimerkiksi aineellisista kulutusmahdollisuuksista, vaikka toimeentulolla ja tulojen riittävyydellä onkin vaikutusta hyvinvointiin. Hyvinvointi pyrkii ilmaisemaan siis jonkinlaista koetun tyytyväisyyden tasoa, joka ei kuitenkaan itsessään vertaudu mihinkään.

Hyvinvointi riippuu siis sekä elinoloista että yksilön kyvystä ja mieltymyksistä, joiden pohjalta hän hyvinvointiaan tuottaa. Tällöin hyvätkään materiaaliset elinolot eivät välttämättä käänny hyvinvoinniksi, mikäli terveydessä tai perhesuhteissa on ongelmia. (Suomalaisten hyvinvointi 2018, 96.) Toisaalta taas jatkuva taloudellinen niukkuus lisää stressiä, heikentää ihmisen toimintakykyä ja itsetuntoa ja siten myös vaikeuttaa hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeää sosiaalista vuorovaikutusta. Niukkuuden kuormittama ihminen ajautuu muita useammin lyhytnäköisiin ratkaisuihin ja investoi vähemmän ratkaisuihin, jotka edistäisivät toimintakykyä. Toimintakykyä edistäviä ovat koulutukseen, säästämiseen, terveisiin elämäntapoihin ja työllisyyteen liittyvät toimenpiteet. (Valtioneuvoston kanslia 2018, 13.)

Voidaan siis todeta, että hyvinvointi on laaja ja kokonaisvaltainen käsite, joka esiintyy usein rinnakkain terveyden, materiaalisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun tai onnellisuuden käsitteiden kanssa. Hyvinvoinnilla on siis melko subjektiivinen merkityssisältö myös käsitteenä. Näiden lisäksi hyvinvointi kytkeytyy myös sosiaali- ja terveyspolitiikkaan sekä valtion valtaan ja vastuuseen pitää huolta jokaisesta alueellaan olevasta.

2.2 Terveys hyvinvoinnin ulottuvuutena

Terveys nähdään tärkeänä osana hyvinvoinnin ulottuvuuksia, mutta samalla myös voimavarana, joka voi edistää taloudellista hyvinvointia, sosiaalista vuorovaikutusta, itsensä toteuttamista, arkipäivän tehtävistä suoriutumista ja monia muita ihmisten tärkeänä pitämiä asioita (Martelin ym. 2002, 93). Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmä (1964) käsittää terveyden ja hyvinvoinnin yhteyden: ’’Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jolla ei tarkoiteta vain sairauden tai heikkouden puuttumista’’. Tätä määritelmää on täsmennetty siten, että tämän tulee olla päämäärä, jota kohti työskennellä. (WHO 2011.) Niin ikään WHO määrittelee, että terveyteen vaikuttavat monet eri tekijät: perimä, elämäntavat, elinympäristö, tulot ja sosiaalinen asema yhteiskunnassa, koulutus, sukupuoli ja terveydenhuoltojärjestelmä (WHO i.a.)

Terveyttä voi edistää ja sairastumisen riskiä vähentää muun muassa syömällä terveellisesti ja monipuolisesti, huolehtimalla riittävästä päivittäisestä liikunnasta sekä nukkumalla riittävästi (THL 2019b.) Elimistö tarvitsee riittävästi monipuolisesta ravinnosta saatavia suojaravintoaineita ja sopivasti energiaa pysyäkseen terveenä ja toimintakykyisenä. Terveellisen ravitsemuksen kokonaisuus muodostuu pitkällä aikavälillä jokapäiväisten valintojen tuloksena. (THL 2019d.) Säännöllisellä liikunnalla on todettu olevan terveyttä ja hyvinvointia edistävä vaikutus. Hyödyt liittyvät muun muassa painonhallintaan, sairauksien ehkäisyyn, mielenterveyteen ja päivittäisistä askareista selviytymiseen. Terveyshyödyt lisääntyvät myös sitä mukaan, kun liikunnan määrää ja tehoa lisätään. (THL 2019c.) Unen vaikutus terveyteen on erityisen suuri, sillä aivojen palautuminen ja sitä kautta vireyden ja kognitiivisten toimintojen ylläpito sekä fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ovat unen tärkeimmät tehtävät. Ihminen tarvitsee unta pysyäkseen toimintakykyisenä ja virkeänä. Uni edistää myös oppimista ja vaikuttaa niin tunteisiin kuin mielialaankin. Uni voi toimia myös terveydenmittarina – psyykkiset kuin fyysiset rasittavat tekijät häiritsevät herkästi unta. (Terveysverkko i.a.)

Monet yksilöiden terveyteen liittyvistä valinnoista ovat sidoksissa niihin mahdollisuuksiin ja arvostuksiin, joita yhteiskunta eri ajankohtina luo ja osoittaa (Pietilä 2012, 17.) Tilles-Tirkkonen, Mäki-Opas, Vaarama, Lögren, Pentikäinen, Tiitinen, Ilomä-.ki, Pihlajamäki ja Laitinen (2018, 365) toteavat, että heikko koulutus, toimeentulon ongelmat, sosiaalisten suhteiden puute, kohonnut riski syrjäytyä yhteiskunnasta, sekä erilaiset elämänhallinnan ongelmat ovat yhteydessä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen.

2.3 Hyvinvoinnin edistäminen ja väestöryhmien väliset erot terveydessä

Hyvinvoinnin edistämisellä tarkoitetaan hyvinvointia edistävää ja tukevaa toimintaa sekä hyvinvointiin negatiivisesti vaikuttavien tekijöiden ja ilmiöiden ehkäisemistä ja torjuntaa. Erityisesti huomiota pyritään kiinnittämään köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen. Hyvinvoinnin edistäminen voi siis kohdistua yksilöihin, perheisiin, yhteisöihin tai koko väestöön ja hyvinvoinnin edistämisen toimilla vahvistetaan ja lisätään yksilön, perheen, yhteisön ja väestön sosiaalista hyvinvointia, osallisuutta, terveyttä ja turvallisuutta. Hyvinvoinnin edistämisessä huomioidaan täten myös elinympäristöt ja niiden vaikutus hyvinvointiin. Sosiaalihuollolla on keskeinen asema hyvinvoinnin edistämisessä, sillä ihmisen kasvu tapahtuu sosiaalisten suhteiden varassa. Sosiaaliset suhteet ovat keskeinen osa arjen sujumista. (STM 2017, 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön aikuissosiaalityön tulevaisuusselvityksessä (STM 2019, 79) kuvataan sosiaalityössä sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä konkreettisemmalla tasolla. Sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ihmisten elämisen sosiaalisiin tekijöihin vaikuttamista: tukea asumiseen, toimeentuloon ja muihin ihmisten elinolosuhteisiin ja arkeen liittyvissä asioissa, kuten elämänhallinnan ongelmissa, kriisitilanteissa, taloudenhallinnassa tai päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyvissä ongelmissa. STM (2019, 16) selvityksessä mainitaan, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on myös sosiaalista asianajoa sekä yhteisöjen tukemista ja toimintamahdollisuuksien luomista.

Selvityksessä nousee esiin ammattilaisten tarve tehdä myös rakenteellista sosiaalityötä. Työtä tulee tehdä hyvinvoinnin ja osallisuuden lisäämiseksi, sosiaalisia ongelmia aiheuttavien esteiden poistamiseksi ja työssä kertyneen tiedon välittämiseksi päätöksenteon tueksi. (STM 2019, 16) Työssä kertyneen tiedon välittämäinen on tärkeää, koska esimerkiksi päihdeongelmaisella voi olla vaikeuksia saada omia kokemuksiaan ja mielipiteitään kuulluiksi. Viranomaisilla on siksi erityinen vastuu sekä asiakkaiden, että omien tietojensa ja havaintojensa saattamisessa muiden tahojen tietoon. Tiedon välittämisen tärkeys on merkittävä, sillä asiakkailla on paras asiantuntemus käyttämiensä palveluiden kehittämiseen. (STM 2017, 36.)

Siitä huolimatta, että hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen on ollut suomalaisessa terveyspolitiikassa tärkeä painopistealue jo pitkään - terveyden sosioekonomiset erot ovat olleet pysyviä ja jopa kasvaneet viime vuosina (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2017, 1.) Terveyseroja on tutkittu pitkään ja ne ovat olleet vahvasti esillä niin mediassa kuin politiikassakin. On osoitettu, että eri väestöryhmien välillä on sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaisia eroja terveydessä. Erityisen suuria erot ovat sosioekonomisten ryhmien välillä, kun tarkastellaan terveyden vaihtelua esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaan. (Karvonen, ym. 2017, 1.)

Karvonen ym. (2017, 1) toteavat, että terveyden tasa-arvon näkökulmasta tarkasteltaessa eriarvoisuus on sellaista terveyden vaihtelua, jonka voidaan katsoa olevan epäoikeudenmukaista ja vältettävissä olevaa. Kyse on erityisesti sellaisista eroista, joiden syntyä ei voi pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksena ja joihin yhteiskunnalliset tekijät voivat merkittävästi vaikuttaa. Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salo-vuori & Tourunen (2018, 127) mukaan esimerkiksi palveluihin liittyvä eriarvoisuus näyttäytyy palveluiden ulkopuolelle jäämisenä, niistä ulos putoamisena tai tuloksettomana satunnaiskäyttönä. Nämä ovat taas yhteydessä toimimattomiin palvelukäytäntöihin, sosiaaliseen syrjäytymiseen, apua tarvitsevien heikkoon toimintakykyyn sekä palvelujärjestelmän kyvyttömyyteen vastata sille esitettyihin odotuksiin.

Sosiaalista eriarvoisuutta vähentämällä voitaisiin vähentää myös hyvinvointi- ja terveyseroja (Savolainen 2011, 151.) Jos kansanterveys kehittyisi myönteisesti ja terveyserot väestöryhmien välillä kapenisivat, olisi sillä merkittävä vaikutus terveydenhuollon menokehitykseen tulevaisuudessa. Terveydenhuoltomenot jatkavat kuitenkin kasvamistaan, jos kansanterveyteen ei pyritä vaikuttamaan oikein kohdistetuilla toimenpiteillä. Useilla toimilla on huomattavia vaikutuksia sairauksien ehkäisyn sekä väestön terveyden ja toimintakyvyn kannalta. Näillä terveyttä edistävillä toimilla voisi saada aikaan positiivisia kustannusvaikutuksia terveydenhuoltomenoihin tulevaisuudessa. On kuitenkin helpompi kuvata tarjottujen palvelujen yksikkökustannuksia sen sijaan, että esittäisi ehkäisevien, edistävien ja sosioekonomisia terveyseroja kaventavien toimien tuomia säästöjä. (THL 2017.)

2.4 Hyvinvointiin vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät

Edeltäviin lukuihin viitaten on siis tärkeää ottaa huomioon se, että monet fysiologiset ja psykologiset tekijät, kuten lapsuus, joka ei anna hyviä edellytyksiä elämälle ja yhteiskunnalliset tekijät, kuten köyhyys ja syrjäytyminen, voivat heikentää ihmisen mahdollisuuksia vastuun ottamiseen. Hyvän yhteiskunnan tulisi pitää huolta kaikista jäsenistään - varsinkin silloin kun yksilöllä ei ole kykyä, tietoja tai mahdollisuutta oman elämänsä ohjaamiseen. Vastuuta ei voi silloin vierittää pelkästään hänen harteilleen. (STM 2001; Pietilä 2012, 20.) Tilles-Tirkkonen, Mäki-Opas, Vaarama, ym. (2018, 367) toteavat, että yksilöiden hyvinvointi ja terveys eivät ole missään yhteiskunnissa seurausta vain epäterveellisistä elintavoista tai motivaation ja vastuun puutteesta, vaan taustalla on aina myös rakenteellisia, yhteiskunnallisia tekijöitä kuten köyhyys ja osattomuus.

Ervasti (2018, 115) toteaa, että Suomessa kaikilla ei mene hyvin – hyvinvoivan enemmistön lisäksi yhteiskuntaamme kuuluu myös vähemmistö, joiden elintaso ja elämänlaatu on jäänyt selvästi jälkeen tavanomaisesta. Lisäksi he ovat tavalla tai toisella syrjäytyneitä. Isola, Kaartinen, Leemann, Lääperi, Schneider, Valtari

ja Keto-Tokoi (2017, 19) nostavat esiin suomalaisessa hyvinvointivaltiossa vallitsevan oletuksen. Suomessa on oletettu tulonjako- ja sosiaalipolitiikan luovan ikään kuin itsestään yhteisyyttä ja vertaisuutta tai aikaisemmin mainittua osallisuutta. Ihmiset ovat alkaneet erkaantua toisistaan, kun näin ei ole tapahtunut. Tällöin puhutaan kokemusmaailmojen eriytymisestä ja sosiaalisten etäisyyksien kasvamisesta. Kun ihmiset eivät enää pysty virittäytymään toistensa maailmoihin, vähäosaisista aletaan puhua laiskoina, jotka ovat itse aiheuttaneet tilanteensa ja hyväosaisista ahneina ja itsekkäinä – ymmärtämättä tilannetta sen laajemmin. Voidaan päätyä siihen, että mitä suurempia sosiaaliset etäisyydet ovat, sitä kielteisempiä oletuksia ryhmät myös tekevät toisistaan (Ahola-Launonen 2018, 292.)

Eriarvoisuuden väitetään polarisoivan yhteiskuntaa (Ervasti 2018, 115.) Kokemusmaailmojen eriytyminen ja sosiaalisten etäisyyksien kasvaminen on uhka yhteiskunnan eheydelle. Yhteiskunnan eheydellä tarkoitamme ihmisten mahdollisuutta elää yhteisössä, jossa vallitsee esimerkiksi luottamus julkiseen valtaan ja muihin ihmisiin, toisista välittäminen sekä mielipiteen ja ilmaisun vapaus (Vaarama & Mäki-Opas 2019, 3.) Ahola-Launonen (2018, 291 - 293) toteaa, että tuloerojen ja eriarvoisuuden kasvun seuraus on se, että on yhä enemmän niitä, joilla on vain vähän menetettävää ja toisaalta niitä, joille kasautuu valtaa. On siis melko tärkeää pohtia sitä, kuinka todennäköistä on, että syrjäytyneet tai haavoittuvassa asemassa olevat ihmiset pystyvät todellisuudessa edistämään hyvinvointiaan ja terveyttään.

2.5 Päihdeongelmaisen hyvinvoinnin ja terveyden haasteet

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (Varjonen 2015, 100) Huumetilanne Suomessa 2014, todetaan, että huumeiden ongelmakäyttäjillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Päihdehuollon huumeasiakkaista noin kaksi kolmasosaa on työttömiä ja kymmenesosa asunnottomia. Myös heidän koulutustasonsa on matala ja opiskelu harvinaista. Päihteiden

ongelmakäyttäjät ovat usein myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia, ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa painottuu huumekulttuuriin.

Päihteiden käyttö voi heikentää myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä aiheuttamalla muutoksia stressinhallintaan, joustamattomuutta käyttäytymismalleihin ja palkitsevien tuntemusten heikkenemistä. Kognitiivisia puutoksia on todettu noin puolella päihdehoitoa aloittavista henkilöistä. Päihderiippuvaisella henkilöllä päihteiden käyttö ja hankinta hallitsee elämää ja siitä irrottautuminen vaatii monenlaisten elämänhallinnan keinojen opettelua ja omaksumista. (STM 2017, 47.) Lisäksi sosiaalinen huono-osaisuus ja rikosalttius korreloivat siten, että mitä heikompi taloudellinen tilanne on, sitä todennäköisimmin on osallistunut rikoskäyttäytymiseen ja joutunut väkivallan uhriksi (Varjonen 2015, 103.)

Päihteiden ongelmakäyttäjien mainitaan olevan usein syrjäytyneitä tai huono-osaisia. Syrjäytymisellä tarkoitamme monitahoista ilmiötä, joka liittyy työttömyyteen, huono-osaisuuteen, köyhyyteen sekä muun muassa sosiaalisten siteiden heikkenemiseen ja vieraantumiseen yleisesti hyväksytyistä oikeuksista ja velvollisuuksista. (Notkola, ym. 2013, 55.) Syrjäytyminen palveluista heikentää kokonaisvaltaista hyvinvointia ja lisää yhteiskunnallista eriarvoistumista. Tällöin toimintamallien merkitys korostuu: yhteiskunnassamme tulisi olla toimintamalleja, joissa kenellä tahansa on mahdollisuus voida olla osallinen ja saada tukea sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen. (Varjonen 2015, 100–101.) Päihteiden ongelmakäyttäjien hoidolta ja kuntoutukselta edellytetään siis kokonaisvaltaista, pitkäjänteistä otetta ja konkreettista auttamista, mutta ennen kaikkea myös eri toimijoiden välistä yhteistyötä toimivan tuen takaamiseksi.

3 OSALLISUUS

3.1 Osallisuus ja vertaistuki ryhmätoiminnassa

Osallisuus ei ole pysyvä ominaisuus tai saavutettavissa oleva staattinen tila. Osallisuuden aste myös vaihtelee elämänvaiheiden ja -tilanteiden sekä elämänkaaremme mukaisesti. Joissain elämämme tilanteissa olemme osallisempia ja yhteiskunnallisesti aktiivisempia, kun joissain toisissa. (Raivio & Karjalainen 2013.) Osallisuuden kokemus edellyttää aina kokemusta itsensä merkityksellisyydestä ja tarpeellisuudesta. Osallisuus ilmenee kokemuksena, silloin kun ihminen tuntee kuuluvansa itsellensä merkitykselliseen ryhmään tai yhteisöön. Ryhmässä osallisuus näyttäytyy jäsentensä välisenä arvostuksena, luottamuksena sekä mahdollisuuksina vaikuttaa ryhmän toimintaan. Osallisuuden vastakohta on osattomuus, sivussa oleminen tai syrjäytyminen. Näillä tarkoitetaan ei-vapaaehtoista marginaalissa olemista, joka aiheuttaa yksilölle kärsimystä ja jolla tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä. Ulkopuolelle jääminen johtaa helposti yksinäisyyteen. (Raivio 2018, 101.)

Syrjäytymisestä tai syrjäyttämisestä tulee haaste silloin, kun yksilöitä tai ryhmiä on suljettu ulos keskeisistä sosioekonomisen elämän toiminnoista tai resursseista. Keskeisinä resursseina voidaan pitää ansiotyötä, asumista, riittävää ravinnon saamista ja tarpeellisten tai haluttujen sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Näistä resursseista syrjäytyminen aiheuttaa ongelman, sillä sosiaalipolitiikan ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena on monipuolinen integraatiota yhteiskunnan ja talouden erilaisiin toimintoihin. (Nieminen 2019, 26.) Osallisuuden kokemus ja sen mahdollistaminen on tärkeää erityisesti silloin, kun pitkäaikaiset sairaudet, vammat, riippuvuudet tai vaikkapa pitkittynyt työttömyys ovat heikentäneet luottamusta omaan pystyvyyteen, aiheuttaneet taloudellisen tilanteen heikkenemisen ja pahimmillaan eristäneet sosiaalisista suhteista. (Raivio 2019, 119.)

Erilaisiin vertaisryhmiin liittyminen voi kertoa yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemuksien hakemisesta. Vertaisryhmät ja -toiminta muotoutuvat samanlaisia elämänkokemuksia jakavien kansalaisten yhteisille tavoitteille. Tyypillisimpiä vertaistukiryhmiä ovat erilaisia sairauksia ja kriisejä kokeneiden pienimuotoiset ryhmät. Ryhmässä mahdollistuu omien kokemusten jakaminen muiden samassa elämäntilanteissa olevien kanssa. Vertaistuen erityisuus on sen vapaaehtoisuus sekä toimijoiden motivaatio yhteiseen toimintaan: ketään ei voi velvoittaa antamaan vertaistukea tai vastaanottamaan sitä. (Hyväri 2016, 165.)

3.2 Ryhmänohjaajan rooli

Ohjatulla toiminnalla pyritään siihen, että kaikki ryhmän jäsenet tuntevat olevansa tasa-arvoisia keskenään. Ryhmätoiminnalla pyritään myös vahvistamaan ryhmäläisten osallisuutta ja toiminnallisuutta, sillä se mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen ja tukee arjen säännöllisyyttä. (Juntunen 2016, 12.) Nuorten akatemian osallistavan ohjaamisen oppaassa painotetaan ohjaajan merkitystä osallisuuden mahdollistajana (Mahis i.a).
Ryhmässä ohjaajan rooli on tärkeä, sillä se luo ryhmään turvallista ilmapiiriä. Turvallisen ilmapiirin tunnusmerkkejä ovat luottamus, avoimuus, hyväksyntä, sitoutuminen ja tuen tarjoaminen. (Juntunen 2016, 25.)

Ohjaajan tehtäviin kuuluvat myös ryhmän toiminnan organisointi, tarvittavien resurssien hankkiminen ja palautteen antaminen. Palautteen antamisella ohjaaja tukee ryhmäläisiä vastaanottamaan palautetta sekä antamaan myös toisille ryhmäläisille rakentavaa ja positiivista palautetta. Ryhmässä jaettu positiivinen palaute tukee ryhmäläisten hyvinvointia ja luo turvallista ilmapiiriä ryhmään. (Juntunen 2016, 25.)

Ohjaajan rooli on merkittävä erityisesti toiminnan alkuvaiheessa. Ohjaajan rooli muuntautuu sekä ryhmäläisten tarpeiden että ryhmän vaiheiden mukaan. Ohjaustyyli kuvastaa ohjaajan persoonallista tapaa toimia ja hänen näkemystään

siitä, mitä kukin ryhmäläisistä milloinkin tarvitsee. Osallistamisen asteen kasvaessa ohjaaja voi siirtyä ryhmäläisten aktiivisesta ohjaamisesta taustalle siten, että on tarvittaessa apuna ja tukena. (Mahis i.a.)

4 PÄIHDEKUNTOUTUJILLE SUUNNATUT PALVELUT

4.1 Päihdetyö

Päihdetyö on sosiaalihuollon ja sitä myöten myös sosiaalityön perinteinen tehtäväkenttä, joka on jaettu terveydenhuollon kanssa. Päihdehuollon palveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla, sillä päihdehuoltolaki (L 41/1986) velvoittaa kuntia järjestämään tarvittavat päihdehuollon palvelut kuntalaisilleen. (Jokinen & Juhila 2008, 28.) Päihdetyöllä pyritään vähentämään ja poistamaan päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päihteettömyyteen. Päihdetyöhön sisältyvä ohjaus- ja neuvontatyö kohdistuu päihteettömyyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin sekä palvelujärjestelmän sisältämien vaihtoehtojen kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen. Sosiaalipalveluja järjestetään henkilöille, joilla on päihteiden ongelmakäytöstä johtuvia sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänhallinnan ongelmia. Palvelujen avulla pyritään tukemaan päihteettömyyttä ja toisaalta huolehtia siitä, että perustuslain mukainen välttämätön huolenpito toteutuu myös niiden osalta, joilla päihteiden ongelmakäyttö on jatkuvaa. (STM 2017.)

Päihdetyössä lähtökohtana on muodostaa saumaton palvelukokonaisuus tarvittaessa yhdessä mielenterveystyön kanssa. Päihdetyössä sosiaali- ja terveydenhuolto toimii yhdessä, minkä takia myös niitä koskevaa lainsäädäntöä on pyritty yhtenäistämään. Päihteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ehkäisevän työn tavoitteena on vahvistaa voimavaroja ja muita ongelmilta suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden vahvistaminen sekä suojaa ongelmilta, että mahdollistaa varhaisen tukemisen. (STM 2017.)

Sosiaalityöllä on keskeinen merkitys heikossa asemassa olevien ryhmien kanssa työskentelyssä, niin mielenterveys- ja päihdepalveluiden saavutettavuudessa kuin palvelupolkujen koordinoinnissa, palvelujen integroinnissa sekä verkostotyössä (STM 2017.) Sosiaalinen kuntoutus ryhmämuotoisena toimintana ja

rinnalla kulkemisena sopii hyvin mielenterveys- ja päihdesosiaalityöhön ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Sosiaalisen kuntoutuksen taustalla on ymmärrys kokonaisvaltaisen työskentelyn välttämättömyydestä silloin, kun ongelmat ovat kasautuneet ja pitkittyneet tai kun sosiaalisen kuntoutuksen toimenpiteet ovat välttämättömiä ja tarpeellisia henkilön sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. (STM 2017, 56.) Sosiaalisiin suhteisiin, yhteisöllisyyteen ja luottamukseen liittyvät tekijät ovat tärkeitä heikossa asemassa olevien ryhmien kannalta. Sitä kautta avun ja hoidon saaminen, palveluissa eteneminen, toipuminen ja kuntoutuminen mahdollistuu. Asiakkaiden luottamusta palveluihin sekä avun ja hoidon saamiseen täytyy kyetä vahvistamaan, minkä lisäksi on tuettava asiakkaiden sosiaalista pystyvyyttä.

Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassa (STM 2017, 73) todetaan, että päihdehuollon erityispalveluilla tarkoitetaan erityisesti päihdekuntoutujille suunnattuja palveluja kuten a-klinikkatoimintaa, nuorisoasemia, kuntoutuslaitoksia, katkaisuhoitoasemia, päiväkeskuksia, huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteitä, ensisuojia sekä selviämisasemia. Osan erityispalveluista on kunnissa katsottu olevan osa terveydenhuoltoa ja osan sosiaalihuoltoa. Suurimmassa osassa palveluja tarvitaan kuitenkin molempien, terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten osaamista.

4.2 Päihdepalveluiden järjestäminen

Päihdehuoltolaissa on määritelty, että kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämistä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisena kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat monipuolisia, helposti saatavia ja joustavia. (Päihdehuoltolaki 3 §, 6 §.) Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Kunnat voivat myös ostaa palveluita muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta kuten järjestöiltä. Päihdehuollossa on noudatettava hoitotakuuta tai

vastaavasti järjestettävä tuen tarpeita vastaavat sosiaalihuollon palvelut silloin kun ne parhaiten soveltuvat asiakkaan auttamiseen. (STM i.a.)

Päihdepalveluja on saatavana sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksena ja neuvontana, päihteettömyyttä tukevina tai ongelmakäytön haittoja vähentävinä sosiaalipalveluina, päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluina sekä päihdehuollon erityispalveluina. Kuntien lisäksi monet järjestöt ja yhdistykset tarjoavat monipuolisesti tukea päihdekuntoutujille sekä heidän läheisilleen (STM i.a).

Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 -ennakointitutkimuksesta käy ilmi, että moniammatillisten työryhmien merkitys tulee kasvamaan ja työtä tullaan tekemään nykyistä enemmän yli sektorirajojen (Warpenius, Holmila, Karlsson & Ranta 2015, 86-87). Kuntasektorin resurssit ovat rajalliset, joten ehkäisevään päihdetyöhön tarvitaan tulevaisuudessa entistä vahvempaa kolmikantaa. Vastuu ehkäisevästä päihdetyöstä tulee jakautumaan jatkossakin kuntien, järjestöjen ja elinkeinoelämän kesken laaja-alaisessa verkostotyössä. Toimien integraatiossa keskeisenä tulevaisuuden suuntana voidaan pitää ehkäisevän päihdetyön nykyistä tiiviimpää kytkeytymistä osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. (Warpenius ym. 2015, 132.)

4.3 H-klinikka

Opinnäytetyömme yhtenä yhteistyötahona toimi Vantaan H-klinikka, joka sijoittuu päihdehuollon erityispalveluihin. Vuonna 2009 toimintansa aloittanut H-klinikka eli huumehoitoklinikka sijaitsee Myyrmäessä Länsi-Vantaalla. H-klinikka kuuluu Vantaan kaupungin päihdepalveluihin ja sen palvelut on tarkoitettu vantaalaisille täysi-ikäisille huumeidenkäyttäjille sekä heidän läheisilleen. Asioimiseen H-klinikalla ei vaadita lähetettä, vaan asiakas voi omasta aloitteestaan hakeutua päivystysvastaanotolle tai varata ajan puhelimitse. Myös viranomaiset voivat kysyä

neuvoa ja ohjata huumeita käyttäviä vantaalaisia asioimaan H-klinikalla. (Vantaan kaupunki i.a.)

H-klinikan tarjoamiin maksuttomiin palveluihin kuuluvat neuvonta, hoidon tarpeen arviointi, palveluohjaus, avohoito ja kuntoutuspalvelut. Hoidon tarpeen arvioinnissa laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelma sisältää asiakkaan tarpeen mukaan avohoitoa, laitoshoitoa tai molempia. Avohoidolla voidaan tarkoittaa muun muassa lääkkeetöntä huumehoitoa tai korvaushoitoa. Avohoito sisältää usein yksilö-, pari-, perhe-, verkosto- ja ryhmätapaamisia, jotka suunnitellaan asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. (Vantaan kaupunki i.a.) Vantaalla korvaushoidon avohoidosta lähes puolet hankitaan ostopalveluna ja kuntouttava laitoshoito tuotetaan kokonaan ostopalveluna (Lyly-Falk 2018, 25).

H-klinikan rinnalla toimivat Vinkkari -terveys- ja sosiaalineuvontapisteet Myyrmäessä ja Tikkurilassa. Vinkkariin voi hakeutua kuka tahansa suonensisäisesti huumeita käyttävä. Vinkkarissa voi vaihtaa huumeiden käyttövälineet uusiin, käydä hepatiitti- ja HIV-testeissä sekä saada rokotuksia a- ja b-hepatiittia vastaan. Vinkkarissa annetaan myös neuvontaa ja tukea palveluihin hakeutumisessa sekä arviointia hoidon tarpeesta. (Vantaan kaupunki i.a.)

4.4 Opioidiriippuvaisten korvaushoito

Opinnäytetyötä varten haastattelemamme kuntosaliryhmän jäsenet ovat H-klinikalla korvaushoidon asiakkaita. Nykyisessä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (A 33/2008) korvaushoidolla tarkoitetaan opiaattiriippuvuuden hoitoa metadonia tai buprenorfiinia sisältävillä lääkkeillä. Opioidiriippuvaisten korvaushoito tuli viralliseksi osaksi päihdepalvelujärjestelmää vuonna 2000. Iso osa huumehoidosta on nykyään opioidiriippuvaisten korvaushoitoa ja korvaushoidon tarve keskittyy etenkin suuriin kaupunkeihin ja pääkaupunkiseudulle. (Saukkonen i.a.) Korvaushoidossa olevien asiakkaiden määrä Suomessa on noussut

tasaisesti koko 2000-luvun ajan ja vuoden 2015 lopussa lääkkeellisessä korvaushoidossa oli noin 3300 asiakasta (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 105–106).

Korvaushoito jakautuu kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitoon. Kuntouttavan hoidon tavoitteena on päihteettömyys ja haittoja vähentävällä hoidolla pyritään parantamaan potilaan elämän laatua sekä ehkäisemään tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja. (A 33/2008.) Käypähoito suosituksen mukaan korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi pienentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus (Huumeongelmaisten hoito: Käypä hoito -suositus, 2018). Lääkehoidon lisäksi asiakkaalle tulee tarjota myös yksilöllisesti suunniteltua muuta tarpeen mukaista hoitoa ja kuntoutusta (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 106–108). Hoidon tavoite, potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta tulee käydä ilmi asiakkaalle laaditusta yksilöllisestä hoitosuunnitelmasta (A 33/2008).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (A 33/2008) keskeinen tavoite on hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen sekä toteuttaminen perusterveydenhuollossa, jotta hoito olisi mahdollisimman helposti potilaan saavutettavissa. Korvaushoitoon pääseminen kuitenkin saatetaan usein kokea vaikeaksi ja etenkin pääkaupunkiseudulla jonot korvaushoitoon ovat pitkiä. Myös paikkakuntien välillä saattaa olla suuria eroja korvaushoito-ohjelmien sisällöissä. (Saukkonen 2010.)

5 DIAKONIA PÄIHDEKUNTOUTUJAN TUKENA

5.1 Kirkon diakoniatyö

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian tavoitteena on puolustaa jokaisen ihmisen ihmisarvoa. Tavoite perustuu kristilliseen ihmiskäsitykseen, jossa ihmisen arvo ei riipu menestyksestä, elintasosta, kansallisuudesta, sukupuolesta tai uskonnosta (Gävert & Thitz 2018, 216.) Kristillisen oikeudenmukaisuuskäsityksen mukaisesti kirkon velvollisuus on myös tehdä näkyväksi terveyseroja, köyhyyttä sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vajeita (Gothóni & Jantunen 2010, 96).

Diakonia on kristilliseen uskoon, rakkauteen ja ihmiskäsitykseen perustuvaa palvelu- ja avustustyötä ja sen tarkoituksena on tavoittaa erityisesti heikoimmassa asemassa olevat ihmiset, jotka uhkaavat jäädä kaiken muun avun ulkopuolelle. Diakonia on siis ihmisten välitöntä auttamistyötä ja toimintaa ihmisten elämäntilanteiden parantamiseksi, sekä yhteiskunnan epäkohtiin puuttumista. (Evl 2019; Gothóni, Helosvuori, Kuusimäki & Puuska 2012.)

Diakoniasta haetaan apua lähes yhtä usein sairauden kuin taloudellisten syiden vuoksi. Diakoniabarometristä (Gävert 2016, 103–104) käy ilmi, että diakoniatyössä kohdataankin usein terveydenhuoltojärjestelmän ongelmakohdat. Diakoniatyöllä on täten suuri merkitys heikompiosaisten terveyden tukemisessa ja sairauden aiheuttaman taloudellisen tilanteen paranemisessa. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamistyössä korostuu diakoniatyön, kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön merkitys. (Gävert 2016, 25–27.) Gävert ja Thitz (2018, 215) toteavat, että diakoniatyön sekä kuntien ja järjestöjen sosiaali- ja terveysalan työn tavoitteet hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä ovat pitkälti samoja. Näillä työkentillä toimitaan monilta osin samojen periaatteiden mukaisesti ja autetaan usein myös samoja ihmisiä.

5.2 Diakoninen päihdetyö osana kirkon päihdestrategiaa

Kirkon päihdestrategia hahmottaa kirkon sekä muiden kristillisen päihdetyön toimijoiden yhteisiä tavoitteita ja se hyväksyttiin vuonna 2005. Päihdestrategia korostaa seurakuntalaisten roolia työntekijöiden rinnalla sekä ehkäisevän päihdetyön tärkeyttä. Siinä painotetaan yhteisöllisyyttä, esimerkiksi päihdeongelmista kärsiville suunnattuna ryhmämuotoisena toimintana ja vertaistukena. Päihdestrategia korostaa myös yhteistyön tarvetta sekä seurakuntien omassa työssä että muiden toimijoiden kanssa. (Puumala & Lusikka 2013, 6–7.)

Kirkon päihdetyön erityisosaamiseen liittyy vahvasti laajemminkin diakoniaan liittyvä kotikäyntityöksi kutsuttu työote, joka tarkoittaa ihmisen kohtaamista hänen omassa elinympäristössään. Liitettynä kirkon työntekijää koskevaan vahvaan rippisalaisuuteen mahdollistaa tämä työote hyvin asiakaskeskeisen, asiakkaan rinnalle asettuvan työotteen. Kirkon päihdetyöllä on kuitenkin paljon yhtäläisyyksiä yhteiskunnan muun päihdetyön kanssa. Siksi myös kirkkoa koskevat samat suuret päihdetyön tulevaisuuden kysymykset kuin muuta yhteiskuntaa, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Julkissektorin roolin pienentyminen ja järjestökentän roolin kasvu ovat nähtävissä myös kirkon päihdetyössä. (Puumala & Lusikka 2013, 6–7.)

Kirkon päihdetyön ensisijainen tehtävä ei ole kuntoutuspalveluiden järjestäminen tai taloudellinen auttaminen. Sen sijaan kirkon tehtävä on päihdeongelmista kärsivien ja heidän läheistensä rinnalla kulkeminen, sielunhoidollinen ja hengellinen tuki sekä sen hädän ja avun tarpeen esille tuominen, jota päihdetyössä ja muussa kirkon toiminnassa kohdataan. Päihdestrategian mukaan kaikilla kirkon työntekijöillä tulisi olla riittävä valmius kohdata ja auttaa päihdeongelmista kärsiviä. Päihdetyöhön osoitetuissa viroissa kuten päihdetyön diakoneina työskentelevät työntekijät ovat päihdealan ammattilaisia, jotka yhteistyössä muiden tahojen kanssa ehkäisevät ja hoitavat päihdehaittoja. (Puumala & Lusikka 2013, 6–7.)

Päihdeongelmiin liittyy olennaisena osana huono-osaisuus ja syrjäytyminen. Useat avun piiriin hakeutuvat ihmiset ovat jo syrjäytyneet yhteiskunnasta ja kuuluvat marginaaliin. Kristillinen päihdetyö pyrkii tarjoamaan heille yhteisöllisyyttä ja mahdollisuutta kuulua johonkin ryhmään. Tarkoituksena on myös auttaa päihdeongelmaisia löytämään taas elämän mielekkyys sekä vapautumaan päihdeongelman aiheuttamasta syyllisyydestä. (Niininen & Uusiniemi 2011, 44–49.) Vantaan seurakuntien strategia vuodelle 2020 painottaa armon näkökulmaa, joka korostuu myös diakonisessa päihdetyössä (Vantaan seurakunnat i.a).

Diakoniatyön osuus kirkon päihdetyöstä on merkittävä (Niininen & Uusiniemi 2011, 44–49). Päihdehuollon järjestämisvastuu on kunnalla, mutta seurakuntien päihdetyö voi toimia yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erilaisten järjestöjen kanssa. Yhteistyö kunnan, erityisdiakonian ja muiden toimijoiden välillä on tärkeää, koska asiakkaat ovat usein yhteisiä. (Maijanen 2010, 26.) Diakoniabarometristä käy ilmi, että diakoniatyöllä ja sosiaalityöllä on paljon yhteisiä asiakkaita. Esimerkiksi kolmasosa diakoniatyöntekijöistä tapaa päivittäin henkilöitä, jotka saavat säännöllisesti toimeentulotukea. Koska sosiaalityöntekijät kohtaavat vain harvoin toimeentulotukea saavia asiakkaita henkilökohtaisesti on diakoniatyöntekijöillä parempi mahdollisuus tarjota asiakkailleen aikaa kertoa elämäntilanteestaan (Gävert 2016, 27.) Ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen on olennainen osa diakoniatyön asiakastyötä ja ihmisen moniulotteisuus haastaa diakoniatyötä toimimaan joustavasti yksilön tarpeita kuunnellen. (Maijanen 2010, 32–33.)

5.3 Kokonaisvaltainen kohtaaminen diakoniatyössä

Luterilaisen kirkon terveyskäsitys perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Sen mukaan terveyteen liittyy fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi hengellinen ulottuvuus (Gothóni & Jantunen 2010, 97.) Diakoniabarometrin mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tarvitaan enemmän asiakkaan elämäntilanteen huomioon ottavaa kokonaisvaltaista auttamista (Gävert 2016,

27). Diakoniatyön vahvuus onkin ihmisten kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa (Isomäki, Lehmusmies, Salojärvi & Wallenius 2018, 35). Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa huomioidaan asiakkaan elämän kaikki osa-alueet. Kokonaisvaltaista kohtaamista ja asiakkaan huomioimista tarvitaan, koska usein esimerkiksi diagnosoidun sairauden ohessa on tarve tukeen myös elämän muilla osa-alueilla. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, ym. 2018, 36.)

Kokonaisvaltaisen kohtaamisen työorientaatiossa ihminen voidaan mieltää psykofyysis-sosiaaliseksi olennoksi, jonka erilaiset ihmisenä olemisen puolet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Psyykkinen hyvinvointi vaikuttaa niin fyysiseen kuin sosiaaliseen hyvinvointiin ja päinvastoin: fyysinen paha olo ja sairaudet heijastuvat usein myös psyykeeseen. (Maijanen 2010, 32–33.) Mikäli sosiaali- ja terveysalalla pystytään toteuttamaan sektorirajat ylittävää yhteistyötä, se on mahdollisuus, joka parhaimmillaan edistää mielenterveys- ja päihdepalveluissa asioivien asemaa ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, ym. 2018, 53.)

6 VANTAAN SEURAKUNTAYHTYMÄN ERITYISDIAKONIAN PILOTTIHANKE

6.1 Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakonia

Vantaan seurakuntayhtymällä erityisdiakonia muodostaa oman diakoniatyöalansa ja se on organisoitu yhteisen seurakuntatyön kautta. Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakonia kattaa mm. päihde-, kriminaali- ja asuntotyön. (Vantaan seurakunnat i.a, 4.) Erityisdiakonia voi toteutua seurakunnassa myös osana muuta seurakuntatyötä, mutta suuremmissa seurakunnissa on ollut tarpeen perustaa erityisdiakonian työaloja. Erityisdiakoniassa korostuu työntekijän ammatillinen erityisosaaminen ja asiantuntijuus. (Nygård 2013, 9–10.)

Vantaan seurakuntien päihdetyön diakonit tukevat vantaalaisia päihteiden käyttäjiä, päihdekuntoutujia ja heidän läheisiään. Diakonien antama tuki voi olla henkilökohtaista keskustelua sekä ryhmämuotoista toimintaa, jossa on mahdollisuus saada vertaistukea ja pohtia omaa jaksamistaan. Olennainen osa työtä on erilaisten ryhmien, retkien ja leirien järjestäminen yksittäisten asiakastapaamisten rinnalla. Vantaan seurakuntien diakoninen päihdetyö käsittää muun muassa päihdesensitiiviset sururyhmät, päihteisiin kuolleiden muistohetket, naistenryhmän ja astu sisään -tilaisuuden, jossa päihdetyön diakonit ovat tavattavissa ilman ajanvarausta. Diakoninen päihdetyö Vantaalla pyrkii jalkautumaan sinne, missä asiakkaat ovat: työtä tehdään esimerkiksi päihdekuntoutus- ja asumisyksiköissä eri puolilla Vantaata. (Vantaan seurakunnat i.a.) Päihde- ja kriminaalityön diakoni Eeva Nurmisen (henkilökohtainen tiedonanto 11.2.2019) mukaan Vantaan seurakuntien erityisdiakonian ja Vantaan kaupungin päihdehuollon yhteistyöllä on pitkät perinteet. H-klinikan asiakkaille perustettu kuntosaliryhmä on yksi esimerkki kaupungin päihdepalveluiden ja erityisdiakonian yhteistyöstä.

6.2 Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihanke

Vantaan seurakuntien erityisdiakonia on mukana vuoden alusta 2019 alkunsa saaneessa Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeessa, jota rahoittaa kirkkohallitus. Pilottihankkeen aikana toteutetaan liikuntaryhmiä ja terveyttä edistäviä toimintoja yhteistyöverkostojen kanssa. Hankkeen tavoitteena on tukea kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä mallintaa Liikkuva seurakunta -toimintaa diakoniaan. (Mariela Salminen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2019.) Liikkuva seurakunta on toimintamalli, jonka avulla liikettä voidaan seurakunnissa lisätä sekä tehdä näkyväksi. Liikkuva seurakunta perustuu kristillisen ihmiskäsityksen kokonaisvaltaisuuteen. Toimintamallin taustalla on Suomen NMKY:n Urheiluliiton ja Suomen ev.lut. kirkon vuosina 2014–2016 toteutunut Liikkuva seurakunta –hanke, jonka tavoitteena oli lisätä liikuntaa ja aktiivisuutta seurakuntien toimintaan. (Liikkuva seurakunta i.a.)

6.3 Kuntosaliryhmä H-klinikan asiakkaille

Kuntosaliryhmä Vantaan H-klinikan korvaushoidossa oleville asiakkaille on yksi pilottihankkeessa perustettu liikuntaryhmä, jota ohjaa päihdetyön diakoni Mariela Salminen. Kerran viikossa kokoontuva kuntosaliryhmä muodostuu tällä hetkellä noin seitsemästä osallistujasta sekä personal trainer -koulutuksen omaavasta ohjaajasta, joka toimii päihdetyön diakonina Vantaan seurakuntayhtymällä. Ryhmän jäsenet ovat korvaushoidossa olevia Vantaan H-klinikan asiakkaita. (Mariela Salminen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2019.)

Kuntosaliryhmä on osana Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeen toimintaa ja se on tarkoitettu niille asiakkaille, jotka ovat kiinnostuneita siitä, kuinka arjen aktiivisuus, lepo ja ravinnerikas ruokavalio edistävät terveyttä. Osallistujille ryhmä tarjoaa informaatiota ja kokemusta kuntosaliharjoittelusta sekä terveellisistä elämätavoista. Toiminnalla kannustetaan ryhmän jäseniä

kiinnittämään huomiota omaan hyvinvointiinsa. Pitkällä aikavälillä kuntosaliryhmän tavoitteena on saada ryhmäläiset liikkumaan säännöllisesti ja itsenäisesti. (Mariela Salminen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2019.)

Ryhmänohjaajan tehtävä on tukea ja opastaa osallistujia kuntosaliharjoittelussa sekä tarjota ajankohtaista ja konkreettista tietoa terveellisistä elämäntavoista. Ohjaaja keskittyy tekemään ryhmätilanteesta mielekkään samalla luoden luottamusta herättävän ilmapiirin. Toiminnan ohessa useiden kokoontumiskertojen lomassa kehittyy luottamus, joka mahdollistaa asioiden jakamisen ja keskusteluyhteyden syntymisen. Hyvää ryhmähenkeä ylläpitää säännöllisesti järjestettävä virkistyspäivä, jolloin ryhmä käy yhdessä esimerkiksi elokuvissa ja syömässä. Ohjaaja tarjoaa myös ryhmäohjauksen lisäksi osallistujille mahdollisuuden yksilökeskusteluihin ja -tapaamisiin, jolloin kahdenkeskeisissä kohtaamisissa voidaan käsitellä ryhmäläisen elämäntilannetta henkilökohtaisemmalla tasolla. (Mariela Salminen, henkilökohtainen tiedonanto 20.4.2019.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakoniatyölle asiakkaiden kokemuksista kuntosaliryhmästä. Tutkimuksessa haluamme tuoda esille, mitä kuntosaliryhmän jäsenet ajattelevat terveyden ja hyvinvoinnin olevan sekä heidän ajatuksiaan terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, kokevatko kuntosaliryhmän jäsenet kuntosaliryhmän terveyttä ja hyvinvointia edistävänä. Keskeisiä käsitteitä asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta ovat koettu hyvinvointi ja kokonaisvaltainen hyvinvointi.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä ovat hyvinvointi ja terveys, osallisuus, päihdetyö ja diakonia. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä kuntosaliryhmän jäsenet ajattelevat hyvinvoinnin ja hyvinvoinnin edistämisen olevan?
2. Ovatko kuntosaliryhmän jäsenet kokeneet kuntosaliryhmän toiminnan terveyttä ja hyvinvointia edistävänä?

Tutkimuksesta saatavia tietoja voidaan tulevaisuudessa käyttää Vantaan seurakuntien diakonisen päihdetyön kehittämiseen. Saatujen tietojen ja palautteiden pohjalta asiakastyötä voidaan jatkossa kehittää vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita ja odotuksia.

7.2 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisena tutkimuksena, jossa aineistoa kerättiin teemahaastattelun avulla. Laadullisella tutkimusmenetelmällä pyrimme saamaan yksilöllistä ja syvällistä tietoa asiakkaiden kokemuksista terveyden edistämisestä hyvinvointiryhmässä. Laadullinen tutkimus ei pyri määrällisen tutkimuksen kaltaisiin yleistämisiin vaan sen avulla pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98).

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on peilattu haastattelussa kerättyyn aineistoon sekä aineistoa on analysoitu laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tuomen ja Sarajärven (2018, 25) mukaan laadullisen tutkimuksen viitekehys ja luotettavuus muodostuvat teoriaosuuden perusteella. Ei ole olemassa puhdasta objektiivista tietoa, vaan kaikki tieto on siinä mielessä subjektiivista, että tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. Tässä mielessä laadullisen tutkimuksen perustelut korostavat teoriapitoisuutta kaiken tutkimuksen lähtökohtana. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 25.) Tässä opinnäytetyössä teoriaosuus myös kuvaa opinnäytetyön tekijöiden käsityksiä sekä tietoutta havainnoidusta asiasta.

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista koottu tieto (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83). Koska haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee jostakin asiasta, niin tulee meidän kysyä sitä häneltä itseltään. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, valitaan tarkoituksenmukaisesti. Haastateltaviksi valikoituu usein henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83–86.) Laadullista aineistoa tarkastellaan usein tietystä näkökulmasta ja kiinnitetään huomiota siihen, mikä on tutkimuskysymysten kannalta oleellisinta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 25). Tässä opinnäytetyössä oleellisinta on ollut kuntosaliryhmän jäsenten kokemukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntosaliryhmässä. Siksi haastattelussa olemme

käyttäneet teemana muuan muassa koettua hyvinvointia sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

7.3 Teemahaastattelu

Haastattelut jaetaan perinteisesti strukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaan. Näistä voidaan puhua myös nimityksillä: standardoitu ja standardoimaton haastattelu. Täysin strukturoitu haastattelu saattaa tarkoittaa esimerkiksi lomakehaastattelua, jossa on valmiit kysymykset ja vastausvaihtoedot. Strukturoidun ja strukturoimattoman haastattelun välimaastoon asettuu puolistrukturoitu (puolistandardoitu) haastattelu, jolle on tyypillistä, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Puolistrukturoiduista haastattelumuodoista tunnetuimpana pidetään teemahaastattelua. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 10–12.)

Opinnäytetyössämme aineistonkeruu toteutettiin teemahaastattelulla. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 11–16) mukaan teemahaastattelulle on ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen – tässä tapauksessa olleet jäseninä eritysdiakonian järjestämässä hyvinvointiryhmässä, joka on suunnattu opioidikorvaushoidossa oleville asiakkaille. Haastattelu keskittyy siis haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin. Teemahaastattelu sopii siihen hyvin, sillä teemahaastattelulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, tuntemuksia ja kokemuksia. Teemahaastattelussa aihepiirit eli teemat ovat kaikille tutkittaville samat. Teemat ovat ennalta määrättyjä, mutta kysymysten muoto sekä järjestys saattavat vaihdella. Oleellisinta teemahaastattelussa on se, että tarkkojen ja yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee valittujen teemojen mukaisesti. (Ruusuvuori & Tiittula, 2005, 11–16.) Vaikka olimme laatineet haastatteluja varten valmiin haastattelurungon (Liite 2.) valmiiksi laadittuine kysymyksineen, etenimme haastatteluissa kuitenkin teemojen mukaan, emme niinkään sanatarkkojen kysymysten.

7.4 Haastattelujen toteuttaminen

Haastattelut toteutettiin lokakuussa 2019. Ennen haastatteluja anoimme tutkimuslupaa Terveyden edistäminen diakoniatyössä –pilottihankkeelta ja Vantaan kaupungilta. Haastatteluja varten tiedotimme henkilökuntaa ja kuntosaliryhmän jäseniä tutkimuksesta ja haastattelujen sisällöstä. Jaoimme henkilökunnalle ja kaikille kuntosaliryhmän jäsenille tutkimustiedotteet (liite 1.), joista käy ilmi tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja yhteystietomme. Haastateltavat myös täyttivät suostumuslomakkeen (liite 2.), jolla varmistettiin kirjallisesti suostumus haastatteluun ja sen nauhoittamiseen.

Haastateltaviksi pyrimme saamaan mahdollisimman monen kuntosaliryhmän jäsenistä. Lopulta haastatteluun osallistui kolme kuntosaliryhmän jäsentä, jotka kaikki myös ovat H-klinikan korvaushoidossa olevia asiakkaita. Näiden kolmen haastateltavan lisäksi yksi kuntosaliryhmän jäsen olisi halunnut osallistua tutkimukseen kirjallisen kyselyn muodossa. Emme kuitenkaan voineet toteuttaa haastattelua kirjallisena kyselynä, koska olimme jo laatineet tutkimuslupahakemuksen liitteeksi tarkan tutkimussuunnitelman, jossa olimme määritelleet aineistonkeruun menetelmäksi teemahaastattelun.

Kaikkien kolmen haastateltavan haastattelun ajankohta sovittiin etukäteen H-klinikan henkilökunnan kanssa, jotka järjestivät H-klinikalta tilat haastattelujen toteuttamista varten. Haastattelut halusimme toteuttaa sellaisessa paikassa, joka olisi haastateltaville ennestään tuttu sekä turvallinen ja jossa kommunikointi olisi mahdollisimman häiriötöntä. Haastattelut saatiin sujuvasti toteutettua korvaushoitolääkkeen haun yhteydessä, jolloin haastateltaville koitui mahdollisimman vähän vaivaa haastatteluun osallistumisesta.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja ne nauhoitettiin, jotta jälkikäteen ne voitiin purkaa analysoitavaan muotoon. Haastattelutilanteessa paikalla oli haastattelija, haastateltava ja toinen tutkimuksen tekijä kirjoittamassa muistiinpanoja ja varmistamassa äänitykseen tarvittavien laitteiden sujuvan käytön.

Nauhoituksen onnistuminen varmistettiin nauhoittamalla haastattelut kahdella nauhurilla samanaikaisesti. Haastattelunrungon (liite 3.) olimme etukäteen suunnitelleet toimivaksi ja harjoitelleet itse haastattelutilannetta. Haastatteluruungon pohjalta esitetyt keskeiset kysymykset pyrimme haastattelutilanteessa esittämään arkisella kielellä, jotta ne olivat täysin ymmärrettävissä haastateltaville. Haastattelut olivat kestoltaan 15–45 minuuttia.

Opinnäytetyömme aihe käsittelee hyvinvointia ja terveyttä, sekä näiden edistämistä. Meillä kaikilla on oma henkilökohtainen käsitys hyvinvoinnista ja terveydestä sekä niistä tekijöistä, jotka määrittävät kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin. Täten halusimme aloittaa haastattelun kysymällä haastateltavilta itseltään mitä he ajattelevat hyvinvoinnin ja terveyden olevan. Tavoitteenamme oli saada haastateltavia pohtimaan omaan hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Jatkoimme haastattelua kysymällä kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista ja mitä ryhmäläiset ajattelivat sen pitävän sisällään.

Haastattelun edetessä kysyimme ryhmäläisten kokemuksia kokonaisvaltaisen näkökulman toteutumisesta kuntoutuksessa. Halusimme selvittää haastateltavien ajatuksia liittyen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Lähestyimme aihetta haastattelussa kysymällä: kokevatko kuntosaliryhmän jäsenet, että terveyttä ja hyvinvointia voi edistää ja jos voi, niin millä keinoilla. Kysyimme haastateltavilta myös kehitysehdotuksia kuntosaliryhmälle.

Haastatteluun osallistuneet kuntosaliryhmän jäsenet olivat olleet mukana kuntosaliryhmässä puoli vuotta tai kauemmin. Omien arvioidensa mukaan haastateltavat olivat osallistuneet kuntosaliryhmän toimintaan kymmeniä kertoja tänä aikana, joten heille ryhmän toiminta oli jo tuttua ja selkeää haastatteluja tehtäessä. Kaikki haastateltavat kertoivat saaneensa tietoa kuntosaliryhmästä niin H-klinikan henkilökunnalta kuin myös kuntosaliryhmän ohjaajalta.

7.5 Aineiston analyysi

Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme aineiston analyysiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103). Hyvärisen, Nikanderin ja Ruusuvuoren (2017, 430) mukaan sisällönanalyysissä analysoidaan haastattelussa puhuttuja sisältöjä. Sisällönanalyysillä pyritään myös saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Tutkimusaineistomme analyysissä painottuu aineistolähtöisyys. Aineistolähtöisellä analyysillä olemme pyrkineet luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden (Tuomi & Sarajärvi 2018, 80).

Haastatteluaineiston analyysi on aloitettu haastattelun litteroinnista eli tekstiksi muuttamisesta. Litterointi on keskeinen osa analyysiä. Se perustuu tutkijan esiymmärrykseen tutkittavasta teemasta ja sen aikana tehdään teoreettisia ja analyyttisiä valintoja. (Hyvärinen ym. 2017, 429.) Vaikka tutkija litteroidessaan tarkastelee aineistoa useaan kertaan, hän tulkitsee sitä havainnointikykynsä rajoittamana. Tekstiksi muotoiltu versio on vääjäämättä vain yksi tulkinta tilanteesta, ei eksakti kuvaus. (Hyvärinen ym. 2017, 437–438.) Tekstiksi puretut äänitallenteet muodostavat haastattelututkimuksen tutkimusaineiston. Litteroinnin tarkkuustason määräävät tutkimuskysymys ja analyysitapa. (Hyvärinen ym. 2017, 427–428.) Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet puheen pääsisällön purkavaa yleislitteraatiota.

Tutkimuskysymys ja valittu analyysitapa ohjaavat sitä, litteroidaanko aineisto kokonaan vaan riittääkö sen litterointi soveltuvin osin (Hyvärinen ym. 2017, 435). Halusimme litteroida haastatteluaineiston kokonaisuudessaan, sillä haastatteluissa puhuttu sisältö oli tutkimuskysymysten kannalta oleellista. Nauhoitteista litteroimme haastateltavien puheen sekä haastattelijan teemoittain esittämät kysymykset. Teimme litteroinnin Word -tekstinkäsittelyohjelmalla käyttämällä Arial –fonttia fonttikoossa 12. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 21 sivua.

Aineiston analyysin teknisen vaiheen aloitimme alkuperäisilmaisujen pelkistämisellä. Pelkistämisessä aineistosta etsitään ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Samaa kuvaavat yksittäiset pelkistetyt ilmaukset yhdistetään samaan kategoriaan, joka nimetään sisältöä kuvaavasti. Samansisältöisiä ala-kategorioita yhdistämällä toisiinsa saadaan yläkategorioita, jotka myös nimetään sisältöä kuvaavasti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-85.) Ala-kategorioita aineistossamme olivat muuan muassa psyykkinen ja fyysinen terveys, terveelliset elämäntavat, sosiaalinen hyvinvointi, materiaalinen hyvinvointi, osallisuus, asuinolot, työllisyys sekä toimeentulo, jotka muodostivat ylä-kategorioiksi koetun hyvinvoinnin ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin.

Aineiston järjestämisen muotona käytimme teemoittelua, jossa ideana on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Teemoittelu on paljon luokittelun kaltaista, jota pidetään yksinkertaisimpana aineiston järjestämisen muotona. Teemoittelun avulla saa pilkottua laadullisen aineiston erilaisten aihepiirien mukaan ja siinä painottuu, mitä kustakin teemasta on sanottu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105.)

Opinnäytetyössämme esiintyy aineistosta irrotettuja sitaatteja, joita olemme järjestäneet teemoittain eräänlaiseksi sitaattikokoelmaksi. Sitaatteja olemme käyttäneet esimerkkinä aineistosta ja perustelemaan tulkintaamme.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Hyvinvointi ja terveys

Haastateltavat kokivat terveyden ja hyvinvoinnin määrittelyn haasteelliseksi, koska niiden ajateltiin olevan vahvasti sidoksissa toisiinsa ja käsittävän laajan kokonaisuuden. Haastateltavat ajattelivat terveyden vaikuttavan hyvinvointiin – ja päinvastoin. Haastateltavilla oli yhtenäiset näkemykset ravinnon, unen ja liikunnan vaikutuksista hyvinvointiin. Yksi ryhmäläisistä painotti terveyden merkitystä ja sitä, että terveyttä ei voi pitää itsestäänselvyytenä. Terveyteen liitettiin myös sairaus tai sen puute. Yksi haastateltavista toi myös ilmi, että terveyttä ei voi ostaa rahalla. Kuntosaliryhmän jäsenten hyvinvointiin on haastattelujen perusteella vaikuttaneet monet tekijät – ei ainoastaan terveydentila tai materiaalinen hyvinvoinnin taso.

> Hyvinvointi ja terveys on sitä et syö säännöllisesti ja hyvin, monipuolisesti. Nukkuu riittävästi ja tottakai liikunta

> Hyvinvointi on enemmän mun mielestä päänsisäinen juttu

> Kyl se (terveys) merkitsee paljon, et kyl mä oon aina ollu huolissani jos on ollut niinku jotain mistä kokee et onkohan nyt kunnossa tai miks mua särkee johonkin maksaan tai johonkin. Et kyllä niinku se on vähän sellanen asia, et ei sitä arvosta ennen kun sen menettää tai ei sitä rahallakaan kaikkee saa, vaikka aika paljon saakin

> (Hyvinvointi on) Sitä että nukkuu hyvin mut ei liikaa, syö säännöllisesti ja on stressaantumatta pienistä asioista

8.2 Kokonaisvaltainen hyvinvointi

Tarkkaa tai yhdenmukaista hyvinvoinnin ja terveyden määritelmää ei haastatteluaineistossa esiintynyt. Sen sijaan haastateltavat mainitsivat useita hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueita. Haastatteluissa esiin tulleita hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueita olivat muun muassa: fyysinen sekä psyykkinen terveys, ravitsemus, liikunta, päihteettömyys, riittävä lepo, sosiaaliset suhteet, toimeentulo, osallisuus, asuinolot ja työllisyys. Näin ollen hyvinvoinnin ajateltiin olevan kokonaisvaltaista ja käsittävän kaikki hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueet. Yksi haastateltavista nostaa vakaan elämäntilanteen myös osaksi hyvinvointia - tällä hän viittasi kaikkien edellä mainittujen hyvinvoinnin ja terveyden osa-alueiden väliseen yhteyteen ja niiden väliseen tasapainotteluun. Haastateltavan mukaan elämäntilanne on vakaa, kun kaikki osa-alueet ovat tasapainossa keskenään.

> Onks se niinku sitte, terveys on tosi iso osa siitä (hyvinvoinnista) mut kai se on vielä laajempi käsite. Että vaikka terveydenkin ajattelen silleen henkisenä ja fyysisenä. Mut kai hyvinvointiin kuuluu niinku sosiaaliset suhteet ja talousasiat ja mitä kaikkee. (…) helposti erakoituu neljän seinän sisään. Et kyl mä tykkään käydä täälläkin ihan sen sosiaalisenkin puolen takii.

> No se (terveys) nyt on aika kokonaisvaltanen silleen että on henkinen hyvinvointi, et ei oo masentunut tai ahdistunut tai jotenki... et kylhän se vaikuttaa jos sul on vaik asunto lähdössä alta (…) tai kela asiat jumissa et niist kyl stressaa sitte. (…) Et kyl se liikunta ja tällänen olis hyvä tai pitäis kuulua siihen normaaliarkeen ja… no, pitäs syödä terveellisesti (...) Jos mentäis johonki ihannetilanteeseen, nii kai se ois et lopettais tupakoinnin ja söis hyvin ja kävis vaikka 4-5 kertaa kuntosalilla et se on aika laaja käsite kuitenkin, et niinku hyvinvointi. Mieluiten et ois kaikki raha-asiat kunnossa ja tällästa, tai kunnossa ja kunnossa, mut niin hyvin ku voi olla. Et ois sellanen vakaa elämäntilanne, ettei tulis sit itekkään möhlittyä.

Vastausten perusteella haastateltavat kokivat kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sisältävän terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueiden kokonaisarvion, joka summautuu tietynlaiseksi elämään tyytyväisyydeksi tai onnellisuudeksi, eli koetuksi hyvinvoinniksi. Kaikki haastateltavat pitivät kokonaisvaltaista hyvinvointia jonkinlaisena päämääränä tai tavoitteena. Kaksi haastateltavaa painottivat henkisen hyvinvoinnin merkitystä psyykkiselle terveydelle. Yksi haastateltavista kuvasi kokonaisvaltaista hyvinvointia henkisenä rauhana: mielessä ei olisi asioita, joista stressata.

> Emmä tiiä, kai se (kokonaisvaltainen hyvinvointi) on vähä sellanen unelma. Kukapa ei haluis voida hyvin. (...) Kyl se merkitsee paljon, mut ehkä se on jotenki sellanen, et en koe vielä et on saavuttanut kaikkea. Mut kai se on et on elämään iloinen ja tyytyväinen. Kyl tietyistä ihmisistä huokuu sitte jos on asiat hyvin. Kerron sitten, kun sen joskus toivottavasti löydän… et se on asia mitä koitan tavoitella.
>
> Se et on niinku fyysinen kunto ja henkinen tila.
>
> Just että ois sellanen henkinen rauha tai jotain, ettei ois asioita mitkä stressaa mielessä. Ja sais käytyy paljon salilla ja ois niinku asiat mahdollisimman hyvin ja ei tulis ite sit hölmöiltyy. Ja kyl mä haluisin töihinki viel jokupäivä (…) Kun mä kävin siel NA-ryhmässä ja ihmiset puhuu asuntolainasta ja autolainasta ja mä olin sillee et vau, oispa mullaki joskus noi ogelmat. Et kyl sitä haaveilee sellasesta normaali elämästä tai jotenki.

Haastateltavien mielestä heille suunnatuissa palveluissa voitaisiin huomioida paremmin ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. Kaksi haastateltavista kuvasivat ryhmämuotoisen toiminnan tärkeyttä ja toivoivat, että ryhmätoimintaa lisättäisiin tulevaisuudessa. Päihdepalveluita Suomessa pidettiin yleisesti ottaen laadukkaina.

> Ainahan vois olla useempi salipäivä tai ryhmäpäivä viikossa, et aina vois olla enemmän. Mut ymmärrän et resurssit on rajalliset. (…) Et on nää päihdepalvelut Suomes aika hyväl mallilla et vois olla paljon huonomminkin.
>
> (…) Et sit se korvaushoito vakiinnutti sen (elämäntilanteen). Et oon koittanu osallistuu kaikkii ryhmiin täällä, et oon bilis-ryhmässä kans perjantaisin.

8.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Haastateltavien mielestä terveyttä ja hyvinvointia voi edistää monin eri tavoin. Vastauksissa korostuivat liikunnan, ravinnon, levon, työn, toimeentulon ja päihteettömyyden merkitys terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Haastateltaville liikunnan tuoma hyvä olo motivoi ryhmään liittymiselle ja kuntosaliharjoitteluun. Haastatteluista tuli esille, että kuntosaliryhmään osallistuminen on motivoinut

jäseniä kiinnittämään huomiota aiempaa enemmän ruokavalioon, sillä kuntosaliharjoittelu on kannustanut syömään terveellisemmin. Työn ja toimeentulon tuomat materiaaliset kuin sosiaalisetkin hyvinvoinnin tekijät esiintyivät aineistossa terveyttä edistävinä tekijöinä.

> Sitä voi periaattees monellakin tapaa. Mut esimerkiks mun mielestä tää kuntosalihomma on ainakin tosi hyvä. Se sit motivoi ehkä sit kiinnittää enemmän huomioo siihen miten syö ja tällein
>
> Aikaisemmin oon käyny kans salilla, et ehkä se on ollu sellasta kausittaista. (…) Tiesin et siit tulee kuitenkin niinku hyvä olo. Et sellasta niinku kuitenki oman hyvinvoinnin edistämistä tai jotenki.
>
> Terveyttä voi edistää syömällä hyvin, koittaa nukkuu hyvin (…) ettei tupakois, en juo alkoholii mut ettei käyttäis päihteitä ja liikkuis ja söis hyvin. Nii… kai joku työpaikkakin, et kyl se on sellasta sosiaalista hyvinvointia monessa mielessä. Ei se kaikilla jotka lotossa voittanu, nii oo mennykkää niin hyvin ku… Ei sillä ettei kelpais, mut joo kyl se (hyvinvoinnin edistäminen) on sellanen laaja ja kokonaisvaltanen.

8.4 Kuntosaliryhmän vaikutukset hyvinvointiin

Kaikki haastateltavat kokivat kuntosaliryhmän vaikuttaneen hyvinvointiin ja terveyteen positiivisesti. Kukaan haastateltavista ei katunut kuntosalille lähtemistä tai ryhmään osallistumista. Yksi haastateltavista kertoi kuntosaliryhmän käynnistäneen niin sanotun hyvän kierteen, eli kuntosaliharjoittelusta tuli pysyvä arjen rutiini. Kaikki haastateltavat kertoivat, että liikunnasta on kuntosaliryhmän myötä tullut heille säännöllisempää ja liikunnan määrä heidän arjessaan on lisääntynyt. Yksi haastateltavista toi esille liikunnan vaikutuksen endorfiinituotantoon. Haastateltava koki liikunnan olevan luonnollinen tapa saavuttaa hyvää oloa sen sijaan, että hakisi hyvän olon tunnetta päihteitä käyttämällä.

Kuntosaliryhmäläiset kokivat, että ryhmä on tuonut merkityksellistä sisältöä arkeen ja se on vaikuttanut myönteisesti myös kuntoutumiseen. Myönteiseksi vaikutukseksi mainittiin myös ryhmään kuulumisen tuoma positiivinen ryhmäpaine,

joka auttoi sitoutumaan ryhmän toimintaan ja pitämään kiinni sovituista kuntosalipäivistä.

> Onhan sil ollu tietenkin vaikutusta. Aina salin jälkee on hyvä fiilis ja sit sinne tulee lähettyyki ku on sellasta ryhmäpainetta ja ku on sovittu, et keskiviikkosin mennään. No joo oon mäki joskus sanonu etten jaksa tai pysty tai jotain, mut aina pyrkiny et on siinä kunnos et pääsis osallistuu ja vaikka tänään ei oo ryhmää, niin mä aion mennä sinne salille kuitenkin. Et kyllähän se on jo, tai ei nyt hyvän kierre ku oon viimeks käyny viime keskiviikkona, et pitäs käydä useemmin ku kerran viikos, mut kyl se on johtanut hyvään. Et jos sitä keskiviikon juttuu ei olis, nii emmä varmaan olis ottanu niit salikamoi mukaan. Olo oli aamul kuitenki huono nii ei huvittanu yhtää ottaa niit kamoi ees mukaan. Mut ties et olo paranee tääl sit, et sit harmittais ettei ottanu kamoi mukaan, kun aamul ollu eri mieltä. Et kyl se on johtanut sellaseen postiviiseen kierteesen.
>
> Ennenhän mä niinku hyvää tuulta ja hyvää oloa kemikaalisesti aiheutin itelleni. Nykyisin se on enemmän semmosta normaalia endorfiinin aiheuttamaa, semmonen niinku luonnollisempi tapa.

Myös kuntosaliryhmän ohjaajan edellisenä päivänä lähettämä muistutusviesti koettiin tärkeäksi, sillä se merkitsi haastatelluille sopimusta kuntosalille menemisestä. Kaksi haastateltavaa toivat esille, että kuntosaliryhmä on kannustanut heitä liikkumaan enemmän myös itsenäisesti.

> Se on hyvä et tulee se viesti edeltävänä päivänä et huomen sit, niin se on sit vähä niinku sovittu. Ja on mul nytki salikamat messis, et kyl mä meen sinne nyt yksinkin. Ja oon mä niinku yrittäny ja jossain vaihees kävinki kolme kertaa viikos. Nyt koittaa saada taas vähä rytmii.
>
> Ei kai se (terveys) niin huono ollu sit ennen kuntosaliryhmää, et oli tää hoito tasaannuttanu paljon asioita. Mut tottakai se ryhmä oli tervetullut. Emmä muista kävinkö salilla silloin, et kyl mä otin sen ilolla vastaan.
>
> Ainaki se on kohentanu lihaskuntoa, voimaa ja kestävyyttä. Myöski psyykkisel puolella tottakai on se iso tekijä. Mieli on virkeempi ja sitä kautta nukkuu paremmin ja jaksaa ehkä paremmin.

Haastateltavat kokivat kuntosaliryhmän vaikuttaneen positiivisesti elämäänsä. Haastatteluissa nousi esille useita kuntosaliryhmän positiivisia vaikutuksia. Ryhmämuotoinen toiminta koettiin motivaatiota lisäävänä tekijänä, sillä yksin

kuntosalille lähtemiseen liittyi korkeampi kynnys. Ryhmän kanssa yhdessä tekemistä pidettiin merkityksellisenä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta.

Saadun kuntosalikortin koettiin tuovan niin motivaatiota kuin vastuutakin. Haastatteluissa tuli esille, että kuntosalikortin saatuaan sitä on myös käytettävä. Haastateltavat kokivat kuntosalikortin käyttämättä jättämisen vievän paikan ryhmästä sellaiselta, joka olisi halukas osallistumaan aktiivisesti kuntosaliryhmään. Yksi haastateltavista kertoi itsellensä tärkeäksi tekijäksi kuntosaliryhmään kuulumiselle ilmaisen kuntosalikortin. Kuntosaliryhmän voisi siis katsoa tuoneen jäsenilleen taloudellista helpotusta – kuntosalikorttiin ei välttämättä olisi muuten varaa.

> Mä katoin sen sillein hyödylliseksi et mä saan siitä niinku käytännös ilmaisen kuukauskortin kuntosalille, ja se oli ainaki se suurin syy ehkä ja tietty se et tulee kans käytyy ku tietää että se salipäivä on sillon joka keskiviikko ja sit kaikki niinku lähtee porukalla.

Kaikissa haastatteluissa tuli esille kuntosaliryhmän merkitys arjessa jaksamiseen ja arkisista asioista suoriutumiseen. Kuntosaliharjoittelu vaikutti positiivisesti haastateltavien arkeen ja sillä oli ryhmän toiminnan ulkopuolelle ulottuva aktivoiva vaikutus. Arjessa lisääntyneen aktiivisuuden koettiin edistävän arjen hallintaa.

> Jaksaa myös sit arjessa paremmin suoriutua kaikesta mitä nyt ihmisellä onkin

> Siin on kans se tietty et kun on tavallaan sitoutunut siihen niin sitä on myös sit tullu lähettyy treenaamaan. Ja sit mä oon innostunu ehkä nytte viimeaikoina taas enemmän jotenkin oikeestikkin siit treenaamisesta ja se tuottaa niinku hyvää fiilistä ja sitä ehkä odottaakin sitä salille pääsyä nykyään eri tavalla ku tossa aiemmin

> (Kuntosaliryhmä on tuonut elämään) Ainakin hyvää mieltä ja sitä, että jaksaa niinku selviytyä arjen askareista hyvin

> Se (kuntosaliharjoittelu) auttaa myös pois tommosist arjen pienistä huolista ja tuo ne semmoseen niinku normaalimpaan valoon.

8.5 Osallisuus ja vertaistuki

Haastatteluissa korostui yhteisöllisyys kuntosaliryhmässä ja tätä kautta ryhmän jäsenten osallisuuden edistäminen. Kuntosaliryhmään kuuluminen ja vuorovaikutus muiden ryhmän jäsenten kanssa vahvistivat haastateltavien osallisuuden ja vertaisuuden kokemusta. Kuntosaliryhmä tuki haastateltavien sosiaalisia suhteita ja edisti sosiaalista hyvinvointia. Kuntosaliryhmän ilmapiiriä haastateltavat kuvailivat muut huomioivaksi, auttavaiseksi ja hyväksi. Yhdessä tekeminen innosti ryhmäläisiä myös toistensa auttamiseen.

> Tavallaan ku saa muitten seuraa nii siin niinku saattaa innostuu siitä enemmän ja pystyy auttaa muita ja saamaan muiltakin apuu. Se antaa niinku motivaatioo enemmän kun siinä on muitakin ihmisiä
>
> Kaikki on valmiita niinku auttamaan toisiaan aina
>
> Kaikki tulee tosi hyvin juttuun ja toimeen
>
> Siel on hyvä meininki mun mielest
>
> No joo, koen et sen takii mul on tänäänki salikamat ku sanoin tolle yhelle et niinku huomen mennään, ku oltiin kunnianhimosesti laskettu kalenteriin päiviä milloin mennään. (…) Et on siellä sellanen positiivinen ryhmäpaine.

8.6 Ohjaajan rooli

Kuntosaliryhmän ohjaajan rooli osoittautui haastattelujen perusteella tärkeäksi kuntosaliryhmässä. Ohjaajan nähtiin ryhmätoiminnan tavoin motivoivan ryhmäkerroille osallistumiseen sekä itse kuntosaliharjoitteluun. Ohjaajaa pidettiin osaavana, kannustavana ja helposti lähestyttävänä. Haastateltavat toivat myös esille, että ohjaajan ja heidän välillään toteutui luottamuksellisuus. Haastateltavien mukaan ohjaaja on osannut antaa oikeanlaista tukea ja apua kuntosaliharjoitteluun sekä ohjeita hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämiseen. Haastateltavat pitivät

tärkeänä sitä, että ohjaaja osasi neuvoa uusia tulokkaita laitteiden käytössä ja liikeradoissa. Ohjaajalta avun tai mielipiteen kysyminen koettiin kynnyksettömäksi.

> Jotenkin osaa motivoida ja kannustaa ihmisiä tulemaan ja käymään siinä ja sit järjestää kaikkee muutakin toimintaa aina välillä. Niin sekin on iso plussa ja sekin innostaa varmasti porukkaa sitten
>
> Mariela on ollut hyvä ja osaava ohjaaja ja se osaa kattoo kuka tarvii enemmän apuu ja itekkin oon kysynyt mielipidettä jostain. Ei mitään huonoo sanottavaa.

Kysyimme haastateltavilta, kuinka ohjaajan koulutus (diakoni) näyttäytyi kuntosaliryhmässä. Kysyimme myös, ovatko he käyneet ohjaajan kanssa kahdenkeskeisiä keskusteluja ja onko keskusteluissa noussut esille hengellisyys tai uskoon liittyvät kysymykset. Kaikki haastateltavista kertoivat käyneensä kahdenkeskeisiä keskusteluja ohjaajan kanssa. Keskusteluissa korostuivat avoimuus ja luottamuksellisuus, ei niinkään Jumalaan, uskoon tai kirkkoon liittyvät kysymykset. Yksi haastateltavista myös kertoi asenteensa muuttuneen myönteisemmäksi Suomen evankelis-luterilaista kirkkoa kohtaan.

> No ei se siellä kuntosalipuolella, et ehkä niinku ku keskustelee niin tulee ehkä… saattaa tulla jotkut uskonto jutut ja asiat keskusteluun. Koen ehkä välillä vähän, en tiiä en oo siitä uskonnosta kyselly. En koe sitä mitenkään häiritsevänä, vaan normaalikeskusteluissa tullu esille tää diakoni. Ei oo mitään ongelmaa siinä et se on kirkon puolelta, vaikka en kuulukkaan kirkkoon, kun erosin joskus nuorena kirkollisveron takia. Ehkä sitä on asenteetkin vähän loiventunut. Ihan sama vaikka liittyis takaskin
>
> Ehkä jonkun verran hengellisiä, mut en varsinaisesti ehkä uskontoon. Kyl mä oon ite niinku kokenu et on se ollu tärkeetä saada kertoa se mitä ehkä sillon mielen päällä on ollut
>
> Marielalle voi kyl puhuu ihan mitä vaan

8.7 Kuntosaliryhmän kehittäminen

Kaikki haastateltavista toivat esille, että toivoisivat kuntosaliryhmäkertoja olevan kaksi viikossa. Yksi haastateltavista toivoi myös, että tapaamiskertoihin voisi yhdistää ruokailun kuntosaliharjoittelun jälkeen, jolloin tarjoutuisi mahdollisuus terveelliseen ja monipuoliseen ravintoon kuntosaliharjoittelun tueksi. Haastatteluissa nousi esille myös pohdintaa kuntosaliryhmän jatkosta ja nykyisen kuntosaliryhmän toiminnan kestosta. Kaikkien haastateltavien toiveena oli, että kuntosaliryhmä jatkaisi toimintaansa samanlaisena jatkossakin. Ryhmän jatkumisen suhteen haastateltavat kokivat epävarmuutta johtuen Suomen evankelis-luterilaisen kirkon rajallisista resursseista ja niiden kohdentamisesta.

> Kyllä, (…) et kyllä mä koen et on ollu hyötyä. Et kyllä mä toivoisin että sitä jatkettais… Että rahastahan se varmaan on kiinni loppupeleissä. En tiedä onko suomen kirkko nyt niin köyhä, mut sit taas et toivottavasti tämmönen hanke nyt jatkuis. Et tota ois se sääli jos se lopetettais. et kaikki hyvä loppuu aikanaan. Mut toivoisin ilman muuta et jatkettais ryhmää ja ei haittais vaikka olis kaks kertaa viikossakin. Koen että on ollu hyötyä ja koen että ryhmä on hyvä ja vetäjä on hyvä. Emmä oikee mitää pahaa sanottavaa keksi.
>
> Sillee että ois kaks kertaa viikossa, kolme ois sitten et voi olla sitoutumisongelmii… Ei kaks kertaa viikos olis paha. Emmä tiiä, ihan kivoi noi et käydään syömässä ja leffassa… Emmä keksi muuta kun et se vois olla useammin.
>
> Haluaisin että se ryhmä jatkuu, en tiiä onko siihen nyt sitten jotkut määrärahat. Toivoisin, että se jatkuu.
>
> Mun mielest sais olla kaks kertaa viikossa

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tuloksena voidaan todeta, että kuntosaliryhmän jäsenet kokivat hyvinvoinnin laajaksi kokonaisuudeksi, johon liittyi vahvasti terveys ja terveydelliset tekijät. Haastatteluissa korostui koetun hyvinvoinnin kokonaisvaltaisuus, johon vaikuttaviksi tekijöiksi kuntosaliryhmän jäsenet määritteli vät fyysisen sekä psyykkisen terveyden, ravitsemuksen, liikunnan, päihteettömyyden, riittävän levon, sosiaaliset suhteet, toimeentulon, osallisuuden, asuinolot sekä työllisyyden. Haastateltavat kokivat kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sisältävän terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueiden kokonaisarvion, joka ikään kuin summautuu tietynlaiseksi elämään tyytyväisyydeksi tai onnellisuudeksi. Haastateltavien käsitykset jäljittelivät siis pitkälti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2019) määritelmää hyvinvoinnista.

Tutkimustulosten mukaan kuntosaliryhmään osallistuminen edisti jäsentensä hyvinvointia ja terveyttä. Haastateltavien näkemyksen mukaan kuntosaliryhmään osallistuminen vaikutti positiivisesti terveyteen sekä koettuun hyvinvointiin. Arjen hallinnan, sosiaalisten suhteiden, liikunnan tuoman hyvän olon, mielekkään tekemisen, vertaistuen ja osallisuuden kokemuksen kautta kuntosaliryhmä lisäsi ryhmäläisten hyvinvointia. Liikunnan vaikutus koettiin terveyttä ylläpitävänä ja edistävänä. Tulosten perusteella voikin todeta, että kuntosaliryhmän vaikutukset jäsenten terveyteen ja hyvinvointiin ovat olleet laaja-alaisia, sillä kuntosaliryhmä on edistänyt ryhmäläisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä lisännyt ryhmäläisten yhteisöllisyyden, vertaisuuden ja osallisuuden -kokemusta.

Ervastin (2018, 115) mukaan Suomessa kaikilla ei mene hyvin, sillä hyvinvoivan enemmistön lisäksi yhteiskuntaamme kuuluu myös vähemmistö, jonka elintaso ja elämänlaatu ovat jääneet selvästi jälkeen tavanomaisesta. Karvosen ym. (2017) tutkimuksessa on todettu pysyviä ja jopa kasvavia terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisussa (2017) painotetaan, että huomiota pyritään kiinnittämään erityisesti köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen osallisuutta edistämällä.

Sote-uudistuksessa palvelujärjestelmän uudistamisen keskeisiä tavoitteita ovat asiakaslähtöisyyden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen palvelujärjestelmässä. Vahvistamalla asiakasosallisuuden toteutumista pyritään saavuttamaan tavoitteet. Asiakasosallisuus on asiakkaiden osallistumista ja vaikuttamista saamaansa palveluun sekä palvelukokonaisuuksien ideointiin, suunnitteluun, kehittämiseen, toteuttamiseen ja arviointiin. (THL 2019a.) Mielestämme opinnäytetyömme toteuttaa tätä tarkoitusta. Opinnäytetyömme myös osoittaa, että korvaushoidon asiakkaille suunnattu kuntosaliryhmä toteuttaa diakonian tavoitetta puolustaa jokaisen ihmisarvoa ja tukea heikoimmassa asemassa olevia (Gävert & Thitz 2018, 216).

10 POHDINTA

10.1 Eettisyys

Tutkimusta varten haimme tutkimuslupaa Vantaan kaupungilta sekä Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeelta. Luvan opinnäytetyön tekemiselle saimme lokakuussa 2019. Jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa huomioimme tutkimuksen eettisyyden toteutumisen, jota pyrimme arvioimaan koko tutkimuksen toteutuksen ajan. Tutkimuksessa olemme noudattaneen tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia. Hyvän tieteellisen tutkimuksen piirteitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus, asianmukaisten tutkimusmenetelmien käyttäminen, oikeanlainen lähdeviittaaminen, tulosten asianmukainen käsittely, tutkimuslupa sekä tietosuojan huomioiminen kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7).

Ennen aineistonkeruuta jaoimme mahdollisille haastateltaville tutkimustiedotteet (Liite 1.) ja kerroimme asianmukaisesti tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastattelutilanteessa ennen haastattelun aloittamista kertasimme vielä tutkimustiedotteen sisällön ja pyysimme haastateltavilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle. Suostumuslomakkeessa (Liite 2.) oli myös selkokielellä kerrottu tutkimuksen tavoite, sisältö ja osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimukseen osallistuneille annoimme myös yhteystietomme siltä varalta, että he haluavat saada lisätietoa tutkimuksesta. Painotimme osallistujille, että tutkimuksesta voi jättäytyä pois missä tahansa vaiheessa tutkimusta ja haastattelutilanteessa saa halutessaan jättää vastaamatta kysymyksiin.

Tutkimuksessa on otettu huomioon 1.1.2019 voimaan astunut tietosuojalaki (L 1050/2018), jossa säännellään tietyistä henkilötietojen käsittelyyn liittyvistä erityistilanteista, kuten henkilötunnuksen ja yksityishenkilöön kohdistuvien arkaluonteisten tietojen käsittelystä esimerkiksi tieteelliseen tutkimukseen käyttämiseen liittyen. Opinnäytetyössämme tutkimustekstit on kirjoitettu niin, että niistä ei

ole tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyksiä. Haastattelussa käytetyt sitaatit ovat eri henkilöiden lausumia ajatuksia. Olemme tietoisesti jättäneet koodaamatta sitaatit niin, että haastateltavat olisivat erotettavissa, sillä sekä haastateltavien määrä ja koko kuntosaliryhmän koko on pieni. Tällä pyrimme turvaamaan haastatteluihin osallistuneiden anonymiteetin säilymisen.

Aineistoa on säilytetty koko tutkimuksen ajan tietoturvallisesti salasanasuojatuilla tietokoneilla, johon on ollut pääsy ainoastaan tutkimuksen tekijöillä. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto on hävitetty asianmukaisesti tietosuoja huomioiden. Tutkimusraportin lisäksi ei jäänyt muuta arkistoitavaa aineistoa tutkimuksesta.

10.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy useita erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuden arvioimisesta eikä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita. Luotettavuutta arvioidessa on hyvä kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteeseen ja tarkoitukseen, omaan sitoumukseen tutkijana, aineiston keruuseen, tutkimuksen tiedonantajiin, tutkija-tiedonantaja-suhteeseen, tutkimuksen kestoon, aineiston analyysiin, tutkimuksen eettisyyteen ja tutkimuksen raportointiin. Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena, jossa painottuu sen sisäinen johdonmukaisuus eli kaikkien edellä mainittujen seikkojen suhde toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158–164.)

Haastatteluaineistossa oli paljon yhdenmukaisuutta eri haastateltavien vastauksissa. Suhtaudumme itse kuitenkin kriittisesti tulosten yleistettävyyteen haastateltavien määrään vedoten. Tuloksissa olisi voinut olla enemmän hajontaa, jos olisimme saaneet haastateltavaksemme useamman kuntosaliryhmän jäsenen. Emme siis voi olla varmoja siitä, että aineiston laajuus olisi riittävä tai että se sisältäisi riittävän määrän erilaisia vastauksia.

Tutkimuksesta saamiamme tuloksia pidämme kuitenkin luotettavina, sillä opinnäytetyössämme emme ole pyrkineet määrällisen tutkimuksen kaltaisiin yleistämisiin vaan olemme pyrkineet kuvaamaan ja ymmärtämään henkilöiden kokemuksia terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niiden edistämisestä kuntosaliryhmässä. Opinnäytetyön teoriaosuudessa on peilattu haastatteluissa kerättyyn aineistoon. Tuomen ja Sarajärven (2018, 25) mukaan laadullisen tutkimuksen viitekehys ja luotettavuus muodostuvat teoriaosuuden perusteella. Ei ole olemassa puhdasta objektiivista tietoa, vaan kaikki tieto on siinä mielessä subjektiivista, että tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa. Tässä mielessä laadullisen tutkimuksen perustelut korostavat teoriapitoisuutta kaiken tutkimuksen lähtökohtana. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 25.)

10.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Olimme etukäteen pohtineet aiheen valintaa tarkkaan, sillä halusimme saada aikaan merkityksellisen ja molempien kiinnostusta vastaavan työn. Aihe valikoitui meidän ollessa diakoniatyön harjoittelussa päihde- ja kriminaalityössä helmikuussa 2019. Laadimme keväällä 2019 opinnäytetyölle suunnitelman, jossa määrittelimme keskeiset aihealueet ja tutkimuskysymykset. Heti suunnitelman hyväksymisen jälkeen olimme yhteydessä Vantaan seurakuntayhtymään hakeaksemme tutkimuslupaa hankkeelta. Olimme suunnitelleet toteuttavamme aineiston keruun haastattelulla kesän aikana, mutta tutkimusluvan puuttuessa ja kuntosaliryhmän ollessa tauolla kesäajan laadimme uuden aikataulun syksylle.

Elokuussa 2019 saimme tutkimusluvan Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeelta, jonka toimintaa tutkimme. Kun aloimme järjestämään syyskuulle haastatteluja yhteistyössä H-klinikan kanssa, meille selvisi, että tarvitsemme erillisen tutkimusluvan myös Vantaan kaupungilta. Niinpä jouduimme laatimaan uuden aikataulun tutkimuksen toteuttamiselle. Lopulta ehdimme saamaan tutkimusluvan kaupungilta viime hetkellä niin, että opinnäytetyön ja valmistumisen aikataulu oli jokseenkin vielä mahdollinen. Tutkimuslupien saaminen vei siis

aikaa odotettua kauemmin ja lopulta tutkimuslupa Vantaan kaupungilta myönnettiin lokakuussa 2019. Haastattelut, litteroinnin ja aineiston analyysin toteutimme ripeällä aikataululla lokakuun aikana. Tiukan aikataulun vuoksi haastattelujen määrä jäi vähään. Uskomme, että ajan kanssa olisimme saaneet sovittua haastattelut myös muiden kuntosaliryhmän jäsenten kanssa ja tutkimuksesta saadut tulokset olisivat olleet luotettavampia yleistettävyyden kannalta.

Mielestämme olemme kuitenkin onnistuneet tutkimuksella vastaamaan valitsemiimme kysymyksiin koskien tutkimuskohdetta. Olemme myös onnistuneet osoittamaan tutkimuksellamme kuntosaliryhmän positiivisen vaikutuksen jäsentensä hyvinvointiin ja terveyteen. Tuloksien pohjalta voidaan todeta, että kuntosaliryhmä on lisännyt ja edistänyt kuntosaliryhmään osallistuneiden kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Opinnäytetyön myötä olemme perehtyneet syvemmin suomalaiseen sosiaali- ja terveyspolitiikkaan sekä sen tavoitteisiin lähinnä eri väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi. Olemme seuranneet ajankohtaista keskustelua soteuudistuksesta ja pohtineet tutkimuksemme ajankohtaisuutta ja vaikuttavuutta yhteiskunnallisella tasolla. Eriarvoistuminen, syrjäytyminen sekä hyvinvointi- ja terveyserot ovat todellisia ongelmia yhteiskunnassamme. Näiden ongelmien ehkäisyyn ja poistamiseen tulevaisuudessa tulemme tarvitsemaan vieläkin vahvempaa sektorirajat ylittävää moniammatillista verkostotyötä. Mielestämme tämä ajatus konkretisoituu myös opinnäytetyössämme.

Kokemuksemme mukaan opinnäytetyön prosessi on mahdollistanut meille ammatillisen kasvun. Prosessin aikana olemme oppineet ennen kaikkea luotettavan ja eettisen tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri työvaiheista. Opinnäytetyö on opettanut meitä luotettavaan tiedonhakuun ja sujuvaan tutkimusraportin kirjoittamiseen. Prosessin aikana myös tiimityöskentely- ja viestintätaitomme ovat kehittyneet ja olemme oppineet lisää eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä. Opinnäytetyön prosessi on saanut meidät pohtimaan syvemmin oman työmme tavoitteita ja vaikuttavuutta suhteessa palvelujärjestelmään ja sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. Opinnäytetyön prosessin aikana meille ikään kuin konkretisoitui työmme merkitys osana suurempaa kokonaisuutta. Voisi siis todeta, että opinnäytetyö summaa

sen kolmivuotisen oppimisen ja tiedon keruun, mitä sosionomi (AMK) -diakoni -tutkinto on pitänyt sisällään. Opinnäytetyöllä koemme osoittaneemme osaamisemme suhteessa alan kompetensseihin.

10.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö antaa ajankotaista tietoa siitä, miten hyvinvointia ja terveyttä voi tukea ja edistää diakonisessa päihdetyössä. Tuloksista voi päätellä, että korvaushoidon asiakkaat pitivät kuntosaliryhmää terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana, joka tuki myös kuntoutumista. Kuntosaliryhmä koettiin merkitykselliseksi toiminnaksi, jonka toivottiin jatkuvan tulevaisuudessakin. Tulevaisuudessa kuntosaliryhmän toimintaa voi kehittää asiakkailta nousseiden kehitysideoiden pohjalta.

Tutkimustulokset puoltavat eri toimijoiden välistä yhteistyötä, jota jatkossa tulee lisätä ja kehittää valtakunnallisesti erityisesti ennaltaehkäisevässä päihdetyössä (Warpenius ym. 2015, 86–87). Korvaushoitoasetuksessa (A 33/2008) on maininta hoitosuunnitelman laatimisesta, jossa tulee huomioida lääkehoidon lisäksi asiakkaan psykososiaalisen tuen tarve. Tutkimuksestamme käy ilmi, että kaikenlainen ryhmätoiminta on tervetullutta korvaushoidon asiakkaille. Ryhmätoiminnan suunnittelu ja kehittäminen voisi tapahtua tulevaisuudessa yhteistyössä verkostojen ja asiakkaiden kanssa. Näin myös asiakasosallisuus toteutuisi palveluja suunniteltaessa (Leemann & Hämäläinen 2015).

Tutkimuksen myötä aloimme pohtimaan jatkotutkimusehdotuksia koskien päihdekuntoutujien hyvinvoinnin edistämistä sosiaalisen kuntoutuksen keinoin. Meitä kiinnostaa erityisesti työntekijöiden näkemykset eri toimijoiden välisestä verkostotyöstä ja toiminnallisten menetelmien käytöstä päihdetyössä. Myös asiakasosallisuuden toteutuminen päihdekuntoutujille suunnatuissa palveluissa on ajankohtainen ja tärkeä tutkimusaihe, jota voisi tutkia laaja-alaisesti tulevaisuudessa. Olisi tärkeää selvittää ehkäisevien, edistävien ja sosioekonomisia terveyseroja

kaventavien toimien tuomat kustannusvaikutukset sosiaali- ja terveydenhuolto-menoihin pitkällä aikavälillä.

LÄHTEET

A 33/2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Saatavilla 12.10.2019: https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033

Aalto, M., Alho, H. & Niemelä, S. (2018). Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Ahola-Launonen, J. (2018). *Lopuksi: Meidän ja muiden oikeudenmukaisuus.* Teoksessa Häyry, M., Takala,T. & Ahola-Launonen, J. (toim.) Oikeudenmukaisuuden ongelma. Helsinki: Gaudeamus.

Allardt, Erik (1993). *Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research.* Teoksessa: Martha Nussbaum & Amartya Sen (toim.): The Quality of Life. Oxford: Clarrenon Press

Ervasti, H. (2018). Halutaanko oikeudenmukaisuutta tasa-arvoa lisäämällä? Teoksessa Häyry, M., Takala, T. & Ahola-Launonen, J. (toim.) Oikeudenmukaisuuden ongelma. Helsinki: Gaudeamus.

Evl (2019). Diakonia. *Tietoa diakoniasta.* Saatavilla 16.10.2019: https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/diakonia/tietoa-diakoniasta

Gothóni, R & Jantunen, E. (2010). *Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä.* Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu

Gothoni, R., Helosvuori, R., Kuusimäki, K., Puuska, K. (2012). *Kantakaa toistenne kuormia. Diakoniatyön perusteet ja käytäntö.* Helsinki: Kirjapaja

Gävert, T. & Thitz, P. (2018). *Nähdyksi ja kuulluksi tulemisen mahdollistaminen diakoniatyön kohtaamisissa.* Teoksessa Kostilainen, H. & Nieminen, A. (Toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. (s. 215–230) Tampere: Juvenes Print Oy.

Gävert, T. (2016). *Diakoniabarometri 2016.* Teoksessa Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 45. Kuopio: Grano Oy

Helka, R. (2018). *Sosiaalinen kuntoutus voimavaraistamisena – toivon ja muutoksen näkökulma.* Teoksessa Kostilainen, H. & Nieminen, A. (toim.)

SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN NÄKÖKULMIA JA MAHDOLLISUUKSIA. (Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja DIAK TYÖELÄMÄ 13.) Saatavilla 28.10.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Tyoelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Saatavilla 16.10.2019: https://www.kaypahoito.fi/hoi50041

Hyväri, S. (2016). *Vertaistuki, yhteisöllisyys ja työhyvinvointi*. Teoksessa: Gothóni R., Hyväri S., Kolkka M., Vuokila-Oikkonen P. (Eds.)., (2016). Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena: Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 2., In: Diak Työelämä, 7, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 20.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117560/Ty%c3%b6el%c3%a4m%c3%a4_7_9789524932752.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Hyvärinen M., Nikander P. & Ruusuvuori J. (2017). *Tutkimushaastattelun käsikirja.* Tampere: Vastapaino.

Isomäki P., Lehmusmies J., Salojärvi P. & Wallenius V. (2018). *Diakoniabarometri 2018 Yksinäisyyden monet kasvot.* Teoksessa Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 56. Helsinki: Grano Oy

Juntunen, V. (2016). *Vahvistu – sosiaalisen kuntoutuksen ryhmätoiminnan käsikirja.* Kainuun sote. Saatavilla 3.11.2019: https://www.innokyla.fi/documents/1489422/58468335-4578-4455-9bc3-952a973a06a6

Kainulainen, S., Paananen, R., Surakka, A., & Saari, J. (2016). *Nuorten huono-osaisuus – pysyvää vai ehkäistävissä?* Teoksessa: Gothóni R., Hyväri S., Kolkka M., Vuokila-Oikkonen P. (Eds.)., (2016). Osallisuus yhteiskunnallisena haasteena: Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 2., In: Diak Työelämä, 7, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 20.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117560/Ty%c3%b6el%c3%a4m%c3%a4_7_9789524932752.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä L. & Junna, L. (2017). *Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria.* Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla 13.10.2019: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135167/URN_ISBN_978-952-302-896-8.pdf?sequence=1

L 1050/2018. Tietosuojalaki. Saatavilla 2.11.2019: https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050

L 41/1986. Päihdehuoltolaki. Saatavilla 10.10.2019: https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041

Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. (2015). Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 1.11.2019: www.thl.fi/sokra

Liikkuva seurakunta i.a. Saatavilla 15.10.2019: https://liikkuvaseurakunta.fi/

Lyly-Falk, A. (2018). *Kuuden suurimman kaupungin Päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kustannukset vuonna 2017.* Saatavilla 11.10.2019: https://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/2018/Paihde_ja_mielenterveyspalvelujen_raportti_2017.pdf

Mahis (i.a). *Osallistava ohjaaminen.* Saatavilla: 10.11.2019: https://www.mahis.info/ohjaajalle/materiaalit/

Maijanen, M. (2010). *Ohutta yläpilveä vai työtä ruohonjuuritasolla? Diakonisen päihdetyön ja osallisuuden jäsentyminen arjen työssä.* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma). Saatavilla 15.5.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15041/Maijanen_Minna.p%20df?sequence=1&isAllowed=y

Martelin, T., Karvonen, S. & Koskinen, S. (2002). *Työikäisten hyvinvointi*. Teoksessa Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki.

Nieminen, A. (2019). *Osallisuuden tila. Käsitteestä ja toteutuksesta*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. DIAK PUHEENVUORO 22. Saatavilla 11.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/166350/DIAK_Puheenvuoro_22.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Niininen H. & Uusiniemi J. (2011). *JONOSSA – selvitys tuen tarpeesta korvaushoitojonon aikana.* (Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma.) Saatavilla 15.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35753/Niininen_Hennariikka_Uusiniemi_Jenni.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Notkola, V., Pitkänen, S., Tuusa, M., Ala-Kauhaluoma, M., Harkko, J., Korkeamäki, J., Lehikoinen, T., Lehtoranta, P., Puumalainen, J., Ehrling, L., Hämäläinen, J., Kankaanpää, E., Rimpelä, M. & Vornanen, R. (2013). *Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia.* (Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013). Helsinki: Eduskunta. Saatavilla 27.10.2019: https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/trvj_1+2013.pdf

Nygård, L. (2013). *"Virret on mun rukousta" Helsingin seurakuntayhtymän yhteisen seurakuntatyön erityisdiakonian pullakirkossa kävijöiden näkemyksiä ja kokemuksia virsistä ja hengellisistä lauluista. (*Opinnäytetyö, Diakonia ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma). Saatavilla 15.5.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/57827/nygard_leena.pdf?%20sequence=1&isAllowed=y

Pietilä, Anna-Maija. (2012). *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan.* Helsinki: Sanoma Pro.

Puumala S. & Lusikka S. (2013). *Kirkko kohtaa päihteistä kärsivät.* Diakonia -lehti 2/2013.

Pyykkönen, T. (2012). *YKSI KÄSITE, MONTA MERKITYSTÄ. Käsitetutkimus 2000-luvun hyvinvointitutkimuksesta*. (Pro gradu –tutkielma, Lapin yliopisto, Sosiologian koulutusohjelma). Saatavilla 11.10.2019: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61570/Pyykk%c3%b6nen.Topias.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raivio, H. & Karjalainen, J. (2013). *Osallisuus ei ole keino tai väline – palvelut ovat!* Teoksessa T. Era (toim.), Osallisuutta vai pakkoa? (Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156). Saatavilla 28.10.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.%20pdf?sequence=1&isAllowed=y

Raivio, H. (2018). *Enemmän sosiaalista toimintakykyä, lisää osallisuutta!* Yhteiskehittäen vaikuttavampaa sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalisen kuntoutuksen kehittämishankkeen (SOSKU) 2015–2018 loppuraportti. THL TYÖPAPERI 7/2018. Saatavilla 11.11.2019: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136144/URN_ISBN_978-952-343-070-9.pdf?sequence=1

Raivio, H. (2019). *SOSIAALINEN KUNTOUTUS VOIMAVARAISTAMISENA – TOIVON JA MUUTOKSEN NÄKÖKULMA.* Teoksessa: Kostilainen, H. & Nieminen, A. (toim.) (2019). Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. DIAK TYÖELÄMÄ 13. Saatavilla 20.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Tyoelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005). *Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus.* Tampere: Vastapaino.

Saari, J. (2011). *Hyvinvointi: suomalaisen yhteiskunnan perusta.* Helsinki: Gaudeamus.

Saari, J. (2015). *Huono-osaiset – Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla.* Helsinki: Gaudeamus.

Saari, J. (2018). *Sosiaaliturvariippuvuus – moraalifilosofian näkökulma.* Teoksessa Häyry, M., Takala,T. & Ahola-Launonen, J. (toim.) Oikeudenmukaisuuden ongelma. Helsinki: Gaudeamus.

Saukkonen, A. (2010). *Lääke ei yksin riitä korvaushoidossa.* Päihdetyön erikoislehti Tiimi 6/2010. Saatavilla 12.10.2019: https://a-klinikkasaatio.fi/sites/default/files/tiimi610.pdf

Savolainen, K. (2011). *Sosiaalityö toivon luojana. Yhteisösuuntautunut toimintakulttuuri mielenterveyden edistämisessä.* Teoksessa P. T. Ruuskanen, K. Savolainen & M. Suonio (toim.), Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: UNIpress

Sosiaali ja terveysministeriö (2011). *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia.* Julkaisuja 2011:1. Saatavilla 10.10.2019:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Steffansson, M. & Polso, O. (2017). *Masennuksen hoitoon lääkkeitä, terapiaa ja liikuntaa. Pieksämäen kaupungin päihde- ja mielenterveyspoliklinikan asiakkaiden kokemuksia liikunnan tuottamasta hyvinvoinnista ja taloudellinen analyysi palveluketjun muutoksista.* Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Puheenvuoro 5. Saatavilla 3.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123481/Puheenvuoro_5_978-952-493-284-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Steffansson, M. (2017). *Hoitavaa liikuntaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Liikunta-aktiivisuusmallin vaikutusten ja kustannusten arviointi.* Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Työelämä 11. Saatavilla 3.11.2019: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133666/Tyoelama_11_978-952-493-302-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Saatavilla 15.5.2019: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236235

STM (2017). *Sosiaalihuoltolain soveltamisopas.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Saatavilla 15.10.2019: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05_17_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf

STM i.a. *Päihdepalvelut.* Saatavilla 12.10.2019: https://stm.fi/paihdepalvelut

Suopohja, H. (2019). *Yksilönvastuu ja hyvinvointivaltio – toteutuuko ”hyvä elämä” kansankodissa?* Helsinki: Mediator Legis.

Terveysverkko i.a. Suomen terveysliikuntainstituutti Oy. Tietopankki. Terveysliikunta. *Uni.* Saatavilla 20.11.2019: https://www.terveysverkko.fi/tietopankki/terveysliikunta/uni/

THL (2017). Vaikuttavuus ja kustannukset. Saatavilla 11.10.2019: https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset

THL (2019). Hyvinvointi ja terveyserot. *Hyvinvointi.* Saatavilla 15.10.2019: https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi

THL (2019a). *Asiakkaat ja osallisuus.* Saatavilla 15.10.2019: https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus

THL (2019b). Elintavat ja ravitsemus. *Ravitsemus.* Saatavilla 20.11.2019: https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus

THL (2019c). Elintavat ja ravitsemus. *Liikunta.* Saatavilla 20.11.2019: https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta

THL (2019d). Elintavat ja ravitsemus. Ravitsemus ja terveys. *Terveellinen ruokavalio.* Saatavilla 20.11.2019: https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio

Tilles-Tirkkonen, T., Mäki-Opas, T., Vaarama, M., Lögren, A., Pentikäinen, S., Tiitinen, S., Ilomäki, S., Pihlajamäki, J. & Laitinen, J. (2018). *Uudet toimintamallit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.* Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 55(4). Saatavilla 27.10.2019: https://doi.org/10.23990/sa.76541

Tuomi J. & Sarajärvi A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.* Saatavilla 25.10.2019: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaarama, M. & Mäki-Opas, T. (2019). *Hyvinvoinnin ja terveyden huono-osaisuus kaipaa kokonaistarkastelua ja korjaavia toimia.* PROMEQ politiikkasuositus 4. Saatavilla 2.11.2019: https://www.promeq.fi/loader.aspx?id=07b9534e-b889-4e32-a5a8-b5322edebe64

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.* Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Saatavilla 2.11.2019: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf

Valtioneuvoston kanslia (2018) *Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti.* Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2018. Saatavilla 17.10.2019:

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160706/01_2018_Eriarvoisuutta%20kasittelevan%20tryn%20loppuraportti_kansilla_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vantaan kaupunki (i.a). Huumehoitoklinikka (H-klinikka). Saatavilla 10.10.2019: https://www.vantaa.fi/terveys-_ja_sosiaalipalvelut/paihteet_ja_mielenterveys/ongelmana_huumeet/huumehoitoklinikka

Vantaan seurakunnat (i.a). Päihdetyön diakonit tukena. Saatavilla 15.5.2019: https://www.vantaanseurakunnat.fi/apua-ja-tukea/paihteet-jariippuvuudet

Vantaan seurakunnat (i.a). Yhteisen seurakuntatyön palveluiden johtosääntö. Saatavilla 15.5.2019: https://www.vantaanseurakunnat.fi/documents/1087002/21185578/Yhtei%20sen+seurakuntaty%C3%B6n+palveluiden+johtos%C3%A4%C3%A4nt%%20C3%B6+2016+suomi.pdf/f0fb16ee-49d1-5b31-f4e9-2943bba97bb1

Varjonen, V. (2015). *Huumetilanne Suomessa 2014*. THL – Raportti 1/2015. Saatavilla 28.10.2019: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Warpenius K., Holmila M., Karlsson T. & Ranta J. (2015). *Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2025 – ennakointitutkimus*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

WHO (2011) *Designing the road to better health and well-being in Europe*. Saatavilla 17.10.2019: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_well-being_07Oct.pdf

WHO i.a. Health topics. *Health determinants.* Saatavilla 17.10.2019: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/pages/health-determinants

LIITE 1. SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Terveyden edistäminen päihdetyössä – asiakkaiden kokemuksia hyvinvointiryhmästä

Opinnäytetyön tekijät: Martina Bergström & Jasmine Heimonen, sosionomi-diakoni (AMK) -opiskelijat, Diakonia ammattikorkeakoulu Helsinki

Hyvä vastaanottaja!

Haluaisimme haastatella sinua opinnäytetyötämme varten. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakoniatyölle asiakkaiden kokemuksista hyvinvointiryhmästä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, mitä terveyden edistäminen hyvinvointiryhmän jäsenille merkitsee ja kokevatko he hyvinvointiryhmän tukevan kuntoutusta. Avain-asemassa ovat ryhmän jäsenten omat kokemukset hyvinvointiryhmästä.

Koska olet osallistunut hyvinvointiryhmään, sinun mielipiteesi tärkeä. Haastattelun tulokset raportoidaan opinnäytetyössä. Haastattelu toteutetaan lokakuun 2019 aikana. Haastattelu tullaan toteuttamaan nimettömänä ja siihen osallistuminen on vapaaehtoista.

Vantaan seurakuntien erityisdiakonia on mukana vuoden alusta 2019 alkunsa saaneessa Terveyden edistäminen diakoniatyössä -pilottihankkeessa. Hankkeen tavoitteena on tukea kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä mallintaa Liikkuva seurakunta –toimintaa diakoniaan. Hankkeen aikana toteutetaan liikuntaryhmiä ja terveyttä edistäviä toimintoja yhteistyöverkostojen kanssa. Kuntosaliryhmä H-klinikan asiakkaille on syntynyt hankkeen myötä.

Mikäli sinulla herää kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voit missä vaiheessa tahansa ottaa yhteyttä lisätietojen merkeissä.

Ystävällisin terveisin,

Martina Bergström, xxx@student.diak.fi
Jasmine Heimonen, xxx@student.diak.fi

LIITE 2. HAASTATTELUSUOSTUMUS

Olemme sosionomi-diakoni (AMK) opiskelijat Martina Bergström ja Jasmine Heimonen Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ’’Terveyden edistäminen päihdetyössä – asiakkaiden kokemuksia hyvinvointiryhmästä’’. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa Vantaan seurakuntayhtymän erityisdiakoniatyölle asiakkaiden kokemuksista hyvinvointiryhmästä. Toiveena on saada myös kehitysehdotuksia.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelun arvioitu kesto on noin 15–30 minuuttia. Voit keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa tai kieltäytyä vastaamasta sinulle esitettyyn kysymykseen. Antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia.

Koska aineisto on laaja, tullaan se äänittämään ääninauhalle. Äänitetty aineisto käännetään tekstimuotoon, jonka jälkeen äänitetty aineisto hävitetään asianmukaisesti. Haastattelulla saatua materiaalia käytetään opinnäytetyössä niin, että yksittäistä vastaajaa ei pysty opinnäytetyöstä yksilöimään tai tunnistamaan.

Allekirjoituksella ja nimenselvennyksellä vahvistan suostumukseni haastattelulle ja sen nauhoittamiselle opinnäytetyötä varten.

Vantaalla: _____.2019

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

LIITE 3. HAASTATTELURUNKO

1. Haastateltavien tausta ja odotukset

- Milloin aloitit hyvinvointiryhmässä?
- Kuinka usein olet osallistunut hyvinvointiryhmään? (Arvio)
- Mistä sait tietoa hyvinvointiryhmästä?
- Mikä sai sinut lähtemään mukaan ryhmään?
- Oliko sinulla odotuksia hyvinvointiryhmän toiminnasta?
- Minkälaisia odotuksia sinulla oli hyvinvointiryhmän toiminnasta?

2. Kokemus hyvinvoinnista ja terveydestä

- Mitä ajattelet terveyden olevan?
- Mitä terveys sinulle merkitsee?
- Millaiseksi koit terveydentilasi ennen hyvinvointiryhmään liittymistä?
- Millaiseksi koet terveytesi nyt?
- Onko hyvinvointiryhmällä ollut vaikutusta terveydentilaasi?
- Mitä ajattelet hyvinvoinnin olevan?
- Mitä hyvinvointi sinulle merkitsee?
- Miten terveyttä voi mielestäsi edistää?
- Mitä terveyden edistäminen sinulle merkitsee?
- Mitä ajattelet kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin olevan?
- Huomioidaanko mielestäsi kokonaisvaltainen hyvinvointi kuntoutuksessa?

3. Hyvinvointiryhmä kuntoutuksen tukena

- Mitä hyvinvointiryhmän tapaamiskerrat pitävät sisällään?
- Koetko että hyvinvointiryhmästä on ollut sinulle hyötyä?
- Jos on: millaista?
- Koetko että hyvinvointiryhmä on tukenut kuntoutumista?
- Jos koet, niin miten?
- Koetko että hyvinvointiryhmä on auttanut sinua sitoutumaan hoitoon?

4. Vertaisuus ja osallisuus

- Mikä merkitys sinulle on sillä, että toiminta on ryhmämuotoista?
- Mikä merkitys sinulle on sillä, että kaikki toimintaan osallistuvat ovat korvaushoidossa?
- Minkälainen ilmapiiri ryhmässä on mielestäsi?
- Toteutuuko mielestäsi ryhmässä avoimuus ja luottamuksellisuus?
- Koetko, että voit jakaa ajatuksiasi muiden ryhmäläisten kanssa?
- Koetko saavasi ryhmäläisistä vertaistukea?

5. Kokonaisvaltaisuus ja hengelliset tarpeet

- Millaisena ohjaajan rooli hyvinvointiryhmässä sinulle näyttäytyy?
- Miten ohjaajan koulutus (diakoni) mielestäsi näyttäytyy ryhmässä?
- Onko ohjaajan kanssa mahdollisuus kahdenkeskeiseen keskusteluun?
- Oletko keskustellut ohjaajan kanssa kahden kesken?
- Oletko käynyt ohjaajan kanssa hengellisiä keskusteluja?
- Minkälainen merkitys kahdenkeskeisillä keskusteluilla on sinulle?

6. Hyvinvointiryhmän kehittäminen

- Kenelle suosittelisit hyvinvointiryhmää?
- Mitkä ovat hyvinvointiryhmän hyvät puolet?
- Mitkä ovat hyvinvointiryhmän huonot puolet?
- Mikä hyvinvointiryhmässä on sinulle mieleistä?
- Minkälaista palautetta haluaisit antaa ryhmänohjaajalle?
- Kuinka ryhmän toimintaa voisi kehittää?
- Miten hyvinvointiryhmä voisi tukea kuntotumistasi paremmin?