Naisten etäryhmä naiserityisen näkökulman lisääjänä A-klinikka Oy:ssä

Tiia-Mari Tiittanen

2021 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Naisten etäryhmä naiserityisen näkökulman lisääjänä A-klinikka Oy:ssä

Tiia-Mari Tiittanen

Sosionomikoulutus

Opinnäytetyö

Joulukuu, 2021

Laurea-ammattikorkeakoulu **Tiivistelmä**

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

Tiia-Mari Tiittanen

Naisten etäryhmä naiserityisen näkökulman lisääjänä A-klinikka Oy:ssä

Vuosi 2021 Sivumäärä 82

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli vastata laajasti tunnistettuun tarpeeseen koskien naiserityisen päihdetyön kehittämistä. Tarve on todettu myös A-klinikka Oy:ssä, joka toimi opinnäytetyön toimeksiantajana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkimuksellisen kehittämisen kautta luoda A-klinikka Oy:lle uusi digitaalinen palvelu vastaamaan naiserityisen näkökulman huomioimisen tarpeeseen organisaation laitos- ja asumispalveluyksiköissä.

Naisten osuus päihteiden käyttäjistä kasvaa koko ajan, samoin kuin naisten osuus päihdepalvelujen käyttäjistä. Päihdepalvelut ovat kuitenkin vuosikymmenten saatossa rakentuneet miestapaisen toiminnan ympärille. Tutkimusten mukaan tämänhetkiset miestapaiseen toimintaan pohjautuvat päihdepalvelut eivät sellaisinaan vastaa päihdeongelmaisten naisten tarpeisiin. Naiserityisiä päihdepalveluja tarvitaankin tasaamaan sukupuolten välisiä lähtökohtia ja tasa-arvoa päihdepalveluissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lähdemateriaaliin perustuen luoda digitaalisesti toteutettavan naisten etäryhmän malli ja pilotoinnin ja tutkimuksellisen työotteen avulla kartoittaa, vastaako luotu malli olemassa oleviin tarpeisiin ja opinnäytetyön tavoitteeseen. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi: 1) Miten luotu naisten etäryhmän malli vastaa tarpeeseen koskien naiserityisyyden huomioimista A-klinikka Oy:n laitos- ja asumispalveluyksiköissä? 2) Millaisin keinoin A-klinikka Oy:n laitos- ja asumispalveluyksiköiden naisasiakkaat saadaan osallistumaan digitaalisesti toteutettavaan ryhmään?

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä, jossa hyödynnettiin laadullista tutkimusta. Pilotointivaihe koostui kahdeksasta ryhmäkerrasta ja tutkimuksen aineisto kerättiin näiden aikana. Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin havainnointia ja teemahaastattelun periaatteisiin pohjautuvaa palautekeskustelua, joka käytiin jokaisen ryhmäkerran päätteeksi. Aineisto analysoitiin hermeneuttisin metodein ja luotua mallia muokattiin analyysin perusteella sekä pilotointivaiheessa että sen jälkeen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella naisten etäryhmän malli vastaa tarpeeseen koskien naiserityisen näkökulman lisäämistä A-klinikka Oy:n laitos- ja asumispalveluyksiköissä tarjoamalla päihdeohjausta tärkeiksi katsottujen naiserityisten teemojen parissa. Se vastaa tarpeeseen myös lisäämällä naisasiakkaiden välistä vertaistukea ja luomalla sukupuolisensitiivisen ympäristön oman päihdeongelman työstämistä varten.

Opinnäytetyön tulosten perusteella asiakkaiden osallistaminen digitaalisesti toteutettaviin ryhmiin vaatii A-klinikka Oy:n yksiköihin kohdistuvaa markkinointia. Tulosten mukaan etukäteen yksiköiden henkilökunnalle pidetty infotilaisuus lisäsi asiakkaiden ohjautumista ryhmään, jota tuki myös erilaiset yksiköihin toimitetut kirjalliset ohjeistukset. Tulosten mukaan etenkin alkuvaiheessa uusi digitaalinen palvelu on haavoittuvainen ja jo yhden ryhmäkerran peruuntuminen voi aiheuttaa osallistujien määrän romahtamisen. Jatkotutkimusideana on selvittää, kuinka digitaalisesti toteutettava ryhmä vaikuttaa yksiköiden henkilöstön resursseihin ja tämän vaikutusta asiakkaiden digitaalisiin ryhmiin ohjaamisessa.

Asiasanat: päihderiippuvuus, päihdetyö, ryhmätoiminta, ryhmänohjaus, naiserityisyys

Laurea University of Applied Sciences **Abstract**

Social Services

Bachelor of Social Services

Tiia-Mari Tiittanen

A remote group for women as a driver of a female-specific perspective in A-Clinic Ltd

Year 2021 Pages 82

The basis of this thesis was to respond to a widely identified need for the development of female-specific substance abuse work. The need has been identified also in A-Clinic Ltd which acted as the principal of the thesis. The aim of the thesis was to create a new digital service to A-Clinic Ltd through research development to meet the need to consider the female-specefic perspective in the organization`s institutional and housing service units.

The proportion of female substance abusers is growing, as well as the proportion of women who use substance abuse services. However, substance abuse services have been built around male-dominated activities over the decades. Studies show that the current substance abuse services, based on male-dominated activities, do not meet the needs of a women with a substance abuse problem. Female-specific substance abuse services are needed above all else to balance the gender perspectives and equality in substance abuse services.

The purpose of the thesis was to create a digitally implemented model of a remote group for women based on the source material and through piloting and an exploratory approach to determine if the created model meets the existing needs and the aim of the thesis. There were two research questions: 1) How does the created model for a remote group of women meet the need to consider the female-specificity in A-Clinic Ltd`s institutional and housing service units? 2) By what means will the female clients of A-Clinic Ltd`s institutional and housing service units be involved in a digitally implemented group?

The thesis was carried out as research and developmen work, which utilized qualitative research. The pilot phase consisted of eight group sessions and the data was collected during these sessions. As a data collection method, the study used observation and feedback discussion based on the princeples of the theme interview, wich was conducted at the end of each group session. The data were analyzed by hermeneutic methods and the created model was modified based on the analysis both during and after the pilot phase.

Based on the results of the thesis, the model of a remote group of women meets the need to increase the female-specific perpective in A-Clinic Ltd`s institutional and housing services by offering substance abuse counseling on female-specific themes that are considered important. It also responds to the need by increasing peer support among female clients and creating a gender-sensitive enviroment for working on their own substance abuse problem.

Based on the findings of the thesis, the involvement of clients in digitally implemented groups requires marketing for A-Clinic Ltd`s units. According to the findings, an iformation session held in advance for the staff of the units increased the directing clients to the group, which was also supported by the various written instructions provided to the units. The results show that, especially in the early stages, the new digital service is vulnerable and the cancellation of a single groupsession can lead to a collapse in the number of participants. The idea for further research is to find out how a digitally implemented group impacts on the resources of the units`personnel and the effect of this in directing clients to digital groups.

Keywords: substance abuse, substance abuse work, group work, group counseling, female-specificity

Sisällys

1 Johdanto 7
2 Opinnäytetyön tausta 8
2.1 A-klinikka Oy 8
2.2 Opinnäytetyön lähtökohta 9
3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus 9
4 Päihderiippuvuus 10
5 Päihdetyö 14
5.1 Päihdehoito 16
5.2 Päihdekuntoutus 18
5.3 Psykososiaalinen ohjaus päihdetyössä 21
6 Ryhmätoiminta päihdetyön menetelmänä 23
6.1 Ryhmätoiminnan tarkoitus ja merkitys 24
6.2 Ryhmätoiminnan ohjaus ja toteutus 25
6.3 Motivoivan haastattelun periaatteet ryhmätoiminnassa 28
6.4 Vertaistuki ryhmätoiminnassa 32
6.5 Digitaalinen ryhmätoiminta 33
7 Päihderiippuvainen nainen 35
7.1 Naisen rooli ja sukupuolittuneet valtasuhteet päihdekulttuurissa 36
7.2 Traumaattiset kokemukset 39
8 Naiserityisyys päihdetyössä 41
8.1 Minäkuva, identiteetti ja tunne-elämä 42
8.2 Psyykkinen hyvinvointi 44
8.3 Kehollisuus 46
8.4 Sosiaalinen ulottuvuus 47
9 Opinnäytetyö tutkimuksellisena kehittämistyönä 49
9.1 Laadullinen tutkimus 50
9.2 Aineiston keruu 51
9.3 Aineiston analysointi 52
10 Opinnäytetyön toteutus 53
10.1 Naisten etäryhmän malli 54
10.2 Naisten etäryhmän tiedotus 56
10.3 Naisten etäryhmän pilotointi 58
11 Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset 64
11.1 Naisten etäryhmä naiserityisyyden huomioimisen välineenä 64
11.2 Digitaalisesti toteutettavan ryhmän toteutus 65
12 Etiikka ja luotettavuus 66

13 Pohdinta 70
Lähteet 74
Kuviot 79
Liitteet 80

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi keväällä 2021 Suomen ensimmäisen päihde- ja riippuvuusstrategian, jonka lähtökohtana on perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen, päihde- ja riippuvuusilmiöiden yhtymäkohtien tunnistaminen sekä sukupuolten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistäminen. Strategia on osa vuonna 2020 julkaistua tasa-arvo-ohjelmaa ja sukupuolinäkökulma otetaankin strategiassa ja siihen liittyvissä ohjelmissa ja kehittämistyössä huomioon. (Kotovirta, Markkula, Pajula, Paavola, Honkanen & Tuominen 2021, 8, 12.)

Naisten sosiaalipalveluista ja niiden erityislaatuisuuden tarpeesta on käyty keskustelua jo vuosikymmenten ajan ja yhteiskunnallisesti marginaaleissa elävien naisten heikko asema sekä naiserityisen hoidon ja ohjauksen tarve sosiaalipalveluissa tunnustetaan globaalilla tasolla. Marginaaleissa elävät yhteiskunnallisesti heikossa asemassa olevat naiset kärsivät päihdeongelmista, köyhyydestä, asunnottomuudesta sekä väkivallan kokemuksista. (Kuronen, Virokannas & Salovaara 2021, Why this book?.)

Naisten päihteidenkäyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat yleistyneet Suomessa viime vuosina, ja naisten osuus päihteidenkäyttäjissä on kasvusuunnassa. Naisille suunnatuissa päihdepalveluissa on nähty kehittämistarve koskien naisten ja miesten välisiä eroja suhteessa päihdeongelmien biopsykologiseen taustaan, kehittymiseen, hoitoprosessiin, toipumiseen sekä erilaisiin hoidollisiin tarpeisiin ja tekijöihin. Naiserityisyyden huomioimisessa onkin ennen kaikkea kyse lähtökohtien huomioimisesta ja tasoittamisesta sekä mahdollisuuksien tasa-arvosta. (Karttunen 2019, 24-25; Salovaara 2020, 24.)

Myös A-klinikka Oy:n omistajataho A-klinikkasäätiö on todennut naisten päihteidenkäytön arkipäiväistyneen ja yleistyneen suomalaisessa yhteiskunnassa. Suomalaisen päihdehoidon kulttuurin koetaan olevan miehinen ja hoito-ohjelmissa tulisikin myös A-klinikkasäätiön mukaan tiedostaa sukupuolen merkitys. Muussa tapauksessa naisten hoidossa tärkeinä pidettävät teemat voivat jäädä hoidon katveeseen. (Karttunen 2021.)

Tämä opinnäytetyö vastaa A-klinikka Oy:n tarpeeseen koskien naiserityisten palvelujen kehittämistarvetta sekä tarpeeseen kehittää ja monipuolistaa digitaalisesti toteutettavia palveluja. Opinnäytetyö rajattiin koskemaan organisaation laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköitä organisaation laajuuden vuoksi. Rajaaminen näihin yksiköihin piti opinnäytetyön toteutuksen ja tutkimuksellisen sisällön hallittavissa mittasuhteissa. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä, jonka aikana luotiin ja pilotoitiin Naisten etäryhmän malli A-klinikka Oy:n laitos- ja asumispalveluyksiköihin.

Opinnäytetyön lähdemateriaalissa tarkastellaan päihderiippuvuutta, Suomessa toteutettavaa päihdetyötä sekä ryhmätoimintaa päihdetyön menetelmänä. Lähdemateriaalissa perehdytään lisäksi naisen päihderiippuvuuden ja naisten kanssa toteutettavan päihdetyön erityispiirteisiin. Opinnäytetyön viitekehys perustuu seuraaviin käsitteisiin: päihderiippuvuus, päihdetyö, ryhmätoiminta, ryhmän ohjaus, naiserityisyys. Pääpaino opinnäytetyössä on ryhmätoiminnassa ja ryhmänohjauksessa sekä naiserityisyydessä päihdekulttuurissa ja -palveluissa.

Opinnäytetyössä termi ”päihde” on rajattu tarkoittamaan alkoholia, huumeita sekä päihtymystarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä ja liuottimia. Doping-aineet, kuten testosteroni ja anaboliset steroidit, on rajattu käsitteen ulkopuolelle. Termillä ”päihdeongelmainen” tarkoitetaan päihderiippuvuudesta kärsivää ihmistä ja ”päihdetyöllä” tarkoitetaan päihdehuollon palveluissa tehtävää työtä. ”Naiserityisyys” -termillä tarkoitetaan opinnäytetyössä naiserityisyyttä suhteessa päihdekulttuuriin ja -elämään sekä päihdetyöhön.

2 Opinnäytetyön tausta

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä A-klinikka Oy:n kanssa. Opinnäytetyö kohdistui organisaation neljään laitosmuotoista päihdekuntoutusta tarjoavaan yksikköön:

- A-klinikkayhteisö Kouvola
- A-klinikkayhteisö Salo
- A-klinikkayhteisö Tampere
- Päihdesairaala

sekä yhteen asumispalveluja päihdekuntoutujille tarjoavaan yksikköön:

- A-klinikkayhteisö Somero.

2.1 A-klinikka Oy

A-klinikka Oy on 65 vuoden ajan Suomessa toiminut päihde- ja mielenterveyspalvelujen erityisosaaja. Yritys tarjoaa palveluja verkkoterapiasta ympärivuorokautiseen sairaalahoitoon ja toimipisteitä on eri puolilla Suomea 12 paikkakunnalla. Palveluja A-klinikka Oy tuottaa kunnille ja kuntayhtymille, työterveyshuoltoon, yrityksille sekä yksityisasiakkaille ja monet palvelut ovat saatavilla paikkakunnasta riippumatta. Yrityksen arvopohjaan kuuluvat ihmisarvon kunnioitus, luottamuksellisuus sekä vastuullisuus, joka tarkoittaa rehellisyyden, turvallisuuden ja luotettavuuden vaalimista ja jokaisen oikeutta saada laadukasta hoitoa. (A-klinikka Oy 2021a; A-klinikka Oy 2021d.)

A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköissä tarjotaan laitosmuotoista ympärivuorokautista päihdekuntoutusta. Hoidon tavoitteena yksiköissä on asiakkaan kokonaisvaltainen elämänlaadun paraneminen asiakkaan tavoitteiden mukaisesti. Hoidon tarkoituksena on etsiä keinoja riippuvuuden hallintaan, vahvistaa verkostoja sekä harjoitella ja vahvistaa arjen taitoja. Yksiköt tarjoava toipumiseen orientoituneen ympäristön ja mahdollisuuden riippuvuudesta irtautumiseen. Kuntoutus perustuu aina yhteisöhoidon lisäksi yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja hoitokeinoina yksiköissä käytetään yksilökeskusteluja, vertaistukea sekä ryhmätoimintaa ja -keskusteluja. (A-klinikka Oy 2021b; A-klinikka Oy 2021c.)

Myös A-klinikkayhteisö Somero tarjoaa yhteisöllistä päihdekuntoutusta, mutta yksikkö tarjoaa lisäksi pidempiaikaista palveluasumista. Yksikköön ohjaudutaan jatkohoitoon vieroitushoidon tai laitoskuntoutuksen jälkeen tai intervallijaksoille päihteettömyyden tukemiseksi. A-klinikkayhteisö Somerolla hoidon tavoitteena on pysähdyttää ja havahduttaa sekä tukea asiakkaan valmiuksia selvitä arjessa. Hoitoon sisältyy yksilökeskusteluja, ryhmätoimintaa sekä yhteisön arjen tehtäviin osallistumista ja omasta hyvinvoinnista huolehtimista. (A-klinikka Oy 2021e.)

2.2 Opinnäytetyön lähtökohta

Tämä opinnäytetyö sai alkunsa A-klinikka Oy:n tarpeesta kehittää digitaalisesti tarjottavia palveluita. Kehitettävän palvelun kohderyhmän valintaan vaikutti kehittämistarve koskien naisille suunnattuja päihdepalveluja (Karttunen 2019, 24-25), joka liittyy naisten ja miesten välisiin eroihin suhteessa päihdeongelmien biopsykososiaalisiin taustoihin, kehittymiseen, hoitoprosessiin, toipumiseen sekä erilaisiin hoidollisiin tarpeisiin.

A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköissä naisasiakkaiden määrä on kasvussa, mutta heidän osuutensa suhteessa miesasiakkaiden määrään on kuitenkin edelleen pieni. Tämä on aiheuttanut hankaluuksia mm. naiserityisten ryhmämuotoisten palvelujen toteuttamista yksittäisissä organisaation yksiköissä, koska ryhmäkoot ovat jääneet erittäin pieniksi.

A-klinikka Oy on kehittänyt viime vuosina runsaasti digitaalisia palvelujaan. Digitaaliset palvelut voidaankin nähdä vastauksena myös haasteeseen koskien naiserityisen ryhmän järjestämistä organisaation eri yksiköissä: etäyhteydellä toteutettava ryhmä ei velvoita osallistujia olemasta fyysisesti samassa tilassa, vaan digitaalisuuden avulla voidaan yhdistää useiden yksiköiden naisasiakkaat samaan ryhmään.

3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkimuksellisen kehittämisen kautta luoda A-klinikka Oy:lle uusi digitaalinen palvelu sekä lisätä naiserityisen näkökulman huomioimista laitoskun-

toutus- ja asumispalveluyksiköissä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa pilotoinnin ja tutkimuksellisen työotteen avulla, voiko nämä tavoitteet täyttää digitaalisesti toteutettavan naisten etäryhmän avulla, johon voi osallistua samanaikaisesti naisasiakkaita kaikista A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköistä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Miten luotu naisten etäryhmän malli vastaa tarpeeseen koskien naiserityisyyden huomioimista A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköissä?
- Millaisin keinoin A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköiden naisasiakkaat saadaan osallistumaan digitaalisesti toteutettavaan ryhmään?

4 Päihderiippuvuus

Päihteillä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavia aineita, kuten alkoholia, huumeita ja päihtymystarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä ja liuottimia, joita käytetään tietyn psyykkisen vaikutuksen saavuttamiseksi. Suomalaisten käytetyin päihde on alkoholi ja valtaosa päihteiden käyttäjistä on miehiä. Naiset ovat kuitenkin saavuttamassa miehiä koko ajan: naiset juovat nykyään noin neljäsosan kaikesta suomessa kulutetusta alkoholista. Humalahakuisesti vähintään kerran viikossa alkoholia juo 20% miehistä ja 5% naisista. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 168; Pehkonen, Kekoni & Kuusisto 2019, 9.)

Pehkosen ym. (2019, 9) mukaan Suomen päihdekenttä on viime vuosikymmeninä muuttunut ja käytettävien aineiden valikoima on monipuolistunut sekä painottunut uusin tavoin. Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa kahdessa niin sanotussa ”huumeaallossa”: 1960– ja 1970–lukujen vaihteessa sekä 1990– luvulla. Näistä etenkin 1990–luvulta lähtien huumeiden kokeilu ja käyttö ovat yleistyneet ja vuonna 2018 kerätyn aineiston mukaan yhä useammalla suomalaisella on omakohtaista kokemusta huumeista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 169.)

Käytetyin huumausaine Suomessa on kannabis, jonka kokeilut olivat yleistyneet vuonna 2018 24 %:iin, lisäksi stimulanttien, kuten ekstaasin, amfetamiinin ja kokaiinin kokeilut ovat lisääntyneet ja metamfetamiinin käyttö yleistynyt. Myös lääkeopioidien väärinkäyttö sekä erilaisten päihteiden sekakäyttö lisääntyvät tasaista tahtia. Päihteiden käytön voidaankin kuvata olevan ilmiönä alati muuttuva ja nämä muuttuvat päihteiden käyttötavat ja käytettävät aineet vaativat jatkuvaa seurantaa ja reagointia yhteiskunnan, sen eri toimijoiden sekä myös lainsäädännön taholta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 169; Pehkonen ym. 2019, 9.)

Heikkinen-Peltonen ym. (2019, 170-172) erottelevat päihteiden käytöstä erilaisia tasoja, joiden avulla päihteiden käyttöä ja sen vaikutuksia kyetään tarkastelemaan sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta. Tasot etenevät päihteiden käyttömäärien ja niiden aiheuttamien hait-

tojen mukaisesti. Ensimmäinen näistä tasoista on raittius, joka tarkoittaa täysin päihteetöntä elämäntapaa. Seuraava taso heidän mukaansa on kokeilu- ja satunnaiskäyttö, jonka he kuvaavat olevan pääasiassa kohtuutonta ja haitatonta. Kolmantena päihteiden käytön tasona heidän mukaansa on hallittu tapakäyttö ja kohtuukäyttö, jolla he tarkoittavat päihteen sosiaalista käyttöä ja ns. ”normaalikäyttöä”. Näillä tasoilla heidän mukaansa päihteen käyttäjälle ei aiheudu fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia suhteessa päihteeseen tai sen käyttöön.

Seuraava taso päihteiden käytössä on suurkulutus- ja riskikäyttövaihe, jossa päihteiden käyttö on vakiintunutta ja suurkulutuksen tunnusmerkit ainakin ajoittain täyttävää. Suurkulutukseen ja riskikäyttöön saattaa liittyä ns. ”kriisikäyttöä” ja huumeiden osalta voidaan puhua tapakäytöstä. Osalla päihteiden käyttäjistä on tässä vaiheessa jo havaittavissa terveysongelmia sekä sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Päihteiden käytön viimeisenä tasona on päihderiippuvuus ja päihdesairaudet. Riippuvuus voi kehittyä alkoholiin, huumeisiin, lääkkeisiin tai muuhun päihteeseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 170-172.) Tainio & Jauhiainen (2016, 146) jakavat päihteiden käytön hyvin samankaltaisiin tasoihin: alkoholin osalta haitattomaan tasoon, kohtalaisen riskin tasoon ja korkean riskin tasoon ja huumeiden käyttäjät kokeilijoihin, satunnaiskäyttäjiin ja ongelmakäyttäjiin.

Riippuvuuden synonyymi ”addiktio” juontaa juurensa latinan kielen sanasta ”addictio”, joka merkitsee ”jonkin valtaan jäämistä”. Päihteiden käyttöön kiinnijäämistä voidaankin kuvata ”koukkuun jäämisenä”. Riippuvuuden katsotaan kehittyneen, kun ihminen kokee pakonomaista tarvetta kokea tietty tunnetila tai toimia tietyllä tavalla ja alkaa toistamaan pakonomaisesti ja hallitsemattomasti tiettyjä käyttäytymismalleja. Riippuvuus määritellään krooniseksi, fyysiseksi ja psyykkiseksi motivaatiojärjestelmän häiriöksi, jossa ihminen menettää itsensä hallinnan tavoitellessaan pakonomaisesti tyydytystä ja jatkaa käyttäytymistään haitoista riippumatta. Pakonomainen päihtymyshakuinen päihteen tai päihteiden käyttö ei tällöin ole enää tahdonalaista toimintaa, vaan vakava häiriö- ja sairaustila. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 173; Tainio & Jauhiainen 2016, 149; Salo-Chydenius, Holmberg & Partanen 2015, 106; Pehkonen, ym. 2019, 10; Väyrynen 2007, 102.)

Salo-Chydeniuksen ym. (2015, 118-119) mukaan kirjallisuudesta ei löydy yhtä ainoaa kuvaa päihderiippuvuudesta, vaan eri tieteenalat ja asiantuntijat löytävät tälle eri selitysmalleja. Heidän mukaansa esimerkiksi lääketieteessä päihderiippuvuus on määritelty krooniseksi ja relapsoivaksi sairaudeksi ja kiinnostus suuntautuu päihteidenkäytön aiheuttamiin fyysisiin ja psyykkisiin terveyshaittoihin. Sosiaalipsykologia pyrkii taas heidän mukaansa ymmärtämään päihderiippuvuutta ihmisen ja hänen ympäristönsä välisen vuorovaikutuksen, opitun elämäntavan ja selviytymisstrategioiden kautta.

Myös päihderiippuvuuden kehittymiselle on olemassa erilaisia selitysmalleja, joissa tarkastellaan ihmisen yksilöllisiä ja lapsuuden kehitysvaiheisiin liittyviä tekijöitä sekä ympäristöteki-

jöiden vaikutuksia. Myös esimerkiksi päihderiippuvuuden geneettistä taustaa on tutkittu runsaasti. Vaikka yhtä ainoaa kuvaa tai kehitysmallia päihderiippuvuudelle ei ole olemassa, näihin liittyvä tietoperusta on koko ajan laajentunut ja vahvistunut monitieteisen tutkimuksen ansiota. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, Pehkonen ym. 2019, 10.)

Yleisiä päihderiippuvuuden selitysmalleja ovat muun muassa psykologiset selitysmallit, kognitiivinen selitysmalli, lääketieteellinen selitysmalli sekä yhteiskuntatieteelliset selitysmallit. Psykologisissa selitysmalleissa korostuvat riippuvuuden taustalla olevat kehitysteorioihin perustuvat poikkeamat normaalista psyykkisestä kehityksestä, kun taas kognitiivinen selitysmalli korostaa ihmisen havaintojen, ajattelun, oppimisen ja muiden kognitiivisten toimintojen merkitystä toiminnan taustalla. Lääketieteellisessä selitysmallissa riippuvuus taas määritellään ja luokitellaan yksinkertaisesti sairaudeksi, johon ihmiselle on perinnöllinen alttius ja jonka nautittu aine aiheuttaa. Yhteiskuntatieteellisissä selitysmalleissa riippuvuuden taustalla vaikuttavat käyttäjän elämänhistoriaan, elämäntapaan ja elämäntilanteeseen liittyvät ilmiöt ja ongelmat ja tässä mallissa ihmisen toiminta sosiaalisena olentona nähdään vaikuttavan hänen käyttäytymiseensä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 173-174.)

Heikkinen-Peltosen ym. (2019, 174) mukaan päihderiippuvuuden kehittymistä voidaan tarkastella myös yksilön näkökulmasta päihteiden käyttöön liittyvien psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta. Psyykkisen riippuvuuden voidaan heidän mukaansa katsoa kehittyvän, kun päihdettä nautitaan säännöllisesti ja siitä syntyy positiivisia kokemuksia ja tuntemuksia: esimerkiksi rentoutta, estojen vähenemistä ja hilpeyttä. Tällöin he kuvaavat käyttäjän tulevan riippuvaiseksi kyseisistä tunnetiloista ja mielihyvävaikutukset johtavat haluun käyttää edelleen päihdettä.

Fyysisen riippuvuuden katsotaan Heikkinen-Peltosen ym. (2019, 174) mukaan kehittyvän, kun päihdettä on jatkuvasti elimistössä. Jatkuvan päihteiden käytön seurauksena elimistö alkaa heidän kuvauksensa mukaan mukautua päihteeseen ja sen keskushermoston vaikutuksille, jolloin toivotut vaikutukset tulevat esiin hitaammin kuin satunnaisessa päihteenkäytössä. Tämän toleranssin kasvun vuoksi päihteen käyttäjä tarvitsee heidän mukaansa suurempia kertaannoksia tai jatkuvaa käyttöä haluttuun mielihyvävaikutukseen päästäkseen. Fyysinen riippuvuus näkyy heidän mukaansa myös vieroitusoireina päihteiden käytön loputtua.

Sosiaalista riippuvuutta Heikkinen-Peltonen ym. (2019, 175) kuvaavat kykenemättömyydeksi pitäytyä päihteistä, joka johtaa helposti päihteidenkäyttökierteeseen ja riippuvuuteen myös elämäntavasta, jossa päihteillä on keskeinen merkitys. Tällöin heidän mukaansa psyykkinen energia ja ajankäyttö keskittyvät päihteiden käytön mahdollistamiseen. Myös ystäväpiiri valikoituu heidän mukaansa vähitellen päihteiden käytön mukaan, jota kautta syntyy sosiaalista riippuvuutta.

Heikkinen-Peltosen ym. (2019, 175) mukaan riippuvuuden kehittyessä ystävä- ja kaveripiirin vaikutus kasvaa ja alkaa edellyttämään ryhmän normeihin sitoutumista. Väyrynen (2007, 101) nimittää tätä vaihetta huumekuvioihin kiinnittymisenä: siirryttäessä päihdekokeiluista säännölliseen käyttöön sidokset päihdemaailmaan lisääntyvät ja ihminen ikään kuin kiinnittyy päihdemaailman alakulttuuriin. Hänen mukaansa päihdemaailmaan päätyminen ja sinne jääminen ei tapahdu hetkessä, vaan prosessinomaisesti ja huomaamatta.

Runsaasti päihteitä käytettäessä elämä rakentuu päihteiden käytön ympärille ja ”tavalliset” ihmiset ja elämäntavat voidaan nähdä tylsinä, jotka eivät kiehdo tai tarjoa riittävästi jännitystä. Se johtaa kuitenkin vähitellen elämän kapeutumiseen, kun päihteiden hankkiminen, käyttö ja siitä aiheutuvista seurauksista selviäminen tulevat elämän ensisijaiseksi ja kaikkia toimintoja ohjaavaksi sisällöksi. Läheiset ihmiset, perhe, ystävät, opiskelu ja työ, muu elämänpiiri tai näiden puute sekä ympäröivä yhteiskunta määrittävät puitteet niin riippuvuuden kehittymiselle kuin siitä selviytymiselle. (Taunio & Jauhiainen 2016, 149; Väyrynen 2007, 77-78.)

Päihderiippuvuus onkin sosiaalinen ongelma, joka vaikuttaa vahvasti ihmisen sosiaalisiin suhteisiin, elämänpiiriin ja osallisuuteen. Marginaalinen elämäntapa voi etenkin nuorena näyttäytyä tavoiteltavana: se tarjoaa mahdollisuuden vastustaa normaalia ja siihen liittyy tiettyjä lupauksia yhteisöllisyydestä ja yksilöllisyydestä. Marginaalit edustavat paikkoja, joissa ennalta määrätyn ja sovinnaisen elämänkulun voi haastaa monin tavoin. Ne kuvautuvat eksoottisina paikkoina, joissa yhteiskunnan normeja ja kulttuurisia malleja on mahdollisuutta kyseenalaistaa, tai potentiaaleina, joista löydetään vaihtoehto normaalille. Tämä vaikuttaa ihmisen, etenkin nuoren, identiteetin rakentumiseen. (Tainio & Jauhiainen 2016, 149; Väyrynen 2007, 77.)

Väyrynen (2007, 78-79) kuvaa päihdemaailmaa ja siihen liittyviä alakulttuureita kuvitteellisina yhteisöinä, joissa pyritään sekä erottumaan yksilönä että tavoittelemaan valtakulttuurista erottavaa yhteisöllisyyttä. Hänen mukaansa päihteiden käyttäjien elinolosuhteet, yksilölliset elämänkulut ja lähtökohdat poikkeavat useimmiten toisistaan, mutta johtavat siitä huolimatta samanlaisen elämäntavan valintaan. Päihteiden käytön ympärille rakentuvan elämäntavan odotetaan hänen mukaansa tarjoavan elämyksiä ja mahdollisuuksia asettua normaalin ulkopuolelle. Päihteet toimivatkin hänen mukaansa marginaaliin pyrkivien elämäntavan symboleina, jotka symboloivat yhteenkuuluvuutta käyttäjien kesken ja muukalaisuudesta suhteessa valtaväestöön.

Saari (2020, 72) kuvaa päihdeongelmaisten ihmisten kohtaavan selkeästi suurempia vajeita elämän edellytyksissä, kuten elintasossa, elämänlaadussa ja elämäntavoissa, kuin muut yhteiskunnan ihmisryhmät. Myös Pehkosen ym (2019, 9-10) mukaan huono-osaisuuden kasautuminen on tyypillistä päihdeongelmaisille ihmisille, jolloin eri hyvinvoinnin vajeet, kuten ta-

loudellinen köyhyys, alhainen koulutus, työttömyys ja psyykkiset ja fyysiset sairaudet sekä asumisen ja ihmissuhteisiin liittyvät hankaluudet, voivat kytkeytyä toisiinsa. He kuvaavatkin ongelmaa hankalasti ratkaistavaksi sen monisyisyyden vuoksi.

5 Päihdetyö

Päihteet ovat suomalaisen yhteiskunnan keskeinen ongelma ja kaikkia kansalaisia jollain tavalla koskettava ilmiö, jota on pyritty ratkaisemaan päihdehuollossa eri tavoin eri aikoina. Päihdehuollossa tehtävää työtä ohjaavat valtakunnallisesti lait, asetukset ja muut säädökset, joiden avulla määritellään palvelun rajat ja vähimmäisvaatimukset. Niiden tarkoituksena on turvata henkilön yksilön suojaa, estää syrjintää ja säätää tarvittava sosiaaliturva. Ydinarvo päihdepolitiikassa on jokaisen kansalaisen oikeus terveyteen ja turvalliseen ympäristöön. Päihdepalveluihin hakeutuminen on vapaaehtoista ja palveluja tarjotaan asiakkaan tarpeen mukaan. Niiden tulee olla asiakaslähtöisiä, itsenäistä selviytymistä tukevia, luottamuksellisia ja laadukkaita. (Heikkinen-Peltonen, ym. 2019, 89; Pehkonen ym. 2019, 7.)

Suomen päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä terveyshaittoja. Lisäksi lain mukaan tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan päihdetyön tavoitteena taas on vähentää ja poistaa päihteisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tukea päihteettömyyttä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2017, 72-73) määrittelee, että sosiaalihuoltolain mukaiseen päihdetyöhön sisältyvät ohjaus ja neuvonta, päihteiden ongelmakäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisille suunnatut sosiaalihuollon erityspalvelut sekä muut päihteettömyyttä tukevat tai päihteiden ongelmakäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut.

Päihdehuoltolaki (41/1986) säätää tällä hetkellä päihdehuollon ja päihdepalvelujen järjestämisvelvollisuuden olevan Suomessa on kunnilla, joiden tulee huolehtia siitä, että palveluja annetaan henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia tuen ja hoidon tarpeen mukaisesti. Päihdehuolto tulee lain mukaan järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve sitä edellyttää. Laki määrittää, että kunnat voivat tuottaa kyseiset palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksittäisiltä palveluntuottajilta. Suomen perustuslaki (713/1999) määrittää jokaisella kansalaisella olevan yhdenvertainen oikeus sosiaalihuoltoon ja sosiaaliturvaan: julkisen vallan on turvattava jokaiselle ihmiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Päihdetyön lähtökohtana on muodostaa asiakkaalle saumaton palvelukokonaisuus päihdetyön erityispalveluissa, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto toimivat yhdessä. Päihdetyön erityispalveluilla tarkoitetaan päihdekuntoutujalle suunnattuja palveluja, kuten A-klinikkatoimintaa,

kuntoutuslaitoksia, katkaisuhoitoasemia, huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteitä ja selviämisasemia. Osa erityspalveluista katsotaan kunnissa olevan osa terveydenhuoltoa ja osa sosiaalihuoltoa, mutta valtaosassa palveluja tarvitaan sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 73.)

Päihdetyön osa-alueina ovat ehkäisevä- ja korjaava päihdetyö. Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan lain ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä sekä päihdehuoltolain velvoittamaa työtä, jolla kuntien on vähennettävä päihteiden käyttöön liittyviä sekä sosiaalisia haittoja että terveyshaittoja. Korjaava päihdetyö taas sisältää päihdeasiakkaan akuuttihoidon, kuten päihdekierteen katkaisu- ja vieroitushoidon, muun lääketieteellisen hoidon, tarvittavat sosiaalipalvelut sekä pidempikestoisen päihdehoidon ja päihdekuntoutuksen. Päihteettömyyttä edistävän ja ongelmia ehkäisevän työn tavoitteena on voimavarojen ja muilta ongelmilta suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä riskitekijöiden vähentäminen muun muassa yhteisyyttä ja osallisuutta vahvistamalla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 90, 97-98; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 73.)

Suomen hallituksen hallitusohjelmassa ajalle 2019-2023 yhtenä teemana on ”Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi”. Hallituksen tavoitteena on hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden ja sosiaaliturvan rakenteellinen uudistaminen. Rakenteellinen uudistaminen tullaan toteuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa, jossa kootaan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu kuntaa suuremmille itsehallinnollisille alueille: maakunnille. Linjauksena on, että tulevaisuudessa maakunnat tuottavat sosiaali- ja terveyspalvelut palvelut pääosin julkisina palveluina ja yksityinen sekä kolmas sektori toimivat täydentävinä palvelujen tuottajina. Uudistus koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa, joten uudistuksen toteutuessa myös päihdepalveluiden järjestämisvastuu tulee siirtymään kunnilta maakunnille. (Valtioneuvosto 2019, 9,38; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b, 9.)

Vuonna 2021 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ensimmäisen päihteitä ja riippuvuuksia laajasti yhteen kokoavan kansallisen päihde- ja riippuvuusstrategian, joka linjaa yhteisen kehittämistyön ja politiikkatoimien tavoitteet ja painopisteet vuoteen 2030 asti. Strategia kattaa kokonaisuuden koko väestöön kohdistuvista toimista haittojen vähentämiseen, päihde- ja riippuvuusongelmien ennaltaehkäisyyn sekä hoitoon ja kuntoutukseen yksilötasolla. Strategian tavoitteena on alkoholin, tupakka- ja nikotiinituotteiden sekä huumausaineiden käytöstä ja rahapelaamisesta aiheutuvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisy ja vähentäminen kaikissa ikäryhmissä. Yksi strategian painopisteistä on varmistaa ennaltaehkäisevän päihdetyön lisäksi päihde- ja riippuvuuspalveluiden laatu, saavutettavuus ja saatavuus. (Kotovirta ym. 2021, 7,9.)

5.1 Päihdehoito

Kurki (2015, 16, 18) määrittelee päihdehoidon hoitotieteeseen perustuvaksi hoitotyöksi, jonka keskeisinä käsitteinä ovat ihminen, terveys, hoitotyö ja ympäristö. Ihminen voi määrittyä hänen mukaansa päihdehoidossa niin yksilön itsensä kuin perheen, ryhmän tai yhteisön näkökulmasta. Hänen mukaansa päihteidenkäyttäjä nähdään päihdehoidossa humanistisen ihmiskäsityksen mukaisesti jatkuvassa muutoksessa olevana ihmisenä, joka kykenee osallistumaan muutoksen aikaansaamiseen ja on tietoinen itsestään ja ympäristöstään.

Terveyden Kurki (2015, 18) näkee olevan päihteidenkäyttäjällä laajasti uhattuna erilaisten terveysongelmien kautta sekä kulttuurisidonnaisena ja ihmisen itsensä kokemana ongelmana. Hänen mukaansa pahimmillaan päihteiden ongelmakäyttö aiheuttaa, ylläpitää ja ja syventää päihderiippuvuutta aiheuttaen monitasoisia ongelmia niin ihmiselle itselleen kuin hänen läheisilleen ja muulle ympäristölleenkin. Päihdehoidossa onkin hänen mukaansa tärkeää tutkia, kuinka runsas päihteidenkäyttö vaikuttaa käyttäjän jokapäiväiseen elämään ja millaisen merkityksen hän tilanteellensa antaa.

Hoitotyötä päihdehoidon osana Kurki (2015, 19) kuvaa vuorovaikutussuhteeksi, prosessiksi ja auttamismenetelmäksi. Vuorovaikutuksella on hänen mukaansa keskeinen merkitys käyttäytymisen muutokseen johtavassa motivaatiossa sekä asiakkaan positiivisessa terveydentilan muutoksessa. Hän kuvaa yhteistoiminnallista päihdehoitotyötä asiakaslähtöiseksi dialogiin, tasavertaiseen ja kuuntelevaan vuoropuheluun perustuvaksi hoitosuhteeksi.

Päihdehoidossa ympäristö -käsitettä Kurki (2015, 18) kuvaa laajaksi ja monitasoiseksi. Hänen mukaansa ympäristöä tarkastellaan päihdehoidossa tilana tai elämäntilanteena, jossa asiakas on keskipisteenä. Tähän ympäristöön sisältyy hänen mukaansa asiakkaan asumisen, sosiaalisen elämän, työn ja opiskeluiden lisäksi mm. kolmannen sektorin palvelut kuten vertaistoiminta sekä erilaiset hoito- ja kuntoutuspalvelut. Kurjen mukaan päihdehoitotyön toimintaympäristöihin on viime vuosina tullut uusia piirteitä myös tietotekniikan kehityksen myötä.

Usein katkaisu- tai vieroitushoito on ensimmäinen paikka, josta päihdeongelmainen hakee itselleen apua. Vieroitushoitoa tarjotaan asiakkaan tilan ja vieroitusoireiden mukaan joko avo- tai laitosvieroituksena ja hoidon tavoitteena on lievittää asiakkaan vieroitusoireita, jotka seuraavat päihteiden käytön lopettamisesta. Pitkäaikainen päihteiden käyttö aiheuttaa fyysisen riippuvuuden, jossa ihmisen hermosto on sopeutunut päihteeseen ja kun päihde poistuu elimistöstä, muuttuu hermoston toiminta aiheuttaen vieroitusoireita. Vieroitusoireita voivat olla esimerkiksi päänsärky, sydämen tykytys, hikoilu, unettomuus ja ahdistuneisuus, pahoinvointi ja oksentelu, kouristukset, psykomotorinen levottomuus, sekavuus ja mahdolliset harhat. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 185-186.)

Hoitoon hakeutumisen kynnys on usein korkea ja vieroitushoidon aloitusvaihetta kuvataankin erityisen tärkeänä. Aloitusvaiheessa asiakkaan motivaatio ja sitoutuminen hoitoon ovat usein korkealla: asiakkaan tilanne on kriisiytynyt ja hän on valmis sitoutumaan hoitoon tilanteen helpottamiseksi. Päihdeongelman kohtaaminen edellyttää asiakkaalta itsen uudelleen määrittelyä ja erilaisten psykososiaalisten prosessien läpikäymistä. Vaikka oman tilanteen ja päihteiden käytön ja siihen liittyvän elämäntavan ongelmat tiedostetaan, irtautumisen haasteet näyttävät suurilta ja lopettamispäätös vaatiikin työstämistä. Lopettamiselle haetaan motivaatiota ja päihteistä ja niihin liittyvästä elämäntavasta irtautumiseen ja irrallaan pysymiseen tarvitaan runsaasti sosiaalista tukea. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 185; Väyrynen 2007, 162.)

Yksilön tarpeet ja kokemus hyvinvoinnista voivat vaihdella elämäntilanteiden mukaan ja näin on myös päihdehoitoon hakeutuvien henkilöiden kohdalla. Mm. käytetyillä päihteillä sekä riippuvuuden kestolla ja vaikeusasteella voi olla moninaisia vaikutuksia hyvinvointiin. Mikäli ihminen ei näe yhteyttä oman hyvinvointinsa ja päihteiden käytön välillä, motivaatiota voidaan vahvistaa ympäristön tuen avulla. Tällöin asiakas kohdataan yksilöllisesti ja hänen kokemuksiaan ja niiden merkityksiä kuunnellaan ja hyväksytään. Lähtökohtana työskentelyssä pidetään asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan omaa käsitystä tilanteestaan, avuntarpeestaan ja voimavaroistaan. Päihteitä ongelmallisesti käyttävät hakeutuvat hoitoon varsin vaihtelevissa tilanteissa ja siten hoidon lähtökohdat ja asiakkaan tarpeet ovat yksilölliset. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 182; Ekqvist & Kuusisto 2019, 292.)

Päihteiden käyttöön liittyvät lopettamispäätökset ovat kipeitä ja vaikeita. Päihteiden käyttö on ollut elämän keskeisin aktiviteetti ja päihdemaailman alakulttuurit se olemisen paikka ja toimintaympäristö, johon päihdeongelmainen on kiinnittynyt. Päihdemaailmasta irrottautuminen merkitsee uusien elämän merkitys sisältöjen etsintää ja vanhoista luopuminen tekee kipeää. Luopumisen kivuliaisuus muodostuu päätöksenteon vaikeudesta sekä sen pohdinnasta, mitä päihdekulttuurin ja päihteidenkäytön jättäminen merkitsee identiteetille ja paikalle maailmassa. Se mitä kohden ollaan menossa, on epäselvää ja vielä hahmottumatonta ja itsen sijoittaminen sinne näin ollen lähes mahdotonta. Päihteistä ja päihdekulttuurista luopumisessa psyykkiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat yhteen päihdekulttuurissa kiinnipitävässä merkityksessä. (Väyrynen 2007, 163.)

Kurki (2015, 16-17) kuvaa tehokkaan ja vaikuttavan päihdehoidon perustuvan parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon. Erilaisten toimintakäytäntöjen ollessa nykyaikaisia ja uudistuvia ne vastaavat hänen mukaansa mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeisiin. Kurki listaa päihdehoitotyö perustuvan hoitotieteen lisäksi lääketieteen, sosiaalipsykologian, psykologian sekä muiden sosiaalitieteiden ja kasvatustieteen tutkittuun tietoon.

Kurjen (2015, 17-18) mukaan päihdehoitotyössä tarvitaan mm. ymmärrystä ja tietoa riippuvuus- ja riippumattomuuskäyttäytymisen eri ilmiöistä, ihmisen terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä vuorovaikutussuhteen elementeistä. Päihdehoitotyössä hänen mukaansa on myös tärkeää olla tietoa ja ymmärrystä ihmisen kasvusta ja kehityksestä ei ikäkausina. Lisäksi hänen mukaansa tarvitaan myös historiallista ja kulttuurista tietoa sekä ymmärrystä yhteiskunnallisten ilmiöiden ja yksilön elämäntilanteiden välisten moninaisten vaikutussuhteiden käsittämiseksi.

5.2 Päihdekuntoutus

Kuntoutus käsitteenä on laaja sen määritelmät ovat vaihtelevia. Kuntoutus kuitenkin tähtää aina fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen. Malmström ym. (2018, 8) määrittelevät kuntoutuksen olevan kuntoutujan tarpeista lähtevä suunnitelmallinen prosessi, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisten tuella. Se voi olla toimintakyvyn palauttamista vamman tai sairastumisen jälkeen tai uusien taitojen opettelua ja keskeytyneen kehityksen uudelleen käynnistämistä. Kuntoutukseen kuuluu kuntoutujan toimintaympäristöjen kehittäminen ja kuntoutus tukee kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä voimavaroja, itsenäistä elämää, työllisyyttä sekä sosiaalista osallisuutta. Kuntoutukseen sisältyvät lääkinnällinen kuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja ammatillinen kuntoutus. Päihdekuntoutuksesta puhutaan usein erikseen, mutta siihen sisältyy elementtejä näistä kaikista kuntoutuksen muodoista. (Malmström ym. 2018, 8; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 22.)

Kuntoutuminen on toimintaa, jossa kuntoutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi välttämättömät keinot suunnitellaan yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Kuntoutus on aktiivinen kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä prosessi, joka edellyttää kuntoutujan sitoutumista sekä kuntoutuksen oikea-aikaisuutta. Kuntoutus perustuu hyvään kuntoutuskäytäntöön, joka sisältää asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 22.)

Hyvään kuntoutuskäytäntöön sisältyy lisäksi moniammatillinen toimiminen ja näyttöön perustuva työskentely: siinä yhdistyy monitieteisissä ja monimenetelmällisissä vaikuttavuustutkimuksissa saatu tieto ja kuntoutuksen ammattilaisten kokemukset. Lisäksi hyvän kuntoutuskäytännön toteutumiseksi tarvitaan tietoa kuntoutumisen merkityksellisyydestä asiakkaalle sekä kuntoutujan elämänlaadusta ja kokemuksista. Hyvän kuntoutuskäytännön mukainen kuntoutus on yksilöllistä ja siinä painotetaan oikean ajoituksen lisäksi ongelmien ja vahvuuksien tunnistamista. Hyvän kuntoutuksen katsotaan olevan vaikuttavaa, merkityksellistä sekä tuloksellista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 22-23.)

Päihdekuntoutuksella tarkoitetaan päihdeasiakkaan hoidon ja ohjauksen vaihetta, joka alkaa akuuttivaiheen eli vieroitushoidon jälkeen. Päihdekuntoutusta, jonka tavoitteena on ylläpitää

ja lisätä asiakkaan toiminnan edellytyksiä, järjestetään sekä avohuollossa että laitoskuntoutuksena. Toimijoina näissä ovat yleensä päihdehuollon erityispalvelut. Laitoskuntoutus tulee asiakkaalle kyseeseen silloin, kun avohuollon tukitoimet eivät riitä ja hän tarvitsee esimerkiksi ympärivuorokautista tukea motivaation ylläpitämiseen sekä arkipäivän toimintoihin, kuten lepoon, ravitsemukseen, hygieniaan ja sosiaalisiin toimintoihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 194; Inkinen, Holmberg, Partanen, Kylmänen & Saarinen 2015, 341.)

Päihdekuntoutuksen menetelmät ovat samoja riippumatta siitä, minkä päihteen ongelmakäytön vuoksi asiakas on hoitoon hakeutunut: sekä alkoholi- että huumeongelmaisen Käypä hoito -suosituksissa todetaan, että päihdeongelmaisen kuntoutuksessa käytetään samoja psykososiaalisia hoitomuotoja, kuten keskustelua, yhdessä tekemistä, perhe– ja verkostotyötä sekä vertaistukiryhmiä. Päihdekuntoutuksessa yleisiä ovat etenkin kognitiiviset, ratkaisukeskeiset ja voimavaralähtöiset mallit. Kuntoutumisen yhtenä tavoitteena päihteiden käytöstä irtautumisen lisäksi on irrottautua haitallisista alakulttuureista sekä viiteryhmistä. Päihdeongelmasta kuntoutuminen ei tarkoita ainoastaan päihteistä luopumista, vaan se on koko elämän ja elämäntavan kattava muutos. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 194; Inkinen ym. 2015, 341.)

Päihdekuntoutuksen alkuvaiheessa asiakkaan kuntoutumismotivaatio voi olla ristiriitainen: ihminen joutuu päihdekuntoutuksen aikana luopumaan monista sellaisista elämänsisällöistään, jotka ovat olleet hänelle merkityksellisiä vahingollisuudesta huolimatta. Myös ihmissuhteista ja esimerkiksi ystäväpiiristä luopuminen voi tuntua raskaalta. Tämän luopumisprosessin tueksi asiakas tarvitsee sekä ammattiauttajia että vertaistukea. Niin kauan, kun asiakkaan motivaatio on häilyvä, tarvitsee hän työntekijän apua motivaation tukemiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019.)

Tärkeä osa kuntoutusjaksoa on usein päihdehoidon toteuttamisen lisäksi perusasioiden korjaantuminen: monelle asiakkaalle arki on saattanut olla kaoottista ja moni asia jäänyt hoitamatta. Laitoskuntoutusjakso tarjoaa mahdollisuuden toipua pitkästä päihteenkäyttöön painottuvasta elämänjaksosta, selvitellä omaa tilannettaan ja asioitaan, motivoitua suuntaamaan kohti muutosta ja uutta suuntaa sekä oppia erilaisia päihteidenkäytön ja arjen muuttamiseen soveltuvia asioita ja keinoja. Kuntoutuksessa ihmisen tukena ovat omat työntekijät, yksikön henkilökunta, muut kuntoutujat/ yhteisö sekä vertaistyöntekijät, kokemusasiantuntijat ja ryhmät. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 194; Inkinen ym. 2015, 341.)

Päihteiden käytön perimmäisen syy on saattanut olla mahdollisuus saada nopeasti helpotusta vaikeisiin tunnetiloihin. Tämän vuoksi myös tunteiden kanssa työskentely kuuluu päihdekuntoutukseen. Hoidon ja kuntoutumisen alkuvaiheessa se on mahdollisuutta tulla kuulluksi, hyväksytyksi, ymmärretyksi ja saada apua kriisitilanteissa. Myöhäisemmässä vaiheessa asiakkaan tulisi saada mahdollisuus myös pidempiaikaiseen terapeuttiseen työskentelyyn. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 194.)

Päihderiippuvuus aiheuttaa ongelmia kaikilla elämän osa alueilla, joten myös päihdekuntoutuksen on ulotuttava näille kaikille alueille. Etenkin huumetaustaisten päihdekuntoutujien elämänkulku on usein ollut poikkeuksellinen jo lapsuus- tai nuoruus iästä lähtien. Taustalla on usein erilaisia perhe-, sopeutumis- ja käyttäytymisongelmia, koulunkäyntivaikeuksia sekä myöhemmin työelämän rikkonaisuutta tai työelämäkokemuksen puuttumista kokonaan. (Tainio & Jauhiainen 2016, 151.)

Raitistuminen ja päihteiden käytön lopettaminen jo itsessään korjaan niitä asioita, joissa on ollut puutteita ja ongelmia jo ennen päihderiippuvuuden kehittämistä tai jotka ovat kehittyneet päihteiden käytön myötä. Osaamattomuus, tiedon puute sekä pelko uusia asioita ja viranomaisia kohtaan saattavat estää avun hakemisen. Monelle arki onkin selvinpäin alkuun hyvin kaoottista ja täynnä uusia opetettavia asioita. Toipumisen edetessä paljastuvat esimerkiksi tunnistamatta ja hoitamatta jääneet oppimisen ja keskittymisen ongelmat, vaikeudet ihmissuhteissa ja sosiaalisissa taidoissa sekä vaikeudet selviytyä raha- asioiden kanssa. (Tainio & Jauhiainen 2016, 151.)

Monia haasteita kuntoutukselle asettaa tilanne, jossa päihdeasiakkaat ovat yhä moniongelmaisia ja heikommin yhteiskuntaan kiinnittyneitä samaan aikaan, kun yhteiskunta muuttuu yhä vaikeammin hallittavaksi ja pirstaleiseksi. Hyvinvointi on moniulotteinen käsite, jolla on keskeinen merkitys sekä yhteiskunnassa että yksilön elämässä. Yhdeksi sosiaalityön tavoitteista määritelläänkin hyvinvoinnin lisääminen, ja työskentely tämän tavoitteen saavuttamiseksi tapahtuu niin yhteiskunnan rakenteiden tasolla, kuin yksilöidenkin tasolla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 195; Ekqvist & Kuusisto 2019, 289.)

Päihdekuntoutusta tarjoamalla yhteiskunta toteuttaa hyvinvointipoliittista tehtäväänsä: pyrkii takaamaan haavoittuvassa asemassa olevien oikeuksia. Suomalainen lainsäädäntö antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden puuttua niihin hyvinvoinnin vajeisiin ja valinnanmahdollisuuksien puutteisiin, joita asiakkaat usein kohtaavat. Tästä näkökulmasta katsottuna hoito toisaalta turvaa hyvinvointia, mutta myös poistaa pahoinvointia. Vaikuttava ja tuloksellinen päihdekuntoutus mahdollistaa sen, että hyvinvointi leviää yksilön kuntoutumisen myötä yksilötasolta myös yhteiskunnalliselle tasolle. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 195; Ekqvist & Kuusisto 2019, 289-290.)

Kuntoutumisen alussa päihdeongelma ja sen hoitaminen vievät toipujalta paljon voimavaroja ja energiaa, ja päihteiden käytön lopetettuaan toipuja hoitaa päihderiippuvuuttaan eri tavoin koko elämänsä ajan. Päihderiippuvuudesta toipuminen on siis pitkäkestoinen, vaiheittainen ja kokonaisvaltainen prosessi. Päihdekuntoutus erilaisine hoitomuotoineen on parhaimmillaan yhtenäinen ja asiakasta tukeva vaihe muutosprosessissa. (Tainio & Jauhiainen 2016, 149-150.)

Päihderiippuvuudesta toipuminen voidaan Tainion & Jauhiaisen (2016, 149, 151, 154) mukaan nähdä prosessina, jossa tähdätään siirtymiseen marginaalisesta alakulttuurista valtavirtaan.

Valtavirralla he tarkoittavat niitä toiminnan ja elämän mahdollisuuksia, joita järjestäytynyt yhteiskunta tarjoaa. Toipumissuuntautuneessa päihdekuntoutuksessa tavoitteena pidetäänkin heidän mukaansa laaja-alaista toipumista, joka toteutuu kokonaisvaltaisena elämäntapa- ja identiteetti muutoksena. He näkevät toipumisorientoituneessa ajattelussa päihteettömyyden on hoidon välitavoitteena ja välttämättömänä edellytyksenä mahdollisuudelle muuttua, jota hoidon päätavoite seuraa. He toteavatkin, että päihdekuntoutuksen voidaan nähdä olevan myös sosiaalista kuntoutusta.

Päihdekuntoutuksessa toteutetaan myös psykososiaalista kuntoutusta, jolla tarkoitetaan ihmisen toimintakyvyn palauttamista suhteessa itseensä, lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan. Lähtökohtana ovat arkipäivän elämisen taidot, kyky huolehtia omasta hyvinvoinnista ja toimia yhteiskunnan jäsenenä. Arjen hallinta, kuten asuminen, ravitsemus, raha asiat, terveydenhoito ja ihmissuhteet, edellyttävät kognitiivisia taitoja, kuten keskittymiskykyä, muistia ja päätöksentekokykyä sekä tunteiden hallintaa, joita päihteiden käyttö on voinut vaurioittaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 195.)

5.3 Psykososiaalinen ohjaus päihdetyössä

Sayed (2015, 10) määrittelee ohjaustyön työmenetelmäksi, ammatillisen keskustelun muodoksi ja institutionaaliseksi toiminnaksi, jolla on sisällölliset tavoitteet. Hänen mukaansa ohjaus on laaja-alainen elämänsuunnittelun menetelmä, jonka tavoitteena on auttaa ohjattavaa elämään aiempaa tasapainoisemmin ympäristönsä kanssa ja käyttämään omia mahdollisuuksiaan tavoitteellisesti hyväkseen. Ohjaukselle on hänen mukaansa ominaista liikkuminen asiakkaan tunne-, kokemus- ja merkitysmaailmassa. Myös Onnismaa (2014, 296) määrittelee ohjauksen määrätietoiseksi keskusteluun perustuvaksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on auttaa ohjattavaa pohtimaan ja ratkaisemaan elämänsä ongelmia ohjaajan avustuksella.

Raunion (178-179) mukaan psykososiaalista työtä tarvitaan silloin, kun kohdataan erityisen vaativia ongelmia ja tilanteita, joissa esiintyy päihteitä. Psykososiaalisessa työskentelyssä painopistettä siirretään hänen mukaansa asiakkaan tilannetta määrittävistä tekijöistä asiakkaan ymmärrykseen omasta tilanteestaan ja toiminnastaan. Tällä pyritään hänen mukaansa luomaan asiakkaalle uutta ymmärrystä tilanteestaan ja ongelmistaan sekä avaamaan asiakkaalle mahdollisuuksia muuttaa tilannettaan. Lähtökohtana psykososiaalisessa työssä on hänen mukaansa yksilön ja sosiaalisen ympäristön vuorovaikutus.

Koska psykososiaalista työtä tehdään ennen kaikkea huono-osaisten, syrjäytyneiden tai marginalisoituneiden ihmisten parissa, on psykososiaalinen työ lähtökohtaisesti korjaavaa, ei ennaltaehkäisevää työtä. Työn painopiste on sosiaalisessa resursoinnissa, sosiaalisten oikeuksien valvonnassa ja yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa. Työhön liittyy myös terapeuttinen ulottuvuus ja asiakkaan tarpeita ymmärtämään pyrkivä työote. Psykososiaalinen työskentely asettaa

työntekijälle tiettyjä vaatimuksia: hänen tulee tuntea ja osata kasvokkaiseen vuorovaikutukseen perustuvia auttamistyön menetelmiä. (Raunio 2009, 179-180.)

Ohjaustyön toteuttamisen katsotaan edellyttävän ohjaajalta ammatillista osaamista, joka ei kehity ainoastaan sosiaalisissa tilanteissa ja keskusteluissa kertyneen kokemuksen myötä, vaan tavoitteellinen ohjaustyö edellyttää oman alan substanssituntemuksen ja hyvien vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen lisäksi ohjauksen teoreettisen perustan tuntemusta ja ymmärtämistä. Ohjaustyössä katsotaan teoreettisen perustan tuntemisen syventävän tavoitteellista ohjaustyötä ja mahdollistavan oman toiminnan perustelemisen. (Sayed 2015, 10.)

Päihdetyöhön sisältyvä ohjaus- ja neuvontatyö kohdistuu päihteettömyyttä suojaaviin ja vaarantaviin tekijöihin ja työmuotona se kuuluu kaikille sosiaalihuollon ammattilaisille. Ohjaus- ja neuvontatyössä henkilö, jolla on ohjaajan rooli, antaa aikaa, huomiota ja kunnioitusta asiakkaan roolissa olevalle henkilölle tai henkilöille. Ohjauksella pyritään korostamaan yksilön valintoja ja tukemaan niitä. Ohjauksen tehtävänä on antaa asiakkaalle tilaisuus tutkia, keksiä ja selkiyttää tapoja elää voimavaraisemmin ja hyvinvoivemmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 73.)

Jotta ohjaustyössä kyetään vastaamaan asiakkaiden ja asiakasryhmien yksilöllisiin ja moninaisiin tarpeisiin, tarvitaan erilaisia lähestymistapoja. Erilaiset lähestymistavat määrittelevät ohjaustyön keskeiset periaatteet eri tavoin ja erilaiset ajattelumallit ja periaatteet nähdään käytännön ohjaustyön perustana. Monet lähestymistavoista pohjaavat alun perin psykoterapiatyöhön kehitettyihin ajattelun malleihin. Ohjaustyön katsotaan kuitenkin eroavan terapiatyössä siinä, että ohjaustyön keskeisenä tavoitteena ei ole mielenterveyden häiriöiden tai sairauksien parantaminen, vaan asiakkaan selviytymisen, elämänhallinnan, elämän suunnittelun tai itsetuntemuksen tukeminen ja edistäminen. (Sayed 2015, 10.)

Ohjauksen ensisijaisena tavoitteena voi olla esimerkiksi asiakkaan itsetuntemuksen ja itsensä toteuttamisen kehittäminen, ongelmien ratkaiseminen, elämänkriisistä selviytyminen tai asiakkaan elämänsuunnittelun ja elämänhallinnan edistäminen. Monet ohjauksen työskentelytavat painottavat yksilövalmennusta, mutta viime vuosikymmeninä on ohjauksessa alkanut korostumaan myös suhteissa olon näkökulma. (Sayed 2015, 10; Onnismaa 2014, 297.)

Psykososiaalisessa työssä toteutettavassa ohjauksessa teoreettiseksi viitekehykseksi on tarjolla monia eri teorioita ja ajatussuuntauksien ideoita. Yleisimmin Suomessa käytettyjä ohjauksen lähestymistapoja ovat eksistentialismi–humanistiset lähestymistavat, ratkaisukeskeiset ja voimavarakeskeiset lähestymistavat, konstruktivistiset lähestymistavat sekä monikulttuurinen lähestymistapa. Päihdetyössä sovelletaan lisäksi myös kognitiivis–behavioristista lähestymistapaa sekä psykodynaamista lähestymistapaa. (Sayed 2015, 11.)

Ohjauksen lähestymistapojen tilannekohtainen sekä asiakas- ja asiakasryhmäkohtainen soveltaminen on yleistynyt käytännön asiakastyössä ja yksittäisten viitekehysten puhdasoppista hyödyntämistä ei enää pidetä itseisarvona. Monet ohjaustyötä tekevät ammattilaiset kehittävätkin oman käyttöteoriansa ohjausteorioista, joiden he kokevat parhaiten vastaavan omaa ihmiskäsitystä ja itselleen tärkeitä arvoja. (Sayed 2015, 11.)

6 Ryhmätoiminta päihdetyön menetelmänä

Sosiaalialan asiakastyön osaamiseen kuuluu erilaisten asiakastyön teoreettisten työorientaatioiden ja työmenetelmien soveltaminen. Dialogisessa asiakastyössä ongelmia ja niiden ratkaisuja määritellään yhdessä asiakkaan sekä muiden asianosaisten kanssa ja onnistuneen dialogin takaamiseksi onkin kehitetty erilaisia elementtejä ja asiakastyössä käytettäviä menetelmiä. Menetelmät lisäksi muun muassa antavat valmiuksia vaikeissa elämäntilanteissa elävien ihmisten kanssa työskentelyyn. (Näkki & Sayed 2015, 3.)

Erilaisten menetelmien perusajatuksena on usein se, että asiakkaat nähdään aktiivisina toimijoina ja lähtökohtana on voimavarakeskeinen näkökulma asiakastyöhön. Erilaiset menetelmät perustuvat usein ihmiskäsitykseen, joka korostaa asiakkaan subjektiutta, toimijuutta ja täysivaltaisuutta, ja niiden tavoitteena on luoda, palauttaa ja ylläpitää omaehtoisen selviytymisen, hyvän elämänlaadun ja elämänhallinnan edellytyksiä. Asiakkaiden osallisuudella on suuri merkitys ja työntekijän tehtävänä on auttaa ihmisiä henkilökohtaiseen kasvuun, muutokseen sekä itsensä toteuttamiseen. Asiakkaan toimijuutta tukemalla pyritään lisäämään hänen tasaarvoisia edellytyksiänsä toimia ja osallistua yhteiskunnassamme. (Näkki & Sayed 2015, 3.)

Sosiaalialan asiakastyö työmenetelmät voidaan määritellä strategisesti jäsentyneiksi, suunnitelmallisiksi ja järjestelmällisiksi toiminnoiksi, joita käytetään asiakastyössä tai asiakastyön ohjaamisessa. Menetelmät sisältävät yleensä kannanoton niiden taustalla oleviin tieteenfilosofisiin perusteisiin, sosiaalityössä hyödynnettävien teorioihin, ihmiskäsitykseen sekä käsitykseen yhteiskunnasta. (Näkki & Sayed 2015, 3.)

Tuominen (2020, 25) määrittelee ryhmätoiminnan sosiaalityön menetelmäksi, jolla pyritään saamaan ihminen toimimaan subjektina elämässään. Hänen mukaansa ryhmässä yksilön tietoisuus itsestään ja ympäröivästä maailmasta lisääntyy ja siinä toimiminen lisää yksilön reflektiivisyyttä tarjoamalla muuttuvia virikkeitä sekä vaatimalla uuteen sopeutumista ja valintojen tekemistä. Tämä puolestaan lisää hänen mukaansa toimintakykyä: kun ryhmä tarjoaa osallisuuden kokemuksen, vahvistuu yksilön subjektius.

6.1 Ryhmätoiminnan tarkoitus ja merkitys

Tuominen (2020,25) kuvaa ryhmätoiminnan keskeiseksi merkitykseksi toimintakyvyn kasvamisen ja ryhmän vuorovaikutuksen kautta syntyvän yhteenkuuluvuuden ja yksilön persoonallisuuden kehittymisen. Sosiaalityön alkuajoista lähtien ryhmätoiminnalla onkin hänen mukaansa pyritty kehittämään yksilön persoonallisuutta siten, että hänen kykynsä terveisiin ja hyödyllisiin sosiaalisiin suhteisiin sekä liittyminen yhteiskuntaan paranee. Ryhmiä käytetään hänen mukaansa sosiaalityössä tukemaan persoonallista kasvua sekä ehkäisemään ja poistamaan sosiaalisia ongelmia.

Sosiaalisilla suhteilla ja inhimilliseen elämään liittyvillä sosiaalisilla tekijöillä on Näkkin (2015, 81) mukaan merkittävä rooli ihmisen ongelmien syntymisessä. Näin ollen sosiaalisten tekijöiden tulisi näkyä hänen mukaansa myös kuntoutuksessa käytettävissä menetelmissä ja ihminen tulisi nähdä suhteessa sosiaalisiin ympäristöihin sekä niissä rakentuviin merkityksiin, voimavaroihin ja ristiriitoihin. Hän toteaakin terapeuttisilla ryhmillä olevan pitkät perinteet sosiaalityössä ja niitä käytetään myös päihdehoidossa yhtenä menetelmänä hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. (Näkki 2015, 81.)

Hoidollisten ryhmien tarkoituksena on vaikuttaa asiakkaan valmiuksiin liittyen elämänlaatuun: niillä pyritään elämänlaadun kohentamiseen, ennallaan pysymiseen tai heikentymisen hidastamiseen. Ryhmässä ihminen muokkaa itseään ulkoa tulevien vaikutteiden sisäistämiseksi ja alkaa tuottamaan oman elämänsä tapahtumia. Henkilö pyrkii saamaan aikaan muutoksia ja toimimaan tavoitteellisesti. (Näkki 2015, 81; Oksanen 2007, 43-44.)

Oksasen (2007, 44) mukaan ryhmään osallistuessaan ihmisen tulee päättää, osallistuuko hän toimintaan ja osallistuessaan hänen tulee vastata ryhmän odotuksiin ja suhteuttaa omaa itseään ympäristöönsä. Osallistuessaan ihminen myös joutuu vetämään rajan itsensä ja ympäristönsä välille, joka lisää Oksasen mukaan hänen tietouttaan itsestään ja omasta suhteestaan ympäristöön. Ryhmä toimii hänen mukaansa siis myös itsetuntemuksen lisäämisen välineenä reflektion avulla.

Näkki (2015, 94) kuvaa, että ryhmällä itsessään on jo sekä kuntouttavaa että kuntoutumista motivoivaa merkitystä jäsenilleen. Kuntouttavia tekijöitä ryhmässä ovat hänen mukaansa ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä. Tämän lisäksi ryhmässä kuntouttavat hänen mukaansa myös samankaltaisuuden ja erilaisuuden jakaminen sekä toisen auttaminen ja toivon löytyminen.

Kun ihmisten välille syntyy yhteyksiä ja liittyminen ryhmään mahdollistuu, ryhmä auttaa ihmisiä. Ihmisen on helpompi ryhmässä huomata omia ristiriitoja suhteessa siihen, miten asiat ovat ja mitä niiden toivoisi olevan. Lisäksi yksi ryhmän tärkeistä tehtävistä on sosiaalisten

taitojen kehittyminen. Lisäksi tiedollisten aukkojen korjaaminen ja erilaisten taitojen oppiminen voivat kohottaa itsetuntoa ja lisätä muutos motivaatiota. (Näkki 2015, 94-95.)

Ryhmätoiminta voi Tuomisen (2020, 25) mukaan tuoda lukuisia positiivisia vaikutuksia osallistujille. Tällaisiksi hän luettelee mm. voimaantumisen, vapautumisen, sosiaalisen tuen sekä asioiden oppimisen. Toiminnalla voidaan hänen mukaansa vähentää eristäytymistä, kun osallistujat huomaavat, että eivät ole yksin tilanteessa, että heidät hyväksytään ja että heiltä löytyy arvostettuja sekä hyödyllisiä tietoja ja taitoja.

Myös sosiaalinen tuki voi nostaa omanarvontuntoa. Ryhmätoiminta on myös hyvä keino lisätä osallistujien resilienssiä, eli kykyä selviytyä vaikeuksista ja oppia niistä. Tässä keskeistä on voimavaratyöskentely: voimavarakeskeinen työskentely on usein luontevampaa ryhmätoiminnassa kuin yksilöohjauksessa, jossa yleensä tuodaan esiin ennemminkin ongelmia kuin voimavaroja. (Tuominen 2020, 26, 28.)

Oksasen (2007, 45) mukaan ryhmien käyttö hoitomuotona päihdehuollon laitoksissa perustuu edellä mainittujen lisäksi siihen, että ryhmien toteuttaminen on laitosolosuhteissa suhteellisen helppoa ja niiden toteuttaminen on tehokasta ja taloudellista. Lisäksi ryhmät auttavat hänen mukaansa sosiaalisesta epävarmuudesta kärsiviä ihmisiä sekä ihmisiä, joilla on epätietoisuutta asemastaan yhteisössä: ihmiset voivat ryhmissä kertoa omia mielikuviaan ja ajatuksiaan, testata niiden realistisuutta ja saada niistä palautetta.

Ryhmätoiminta saattaa myös olla tehokkaampaa kuin yksilö työskentely, niin intensiivisyyden kuin ajankäytönkin osalta. Keskusteluissa saatetaan päästä syvällisemmän tasolle ryhmässä, kuin kahdenkeskisessä tapaamisessa. Ryhmät aktivoivat ja voimavaraistavat osallistujia, edesauttavat muutosta sekä mahdollistavat vertaistukea ja sosiaalisia kontakteja. Lisäksi työntekijän ja asiakkaan yhteistyösuhde voi ryhmässä vaikuttaa tasa-arvoisemmalta. (Oksanen 2007, 45; Tuominen 2020, 27.)

6.2 Ryhmätoiminnan ohjaus ja toteutus

Ryhmiä voidaan ohjata monin eri tavoin. Yhden teorian mukaan ryhmänohjaukselliset lähestymistavat terapeuttisessa ryhmässä voidaan jakaa kolmeen tasoon: intrapersoonalliseen, interpersoonalliseen sekä integralistiseen. Näiden tasojen erot ovat mm. siinä, kuinka ryhmäkoheesio nähdään niissä. (Oksanen 2007, 45.)

Näistä lähestymistavoista interpersoonallisessa ryhmänohjauksessa ryhmä käsitetään jäsenten vuorovaikutuskentäksi, joka sitoo ryhmäläiset keskinäisiin suhteisiin. Ensisijainen painopiste tällaisessa ryhmänohjauksessa on vertaissuhteet ja niissä tapahtuva oppiminen. Ryhmäkoheesion merkitys on suuri ja sen katsotaan palvelevan terapeuttisia päämääriä: oletuksena pide-

tään, että kiinteässä ryhmässä sen jäsenet tuntevat itsensä hyväksytyiksi ja kuuluvansa johonkin. Hyvä ryhmäkoheesio ennustaa myönteistä hoitotulosta. (Oksanen 2007, 46.)

Interpersoonallisessa ryhmänohjauksessa ryhmätilanne nähdään interaktiivisena ympäristönä, Oksasen (2007, 46) kuvauksen mukaan ”mikrokosmoksena” tai ”vuorovaikutuslaboratoriona”. Hänen mukaansa interpersoonallisessa ryhmänohjauksessa katsotaan, että jäsenet käyttäytyvät ryhmässä vuorovaikutuksellisesti samoin, kuin ryhmä ulkopuolellakin. Tämän myötä hänen mukaansa ryhmä auttaa jäseniään tunnistamaan realiteetteja ja kokemaan korjaavaa emotionaalisuutta, joka tukee muutokseen.

Tuominen (2020, 28) kuvaakin ryhmien kanssa tehtävän sosiaalityön keskeisinä asioina yhteistoiminnan ja vertaistuen. Vertaistuessa vertaiset hänen mukaansa ymmärtävät toisiaan ja huomaavat, etteivät ole yksin tilanteessaan. Vertaistuessa lisäksi toinen toisensa auttaminen lisää Tuomisen mukaan merkityksen tunnetta. Ryhmässä osallistujia tuleekin hänen mukaansa rohkaista toimimaan yhdessä ja auttamaan toisiaan.

Tuominen (2020, 28-29) näkeekin ryhmänohjaajan tärkeimpänä tehtävänä tukea osallistujia työskentelemään yhdessä saavuttaakseen tavoitteitaan ja sosiaalista muutosta. Ryhmän ohjaajalla tulee lisäksi hänen mukaansa olla herkkyyttä huomioida kaikkia osallistujia, reflektoida heidän kertomuksiaan sekä rohkaista heitä jakamaan asioita, jotka ovat auttaneet selviytymisessä ja toimineet voimavaroina haastavissa tilanteissa.

Ryhmänohjaajan rooli ryhmässä on lisäksi olla vastuussa ohjelmasta ja jakaa tietoa. Erityisen tärkeä tehtävä ohjaajalla kuitenkin on saada osallistujat jakamaan ja kehittämään omaa osaamistaan ryhmän tavoitteiden saavuttamiseksi sekä auttaa osallistujia ymmärtämään ja ratkaisemaan ongelmia. Mikäli ihmisellä on paljon negatiivisia kokemuksia, voi hänen toimivuutensa ja itse arvostuksensa olla heikentynyt. Ryhmässä onkin tärkeää pyrkiä voimaannuttamaan ihmistä luomalla hänelle positiivisia kokemuksia. (Tuominen 2020, 26.)

Tuomisen (2020, 1, 63-64) tutki Pro gradu -tutkielmassaan aikuissosiaalityön osallistavan ryhmätoiminnan koettua vaikuttavuutta. Ryhmän osallistujat kokivat tutkimuksen mukaan ryhmätoiminnan muun muassa vähentäneen yksinäisyyttä ja luoneen yhteisöllisyyden kokemusta. Ryhmätoiminnan myötä osallistujat ovat tutkimuksen mukaan saaneet monenlaista tietoa ja ideoita sekä saaneet oivalluksia. Kaiken kaikkiaan ryhmätoiminta koettiin tutkimuksessa vaikuttavana. Lisäksi tutkimuksen mukaan osallistujien osallisuuden kokemus lisääntyi ja osallistujien elämänlaatu ja elämänhallinta vaikuttivat parantuneen.

Tanskasen (2015, 111) mukaan ryhmätoiminnan ennakkosuunnittelu on tärkeää ja monia valintoja on tehtävä jo ennen sen ryhmätoiminnan aloittamista. Ryhmälle tulee hänen mukaansa miettiä alustavat tavoitteet ja ryhmän rakenne tulee pohtia: onko ryhmä esimerkiksi avoin vai suljettu. Ryhmän osallistujia voidaan hänen mukaansa ajatella yhdistävän samanlainen elä-

mäntilanne, esimerkiksi päihteiden käytön lopettaminen, ja osallistujat voivat olla esimerkiksi ikävaiheen tai sukupuolen mukaan ryhmään valikoituneita.

Ennen ryhmätoiminnan käynnistämistä ryhmänohjaajan tulee miettiä myös käytännön asioita, kuten esimerkiksi muiden ohjaajien mukaan ottamista ja kokoontumisten sopivaa ajankohtaa. Ohjaajan tulee lisäksi valita sopiva kokoontumistila ja huomioida osallistujien pääsy paikalle. Ryhmänohjaaja voi joutua tarkistamaan ryhmätoiminnan sisältöä, kohderyhmää ja ajankohtaa, mikäli suunnitelmat eivät vastaa osallistujien tarpeita. (Tanskanen 2015, 111-112.)

Tuomisen (2020 28) mukaan ohjaajan tulee asettaa ryhmälle tavoitteet yhdessä osallistujien kanssa, mutta ohjaajan tulee huolehtia niiden realistisuudesta. Ohjaajan tulee hänen mukaansa tukea osallistujien omaa päätöksentekoa ja toimimista, jotta heidän luottamuksensa omiin kykyihin voi kasvaa. Tuominen kuvaa ohjauksessa tärkeäksi empaattisuuden ja ymmärtäväisyyden, jotta ohjaaja pystyy rohkaisemaan asiakkaita. Asiakkaat ovat hänen mukaansa usein joutuneet kokemaan paljon pettymyksiä eivätkä sen vuoksi helposti usko, että asiat voisivat mennä parempaan suuntaan. Ryhmätoimintaan sopiikin hänen mukaansa erityisesti hyväksyntää osoittava, kulttuurisesti sensitiivinen ja luottamusta rakentava toimintatapa. (Tuominen 2020, 28.)

Ryhmäkokoa pohdittaessa ohjaajan tulee ottaa huomioon ryhmän tarkoitus ja terapeuttisessa ryhmässä optimistisena osallistujamääränä voidaan pitää noin kahdeksaa henkilöä. Usein ryhmät kokoontuvat kerran viikossa ja kestävät noin 1,5-2 tuntia kerrallaan, mutta aika tulee määritellä ryhmän tavoitteiden ja osallistujien resurssien mukaan. Kokoontumisen kestoa ei tarvitse määritellä liian tarkasti, mutta toisaalta rajaaminen luo turvallisuudentunnetta ja mahdollistaa aikataulun suunnittelun. (Tuominen 2020, 26.)

Ryhmän alussa ohjaajan on hyvä kertoa yleisesti ryhmästä ja sen tarkoituksesta. Ryhmän ohjaajan on hyvä kertoa myös jotain itsestään, kuten keskeisestä kokemuksestaan ryhmän aiheeseen liittyen. Ryhmän rakenteen ja ohjelman on hyvä olla selkeä ja toimintatavoista ja säännöistä on tärkeää keskustella yhdessä. Tärkeää on myös rohkaista ryhmäläisiä osallistumaan keskusteluun sekä tuomaan esiin omaa osaamistaan. Ryhmän jälkeen osallistujille pitäisi jäädä tunne, että he ovat vahvempia ja että heillä on enemmän resursseja ja osaamista ryhmäkokemuksen vuoksi. (Tuominen 2020, 27.)

Tuomisen (2020, 1, 63-64) mukaan vaikuttavana ryhmätoimintana koetaan säännöllisesti jatkuva vapaaehtoinen ryhmätoiminta, jonka tapaamiset toteutuvat noin viikon välein. Hänen mukaansa tärkeänä nähdään yhdessäolo ja yhdessä tekeminen sekä se, että toiminta lähtee osallistujien tarpeista. Jo pelkkä yhdessäolo koetaan Tuomisen mukaan tärkeänä asiana ryhmätoiminnassa ja pelkkä juttelukin saattaa riittää ohjelmaksi, mutta myös valmiiksi suunniteltu ryhmä on hyvä, kunhan siinä on huomioitu osallistujien tarpeet ja kyvyt. Tuomisen mukaan erityisen mielekkäänä ja motivoivana ryhmän osallistujat kokevat sen, mikäli osallistujat

saavat itse vaikuttaa ryhmän suunnitteluun tai ryhmän suunnittelussa on muuten huomioitu osallistujien tarpeet.

Näkkin (2015, 90) mukaan ryhmälle on tärkeää antaa palautetta ohjaajan toimesta yrittämisestä sekä rohkaista ryhmän osallistujia pohtimaan, tutkimaan sekä kokeilemaan vaihtoehtoisia tapoja toimia. Lisäksi ryhmän ohjaajalle tärkeä taito on hänen mukaansa myönteisen itsearvioinnin tuottaminen ryhmän osallistujien kesken. Hän toteaa ilmapiirillä olevan erittäin tärkeä merkitys toivon tuottamisella ja toivo tulee todeksi toiminnalla. Erityisen tärkeää kannustava palaute on silloin, kun joku ryhmän osallistujista on tuonut esiin kipeitä tilanteita ja uskaltautunut uudentyyppiseen avoimuuteen ryhmässä.

Kyky kuunnella asiakasta kiireettä on avain tulokselliseen hoitoon ja keskustelussa kuulluksi ja kohdatuksi tulemisessa piilee paranemisen ja voimaantumisen ydin. Tämä asettaa haasteita ohjaajalle, jonka tulee luoda ilmapiiri, jossa kaikilla on mahdollisuus osallistua ja tulla kuulluksi ja kokea tulleensa kohdatuksi. Tässä ryhmän ohjaajan kannattakin soveltaa motivoivaa haastattelua. (Näkki 2015, 90, 94.)

Ryhmämenetelmästä eivät hyödy sellaiset asiakkaat, joilla on akuutti mielenterveysongelma, kuten psykoottinen tila tai vakava masennus, tai joiden kaiken energian vievät ajankohtaiset selvittämättömät asiat. Ryhmätoiminnasta eivät hyödy myöskään asiakkaat, jotka eivät halua käsitellä aihetta tai ongelmiaan miltään kannalta. Ryhmämuotoinen kuntoutus ei myöskään edistä kaikkien asiakkaiden kuntoutumista. Tällaisia tilanteita voi olla esimerkiksi se, jos asiakkaalla on sosiaalisia pelkoja liittyä ryhmään ja se vie kaiken hänen energiansa. (Näkki 2015, 97-98.)

Joillakin asiakkailla saattaa myös olla aiempia huonoja kokemuksia ryhmätoiminnasta. Tämä asiakkaiden erilaisuus tulee huomioida esimerkiksi laitoskuntoutuksessa, eikä kaikille asiakkaille tule tarjota samaa ryhmämuotoista kuntoutusta. Ihanteellisinta olisi, että kaikki ryhmään tulevat asiakkaat haastateltiin etukäteen ja arvioitaisiin, ketkä hyötyvät yksilötyöskentelystä ja kenelle sopii ryhmämuotoinen kuntoutus. (Näkki 2015, 98.)

6.3 Motivoivan haastattelun periaatteet ryhmätoiminnassa

Motivoiva haastattelu on 1980-luvun alussa kehitetty menetelmä mielenterveys- ja päihdetyöhön. Se on terapeuttinen keskustelumenetelmä, jossa työntekijä luo yhteistyösuhteen asiakkaaseen ja edistää asiakkaan oman muutosmotivaation selkiintymistä ja vahvistumista välttäen suoraa ohjailua tai painostamista. Suomessa se otettiin käyttöön ensin A-klinikoilla päihdetyössä 1980-luvun puolivälissä ja viime vuosina sen käyttö on yleistynyt Suomessa eri asiakasryhmien kanssa työskenneltäessä. Motivoiva haastattelu on alun alkaen kehitetty yksilötyöskentelyyn, mutta sen yhdistäminen ryhmätyöskentelyyn rikastaa kummankin menetelmän tarkoitusta: sosiaalista koheesiota ja inkluusiota. (Näkki 2015, 84-85, 94.)

Sekä ryhmätyöskentely että motivoiva haastattelu perustuvat vuorovaikutukseen ja niissä on läsnä terapeuttinen ulottuvuus. Lisäksi molemmat menetelmät keskittyvät ihmisten elämäntilanteiden kannalta keskeiseen ulottuvuuteen: yhteyden rakentamiseen yksilöllisen tietoisuuden ja yhteisön välille, joka mahdollistaa muutoksen ihmisen käytöksessä. Motivoivaa haastattelua hyödynnetään etenkin päihderiippuvuudesta kärsivien ihmisten ryhmähoidossa ja -ohjauksessa. Motivoivan haastattelun keskeisinä teemoina ovat itsenäisen muutospäätöksen kunnioittaminen ja asiakaslähtöisyys. (Näkki 2015, 85, 94; Rakkolainen 2017, 11.)

Näkkin (2015, 85) mukaan motivaatiolla tarkoitetaan sisäisiä voimia, jotka saavat ihmisen toimimaan tietyllä tavalla, sekä niitä prosesseja, jotka käynnistävät tavoitteellisen toiminnan. Motivaatio ei ole hänen mukaansa persoonallinen ominaisuus tai vakiintunut olotila, vaan motivaatiota voidaan kasvattaa, rakentaa ja vahvistaa. Hän kuvaa motivaatiota kokonaisvaltaiseksi psyykkiseksi olotilaksi, joka määrittelee mihin ihminen suuntaa energiansa ja siihen liittyy halu ja oikeus päättää itseään koskevista asioista.

Haastattelun Näkki (2015, 84-87) kuvaa taas tarkoittavan keskustelua, jossa keskustelijoiden vaikutus keskustelun kulkuun on merkityksellistä. Todellisuutta tuotetaan hänen mukaansa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Motivoivassa haastattelussa hänen mukaansa tuetaan yksilöllistä vastuuta ja se on asiakaskeskeistä: motivoiva haastattelu on osallistava ihmisen tarpeista lähtevä ajattelu- ja toimintamalli sekä ohjausmenetelmä. Motivoivan haastattelun tavoitteena on Näkkin mukaan kasvattaa ihmisen motivaatiota muuttaa omaa käyttäytymistään: tavoitteena on, että ihmisen muutos alkaisi sisäisen motivaation kautta, ei vahvistamalla ihmisen ulkoista motivaatiota muutokseen.

Asiakkaan tai asiakasryhmän motivaation herättämiseksi muutokseen työntekijän tulisi noudattaa tiettyjä periaatteita:

- empatian ilmaiseminen
- epäjohdonmukaisuuksien toteaminen
- vastarinnan hyväksyminen
- minäpysyvyyden tunteen tukeminen.

Empatian ilmaisemisella pyritään siihen, että asiakas tuntee itsensä hyväksytyksi ja arvostetuksi. Ryhmässä on tärkeää luoda sellainen kulttuuri, jossa kaikki tulevat hyväksytyiksi ryhmän jäseniksi kaikkine rajallisuuksineen ja ohjaajan tulee huolehtia siitä, etti ketään tule suljetuksi ryhmän ulkopuolelle. (Näkki 2015, 87-88.)

Epäjohdonmukaisuuksien toteamisella taas pyritään siihen, että asiakasryhmä pohtii eroja nykyisen käyttäytymisen ja omien arvojen välillä. Tämä toteutuu esimerkiksi käymällä keskustelua, jossa pohditaan nykyisen tilanteen huonoja ja hyviä puolia. Työskentelyssä voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi nelikenttä mallia, jossa ryhmässä mietitään yhdessä ongelmakäyt-

täytymisen, esimerkiksi päihteidenkäyttäjien kohdalla päihteiden käytön, haittoja ja hyötyjä. Tämä auttaa motivaation herättämisessä: hyötyjen ja haittojen pohtiminen perustuu ambivalenssiin ajatusten ristiriitaan, joka on hyvin yleistä riippuvaisella ihmisellä. (Näkki 2015, 87.)

Usein ihminen haluaa toisaalta muuttua, mutta toisaalta taas ei, jolloin käyttäytymisen haittojen ja etujen punnitseminen ja siihen liittyvä ristiriita edesauttaa ongelmakäyttäytymisen positiivista muutosta. Ohjaajan tulee huomioida, että keskustelu päihteiden käytön hyvistä puolista on yhtä tärkeää kuin haitoista keskustelu: päihteiden käyttöä ei olisi aloitettu, jos päihteiden käyttö olisi alun alkaenkin ollut vain haittoja aiheuttava. Tarkoituksenmukaista kuitenkin on, että ohjaaja päättää yhteisen keskustelun ryhmässä päihteiden haitoista keskusteluun. (Näkki 2015, 87.)

Käyttäytymisen muutokseen pyrkivän ryhmän muutosvastarinta koetaan normaalina asiana ja sitä kunnioitetaan: vastarinta hyväksytään eikä siihen reagoida konfrontaatiolla. Muutokseen ohjaus voi aiheuttaa muutosvastarintaa ja ryhmänohjaaja voi valjastaa muutosvastarinnan vahvuudeksi minäpysyvyydelle ja saada näin ryhmän tarkastelemaan ongelmaa useista eri näkökulmista. (Näkki 2015, 88.)

Minäpysyvyyden tunteen tukeminen on ryhmässä merkityksellistä: asiakasryhmä tuskin muuttaa toimintaansa, jos asiakkaat eivät itse usko omiin kykyihinsä toteuttaa muutosta. Ryhmänohjaajan onkin tärkeää vahvistaa ryhmän jäsenten luottamusta omiin kykyihinsä. Minäpysyvyyden tunnetta voidaan tukea esimerkiksi ohjaamalla antamaan myönteistä palautetta ryhmän jäsenten kesken, ei ainoastaan ohjaajan taholta. Erityisen suuri merkitys on myös sillä, että ryhmässä voidaan opetella myötätuntoa itseä ja muita kohtaan. (Näkki 2015, 88.)

Motivoivan haastattelun menetelmään kuuluu yllä kerrottujen periaatteiden lisäksi tiettyjä avaintaitoja, jotka ryhmänohjaajan tulee tuntea. Nämä avaintaidot ovat:

- muutospuhe
- avoimet kysymykset
- reflektoiva kuuntelu
- yhteenvetojen tekeminen ja asioiden tiivistäminen
- palautteen antaminen todellisesta toiminnasta.

Näistä etenkin avoimiin kysymyksiin on ryhmänohjaajan hyvä kiinnittää huomiota, koska suurin kompastuskivi ohjauksessa on yleensä käyttää suljettuja kysymyksiä. Motivoivan haastattelun avaintaitoja on hyvä harjoitella etukäteen ja niitä voi työelämän lisäksi harjoitella myös monissa arkielämän tilanteissa. (Näkki 2015, 89-91.)

Muutospuheen ja muutoksen askeleiden tunnistaminen ryhmässä on erittäin tärkeä taito ohjaajalla. Muutospuhe usein käsittelee esimerkiksi halua, kykyä, syitä, tarpeita, sitoutumista ja

toimintaan ryhtymistä ja ohjaajan tehtävänä on vahvistaa ja tukea tätä puhetta reflektoimalla, pyytämällä esimerkkejä ja tarkennuksia, vastaamalla, kysymällä, harkiten kyseenalaistamalla sekä pohtimalla ryhmän osallistujien kanssa heidän arvojaan, tavoitteitaan ja tulevaisuuttaan. Mikäli ryhmässä ei esiinny muutospuhetta, on ryhmänohjaajan tärkeää houkutella esiin sellaista keskustelua, jossa on muutospuheen elementtejä. Tavoitteena on, että asiakkaat esittävät ryhmässä syitä ja perusteluja muutokselle, ei ohjaaja. (Näkki 2015, 89.)

Avoimilla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin ei voi vastata kyllä tai ei. Kysymykset voivat alkaa esimerkiksi mitä, miten, missä, milloin, kuka tai kuinka. Avoimien kysymyksien käyttö on tärkeää, koska ne antavat paljon informaatiota ja mahdollistavat pohdiskelua edistävää motivoitumista. ”Miksi” -kysymysten käyttö ei kuitenkaan motivoivassa haastattelussa ole aina käyttökelpoinen tapa olla vuorovaikutuksessa ryhmän kanssa, koska se johtaa helposti vain älylliseen pohdintaan ja liialliseen defenssiivisyyteen suhteessa ongelmaan. Teoriointi on ryhmäilmiö, jonka taakse on helppo suojautua, ja tämän avulla ryhmän toimintaan voi osallistua aktiivisestikin, olematta kuitenkaan mukana omana persoonanaan. (Näkki 2015, 89.)

Reflektoivalla kuuntelulla tarkoitetaan vuorovaikutusta, jossa toistetaan ryhmän osallistujan kertomaa luontevasti ja selvennetään ja muotoillaan sitä uudelleen. Tällöin ohjaaja toimii muun ryhmän ohella osallistujien ajatusten ja tuntojen peilinä, joka vahvistaa ryhmän osallistujien toiveita, aikomuksia ja suunnitelmia sekä ylläpitää toivoa osallistujissa. Reflektoivassa kuuntelussa voidaan nostaa myös esimerkiksi ristiriita hyötykäyttöön nimeämällä, toteamalla neutraalisti tai hämmästelemällä, tai toisaalta voidaan tuoda myös esiin neutraalisti tosiasiat, riskit, seuraukset ja ongelmat. (Näkki 2015, 89-90.)

Yhteenvetojen tekemisellä tarkoitetaan, että ryhmän ohjaaja kerää yhteen vähintään kaksi ryhmän tuomaa perusteltua ilmaisua muutokselle. Ohjaajan on tärkeää tuottaa asiakkaiden puheiden kautta toiveita, haluja, aikomuksia, suunnitelmia ja unelmia, ja hänen on hyvä muistaa, että itseilmaistut illuusiotkin ylläpitävät asiakkaiden toimintakykyä. Yhteenvetoja ja tiivistyksiä voidaan tehdä ryhmäkeskustelussa sopivin väliajoin, jolloin ne auttavat näkemään mitä asioita on käsitelty ja mihin suuntaan on edetty. Tällöin ryhmä tulee tietoiseksi motivoitumista prosessista. Erityisen tärkeää on aina ryhmäkeskustelun lopussa tehdä yhteenveto, jonka kautta selkiintyy ryhmäkeskustelun merkitys kaikille ryhmän osallistujille. Lisäksi ne auttavat koko ryhmää näkemään käydyn keskustelun ja korjaamaan väärinymmärryksiä. (Näkki 2015, 90.)

Motivoivan haastattelun vaikuttavuutta on selvitetty monissa tutkimuksissa, ja ne puoltavatkin motivoivan haastattelun käyttöä pyrittäessä saamaan positiivista muutosta käyttäytymiseen. Meta-analyyseissa, joissa on arvioitu motivoivan haastattelun ja ratkaisukeskeisen työskentelyn vaikutusta päihdeongelmien hoidossa, työskentelymenetelmät ovat saaneet tukea.

Motivoivan haastattelun on katsottu tutkimuksissa johtaneen tavoiteltuun muutokseen paremmin, kuin tavanomainen neuvonnassa ja ohjauksessa. (Näkki 2015, 99.)

Motivoiva haastattelu toimii kuitenkin eri tavoin riippuen siitä, missä kuntoutuksen vaiheessa ryhmän osallistujat ovat ja tutkimusten mukaan harkintavaiheessa olevat asiakkaat hyötyvät motivoivasta haastattelusta parhaiten. Työntekijän merkityksellä motivoivan haastattelun vaikuttavuuteen on myös selvitetty ja motivoivassa haastattelussa toteutetulla työskentelytavalla, kuten empatian osoittaminen, tasa-arvoisuuteen pyrkiminen ja keskinäinen työsuhde, on vaikutusta asiakkaan hoitoon sitoutumiseen. Myös avointen kysymysten esittäminen, vahvistaminen ja reflektointi sekä asiakkaan puheen tiivistäminen eli yhteenvetojen tekeminen lisäsivät motivoivan haastattelun vaikutuksia. (Näkki 2015, 99-100.)

6.4 Vertaistuki ryhmätoiminnassa

Vertaistoiminnalla viitataan toimintaan, jossa olennaista on samankaltaisessa tilanteessa elävien ja samankaltaisia asioita kokeneiden ihmisten keskinäinen tuki, apu ja kokemusten jako. Vertaistukea antavissa ryhmissä korostuvat muilta saatava tuki ja sen merkitys hyvinvoinnin lisääntymisessä. Vertaistuellisessa ryhmässä voidaan käsitellä asioita, jotka ovat herkkiä tai arkaluontoisia tai joihin läheisten saattaa olla vaikea suhtautua neutraalisti. Vertaistuki ja vertaistukiryhmät ovat tärkeitä elementtejä muun muassa toivon ja muutoksen ylläpitämisessä. Vertaistukea voidaan soveltaa päihdetyössä laaja-alaisesti, mm. ennaltaehkäisevässä työssä ja sosiaalialan palveluissa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2015, 194; Partanen & Kurki 2015, 209-210; Ylönen 2019, 59.)

Vertaistoiminta ja vertaistuki perustuvat ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja keskinäisen huolenpidon tarpeeseen. Vertaistuellisen kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen tulee olla mutkatonta ja rehellistä. Ihmisen läheisistä muodostuvan ydinverkoston lisäksi tärkeitä ovat erilaiset yhteisten kokemusten jakamiseen tai yhteiseen toimintaan liittyvät vertaisverkostot. 1930–luvulla käynnistynyttä AA–toimintaa pidetään organisoidun vertaisryhmätoiminnan alkuna, josta vertaistuen monenlaiset muodot ovat alkaneet kehittymään erityisesti kansalais– ja järjestötoiminnan sisällöiksi. Vertaistuen pohjalta toimivaa ryhmämuotoista tukitoimintaa tarjoavat tänäkin päivänä esimerkiksi AA- ja NA-ryhmät. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 99; Partanen & Kurki 2015, 209; Ylönen 2019, 58.)

Ammattilaisten tarjoamasta hoidosta ja kuntoutuksesta saatava apu ei välttämättä aina riitä antamaan tarvittavaa tukea sairauden tai ongelmien myötä muuttuneessa elämäntilanteessa tai ratkomaan arkielämän ongelmia ja antamaan tukea ongelmista selviytymiseen ja toipumiseen. Tällöin voidaan hyödyntää vertaistuellisia ryhmiä ammatillisen hoidon rinnalla. Ryhmätoiminta auttaa kuntoutumisprosessissa olevia asiakkaita ihmisten välisten yhteyksien ja ryhmään liittymisen kautta. Yksi terapeuttisista tekijöistä tässä on sen huomaaminen, että muillakin on samanlaisia vaikeuksia kuin itsellä. (Näkki 2015, 94-95; Partanen & Kurki 2015, 210.)

Vaikka jokainen ryhmään osallistuja on ainutlaatuinen yksilö, voi osallistujien elämät olla muodostuneet monissa suhteissa samoista aineksista: on yksinäisyyttä, erilaisuutta, onnistumisia epäonnistumisia, menetyksiä ja ristiriitoja. Ohjaajan tehtävänä onkin kannustaa vertaistuen hyödyntämiseen ja osallistujia kertomaan omista muutosaikeistaan ja niihin liittyvistä epäonnistumisen peloista myös muille. Vertaistukea voidaan hyödyntää riskitilanteiden hallinnan suunnittelua, kun ryhmässä jaetaan yhteisiä kokemuksia ja retkahduksen ehkäisyyn voidaan suunnitella strategioita yhdessä. (Näkki 2015, 95.)

Tuomisen (2020, 28) mukaan vertaistuki ja vastavuoroinen apu tukee ryhmätoimintaan osallistujien vahvuuksien ja voimavarojen esiin tuomista sekä heidän resilienssinsä lisääntymistä. Hänen mukaansa samankaltaisessa tilanteessa olevat ymmärtävät toisiaan, jonka lisäksi toinen toisensa auttaminen lisää merkityksen tunnetta. Ryhmän osallistujia tuleekin hänen mukaansa kannustaa toimimaan yhdessä ja auttamaan toisiaan.

Rantakarin (2020, 49) mukaan päihdeongelmaiset naiset tarvitsevat ammattilaisilta saadun avun lisäksi vertaistukea muilta toipujilta. Naiset ovat hänen mukaansa kuvanneet vertaistuen olevan tärkeässä roolissa kuntoutumisvaiheessa, esimerkiski sosiaalisen toimintakyvyn on koettu kehittyvän, kun sosiaalista kanssakäymistä pääsee harjoittelemaan turvallisessa ympäristössä ammattilaisten lisäksi vertaistuen tukemana. Pidemmällä kuntoutumisprosessissa olevien kohdalla tämän on nähty Rantakarin mukaan kohentavan koko elämäntilannetta.

6.5 Digitaalinen ryhmätoiminta

Granholmin (2016, 21) mukaan tapamme kommunikoida, olla vuorovaikutuksessa ja osallistua yhteisöihin on muuttunut ja muutos elää edelleen: virtuaalinen ulottuvuus on tullut osaksi jokapäiväistä elämäämme. Siitä on tullut hänen mukaansa tärkeä alusta sosiaaliselle elämällemme, opiskeluille, päätöksenteolle ja politiikalle. Elämme hänen mukaansa ajassa, jossa digitaalinen siirtymä yhdistelee elementtejä sekä fyysisistä että virtuaalisista ympäristöistä. Surffailemme netissä, käymme keskusteluja chateissa, ilmaisemme mielipiteitämme, jaamme tietoa, käymme kauppaa, ja nämä ovat usein läheisesti kytköksissä myös fyysiseen elinympäristöömme.

Granholm (2016, 21) kuvaa ihmisten elävän tällä hetkellä yhdistelmää, jossa fyysinen maailma ja virtuaalinen ulottuvuus yhdistyvät. Virtuaalinen ulottuvuus on tuonut hänen mukaansa käsiimme loputtoman tiedon määrän, jonka puoleen käännymme sosiaalisen kanssakäymisen lisäksi myös esimerkiksi tarvitessamme apua ja ohjausta. Granholm toteaakin, että koska jokapäiväinen elämämme rakentuu kahden maailman yhdistelmälle, tulee myös sosiaalialan palveluiden olla tarjolla ja saatavilla sekä fyysisessä maailmassamme että virtuaalisessa ulottuvuudessa.

Virtuaalisen ulottuvuuden ja teknologian mukaantulo elämiimme on vaikuttanut hyvinvointiin, kansanterveyteen sekä sosiaalipalveluihin. Virtuaalisuus, tieto ja kommunikaation mahdollistava teknologia ja niiden liittäminen osaksi sosiaalityötä ovatkin tällä hetkellä digitaalisen muutoksen prosessissa. Digitaalisten työkalujen ja virtuaalisen ulottuvuuden hyödyntäminen sosiaalialalla helpottaa sosiaalialan ammattilaisten työtä asiakkaiden tavoittamisen näkökulmasta: teknologiavälitteinen vuorovaikutus ammattilaisen ja asiakkaan välillä on paikasta riippumatonta. Suomi on pitkien etäisyyksien maa ja yksi tapa tukea ja lisätä asiakkaiden osallisuutta on tarjota toimivia digitaalisia palveluja, jotka ovat paikasta riippumattomia ja tavoittavat ihmiset etäisyyksienkin päästä. Teknologian käytön yhdistäminen sosiaalityöhön myös lisää joustavuutta ja mahdollistaa sekä työntekijöiden että asiakkaiden valinnanvapautta. (Granholm 2016, 21, 35-36, 62-63; Muhonen 2020.)

Suomen ajatellaan usein olevan pioneeriasemassa teknologian kehityksessä, mutta teknologian hyödyntäminen sosiaalityössä on vielä maassamme rajallista. Teknologia on tänä päivänä mukana miltei kaikessa, mutta sen hyödyntäminen on rantautunut sosiaalialalle viiveellä verrattuna esimerkiksi lääketieteeseen tai bisnesmaailmaan. Syynä tähän voivat esimerkiksi olla resurssien ja osaamisen puute, eettiset näkökulmat sekä kasvokkaisen vuorovaikutuksen merkitystä korostava kulttuuri. Teknologian hyödyntämisestä työvälineenä ei kukaan sosiaalialan ammattilainen voi kuitenkaan jättäytyä ulos: työssä käytetään jo nyt rutiininomaisesti esimerkiksi sähköpostia ja asiakastietojärjestelmiä. Työntekijöiden tuleekin kehittyä teknologian kehityksen mukana sen lisääntyessä sosiaalialan koulutuksessa, tutkimuksissa sekä erilaisissa sosiaalialan työmenetelmissä. (Granholm 2016, 35; Goldking, Wolf & Freddolino 2019, Introduction.)

Goldking ym. (2019, Introduction) katsovat teknologian tarjoavan uusia mahdollisuuksia yksilö- ja ryhmätyöskentelyyn ja teknologian yhdistäminen perinteisiin sosiaalityön elementteihin voikin kehittää ja parantaa työskentelyä. Teknologia on heidän mukaansa muuttanut sosiaalityön mahdollisuuksia laajentamalla palvelujen tarjontaa ja tavoitettavuutta: teknologian avulla asiakkaat ovat paremmin tavoitettavissa ohjausta ja apua varten. Heidän mukaansa teknologian hyödyntäminen asiakastyössä tarjoaa asiakkaille mahdollisuuksia luoda ja hallita omaa tarinaansa ja päästä mukaan osalliseksi itse valitsemiinsa yhteisöihin. Goldking ym. toteavat tämän lisäävän oikeudenmukaisuuden täyttymistä, joka on tärkeä sosiaalityön raami.

Teknologian avulla voidaan tavoittaa niitä asiakkaita ja yhteisöjä, jotka ovat vaikeasti tavoitettavissa ja tarjota heille asianmukaista ja ammattimaista ohjausta ja apua. Teknologiaa voidaan lisäksi esimerkiksi hyödyntää alueellisten erojen selvittämiseen suhteessa hyvinvointiin ja kohdentaa näillä alueilla oleville yksilöille ja yhteisöille sosiaalialan palveluja. Myös päihdehoitoa voidaan parantaa digitalisaation avulla, kun sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kiinnostuvat uusista innovaatioista ja ottavat ne osaksi työnsä arkea. (Goldking ym. 2019, Introduction; Sievänen 2021.)

Teknologian lisääntyminen on aiheuttanut huolta siitä näkökulmasta, että sosiaalityön katsotaan olevan vaikuttavimmillaan kasvokkaisissa tapaamisissa ja teknologian mukaan tuleminen vaikuttaa kasvokkaisten tapaamisten toteutumiseen esimerkiksi ajankäytön näkökulmasta. Huolta on ollut myös siitä, että teknologia vieraannuttaa sosiaalityön ammattilaiset asiakkaista. Kuitenkin tutkimukset osoittavat, että teknologian hyödyntäminen sosiaalialan asiakastyössä päinvastoin lisää terapeuttisia elementtejä sosiaalityöhön ja sosiaaliohjaukseen. Voidaankin sanoa, että teknologia on tullut lisäosaksi työskentelyyn, sen sijaan että se olisi syrjäyttänyt jonkin muun osan asiakastyöstä. Kritiikkiä teknologian käytössä sosiaalialalla on aiheuttanut myös se, että kaikilla ei ole tällä hetkellä mahdollisuutta samaan teknologian käyttöön ja joidenkin ihmisten kohdalla voidaankin puhua digitaalisesta inkluusiosta. Tämä on tärkeä näkökulma huomioida digitaalisia palveluja suunniteltaessa: vaikka teknologian käyttö sosiaalityössä edistääkin merkityksellistä sosiaalista muutosta, tulisi sen olla saatavilla kaikille yhteiskunnan jäsenille. (Granholm 2016, 34, 63; Goldking ym. 2019, Introduction.)

7 Päihderiippuvainen nainen

Päihderiippuvaisten naisten ja miesten välillä on eroja suhteessa päihdeongelman taustoihin ja kehittymiseen. Naiset ovat lisäksi haavoittuvaisempia erilaisille vakaville sosiaalisille ja terveydellisille haitoille päihteiden käytön seurauksena. Päihderiippuvuuden katsotaan myös kehittyvän naisille lyhyemmässä ajassa ja vähemmällä päihteiden käytöllä kuin miehille, joka voi kuitenkin olla vakavuudeltaan jopa miesten päihderiippuvuutta vaikeampi. (Karttunen 2013, 222.)

Päihderiippuvaisilla naisilla erilaiset traumakokemukset, psykiatriset ongelmat ja päihderiippuvuus kietoutuvat toisiinsa. Sosiaalisesta näkökulmasta tarkasteluna heidän kohdallaan keskiössä ovat perhettä ja kasvuympäristöä koskevat tekijät ja kokemukset, yhteiskunnassa vallitsevat sukupuoliroolit odotuksineen, sosialisaatioon liittyvät kysymykset sekä sosiaalisen tuen ja verkostojen merkitys. Tutkimusten mukaan lisäksi heidän sairastuvuutensa on korkeampi ja psykologisen tason häiriöt ovat yleisempiä vastaavassa tilanteessa oleviin miehiin verrattuna. (Karttunen 2013, 222-223.)

Väyrynen (2007, 85) kuvaa, kuinka päihteiden käyttöön liittyy lupaus sosiaalisesta kompetenssista: päihteitä käyttämällä kuulut joukkoon ja tulleet hyväksytysti. Kyse on hänen mukaansa ihmisenä, naisena ja alakulttuurin edustajana hyväksytyksi tulemisesta. Rantakarin (2020, 42) mukaan naisten ihmissuhteet päihdekentällä kuvautuvat kuitenkin hyvin yksipuolisina: päihteettömiä ystävyyssuhteita ei ole ja päihteiden käyttäjien verkostosta on vaikea irtautua.

Rantakarin (2020, 42-43) mukaan päihteidenkäyttäjien väliset kaverisuhteet ovat epänormaaleja ja niistä puuttuu usein myös luottamus. Hän kuvaa suhteita päihdekulttuurissa hyvin eri-

laisiksi muuhun yhteiskuntaan verrattuna. Ihmissuhteet syövät hänen mukaansa voimavaroja ja ovat hyötyhakuisia ja naisilta voi puuttuu täysin se sosiaalinen verkosto, joka tukisi irtaantumisessa päihteitä käyttävästä elämänpiiristä. Päihdeverkosto pitää hänen mukaansa otteessaan ja vetää puoleensa, koska muuta verkostoa ei ole riittävästi olemassa.

Lähisuhteet ovat naisille merkityksellisiä ja riippuvuus päihteisiin ja niitä ympäröivään elämäntapaan tapahtuu suhteissa. Lähisuhteet voivat kuitenkin olla myös vahingollisia ja päihteiden riippuvuuskäyttö esimerkiksi altistaa naisia mm. parisuhdeväkivallalle. Päihdemaailmassa elävät naiset eivät välttämättä osaa suhtautua miehiin tavanomaisesti tai kaverillisesti, vaan usein kanssakäyminen tapahtuu seksuaalisen kanssakäymisen kautta. Päihteidenkäytön värittämässä parisuhteessa taas koetaan usein riitoja ja luottamuspulaa: parisuhteisiin voi liittyä mustasukkaisuutta, valheita, pelkoa ja väkivaltaa. Naisen suhde mieheen on myös usein epätasa-arvoinen ja nainen on parisuhteessa alisteisessa asemassa. Päihdeongelmaiset naiset kuitenkin pääsääntöisesti toivovat tasapainoista parisuhde-elämää, johon ei liity päihteiden käyttöä. (Rantakari 2020, 45; Salovaara 2019, 25.)

7.1 Naisen rooli ja sukupuolittuneet valtasuhteet päihdekulttuurissa

Salovaara (2019, 24, 252) kuvaa, kuinka päihteiden riippuvuuskäyttö on harvoin yksinäistä ja se liittyykin usein sosiaalisiin verkostoihin. Hänen mukaansa se tapahtuu sosiaalisissa verkostoissa ja alakulttuureissa, jotka ovat usein kategorisia ja tiukasti sukupuolittuneita. Päihteitä käyttävien verkostoissa vaikuttaa hänen mukaansa vahva maskuliininen hegemonia, jossa naisille jää suhteellisen kapea toimintatila: pääsääntöisesti tarjolla on kaksi mahdollista toimintaroolia, ”pirihuora” tai ”hyvä jätkä”. Myös Väyrynen (2007, 134, 136) kuvaa näiden kahden toimintaroolin toistuvan päihderiippuvaisten naisten kertomuksissa.

Naisten kohdalla päihderiippuvuus tarkoittaa irrallisuutta itsestä, huumemaailman ulkopuolisista läheisistä sekö usein myös omasta sukupuolesta. Huumekulttuurissa nainen pyrkii irrottautumaan sukupuolieroja korostavista stereotypioista, joihin yhdistetään myös vapaampi seksikäyttäytyminen. Naisen paikan ja aseman huumekulttuurissa konstruoikin hänen kykynsä kontrolloida omaa seksuaalisuuttaan ja mainettaan sen osalta. (Väyrynen 2020, 133-134.)

”Pirihuoran” asema naiselle huumekulttuurissa on alhainen. Huumeyhteisössä tapahtuvassa huorittelussa on kyse naisen normirikkomuksesta, poikkeamisesta naisen perinteisestä roolista ja siihen kytkeytyvistä moraalisista odotuksista. Naisen asettamisessa pirihuoran rooliin on kyse myös vallankäytöstä, jossa naiselle osoitetaan häpeällinen leima ja paikka yhteisössä: naisen paikka marginalisoituu myös huumeidenkäyttäjien keskuudessa. ”Pirihuoraksi” luokittelu on ulkoa päin annettavan leiman lisäksi myös toimintaa, jossa seksi voi toimia vaihtovälineenä esimerkiksi rahaan, huumeisiin, suojaan, yöpaikkaan tai vaikka vaatteisiin. (Väyrynen 2007, 133-134; Salovaara 2019,24).)

Pirihuoran sosiaaliselta asemalta nainen voi välttyä määrittelemällä itsensä ”hyväksi jätkäksi”. Kapea naiseuden tila toimii toisaalta rajoittavasti, mutta myös selviytymiskeinona: itsen määrittäminen hyvien jätkien joukkoon voidaan katsoa myös itsen määrittämistä selviytyjäksi. Toisaalta tässäkin kuitenkin on kyse alistumisesta, jossa valitessaan tämän selviytymistavan nainen alistuu miestapaiseen toimintaan ja sen ylläpitämiseen. Naisten asemaa päihdekulttuureissa määrittelee siis voimakkaasti sukupuoli ja sen mahdollistamat roolit ja nämä sukupuoliprosessit vaikuttavat muun muassa päihteiden saamiseen ja käyttöön sekä myös mahdollisuuksiin niistä eroon pääsemiseksi. (Salovaara 2019, 24-25; Väyrynen 2007, 134, 136.)

Päihteidenkäyttökulttuureissa vaikuttavat naisen roolit ovat sidottu tiukkaan naisen biologiseen sukupuoleen ja naiset helposti luovatkin välimatkaa omaan sukupuoleensa määrittelemällä itsensä esimerkiksi kovaksi ja suorapuheiseksi. Esimerkiksi hyvän jätkän roolissa toimiva nainen joutuu kieltämään oman sukupuolensa ja asettumaan yhdeksi jätkistä. Tähän rooliin sisältyy mm. edellytys väkivallan käytöstä, jonka avulla naisella on mahdollisuus lunastaa paikkansa hierarkiassa. Näin nainen voi suojella itseään ulkoapäin tulevalta arvotukselta. (Salovaara 2019, 24.)

Salovaaran (2019, 24) näkee sukupuolen ja sen mahdollistamien roolien määrittelevän ja korostavan voimakkaasti naisten asemaa ja mahdollisuuksia päihdekulttuurissa. Näissä luokitteluissa on hänen mukaansa kyse naisten toimintaa rajoittavasta ja määrittävästä kohtelusta, ulkoapäin annetusta roolista sekä kulttuurisesti jaetusta ja ylläpidetystä tavasta, joka traumatisoi naisia riippumatta siitä, kumpaan rooliin nainen kuuluu.

Luokittelulta tiettyyn luokkaan naista voi suojella eläminen parisuhteessa. Parisuhteessa eläminen ei kuitenkaan suojaa häntä esimerkiksi väkivallalta, koska nainen voi kokea tätä myös parisuhteen sisällä. Parisuhde voidaan myös luokitella vaihdon välineeksi, jossa naisen odotetaan toimivan ”pirihuoran” roolissa. Parisuhteella on merkitys naisen maineen varjelijana ja moraalisesti hyväksyttävänä kumppanuutena, joka asettuu tavaksi vähentää hyväksikäytön riskejä ja korostaa tasa-arvoista asemaa miesten rinnalla. Naisten ja miesten tulkinnat päihdemaailmassa solmituista parisuhteista ovat kuitenkin ristiriitaisia: miesten kertomuksissa päihdemaailmassa elävät naiset harjoittavat prostituutiota pysyäkseen päihteissä, kun taas naiset puhuvat molemminpuoliseen välittämiseen perustuvasta seurustelusta, välittämisestä, rakkaudesta ja toisesta huolehtimisesta. (Salovaara 2019, 24; Väyrynen 2007, 126.)

Päihdemaailman alakulttuureissa naisten suhde miehiin poikkeaa tavanomaisesta naisen ja miehen välisestä suhteesta. Alkuun naisen asema suhteessa miehiin voi näyttäytyä vahvanakin, mutta riippuvuuden edetessä myös riippuvuus miehistä lisääntyy. Tämä puolestaan aiheuttaa naisille usein alisteisen aseman. Päihdemaailman alakulttuureihin kiinnittymisen alussa sukupuolen merkitys muuntuu ja lisääntyy. Tässä vaiheessa naiset usein tiedostavat sukupuolten roolit ja kokevat hallitsevansa tilanteen: heillä on paikkansa päihdemaailmassa sekä

tunne siitä, että heitä arvostetaan ja heistä välitetään. Suhteet miehiin ovat merkittävässä roolissa, samoin kuin eläminen ja toimiminen miesvaltaisissa porukoissa seurustelukumppaneina, vaimona tai ystävinä. Naisten suhde miehiin ohjaa toimijuutta, joka määrittää suhdetta itseen ja muihin. (Rantakari 2020, 43; Väyrynen 2007, 123-124.)

Siirryttäessä päihteiden säännölliseen käyttöön, naiset testaavat omaa ruumiillista pääomaansa ja naiseuttaan ja kykenevät sitä kautta vähentämään sukupuolten välisten valtasuhteiden vinoumaa. Naisella voi tässä vaiheessa olla aktiivinen toimijan rooli ja sukupuoleen sidottuja etuja, jolloin nainen voi kokea olevansa vahvoilla suhteessa miehiin. Minäkuva rakentuu korostuneen ruumiillisuuden kautta, millaisena tulee nähdyksi vuorovaikutussuhdeverkossa. Nainen tuntee oman paikkansa päihdeyhteisössä ja miesten ihailu vahvistaa sitä. (Väyrynen 2007, 101-102.)

Säännöllisen päihteidenkäytön alussa sukupuolten välinen valtasuhde vähenee ja voi kääntyä naisen kokemuksessa jopa päinvastaiseksi: nainen voi kokea voivansa hallita miehiä ja käyttää hyväkseen heidän ihastustaan ja varmistaa näin päihteissä pysymisen. Kokemus antaa tunteen vallasta ja tilanteen hallinnasta ja vahvistaa itseluottamusta, jolloin päihdekuviot merkityksellistyvät positiivisesti ja kiinnittävät naisen päihdemaailmaan. Päihdemaailmaan kiinnittymisen jälkeen ja päihteiden käytön lisääntymisen myötä naisen asema kuitenkin muuttuu. Päihtymys itsessään aiheuttaa irrallisuutta itsestä ja vähentää kykyä kontrolloida omaa toimintaansa ja huolehtia itsestä, joka lisää esimerkiksi hyväksikäytetyksi ja pahoinpidellyksi tulemisen riskiä. Mitä riippuvaisempi nainen on päihteistä ja niihin liittyvästä elämäntavasta, sitä suuremmaksi riski kasvaa. (Väyrynen 2007, 101-102, 125.)

Väyrynen (2007, 124, 128-129) kuvaa, kuinka päihdemaailman alakulttuureissa elettäessä sukupuolten väliset valtasuhteet ovat vinoutuneita ja käytössä on fyysisesti vahvemman laki, joka liitetään miehiseen voimaan. Mitä vaikeammin naiset jäävät kiinni päihteisiin ja niihin liittyvään elämäntapaan, sitä enemmän sukupuolten välinen valtasuhde hänen mukaansa vinoutuu. Tämä aiheuttaa taas hänen mukaansa sen, että naisen toimijuuden tila kaventuu ja autonomia vähenee.

Päihdekulttuurissa miehet toimivat usein naisten päihteidenkäytön mahdollistajina ja päihdemaailmaan kiinnittyminen merkitseekin useille naisille miesten armoilla elämistä ja väkivallalle altistumisesta, olipa kyseessä pitkä parisuhde tai yksin eläminen. Koska päihdemaailmassa eletään miehisestä arvoista, naiset altistuvat seksuaaliselle hyväksikäytölle, väkivallalle ja alistamiselle. Toimintaa leimaa pakonomaisuus ja keskeistä kaikissa toimissa on riippuvuus päihteistä, miehistä ja hyväksytyksi tulemisesta. Alakulttuurien yhteisöissä rakentuu miesten ja naisten välisiä valtasuhteita, jotka luovat tilanteelle ehdot, jossa naisen asema on alisteinen miesten toiveille ja odotuksille. Naiset ovat asetelmassa fyysisesti heikompi osapuoli,

joka aiheuttaa epätoivoa, häpeää ja valinnanmahdollisuuksien ahtautta. (Rantakari 2020, 43; Väyrynen 2007, 128-129.)

Muuttuneessa tilanteessa päihdemaailma muuttuu naiselle pakokauhun ja pelon paikaksi. Huumevelat ja päihtymys voimistavat pelon tunteita ja elämä alkaa olla painajaismaista. Pelkojen todenperäisyyttä on vaikea arvioida: onko uhka todellinen vai päihteiden käytöstä johtuvaa paranoidisuutta. Tämä voi merkitä naisille eriytymistä valtakulttuurista entisestään sekä tilan pienuutta ja miesten armoilla elämistä. Nainen voi joutua lunastamaan paikkansa päihde maailmassa ja näin poistamaan turvattomuutta ja väkivallan pelkoa muun muassa takaamalla päihteiden saatavuuden. (Väyrynen 2007, 130.)

Päihteitä ongelmallisesti käyttävillä naisilla on suuri riski joutua väkivallan uhriksi. Riippuvuus päihteistä ja miehestä saattavat kuitenkin saada naisen hyväksymään kauheudet, jotka hänelle ahtaassa tilanteessa tapahtuvat. Klassinen asetelma on, että nainen elää parisuhteessa miehen armoilla ja hyväksyy itseensä kohdistuvan väkivallan ja alistamisen. Nainen voi puhua rakkaudesta mieheen, jonka hän näkee syynä jatkaa suhdetta, mutta toisaalta kertoa, ettei voi lähteä parisuhteesta, koska pelkää menettävänsä linkin päihteisiin. Toisin sanoen, päihderiippuvuus sitoo naisen mieheen ja väkivalta hyväksytään, koska sen vaihtoehtona on pelko yksinäisyydestä ja vaikeudesta pysyä päihteissä. (Rantakari 2020, 46; Väyrynen 2007, 131-132.)

7.2 Traumaattiset kokemukset

Rantakari (2020, 53-54) kuvaa, kuinka päihdeongelmaiset naiset ovat kohdanneet elämässään erilaisia traumoja ja kriisejä joko lapsuudessa, aikuisuudessa tai päihdemaailman alakulttuureissa eläessään. Hänen mukaansa päihdemaailman alakulttuureissa elävillä naisilla seksuaalinen alistaminen, nöyryyttäminen ja väkivallan kokemukset ovat vahvasti läsnä. He ovat voineet hänen mukaansa kohdata vakavaakin väkivaltaa, kuten tapon yrityksiä tai saattaneet nähdä, kuinka heidän puolisonsa tapetaan.

Koti- ja parisuhdeväkivalta luovat turvattomuutta ja epävarmuutta naisen arkeen ja usein myös itsetunto ja itsearvostus laskevat. Väkivallan ja alistamisen kokemusten vähättely ja alireagointi vakaviin uhkatilanteisiin on naisilla tavanomaista, koska kokemukset ovat osa heidän arkeaan. Naiset voivat myös esimerkiksi kokea seksuaalisen hyväksikäytön olevan oman tilanteensa seurausta ja väkivallan heidän omaa syytään. Naiset usein joutuvat hyväksymään miehen tekemän väkivallan myös siksi, että vaihtoehtoina ovat yksinäisyys ja päihteiden saannin vaikeutuminen. Naisilla voi lisäksi olla esimerkiksi huumevelkojen vuoksi uhkaa ja riski joutua väkivallan uhriksi, joten he ovat usein miehen armoilla minimoidakseen muualta tulevan väkivallan uhkaa ja riskejä. Suhde miehiin voi olla siis hyvin ristiriitainen, turvaton ja jopa pelottava. (Rantakari 2020, 46; Väyrynen 2007, 132.)

Kokemuksiin liittyvä häpeällisyys sekä psyykkinen ja fyysinen tuska saavat naiset usein vaikenemaan kokemuksistaan. Tapahtuneet ovat kuitenkin kipeitä ja loukkaavia ja musertavat naisen identiteettiä. Naisilla voi olla myös taustalla jo lapsuudessa muodostuneita traumoja liittyen vaikeisiin tapahtumiin. (Rantakari 2020, 53-54; Väyrynen 2007, 93, 133.)

Traumaattisiin kokemuksiin liittyvällä vaitiololla naiset pyrkivät suojaamaan itseä sekä ulkopuolisia ihmisiä kokemuksen repivyydeltä, mutta traumaa ympäröivä hiljaisuus on elämänkerran kannalta tuhoisaa. Hiljaisuus estää trauman merkityksellistämisen ja kokemus jää käsittelemättä, jolloin selviytymistä tukevaa tarinaa ei pääse syntymään. Identiteettiä särkevät traumaattiset tapahtumat ovat käsittelemättä jääneinä psyykkisesti kuormittavia kipupisteitä. Masentuneisuus, väkivalta ja päihteiden käyttö toimivat suojaverkkona, jonka kautta pahaa oloa työstetään ulos sekä tiedostamatta että tietoisesti erilaisen psyykkisin oirein ja häiriökäyttäytymisenä. (Väyrynen 2007, 95, 99.)

Päihdeongelmaisille naisilla voi olla taustalla vakavia ja äärimmäisiäkin väkivallan kokemuksia, joita tavanomaista elämää elävän ihmisen voi olla vaikea käsittää. Tällaisen väkivallan mahdollisuuden tiedostaminen ja esille tuominen on tärkeää, koska traumaattiset kokemukset voivat heikentää kuntoutumisen mahdollisuuksia, ylläpitää päihteiden käyttöä, vaikuttaa vakavasti fyysinen ja psyykkiseen hyvinvointiin, estää päihdehoitoon ja avun piiriin hakeutumisen tai pahimmillaan johtaa jopa kuolemaan. Naiset kertovat traumaattisista kokemuksistaan ammattilaisille ja saavat siihen tukea, mutta traumaattisten kokemusten käsittely voi usein jäädä myös toteutumatta päihteiden käytöstä johtuvien elämänhallinnan ongelmien vuoksi tai siksi, että naiset hoitavat traumojaan jatkamalla päihteiden käyttöä. (Rantakari 2020, 54-55.)

Päihdepalveluissa kohdataan naisia, jotka ovat kokeneet vaikeaa väkivaltaa: jotka ovat tulleet lähes tapetuiksi, joita on raiskattu, joita on käytetty seksuaalisesti hyväksi ja pahoinpidelty lapsena, jotka ovat myyneet itseään tai joita toiset ovat myyneet. Traumaattiset kokemukset, jotka eivät ole realisoituneet osaksi ihmisen tietoista elämänhistoriaa, heikentävät ihmisen psyykkistä hyvinvointia ja altistavat mielenterveyden ongelmille. Tiedostamattomuus, torjunta ja kipeys sekä tunteiden ja kokemuksen vaientaminen voivat johtaa trauman hoitamiseen päihteillä ja lääkkeillä. (Karttunen 2021, 81.)

Trauma ei vääristä ainoastaan mieltä suojaavien mekanismien toimintaa ja altista mielen hälytystilalle tai somatisoinnille, vaan trauman sosiaalinen ulottuvuus heijastuu ihmisen sosiaalisen toimintakyvyn tasolle ja ilmenee vaikeuksina toimia arjen tavanomaisissa tilanteissa. Trauma voi halvaannuttaa sosiaalisesti tutuissakin paikoissa, rutiineissa ja ihmissuhteissakin, ja näin nujertaa uskon omaan toimintakykyyn. (Karttunen 2021, 81.)

Erilaisin kehollisuuteen kohdistuvin työtavoin voidaan päihdeohjauksessa edistää tietoisuutta omista oireista, kehon tuntemuksista ja niiden taustalla olevista kokemuksista. Traumanäkökulmasta olennaista työskentelyssä on vakauttava ja nykytilanteeseen palauttava toiminta.

Tärkeitä ovat mm. arjen rutiinit, niistä kiinni pitäminen ja niiden toistuvuus sekä psyykkisen ja fyysisen turvallisuuden varmistaminen. (Karttunen 2021, 81.)

8 Naiserityisyys päihdetyössä

Päihdeongelmat ja niiden hoito ovat ajan saatossa rakentuneet sivuuttamaan sukupuolen merkityksen ja erilaiset päihdeongelmien hoito-ohjelmat ovat pitkälti rakentuneet miesten näkökulmasta. Yhteiskuntamme vallitsevat kulttuuriset ja instituutionaaliset tavat toimia ovat rakentuneet miestapaisen toiminnan ja miesten tarpeiden huomioimisen ympärille, jota on edesauttanut muun muassa miesenemmistö päihdeongelmista kärsivissä ihmisissä. Ymmärtämällä naisten päihdeongelmien syvällisempää luonnetta voidaan kuitenkin päästä toimivan hoidon jäljille. (Karttunen 2020,78; Salovaara 2019, 24.)

Salovaara (2019, 24) määrittelee, että naiserityisyyden huomioimisessa on ensisijaisesti kyse lähtökohtien tasoittamisesta ja mahdollisuuksien tasa-arvosta. Joskus naiserityisyyden huomioiminen saattaa hänen mukaansa vaikuttaa naisten vaatimalta erityiskohtelulta, mutta tästä ei ole kyse. Tällainen kuva voi hänen mukaansa muodostua esimerkiksi siitä syystä, että naisia saatetaan pitää palveluissa vaikeina ja poikkeavina. Todellisuudessa tämä johtuu hänen mukaansa kuitenkin siitä, että naiset eivät istu miesenemmistön tarpeiden ja miestapaisen toiminnan ympärille: päihteitä käyttäessään ja ollessaan niistä riippuvainen nainen ei ole kuin mies, joten häntä ei tulisi myöskään sellaisena kohdella.

Jotta kyetään rakentamaan naiserityisyyden huomioivia palveluita, tulee ymmärtää naisten tarpeiden ja toiminnan erilaisuus suhteessa miestapaiseen toimintaan ja miesten tarpeisiin sekä näiden kahden välinen tasa-arvo. Naiserityisten palvelujen tarve liittyy erityisesti siihen, että palvelujärjestelmässä tulisi huomioida ja kunnioittaa erilaisuutta. Naiserityisyys on naisten taustan, nykytilanteen ja niistä johtuvien tarpeiden huomioimista sekä naistapaisen toimijuuden huomioimista, hyväksymistä ja tukemista. Naiserityisyydessä ymmärretään sukupuolen merkitys sekä sukupuoli kulttuurisissa suhteissa tuotettuna ja ylläpidettynä toimintana. (Karttunen 2020, 78; Salovaara 2019, 24.)

Päihdehuoltoon hakeutuvalla naisasiakkaalla ei välttämättä ole tarvittavia sisäisiä toimintamalleja tai hänellä on puutteelliset mahdollisuudet hyödyntää avun ja sosiaalisen tuen vastaanottamiseksi. Kuntoutumisen edellytyksenä onkin, että naiset saavat kokemuksia siitä, että joku uskoo heidän mahdollisuuksiinsa ja kykyihinsä ja että hoito ja ohjaus tuovat toivon näkökulmaa omaan elämään. Olennaisiksi kuntoutumisen ja toipumisen prosessissa muodostuvat tietyt perustavaa laatua olevat kysymykset: kuka minä olen, millainen minä olen, miten minä elän ja mihin minä kuulun. (Salovaara 2019, 24.)

Sosiaalityössä kohdattavilla naisilla on Rantakarin (2020, 38-39) mukaan usein pitkä päihteidenkäyttöhistoria, jonka vuoksi riippuvuus päihteisiin on vaikea ja irtaantuminen erittäin hankalaa. Päihteidenkäyttö on hänen mukaansa ehtinyt vaikuttamaan naisilla jo moneen elämän osa-alueeseen ja aiheuttanut moninaisia ongelmia. Hänen kuvauksensa mukaan naiset ovat usein aloittaneet päihteiden käytön hyvin nuorena, osalla käyttö on voinut alkaa jo 10-vuotiaana ja ollut päivittäistä jo 12-vuotiaana. Päihdehuollon palveluihin hakeutuneiden naisasiakkaiden tuen tarve onkin hänen mukaansa kokonaisvaltaista, intensiivistä ja pitkäkestoista, joka vaatii laajan ammattilaisverkoston osallisuutta kokonaisvaltaisen elämänmuutoksen onnistumiseksi.

Salovaaran (2019, 25) mukaan naiserityisyyden huomioiminen päihdepalveluissa ei tarkoita ainoastaan naisille kohdennettuja palveluja, vaan lisäksi vallitsevan käytännön avaamista ja ymmärtämistä. Sosiaalipalveluissa ja päihdekuntoutuksessa naiserityisyyden huomioiminen rakentuu hänen mukaansa kolmen keskeisen toiminnan varaan: ymmärryksen koskien traumojen yleisyyttä, kunnioitusta, joka syntyy vuorovaikutuksessa työntekijöiden ja asiakkaiden kohtaamisissa sekä turvallisuutta, joka muodostuu kahden edellisen elementin toteutumisen seurauksena. Turvallisuuden tunteen syntymiseen vaikuttaa hänen mukaansa lisäksi ympäristö, joka mahdollistaa traumojen turvallisen käsittelyn ja jossa on mahdollisuus opetella tunteiden ilmaisua. Karttunen (2020, 83) listaa naiserityisen päihdehoidon ja -ohjauksen edellytyksiksi vakauttavia ja turvallisia rakenteita sekä empatiaa ja ymmärrystä osoittavaa vuorovaikutustyyliä.

Tampereen yliopistossa (2021) tehdyn tutkimuksen mukaan päihdeongelmaiset naiset ovat myös alttiita episteemiselle epäoikeudenmukaisuudelle ja he kärsivät uskottavuuden puutteesta haitallisten sosiaalisten stereotypioiden vuoksi. Päihdeongelmaisten naisten käsityksiä ei tutkimuksen mukaan oteta vakavasti eikä niitä pidetä mielenkiintoisina tai merkityksellisinä. Heillä ei välttämättä ole edes sanoja ja sopivia käsitteitä, joilla he voisivat kuvata omia kokemuksiaan: kielestä yksinkertaisesti puuttuu sopivia sanoja kuvaamaan koettua epäoikeudenmukaisuutta. Tutkimuksen mukaan yhteisölliset kuntoutuskäytännöt voivat kuitenkin lievittää päihdeongelmista kärsivien naisten kokemaa epäoikeudenmukaisuutta ja vahvistaa heidän tiedollista toimijuuttaan.

8.1 Minäkuva, identiteetti ja tunne-elämä

Päihdeongelmaisten naisten kohdalla naiseus ja sukupuoli ovat voineet jäädä naisten elämässä ”toissijaisiksi” ja keskeinen subjektiutta määrittävä tekijä on ollut päihderiippuvuus sekä siihen liittyvät toiminnot ja roolit. Päihdemaailmassa nainen on elänyt miesvaltaisessa alakulttuurissa, jossa suhde omaan sukupuoleen on muuttunut. Naiset saattavat esimerkiksi omaksua miehiset puhetavat ja käyttäytymismallit, jotka ovat sekä selviytymiskeinoja miehi-

sessä toimintaympäristössä että samaistumisen tulosta miesten kanssa toimimisessa. Tämä on voinut vieroittaa naista omasta sukupuolestaan. (Karttunen 2019, 19; Väyrynen 2007, 167.)

Väyrynen (2007, 86, 167) kuvaa, kuinka päihdeongelmaiset naiset saattavat kokea itsetunto-ongelmia sekä epävarmuutta itsestä naisena ja itsetunto-ongelmat ilmenevät mm. tyytymättömyytenä minäkuvaan. Karttunen (2019, 19) taas kuvaa, kuinka päihderiippuvuuden myötä naisen oma sukupuolisuus ja käsitys siitä, mitä ja millainen on naisena, on voinut hämärtyä ja jopa kadota. Naiseus on lisäksi hänen mukaansa voinut olla häpeän läpäisemää tai se on haluttu hävittää oman itsen suojelemiseksi. Hän sanookin tämän tarkoittavan sitä, että suhteen muodostaminen omaan sukupuoleen ja naisena elämiseen on tärkeä osa hoitoa. Sukupuoli ei hänen mukaansa ole ainoastaan biologiaa, eikä myöskään vain diskursseissa ja käytännöissä rakentuva sosiaalinen konstruktio.

Miesvaltaisissa päihdemaailman alakulttuureissa miesten seuraan pääseminen ja päihteiden käytön aloittaminen ovat rajapylväitä, joiden ylittäminen haastaa itsereflektioon: oman paikan ja identiteetin uudelleenarviointiin. Naiset pohtivat esimerkiksi sitä, millainen minä olen nyt ja miltä näytän muiden silmissä sekä kysyvät itseltään, mitä olen naisena. Merkittävä vaikutus minäkuvalle on sillä, että saa hyväksyntää ja ihailuja miehiltä, jotka edustavat vaarallista ja mystistä elämäntapaa. Päihdeongelmaisen naisen käsitys omasta itsestä on voinut vääristyä ja vaurioitua myös ihmissuhteissa. (Väyrynen 2007, 162.)

Ihmiset määrittelevät itseään eri konteksteissa erojen ja yhtäläisyyksien kautta. Mikäli naisen minäkuva rakentuu päihdemaailman alakulttuureissa elettäessä sekä niiden ehdoilla, itsensä paikantaminen normaalia elämää edustaviin ympäristöihin muodostaa identiteetin uudelleen rakentumiselle huomattavan haasteen. Käsitys omasta asemasta päihdemaailmassa on selkeä sekä siellä olevat käytänteet ja toimintamallit tuttuja. Päihdeongelmasta toipuminen kuitenkin edellyttää uudenlaisen näkemyksen muodostumista itsestä. (Karttunen 2020, 79; Väyrynen 2007, 85.)

Päihdemaailmasta ja päihteiden käytöstä irtautuminen on naiselle prosessi, jossa käsitys omasta itsestä suhteessa valtakulttuuriin ja päihdekulttuuriin ovat neuvottelun alaisena, johon nainen tarvitsee apua ja tukea. Naiserityisen ohjauksen tärkeänä tehtävänä onkin tukea naisten voimaantumista, oman minän vahvistumista sekä sen myönteisten piirteiden löytämistä. Peilauspintana tässä toimivat toiset naiset, vertaiset ja ammattilaiset. Käytännössä tätä voi toteuttaa esimerkiksi positiivisen palautteen antamisella ja vastaanottamisella, pohtimalla omia vahvuuksiaan tai opettelemalla oman mielipiteen esittämistä. Tässä korostuu työntekijöiden taito kohdata naiset arvostavalla ja kunnioittavalla tavalla, jotta jokaiselle naiselle muodostuu kokemus siitä, että hän riittää, kelpaa ja osaa. (Karttunen 2020, 79; Väyrynen 2007, 162.)

Tärkeä osa päihdeongelmaisten naisten sisäistä kokemusmaailmaa ovat myös tunteet. Päihteet ovat voineet olla keino joko vahvistaa tai vaientaa emootioita. Toisinaan kriittiset kasvun ja kehityksen vuodet ovat ajoittuneet samaan aikaan raskaan päihteiden käytön kanssa, jolloin aikuisiän kypsyyttä emootioiden käsittelyssä ei ole saavutettu. Käytännössä tämä näyttäytyy muun muassa omien tunnereaktioiden hallinnassa ja tunnepuheen sisällössä. (Karttunen 2020, 79.)

Päihdeongelmaisten naisten opittu tapa kuvata omia tunteitaan voi olla alatyylinen tai tunteita voi olla lähtökohtaisesti vaikea nimetä tai tunnistaa. Naiset kokevat myös yksinäisyyttä, vaikeutta olla yksin sekä läheisriippuvuutta. Tunnesäätelyä voidaan tukea ohjauksessa: sitä kuinka ihminen havainnoi, ilmaisee ja säätelee tunteitaan tarkoituksen mukaisella tavalla. Kehittynyt tunnesäätely edistää ihmisen kykyä toimia kohti oman elämän päämääriä, kuten päihteettömyyttä. Tunnesäätelyn vahvistamiseksi voidaan toteuttaa esimerkiksi mielikuvatyöskentelyä, kirjoittamiseen ja narratiivisuuteen pohjautuvilla työtavoilla sekä taide- ja toimintaterapian lähestymistavoilla. (Karttunen 2020, 79; Rantakari 2020, 48.)

Naisten päihdeongelmiin liittyy vahvasti kokonaisvaltainen häpeän tunne, joka voi hoitoon hakeutumisen lisäksi mm. vaikeuttaa naisten uudelleen integroitumista yhteiskuntaan (Väyrynen 2007, 116; Karttunen 2020, 82; Salovaara 2019, 25; Rantakari 2020, 63). Karttunen (2020, 82) kuvaa tämän muodostuvan sosiaalisen leimaamisen ja moralisoinnin kautta ja naiset saattavatkin määritellä itseään kelpaamattomaksi ja huonoksi ja jopa kyseenalaistaa omaa ihmisarvoaan sisäistyneen häpeän vuoksi. Väyrynen (2007, 116) mukaan minäkuvaan sopimattomat teot aiheuttavat tyytymättömyyden, syyllisyyden ja häpeän kokemuksia itsestä ihmisenä.

Väyrynen (2007, 117, 122) määrittelee häpeän olevan moraaliseen käyttäytymiseen voimakkaimmin vaikuttava tunne, joka auttaa tunnistamaan rajat ja miettimään tekojen seurauksia. Hän kuvaa häpeän tunnetta tuskallisena ja tarttuvana kokemuksena, joka koskettaa ihmisen olemassaoloa.

Karttusen (2020, 82) mukaan häpeä on psyykkisen kokemuksen lisäksi myös vahvasti sosiaalista: häpeän kautta ihminen paikantaa itseään suhteessa muihin ja häpeän kokemus heikentää ihmisen kokemusta kuulumisesta ja osallisuudesta. Häpeä voi hänen mukaansa myös siirtyä osaksi omaa identiteettiä, joka merkitsee irrallisuutta sellaisista ympäristöistä, jotka edustavat ”normaaliutta” ja ylläpitävät ”normaalia arkea.” Hän linjaa, että tämän vuoksi ihmisen sisäisellä kokemuksella siitä, että hän kelpaa ja täyttää yhteiskunnan sukupuolittuneet rooliodotukset ja normit, on merkitystä naisten päihderiippuvuudesta kuntoutumiselle.

8.2 Psyykkinen hyvinvointi

Päihteiden ongelmallinen käyttö vaikuttaa ihmisen terveydentilaan ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, joka korostuu naisten kohdalla. Naiserityisessä päihdeohjauksessa tuleekin kiinnit-

tää huomiota yksilön sisäisen kokemusmaailman ja mielen tasolle palautuvien kysymysten käsittelyyn myös psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Psyykkistä näkökulmaa tarkasteltaessa naisten päihdeongelmien yhteydessä esiintyy usein erilaisia mielenterveyden ongelmia ja psykiatrisia oireita, jotka ovat usein luonteeltaan erittäin vakavia. (Rantakari 2020, 50; Karttunen 2020, 78.)

Päihdeongelmaiset naiset sairastavat ahdistusta, masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, fobioita, syömishäiriöitä, pakko-oireita ja paniikkioireita. Myös voimakkaat mielialan vaihtelut, persoonallisuushäiriöt ja tunne-elämän epävakaus ovat päihteitä käyttävillä naisilla yleisiä. Lisäksi psykoosit ovat yleisiä päihteitä käyttävillä naisilla ja taustalla voi olla myös jopa toistuvia osastohoitojaksoja näiden vuoksi. Naisilla voi myös olla vakavaakin psyykkistä oireilua, johon he eivät ole saaneet lainkaan hoitoa. Päihteiden käyttö voi olla myös alkanut heikon psyykkisen voinnin vuoksi: päihteet ovat tarjonneet nopean helpotuksen pahaan oloon ja ahdistukseen, pakopaikan, jossa psyykkiset kivut voi hetkeksi turruttaa. (Karttunen 2020, 78-79; Rantakari 2020, 50; Väyrynen 2007, 100.)

Rantakarin (2020, 51) mukaan myös itsetuhoiset ajatukset ja itsemurhayritykset ovat päihdeongelmaisilla naisilla melko yleisiä tai naisten päihteiden käyttö voi olla itsetuhoisella tasolla. Itsetuhoisuutta ja itsetuhoisia ajatuksia aiheuttaa hänen mukaansa esimerkiksi ahdistus siitä, että ei pääse päihteistä ja päihdemaailmasta eroon. Hän listaa myös läheisten kuoleman, voimakkaiden käyttöhalujen tai harhaisuuden voivan aiheuttaa itsetuhoista ajattelua tai käytöstä. Lisäksi naisilla on hänen mukaansa usein tarkoitushakuista päihteiden liikakäyttöä, jonka pyrkimyksenä on itsen vahingoittaminen. Yhteenvetona hän toteaa itsetuhoisuuden johtuvan usein epätoivosta siihen liittyen, että naiset kokevat olevansa tilanteessa, josta ei ole muuta ulospääsyä.

Päihdeongelmaisilla naisilla psyykkinen vointi on usein yhteydessä väkivallan kokemuksiin, toistuviin menetyksiin ja hylkäämisen kokemuksiin. Naisilla voi olla taustalla jo lapsuudesta lähtien mukana kulkeneita traumoja, kuten oma kokemus huostaanotosta tai päihteiden käytöstä lapsuuden perheessä. Psyykkinen oireilu, kuten psykoosit, vainoharhaisuus ja itsetuhoisuus aiheuttavat naisille mm. turvattomuutta. Psyykkisen voinnin heikkous onkin usein naisilla yksi motivoiva tekijä päihdekuntoutukseen hakeutumisessa. (Rantakari 2020, 50, 53.)

Psyykkiset ongelmat voivat myös johtaa päihdekuntoutusjakson keskeytymiseen vaikeuttaessaan naisen irtautumista päihteistä ja päihdemaailmasta. Naiserityisessä päihdehoidossa ja -ohjauksessa psyykkisistä ongelmista kärsivien naisten tulisi saada mahdollisimman kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostuu erilaisista oireista tietoiseksi tuleminen, niiden sietäminen ja hallinnan opettelu käytännön tilanteissa sekä etäisyyden ottaminen. Tällä työskentelyllä pyritään lisäämään naisten ymmärrystä omasta tilanteestaan ja reagointitavoistaan. (Karttunen 2020, 78-79; Rantakari 2020, 51.)

Heikko psyykkinen vointi aiheuttaa ongelmia naisten arkeen ja käyttäytymiseen. Oireilu vaikuttaa myös toimintakykyyn ja osa naisista käyttää päihteitä ylläpitääkseen toimintakykyään ja kyetäkseen selviytymään arjen askareista: päihteiden käytöstä saatetaan hakea helpotusta henkiseen ja psyykkiseen oloon. Lisäksi naiset voivat kärsiä esimerkiksi sosiaalisen tilanteiden peloista, joka voi johtaa esimerkiksi eristäytymiseen. (Väyrynen 2007, 100; Rantakari 2020, 48.)

Päihteitä käyttävillä naisilla on impulsiivista käytöstä, mielialan vaihteluja, pelkoja ja jännitystiloja. Tämä oireilu vaikuttaa kuntoutumiseen, tuen tarpeisiin sekä kykyyn vastaanottaa tukea. Lisäksi pelkotilojen ja sosiaalisten tilanteiden pelon vuoksi kotoa lähteminen ja arjen asioiden hoitaminen vaikeutuu. Pelkotilojen vuoksi jotkut asiakkaat voivat erakoitua ja sosiaalisten kontaktien vähäisyys muodostuu riskitekijäksi sille, että ihminen palaa vanhoihin toimintatapoihin ja ystäväpiireihin hoitamaan itseään päihteillä. (Rantakari 2020, 48, 51; Väyrynen 2007, 100.)

Päihdeongelmaiset naiset tarvitsevatkin Rantakarin (2020, 51) mukaan kuulemista ja ymmärrystä sosiaalisessa kanssakäymisessä. Lisäksi he tarvitsevat hänen mukaansa rauhallista ja tukevaa ympäristöä, jossa käsitellä päihdeongelmaansa ja siihen liittyviä oireita. Naiset ovat Rantakarin tutkimuksessa kuvanneet tarvitsevansa toisten ihmisten, niin ammattilaisten kuin vertaistenkin, tukea, joista etenkin vertaisten on kuvattu olevan tärkeässä roolissa kuntoutumisvaiheessa.

8.3 Kehollisuus

Karttunen (2020, 80) kuvaa, kuinka päihdeongelman taustalla oleva elämä, kokemukset ja muistot ilmenevät myös kehon, sen oireiden ja tuntemusten tasolla. Kehollisuus voi nousta hänen mukaansa esiin esimerkiksi naisten erimuotoisena psykosomaattisena oireiluna, oman kehon hoitamattomuutena ja välinpitämättömyytenä sekä vaikeuksina hahmottaa kohtuullisuutta ja omia rajoja esimerkiksi syömisen ja liikunnan kaltaisilla elämänalueilla. Välinpitämättömyys kehoa kohtaan voi Väyrysen (2007, 110) mukaan ilmetä esimerkiksi laihuutena, likaisuutena tai ”resuisuutena”.

Ongelmat kehollisuuteen liittyen kiinnittyvät yleensä naisten kielteisiin käsityksiin itsestään naisena ja niitä sävyttävät usein häpeän, itseinhon ja kelpaamattomuuden tunteet. Näiden taustalla on usein verbaalista nimittelyä, nöyryyttämistä, esineellistämistä ja alistamista, joiden kohteeksi naiset ovat joutuneet elämän eri vaiheissa. Tällaisissa asioissa heitä voidaan esimerkiksi ohjata tunnistamaan ja kuulostelemaan erilaisia psykosomaattisia oireita ja kokeilemaan erilaisia vaihtoehtoisia hoitotapoja, kuten rentoutusta, lääkkeiden käytön sijaan. Säännölliseen päivärytmiin, uneen, syömiseen ja liikuntaan liittyvällä ohjauksella voidaan tukea fyysistä toipumista, muiden oireiden lievittymistä ja naisten kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Karttunen 2020, 80-81.)

Väyrynen (2007, 110-111) kuvaa, kuinka päihdeongelmaiset naiset kertovat omaan kehoon kohdistuvasta välinpitämättömyydestä. Hänen mukaansa tämä ilmenee tarpeiden huomioimattomuutena ja esimerkiksi nukkuminen, syöminen ja omasta ulkonäöstä huolehtiminen unohtuvat energian keskittyessä päihteiden käyttöön. Päihteitä käyttäessä hänen mukaansa normaali kyky tunnistaa ja tiedostaa muutoksia omassa habituksessa vähenee ja suhde omaan kehoon ei rakennu enää kulttuuristen määreiden kautta. Päihderiippuvuudesta voi aiheutua hänen mukaansa myös esimerkiksi anorektiseen kehonkokemukseen rinnastettavissa olevaa laihuutta, jossa on kyse itsen unohtamisesta.

Myös oman kehon tarpeet jäävät päihdeongelmaisilla naisilla huomiotta: nukkuminen, syöminen ja omasta ulkonäöstä huolehtiminen unohtuvat. Irrallisuus omasta kehosta voi vaikuttaa myös esimerkiksi hygienian ja ehkäisyn huomioimiseen. Ulkonäkö on usein naisille keskeinen tapa ilmaista identiteettiä, mutta päihteiden käytöstä johtuvan irrallisuuden seurauksena kyky tiedostaa muutoksia omassa habituksessa kuitenkin vähenee. (Karttunen 2020, 80.) Väyrynen (2007, 113) kuvaakin, kuinka naisen identiteetti voi alkaa muokkautumaan maskuliiniseen suuntaan ja nainen muuttumaan miesmäisemmäksi oman kehon ja esimerkiksi ulkonäön laiminlyömisen seurauksena.

Nuorena identiteettityöskentelyyn liittyy vahvasti keholliset näkökulmat ja seksuaalisuus. Mikäli nainen on käyttänyt päihteitä jo nuoruudesta lähtien, itseä ei välttämättä ole aidosti kohdattu aikuiseksi kehittymisen aikana. Tämän vuoksi oma seksuaalisuus, sen hyväksyminen ja omien tarpeiden tunnistaminen voi olla olematonta. Seksi ja päihteet kietoutuvat tietynlaiseksi spiraaliksi päihdeongelmaisten naisten elämässä, jossa päihteet kohottavat minäkuvaa ja lisäävät seksuaalista varmuutta, mutta vain hetkellisesti. (Väyrynen 2007, 85-86, 91.)

Nuorena aloitetun päihteidenkäytön yhdistyminen seksikokemuksiin on pulmallista seksuaali-identiteetin kehittymiselle. Päihdemaailmassa elettäessä mielihyvää on totuttu hakemaan kemiallisin keinoin ja tuntemuksia on stimuloitu päihteitä käyttämällä, jolloin seksikokemukset rajoittuvat suurimmilta osin huumeidenkäyttötilanteisiin. Vaikka seksikokemukset on aloitettu varhain, voi suhde seksuaalisuuteen olla vielä kehittymätöntä, jolla voi olla myös merkitystä päihdekulttuurin kiinnittymisen suhteen. Kun päihteet ovat olleet ensimmäisistä seksisuhteista lähtien mukana poistamassa estoja, voi seksi ilman päihteitä olla hämmentävää. Kokemuksia on myös totuttu stimuloimaan ja säätelemään päihteitä käyttämällä, jolloin oma seksuaali-identiteetti ei ole koskaan päässyt kehittymään. (Väyrynen 2007, 91-93.)

8.4 Sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalinen ulottuvuus on monisyinen päihdeongelmaisen naisen näkökulmasta. Heillä on vaikeuksia monilla sosiaalisilla osa-alueilla, kuten sosiaalisissa suhteissa ja ihmissuhteissa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, osallisuudessa sekä kokemuksissa koskien viranomaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. (Karttunen 2020, 82-83; Rantakari 2020, 43, 47-48.)

Sosiaalisilla suhteilla tarkoitetaan erilaisia minään liittyviä yhteyksiä ja ihminen muodostaa suhteita useilla eri elämän osa-alueilla, kuten työssä, harrastuksissa, puolisoon ja perheeseen. Ihmisen suhteissa voi esiintyä heikkenemiä eri osa-alueilla, jolloin siihen saatetaan hakea kompensaatiota päihteistä. Toisaalta liian intensiivinen ja vahva suhde päihteisiin muodostaa epätasapainon ihmisen suhteissa muihin elämän osa-alueisiin. Päihderiippuvuudesta kuntoutuessa keskeistä onkin näiden suhteiden elvyttäminen ja palauttaminen sekä ihmisen integroituminen laajempaan yhteisöön ja yhteiskuntaan. Suhteiden korjaaminen, tasapainottaminen sekä uudelleen liittyminen ovat kriittinen tekijä naisten päihderiippuvuudesta kuntoutumiselle. (Karttunen 2020, 82.)

Myös päihdeongelmaisten naisten sosiaalisessa toimintakyvyssä on usein vaikeuksia, joka voi vaikeuttaa kuntoutumista. Heidän käytöksensä voi olla usein kontrolloimatonta psyykkisen oireilun vuoksi, joka voi näkyä muita häiritsevänä käyttäytymisenä ja heikkona toimintakykyä sosiaalisissa tilanteissa. Naisen saama tuki ja palvelu eivät aina välttämättä onnistu, koska naisen kontrolloimattomalla käytöksellä ja sosiaalisen toimintakyvyn puutteella on vaikutuksia myös muihin ympärillä oleviin ihmisiin. Naiset tarvitsevatkin tukea sosiaalisissa tilanteissa toimimisessa, jotta sosiaalinen toimintakyky vahvistuu. He tarvitsevat kuulemista ja ymmärrystä sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kanssa sekä rauhallista ja tukevaa ympäristöä, jossa käsitellä päihdeongelmaan se siihen liittyvää muuta oireilua. (Rantakari 2020, 48-49.)

Päihdeongelmaisilla naisilla on tarpeita ja toiveita saada päihteettömiä ihmissuhteita sekä päästä kiinni niihin yhteiskunnan instituutioihin, joissa voi kokea arvostusta ja osallisuutta. Sosiaalisiin suhteisiin uudelleen kiinnittyminen ja yhteiskuntaan integroituminen on käytännössä kuitenkin haastavaa. Toipumisprosessissa olevat naiset kokevat päihteitä käyttävät kaverit uhaksi ja turvattomuutta aiheuttavaksi tekijäksi muun muassa huumevelkojen ja retkahdusriskin vuoksi. Esimerkiksi laitoskuntoutuksessa olon naiset kokevat yhtenä mahdollisuutena saada uutta turvallista sosiaalista verkostoa itselleen. (Karttunen 2020, 83; Rantakari 2020, 43.)

Tarve liittyä ja kiinnittyä on inhimillinen ja torjutuksi tuleminen tuottaa kokemuksia kelpaamattomuudesta ja osattomuudesta. Mikäli aikaisemmat kokemukset osallisuudesta ovat ohuet tai olemattomat, tai jos omille pyrkimyksille ei saa vastakaikua ja sosiaalista tukea, on integroituminen vaikeaa. Yhteiskunnan odotukset suoriutumisesta ja pärjäämisestä ovat korkeat päihderiippuvuudesta toipuvalle ja ”kunnon kansalaisuutta” määrittää edelleen vahvasti opiskelu ja työllisyys. Myös suomalainen kulttuuri, joka on samanaikaisesti korostuneen päihdemyönteinen, osaa taitavasti sivuuttaa päihteiden kanssa vaikeuksiin joutuneet: ulkoistaen, karttaen ja yksilöä vahvasti vastuuttaen. Integroituminen on siis siltäkin osin hankalaa, että päihdeongelmaisilla on hyvin vähän tarttumapintaa mihin integroitua. Päihteidenkäytöstä ja päihdemaailmasta irtaantuminen tarkoittaakin usein naisille yksinäisyyden valitsemista. ((Karttunen 2020, 83.)

Rantakarin (2020, 47) mukaan yksi sosiaalinen suhde päihdeongelmaisten naisten elämässä on asiakassuhde viranomaisiin. Hänen mukaansa heidän kohdallaan luottamuksen ja turvallisen asiakassuhteen merkitys on korostunut. Naisten traumaattiset kokemukset aiheuttavat hänen mukaansa sen, että naiset kokevat olonsa usein turvattomiksi ja voimattomiksi, joka voi näkyä haasteena luottamuksellisen asiakassuhteen luomisessa.

Asiakassuhteeseen voi kuulua tuen lisäksi myös kontrollin elementtejä, jonka vuoksi naisten ja ammattilaisten välinen suhde on myös ristiriitainen. Asiakassuhteeseen liittyvän kontrollin myötä sosiaaliseen suhteeseen muodostuu erityispiirteitä, kun naisia esimerkiksi ohjataan huumeseuloihin puhtaiden seulojen ollessa ehtona sijoitettujen tai toisen vanhemman luona asuvien lasten tapaamiselle. He saattavat huijata huumeseuloissa, jotta eivät jäisi kiinni huumeiden käytöstä työntekijälle, jotta he saisivat edelleen tavata lapsia. Samaa tapahtuu myös laitos kuntoutuksessa, joka voi vaikuttaa asiakassuhteen luottamuksen syntymiseen. (Rantakari 2020, 47.)

Päihdeongelmaisilla naisilla on usein pettymyksen kokemuksia myös ammattilaisten taholta, koska naiset eivät aina koe tulleensa kuulluksi ja ymmärretyksi palvelujärjestelmässä. Heillä on usein vaikeuksia luottaa uusiin työntekijöihin ja antaa mahdollisuutta asiakassuhteen muodostumiselle. Naiset tarvitsevat ammatillista välittämistä, huolenpitoa, kuulluksi tulemisen kokemuksia sekä ymmärrystä, koska aiemmat kokemukset ovat saattaneet olla negatiivisia. Se, että ammattilainen kuulee naista, voi vaikuttaa positiivisesti hänen tilanteeseensa: nainen voi pystyä rauhoittumaan vaikeassa ja kuormittavissa tilanteessa, koska kokee tulleensa kuulluksi. Ammattilaisen toimintatavoilla ja asiakassuhteen laadulla on siis merkitystä ja vaikutusta asiakkaan elämäntilanteeseen ja kuntoutumiseen. (Rantakari 2020, 47-48.)

9 Opinnäytetyö tutkimuksellisena kehittämistyönä

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda A-klinikka Oy:lle uusi digitaalinen palvelu, jonka avulla voidaan lisätä naiserityisen näkökulman huomioimista A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköiden naisasiakkaiden ohjauksessa. Opinnäytetyö toteutettiin mallintamalla ja pilotoimalla digitaalisesti toteutettu naisten etäryhmä ko. yksiköissä. Malli rakennettiin lähdemateriaaliin perustuen ja pilotoinnin avulla arvioitiin mallin toimivuutta sekä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen kohteena oli luotu naisten etäryhmän malli.

Tutkimuksellisen kehittämisen avulla pyritään Ojasalon, Moilasen & Ritalahden (2015, 18-19) mukaan ratkaisemaan käytännöstä nousseita ongelmia tai uudistamaan käytäntöjä sekä luomaan uutta tietoa työelämän käytännöistä. Heidän mukaansa kehittämisen tueksi tutkimuksellisessa kehittämisessä kerätään systemaattisesti ja kriittisesti arvioimalla tietoa sekä käy-

tännössä että teoriassa. He kuvaavat sen saavan alkunsa organisaation kehittämistarpeista ja siihen sisältyy usein uusien ideoiden, käytäntöjen ja palvelujen tuottamista ja kehittämistä.

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus oli laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin havainnoimalla ja keräämällä osallistujilta suullista palautetta naisten etäryhmän pilotoinnin aikana. Pilotointi toteutettiin aikavälillä 5.7.-15.8.2021, jona aikana järjestettiin kahdeksan naisten etäryhmän ryhmäkertaa. Havainnointi toteutettiin osallistuvana havainnointina ja havainnoitsijana toimi ryhmänohjaaja. Kahdella ryhmäkerralla oli mukana lisäksi toinen A-klinikka Oy:n työntekijä, joka osallistui myös havainnointiin. Suullisen palautteen kerääminen toteutettiin haastattelemalla osallistujia jokaisen ryhmäkerran jälkeen teemahaastattelun metodien mukaisesti. Kerätty aineisto analysoitiin hermeneuttisella metodilla.

9.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Ihmisistä lähtöisin olevat ja ihmiseen päättyvät tapahtumat, kuten toiminta, ajatukset ja päämäärien asettaminen, muodostavat merkityskokonaisuuksia, jotka puolestaan muodostavat merkitysten maailman. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on siis tavoittaa ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. Laadullisella tutkimuksella on mahdollista tavoittaa myös ihmisen merkityksellisiksi koettua elämänkulkua tai omaa elämää pidemmälle jaksolle sijoittuvia asioita. (Vilkka 2021, 118.)

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta, vaan tavoitteena on tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää esimerkiksi ihmisen toiminnasta jotakin, joka on välittömän havainnon tavoittamattomissa. Ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla voidaan tehdä tulkintoja, jotka ovat kuin merkityssuhteiden auki kerimistä. Tämän myötä laadullisen tutkimuksen avulla voidaan luoda malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita, tietoa tai kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilkka 2021, 120.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat kolme näkökulmaa tutkimus kohteeseen: konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstin huomioon ottamisella tarkoitetaan, että tutkija ottaa selvää ja kuvaa tutkimusessaan, millaisiin yleisiin sosiaalisiin, kulttuurisiin, historiallisiin ja ammatillisiin yhteyksiin tutkittava asia tai ilmiö liittyy. Tämä edellyttää esiintymis- tai toimintaympäristön, kuten ajan, paikan ja sosiaalisen verkoston, kuvaamista. Tutkijan tulee myös kuvata, millainen on tutkimustilanne, jossa tutkimusaineisto kerättiin. (Vilkka 2021, 120.)

Intention huomioon ottamisella tarkoitetaan, että tutkija tarkkailee tutkimustilanteissa, millaisia motiiveja tai tarkoitusperiä tutkittavan ilmaisuun tai tekemiseen liittyy. Tutkimukseen osallistuja saattaa esimerkiksi peitellä, suojella, liioitella, vähätellä, muunnella, kaunistella tai ylistää tosiasioita tai muistaa väärin. Prosessilla taas tarkoitetaan tutkimusaikataulun ja

tutkimusaineiston tuotantoedellytysten suhdetta tutkijan tutkittavaa asiaa koskevaan ymmärtämiseen. Tällä on merkitystä sen suhteen, miten syvälle tutkittavassa asiassa tai ilmiössä tutkijan on mahdollista päästä. (Vilkka 2021, 121.)

9.2 Aineiston keruu

Saaranen-Kauppisen & Puusniekan (2006) mukaan tieteellinen havainnointi ei ole satunnaista katselemista vaan systemaattista tarkkailua. Havainnointi ei myöskään keskity esimerkiksi ainoastaan verbaaliseen ilmaisuun, vaan myös eleisiin, ilmeisiin, asentoihin, liikehdintään, jne. Havainnointi voi olla strukturoitua tai strukturoimatonta. Vilkka (2021, 143) toteaa havainnoinnin kertovan siitä, mitä ihmiset tekevät ja miltä asiat näyttävät, eikä siitä, mitä ihmiset sanovat. Havainnointi tutkimus ei siis vastaa hänen mukaansa esimerkiksi miksi- kysymyksiin.

Havainnoinnin avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa yksilön tai ryhmän toiminnasta ja käyttäytymisestä ja se sopii erinomaisesti vuorovaikutuksen tutkimiseen. Tutkittavat havainnot voivat kohdistua esimerkiksi tapahtumiin tai käyttäytymiseen ja sitä toteutetaan joko osallistuvana havainnointina tai ei-osallistuvana havainnointina. Saadakseen käsityksen siitä, mitä havainnot kertovat, on havainnoitsijalla oltava asiasta taustatiedot, joita havainto ei suoraan osoita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Osallistuva havainnointi on hyvä tapa saada tietoa yhteisön sosiaalisista ja kulttuurisista piirteistä. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija tekee havaintoja tutkimustaan ilmiöstä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Yhteisöön sisään pääseminen tai tutkijan kuuluminen tutkittavan yhteisöön on edellytys osallistuvan havainnoinnin käyttämiseen. (Vilkka 2021, 143, 145.)

Teemahaastatteluksi kutsutaan tutkimusmenetelmää, jossa poimitaan keskeiset tutkimusongelman aiheet tai teemat, joiden katsotaan olevan välttämättömiä käsitellä tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Teemahaastattelun tavoitteena on, että vastaaja voi antaa oman kuvauksensa kaikista käsiteltävistä teemoista ja se voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelun tavoitteena on keskustelun aikaansaaminen ja sen edistäminen esimerkiksi jakamalla puheenvuoroja. Tärkeä haastattelijan tehtävä on huolehtia, että haastateltava tai keskusteleva ryhmä pysyy asetetuissa teemoissa ja että kaikki pääsevät osallistumaan keskusteluun. (Vilkka 2021, 124, 126.)

Tuomi & Sarajärvi (2018, 93-94) kuvaavat havainnoinnin ja haastattelun yhdistämistä hyvinkin hedelmälliseksi. Heidän mukaansa haastattelu tuo voimakkaammin esille asiaan tai ilmiöön liittyvät normit kuin normiin liittyvän käyttäytymisen, mutta havainnointi voi huomioida tämän ristiriidan. Havainnoimalla voidaan lisäksi monipuolistaa tutkittavasta ilmiöstä haluttua tietoa.

Opinnäytetyön toteutuksen aikana kerättiin tietoa sekä havainnoimalla että keräämällä ryhmän osallistujilta palautetta ja kehitysehdotuksia suullisesti joka ryhmäkerralla. Havainnointi toteutettiin osallistuvana havainnointina ryhmänohjaajan toimesta. Lisäksi kahdella ryhmäkerralla havainnointiin osallistui myös toinen A-klinikka Oy:n työntekijä. Havainnoinnin tarkoituksena oli kerätä tietoa tutkimuskysymyksiin peilaten kiinnittäen huomiota sekä osallistujien sanalliseen että sanattomaan viestintään. Osallistuva havainnointi soveltui tutkimusmenetelmäksi mm. siitä syystä, että tutkijan voitiin katsoa kuuluvan yhteisöön A-klinikka Oy:n työntekijän roolissaan.

Havainnoinnin lisäksi jokaisen ryhmäkerran jälkeen osallistujilta kerättiin suullista palautetta, joka toteutettiin teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti. Palautetta kerättiin koskien naisten etäryhmää sekä kulloinkin käsiteltynä ollutta naisten etäryhmän mallin mukaista teemaa. Lisäksi osallistujilta kerättiin suullisesti kehitysehdotuksia koskien ryhmää ja pyydettiin ehdotuksia seuraavan ryhmäkerran teemaksi. Suullisen palautteen keräämiseen käytettiin aikaa jokaisen ryhmäkerran päätteeksi 5-10 minuuttia. Osallistujilta saatiin lisäksi spontaania palautetta ryhmäkertojen välissä muiden A-klinikka Oy:n työntekijöiden välityksellä.

9.3 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin hermeneuttista metodia käyttäen. Vilkan (2021, 179) mukaan hermeneutiikan ideana on, että kulttuurisen ja sosiaalisen todellisuuden katsotaan olevan merkitysten läpäisemään. Hermeneuttinen metodia käytetäänkin hänen mukaansa juuri merkitysten paljastamiseen ja se onkin varsin yleinen tutkimusote laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettavissa tutkimuksissa. Hermeneuttista metodia sovelletaan hänen mukaansa mm. palvelukonseptien, asiakasohjeiden tai markkinointisuunnitelmien käsitteellisten lähtökohtien työstämisessä. Hänen mukaansa se on myös tapa ymmärtää tutkimusperustaisissa kehittämishankkeissa käyttäjän kokemusta.

Hermeneuttista metodia kuvaa hyvin hermeneuttinen kehä, jolla kuvataan tutkijan ymmärtämisen tapaa. Ymmärtäminen lähtee aina joistakin tutkijan lähtökohdista ja tutkimuksen aikana hän palaa alituiseen takaisin lähtökohtaansa oivallusten ja ymmärryksensä laajentumisen myötä. Samanaikaisesti hän muodostaa uusia lähtökohtia, oivaltaa, ymmärtää ja palaa takaisin korjaamaan ja luomaan uusia lähtökohtia. Tämän myötä tutkijan on tarkoitus irtautua pikkuhiljaa niistä piirteistä ja ajatuksista, jotka koskevat häntä itseään ja tutkittavaa kohdetta. (Vilkka 2021, 179.)

Hermeneuttinen kehä on tutkimuksellista vuoropuhelua tutkijan ja tutkimusaineiston välillä. Vuoropuhelun tavoitteena on avoin asenne ja toisen toiseuden ymmärtäminen, ei aineiston suostuttelu omaan hyväksi ja itsestään selväksi nähtyyn käsitykseen. Tämän vuoropuhelun tuloksena syntyy tieto. (Vilkka 2021, 180.)

Hermeneuttisella metodilla muodostettu teoria muodostuu lähtöoletusten, tutkimisen tapahtumien ja jatkuvasta edellisen ymmärtämisen tason ylittämisestä. Lopuksi jää tulkinta, joka kuvaa mahdollisimman uskottavasti tutkittavaa kohdetta. Tulkinta saattaa saada hyvinkin käytännönläheisen muodon esimerkiksi palveluprosessina, tuotteena, asiakaskäytäntönä tai toimintatapana. (Vilkka 2021, 179-180.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin hermeneuttisten periaatteiden mukaisesti. Analysointia tehtiin koko opinnäytetyön toteutuksen ajan, jonka lisäksi aineisto analysoitiin kauttaaltaan vielä pilotoinnin jälkeen uudestaan. Jokaisen ryhmäkerran jälkeen tehdyt havainnot ja saatu palaute litteroitiin ja saatua aineistoa peilattiin alkuolettamuksiin. Tämän analysoinnin myötä olettamuksia ja ryhmän mallia ja toimintatapaa muokattiin seuraavaksi ryhmäkerraksi. Pilotoinnin jälkeen tehdyn analysoinnin myötä naisten etäryhmän malli ja toteutustapa arvioitiin vielä kertaalleen lopulliseen muotoonsa.

10 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö aloitettiin luomalla tutkimukseen osallistuneisiin yksiköihin suunnattu naisten etäryhmän malli kevään 2021 aikana. Malli luotiin perehtymällä päihderiippuvuutta, päihdepalveluja, sosiaalityön menetelmiä sekä naiserityisyyttä koskevaan lähdemateriaaliin. Mallin luomiseen sisältyivät:

- pilotointiin osallistuneiden A-klinikka Oy:n yksiköiden määrittely
- ryhmäkertojen keston ja määrän määrittely
- käytännön toteutuksen suunnittelu: ryhmäpäivä, ryhmäkerran kesto, osallistujien ohjautuminen ja ilmoittautuminen ryhmään
- ryhmäkertojen teemojen määrittely

Opinnäytetyön toteutus jatkui luodun mallin pilotoinnilla kesän 2021 aikana. Tuulaniemi (2011, Pilotointi) kuvaa pilotoinnin tavoitteena olevan mitattavien tuloksien kerääminen esimerkiksi havainnoimalla ja haastattelemalla asiakkaita. Hänen mukaansa tarkoituksena on, että tulosten avulla voidaan havaita, mikä palvelussa toimii ja mikä ei. Näiden perusteella voidaan hänen mukaansa tehdä palveluun ja esimerkiksi sen toteutustapoihin tarvittavat muutokset.

Sekä mallin luomisen aikaan että ennen pilotoinnin aloitusta tehtiin tiivistä yhteistyötä A-klinikka Oy:n kehittämispäällikön Pirjo Tuomisen sekä kehittämiskoordinaattori Hannu Sievänsen kanssa. Heiltä saatiin ohjausta mm. liittyen A-klinikka Oy:n ohjeistuksiin koskien digitaalisia palveluja ja niiden toteutustapoja. Ohjausta saatiin lisäksi kohderyhmän valintaan: A-klinikka Oy:llä aiemmat digitaaliset palvelut oli tarjottu avohoidossa lievistä ja keskivaikeista

riippuvuuksista kärsiville asiakkaille. Opinnäytetyö toimi samalla siis myös kokeiluna koskien digitaalisen palvelun toimivuutta vaikeasta riippuvuudesta kärsivien asiakkaiden hoidossa ja ohjauksessa.

10.1 Naisten etäryhmän malli

Naisten etäryhmä A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköissä määriteltiin homogeeniseksi: se on suunnattu ajankohtaisesti ko. palveluissa oleville naisasiakkaille. Osallistujia yhdistää riippuvuussairaus, siihen liittyvä toipumisprosessi sekä naissukupuoli. Ryhmän määriteltiin toimivan avoimena ryhmänä: ryhmään voivat osallistua kaikki halukkaat naisasiakkaat, jotka ovat ajantasaisesti ko. yksiköissä.

Esteiksi ryhmäkerralle osallistumiseen määriteltiin päihdemateriaaliin perustuen akuutti mielenterveysongelma (psykoottinen tila), kaiken energian vievät selvittämättömät asiat, haluttomuus käsitellä omia asioita, sosiaaliset pelot koskien ryhmätoimintaa tai aikaisemmat haavoittavat kokemukset ryhmätoiminnasta. Näiden katsottiin vaikeuttavat asiakkaan osallistumista siinä määrin, että osallistuminen ei olisi ollut tarpeenmukaista.

Naisten etäryhmän toteutuspäiväksi määräytyi keskiviikko pilotointiin osallistuneilta yksiköiltä tiedusteltujen mielipiteiden mukaisesti. Keskiviikkopäivä sopi jokaisen pilotointiin osallistuvan yksikön viikko-ohjelmaan, joka mahdollisti kaikkien yksiköiden mukaan lähtemisen mahdollisimman matalalla kynnyksellä: yksiköiden ei tarvinnut muokata vakiintunutta viikko-ohjelmaansa lisätäkseen Naisten etäryhmän siihen.

Kokoontumiskellonajaksi valikoitu klo 13, joka perustui myös osallistuneilta yksiköiltä kysyttyyn mielipiteeseen. Tämä kellonaika oli monissa yksiköissä henkilökunnan raporttiaika, jolloin yksikössä ei muuta ohjattua toimintaa ollut. A-klinikkayhteisö Tampere joutui hieman muokkaamaan päivärytmiään tämän kellonajan valikoitumisen vuoksi, mutta tämä ei yksiköltä saadun palautteen mukaan muodostunut ongelmaksi. Ryhmäkerran pituudeksi määriteltiin 1 tunti ryhmänohjausta koskevaan lähdemateriaaliin sekä ryhmänohjaajan resursseihin perustuen.

Ryhmäkerroille luotiin valmis pohja käsiteltävistä teemoista. Teemat pohjautuivat lähdemateriaaliin koskien naiserityisyyttä päihdekulttuurissa ja -palveluissa sekä motivoivan haastattelun periaatteita. Jokaiseen teemaan määriteltiin valmiiksi myös mahdollisia toteutustapoja. Teemat olivat minäkuva, tunteet, mielenterveys, kehollisuus, seksuaalisuus, ihmissuhteet, osallisuus ja tulevaisuus.

Kuvio 1: Naisten etäryhmän ryhmäkertojen teemat

Ryhmäkertojen määräksi pilotointiin valikoitua 8. Tämä perustui sekä käytettäviin ryhmänohjaajan resursseihin että tarpeeseen käydä kaikki luodut teemat läpi pilotoinnin aikana.

Naisten etäryhmän malliin määriteltiin, että ryhmän ohjaajana voi toimia A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksikössä työskentelevä sosiaaliohjaaja, ohjaaja tai sairaanhoitaja. Ohjauksen määriteltiin toteutuvan interpersoonallisena ryhmänohjauksena motivoivan haastattelun periaatteita noudattaen. Ohjaajan määrittelyssä otettiin myös huomioon se, että tarvittaessa ohjaajia voi olla ryhmäkerroilla kaksi. Tuolloin kuitenkin toinen ohjaajista on selkeässä ”veto-vastuussa”, jolloin ryhmän struktuurit pysyvät mahdollisimman hyvin kasassa.

Ryhmän ohjauksessa määriteltiin noudatettavaksi motivoivan haastattelun keskeisiä periaatteita:

- empatian ilmaiseminen,

- epäjohdonmukaisuuksien toteaminen,
- vastarinnan hyväksyminen,
- minäpysyvyyden tunteen tukeminen.

Lisäksi ryhmänohjaaja määriteltiin hyödyntävän motivoivan haastattelun avaintaitoja:

- muutospuhe,
- avoimet kysymykset,
- reflektoiva kuuntelu,
- yhteenvetojen tekeminen,
- palautteen antamine ryhmälle todellisesta toiminnasta.

Ryhmäkerroilla määriteltiin voitavan myös hyödyntää motivoivaan haastatteluun liittyviä työkaluja, kuten nelikenttää ja tulevaisuuskeskustelua.

Ryhmä määriteltiin toteutettavaksi Teams-yhteyden välityksellä. A-klinikka Oy:llä oli aiempaa kokemusta Teamsin kautta toteutetuista ryhmistä, joiden myötä kanava oli osoittautunut hyväksi vaihtoehdoksi tällaiseen toimintaa. A-klinikka Oy:llä on lisäksi olemassa hyvä ja selkeä ohjeistus ryhmien toteuttamiseksi Teams-yhteydellä, jonka vuoksi mallia luotaessa tällaisia ei tarvinnut enää erikseen luoda.

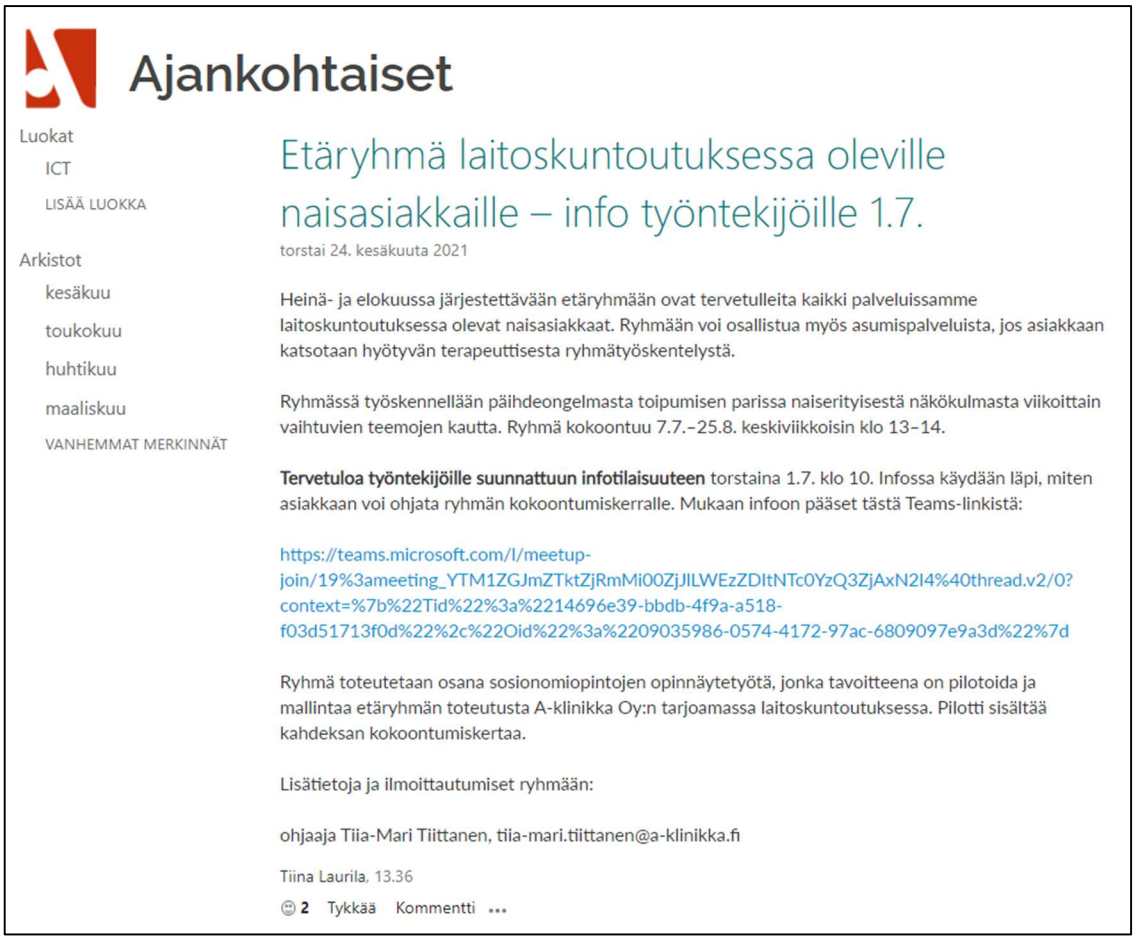
Ryhmään osallistumiseen tarvittavaksi päätelaiteeksi määriteltiin asiakkaan oma älylaite, kuten kännykkä, tabletti tai tietokone. Tämä perustui tietoturvallisuuskysymyksiin: asiakkaille ei voida luovuttaa yksiköiden tietoteknisiä laitteita, jotka saattavat sisältää salassa pidettävää tietoa joko yksiköitä tai asiakkaita koskien. Myöskään yksiköissä yhteistiloissa käytettävissä olevat asiakastietokoneet eivät sovellu hyödynnettäväksi ryhmässä, koska näiden kanssa ei pysty suojaamaan muiden ryhmään osallistujien tietoturvaa. Osallistumispaikaksi määriteltiin joko oma yhden hengen huone tai muu rauhallinen tila, jossa ei ole muita asiakkaita.

Asiakkaiden ohjautuminen ryhmään määriteltiin pääosin osallistuvien yksiköiden vastuualueeksi. Yksiköihin toimitettiin naisten etäryhmää koskevat mainosposterit (liite 1 ja Liite 2) jaettavaksi mahdollisille osallistujille sekä kiinnitettäväksi näkyville yksiköihin. Lisäksi yksiköihin toimitettiin kirjallinen ohjeistus henkilökunnalle koskien asiakkaiden ohjaamista ryhmään. Yksiköiden vastuulle osoitettiin myös ryhmään osallistuvien ilmoittautumisten kerääminen ja heidän tietojen välittäminen ryhmänohjaajalle.

10.2 Naisten etäryhmän tiedotus

Ennen pilotoinnin aloitusta oltiin yhteydessä A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköiden kanssa. Alkuun yhteydenpitoa toteutettiin sähköpostin välityksellä, jolloin kerrottiin alustavasti tulevasta pilotoinnista sekä kysyttiin yksiköiden mielipiteitä yllä mainituissa mallin luomiseen

liittyvissä seikoissa. Ennen varsinaista pilotointia yksiköille järjestettiin infotilaisuus Teams-yhteyden välityksellä, jossa käytiin läpi konkreettinen ryhmän tavoite ja tarkoitus sekä jaettiin yksiköille infomateriaalit ryhmää koskien.



Kuvio 2: Mainos infotilaisuudesta A-klinikka Oy:n intranetissä

Ennen infotilaisuutta kaikkiin A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköihin oltiin yhteydessä puhelimitse ja kerrottiin tulevasta infotilaisuudesta. Puhelimitse saatiin yhteyshenkilöiden sähköpostiosoitteet, joihin toimitettiin Teams-kutsu tilaisuutta koskien. Lisäksi infotilaisuutta mainostettiin A-klinikka Oy:n intranetissä.

Tässä kohtaa myös A-klinikka Oy:n asumispalveluyksiköt lisättiin opinnäytetyön toteutuksen kohteeksi. Näistä A-klinikkayhteisö Someroon oltiin yhteydessä puhelimitse ja toimitettiin infotilaisuuden kutsu yksikköön sähköpostitse. Intranetissä olleen ilmoituksen oletettiin tavoittavan myös muut organisaation asumispalveluyksiköt.

Infotilaisuuteen osallistui yhteensä 14 työntekijää ja palveluesimiestä eri A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköistä. Kaikista laitoskuntoutusyksiköistä oli paikalla yksi

tai useampia henkilöitä, lisäksi A-klinikkayhteisö Somerolta oli paikalla yksi osallistuja. Myös yhdestä organisaation vieroitushoitoyksiköstä oli yksi osallistuja paikalla.

Kuvio 3: Infotilaisuuden otsikko

Infotilaisuudessa käytiin läpi ryhmän tarpeen ja tavoitteen lisäksi ohjeistukset koskien asiakkaiden ohjaamista yksiköistä ryhmään. Osallistuneille henkilöille toimitettiin lisäksi kirjallinen ohjeistus ryhmään ohjaamista koskien sekä ryhmän mainokset jaettavaksi mahdollisille osallistujille yksikössä ja kiinnitettäväksi yksiköiden ilmoitustaululle sekä värillisen (Liite 1) että mustavalkoisena (Liite 2). Infotilaisuuden kesto oli noin 30 minuuttia.

Yksiköitä ohjeistettiin tarjoamaan etäryhmää matalalla kynnyksellä naisasiakkailleen esimerkiksi aamukokousten tai asiakkaan tulotilanteen yhteydessä. Yksiköitä pyydettiin sisällyttämään ryhmä lisäksi osaksi varsinaista viikko-ohjelmaansa. Yksiköitä ohjeistettiin ilmoittamaan kaikki halukkaat osallistujat ja heidän tarvittavat tietonsa ryhmänohjaajalle ryhmäpäivänä klo 10 mennessä. Myös ”mattimyöhäisistä” annettiin ohjeistus, kuinka asiakas pääsee mukaan ryhmään, vaikkei olisi ennen klo 10 siihen ilmoittautunut.

10.3 Naisten etäryhmän pilotointi

Naisten etäryhmän pilotointi toteutettiin aikavälillä 5.7.-25.8.2021. Teams-linkit toimitettiin osallistujille ohjaajan toimesta heidän henkilökohtaisiin sähköpostiosoitteisiinsa ennen jokaista ryhmäkertaa ohjaajalle tulleiden ilmoittautumisten perusteella. Osallistujat liittyivät Teams-kokoukseen omilla päätelaitteillaan (kännykkä, tabletti, tietokone) rauhallisesta, häiriöttömästä ja yksityisyyden turvaamasta paikasta.

Pilotoinnin aikana suoritettiin havainnointia sekä kerättiin osallistujilta suullista palautetta joka ryhmäkerran jälkeen. Näihin pohjautuen luotua etäryhmän mallia muokattiin tarpeen mukaan.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla luodusta mallista poikettiin siltä osin, että ensimmäiseksi teemaksi valikoitui minäkuvan sijaan tunteet. Tunteet päihdeproblematiikkaan liittyen oli teemana ohjaajalle entuudestaan hyvinkin tuttu, josta syystä tällä teemalla oli helpointa aloittaa. Näkökulmaksi ryhmäkerralla valikoitui tunnetaidot, joita käsiteltiin lyhyen teorian jälkeen vertaistuellisen keskustelun kautta koskien tunteiden tunnistamista. Ryhmän päätteeksi osallistujat saivat kotitehtäväksi pitää tunnepäiväkirjaa seuraavan viikon ajan.

Ryhmään tuli kuusi ilmoittautumista, paikalle näistä tuli kaksi osallistujaa: yksi A-klinikkayhteisö Salosta ja yksi A-klinikkayhteisö Somerolta. Ryhmässä tehdyt havainnot luetteloitu alla:

- Osallistujilla alkuun ”ujoutta” etäyhteyteen liittyen: pitkää pohdintaa osallistujien välillä, ”kehtaako” laittaa kameran päälle. Muutaman minuutin pohdinnan jälkeen molemmat osallistujat laittoivat kuitenkin kamerat päälle.
- Osallistujien vuorovaikutus sekä ohjaajan että toistensa kanssa luontevaa alusta lähtien.
- Osallistujat keskustelivat aiheesta mielellään ja vertaistuellista keskustelua teeman ympärillä tapahtui runsaasti.

Varsinaisen ryhmän jälkeen osallistujilta kerättiin myös haastatellen palautetta. Osallistujat toivat esille, että alkujännityksen jälkeen ryhmä tuntui kuin oltaisiin kaikki fyysisesti samassa tilassa. Digitaalisuuden mukana tuoma etäisyys siis hälveni alun jälkeen. Osallistujat kokivat tunteet erittäin tärkeänä ja itseään koskettavana teemana ja toivoivatkin, että samalla teemalla jatketaan seuraavalla ryhmäkerralla. Palautekeskustelussa osallistujat nostivat myös esille, että toivoisivat voivansa osallistua ryhmään myös kotiutumisen jälkeen. Ryhmän aikana ei ilmennyt teknisiä ongelmia.

Toisella ryhmäkerralla jatkettiin edellisellä ryhmäkerralla esitetyn toiveen mukaisesti teemalla tunteet. Ryhmässä käytiin alkuun läpi, miltä edellisen kerran kotitehtävän täyttäminen tuntui. Tehtävä sai positiivista palautetta: osallistuja kertoi tehtävän olleen mielekäs ja tuoneen mukana oivalluksia koskien omaa tunne-elämää. Ryhmäkerralla käyty läpi jälleen alkuun hieman teoriaa, jonka jälkeen keskustelu jatkunut osallistujan johdattamaan suuntaan koskien tunteita ja niiden käsittelyä päihderiippuvaisen naisen näkökulmasta. Ryhmäkerran päätteeksi osallistujalle annettu kotitehtäväksi ”STOP-harjoitus”, joka on omien negatiivisten tunteiden hallintaan liittyvä harjoitus.

Ryhmäkerralle tuli kolme ilmoittautumista, joista yksi osallistui ryhmään. Osallistuja A-klinikkayhteisö Somerolta, joka oli mukana myös edellisellä ryhmäkerralla. Ryhmäkerralla tehtyjä havaintoja:

- Asiakas toista kertaa mukana, enää ei ”ujoutta” koskien etäyhteyttä tai kameran päälle laittoa.
- Keskustelu oli sujuvaa ja aiheen ympärillä pysyvää, vaikka paikalla oli ainoastaan yksi osallistuja ja ohjaaja.

Ryhmäkerran lopussa käydyn haastattelun mukaan asiakas kokenut ryhmäkertojen aiheet tärkeiksi ja itseään tukeviksi. Digitaalinen toteutus ei asiakkaan mukaan ole alkujännityksen jälkeen häirinnyt millään tavoin. Ryhmänkerran aikana ei teknisiä ongelmia.

Kolmannen ryhmäkerran teemana oli minäkuva. Ryhmässä käyty läpi edellisen viikon kotitehtävä: osallistuja ei ollut saanut vietyä harjoitusta arkeensa yksikössä. Keskusteltu kuitenkin kotitehtävään pohjautuen negatiivisten tunteiden tunnistamisen tärkeydestä liittyen siihen, kuinka tunteiden vallassa saatetaan reagoida kohtuuttoman voimakkaasti. Käyty jälleen ryhmäkerralla alkuun läpi hieman teoriaa minäkuvaan liittyen naiserityisestä näkökulmasta, jonka jälkeen keskustelua aiheeseen liittyen. Ryhmäkerran lopussa osallistujalle annettiin jälleen kotitehtävä koskien omaa sisäistä puhetta ja sen kääntämistä positiiviseksi.

Ryhmäkerralle oli yksi ilmoittautunut, joka tuli ryhmään myös paikalle. Kyseessä sama osallistuja A-klinikkayhteisö Somerolta, joka ollut mukana aiemmillakin ryhmäkerroilla. Ryhmän aikana tehtyjä havaintoja:

- Asiakkaan osallistuminen keskusteluun erittäin luontevaa.
- Keskustelu pysynyt hyvin ryhmäkerran aiheessa.
- Suora lainaus osallistujan pohdinnoista minäkuvaan liittyen: ”Mä olen aina ollut äiti, vaimo tai päihdeongelmainen ja vasta näiden jälkeen nainen. Mihin se naiseus aina jää?”

Ryhmäkerran lopussa käydyssä haastattelussa osallistuja antanut positiivista palautetta itse ryhmästä sekä teemoista. Erityiskiitoksen osallistuja antanut nimenomaan naiseuden huomioimisesta. Ryhmäkerran alussa oli teknisiä ongelmia ohjaajan laitteiden kanssa: mikrofoni ei toiminut ja ohjaaja joutunut alussa poistumaan hakemaan toista laitetta.

Neljännellä ryhmäkerralla teemaksi valikoitui mallista poiketen häpeä. Tämä perustui siihen, että aikaisemmilla ryhmäkerroilla teema oli sivunnut osallistujan vapaassa keskustelussa toistuvasti. Myös naiserityisyyteen päihderiippuvuudessa liittyvä lähdemateriaali korosti häpeän suurta merkitystä päihderiippuvaisten naisten elämässä.

Ryhmä aloitettiin jälleen käymällä edellisen kerran kotitehtävä lyhyesti läpi, osallistuja kertoi kokeneensa tehtävän oivalluksia tuovana. Tämän jälkeen yyhmä alkoi ohjaajan lyhyellä alustuksella, jonka jälkeen osallistujat kävivät teemaan liittyvää vertaistuellista keskustelua ohjaajan ohjaamana. Ohjaaja käytti esimerkiksi ennalta valikoituja avoimia kysymyksiä keskustelun ohjauksessa. Mukana oli ryhmänohjaajan ja osallistujien lisäksi toinen naistyöntekijä A-klinikkayhteisö Salosta. Ryhmän lopuksi osallistujille annettiin kotitehtäväksi pohtia joka ilta yksi asia, josta on sinä päivänä itsestään ylpeä.

Ryhmäkerralle oli ilmoittautunut 3 asiakasta, jotka kaikki myös osallistuivat. Yksi osallistuja oli aiemminkin ryhmään osallistunut A-klinikkayhteisö Somerolta ja kaksi osallistujaa olivat ensikertalaisia Päihdesairaalasta. Ryhmäkerran aikana tehtyjä havaintoja:

- Ensikertalaisilla hieman ”ujoutta” kameran ja mikrofonin käytön kanssa. Tämä väistynyt kuitenkin nopeasti.
- Vertaistuellinen keskustelu ei lähtenyt kovin luontevasti alkuun, ohjaaja ohjannut kysymyksillä keskustelua alkuun runsaasti.
- Ryhmäkerran loppua kohden asiakkaat vapautuneet ja keskustelu sujuvampaa.
- Lainauksia osallistujien pohdinnoista ryhmässä:
    - ”Mun pitää olla yks kundeista. Muuten tunnen häpeää naisena olemisesta.”
    - ”Naisen ei kuulu olla päihdeongelmainen eikä nainen kuulu päihdeporukoihin. Mä oon kuitenkin päihdeongelmainen nainen, mihin mä sit oikeen kuulun?”
    - Kerrottaessa hyviä puolia itsestä: ”Mä oon hyvä äiti! Huomaakohan sitä kukaan muu?”

Ryhmä lopuksi osallistujat kertoivat kokeneensa keskustelun luontevaksi ja aiheen hyväksi. Osallistujat kertoneet myös ”naisten kesken” olon tuntuneen hyvältä ja turvalliselta ympäristöltä puhua avoimesti. Osallistujat toivoneet seuraavan ryhmäkerran aiheeksi itsetuntoa/ itsearvostusta. Osallistujat toivat jälleen esille, että toivoisivat mahdollisuutta osallistua ryhmään myös kotiutumisen jälkeen. Ryhmäkerralla ei teknisiä ongelmia.

Neljännen ja viidennen ryhmäkerran välillä ryhmänohjaajalle välitettiin seuraava palaute koskien naisten etäryhmää: ”Luvattu asiakkaalle, että toive naistenryhmän jatkumisesta viedään eteenpäin sen ohjaajalle. Kertoo ryhmän olleen erittäin hyvä ja tarpeellinen. Aiheet, rakenne ja toteutus olleet asiakkaan mieleen.”

Viides ryhmäkerta kaatui teknisiin ongelmiin. Ryhmäkerran ilmoittautumiset eivät olleet tulleet ohjaajalle läpi, joten ryhmäkerta peruttiin. Ryhmän alkamisajan jälkeen ohjaaja sai kuitenkin puhelut sekä A-klinikkayhteisö Somerolta että Päihdesairaalasta, joissa tiedusteltiin miksei ryhmän liittymislinkkiä ole tullut asiakkaille. Ilmoittautumiset tulivat läpi ohjaajalle lopulta vasta seuraavana aamuna, ilmoittautuneita olisi ollut seitsemän.

Ilmenneen ongelman myötä ilmoittautumisprosessia muokattiin siten, että ilmoittautumisten lisäksi ohjaaja toimitti kulloisenkin ryhmäkerran liittymislinkin ilmoittautuneiden lisäksi pilotointiin osallistuneiden yksiköiden sähköposteihin. Tällä pyrittiin varmistamaan, että mikäli asiakkaiden ilmoittautumiset eivät tule ohjaajalle läpi, voidaan liittymislinkki toimittaa suoraan yksiköstä asiakkaalle.

Vaikka viides ryhmäkerta oli peruuntunut teknisten ongelmien vuoksi, välitettiin ryhmänohjaajalle seuraava palaute viidennen ja kuudennen ryhmäkerran välissä: ”Asiakas sanoo tulleensa otetuksi huomioon paremmin kuin aikaisemmin ja on erittäin tyytyväinen naisten etäryhmään, johon toivoisi voivansa osallistua myös kotiuduttuaan. Ryhmän on tuonut kertomansa mukaan tärkeää vertaistukea ja antanut rohkeutta toipumiseen.”

Kuudennelle ryhmäkerran teemana oli itsetunto ja itsearvostus. Teema valikoitui neljännellä ryhmäkerralla annettujen toiveiden mukaan ja olisi ollut teemana jo viidennellä kerralla, mikäli tämä olisi toteutunut. Ryhmäkerran runko mukaili edellisten kertojen runkoa: alkuun lyhyt alustus, jonka jälkeen vertaistuellista keskustelua ohjaajan ohjaamana. Kotitehtävän läpikäymiselle ei ollut tarvetta, koska molemmat osallistujat olivat ensikertalaisia.

Ryhmäkerralle oli kaksi ilmoittautunutta, ensikertalaisia A-klinikkayhteisö Salosta. Molemmat myös osallistuivat ryhmään. Myös ryhmänohjaaja toimii työntekijänä A-klinikkayhteisö Salosta, joten kaikki olivat entuudestaan tuttuja keskenään. Havaintoja ryhmäkerralta:

- Keskustelu ryhmässä sujuvaa ja luontevaa.
- Osallistujat keskustelivat teemasta avoimemmin, kuin aiemmin perinteisissä yksikön ryhmissä.

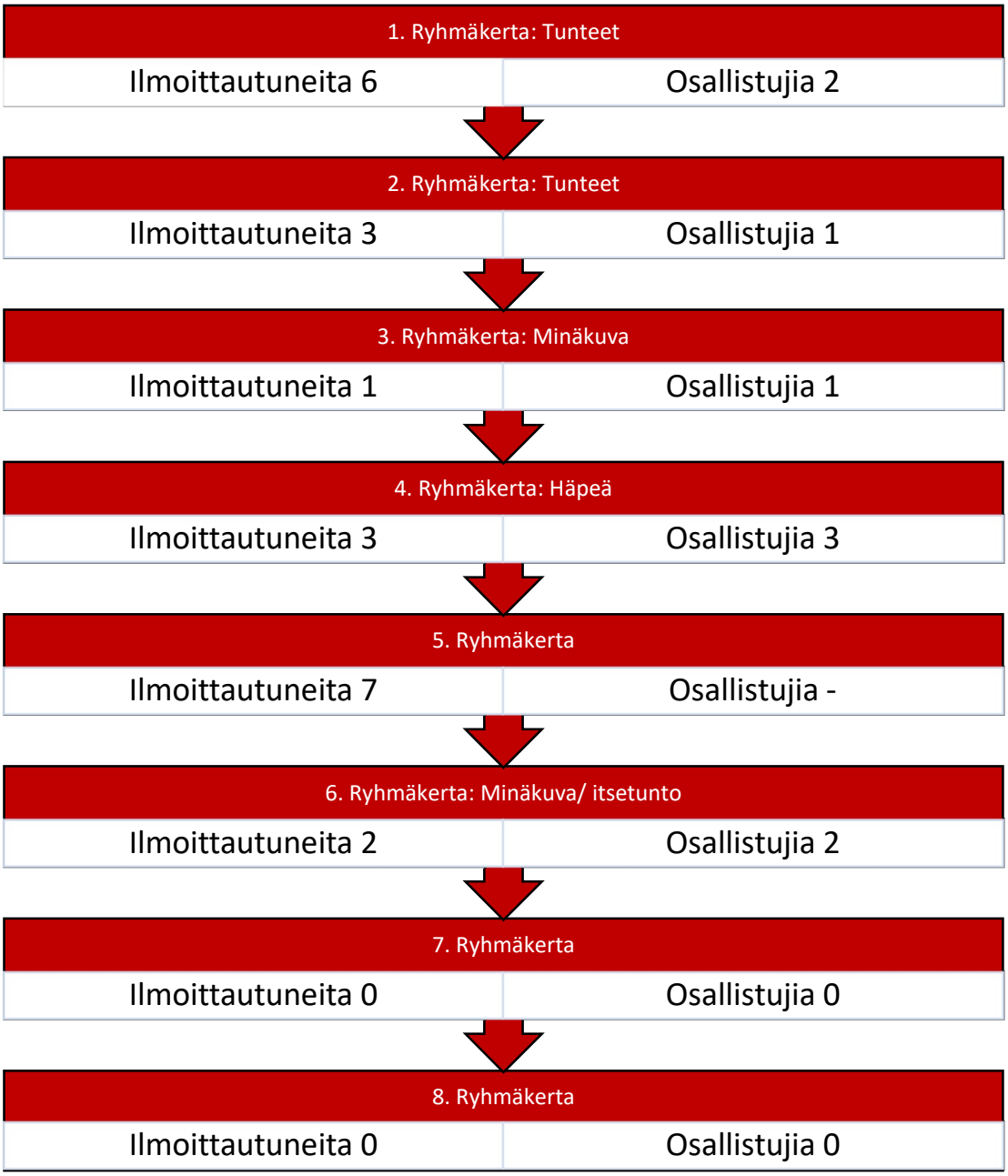
Palautehaastattelussa osallistujat tuoneet esille sitä, kuinka itsetunnosta ryhmän alussa käyty alustus lisäsi heidän ymmärrystään koskien itsetunnon rakentumista ja itsetunnon merkitystä omiin toimintamalleihin. Molemmat osallistujat tuoneet esille myös sitä, kuinka kokivat omien kokemusten ja keskustelun olleen ”helpompaa”, kun paikalla oli ainoastaan naisia.

Seitsemännelle ryhmäkerralle ei tullut lainkaan ilmoittautumisia eikä myöskään osallistujia. Ryhmäkerta peruuntui tästä syystä. A-klinikkayhteisö Salossa olivat paikalla molemmat naisasiakkaat, jotka olivat edellisellä ryhmäkerralla mukana, jonka lisäksi myös uusia naisasiakkaita oli tullut yksikköön. Asiakkaita ei kuitenkaan oltu henkilökunnan toimesta muistutettu ryhmästä, jota asiakkaat harmittelivat ohjaajalle myöhemmin. Molemmat viime ryhmäkerralla mukana olleet asiakkaat toivat esille, että olisivat ryhmään osallistuneet, jos olisivat sen muistaneet.

A-klinikka Oy:llä oli tässä vaiheessa voimakkaat koronarajoitukset voimassa laitoskuntoutusyksiköissä. Tästä syystä A-klinikkayhteisö Salossa ei pidetty aamuryhmiä, joissa kaikkien asiak-

kaiden ja henkilökunnan kesken käydään perinteisesti läpi päivän ohjelma. Mikäli aamuryhmä olisi pidetty, asiakkaita olisi tullut rutiininomaisesti muistutettua naisten etäryhmästä.

Ennen seitsemättä ryhmäkertaa ohjaaja soittanut Päihdesairaalaan ja tiedustellut, voisiko kyse olla jälleen teknisestä ongelmasta koskien ilmoittautumisia. Päihdesairaalasta annettu tieto, että naisten etäryhmään tiedusteltu halukkaita aamulla, mutta ketään ei ilmoittautunut. Kahdeksannelle ryhmäkerralle ei myöskään tullut lainkaan ilmoittautumisia tai osallistujia. A-klinikkayhteisö Salossa ei ollut paikalla lainkaan naisasiakkaita, muihin yksiköihin ei oltu yhteydessä.



Kuvio 4: Naisten etäryhmän ilmoittautuneet ja osallistuneet

11 Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

- Miten luotu naisten etäryhmän malli vastaa tarpeeseen koskien naiserityisyyden huomioimista A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköissä?
- Millaisin keinoin A-klinikka Oy:n laitoskuntoutus- ja asumispalveluyksiköiden naisasiakkaat saadaan osallistumaan digitaalisesti toteutettavaan ryhmään?

Tulokset käydään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

11.1 Naisten etäryhmä naiserityisyyden huomioimisen välineenä

Alkuolettamuksena oli, että naisten etäryhmää tarvitaan vastaamaan A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköiden tarpeisiin. Tämä perustui ajatukseen, että laitoskuntoutusyksiköiden asiakkaat ovat vastaanottavaisempia hoidolle ja ohjaukselle kuin asumispalveluyksiköiden asiakkaat. Ennen ryhmän pilotoinnin aloittamista opinnäytetyö laajennettiin kuitenkin koskemaan myös organisaation asumispalveluyksiköitä.

Tämä laajentaminen osoittautui hyväksi ratkaisuksi, sillä yhdestä asumispalveluyksiköstä saatiin osallistuja mukaan kolmelle ryhmäkerralle. Osallistuja osallistui ryhmään motivoituneesti ja vastaanottavaisesti ja koki antamansa palautteen perusteella ryhmästä olleen itselleen erityistä tukea. Asiakas osallistui myös vertaistuellisiin keskusteluihin aktiivisesti ja tasaveroisesti laitoskuntoutusyksiköiden asiakkaiden kanssa. Tästä voidaankin tehdä johtopäätös, että asumispalveluyksiköiden asiakkaat voivat hyötyä kyseisentyyppisestä työskentelystä laitoskuntoutusyksiköiden asiakkaiden tavoin.

Alkuolettamusten perusteella naisten etäryhmän malliin luotiin tietyt teemat, joiden katsottiin lähdemateriaalin perusteella olevan tärkeät naiserityistä päihdeohjausta toteutettaessa. Teemarunko mukautui kuitenkin heti toisesta ryhmäkerrasta lähtien osallistujilta saatujen palautteiden ja toiveiden perusteella. Ryhmän osallistujilta saatujen palautteiden, toiveiden ja tehtyjen havaintojen perusteella tärkeimmiksi teemoiksi muodostuivat tunteet, minäkuva ja itsetunto sekä häpeä.

Alkuolettamuksena oli lähdemateriaaliin perustuen, että jo ainoastaan naisten kesken oleminen luo sukupuolisensitiivisen ja sitä kautta turvallisuuden tunnetta lisäävän tilan. Tämä osoittautui tehtyjen havaintojen sekä saatujen palautteiden perusteella oikeaksi.

Tehtyjen havaintojen, ryhmäkertojen päätteeksi käytyjen keskusteluiden sekä ryhmäkertojen välissä saatujen palautteiden myötä voidaan todeta, että naisten etäryhmä vastasi hyvin naiserityisyyden huomioimisen tarpeeseen A-klinikka Oy:ssä. Jokaisella ryhmäkerralla keskustelussa päästiin jopa syvälliselle tasolle, jonka osallistujat kuvasivat olevan tulosta sekä naisten

kesken olemisesta että naiserityisistä teemoista. Ryhmäkertojen päätteeksi käytyjen keskustelujen sekä niiden välissä saatujen palautteiden mukaan osallistujat kokivat saaneensa ryhmästä ”jotain enemmän”, kuin perinteisestä A-klinikka Oy:n laitosyksiköissä saadusta päihdehoidosta ja -ohjauksesta.

Kahden ryhmäkerran päätteeksi käydyn keskustelun yhteydessä sekä yhdessä ryhmäkertojen välissä saadussa palautteessa esitettiin toive, että ryhmään voisi osallistua myös kotiutumisen jälkeen. Teknisesti tämä olisi mahdollista toteuttaa, mutta avohuollosta ryhmään osallistuminen vaatii kotikunnan ja A-klinikka Oy:n välisen sopimuksen avohuollon toteuttamisesta. Ryhmässä jatkaminen myös kotiutumisen jälkeen on siis mahdollista, mikäli A-klinikka Oy toteuttaa asiakkaalle avohuollon palveluja kotikunnassa.

Jokainen naisten etäryhmään osallistunut asiakas joko osallistui seuraavallekin ryhmäkerralle tai pyrki osallistumaan siihen. Tämän voidaan katsoa tarkoittavan sitä, että ryhmä koettiin itseä hyödyttäväksi. Myöskin useat toiveet koskien mahdollisuuksia jatkaa ryhmässä kotiutumisen jälkeen tukee tätä johtopäätöstä.

11.2 Digitaalisesti toteutettavan ryhmän toteutus

Alkuolettamus digitaaliseen toteutukseen liittyen oli, että asiakkaita saadaan heikosti osallistettua etäyhteydellä toteutettaviin ryhmiin. Olettamus perustui A-klinikka Oy:ssä aiemmin pilotoituihin erilaisiin etäryhmiin: ryhmiin on ollut vaikeaa saada osallistujia ja joitain pilotointeja on jouduttu aloittamaan kokonaan alusta tämän vuoksi. Alkuolettamuksena myös oli, että vaikeasta riippuvuudesta kärsivien asiakkaiden osallistuminen tällaiseen ryhmään tulee olemaan vielä heikompaa. Aiemmat etäryhmät on siis A-klinikka Oy:ssä suunnattu lievistä ja keskivaikeista riippuvuuksista kärsiville asiakkaille.

Aiemmin toteutetuissa etäryhmissä ongelmaksi on muodostunut etenkin se, että ryhmien olemassaolo herkästi unohdetaan yksiköissä. Mikäli asiakkaiden ohjautuminen ryhmiin on yksin yksiköiden vastuulla, näkyy tämä suoraan ryhmien osallistujamäärissä. Myös pilotoinnin aikana tästä saatiin konkreettinen esimerkki, kun A-klinikkayhteisö Salossa unohdettiin muistuttaa naisasiakkaita ryhmästä seitsemännen ryhmäkerran kohdalla. Toisaalta Päihdesairaalassa oli tuona kertana muistutettu asiakkaita, mutta siitä huolimatta ilmoittautuneita ei tullut. Osallistujien vähäinen määrä ei siis ole ainoastaan kiinni siitä, muistetaanko yksiköiden arjessa ryhmää markkinoida.

Ennen naisten etäryhmää pidetyllä infotilaisuudella voidaan katsoa olevan suuri merkitys siihen, että naisten etäryhmä lähti hyvin käyntiin vastoin alkuolettamusta. Aiemmin A-klinikka Oy:ssä järjestetyiden ja pilotoitujen etäryhmien kohdalla kyseisenlaisia infotilaisuuksia henkilöstölle ei ole pidetty. Tämän opinnäytetyön pohjalta voidaankin todeta, että infotilaisuudella oli vaikutus siihen, että asiakkaita osattiin ja muistettiin yksiköistä ryhmään ohjata.

Alkuolettamus koskien naisten etäryhmän toteutusta sisälsi huolen siitä, rajaako oman laitteen tarve ryhmään osallistumisen edellytyksissä asiakkaita ulos ryhmästä. Ryhmän toteutuksen aikana tällaista ongelmaa ei kuitenkaan noussut esiin. Kahdella ryhmäkerralla useampi samasta yksiköstä osallistunut asiakas oli yhteisellä laitteella mukana ryhmäkerralla.

Digitaalisen toteuttamistavan voidaan katsoa sopivan tämäntyyppisen ryhmätoiminnan käytännön toteutuksen muodoksi. Tätä tukevat sekä havainnot koskien keskustelussa pääsyä myös syvemmälle tasolle sekä osallistujien sitoutuneisuus ryhmään. Osallistujilta saatu palaute koskien digitaalista toteutusta myös tukee tätä johtopäätöstä.

Alkuolettamuksena ennen toteutusvaihetta oli, että teknisten ongelmien määrä toteutuksessa olisi vähäinen. Tämä perustui siihen, että etäryhmiä on A-klinikka Oy:ssä toteutettu kohtuullisen runsaasti, jonka myötä myös tekninen toteutus on hioutunut hyvälle mallille. Alkuolettamuksessa ei kuitenkaan osattu ottaa huomioon ilmoittautumistapaan mahdollisesti liittyviä heikkouksia. Ilmoittautumistapa oli tällaisenaan käytössä ensimmäistä kertaa etäryhmien toteutuksessa, joten riski olisi pitänyt huomioida alkuolettamuksissa.

Mallin mukainen ilmoittautumistapa todettiin toteutusvaiheessa riskialttiiksi ja sen rinnalle otettiinkin käyttöön ryhmään liittymislinkin toimittaminen myös osallistuneiden yksiköiden sähköpostiin. Tämä on luotettavampi tapa saada linkki perille halukkaille osallistujille ja sitä onkin hyvä hyödyntää jatkossa kyseisenlaisia ryhmiä toteutettaessa. Tämä toimintatapa tosin aiheuttaa yksiköihin lisätyötä koskien asiakkaiden ohjaamista ryhmiin, joka voi osaltaan hankaloittaa asiakkaiden ohjautumista.

Yhden ryhmäkerran peruuntuminen toteutusvaiheessa osoitti haurauden koskien uuden palvelun käynnistämistä. Tästä voidaankin todeta, että uutta palvelua käynnistettäessä riskienarviointi ennen käynnistämisvaihetta tulee olla erittäin perusteellinen, jotta alkuvaiheen ongelmilta vältytään. Pilotoinnin perusteella voidaan todeta, että alkuvaiheessa ilmennyt palvelun peruuntumiseen johtava ongelma voi pahimmillaan kaataa koko uuden palvelun.

12 Etiikka ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6-7) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ainoastaan, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Heidän mukaansa tällaisia ovat:

- Rehellisyyden sekä huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa.
- Eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttäminen sekä avoin ja vastuullinen viestintä tutkimuksen tuloksia julkaistaessa.

- Muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioon ottaminen viittaamalla heidän tutkimuksiinsa asianmukaisella tavalla.
- Tutkimuksen aineistojen tallentaminen tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.
- Tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen ja vaadittavien eettisten ennakkoarviointien tekeminen.
- Kaikkien tutkimushankkeen osapuolien oikeuksien, tekijyyttä koskevien periaatteiden, vastuiden ja velvollisuuksien sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevien kysymysten sopiminen yhdessä.
- Rahoituslähteiden ja muiden merkityksellisten sidonnaisuuksien ilmoittaminen kaikille tutkimukseen osallistuville ja niiden raportointi tutkimuksen tuloksia julkaistaessa.
- Tutkijan tulee pidättäytyä kaikista arviointi- ja päätöksentekotilanteista, mikäli on syytä epäillä hänen olevan esteellinen.
- Tutkimuksessa otetaan huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset.

Opinnäytetyössä toteutui eettisyys hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa noudatettiin rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden periaatteita. Myös tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat eettisesti kestäviä. Aikaisempaan tutkimukseen opinnäytetyön aiheisiin liittyen viitattiin asianmukaisella tavalla.

Tutkimuksellisessa osuudessa kerätyt aineistot tallennettiin ainoastaan tekijän nähtäville ilman osallistujien tunnistetietoja. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus ei vaatinut tutkimuslupaa eikä myöskään eettisiä ennakkoarviointeja. Tutkimushankkeessa oli osapuolina tekijän lisäksi A-klinikka Oy:n kehittämispäällikkö Pirjo Tuominen sekä kehittämiskoordinaattori Hannu Sievänen, joiden kanssa yhteistyössä sovittiin osapuolien vastuut ja velvollisuudet. Opinnäytetyön tulokset jäävät A-klinikka Oy:n käyttöön. Opinnäytetyössä ei ollut rahoituslähteitä tai muita sidonnaisuuksia.

Tämän opinnäytetyön eettisyyttä arvioitaessa tulee nostaa esille digitaaliseen toteutukseen mahdollisesti liittyvä tietosuojariski. Tämä nousee esille etenkin siitä näkökulmasta, että osallistujat tulivat useista yksiköistä, jolloin ryhmänohjaaja ei voinut kasvojen perusteella päätellä, kuka kukin on. Tämä olisi voinut luoda tietoturvariskin siten, että ryhmään olisikin osallistunut henkilö, joka ei todellisuudessa ole A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköiden palvelujen piirissä.

Tämä eettinen riski ehkäistiin ilmoittautumisjärjestelyjen avulla. Ilmoittautumiset kerättiin vasta ryhmäpäivänä, jolloin varmistuttiin siitä, että kaikki ilmoittautuneet ovat ajantasaisesti A-klinikka Oy:n palveluissa. Ilmoittautumisissa käytettiin hyväksi A-klinikka Oy:n asiakastietojärjestelmää, joka myös takasi asiakkaan palveluiden piirissä olemisen osoittamisen ryhmän-

ohjaajalle. Kesken pilotoinnin tehdyn ilmoittautumisjärjestelyn muutoksen katsottiin olevan myös eettisesti kestävä: kun liittymislinkki toimitetaan osallistuneiden yksiköiden sähköposteihin, voidaan luottaa yksiköiden arviointikykyyn siinä, kenelle he linkkiä välittävät.

Toinen tietosuojaan liittyvä näkökulma oli tila, jossa asiakkaat osallistuvat etäryhmään. Asiakkaita ohjeistettiin osallistumaan ryhmään rauhallisesta tilasta, jossa he ovat joko yksin tai toisen ryhmään osallistuvan kanssa. Tietoturva toteutui myös tästä näkökulmasta opinnäytetyön toteutuksen ajan hyvin, kukaan osallistujista ei kyseenalaistanut ohjeistusta tai liittynyt ryhmäkerralle muusta kuin ohjeistetusta ympäristöstä.

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkasteltaessa tulee nostaa esille myös ryhmään osallistumisen vaatimukset ja niiden mahdollinen vaikutus asiakkaiden osallistumismahdollisuus ryhmään. Käytännössä tällä tarkoitetaan laitevaatimuksia ja sitä näkökulmaa, että kaikilla vaikeasta päihderiippuvuudesta kärsivillä henkilöillä ei ole älylaitetta käytettävissä.

Tämä näkökulma huomioitiin ennen opinnäytetyötä toteutetussa infotilaisuudessa ja yksiköitä kehotettiin kannustamaan asiakkaita tällaisissa tilanteissa osallistumaan mahdollisuuksien mukaan toisen asiakkaan kanssa yhdessä tämän laitteelta. Näin tapahtuikin kahdella ryhmäkerralla, joten asian voidaan katsoa huomioiduiksi ainakin näissä yksiköissä sen vaatimalla tavalla.

Tuomen & Sarajärven (2018, 158, 163-164) mukaan tutkimuksessa tulee arvioida sen luotettavuutta mahdollisilta virheiltä välttymiseksi. Heidän mukaansa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa mitään yksiselitteistä ohjetta. Tutkimus arvioidaan heidän mukaansa aina kokonaisuutena, jolloin sen koherenssi painottuu, mutta he ovat listanneet kuitenkin kohtia, joita voidaan hyödyntää luotettavuuden arvioinnissa. He korostavat, että sen lisäksi että nämä yksittäisinä kohtina täyttyvät, tullee niiden täyttyä myös suhteessa toisiinsa. Tällaiset kohteet heidän mukaansa ovat:

- Tutkimuksen kohde ja tarkoitus
- Omat sitoumukset tutkijana tässä tutkimuksessa
- Aineiston keruu
- Tutkimuksen tiedonantajat
- Tutkija-tiedonantaja-suhde
- Tutkimuksen kesto
- Aineiston analyysi
- Tutkimuksen luotettavuus
- Tutkimuksen raportointi

Opinnäytetyön valmisteluvaiheessa sen tarkoitus ja kohde kirkastettiin: opinnäytetyön tarkoitukseksi määriteltiin kartoittaa naisten etäryhmän mahdollisuus vastata tarpeeseen kehittää

naiserityistä päihdeohjausta A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköissä, jolloin tutkimuksenkohteena toimi naisten etäryhmän malli. Opinnäytetyön tutkija oli tutkimukseen ja aiheeseen sitoutunut ja koki tehtävän tutkimuksen tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Tutkijalla oli ennakko-olettamuksia ennen tutkimuksen aloittamista, mutta kykeni joustamaan näistä ja muuttamaan olettamuksiaan tutkimuksen edetessä.

Aineiston keruu toteutettiin luotettavasti. Osallistuva havainnointi ei kuitenkaan koskaan ole aukotonta, joka tulee ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Esimerkiksi toisen ainoastaan havainnointia tehneen tutkijan lisäys prosessiin olisi lisännyt havainnoinnin luotettavuutta. Ryhmäkertojen lopussa käydyt lyhyet palautehaastattelut dokumentoitiin ajantasaisesti kirjallisena. Myös havainnointia dokumentoitiin joka ryhmäkerran aikana ajantasaisesti kirjaamalla huomioita ylös. Ryhmäkertojen välillä saadut havaintoja tukevat palautteet lisäävät aineiston luotettavuutta.

Tutkimuksen tiedonantajien vähäinen määrä vaikuttaa osaltaan myös tutkimuksen luotettavuuteen. Erillisten tiedonantajien määrä jäi tutkimuksessa kuuteen henkilöön, joka on suhteellisen pieni otanta verrattuna kaikkiin A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköissä yhteensä ajantasaisesti paikalla oleviin naisasiakkaisiin. Toisaalta jo kuudeltakin henkilöltä voidaan suhteellisen luotettavasti uskoa saatavan hajontaa vastauksiin ja havaintoihin.

Tutkijan ja tiedonantajien suhde vaihteli tutkimuksen aikana. Osa tutkimuksen tiedonantajista olivat entuudestaan tuntemattomia tutkijan kanssa, joka saattaa aiheuttaa asioiden kaunistelua palautetta pyydettäessä tai vaikeuttaa negatiivisen palautteen antamista. Toisaalta osa tiedonantajista oli tutkijalle entuudestaan tuttuja ja myös yhden tiedonantajan kanssa tutkijalla voidaan katsoa muodostuneen suhteellisen luottamuksellinen suhde, jossa on oletettavaa antaa rehellistä palautetta suoraan.

Myös tässä seikassa ryhmäkertojen välissä saadut palautteet sekä ryhmäkerroilla tehdyt havainnot tukevat sitä, että suullisesti ryhmäkertojen päätteeksi annettu palaute oli rehellisesti positiivista. Tutkimuksesta olisi saatu vielä luottavampi keräämällä tiedonantajilta anonyymiä palautetta niiden ryhmäkertojen jälkeen, jolloin ryhmässä oli useampia osallistujia.

Tutkimuksen kesto oli sopiva suhteessa tutkittavaan kohteeseen. Pidemmällä tutkimuksella olisi saatu kokonaisvaltaisemmin tietoa naisten etäryhmän mallin mukaisiin teemoihin liittyen, mutta tällä kestolla saatiin jo hyvää näkemystä tärkeimmistä teemoista. Kesto antoi myös luotettavaa tietoa luodun mallin mahdollisista ”sudenkuopista ja kompastuskivistä”.

Tutkimusaineisto on koottu, analysoitu ja raportoitu asianmukaisesti, joka tukee tutkimuksen luotettavuutta. Kaiken kaikkiaan tutkimus ja sen tulokset voidaan arvioida luotettavaksi, vaikka kehittämiskohteita luotettavuuden lisäämisessä olikin. Luotettavuutta arvioitaessa voidaan ottaa huomioon myös se, kuinka saatu tutkimustulos tukee aikaisempaa tutkimusta

koskien esimerkiksi naiserityisyyttä päihdeohjauksessa sekä digitaalisesti toteutettavia palveluja.

13 Pohdinta

Olen työskennellyt A-klinikka Oy:llä vuodesta 2013 lähtien ohjaajana, josta A-klinikkayhteisö Salossa aikuisikäisten vaikeasti marginalisoituneiden päihdeasiakkaiden parissa vuodesta 2017 lähtien. Keväästä 2020 lähtien toimenkuvani on ollut joko täysin tai osittaisesti sosiaaliohjaajan toimenkuva. Itse päihderiippuvuus, sen hoito ja ryhmänohjaus ovat siis olleet itselleni jo entuudestaan kovinkin tuttuja aiheita. Osaamiseni näitä kaikkia osa-alueita koskien kuitenkin syveni opinnäytetyöprosessin aikana ja opin esimerkiksi tarkastelemaan niistä tuotettua tietoa hieman eri näkökulmasta: tarkastelukulma kääntyi hieman työntekijän näkökulmasta tutkijan näkökulmaan.

Opinnäytetyön aiheen valinta oli itselleni helppo prosessi. Naiserityinen näkökulma koskien marginalisoituneita ihmisryhmiä sosiaalialan asiakkaita on kiinnostanut itseäni jo pitkään. Olinkin erittäin tyytyväinen, kun A-klinikka Oy tarjosi itselleni suhteellisen vapaat kädet opinnäytetyön aiheen valintaan, jolloin tämän valitseminen mahdollistui itselleni.

Naiserityisyyden huomioimisesta sosiaalialalla on ollut viime vuosina paljon julkisessa keskustelussa. Aiheen äärellä on myös tehty viime vuosina runsaasti tutkimusta, joka oli itselleni eduksi opinnäytetyöprosessissa. Minun ei tarvinnut siis lähteä opinnäytetyössäni tuottamaan suoraa tietoa naiserityisyyden huomioimisen tarpeesta, vaan pääsin suoraan kehittämään sen soveltamista käytäntöön.

Osaamiseni koskien naiserityisyyttä päihdeproblematiikassa ja päihdehuollon palveluissa syveni luonnollisesti oleellisesti opinnäytetyön tekemisen aikana. Koko opinnäytetyöprosessissa suurin oivallukseni kuitenkin oli, kuinka vaivatonta naiserityisen näkökulman tuominen mukaan päihdepalveluihin voi olla. Se ei välttämättä vaadi kymmenien tai jopa satojen tuntien perehtymistä naiserityisyydestä marginaalisissa ihmisryhmistä tehtyyn tutkimukseen, vaan se voidaan täyttää jo puhumalla naisena toiselle naiselle. Se voi olla keskustelua omasta kehosta ja suhteesta siihen, läheissuhteista tai vaikkapa äitiydestä. Ydinfysiikkaa se ei kuitenkaan ole. Toivonkin, että myös muut sosiaalialan työntekijät voisivat tämän oivalluksen kokea. Näin kykenisimme ottamaan ensimmäisen askeleen kohti lähtökohtien tasoittamista, joita sukupuolien välillä palvelujärjestelmässämme on.

Koen olevani kehittämismyönteinen, samoin kuin koko työryhmämme A-klinikkayhteisö Salossa. Käytävillä usein kaikuukin lause ”Jos mikään ei muutu, niin mikään ei muutu”. Maailmaa muuttuu ja kehittyy koko ajan, samoin päihdekenttä ja siihen sisältyvät alakulttuurit. Loogista siis on, että myös päihdepalvelujen tulee elää jatkuvassa muutoksessa ja kehityksessä,

jotta se kykenee vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Kehittämislähtökohta oli siis itselleni erittäin luonnollinen opinnäytetyön toteutustapa.

Tutkimuksellinen näkökulma opinnäytetyöprosessissa aiheutti enemmän pään vaivaa ja ehkä jopa muutaman harmaan hiuksen. Osaamiseni lähtötaso koskien tutkimuksellista työskentelyä oli kovin alhainen, josta esimerkkinä toiminee se, että jo tutkimuskysymysten asettaminen oli itselleni erittäin hankalaa. Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen kirkastuttua tästä tuli kuitenkin helpompaa: tiesin mitä ja teen miksi teen, joten sitten vain suoraan asiaan.

Tutkimuksellisen työskentelyn osaaminen kasvoi itselläni erittäin paljon opinnäytetyöprosessin aikana. Opin, että tutkimustyö ei olekaan niin vaikeaa, miltä uuteen termiviidakkoon sukeltaessaan saattaa kuvitella. Huomasin, että jo arkipäiväinen elämä usein sisältää ”mikrotutkimuksia”: teen jotain joka epäonnistuu - näen syy-seuraus-suhteen lopputuloksen takana - teen johtopäätöksen ja muokkaan toimintatapaani sen mukaisesti – teen uudestaan ja onnistun. Kyse voi olla esimerkiksi Pasta Carbonaran valmistuksesta ja liian monen kananmunan käytöstä, mutta itse prosessin vaiheet ovat opinnäytetyöni prosessiin nähden suhteellisen samat.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasin myös oman kirjoittamiseni ja raportointitaitojeni kehittyneen huomattavasti. Kirjoitin suurimman osan lähdemateriaalisisällöstä keväällä 2021 ja kun palasin sisällön äärelle syksyllä 2021, voisin sanoa kauhistuneeni. Toistinkin lähdemateriaalin kirjoitusprosessin syksyn 2021 aikana miltei kokonaan, joskin työ oli syksyllä helpompaa, kun lähteet ja viittaukset löytyivät jo tekstistä. Mielenkiintoista tässä on, kuinka paljon ihmisen osaaminen voi vain muutaman kuukauden aikana lisääntyä ja syvetä muiden tutkimuksiin perehtyen ja lyhyempiä esseitä kirjoittaen.

Naisten etäryhmän mallin luominen oli itselleni mielekästä. Lähdemateriaalia oli runsaasti käytettävissä ja teemat ryhmärunkoon muodostuivat suhteellisen vaivattomasti. Koska itselläni on jo useamman vuoden ajalta kokemusta ryhmänohjauksesta, osasin myös mielestäni perehtyä ”oikeanlaiseen” lähdemateriaaliin mallia luodessani. Osasin esimerkiksi heti poimia motivoivan haastattelun periaatteet malliin mukaan.

Ennen pilotointivaihetta itselläni oli vaikeuksia saada pilotointiin osallistuneista yksiköistä vastauksia tai mielipiteitä sähköpostitse. Muutinkin tämän vuoksi lähestymistapaani ennen infotilaisuutta ja olin suoraan puhelimitse yhteydessä kaikkiin yksiköihin. Tämä toimintamallin muutos selkeästi toimi, koska infotilaisuuteen osallistuikin ihmisiä joka yksiköstä ja osasta jopa useampia.

Infotilaisuus koskien naisten etäryhmää ja tulevaa pilotointia oli itselleni mielekäs kokemus. Osallistujat olivat aktiivisia ja sain positiivista palautetta esityksestäni. Naisten etäryhmän on tarkoitus jatkua myös tulevaisuudessa ja tarkoituksenani olisikin esitellä opinnäytetyöni ja

uudet naisten etäryhmää koskevat infot samankaltaisessa tilaisuudessa. Tilaisuuden toteutukseen valmistautuminen on mukavaa, kun kokemus edellisestä tilaisuudesta ja sen merkityksestä koskien etäryhmän toteutumista oli niin positiivinen.

Opinnäytetyön pilotointivaihe ei edennyt täysin suunnitelmien mukaan. Opin pilotoinnin aikana paljon mm. sen merkityksestä, kuinka tärkeää tällaisessa toteutuksessa on varmistaa tekniikan toimivuus. Luotin liian sinisilmäisesti ilmoittautumiskanavaan, joten en ollut osannut sille suunnitella jo valmiiksi varasuunnitelmaa. Jatkossa ymmärrän riskien arvioinnin ja varasuunnitelmien merkityksen huomattavasti paremmin tilanteessa, jossa toiminnan toteutuminen on täysin tekniikan varassa.

Myöskään siltä osin pilotointivaihe ei edennyt suunnitelmien mukaan, että ryhmä muuttui ryhmästä pienryhmäksi. Tämä oli kyllä alkuolettamus, mutta oma optimistisuuteni uskoi kuitenkin ryhmän ”nousevan siivilleen” ensimmäisten ryhmäkertojen jälkeen. Näin todennäköisesti olisi tapahtunutkin ilman yllä mainittua teknistä ongelmaa, koska ilmoittautuneiden määrä oli juuri tälle ryhmäkerralle kasvanut seitsemään ilmoittautuneeseen.

Itselleni positiivisena yllätyksenä tuli, kuinka hyvin asiakkaat kuitenkin ottivat vastaan digitaalisen toteutustavan. Niin kuin lähdemateriaaleissa todettiinkin, sosiaalialalla herkästi ”karsastetaan” digitaalisia toteutuksia, koska kyseessä on vuorovaikutuksen kautta tehtävää työtä. Useampi kertoja ryhmässä olleen asiakkaan kanssa saimme mielestäni luotua aivan samalla tavoin luottamuksellisen suhteen, kuin jos vuorovaikutus olisi toteutunut fyysisesti kasvotusten. Tämä rohkaisee itseäni hyödyntämään digitaalisuutta työssäni myös jatkossa.

Pilotointivaiheessa huomasin myös, kuinka hauras uusi palvelu voi alkuun olla. Yhden vastoinkäymisen jälkeen naisten etäryhmään ei tullut ilmoittautumisia kuin A-klinikkayhteisö Salosta, jossa itse työskentelin ja markkinoin ryhmää. Tämän vuoksi näenkin erittäin tärkeänä, että uutta palvelua luotaessa ja aloitettaessa suuremmilta vastoinkäymisiltä tulee välttyä. Mikäli naisten etäryhmä olisi ollut jo vakiintunut palvelu en usko, että yhden ryhmäkerran yllättävä peruuntuminen olisi koko palvelua näin kaatanut.

Mielekkäintä etäryhmän pilotoinnissa ja sen ohjaamisessa oli ryhmän osallistujilta saama vastaanotto. Vaikka useissa lähdemateriaaleissa oli esitetty naiserityisen näkökulman tarve päihdepalveluissa, yllätti se minut silti. Olin positiivisesti yllättynyt myös siitä, kuinka asiakkaat ryhmäkertojen välissäkin olivat omien yksiköidensä työntekijöille antaneet positiivista palautetta ryhmästä. Tämä kannustaa jatkamaan työskentelyä ja kehittämistä ryhmän parissa.

Opinnäytetyön tulokset eivät yllättäneet itseäni: en olisi naisten etäryhmää lähtenyt kehittämään, jos en olisi uskonut siihen ja sen tarpeeseen. On kuitenkin mukavaa saada konkreettista, käsinkosketeltavaa tukea omille olettamuksilleen.

A-klinikka Oy on näyttänyt vihreää valoa naisten etäryhmällä jatkuvana, vakiintuneena palveluna. Opinnäytetyön pilotointivaiheessa huomattuihin haavoittuvuuksiin ja toimintamalleihin luodussa naisten etäryhmän mallissa on tehty muutoksia ja ryhmä tulee jatkumaan näiden muutosten saattelemana. Naisten etäryhmä ja sen malli tulevat varmasti myös jatkossa kehittymään käytännön toteutuksessa nousevien seikkojen myötä.

Jatkotutkimuskohteena aiheeseen liittyen olisikin selvittää, kuinka naisten etäryhmään tehdyt muutokset vaikuttavat ryhmään ja sen toimivuuteen. Jatkotutkimusta olisi hyvä tehdä myös keräämällä osallistujilta anonyymiä palautetta ryhmästä. Yksi erittäin tärkeä jatkotutkimuskohde olisi lisäksi mahdollinen työmäärän lisääntyminen laitoskuntoutusyksiköissä naisten etäryhmän jatkuessa: mikäli ryhmään osallistuville asiakkaille liittymislinkin toimittaminen ja ryhmään osallistumisen kirjaaminen siirtyvät yksiköiden vastuulle, kuinka paljon tämä lisää heidän työtään ko. ryhmään liittyen sekä kuinka tämä vaikuttaa yksiköiden halukkuuteen ja innokkuuteen markkinoida ryhmää naisasiakkailleen.

Lähteet

Painetut

Ekqvist, E. & Kuusisto, K. 2019. Laitospäihdehoidon asiakkaiden hyvinvoinnin muutos kuntoutuksen aikana. Teoksessa Pehkonen, A., Kekoni, T. & Kuusisto, K. (toim.). Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 289-314.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2019. Mieli ja terveys. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita

Inkinen, M., Hokmberg, J., Partanen, A., Kylmänen, P. & Saarinen, T. 2015. Päihdehoitotyö toimintana. Teoksessa Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. Päihdehoito-työ. Helsinki: Sanoma Pro, 217-356.

Karttunen, T. 2013. Naiserityisen työotteen elementeistä päihdehoidossa. Teoksessa Virokangas, E. & Väyrynen, S. (toim.). Helsinki: Unipress, 220-246.

Kurki, M. 2015. Päihdehoitotyö. Teoksessa Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. Päihdehoito-työ. Helsinki: Sanoma Pro, 15-38.

Näkki, P. 2015 Motivoiva haastattelu ryhmäkuntoutuksessa. Teoksessa Näkki, P. & Sayed, T. (toim.). Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita, 81-104.

Näkki, P. & Sayed, T. 2015. Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro

Partanen, A. & Kurki, M. 2015. Päihdehoitotyön ulottuvuudet ja toimintaympäristöt. Teoksessa Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, 192-216.

Pehkonen, A., Kekoni, T., & Kuusisto, K. 2019. On aika puhua päihdeongelmaisten asiakkaiden oikeudesta päihdehuoltoon. Teoksessa Pehkonen, A., Kekoni, T. & Kuusisto, K. (toim.). Oikeus päihdehuoltoon. Tampere: Vastapaino, 7-20.

Raunio, K. 2009. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus

Saari, J. 2020. Samassa veneessä. Jyväskylä: Docendo

Salo-Chydenius, S., Holmberg, J. & Partanen, A. 2015. Riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, 105-130.

Sayed, T. 2015. Ohjaus keskusteluun perustuvana menetelmänä. Teoksessa Näkki, P. & Sayed, T. (toim.). Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita, 8-24.

Tainio, H. & Jauhiainen, T. 2016. Päihteet sosiaalisen kuntoutuksen haasteena. Teoksessa Helminen, J. (toim.). Sosiaaliohjaus – lähtökohtia ja käytäntöjä. Helsinki: Edita, 144-161.

Tanskanen, S. 2015. Toiminnallisuus ryhmämuotoisessa asiakastyössä. Teoksessa Näkki, P. & Sayed, T. (toim.). Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita, 105-126.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Ps-kustannus

Sähköiset

A-klinikka Oy 2021a. A-klinikka Oy. Viitattu 6.4.2021. https://www.a-klinikka.fi/tietoa-meista/a-klinikka-oy

A-klinikka Oy 2021b. A-klinikkayhteisö Kouvola. Viitattu 6.4.2021. https://www.a-klinikka.fi/toimipisteet/kouvola/a-klinikkayhteiso-kouvola

A-klinikka Oy 2021c. A-klinikkayhteisö Salo. Viitattu 6.4.2021. https://www.a-klinikka.fi/toimipisteet/salo/a-klinikkayhteiso-salo

A-klinikka Oy 2021d. Tietoa meistä. Viitattu 27.5.2021. https://www.a-klinikka.fi/tietoa-meista

A-klinikka Oy 2021e. A-klinikkayhteisö Somero. Viitattu 28.11.2021. https://www.a-klinikka.fi/toimipisteet/salo/a-klinikkayhteiso-somero

Goldking, L., Wolf, L. & Freddolino, P.P. 2019. Digital social work: Tools for practice with individuals, organizations adn communities. E-kirja. New York: Oxford

Granholm, C. 2016. Social work in digital transfer – blending services for the next generation. Mathilda Wrede insitute reasearch raports 2016:1. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 25.5.2021. https://www.fskompetenscentret.fi/Site/Data/2067/Files/C_Granholm_DR_avhd_2016_PDF_version.pdf

Karttunen, T. 2019. Naiserityistä päihdehoitoa: etnografinen tutkimus päihdehoitolaitoksen naistenyhteisössä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 7.4.2021. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/65481/978-951-39-7839-6_vaitos28092019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karttunen, T. 2020. Naiset tarvitsevat kokonaisvaltaista päihdehoitoa. Janus vol. 28 (1), 77-84. Viitattu 7.4.2021. https://journal.fi/janus/article/view/85766/49870

Karttunen, T. 2021. Nainen ei ole kuin mies päihdehoidossakaan. A-klinikkasäätiö. Viitattu 26.11.2021. https://a-klinikkasaatio.fi/ajankohtaista/nainen-ei-ole-kuin-mies-paihdehoidossakaan

Kotovirta, E., Markkula, J., Pajula, M., Paavola, M., Honkanen, R. & Tuominen, I. 2021. Päihde- ja riippuvuusstrategia: Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163002/STM_2021_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuronen, M., Virokannas, E. & Salovaara, U. 2021. Women, vulnerabilities and welfare service systems. E-kirja. Milton Park: Routledge

Malmström, T., Leskelä, R-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A. & Salmisaari, T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2018:7. Viitattu 8.5.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160569/7-2018-Kuntoutusjarjestelman%20kokonaisuudistus.pdf

Muhonen, A. 2020. Verkkovuorovaikutus: miten välittyvät empatia ja myötätunto verkossa? Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. Viitattu 24.5.2021. https://ehyt.fi/uutishuone/blogit/verkkovuorovaikutus-miten-valittyvat-empatia-ja-myotatunto-verkossa/

Oksanen, J. 2007. Terapeuttinen allianssi sosiaaliterapeutin työn näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampere. Viitattu 6.4.2021. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/94243/gradu01587.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Onnismaa, J. 2014. R. Vance Peavyn sosiodynaaminen ohjaus. Aikuiskasvatus 2014:4, 296-300. Viitattu 21.5.2021. https://journal.fi/aikuiskasvatus/article/view/94111/52789

Päihdehuoltolaki 41/1986. Viitattu 7.5.2021.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041

Rakkolainen, M. 2017. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.5.2021. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101802/978-952-03-0504-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rantakari, M. 2020. Naiserityisyys päihdehuollon suunnitelmissa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 9.5.2021.
https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/119134/RantakariMilla.pdf?sequence=2

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.6.2021.
https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_4.html

Salovaara, U. 2019. Päihteet ja naiserityisyys. Haaste 2019:4, 24-25. Viitattu 25.5.2021.
https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/73408/1/Haaste4-19_s24-25.pdf

Sievänen, H. 2021. Artikkeli: Digitalisaatio voi tuoda potilaan lähemmäs. A-klinikka Oy. Viitattu 6.4.2021. https://www.hoitoaverkossa.fi/alkoholi-ja-terveys/asiantuntijoidemme-artikkelit/artikkeli-digitalisaatio-voi-tuoda-potilaan

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Viitattu 16.5.2021.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05_17_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.5.2020.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitysraportti kuntien sote-tuottajaroolista. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:4. Viitattu 7.5.2021.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162097/STM_2020_4_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Päihdepalvelut. Viitattu 7.4.2021.
https://stm.fi/paihdepalvelut

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 10.11.2021. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P24

Suomen perustuslaki 731/1999. Viitattu 7.5.2021. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731

Tampereen yliopisto 2021. Päihdeongelmaiset naiset kärsivät tietämyksensä vähättelystä. Viitattu 7.4.2021. https://www.tuni.fi/fi/ajankohtaista/paihdeongelmaiset-naiset-karsivat-tietamyksensa-vahattelysta

Tuominen, T. 2020. Aikuissosiaalityön osallistavan ryhmätoiminnan koettu vaikuttavuus. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen laitos. Viitattu 6.5.2021. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23092/urn_nbn_fi_uef-20200893.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 25.11.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. E-kirja. Helsinki: Alma talent

Valtioneuvosto 2019. Hallituksen toimintatoimintasuunnitelma: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:27. Helsinki: Valtioneuvosto. Viitattu 7.5.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161823/Hallituksen_toimintasuunnitelma.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Väyrynen, S. 2007. Usvametsän neidot: Tutkimus nuorten naisten elämästä huumekuvioissa. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Viitattu 25.5.2021. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62366/V%c3%a4yrynen_Sanna_ActaE_197pdfA.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Ylönen, H. 2019. Kokemusasiantuntijat ja vertaistuki– korvaamaton apu päihdekuntoutujille. Kuntoutus 42:4, 57-60. Viitattu 16.5.2021. https://journal.fi/kuntoutus/article/view/91979/50742

Kuviot

Kuvio 1: Naisten etäryhmän ryhmäkertojen teemat 55
Kuvio 2: Mainos infotilaisuudesta A-klinikka Oy:n intranetissä 57
Kuvio 3: Infotilaisuuden otsikko 58
Kuvio 4: Naisten etäryhmän ilmoittautuneet ja osallistuneet 63

Liitteet

Liite 1: Naisten etäryhmän mainos, värillinen.....81
Liite 2: Naisten etäryhmän mainos, mustavalkoinen 82

Liite 1: Naisten etäryhmän mainos, värillinen

A-klinikka

Naisten etäryhmä

Keskiviikkoisin klo 13-14

7.7.-25.8.2021

Mitä?

Työskentelyä päihdeongelmasta toipumisen äärellä naiserityisestä näkökulmasta

Kenelle?

A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköiden naisasiakkaille

Missä?

Rauhallisessa tilassa (kuten omassa huoneessa) omalla älypuhelimella, tabletilla tai tietokoneella

Tervetuloa!

Ryhmänohjaaja Tiia-Mari
A-klinikkayhteisö Salo

Kuinka pääsen mukaan?

1. Ilmoittaudu oman yksikkösi henkilökunnalle
2. Lataa puhelimeesi tai tablettiisi Teams -sovellus (tietokoneella ei tarvitse)
3. Saat liittymiskutsun ryhmään sähköpostitse noin tuntia ennen ryhmän alkua
4. Liity kutsulinkin kautta ryhmään sen alkaessa

YHTEISKUNNALLINEN YRITYS

LABQUALITY SHQS-LAADUN-TUNNUSTUS

Liite 2: Naisten etäryhmän mainos, mustavalkoinen

A-klinikka

Naisten etäryhmä

Keskiviikkoisin klo 13-14

7.7.-25.8.2021

Mitä?

Työskentelyä päihdeongelmasta toipumisen äärellä naiserityisestä näkökulmasta

Kenelle?

A-klinikka Oy:n laitoskuntoutusyksiköiden naisasiakkaille

Missä?

Rauhallisessa tilassa (kuten omassa huoneessa) omalla älypuhelimella, tabletilla tai tietokoneella

Tervetuloa!

Ryhmänohjaaja Tiia-Mari
A-klinikkayhteisö Salo

Kuinka pääsen mukaan?

1. Ilmoittaudu oman yksikkösi henkilökunnalle
2. Lataa puhelimeesi tai tablettiisi Teams -sovellus (tietokoneella ei tarvitse)
3. Saat liittymiskutsun ryhmään sähköpostitse noin tuntia ennen ryhmän alkua
4. Liity kutsulinkin kautta ryhmään sen alkaessa

YHTEISKUNNALLINEN YRITYS

LABQUALITY SHQS-LAADUN-TUNNUSTUS