



OULUN YLIOPISTO
UNIVERSITY of OULU

MUURAIKANGAS TEIJA

ENSIKOTIEN ENTISTEN ASIAKASPERHEIDEN KUVAUKSIA ELÄMÄNTI-
LANTEISTAAN PÄIHDEKUNTOUTUKSEN JÄLKEEN

Kasvatuspsykologian pro gradu -tutkielma

KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA

Kasvatustieteiden koulutus

2015



Kasvatustieteiden tiedekunta
Faculty of Education

Tiivistelmä opinnäytetyöstä
Thesis abstract

Koulutus/Education Kasvatuspsykologian koulutus		Tekijä/Author Muuraiskangas Teija	
Työn nimi/Title of thesis Kuvaus ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteista päihdekuntoutuksen jälkeen			
Pääaine/Major subject Kasvatuspsykologia	Työn laji/Type of thesis Pro gradu -tutkielma	Aika/Year Toukokuu 2015	Sivumäärä/No. of pages 78 + 2
Tiivistelmä/Abstract <p>Tämän kasvatuspsykologian pro gradu –tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten Pidä kiinni® -hoitojärjestelmän ensikotien entiset asiakkaat kuvailevat elämäntilannettaan päihdekuntoutuksen jälkeen. Tutkimusaineistona on entisten asiakkaiden jälkiarviointilomakkeita. Ensi- ja turvakotienliiton jäsenyhdistykset järjestävät raskaana oleville ja vauvaperheille tarkoitettua päihdekuntoutusta kuudessa eri Pidä kiinni® -hoitojärjestelmän ensikodissa eri puolilla Suomea. Tässä tutkielmassa käsitellään erityisesti käsitteitä päihderiippuvuus ja varhainen vuorovaikutus. Vanhempien päihdeongelmat ovat tuttu aihe lastensuojelussa, mutta myös kasvatuspsykologian näkökulmasta on hyödyllistä tehdä lisää tutkimusta ja näin hankkia tietoa aiheesta. Tutkimusaineisto saatiin Ensi- ja turvakotienliitolta. Mukaan valikoitui 39 jälkiarviointilomaketta niiltä asiakkailta, joiden kuntoutus oli päättynyt joko vuonna 2011 tai 2012. Ensikotien työntekijät olivat haastatelleet entisiä asiakkaita jälkiarviointilomakkeita varten. Haastatteluajankohdat olivat puoli vuotta ja/tai vuosi kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Tutkimusotannasta yksitoista henkilöä oli vastannut sekä puoli vuotta että vuosi kuntoutuksen jälkeen. Loput 28 henkilöä oli haastateltu kerran, joko puoli vuotta tai vuosi kuntoutuksen jälkeen. Jälkiarviointilomakkeissa on asiakkaiden perustietojen lisäksi kuusi eri avointa kysymyskohtaa. Näistä erityisesti kolme kohtaa tarkastellaan tässä tutkielmassa aineiston taustatietojen kuvauksen lisäksi. Nämä kolme kohtaa sisältävät entisten asiakkaiden kuvauksia heidän saamasta tuestaan kuntoutuksen jälkeen sekä entisten asiakaslasten että entisten asiakasaikuisten elämäntilanteista kuntoutuksen jälkeen. Aineisto analysoidaan jatkuvan vertailun menetelmällä, joka kuuluu Ground theory:n tutkimusmenetelmiin. Jatkuvan vertailun menetelmä on laadullinen, aineistolähtöinen menetelmä. Aineiston pohjalta pyritään luomaan kategoriarakentelun kautta ilmiötä selittävät mallit ja teorit. Tässä tutkimuksessa muodostuu kolme kategoriamallia koskien kutakin tarkasteltua kolmea kohtaa jälkiarviointilomakkeissa. Tutkimustulokset osoittavat, että ensikotien entisten asiakasperheiden väliset kuvaukset heidän elämäntilanteista ovat toisiinsa nähden hyvin erilaisia. Heidän vastauksistaan löytyy kuitenkin usein toistuvia aiheita, joita kuvastavat parhaiten tutkielmassa muodostuneet kaaviot. Tutkimustuloksista on löydettävissä yksi hyvin yleinen tekijä. Moni ensikotien entisistä asiakasperheistä koostuu haastatteluhetkellä yksinhuoltajaäidistä, joka hoitaa lastansa kotona. Ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteiden kuvauksen lisäksi tämän tutkimuksen antia ovat erilaiset ideat ja muutostarpeet jälkiarviointilomakkeiden kehittämiseksi. Tässä tutkielmassa esitellään myös mahdollisia jatkotutkimusaiheita. Tutkimus antaa kasvatuspsykologisesta näkökulmasta lisätietoa perheiden kuvauksista päihdekuntoutuksen jälkeisistä elämäntilanteista käytännön työhön ensikodeissa.</p>			
Asiasanat/Keywords elämäntilanne, päihdekuntoutus, päihderiippuvuus, varhainen vuorovaikutus			

Sisältö

1	Johdanto	1
2	Päihderiippuvuus vauvaperheessä	4
2.1	Riippuvuus psykologisena ilmiönä	4
2.2	Päihderiippuvuus	5
2.3	Varhainen vuorovaikutus	9
2.4	Kiintymyssuhdeteoria	13
2.5	Päihderiippuvuus vauvaperheessä.....	16
3	Pidä kiinni –hoitojärjestelmä	18
3.1	Pidä kiinni –hoitojärjestelmä ja sen erityisyys	18
3.2	Ensikotien asiakkaiden kokemukset kuntouksesta.....	20
3.3	Elämäntilanne kuntoutuksen jälkeen.....	21
4	Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut	24
4.1	Metodologia	24
4.2	Grounded theory	24
4.3	Jatkuvan vertailun menetelmä.....	25
5	Tutkimuksen toteutus	28
5.1	Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset	28
5.2	Tutkimusaineisto ja sen keruu.....	28
5.3	Aineiston analysointi	29
6	Tutkimustulokset	33
6.1	Tutkimusaineiston taustatiedot	33
6.2	Ensikotien entisten asiakasperheiden tuki kuntoutuksen jälkeen.....	34
6.2.1	<i>Vanhemman päihteettömyyttä ja hyvinvointia tukevat tahot</i>	36
6.2.2	<i>Lapsen turvallisuutta ja hyvinvointia varmistavat ja edistävät tahot</i>	37
6.2.3	<i>Molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukevat tahot</i>	38
6.2.4	<i>Perheiden tuettu arki kuntoutuksen jälkeen</i>	41
6.3	Ensikotien entisten asiakaslasten elämäntilanteet vanhempien kuvaamana.....	42
6.3.1	<i>Lapsen psyykinen ja fyysinen puoli</i>	44
6.3.2	<i>Vanhemman kokemus vanhemmuudesta</i>	45
6.3.3	<i>Lapsen sosiaalinen ympäristö</i>	46
6.3.4	<i>Vanhempien kuvaukset lapsien elämäntilanteista</i>	48
6.4	Ensikotien entisten asiakasvanhempien elämäntilanteet	50
6.4.1	<i>Vanhemman suhde päihteisiin</i>	51
6.4.2	<i>Vanhemman opiskelu- ja työtilanne</i>	54
6.4.3	<i>Vanhemman sosiaalinen ympäristö</i>	56

6.4.4	<i>Vanhemman psyykinen vointi</i>	58
6.4.5	<i>Vanhempien moniulotteiset elämäntilanteet kuntoutuksen jälkeen</i>	61
7	Päätulokset	63
7.1	Ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteet.....	63
7.2	Kehitysideoita jälkiarviointilomakkeisiin	64
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	66
8	Tutkimuksen luotettavuuden ja tutkimustulosten arviointi	68
9	Pohdinta	72
	Lähteet	74

1 Johdanto

Teen kasvatopsykologian pro graduni Ensi- ja turvakotien liiton aineistosta. Ensi- ja turvakotien liitto on valtakunnallinen kansalais- ja lastensuojelujärjestö. Ensi- ja turvakotien liiton jäsenjärjestöt tuottavat monenlaista toimintaa, muun muassa perheväkivallan vastaista työtä. Jäsenjärjestöt auttavat erilaisissa turvattomissa ja vaikeissa oloissa eläviä perheitä ja lapsia. Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä muodostuu kuudesta päihdeongelmien hoitoon erikoistuneista ensikodeista, seitsemästä avopalveluyksiköstä sekä liiton koordinaatiosta ja kehittämisskeskuksesta. (Ensi- ja turvakotien liitto, 2014a.) Nämä ensikodit on tarkoitettu raskaana oleville naisille ja vauvaperheille, joissa esiintyy päihdeongelmia. Pidä kiinni -yksiköissä yhdistyy päihdekuntoutus ja lastensuojelu sekä ensikoti- että avopuolella. Näitä ensikoteja ja avopalveluyksiköitä ylläpitävät Ensi- ja turvakotien liiton jäsenyhdistykset Espoossa, Helsingissä, Turussa, Jyväskylässä, Kuopiossa, Kokkolassa ja Rovaniemellä. Muilla paikkakunnilla on kumpaaakin toimintaa, mutta Jyväskylässä on vain avopalveluyksikkö. (Ensi- ja turvakotien liitto, 2014b.)

Pidä kiinni –hoitojärjestelmä on kehitetty erityisesti päihdeongelmallisille raskaana oleville naisille ja pienten vauvojen äideille Suomessa. Hoitojärjestelmä keskittyy samanaikaisesti sekä tukemaan äidin päihteettömyyttä että äiti-lapsi-suhdetta. (Pajulo, Pyykkönen, Kalland, Sinkkonen, Helenius, Punamäki & Suchman 2012, 70.) Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodeissa on äitien lisäksi myös isiä, niin kuin tämänkin tutkimuksen aineistossa. Sen takia myös tässä tutkimuksessa kirjoitetaan yleensä vanhemmasta, jos ei ole erityisesti kyse isästä tai äidistä.

Kiinnostukseni lähteä tutkimaan Pidä kiinni –hoitojärjestelmää kumpuaa opintoharjoittelustani Kokkolan päihdeongelmien hoitoon erikoistuneessa ensikodissa kesällä 2013. Harjoittelujakson jälkeen olen tehnyt samassa paikassa myös sijaisuuksia ohjaajana ja erityistyöntekijänä. Pidä kiinni –hoitojärjestelmän tutkiminen graduna tuntuu mielekkäältä, koska aiheesta on jo ennestään käytännön tietoa ja kokemusta. Pro gradu- tutkielmassani keskityn tarkastelemaan Pidä kiinni -hoitojärjestelmässä erityisesti ensikotikuntoutusta ja sen aiempien asiakkaiden kokemuksia ensikotikuntoutuksen jälkeen. Asiakkaiden palattua kuntoutuksesta kotiin ensikodin työntekijät ottavat uudelleen yhteyttä asiakkaisiin sekä puoli vuotta että vuosi myöhemmin ja pyytävät heitä vastaamaan tätä varten suunniteltuun jälkiarviointilomakkeeseen. Asiakkaisiin otetaan yhteyttä puhelimitse tai heille voidaan lähettää lomake

kotiin täytettäväksi. Kaikkia asiakkaita ei kuitenkaan saada aina tavoitettua useistakaan yrityksistä huolimatta. Asiakkaiden vastauksista jälkiarviointilomakkeissa tarkastelen erityisesti vanhemman ja lapsen elämäntilannetta sekä sitä, mitä tukea perhe on saanut kuntoutuksen jälkeen.

Oletukseni on, että mitä pidempi kuntoutusjakso ja mitä riittävämmät kuntoutuksen jälkeiset tukitoimet asiakkaalla on ollut, sitä todennäköisemmin äiti tai isä elää myös kuntoutuksen jälkeen yhdessä lapsen tai lasten kanssa. Uskon, että onnistunut kuntoutus edistää myös tulevaa päihteetöntä elämää lapselle suotuisissa olosuhteissa. Onnistunut kuntoutus voi lisätä yksilöiden hyvinvointia ja näin voidaan myös vähentää perheen erilaisia sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia tulevaisuudessa. Kuntoutuksen onnistuminen ei kuitenkaan riipu siitä, jatkaako perhe eloa yhdessä kuntoutuksen jälkeen vai ei. Lapsen etu on etusijalla. Onnistunut päihdekuntoutus ei ole mielestäni merkityksellistä vain itse perheelle, vaan hyvinvoivien perheiden kautta lisääntyy yhteinen hyvinvointi koko yhteiskunnassa. Tämä on yksi syy siihen, miksi tästä aiheesta on tärkeää tehdä tutkimusta ja nostaa se yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Kasvatuspsykologian mukaan oppiminen ei ole vain olemassa olevan tiedon välittämistä, vaan yhteistä tiedon kehittämistä ja luomista (Lonka 2008, 352). Näin ollen toivon myös kasvatuspsykologian tutkielmani tuovan tarpeellista ja mahdollisesti uutta kehittävää tietoa Ensi- ja turvakotien liitolle. Päihdeongelmien hoito ensikodeissa 1990-luvulta alkaen on kehittynyt käytännön kokemuksen lisääntyessä ja tutkimustiedon kertyessä. Ensikotien käytännön työ rakentuu teoreettiselle tietopohjalle, ja ensikotien omaa toimintaa on tutkittu sen kehittämiseksi. (Andersson, Hyytinen & Kuorelahti 2013, 12.) Tutkielmani tekeminen tulee lisäämään myös omaa osaamistani ja tietämystäni gradun aihepiireistä ja yleisesti tutkimuksen teosta. Toivottavasti gradustani on hyötyä myös myöhemmin työurallani.

Tämän tutkielman keskeinen tutkimusongelma on, kuinka päihdekuntoutuksen asiakkaat kuvailevat perheen sen hetkistä elämäntilannetta päihdekuntoutuksen jälkeen. Kasvatuspsykologian tarkoituksena on tutkia ja ymmärtää ihmisen kehitystä ja kasvua sekä kasvun ohjauksen psykologisia ehtoja (Soini 2008, 358). Kasvatuspsykologiassa oppimisen käytäntöihin sovelletaan psykologista tietoa (Lonka 2008, 345). Kasvatuspsykologia määrittää kasvatuk-

sen mahdollisuuksia yksilön psyykkisen kasvun lainalaisuuksien avulla ja tutkii, kuinka kasvatusta vaikuttaa psyykkiseen kehitykseen (Soini 2008, 358). Tästä on mielestäni kyse myös silloin, kun tutkitaan päihdeongelmaisten vanhempien kasvua, kehitystä ja oppimista kohti päihdeongelmaa. Sanotaan, että oppimista tapahtuu aina tietyssä kontekstissa, jossa on omat kasvatukselliset ja kulttuuriset piirteensä (Lonka 2008, 345). Tässä tutkielmassa päihdeongelmaisten perheiden elämäntilanteen tarkastelu liittyy päihdekuntoutuksen jälkeiseen aikaan. Näin ollen tutkittavien sen hetkiseen tutkittavaan elämäntilanteeseen vaikuttavat monet tekijät, kuten kuntoutusta edeltävä aika, kuntoutusjakso ja kuntoutuksen jälkeinen elämä.

Kasvatuspsykologialle on ominaista kulttuuripsykologinen näkökulma, johon taas pohjautuu sosiokulttuurinen ulottuvuus. Kulttuuripsykologiaa on se, että ihmisten välinen historia on pohjana kaikelle ihmisen oman mielen sisäiselle toiminnalle. Kasvatuspsykologian sosiokulttuurinen näkökulma taas avaa mahdollisuuden tarkastella yksilöä kokonaisvaltaisesti, kuten kognition, tunteiden, motivaation ja biologian suunnista. Ihminen on siis biologisesti kulttuurinen olento, jonka kasvuun ja kehitykseen vaikuttaa fysiologisten reunaehtojen ja fyysikaalisen ympäristön lisäksi myös hänen kulttuurinen ja psykologinen toimintaympäristönsä. (Lonka 2008, 345–346.) Kasvatuspsykologia rakentaa siltaa myös kasvatussociologian ja yhteiskuntatieteiden suuntaan, koska silloin psykologinen tieto pystyy säilyttämään suhteellisuudentajunsa (Soini 2008, 362). Tämä kasvatuspsykologinen näkökulma vaikuttaa myös tässä tutkimuksessa. Pidä kiinni –hoitojärjestelmää on tutkittu esimerkiksi sosiaalityön ja lääketieteen näkökulmista. Näin ollen on luonnollista, että tätä moniulotteista aihetta tutkitaan myös kasvatuspsykologisesta näkökulmasta. Toisaalta myös kasvatuspsykologiaan on hyvä tuoda tutkimusaiheita, kuten päihderiippuvuudet vauvaperheissä ja perheiden yhteiskuntoutus.

Päihdeongelmaan liittyy vahva stigma, joka vaikuttaa päihteitä väärin käyttävien lisäksi heidän läheisiinsä. Tämän takia on tärkeää, että yhä enemmän on käyty julkista keskustelua päihdeongelmaisista perheistä ja mahdollisuuksista auttaa heitä. Tätä kautta voidaan lisätä yleistä ymmärrystä tällaisten perheiden elämäntilannetta kohtaan. Toisaalta tehokkain ja keskeisin keino vähentää lapsiin kohdistuvia haittavaikutuksia olisi vähentää päihteiden käyttöä koko yhteiskunnassa. (Raitasalo & Holmila 2012, 59.) Toivon, että tutkimukseni voisi lisätä tietoa ja ymmärrystä perheistä, joissa esiintyy päihdeongelmia sekä niistä erityisistä piirteistä, jotka koskettavat näitä perheitä ja niiden kuntoutumista. Toivon myös, että huomio pysyisi siinä, mikä on lapselle parasta.

2 Päihderiippuvuus vauvaperheessä

Vauvaperheen vanhempien päihderiippuvuus ja siihen liittyvä kuntoutuminen ovat tämän tutkimuksen pääaiheina. Tässä luvussa käsitellään ensin riippuvuutta ilmiönä ja sitten erityisesti päihderiippuvuutta ja sen hoitoa suomalaisessa yhteiskunnassa. Näiden lisäksi käsitellään varhainen vuorovaikutus ja siihen liittyvä kiintymyssuhdeteoria. Nämä kaksi teemaa, päihteet ja vanhemmuus, yhdistyvät käsiteltäessä lopuksi päihderiippuvuutta vauvaperheessä sekä sille ominaisia piirteitä.

2.1 Riippuvuus psykologisena ilmiönä

Erilaiset riippuvuudet herättävät erilaisia reaktioita ihmisissä. Päihderiippuvuuksia on alettu pitämään huolestuttavina ja haitallisina riippuvuuden muotoina, kun taas ylettömään työnte-koon tai urheiluun saattaa liittyä myönteisiä mielikuvia. Joidenkin riippuvuuksien kohdalla näyttää olevan vaikeutta vetää rajaa haitallisen riippuvuuden ja tunnollisen omistautumisen välille, vaikka liiallisena riippuvuudet kuluttavat yksilön ja yhteiskunnan resursseja ja voimavaroja. Yhteiskunnan vallitseva moraalikäsitelmä vaikuttaa siihen, miten eri riippuvuuksista puhutaan julkisesti, ja kuinka määritellään sopivuuden rajat kullekin toiminnalle. Myös yhteiskunnallisella sääntelyllä, eli lailla ja ohjauspolitiikalla, vaikutetaan siihen, mitä riippuvuuksia pidetään sopivina ja rangaistavina. Tiettyjen toimintojen toistamista voidaan kutsua tavoiksi, rutiineiksi ja tottumuksiksi arjessa. Jos jonkin asian toistamista kuitenkin kutsutaan riippuvuudeksi, tarkoitetaan sillä myös sitä, että henkilö on menettänyt tilanteensa hallinnan. Tavat ja rutiinit voivat helpottaa arkea, mutta riippuvuus vaikuttaa päinvastoin; se ottaa ylivallan muista toiminnoista. Riippuvaisen henkilön osallistuminen yhteiskunnan tapoihin voi muuttua hankalaksi tai mahdottomaksi. Myös muiden käsitykset henkilöstä, esimerkiksi hänen yhteiskuntakelpoisuudestaan, voivat muuttua. Riippuvuuksia koskevaan puheeseen voi sisältyä paljon valtasuhteita ja vallankäyttöä. (Raento & Tammi 2013, 7-8.) Goodmanin (1990, 1404) mukaan riippuvuus voidaan määritellä prosessina, jossa käyttäytyminen voi toimia nautinnon tuottajana ja tarjota helpotusta sisäiseen epämiellyttävään oloon. Tämä malli luonnehtii riippuvuutta toistuvana epäonnistumisena hallita käyttäytymistä ja riippuvaisen käyttäytymisen jatkuvuutena huolimatta sen merkittävistä negatiivista vaikutuksista.

Riippuvuus on hyvin moniulotteinen ja ristiriitainen ilmiö. Siihen liittyy myös taloudellisia, kulttuurisia ja poliittisia intressejä. Jotkut riippuvuudet ja niihin liittyvät aineet ja toiminnot ovat hyväksytyjä ja laillisia, toiset taas rangaistavia, laittomia tai jopa pakkohoitoa vaativia. Toisia riippuvuuksia pidetään hyvinä ja terveinä, toisia sairaina ja pahoina. Riippuvuudet tuovat nautintoa ja joukkoon kuulumisen tunnetta, mutta toisaalta myös aiheuttavat kärsimystä, vangitsevat, ahdistavat ja tuovat ulkopuolisuutta sekä syrjäytymistä. Riippuvuudet ovat juridinen, poliittinen ja kansanterveydellinen ilmiö, sillä ne liittyvät hyvinvointivaltion ihanteisiin, moraaliin, yhteiskuntajärjestykseen, lainsäädäntöön sekä kansalaisten velvollisuuksiin ja oikeuksiin. (Raento & Tammi 2013, 9.)

2.2 Päihderiippuvuus

Päihdyttäviä aineita ovat tupakka, lääkkeet, alkoholi, huumausaineet, liimat ja liuottimet, jos niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Ratkaisevaa on, mihin käyttötarkoitukseen ainetta käytetään, ja millaisia vaikutuksia sillä voi olla yksilölle. Kun ihminen on tullut riippuvaiseksi päihdeestä, keho ja aivot ovat kehittäneet sille tarpeen. Päihdeaineen käyttämisen jälkeen aineesta voi tulla välttämätön yksilön tasaiselle hermotoiminnalle, jopa lyhyenkin käytön jälkeen. (Vilkko-Riihelä 2003, 149.) Maailman terveysjärjestö WHO:n (2014) mukaan, kun puhutaan päihdeiden väärinkäytöstä, tarkoitetaan sillä psykoaktiivisten aineiden haitallista tai vaarallista käyttöä. Riippuvuus voi kehittyä toistettujen käyttökertojen jälkeen, ja se sisältää usein voimakasta halua riippuvuuden kohteena olevaan aineeseen, vaikeuksia kontrolloida aineen käyttöä ja aineen käytön jatkamista haitallisista vaikutuksista huolimatta. Päihderiippuvainen asettaa päihdeidenkäytön korkeammalle prioriteeteissaan kuin muut toiminnot tai velvollisuudet.

Päihderiippuvuudella tarkoitetaan sitä, että yksilö ei enää hallitse jonkin aineen käyttöä, vaan hänellä on pakonomainen tarve saada ainetta. Erilaisten päihdeaineiden suhteen kasvaa toleranssi eli sietokyky. Tämä tarkoittaa sitä, että kyseistä käytettyä ainetta siedetään yhä paremmin ja sitä tarvitaan suurempia määriä, jotta saavutetaan tavoiteltu olotila. (Vilkko-Riihelä 2003, 149.) Toleranssi liittyy kehon pyrkimykseen säilyttää optimaalinen fysiologinen tasapaino nimeltään homeostaasi (Holt, Bremner, Sutherland, Vlieg, Passer & Smith 2012, 218). Aineen käytön lopetuksesta tai sen yrittämisestä voi seurata vieroitusoireita, kuten esi-

merkiksi vapinaa, väsymystä, hikoilua ja huonoa oloa. Päihderiippuvuudessa on kyse kolmen tason riippuvuudesta: psyykkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä riippuvuudesta. (Vilkkoriihelä 2003, 149.) Riippuvuus saattaa näyttäytyä esimerkiksi erilaisina ilmiöinä käyttäytymisessä, fysiologisissa toiminnoissa ja kognitioissa (WHO 2014).

Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvien diagnoosien (THL 2012) mukaan riippuvuusoireyhtymässä yksilölle tulee yhden tai useamman aineen käytöstä merkittävästi tärkeämpää kuin hänelle aiemmin tärkeät käyttäytymisen muodot. Päihderiippuvuuteen voi liittyä myös yksilön pakonomainen tarve käyttää mitä tahansa saatavilla olevaa päihdettä. Usein päihteiden käyttäjät käyttävätkin monia erilaisia psyykeen vaikuttavia aineita. Kun henkilö yrittää lopettaa tai rajoittaa aineen käyttöä, tulee esille usein kyseisen päihteiden käytön pakonomaisuus. Myös opioideja kipuun käyttäneillä potilailla saattaa tulla opioideista vieroitusoireita, mutta heidät erottaa päihderiippuvaisista se, ettei heillä ole halua jatkaa kyseisten lääkkeiden käyttöä. Päihderiippuvainen on hyvin keskittynyt aineen käyttöön. Tämä voi ilmetä muiden kiinnostuksen kohteiden ja mielihyvän lähteiden laiminlyöntinä sekä siten, että riippuvaisella kuluu paljon aikaa päihdyttävän aineen hankkimiseen, käyttämiseen ja sen vaikutuksista toipumiseen. Päihderiippuvaisen lähipiiri saattaa kritisoida päihteiden haitallisia käyttötapoja ja päihteidenkäyttöön voi usein liittyä erilaisia sosiaalisesti haitallisia seurauksia. (THL 2012, 58–60.)

Päihderiippuvuus voidaan siis jaotella psykologiseen ja fysiologiseen riippuvuuteen. Riippuvuus aineesta on fysiologista, jos yksilölle on kehittynyt toleranssi päihdyttävän aineen suhteen tai jos hänellä on siitä vieroitusoireita. Psykologiseksi riippuvuudeksi kuvataan usein sellaisia tilanteita, joissa ihminen voimakkaasti kaipaa huumetta sen nautinnollisten vaikutusten takia, vaikka hän ei olisikaan fyysisesti riippuvainen kyseisestä aineesta. Huumeiden nautintovaikutukset johtuvat usein siitä, että ne tuottavat aivoihin mielihyvähormoni dopamiinia, joka on avaintekijä riippuvuuden kehittymisen kannalta. Monet huumeiden käyttäjät, jotka ovat lopettaneet päihteidenkäytön saattavat aloittaa huumeidenkäytön uudelleen, vaikka eivät olisikaan enää fyysisesti riippuvaisia siitä. (Holt ym. 2012, 218–219.)

Monet erilaiset tekijät voivat vaikuttaa huumeriippuvuuden syntyyn, kuten geneettinen alttius, persoonallisuuspiirteet, uskonnolliset käsitykset, kulttuuriset normit ja perheen sekä ys-

tävien vaikutus (Holt ym. 2012, 219). Taustatekijät voidaan jakaa ympäristötekijöihin, yksilötekijöihin sekä suvun ja perheen sisäisiin vuorovaikutustekijöihin. Geneettiseen päihderiippuvuusalttiuteen voi liittyä myös mielialahäiriöihin liittyvät altistavat tekijät sekä lapsuuden kasvuolosuhteet. Ahdistuneisuus, mielialahäiriöt ja muut psyykkiset oireet voivat tulla esille ensin, ja vasta myöhemmin mukaan saattavat tulla päihdeongelmat. Toisinaan taas psyykkiset ongelmat, erityisesti masennus, ovat päihteiden käytön seurausta. Jos päihteiden ongelmakäyttö jatkuu, voi alkuperäisten syiden merkitys vähentyä, ja päällimmäisinä vuorottelevat vaikutukset sekä päihteiden käytöstä että sen lopettamisesta seuranneet vieroitusoireet. (Mäkelä, Fagerström & Niskasaari 2009, 230–231.)

Taustasyyt riippuvuuden synnylle voivatkin vaihdella esimerkiksi erilaisten persoonallisuuksien ja temperamenttien välillä. Liisa Keltikangas-Järvisen (2008, 56) mukaan ihminen voi asettaa turvallisen ja hyvän elämänsä riskialttiiksi uutuus- ja elämyshakuisuuteen ohjaavilla taipumuksilla. Jos jollakin ärsykkeellä on yksilön mielessä suuri palkintoarvo, hän tavoittelee sitä ilmeisistä riskeistä ja haittapuolista huolimatta. Toisenlaisella temperamentilla varustettu henkilö taas saattaisi vain suuresti ihmetellä kyseisenlaista toimintaa. Mahdollisesti myös erilaisten riippuvuuksien kehittymiseen saattaa vaikuttaa juuri erilaiset temperamentit ja niiden vaikutukset yksilön päätöksiin ja toimintaan. Osa näistä toiminnoista taas voi näin johtaa riippuvuuden kehittymiseen ja yllä pysymiseen.

Suomessa päihteidenkäytön terveydelliset ja sosiaaliset haitat ovat lisääntyneet samalla kuin on lisääntynyt päihteiden käyttökin (Mäkelä ym. 2009, 228). Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa, ja yksi monista selittävästä tekijöistä tähän on alkoholin hinnan edullisuus. Terveystieteidenhuollon asiakkaista jopa joka kymmenes nainen ja joka viides mies on alkoholin suurkuluttaja. Suomessa päihteiden kirjo ja laajuus muuttui, kun erityisesti 1990-luvulla lisääntyi huumeiden käyttö. Yhteiskunnalle päihteistä seuraa merkittävät kustannukset, joista noin puolet on sosiaali- ja terveystieteidenhuollon kuluja. (Mäkelä ym. 2009, 228.) Tästä puuttuvat vielä välilliset kustannukset, puhumattakaan kaikesta inhimillisestä kärsimyksestä ja sosiaalisista haittavaikutuksista yksilöön ja hänen läheisiinsä, joita ei voi mitata rahassa.

Alkoholi on pääasiallinen päihde Suomessa, kun taas huumeiden ongelmakäyttö on vielä varsin tuore yhteiskunnallinen ongelma. Suomessa ongelmakäyttäjille tyypillisiä piirteitä ovat suhteellisen nuori ikä ja tästä johtuen suhteellisen lyhyt päihteiden käyttöhistoria. Toisaalta päihteiden käyttäjäjoukko on huomattavasti vanhentunut viimeisen kymmenen vuoden ai-

kana. Päihteiden sekakäyttö on yleistä Suomessa. Keskeisiä päihteitä ovat alkoholi, kannabis, rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) ja kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet. Suomessa erityinen piirre on myös se, että buprenorfiini on hyvin tavallista pistoskäytössä. Useilla huumeidenkäyttäjillä on päihdeongelmien lisäksi muita sosiaalisia ja terveyteen liittyviä ongelmia, ja he ovat monella tavalla syrjäytyneitä. (THL 2015, 48.)

Keskeinen selitys alaikäisten huostaanottojen ja muiden ongelmien lisääntymiseen on heidän vanhempiansa päihteidenkäyttö (Mäkelä ym. 2009, 229). Sikiöille aiheutuvat eriaisteiset päihdevauriot- ja haitat ovat lisääntyneet päihteiden käytön yleistymisen myötä. Yhä useampi alaikäinen elää perheessä, jossa molemmilla tai toisella vanhemmista on päihdeongelmia. (Helander 2012, 706.) Raskaana olevien naisten ja pienten lasten äitien päihteidenkäyttöä pidetäänkin kasvavana kliinisenä ja sosiaalisena ongelmana (Pajulo ym. 2012, 70). Naisia on kolmasosa päihdetyön erityispalvelujen asiakkaista, ja alle 25-vuotiaista asiakkaista naisia on lähes puolet. Naisten hoitoon tulemista on haitannut häpeä päihdeongelmasta. Jos nainen on raskaana tai äiti, voivat häpeän tunnetta lisätä myös raskauteen ja äitiyteen liittyvät asenteet. Naisen päihdeongelmat voivat häpeän takia jäädä piiloon esimerkiksi mielenterveysongelmien taakse. Päihteiden käytön alussa henkilö ei välttämättä heti huomaakaan päihteiden haittoja, sillä hän saattaa kokea niiden auttavan arjesta selviytymisessä ja psyykkisen stressin kohdatessa. Päihteitä käyttävällä naisella on usein päihteitä käyttävä puoliso. Huumeita käyttävän naisen mieskumppani saattaa hankkia päihdeaineet pariskunnalle, ja miehestä voi olla turvallisuuden tunnetta naiselle esimerkiksi prostituutiota ja raiskauksia vastaan. Tällaisesta suhteesta voi olla vaikea erota ilman tukea. Siksi on tarpeellista saada puoliso ja muut läheiset mukaan hoitoon. (Mäkelä ym. 2009, 235.)

Suomessa on Käypä hoito–suositus (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2015) huumeongelmaisten hoitoon sekä päihdehuollon palvelujen laatusuosituksset (STM 2002), jotka ovat päihdetyön kehittämistä varten. Matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen on painottunut huumehoitopalvelua kehitettäessä. On väitetty, että kun huumeiden käyttäjien korvauslääkehoito lisääntyi, ennen sosiaalisiksi ongelmiksi määritellyt päihdeongelmat alkoivat medicalisoitua ja siirtyä hoidettavaksi yhä enemmän terveydenhuollon piiriin. Opiaattiriippuvaisien opioidikorvaushoitoa ollaan siirtämässä aikaisempaa enemmän osin apteekkien vastuulle

ja yhä enemmän terveystieteisiin. Tällainen muutos kuvastaa painotuseroja lääketieteellisesti ja psykososiaalisesti suuntautuneen päihdehoitojärjestelmän välillä. Osasyyn tällaisiin muutospyrkimyksiin voi johtua kuntien säästösyistä siirtyä erikoistason palveluista peruspalveluihin. THL:n raportin mukaan päihdepalvelujärjestelmälle on vaativaa nähdä päihdeongelmat osana laajempia ongelmakokonaisuuksia, joihin liittyvät muun muassa mielenterveysongelmat, yhä syvempi syrjäytymiskehitys ja uudet hoidon tarpeet. (THL 2015, 63.) Juuri tämä näkökulma on tärkeä, miksi kasvatuspsykologia voisi olla kehittämässä suomalaista päihdehoitoa. Päihdeongelmien medikalisoitumista voitaisiin ehkä vähentää ja asiakasta tarkastella sen sijaan kokonaisvaltaisemmin ja yksilöllisemmin.

Yhteiskunnalliset toimenpiteet, jotka vaikuttavat päihteidenkäytön määrään, tasoon ja haittavaikutuksiin, voivat merkittävästi vähentää myös päihteiden käytöstä johtuvia julkisen terveyspuolen ongelmia. Terveydenhoitojärjestelmän interventiot taas voivat auttaa parantamaan päihderiippuvaisten terveyttä, mikä myös tukee julkista terveydenhoitoa. (WHO 2014.) Myös tämän tutkimuksen tarkoituksena on osaltaan tukea suomalaista sosiaali- ja terveystoimintaa lisäämällä tietoa raskaana olevien ja vauvaperheiden päihdekuntoutuksesta.

2.3 Varhainen vuorovaikutus

Lapsen ja vanhemman vuorovaikutus on kehityksellistä molemminpuolisuutta. Kyse on molempien kehitysmahdollisuuksien kohtaamisesta. Siihen liittyy laaja, vaihteleva kirjo erilaisia tunteita. Ei ole olemassa yhtä tiettyä luonnonmukaista vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta, vaan kullakin vanhemmalla ja hänen vauvallaan on omanlaisensa vuorovaikutus, jossa molemmat korjaavat usein itse spontaanisti vuorovaikutusvaikeuksiaan. Tämä tarkoittaa siis sitä, että myös vauvalla itsellään on korjaavia voimavaroja. Vaikka vanhemmalla itsellään olisi huonoja muistoja omasta varhaisesta vuorovaikutuksestaan, hän saattaa silti olla riittävä vuorovaikutuksen rakentaja oman lapsensa kanssa. Kaiken kehityksen perustana onkin vanhemman oma kyky haavoittua, liikuttua ja tuntea avuttomuutta. Lisäksi vanhempien toisillensa antama rakkaus ravitsee myös vanhemmuutta. Jos jompikumpi vanhemmista ei saa rakkautta, hän tarvitsee muiden kiintymystä ympärilleen voidakseen olla riittävän rakastava omaa lasta kohtaan. (Siltala 2003, 16–17.) Tässä voi olla myös yksi niistä monista tekijöistä, jotka voimauttavat asiakkaita Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodeissa. Muiden antama positiivinen tuki auttaa vanhempaa varhaisen vuorovaikutuksen vahvistamisessa oman lapsensa kanssa.

Ainakin kolme kehitystä eteenpäin vievää ja säätelevää voimaa ovat perimä, neurobiologia ja vuorovaikutuskokemukset, jotka vaikuttavat yhteistyössä ajattelun ja tunteiden kehittymiseen ja kypsymiseen. Varhainen vuorovaikutus myös jättää jälkensä ihmisen kehoon. Vuorovaikutussysteemissä tapahtuvat häiriöt luovat myös mahdollisuuden niiden korjaantumiseen ja uudenlaisen vastavuoroisuuden kehittymiseen. Usein varhaisen vuorovaikutuksen alkuun tarvitaan ulkopuolisia, verkostomaisesti muodostettuja tukimuotoja. Tällaisia ovat esimerkiksi perhesysteemit, toiset vanhemmat vertaisina, isovanhemmat, ystävät ja muut omaiset sekä yhteiskunnan tarjoamat erilaiset tuki-, palvelu- ja hoitorakenteet. Näiden kaikkien rakenteiden tarve on kasvanut nykyajassa. (Siltala 2003, 17–18.) Pidä kiinni –hoitojärjestelmä on yksi tällainen yhteiskunnan tarjoama tuki- ja hoitomuoto.

Vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen saattavat vaikuttaa esimerkiksi vauvan keskossuus tai kehitysvammaisuus, vauvan fysiologinen ja psyykinen erityisherkyys, perheen liian kaoottiset sekä hauraat ulkoiset ja sisäiset rakenteet, isän ja äidin mielentilan järkkyminen sekä yhteiskunnan tahojen välinpitämättömyys ja kyvyttömyys tukea ja ymmärtää raskausaikaa, synnytystä ja syntymän jälkeistä aikaa. Vanhempien omat varhaisen vuorovaikutuksen kokemukset myös vaikuttavat heidän vuorovaikutukseensa oman vauvansa kanssa. Ne ovat osana vanhempien persoonallisuutta ja voivat tulla esiin juuri silloin, kun vanhemmat ovat rakentamassa vuorovaikutussuhdetta lapseensa. Jos näissä varhaisissa muistoissa on enemmän huonoa kuin hyvää, ne voivat alkaa häiritä vanhemman ja lapsen välisen vastavuoroisuuden syntymistä. Vanhempien varhaiset kokemukset voivat tulla esiin proseduraalisen muistin eli ruumiin muistin avulla: kosketuksissa, liikkeissä, katseissa, äänen sävyissä, hajuissa, makuelämyksissä ja tilakokemuksissa. Nämä kokemukset voivat nousta esiin vanhemmilla missä tahansa ruumiillisessa vuorovaikutustilanteessa. Voi kuitenkin olla, että vanhemman mieli saattaa haluta kiistää nämä varhaiset sisäiset kokemukset. Ulkopuolisen hoidollisen puuttumisen ja vuorovaikutuksen avulla voidaan saada muutos sukupolvesta toiseen siirtyvissä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmissa. (Siltala 2003, 18.)

Varhainen vuorovaikutus ei ala vasta vauvan synnyttyä, vaan jo sikiövauvan ollessa kohdussa, toisin sanoen sikiövauvan ja äidin ruumiillisen dialogin muodossa. Äidin representatiot eli mielikuvat sikiövauvasta, vauvan isästä, omasta äitiydestä, omista vanhemmista ja omasta itsestä vauvana muodostavat yhdessä vuorovaikutusta ja ne ovat myös mukana äi-

din ja vauvan välisessä ruumiillisessa dialogissa. Isä voi olla mukana ruumiillisessa dialogissa sikiövauvansa kanssa koskettelemalla äidin raskausvatsan läpi sikiövauvan liikkeitä. Isällä on myös representaatioita, jotka ovat rakentuneet hänen vuorovaikutuskokemuksista itselle tärkeiden ihmisten kanssa. (Siltala 2003, 19.)

Kallandin ja Pajulon (2013, 185) mukaan huoli varhaisesta vaikutuksesta liittyy vastavuoroisuuden puutteisiin, jotka ovat sisäistettyjä ja tiedostamattomia loukkauksia vuorovaikutusnormeissa. Jos esimerkiksi äiti vastaa vihaisesti vauvan itkuun tai on kokonaan vastamatta, on kyse vastavuoroisuuden normin loukkaamisesta. Vuorovaikutuksen näkökulmasta se on niin sanotusti ”moraaliton” teko. Toisaalta se kertoo myös vanhemman puutteellisesta reflektiivisyydestä eli hänen kyvystään tavoittaa vauvan tarpeita. Tutkimuksessa on huomattu, että äidin alhainen reflektiivisyyskyky saattaa pahentaa paljon useammin vanhemman päihteidenkäyttöä ensikodin kuntoutuksen jälkeen ja tällaisten vanhempien lapset ovat useammin sijoitettuna muualla. Intensiivinen keskittyminen vanhempien reflektiiviseen kykyyn onkin tärkeä suunta kehitettäessä tehokasta hoitoa päihdeongelmallisille vauvaperheille. (Pajulo ym. 2012, 70.)

Vauva pyrkii tavanomaisesti heti syntymästään alkaen kohti symbioosia ja eriytymistä. Äidin maku, haju, katse, kosketus, ääni ja liikkeet, jotka ovat tuttuja jo sikiöajalta, kutsuvat vauvaa hänen äitinsä luo. Riittävän hyvä fysiologinen stimulaatio parantaa vuorovaikutusta, ja taas liian voimakas simulaatio karkottaa vauvan. Äiti vastaa vauvan merkkeihin omilla merkeillään, jotka pitävät yllä ja parantavat vauvan valmiuksia kiintyä ja kiinnittyä. Äidin ja vauvan välisessä kosketuksessa äidin sisäinen hyvä olo, helpotus, turvallisuus ja rauha siirtyvät lapseen ja taas lapsesta takaisin äitiin. Lapsen toiminta muuttuu vähitellen, ja se on etsivää aktiivisuutta, joka taas vahvistaa myös äidin liikkeitä. Vähitellen vauva alkaa ymmärtää äitiä ja itseään juuri tämän äidin vauvana. Samoin myös äiti alkaa ymmärtää vauvaansa ja itseään äitinä. Tällä tavoin heistä tulee toisilleen riittävän todellisia. Samoin tavoin vuorovaikutus isän ja vauvan välillä voimistaa heitä. Vanhemmuudessa äiti täydentää omaa symbioosiaan, joka on alkanut hänen omassa varhaislapsuudessaan oman äitinsä kanssa. Äidin tarjomassa symbioosissa taas vauva elää omaa vähitellen sisäistyvää symbioosiaan, jota hän tarvitsee myöhemmin erilaisissa elämäntilanteissa. Erityisesti hän tarvitsee sitä sisäisenä suojana vähitellen kehittyvää erillisyyttä sekä elämään liittyviä menetyksiä ja eroja varten. Symbioosi edesauttaa tarvittavaa regressiota ja sulautumista toisen kanssa. Vauvalla symbioosikokemukset voivat edistää myös ruuansulatusta, nukkumista, muita ruumiin toimintoja

ja eheyden kokemusta. Vanhemman ja vauvan vuorovaikutus on itse itseä vahvistava voimavara. Jos vauva ja vanhemmat epäonnistuvat jatkuvasti vuorovaikutuksessaan, kumpikaan osapuoli ei kehity. Vanhemmat eivät kehity samalla tavalla vanhempina, eikä vauva edisty omassa kehityksessään ja kasvussaan. Ilman riittävää ulkopuolisen apua siitä voi muodostua epätoivon kehä. (Siltala 2003, 26–28 & 31.)

Psykiatri Daniel Stern alkoi 1970-luvulla tutkia videoavusteisesti vauvojen ja äitien vuorovaikutusta. Hän kuvasi ja analysoi sitä kuva kuvalta ja tällä tavoin kartoitti varhaista kehitystä tarkemmin kuin aikaisemmin oli mahdollista. Tätä hänen työtään taas ohjasi viitekehystenä kiintymysteoria, jonka loivat 1960-luvulla psykoanalytikko John Bowlby ja psykologi Mary Ainsworth. He olivat ensimmäisiä, jotka alkoivat yhdistää psykoanalyttista ajattelua ja uusinta tieteellistä kehitystä tavoitteena ymmärtää tunne-elämää yhdessä sen biologisen perustan kanssa. (Sue Gerhardt 2007, 16–17.)

Systeemisestä näkökulmasta ihmiset ovat avoimia järjestelmiä, joihin vaikuttavat niin toiset ihmiset kuin myös esimerkiksi ilma, vesi ja kasvit. Kaikki ympärillämme oleva – syömämme ruoka, hengittämämme ilma kuin myös muut ympärillämme olevat ihmiset – vaikuttavat meihin ja muokkaavat meitä. Niin ihmisten elintoiminnot kuin mielen järjestelmät kehittyvät suhteessa toisiin ihmisiin. Tämä tapahtuu pysyvimmin ja voimakkaimmin vauvaiässä. Ihmisvauva on sosiaalisesti riippuvaisimmassa vaiheessa, ja hän on opettelemassa omia tunteitaan ja sitä, kuinka toimia niiden kanssa. Vauvoina tunnemme ja opimme ensimmäistä kertaa, mitä tehdä omille tunteillemme. Siitä alkaa omien kokemusten järjestely tavalla, joka tulee vaikuttamaan tulevaan ajattelukykyyn ja käyttäytymiseen. Ihmisen toimintatavat eivät ole vain psykologisia mieltymyksiä, vaan myös elimistön omia toimintamalleja. Nämä tunne-elämän toimintatavat ovat piilossa ja tiedostamattomia. (Sue Gerhardt 2007, 22 & 26.)

Vauvat tarvitsevat kuukausien ajan intensiivistä hoivaa, jossa hoivaaja voi samastua vauvaan niin, että vauvan tarpeet tuntuvat kuin hoivaajan omilta. Varhaista säätelyä on vanhempien empatiakykyinen toiminta vauvaansa kohtaan. Esimerkiksi vanhemmalle voi tulla huono olo, kun vauvasta tuntuu huonolta, ja tällöin vanhempi haluaa välittömästi vaikuttaa lapsen oloon ja helpottaa hänen tilannettaan. Äideillä voi olla omien hormoniensa myötävaikutuksesta valmiutta toimia näin vauvansa kanssa. Äidillä voi myös todennäköisesti olla voimakasta samaistumista vauvan tunteisiin ja olotiloihin sillä edellytyksellä, että äidillä on sillä

hetkellä siihen riittävät sisäiset voimavarat. (Sue Gerhardt 2007, 35–36.) Äidin sisäisiä voimavaroja taas voidaan tukea ja vahvistaa monin eri tavoin myös ulkopuolelta. Kuten aiemmin todettiin, yksi esimerkki on tämän tutkimuksen kohde Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodit.

2.4 Kiintymyssuhdeteoria

Varhaisen vuorovaikutuksen merkittävyyttä voidaan perustella kiintymyssuhdeteorian tuella. Kyseinen teoria on alkujaan peräisin John Bowlbyn luomasta kiintymyssuhdeteoriasta ja sitä edelleen kehittäneen Mary Ainsworthin tutkimuksista. Bowlby loi käsitteen kiintymyssuhde, jolla tarkoitetaan yleisimmin vanhemman ja hänen lapsensa välistä suhdetta. Ainsworthin tutkimusten mukaan lapsen käyttäytymisestä voidaan arvioida sen mukaan, miten turvallinen tai turvaton on hänen kiintymyssuhteensa. (Tamminen 2004, 51.) Mary Ainsworth kehitti kokeellisen menetelmän, vierastilanne-testin, jolla voidaan mitata kiintymystä vanhempien ja heidän pikkulastensa välillä. Tässä testitilanteessa pikkulapsi erotetaan vanhemmastaan valvotussa ympäristössä lyhyeksi ajaksi. Tällöin voidaan mitata lapsen reaktioita hänen vanhempansa lähtemiseen ja takaisin paluuseen. Sama tilanne lapsen kohdalla testataan myös vieraan aikuisen lähtemisellä ja takaisin paluulla. Tätä testiä pidettiin niin luotettavana lapsen ja aikuisen välisen suhteen mittarina, että sitä on siitä lähtien käytetty myös jatkotutkimuksissa. (Sue Gerhardt 2007, 17.)

Lapsuudessa vanhemmat antavat lapselleen varhaisen kiintymyssuojan, jota edistää lapsen tarpeisiin vastaaminen, suojeleminen sekä lapsen tynnyttäminen ja aktivoiminen. Tällaisen kiintymyssuojan ansiosta vauvalla on mahdollisuus luoda ensimmäistä emotionaalista ihmissuhdettaan eli kiintymyssuhdetta. (Salo 2003, 45.) Kiintymyssuhde on käsitekonstruktio, joka kuvaa vanhemman ja lapsen välisen suhteen laatua (Lyytinen, Korkiakangas & Lyytinen 1997, 61). Kiintymyssuhteen kehittyminen vaatii aikaa, eikä se ole automaattista. Salon (2003, 45) mukaan vauva voi kiinnittyä vain niihin ihmisiin, jotka ovat lapsen ensimmäisen vuoden aikana ajallisesti riittävän paljon läsnä hänen kanssaan. Samanlaiset tutut rutiinit samojen aikuisten kanssa muodostavat lapselle tunteen jatkuvuudesta ja tätä myöten myös tunteen perusturvallisuudesta. Myös varhaista vuorovaikutusta ja yleensäkin hoitajan saatavilla oloa tarvitaan kiintymyssuhteen muotoutumisessa.

Yksilön kiintymyssuhteen laatua hänen elämänsä aikana pidetään melko pysyvänä. Toisaalta se ei ole luonteenpiirre, eivätkä yksilön kiintymyssuhdemallit ole aina kaikilla ihmisillä samanlaisia. Kiintymyssuhde voi myös muuttua, jos esimerkiksi vanhempi muuttaa reagoitintapaansa lapsen tarpeisiin eri-ikäisenä. (Tamminen 2004, 51.) Juuri tämän takia Pidä kiinni –hoitojärjestelmä on erityislaatuinen, sillä riittävällä tuella ja ohjauksella voidaan tukea vanhemman varhaista vuorovaikutusta lapseen. Tämä vanhemman kyky varhaiseen vuorovaikutukseen voi ohjauksen ansiosta muuttua ja parantua päihteettömän ajan ja kuntoutuksen edetessä.

Turvallisesti kiintynyt lapsi kokee, että kun hän ilmaisee sisäisiä hädän kokemuksia, ne johtavat hoivan saamiseen. Tällainen yleistynyt käsitys on syntynyt lapselle toistuvien arkikokemusten kautta. Näin ollen hän on myös oppinut luottamaan siihen, että hän uskaltaa näyttää todellisia tunteitaan. Turvallisen kiintymyssuhteen ansiosta lapselle jää voimavaroja ympäristön tutkimiseen ja omaan kehitykseen. (Salo 2003, 62.) Turvallisesti kiintyneet lapset ovat esimerkiksi sosiaalisesti kehittyneempiä ja taitavampia haastavissa ongelmanratkaisutehtävissä äitinsä kanssa, pystyvät helpommin siirtymään leikkimään yhdessä ikätovereidensa kanssa ja selviävät esikouluiässä paremmin sekä sosiaalisissa että suorituskeskeisissä tilanteissa kuin turvattomasti kiintyneet lapset (Lyytinen ym. 1997, 61).

Vauvan vakaa emotionaalinen säätelyjärjestelmä turvaa yhteyden tunteen silloin, kun lapsen turvanhakustrategiat ja kiintymysmekanismit aktivoituvat stressitilanteissa. Jos kiintymyssuhde muodostuu vauvavaiheessa turvattomaksi, ei myöskään muu myöhempi emotionaalinen vanhempilapsisuhde pääse välttämättä kehittymään vastavuoroiseksi ja avoimeksi kyvyksi reagoida ja havainnoida toisen osapuolen kommunikaatioon. Toisen tunnetilalle avoin ja virittynyt avoin emotionaalinen vuorovaikutus tukee lapsen optimaalista kehitystä koko läpi hänen lapsuutensa. Toisaalta on myös tärkeää, että tuetaan lapsen itsenäistymiskehitystä ja annetaan tilaa lapsen omalle suuntautumiselle ja aloitteille itsen ja ympäristöön. Lapsen ollessa emotionaalisesti läsnä ja hänen reagoidessaan vanhemman tunneilmaisuihin, lapsi antaa samalla palautetta aikuisen toiminnasta. Tämä taas voi parhaimmillaan vahvistaa vanhemman kokemusta siitä, miten merkityksellinen hän itse on omalle lapselleen. (Salo & Flykt 2013, 407 & 412.)

McGinnin mukaan (2000, 279) kiintymystä (attachment) ja kiinnittymistä (bonding) saateen joskus käyttää synonyymeina, vaikka niillä yleensä käsitteinä tarkoitetaan kahta eri asiaa. Kiintymys on psykologinen tai kiintymyksen tunteiden kautta muodostuva tekijä, joka kehittyy syntymän jälkeen, kun taas kiinnittymisellä tarkoitetaan vanhempien ja lapsen välisen suhteen biologista tai hormonaalista tekijää, joka saa alkunsa jo raskauden aikana. Kiintymys on tunteellinen side, joka sisältää vahvan tunteen siitä, että kiintymyksen kohde on korvaamaton. Terve kiintymys ei ole tärkeä vain itsessään, vaan myös siksi, että se juurruttaa tunteen luottamuksesta aikuisiin ja yleensäkin maailmaan. Tämä taas vaikuttaa jokaiseen aspektiin lapsen tulevaisuuden ihmissuhteissa.

Lapsen kiintymyssuhteiden tukeminen on tärkeää sen takia, että lapsuudessa luodaan pohja myös aikuisuudelle, koko tulevalle elämälle. Männikön (2001, 120) tutkimusten mukaan aikuistenkin kiintymystyyliellä on laaja-alaisia vaikutuksia elämän eri osa-alueisiin. Varhaislapsuuden ihmissuhdekokemukset tallentuvat yksilön muistiin suhteellisen pysyviksi, muihin ja itseen liittyviksi käsityksiksi, jotka taas luovat perustan kiintymystyylielle. Muotoutuneet käsitykset ohjaavat ihmisen käyttäytymistä, tulkintaa, havaitsemista ja tunnereaktioita myöhemmissä elämäntilanteissa ja ihmissuhteissa. Myös Lyden ja Suchman (2013, 109) ovat todenneet, että varhaisessa vaikutuksessa muodostuneet kiintymysmallit liittyvät muihin tuleviin ihmissuhteisiin. Nämä muodostuneet kiintymysmallit ohjaavat yksilöllistä käyttäytymistä ja määrittelevät kaikkia tulevia tärkeitä kiintymyssuhteita. Tältä pohjalta voisikin ajatella, että kiintymyssuhteilla on kokonaisvaltainen ja suuri merkitys myös siihen, kuinka tunteet ja niiden käsittely vaikuttavat yksilön koko elämään ja sitä myötä myös hyvinvointiin. Kykymme säädellä ja kokea tunteita tilanteisiin sopivalla tavalla ja asianmukaisesti vaikuttaa elämämme laatuun (Korkeila 2008, 691). Kiintymyssuhteiden tärkeyttä kuvaa se, kuinka monet tutkijat ovat korostaneet kiintymyssuhteen merkitystä mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä koko ihmisen elämänkaaren aikana (Tamminen 2004, 51). Varhaisen vuorovaikutuksen ja näin ollen kiintymyssuhteen tukeminen on merkittävää ja kauaskantoista. Sekä lapsi että vanhempi hyötyvät hyvän kiintymyssuhteen myönteisistä vaikutuksista. Myös Pajulo (2011, 1189) toteaa, että äidin ja lapsen suhteen hoitaminen jo raskausaikana kannattaa vanhemmuuden laadun parantamiseksi ja vanhempien pysyvemmän päih-teettömyyden saavuttamiseksi.

2.5 Päihderiippuvuus vauvaperheessä

Alkoholin kohtuukäyttö ei tavallisesti aiheuta vakavia haittoja perhe-elämälle. Sen sijaan alkoholin suurkulutus, tupakka ja huumeet ovat haitallisia käyttäjän terveydelle ja sosiaaliselle kuntoisuudelle sekä haittaavat myös lähiympäristöä, erityisesti omaa perhettä. Uhkana on, että perhe kärsii perheenjäsenen päihdeongelmasta, ja perhe saattaa myös hajota tällaisessa tilanteessa. Vaikka perheenjäsenet tuntisivatkin olonsa avuttomiksi, voivat he silti toimia voimavarana, kun aletaan etsiä muutosta perheen hyvinvointiin ja päihteiden käyttöön. Perheen eri osapuolten yhdistetyt voimavarat voivat lisätä positiivisen lopputuloksen todennäköisyyttä. (Mäkelä, Fagerström & Niskasaari 2009, 238.)

Nykyisessä päihdehuoltolaissa päihteillä tarkoitetaan alkoholia, huumeita ja päihdyttäviä lääkkeitä. Tupakka aiheuttaa myös vahvaa riippuvuutta, vaikka se ei näykään ulospäin päihetyksenä. Tupakointi voi kuitenkin liittyä muiden päihteiden ongelmakäytön aloittamiseen ja voi myös vaikeuttaa ongelmakäytön lopettamista. Systemisesti ajateltuna yksittäisen päihdeongelmaisen ihmisen lisäksi nähdään myös hänen perheensä ja ympäristönsä muodostama kokonaisuus ja siinä esiintyvät vuorovaikutusmallit. Esimerkiksi perheväkivalta ja päihteiden ongelmakäyttö ovat ihmissysteemien epätarkoituksenmukaista toimintaa. Yksin asuvilla päihdeongelmaisilla voi olla entisiä perheenjäseniä, jotka kannattaisi ottaa mukaan päihdeongelmaisen hoitoprosessiin. Yhdessä työskentely voi hyödyntää kaikkia osapuolia, ja esimerkiksi yhteydet omiin lapsiin saattavat palautua ja parantua. (Mäkelä ym. 2009, 229.) Näin ollen päihdeongelmaa on viisasta hoitaa kokonaisvaltaisesti yhdessä muiden läheisten kanssa, jotta saavutetaan mahdollisimman kattava lopputulos, jossa läheiset voivat olla mukana asianomaisen elämässä hoitoprosessin jälkeenkin. Perheenjäsenten vuorovaikutuksellinen säätely on dynaaminen prosessi, jossa kaikkien osallistujien teot saavat merkityksen suhteessa toisiinsa. Tällöin on tärkeää, että kaikki perheen vuorovaikutussuhteet ja niiden vaikutukset eri perheenjäsenten hyvinvointiin on huomioitava. (Isosävi & Lundén 2013, 380.)

Yksilön kaikki sosiaaliset ongelmat eivät välttämättä ole yksilön omia, vaan ne saattavat juontua läheisiltä perheenjäseniltä. Esimerkiksi omien vanhempien elämän ongelmat, kuten päihdeongelmat, voivat olla myös heidän lapsien ongelmien osa-aiheuttajana. Ongelmien

ylisukupolvisuudessa, toisin sanoen sosiaalisessa perimässä, voi olla paljon vaihtelua eri yksilöiden välillä. Ylisukupolvisten ongelmien vaikutukset riippuvat lapsen muista ympäristö- ja tilannetekijöistä, perheen sosiaalisesta asemasta, perheen resursseista, lapsen omista ominaisuuksista sekä perheen muiden jäsenten ominaisuuksista. Oikein kohdennetulla tuella ja avulla voidaan ehkäistä ongelmien ylisukupolvista periytymistä. Viime aikoina onkin alettu tarkastelemaan yhä vahvemmin lasta ja hänen oikeuksiaan mahdollisimman turvattuun lapsuuteen. (Raitasalo & Holmila 2012, 53.)

Vanhemman päihdeongelma itsessään jo vaikuttaa hänen lapseensa, mutta päihdeongelma voi merkitä myös puutteita kasvuympäristössä. Esimerkiksi lapsen terveystarpeet voivat tällöin johtua riittämättömästä huolenpidosta ja hoidosta tai hoitamattomasta kodista, mikä taas voi johtaa sairasteluun, tapaturmiin ja erilaisiin psyykkiseen käyttäytymiseen ja kehityksen häiriöihin. Päihteitä runsaasti käyttävät vanhemmat saattavat laiminlyödä tehtäviään, eivät välttämättä vastaa lapsen tarpeisiin eivätkä pysty luomaan turvallista arkea. Päihdeperheiden lasten elämää leimaavat vastuunotto aikuisten tehtävistä, sosiaalinen eristäytyminen, arkielämän jatkuva kaoottisuus, huoli tulevasta ja taloudelliset ongelmat. Kuitenkin usein päihdeiden käyttö on yksi perheen monista ongelmista. (Raitasalo & Holmila 2012, 54–55.)

Raitasalon ja Holmilan tutkimuksessa (2012, 59) tuli ilmi äidin päihdeongelman ja lapsen sairastavuuden välinen yhteys, joka voi johtua lapsen arkisen elinympäristön tekijöistä, jotka rasittavat lapsen terveyttä. Näitä voivat olla lapsen kokema henkinen rasitus, jatkuva stressi, hoidon puutteet, puutteellinen ravinto, unen puute, huonot asuinolot tai sairaan lapsen riittämättömän kotihoito. Toisaalta on myös sellaisia oireita ja sairauksia, jotka voivat johtua suoraan äidin päihteiden käytöstä raskauden aikana. Tästä esimerkkejä ovat raskaudenaikaisen alkoholin käytön aiheuttamat oireyhtymät ja huumeita käyttävien äitien vauvojen vieroitusoireet. Lapsen psyykkiset ongelmat voivat johtua olosuhteista tai pahentua niiden takia. Stressin oireet alkavat näkyä, kun koko elämäntilanteen negatiiviset kokemukset ovat jatkuvasti yleisempiä ja voimakkaampia kuin positiiviset kokemukset (Saarinen, Ruoppala & Korhonen 1994, 229). Keltikangas-Järvisen (2008, 213) mukaan stressinsieto ja stressiherkkyys kehittyvät ihmisellä jo varhain, mutta stressiherkyyteen voidaan myös vaikuttaa. Tämä on myös yksi huomioon otettavista syistä, miksi ennaltaehkäisy ja esimerkiksi sijoittaminen uuteen kasvuympäristöön ovat niin merkittäviä asioita juuri varhaisessa lapsuudessa. Toisaalta myönteiset ihmissuhteet, positiivinen asenne ja yksilöllinen sopeutumiskyky voivat tasapainottaa negatiivisista tekijöistä johtuvia vaikutuksia (Saarinen ym. 1994, 32).

3 Pidä kiinni –hoitojärjestelmä

Kolmannessa luvussa esitellään Ensi- ja turvakotienliiton Pidä kiinni –hoitojärjestelmä. Käsitteilyssä on hoitojärjestelmän historia, sen tehtävät ja erityislaatuisuus. Lisäksi tässä luvussa käydään läpi joitakin Pidä kiinni –hoitojärjestelmää koskevia tutkimustuloksia, jotka myös liittyvät aiheiltansa tähän tutkimukseen.

3.1 Pidä kiinni –hoitojärjestelmä ja sen erityisyys

Jo 1980-luvulla Ensi- ja turvakotienliiton jäsenyhdistysten ensikodeissa oli äitejä, joilla oli päihdeongelmia. Vuonna 1990 perustettiin Helsinkiin Oulunkylän ensikoti, joka myönteisillä kokemuksillaan hoidon vaikuttavuudesta rohkaisi luomaan lisää kuntoutuspaikkoja. Tällöin ilmeni selkeä tarve luoda oma hoitomalli raskaana olevien päihdekuntoutukseen, perustaa lisää ensikoteja ja kehittää myös avopalvelua. Tällöin Ensi- ja turvakotienliitto haki projektilleen rahoitusta RAY:lta. Pidä kiinni –niminen projekti alkoi vuonna 1998. Sen tehtävänä oli kehittää valtakunnallinen hoitomalli päihdeongelmaisille vauvaperheille ja raskaana oleville naisille. Luodussa hoitomallissa tavoitteena oli ehkäistä ja vähentää sikiövaurioita tukemalla raskaudenaikaista päihdeettömyyttä. Pidä kiinni -hoitomallissa pyritään tukemaan vauvan ja hänen vanhempansa varhaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä ja vanhemmuutta sellaisissa perheissä, joissa joko äidillä tai molemmilla vanhemmilla on päihdeongelma. Projektin ja rahoituksen kasvaessa myös Pidä kiinni –hoitojärjestelmä vähitellen kasvoi. Pidä kiinni –hoitojärjestelmä oli jo projektin aikoihin mukana kehittämässä päihdeongelmaisten vauvaperheiden ja raskaana olevien tukemista, kohtaamista ja kuntoutukseen ohjausta sosiaali- ja terveysalalla. (Andersson ym. 2013, 11, 20–21.)

Julkisuudessa suhtaudutaan päihdeongelmaisiin raskaana oleviin naisiin ja vauvaperheisiin edelleen tuomitsevasti. Heitä syytellään, ei ymmärretä ja vaaditaan pakkohoitoon. Näiden kovien arvojen alla saattavat päihdeongelmaiset vanhemmat jäädä pelkojensa kanssa yksin. Tavallisen kansan ja viranomaisten asenteet saattavat pahimmillaan estää vanhempia hakemasta apua tarjolla olevista palveluista. Vaatii itsetuntoa, häpeän voittamista ja uskallusta kertoa päihdeongelmistaan ja pyytää apua erityisesti, jos vielä silloinkin joutuu negatiivisten asenteiden kohteeksi. On huomioitava, että erilaiset päihdeongelmat eivät tule vain yksilöstä

itsestään, vaan myös monet yhteiskunnalliset rakenteet voivat vaikuttaa erilaisten päihdeongelmien syntyyn. Pidä kiinni –yksiköissä asiakkaat voivat saada työntekijöiltä aitoa hyväksyntää ja välittämistä, joka ei perustu ansaitsemiseen, vaan on jokaiselle kuuluvaa ihmisarvoa. Luottamuksen ja toiveikkuuden asenteet voivat auttaa vanhempaa hänen kuntoutumisessaan. (Hyytinen 2013, 89, 107.)

Yksi kiinnipitävän ympäristön ja kuntouttavan ilmapiirin edellytys on luottamus. Tämä tarkoittaa Pidä kiinni –hoitojärjestelmän kuntoutuksessa vallitsevaa ilmapiiriä ja työntekijän lähtökohtaista luottamusta asiakkaaseen. Kuntoutukseen tullessaan asiakkaiden täytyy kohdata sellainen ilmapiiri, jossa heidän kuntoutumishalunsa ja motivoituneisuutensa eivät joudu epäilyksen alaisiksi. Pidä kiinni –hoitojärjestelmässä luottamuksen nähdään ruokkivan lisää luottamusta, jonka avulla kuntoutumiselle tulee hyvät lähtökohdat. (Hyytinen 2013, 94.)

Vanhempien kokemukset päihdemaailmassa ovat saattaneet olla hyvinkin rikkovia ja traumatisoivia. Uudelleen rakentumista ja eheytymistä voivat edesauttaa uudet, korjaavat kokemukset. Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodeissa asiakas voi parhaimmillaan saada korjaavia kokemuksia asiakassuhteissa työntekijöiden ja yhteisössä tapahtuvan keskinäisen vuorovaikutuksen ansiosta. Ensikodeissa eletään yhteisössä päihteetöntä arkea, jossa asioista yhdessä keskusteltaessa saadaan myös tilaisuuksia oman ajattelun reflektointiin ja sen mahdolliseen muuttamiseen. (Hyytinen 2013, 99 & 101.)

Asiakkaan oman päätöksen ja valinnan teko ovat korostuneet suomalaisessa lainsäädännössä ja päihdepolitiikassa. Pidä kiinni –hoitojärjestelmässä taas ajatuksena on, että vanhempien auttaminen mahdollistuu parhaiten silloin, kun auttajatahot ovat aidosti sitoutuneita ja kiinnostuneita tukemaan ja auttamaan asiakkaita. Työntekijöiden on aidosti uskottava siihen, että asiakkaita voidaan auttaa asiakasta kunnioittavassa ilmapiirissä, jossa tuetaan kuntoutusta hyvässä asiakassuhteessa. Asiakasvanhempien kunnioittaminen ja ihmisarvoinen kohdelu on ensisijaista Pidä kiinni –hoitojärjestelmässä. (Andersson ym. 2013, 13.)

Kuntoutus pyritään aloittamaan mahdollisimman varhain, mieluiten jo raskausaikana, päihdeongelmiin erikoistuneissa ensikodeissa. Yksi monista perusteista on se, että vauvaa pyritään suojaamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa päihteiden suorilta vaikutuksilta. Tärkeä peruste on myös se, että kuntoutuksen varhaisella vaikuttamisella voidaan saada vanhemman mielessä tilaa vauvalle ja sille, että vauva pysyisi vanhemman mielessä. Jo raskauden aikana vanhempi voi yhdessä työntekijän kanssa työstää mielikuvia ja niiden herättämiä

tunteita tulevasta lapsestaan. Tämä taas vahvistaa lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta. Lapsen syntymän jälkeen kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan vanhemman myönteisiä kokemuksia ja mielikuvia lapsestaan, yhdessäolosta ja vanhempana olemisesta. (Pajulo & Kalland 2013, 163–164.)

Myös reflektiivinen työote on Pidä kiinni –hoitojärjestelmässä hyvin läpileikkaava käsite. Reflektiivisyys on tullut ensikotityöhön lapsen ja vanhemman varhaisen vuorovaikutussuhteen tukemiseksi. Vanhempien reflektiivistä kykyä voidaan vahvistaa sekä yksilötyössä että yhteisön yhteisissä arkitilanteissa. Reflektiivisellä työotteella tuetaan vanhemman oman reflektiivisen kyvyn vahvistamisen lisäksi myös kaikkea vuorovaikutusta yhteisössä. Yhdessä pohditaan ja tutkitaan asioita. Tämä koskettaa asiakasyhteisöä, henkilökuntaa, itsereflektiota kuin myös erilaisia verkostoja. Reflektiivinen kyky ja sen kehittyminen näyttävät olevan olennainen tekijä siinä, kuinka joidenkin asiakkaiden hoidon vastaanottaminen onnistuu paremmin, ja kuinka joidenkin vauvojen ja vanhempien vuorovaikutus on laadukkaampaa. (Andersson ym. 2013, 14–15.)

Reflektiivisyys liittyy mentalisaatiokykyyn. Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä nähdä lapsi intentionaalisenä eli tavoitteellisenä yksilönä, jolla on omat uskomuksensa ja halunsa. Vanhemman jo raskausaikana kehittyvä reflektiivinen kyky näyttäisi olevan erityisen merkityksellistä lapsen kehityksen kannalta. Reflektiivisellä kyvyllä tarkoitetaan sitä, kuinka vanhempi pystyy mentalisoimaan lasta ja itseään vanhempana eli pitämään omaa ja toisen mieltä mielessä. Raskausajan mielikuvatyöskentelyillä voidaan auttaa äitiä raskausajan mielikuva-prosessissa ja vähentää äidin raskausajan stressin haitallisia vaikutuksia kohtuvauvaan, mikä taas voi ehkäistä tulevia ongelmia syntyvän vauvan kanssa. (Flykt & Ahlqvist-Björkroth 2013, 345–346, 350.)

3.2 Ensikotien asiakkaiden kokemukset kuntouksesta

Kuntoutuksessa ollessaan äiti voi turvallisessa hoivaympäristössä ajatella, tutkia ja muokata uudelleen omia mielikuviaan varhaisista kokemuksistaan. Samalla hän voi pohtia sitä, mitä hän haluaisi tehdä samoin tai toisin kuin omat vanhemmat. Kuntoutuksessa vanhempi voi kehittää vuorovaikutustaan lapseen niin, että hän oppii tunnistamaan erilaisia tunteita itsessä

ja toisessa sekä sitä, miten tunteet ja mielialat vaikuttavat toisiinsa ihmisten välillä. Vanhempi voi myös oppia tunteiden jakamista ja sitä, miten voi tulla riittävän usein oikein ymmärretyksi. Lapsen terveen kehityksen ja myöhemmin oman hyvän vanhemmuuden edellytys on ihmismielten välisten yhteyksien ymmärtäminen ja oppiminen. Tämä kyky voi kehittyä myös myöhemmin aikuisena riittävän pitkällä ja tiiviillä työstämisellä. Pidä kiinni –hoitojärjestelmän asiakasäidit ovatkin raportoineet uusista korjaamisen mahdollisuuksista, muutoksista moraalisisessa suhtautumisessaan ja muutoksista vastavuoroisuudesta ihmissuhteissaan. (Kalland & Pajulo 2013, 194–195.)

Pajulon ja Kallandin (2013, 189) tutkimuksessa kysyttiin ensikotien entisiltä asiakasäideiltä, mikä heille oli arvokkainta tai tärkeintä kuntoutuksessa. Haastatellut äidit olivat nimenneet melko arkisia asioita, kuten uusien taitojen ja asioiden oppiminen eli esimerkiksi laskujen maksaminen, vaipan vaihto ja yleensä vanhemmuuden oppiminen. He olivat pitäneet tärkeänä sitä, että ensikodissa oli ollut turvallista olla. Aina, kun tarvitsi apua, oli joku käytettävissä. Kunnioittavaa kohtelua pidettiin tärkeänä kokemuksena ensikodissa, samoin kuin henkilökohtaisia keskusteluita oman työntekijän kanssa. Ensikotien entiset asiakkaat pitivät tärkeänä tunteistaan oppimisen ja sen, että oppi tunnistamaan omia tunteita. Arvokkaana asiana päihdekuntoutuksessa pidettiin yhteisöä; sitä, että ympärillä oli samanlaisessa tilanteessa olevia muita naisia. Äitien mukaan kuntoutus ensikodissa auttoi pysymään erossa päihteistä. Nämä edellä mainitut asiat voidaan jakaa kolmenlaiseen ryhmään: emotionaaliset asiat, sosiaaliin suhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvät asiat sekä kognitiiviseen oppimiseen liittyvät käytännön asiat.

3.3 Elämäntilanne kuntoutuksen jälkeen

Tarkastelen tässä Pikulinskyn ja Tammivuoren (2013, 34, 54 & 91) tutkimusta, koska se kertoo Pidä kiinni –hoitojärjestelmän entisten asiakkaiden elämäntilanteista, mutta paljon myöhemmin kuntoutuksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa haastateltiin Oulunkylän ensikodin entisiä asiakkaita, joiden kuntoutusjaksojen alusta oli tutkimuksen tekovaiheessa kulunut kuudesta kahteentoista vuotta. Aloittaessaan päihdekuntoutuksen asiakkaat olivat olleet joko raskaana tai vastasyntyneen vauvan vanhempia. Kaikkien tutkittavien vanhempien elämä oli muuttunut paljon kuluneiden vuosien aikana. Haastateltavien tarinoista tuli ilmi, että osa päihderiippuvaisista vanhemmista oli kuntoutuksen myötä löytänyt omat voimavaransa ja

pystyi hallitsemaan omaa elämänsä. Kuntoutuksen jälkeen osa äideistä eli lapsiperheen arkea, johon kuului nuoremman lapsen hoitaminen kotona, opiskelu tai työssäkäynti. Puolella tutkimukseen osallistuneista oli perheen arkea jakamassa toinen aikuinen, toinen puoli tutkituista vastasi yksin perheestään. Pääsääntöisesti kaikki äidit olivat tyytyväisiä omaan elämäntilanteeseensa ja siihen, miten kuntoutuminen päihteistä oli vaikuttanut heidän elämänsä.

Kyseisessä haastattelussa tutkittavat pitivät itseään yhteiskuntaan kuuluvina tavallisina ihmisinä. Tähän kokemukseen liittyi työssä käynti ja siinä menestyminen ja onnistuminen sekä opintojen suorittaminen. Tähän kuului oma muuttunut käsitys itsestä, ihmissuhteet sekä lapset ja heistä huolehtiminen. Tarinoista tuli ilmi äitien halu menestyä elämän eri osa-alueilla työn lisäksi. Opiskelua pidettiin tärkeänä muun muassa itsensä kehittämisen, hyvän ammatin ja paremman toimeentulon takia. Opiskelu oli avannut joillekin äideille uusia onnistumisen kokemuksia ja arvostusta, jotka tukivat heidän uutta käsitystään itsestään. Lapset ja oma perhe olivat hyvin tärkeitä äideille, mutta heidän merkityksensä näyttäytyi eri tavoin eri äitien tarinoissa. Lapset ja heidän hyvinvointinsa olivat arvomaailmassa ensimmäisinä suurimmalle osalle äideistä, toisilla taas halu huolehtia itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan nousi etusijalle. Äidit kokivat, että oman hyvinvoinnin ja jaksamisen ylläpitämisen avulla he pystyivät paremmin hallitsemaan päihteidenkäyttöänsä sekä huolehtimaan paremmin lapsistaan. (Pikulinsky & Tammivuori 2013, 86, 90 & 94.)

Tutkimuksessa ilmeni, että äidit kokivat heillä olleen aikaisemmin ”päihdeäidin leima” itsensä, läheisten ja yhteiskunnan silmissä. Äitien kertomusten mukaan siitä poispääseminen oli kestänyt vuosia. Monia vuosia kuntoutuksen jälkeen, eli haastatteluhetkellä, äidit kokivat olevansa tavallisia ihmisiä muiden joukossa. Ympäristön suhtautuminen heihin oli muuttunut kuntoutuksen jälkeen. Sen jälkeen, kun ympäristön suhtautuminen oli muuttunut, alkoi vähitellen myös äitien oma suhtautuminen itseensä muuttua, mikä taas vahvisti äitien muuttuvaa minäkäsitystä. Myös äitien ihmissuhdetilanteet kuntoutuksen jälkeen nousivat esille tutkimuksessa. Osa oli solminut uusia ihmissuhteita henkilöiden kanssa, joilla ei ole päihdeongelmaa. Äidit kertoivat luoneensa oikeita ja pysyviä ystävyysuhteita verrattuna päihdeidenkäyttöaikaan, jolloin lähes kaikki kontaktit olivat perustuneet ihmisten välisiin hyöty-

suhteisiin ja niiden hyväksikäyttöön. Toisaalta osalla äideistä ei ollut läheisiä ystävyysuh- teita, joita he kaipasivat. Äitien suhtautuminen päihteisiin oli erilaista eri äitien kohdalla. Osalla eivät päihteet kuuluneet mitenkään enää omaan elämään, eivätkä nämä äidit halun- neet ottaa riskiä paluusta takaisin päihdemaailmaan. Osa äideistä taas ajatteli voitavansa käyt- tää joissakin harvoissa tilanteissa alkoholia ilman, että siitä on haittaa heille. Äitien kerto- musten mukaan heidän voimaantumisen on tapahtunut erilaisten onnistumisen kokemus- ten ja pienten tavoitteiden myötä. Myös koko kuntoutusprosessin ajan äidit asettivat itselleen pieniä tavoitteita elämän eri osa-alueilla. Vanhemmuus, lasten kanssa oleminen, opiskelu- ja työelämä olivat tarjonneet haastatelluille äideille monia myönteisiä kokemuksia. (Piku- linsky & Tammivuori 2013, 90, 86–87)

Elämäntilannetta voidaan tarkastella myös ihmisen elämänhallinnan kautta. Keltikangas-Jär- visen (2008, 255–256) mukaan elämänhallinnalla tarkoitetaan yksilön uskoa siihen, että hän voi itse vaikuttaa eri asioihin ja myös muuttaa oman elämänsä olosuhteita itselle mieluisam- miksi. Elämänhallinta on sitä, että ihminen pyrkii omalla toiminnallaan muuttamaan sellaisia sisäisiä tai ulkoisia olosuhteita, jotka hän arvioi itselleen liian raskaiksi. Tämän yksilö voi tehdä muuttamalla omia tulkintatapoja tai muuttamalla konkreettisesti olosuhteita toisen- laisiksi. Elämänhallinta on hyvin pitkälti samaa kuin stressin hallinta ja sitä voidaan kutsua myös sisäiseksi kontrolliksi. Kyse on siitä, näkeekö ihminen ohjaavansa omaa elämäänsä vai kokeeko hän oman elämänsä olevan joukko sattumanvaraisia tapahtumia. Elämänhallinnasta voidaan puhua myös tilannesidonnaisesti. Elämänhallinta ei välttämättä ole ominaisuus, joka vaihtelee ihmisestä toiseen, vaan sillä voidaan tarkoittaa tunnetta, joka myös vaihtelee eri tilanteiden välillä. Toisin sanoen tunne oman elämän hallinnasta liittyy senhetkiseen elämän- tilanteeseen ja siihen, kuinka yksilö itse kokee sen. Edellä kuvatun tutkimuksen tuloksista ilmenee, että pääosa haastatelluista äideistä on saavuttanut hyvän elämänhallinnan. Heillä on ollut tavoitteet elämänsä suunnalle ja he ovat pystyneet muuttamaan hyvinkin radikaalisti omaa elämäänsä päihteidenkäyttäjistä päihteettömäksi ja elämäntilanteeseensa tyyty- väiseksi kansalaiseksi.

4 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut

Tässä luvussa esitellään tämän tutkimuksen metodologiaa. Tässä tutkimuksessa analysointi- ja tulkintatapana käytettiin jatkuvaa vertailun menetelmää, joka on osa ground theorya.

4.1 Metodologia

Toteutan tutkimukseni pääosin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimukseni on myös osittain kvantitatiivinen eli määrällinen, sillä olen laskenut asiakkaiden kuntoutusjaksojen pituuksia, niiden keskiarvoa ja asiakkaiden määriä erilaisissa luokituksissa. Tässä tutkielmassa analysoin tutkimusmateriaalia jatkuvan vertailun menetelmällä, joka on grounded theory –metodologiaan kuuluva analyysitapa. Kyseisestä metodologiasta käytetään erilaisia termejä, mutta tässä tutkielmassa siitä käytetään alkuperäistä nimitystä grounded theory. (Holopainen 2011, 232.)

4.2 Grounded theory

Grounded theory:n isinä pidetään Anselm L. Straussia ja Barney G. Glaseria, jotka kuvasivat yhdessä kyseisen menetelmän ensimmäisen kerran vuonna 1967. Tätä myöhemmin heidän näkemyksensä grounded theory:sta eriytyivät, ja he molemmat jatkoivat menetelmän kehittämistä omista näkökulmistaan käsin. Nykyisin grounded theory:ssa on useita erilaisia lähestymistapoja, mutta glaserilainen ja straussilainen ovat niistä tunnetuimmat. Näille kaikille lähestymistavoille on kuitenkin yhteistä se, että niissä aineisto kootaan laadullisen aineiston keruumenetelmin, ja analyysissä sekä teorian muodostuksessa korostetaan käytäntöä. (Holopainen 2011, 232–234.)

Grounded theory sopii esimerkiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvan toiminnan tutkimiseen, josta ilmiölle annetuista toimintaa muokkaavista yksilöllisistä merkityksistä tiedetään vielä toistaiseksi vähän. Tarkoituksena on tuottaa aineistolähtöisellä tutkimisella ilmiöstä teoria, käsitejärjestelmä tai malli esimerkiksi siitä, kuinka jokin muuttuu tai kehittyy sosiaalisessa rakenteessa tai sosiaalispsykologisessa prosessissa. Sosiaalinen vuorovaikutus on dynaamista, tilanteeseen ja aikaan sidottua. Grounded theory:n ideana on löytää se liike,

joka kuvaa ilmiön muutosta tai kehitystä. (Holopainen 2011, 235.) Pidä kiinni –hoitojärjestelmän päihdekuntoutus on vielä nuori hoitomuoto. Näin ollen grounded theory sopii hyvin tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan vielä vähän tutkittua ilmiötä, eli Pidä kiinni –ensikotien asiakkaiden elämäntilanteita kuntoutuksen jälkeen. Niin tämän tutkijan kuin grounded theory –menetelmänkin mielenkiinnon kohteena ovat ihminen ja hänen toimintansa erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa (Holopainen 2011, 236).

Tässä tutkimuksessa tutkimustehtävien määrittely oli alussa melko häilyvää, ja ne tarkentui-
vat vasta tutkimusprosessin edetessä. Tämä on tyypillistä myös grounded theory:lle. Aineis-
ton keruu tapahtuu grounded theory:ssa samoilla periaatteilla kuin muissakin laadullisissa
tutkimuksissa. Jälkiarviointilomake on aineiston keruumenetelmänä nimeltään avoin kysely,
joka sopii myös grounded theory:n tutkimustapoihin. Ground theory:ssa tutkittavina käyte-
tään usein sellaisia henkilöitä, joilla on mahdollisimman monipuolista kokemusta ja tietoa
tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa jälkiarviointilomakkeita varten on haastateltu
avoimilla kysymyksillä itse asiakkaita, eikä esimerkiksi heidän elämänsä ulkopuolelta seu-
raavia. Ground theory:ssa aineiston saturaatio eli kylläisyys on tärkeää. Aineistoa kerätään
niin kauan, että se ei enää anna uutta tietoa kehitettävään teoriaan. Tärkeintä ei kuitenkaan
ole tutkittavien määrä, vaan tutkimusaineiston laatu. Grounded theoryssa voi olla hyötyä
tutkijan aikaisemmasta kokemuksesta ja tietämyksestä, koska se voi lisätä tutkijan teoret-
tista herkkyyttä. (Holopainen 2011, 236–238.) Tälle tutkimukselle on eduksi, että tutkijalla
on työ- ja harjoittelukokemusta Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodissa. Tämän ansiosta
tuntematonkin aineisto tuntuu aihepiiriltään tutulta, ja tutkija pystyy kiinnittämään sellaisiin
asioihin huomiota, joita muutoin ei olisi ajatellut.

4.3 Jatkuvan vertailun menetelmä

Aineiston analysointi ja tulkinta toteutettiin grounded theory –metodologian mukaisesti jat-
kuvan vertailun menetelmällä (Siitonen 1999, 6). Jatkuvan vertailun menetelmä on induktii-
vinen tapa tutkia. Sen avulla rakennetaan teoriaa askel askeleelta. Tämä menetelmä on eks-
plisiittinen ja systemaattinen koodaus- ja analyysiprosessi, jonka avulla voidaan luoda teoria.
(Tuominen-Eilola, 2015.) Tässä tutkimuksessa edettiin, kuten Tuominen-Eilolan (2015) oh-
jeistuksessa koskien jatkuvan vertailun menetelmää. Tässä tutkimuksessa vertailtiin siis en-
sin asiakkaiden vastauksia toisiinsa. Näistä vastauksista pyrittiin löytämään samankaltai-

suuksia ja niiden vaihtelevia ehtoja, joiden myötä yleistettiin käsitteitä ja hypoteeseja. Luo-
tuja käsitteitä verrattiin sitten taas uusiin tapauksiin. Jos muut uudet vastaukset lisäsivät teo-
reettisia ominaisuuksia jo luoduille käsitteille, niitä kehitettiin eteenpäin. Jos vastaukset taas
toivat ilmi uuden yhtenevän ominaisuuden tapausten välillä, luotiin uusi käsite. Jos nämä
uudet kehitetyt käsitteet antoivat aihetta lisähypoteeseille, muotoiltiin ne myös. Eli käsitteitä
työstettiin teoreettisesti eteenpäin, niitä näytettiin toteen ja tarvittaessa luotiin uusia käsit-
teitä. Lopuksi näitä käsitteitä verrattiin toisiinsa. Tarkoituksena oli saada aikaan käsitteyhdis-
telmiä niistä käsitteistä, jotka sopivat parhaiten yhteen. Lisäksi luotiin yläkäsitteitä käsitteel-
lisille yhdistelmille ja käsitteelliset yhteydet niiden yläkäsitteiden välille, jotka viittasivat
samaan asiaan. Tarkoituksena oli myös luoda hypoteeseja, jotka muodostuivat yhdistämällä
käsitteiden välisiä yhteyksiä. Lopuksi valmiina on teoria, joka on muodostunut prosessin
aikana luoduista hypoteeseista.

Myös Holopaisen (2011, 244–255) ohjeistus oli mukana tässä tutkimuksessa. Tässä tutki-
muksessa oli tarkoituksena luoda aineiston pohjalta substantiivinen teoria, joka kohdistuu
rajatulle tietylle aihealueelle. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa kirjoittamalla haastatte-
luja puhtaaksi paperilta tietokoneelle muodostui jo samalla yleiskuva aineistosta. Tässä vai-
heessa voi tunnistaa erilaisia ajatuskokonaisuuksia aineistosta ja tekstiä jo osin koodatakin.
Toisessa vaiheessa koodeja yhdisteltiin, muodostettiin alakategorioita ja tunnistettiin erilai-
sia ulottuvuuksia aineistossa. Kategoriat hahmottuivat toisessa vaiheessa ja kolmannessa
vaiheessa ne täsmentyivät, kun kategorioita kuvaavia ominaisuuksia ja ulottuvuuksia tunnis-
tettiin yhä paremmin. Neljännessä vaiheessa löytyi kategorioiden välisiä suhteita ja viiden-
nessä vaiheessa voitiin nimetä ydinkategoria, joka yhdisti kaikki muut kategoriat ja selitti
kokonaisuutta. Tässä vaiheessa voitiin luoda substantiivinen malli tutkittavasta aiheesta.
Tässä tutkimuksessa lomakkeen kolmesta eri kysymyksestä muodostettiin kolme eri mallia
kustakin aiheesta sisältäen siis myös kolme eri ydinkategoriaa.

Siitosen mukaan (1999, 48–48) aineistolähtöinen tutkimus aloitetaan aineiston koodauk-
sella, jossa vapaasti koodataan aineistoa, josta nousee samalla esille myös erilaisia kategori-
oita. Myös etukäteen valittuihin kategorioihin koodataan aineistoa. Tässä tutkimuksessa jäl-
kiarviointilomakkeiden kysymykset ohjasivat etukäteen valittujen kategorioiden valintaa ja

nimeämistä. Jatkuvan vertailun menetelmässä analyysi ja koodaus voivat tapahtua rinnakkain, samanaikaisina tapahtumina (Silvonen & Keso 1999, 90). Aineiston koodaamisen ja kategorioihin luokittelun jälkeen kategorioita vertaillaan keskenään. Kategorioiden valitsemisen ja niiden lisätiedoilla täydentämisen jälkeen etsitään aineistosta ydinkäsite. Tämän jälkeen kategorioihin haetaan lisänäkemystä kirjallisuudesta. Tässä tutkimuksessa teoriaa ja aiheen lisänäkemystä kertyi koko tutkimuksen teon ajan. Esille nousi monia eri puolia asiakkaiden elämäntilanteista, koska jo jälkiarviointilomakkeissa oli kysymyksiä asiakkaiden elämäntilanteesta eri näkökulmista. Tämän takia jo ennen analyysivaihetta hypoteesi oli, että tutkimukseen muodostuisi enemmän kuin yksi ydinkategoria, koska jälkiarviointilomakkeiden kysymysaiheitakin oli erilaisia. Nämä eri kysymyksiin (”tuki kuntoutuksen jälkeen”, ”lapsen elämäntilanne” ja ”aikuisen elämäntilanne”) viittaavat aineistojen ydinkäsitteet integroitiin eli yhdistettiin teoriassa lopulta kokonaisuudeksi. Tämä yhdistely näkyi muun muassa tutkimustulosten esittelyssä. Tällaista grounded theory –tyyppistä tutkimusta tekevä ei voi etukäteen tietää, mitä asioita ja tietoa alueita aineistosta löytyy. Lopuksi ydinkäsitteiden ympärille kirjoitetaankin formaalia teoriaa, joka tukee ja antaa lisätietoja koskien muodostettua teoriaa ja sen käsitteitä. (Siitonen 1999, 51–54.)

Aineiston tulkitsemisessa tarvitaan teoreettista sensitiivisyyttä, jotta tutkittava aihe voitaisiin saada käsitteelliseen muotoon. Teoreettinen sensitiivisyys tarkoittaa kykyä muokata ja hallita teoreettista tietoa tutkimusaiheesta. Siihen kuuluvat myös tutkijan oma temperamentti ja persoonallinen työtyyli. Tavoitteena ei ole vain kuvata tutkimuskohdetta, vaan myös luoda sitä koskevaa teoriaa. (Silvonen & Keso 1999, 90.) Pidä kiinni –hoitojärjestelmä on vielä kohtalaisen nuori järjestelmä, jota kehitetään jatkuvasti eteenpäin. Tämän hoitojärjestelmän ulkopuolelta tulevaa tutkimusta ei ole vielä paljon, ja ensikotien päihdekuntoutuksessa on monia uusia ja hyviä lisätutkimusaiheita. Täten ground theory –tyyppistä tutkimusmenetelmää voidaan pitää hyvänä valintana melko uuden tutkimuskohteen tutkimisessa. Aineistolähtöisen tutkimuksen kautta saadaan lisää tietoa kyseisestä aiheesta ja näin voidaan luoda myös uutta teoriaa, joka toivottavasti auttaa kehittämään työtä jatkossa.

5 Tutkimuksen toteutus

Viidennessä luvussa esitellään tutkimuksen toteutusta, tutkimusasetelmaa ja tutkimuskysymyksiä. Lisäksi tässä luvussa kerrotaan tutkimusaineistosta, sen keruusta ja aineiston analysoinnista.

5.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymys on se, millaisia Pidä kiinni -hoitojärjestelmän ensikotien asiakkaiden elämäntilanteet ovat kuntoutuksen jälkeen. Tarkasteluajankohtana ovat asiakkaiden haastattelut, jotka on tehty joko puoli vuotta ja/tai vuosi kuntoutuksen loppumisen jälkeen. Tätä tutkimusongelmaa pyrittiin selvittämään seuraavien kysymysten avulla:

1. Millaisia kuvauksia ensikotien entiset asiakkaat kertovat heidän elämäntilanteestaan, kun päihdekuntoutukselta on aikaa puoli vuotta ja/tai vuosi? Tätä elämäntilannetta tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta:

- a. Tuki kuntoutuksen jälkeen
- b. Ensikodin entisen asiakasaikuisen elämäntilanne
- c. Ensikodin entisen asiakaslapsen elämäntilanne

5.2 Tutkimusaineisto ja sen keruu

Tarkoituksena oli toteuttaa jatkuvan vertailun menetelmällä aineistolähtöinen tutkimus. Tutkimuksessani tarkasteltiin valmista aineistoa, joka koostui Pidä kiinni -hoitojärjestelmän ensikotien vanhojen asiakkaiden jälkiarviointilomakkeista. Mukana oli eri ensikoteja ympäri Suomea, jotta tulokset voitiin mahdollisimman hyvin yleistää kuvaamaan koko Pidä kiinni -hoitojärjestelmää. Ensi- ja turvakotien liitosta pyydettiin tutkimusmateriaaliksi sovitusti jälkiarviointilomakkeita asiakkaista, joiden kuntoutusjakso oli päättynyt joko vuonna 2011 ja 2012. Ei-tavoitettujen asiakkaiden määrä kuntoutuksen ajankohdalta vuosilta 2011 ja 2012 on myös kerrottu tässä tutkimuksessa, jotta kokonaiskuva säilyisi mahdollisimman todelli-

senä. Mukaan tutkimukseen ei otettu mukaan niitä asiakkaita, jotka olivat olleet kuntoutuksessa alle kolme kuukautta. Hyvin lyhyissä kuntoutusjaksoissa ei välttämättä saavuteta tavoiteltuja pysyviä ja yhtä kestäviä tuloksia kuin suositelluissa pidemmissä jaksoissa. Tämän takia myös lyhyimpiä kuntoutusjaksoja ei otettu huomioon tässä tutkimuksessa, sillä ne eivät kerro tarkoituksenmukaisen pitkän kuntoutusjakson vaikutuksista. Lisäksi lyhyissä kuntoutusjaksoissa saattaa olla myös kyse kuntoutuksen äkillisestä keskeytymisestä jostain ei-suunnitellusta syystä. Mukaan tutkimukseen ei myöskään otettu niitä asiakasperheitä, joita ei saatu tavoitettua jälkiarviointilomaketta varten.

Jälkiarviointilomakkeet kuuluvat rutiininomaisesti Pidä kiinni –hoitojärjestelmän kuntoutuksen jälkeiseen aikaan. Näin ollen voidaan ajatella, että asiakkaat olivat vastanneet sen mukaisesti. Toisin sanoen lomakkeiden vastaukset eivät ole vääristyneet esimerkiksi sen takia, että asiakkaat olisivat tienneet vastausten tulevan vain tiettyä tutkimusta varten. Tutkimusmetodin valinta vahvistui tutkimusaineistoon tutustumisen myötä. Tämän tutkimuksen tekeminen edellytti lupaa käyttää jälkiarviointilomakkeista kerättyjä tietoja. Ensi- ja turvakotien liitto antoi luvan käyttää tutkimuksessa jälkiarviointilomakkeita. Asiakkaat ovat tässä tutkimuksessa anonyymeja eli heidän henkilöllisyystietojaan ei ollut tutkijan tiedossa, mikä taas lisää tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimusaineisto oli vain tutkijan käytössä ja se hävitettiin tutkimuksen valmistuttua asianmukaisesti. Tutkimuksen tekemisen eettisyys ja luotettavuus huomioitiin tutkimuksen teon eri vaiheissa koko tutkimusprosessin ajan ja se osoitetaan tutkimuksessa.

Ensi- ja turvakotien liitto toimitti viiden eri ensikodin jälkiarviointilomakkeita niiltä asiakailta, joiden kuntoutus loppui vuonna 2011 tai 2012. Jälkiarviointilomakkeita saapui Espoon Ensikoti Helmiinasta, Turun Ensikoti Pinjasta, Kuopion Ensikoti Pihlasta, Rovaniemen Ensikoti Talvikista ja Kokkolan Ensikoti Iidasta (Ensi- ja turvakotienliitto, 2015b).

5.3 Aineiston analysointi

Ensi- ja turvakotienliiton aineisto käytiin kokonaan läpi erityisesti huomioiden, oliko niissä kaikki perustiedot merkittyinä. Tämän jälkeen aineisto jaoteltiin niihin lomakkeisiin, joissa asiakkaan haastattelu oli tehty kuusi kuukautta kuntoutuksen jälkeen ja niihin, joissa asiakasta oli haastateltu kaksitoista kuukautta kuntoutuksen jälkeen. Niitä lomakkeita, joissa ei näkynyt haastatteluajankohtaa, ei otettu mukaan tutkimukseen. Useimmista lomakkeista ei voinut nähdä lapsen ikää haastatteluhetkellä. Tällöin oli vaikea arvioida esimerkiksi sitä,

oliko vanhemman kuvaama lapsen kehitystaso iän mukainen. Toisaalta lapsen ikää ei kysyttykään jälkiarviointilomakkeissa, mutta osa vanhemmista oli sen kuitenkin sanonut kertoessaan lapsestaan.

Mukaan tutkimukseen otettiin myös vain ne jälkiarviointilomakkeet, joissa oli ilmoitettu kuntoutuksen ajankohta. Tästä ajankohdasta laskettiin jokaisen lomakkeen kohdalla, kuinka pitkä kuntoutus asiakkaalla oli ollut. Jos kuntoutuksen kesto oli tarkistuslaskennassa alle kolme kuukautta, jätettiin vielä ne lomakkeet pois tutkimuksesta. Samoin kuin ne jälkiarviointilomakkeet, joihin ei ollut merkitty sitä, oliko entistä asiakasta haastateltu puoli vuotta vai vuosi kuntoutuksen jälkeen. Aineistosta jätettiin pois myös yksi lomake, josta osaan lopukysymyksistä ei ollut vastattu. Lisäksi yksi lomake, jonka huomattiin olevan avopalvelun asiakkaan jälkiarviointilomake, jätettiin pois otannasta. Mukaan tutkimukseen tuli vain sovitusta ensikodeista ne jälkiarviointilomakkeet, joissa kaikki oleelliset tiedot olivat merkittynä oikein.

Kaikki jälkiarviointilomakkeet olivat kopioituja paperiversioita. Laajan tutkimusotoksen ja niiden vaatiman käsittelytavan takia päädyttiin kaikki jälkiarviointilomakkeet kustakin asiakkaasta kopioimaan käsin erillisiin Word-tiedostoihin, jotka siirrettiin yksitellen Nvivo-ohjelmaan. Tutkimusaineiston hallinnoimisessa käytettiin apuna Nvivo-ohjelmaa, joka osoitautui hyödylliseksi juuri suuren tutkimusotoksen takia. Lomakkeiden täyttämässä oli joidakin eroja eri työntekijöiden ja eri asiakkaiden välillä. Vastausten sisällön perusteella näytti siltä, että suurinta osaa asiakkaista oli haastateltu puhelimitse. Osa vastauksista oli kirjoitettu käsin lomakkeeseen. Jos asiakkaiden vastaukset olivat minä-muodossa, tämä tulkittiin niin, että osalle asiakkaista oli lähetetty jälkiarviointilomake itse täytettäväksi, tai se oli esimerkiksi annettu täytettäväksi Pidä kiinni –hoitojärjestelmän avopalvelun tapaamisessa. Pääosin lomakkeiden kirjoitusasu oli kuitenkin yhtenäinen ja sisältö vastasi työntekijöiden ohjeistuksen kysymyksiä.

Nvivo -ohjelman avulla käytiin taas uudelleen läpi kaikki jälkiarviointilomakkeet, ja varmistettiin niiden kelpoisuus tutkimukseen. Aluksi jokaisen lomakkeen kohdalla myös koodattiin tekstiä niin, että sieltä erottui muun muassa ensikodin nimi ja kuntoutusjakson ajankohta. Myöhemmin todettiin, että ensikodin nimeä tarvittiin tässä tutkimuksessa ainoastaan vain

todistamaan, että mukana tutkimuksessa todella oli viisi eri ensikotia ympäri Suomea. Koodatuista kuntoutusjakson ajankohdista taas laskettiin jokaisen kohdalla erikseen kuntoutuksen kesto. Koodaamalla eroteltiin myös avoimet kysymyskohdat: lapsen tilanne, isän/äidin tilanne, perheen tilanne, tukitoimenpiteet kuntoutuksen jälkeen ja asiakkaan kuntoutuksesta kokemat hyödyt. Jälkiarviointilomakkeen viimeisessä kohdassa kysyttiin asiakkaalta, miten hän kehittäisi hoitojärjestelmää. Tämä kohta päätettiin jo varhaisessa vaiheessa jättää pois tutkimuksesta. Muiden tutkimukseen tulevien kohtien valinta selkeytyi myöhemmin tutkimuksen edetessä.

Tutkimusaineiston tekstimäärä oli niin suuri, että aineistoa oli mielekästä tutkia pienemmissä erissä aina koskien kyseistä kysymyskohtaa. Eri vastauskohdissa oli hyvin samankaltaisia päällekkäisiä vastauksia, joten vastauksia voitiin yhdistää keskenään saman tyyppisiin aineistoihin. Esimerkiksi ”tuki kuntoutuksen jälkeen” –kohdassa tuli joissakin vastauksissa esiin vanhemman suhde päihteisiin tai päihteettömyyteen. Nämä aiheet siirrettiin ”aikuisen elämäntilanne” –kohdan vastausten joukkoon, sillä ne kertoivat vanhemman päihteettömyydestä tai päihteiden käytöstä. Eri vastauskohdissa toistuivat samat vastaukset. Esimerkiksi vanhemman korvaushoidosta saatettiin mainita ”vanhemman tilanne” –kohdassa, ”perheen tilanne” –kohdassa ja ”tukitoimenpiteet”-kohdassa. Vastausten toistumisen hyvä puoli oli kuitenkin se, että asiakkaan elämäntilanteesta muodostui selkeämpi ja yhtenäisempi kuva, ja se pienensi riskiä inhimillisiin virheisiin, jos jotakin olisi jäänyt huomaamatta. Asiakkaiden vastauksissa saattoi olla eroja, missä vastauskohdissa kerrottiin mitään. Toisaalta tämä saattoi johtua myös haastattelijasta, mikäli hän ei ollut seurannut haastattelurunkoa järjestyksen mukaisesti.

Koodattaessa jälkiarviointilomakkeita ensimmäisen kerran läpi, tarkistettiin samalla vielä uudemman kerran, ovatko kaikki lomakkeet kelpoisia tutkimukseen. Lomakkeista kolme oli sellaista, joista oli vielä kahdesta ensikodista tarkastettava lomakkeiden tiedot, pitivätkö ne paikkansa. Tässä yhteydessä oli poistettava vielä kaksi lomaketta alle kolmen kuukauden kuntoutuksen takia tai väärän kuntoutusajankohdan takia. En ottanut mukaan näitä lomakkeita puuttuvan tai virheellisen tutkimusajankohdan takia. Tutkimuksessa päädyttiin siihen, että kuntoutusjaksojen ollessa samalta ajanjaksolta on kuntoutusjakson täytynyt päättyä joko vuonna 2011 tai 2012. Näin ollen tarkistusten ja tarkemman aineiston määrittelyn jälkeen tutkittavien lomakkeiden lopulliseksi määräksi jäi 39 jälkiarviointilomaketta.

Aluksi aineisto oli siis koodaamalla jaettu jokaisen kysymyksen mukaisiin kategorioihin, jotta tuleva analysointi olisi helpompaa kysymyskohtaisesti. Tässä vaiheessa tutkijalla ei kuitenkaan ollut vielä tietoa siitä, miten aineisto lopulta tulee yhdistymään. Aineisto päätettiin ensin jakaa kysymyskohtaisiin luokkiin, ja jos huomattiin, että eri kysymysten väliltä löytyi yhteneväisiä vastauksia, niitä sitten yhdistettiin samoihin kategorioihin. Toisaalta tässä vaiheessa oli jo huomattu, että eri kysymysten kohdalla vastauksien välillä oli yhteneväisyyksiä, vaikka kysymys oli eri. Esimerkiksi perhetilannetta koskevan kysymyksen kohdalla tuli joko samaa tai uutta tietoa vanhemman ja/tai lapsen elämäntilanteesta. Tästä havainnosta huolimatta päätettiin kuitenkin, että tarkastelu aloitettaisiin kysymyskohtaisesti ja tietoa yhdisteltiin vasta analyysin edetessä, jos se huomattiin tarpeelliseksi. Myöhemmin aiempi huomio vahvistui siitä, että perhetilannetta koskeva kysymys kosketti aina jotakin näistä: lapsen tai lasten tilanteet, tukitoimenpiteet, aikuisen oma tilanne tai lapsen toisen vanhemman tilanne. Näin ollen ”perheen tilanne” –kysymys jätettiin pois tarkemmasta analyysistä, koska siinä esiintyi paljon samaa tietoa, kuin jo aiemmissa kysymyskohdissa. Lisäksi tutkittu aineisto oli tässä vaiheessa jo melko laaja. Ei siis ole todennäköistä, että perheen elämäntilanteen tutkiminen olisi tuonut huomattavasti lisää uutta tietoa asiakkaiden kuntoutuksen jälkeisistä elämäntilanteista.

Aineiston koodausvaiheessa pyrittiin löytämään vastauksista eriäviä ja yhteisiä piirteitä. Tällaista koodausta ohjaa tutkijan päättely, uteliaisuus, kokeilu ja intuitio. Päätelmien tekeminen taas vaatii teoreettista pohdintaa. Se, mitä aineistojen sisältö kertoo, on kiinnostavaa, kuin myös se, mitä se ei kerro tai jättää kertomatta. Tutkimusprosessin edetessä eri tekijöiden välillä alkaa hahmottumaan eri tekijöiden väliset säännönmukaisuudet. Näin teoria tarkentuu ja rakentuu vähitellen aineiston pohjalta. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 175–177.)

6 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset-luvussa kuvataan aineiston yleistä taustatietoa ja jälkiarviointilomakkeiden kysymyskohtaisia tuloksia kolmesta eri aihealueesta, jotka käsittelevät ensikotien entisten asiakasperheiden saamaa tukea päihdekuntoutuksen jälkeen, sekä lapsien ja aikuisten elämäntilanteita päihdekuntoutuksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa oli lähtökohtaisena tarkoituksena tutkia ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteita kolmesta eri näkökulmasta. Tätä tutkittaessa tuli samalla esiin erilaisia kehitystarpeita jälkiarviointilomakkeisiin, perustuen siihen, millaisia tuloksia saatiin entisten asiakasperheiden elämäntilanteista. Nämä tutkimuksessa esille tulleet kehitystarpeet koskien jälkiarviointilomakkeita kuvataan luvussa seitsemän.

6.1 Tutkimusaineiston taustatiedot

Tutkimuksessani oli mukana Pidä kiinni –hoitojärjestelmän kuudesta ensikodista viisi: Helmiina, Iida, Pihla, Talvikki ja Pinja. Tutkimukseen valittujen jälkiarviointilomakkeiden loppullinen määrä oli 39 lomaketta. 15 tapauksessa kuntoutus oli alkanut vuoden 2010 puolella. Tutkimussuunnitelmaan kuului tutkia niiden asiakasperheiden jälkiarviointilomakkeita, joiden kuntoutus oli loppunut joko vuonna 2011 tai vuonna 2012, joten näin oli myös kaikissa tutkimukseen otetuissa jälkiarviointilomakkeissa.

Pidä kiinni –hoitojärjestelmän tilastoinnin mukaan kaikissa kuudessa ensikodissa päättyi yhteensä vuonna 2011 viisikymmentä äitien kuntoutusta ja neljätoista isän kuntoutusta. Vuonna 2012 päättyi 58 äidin kuntoutusta ja neljätoista isän kuntoutusta. (Savolainen, 2015). Asiakkaita, joiden kuntoutus loppui vuonna 2011 tai 2012 kuntoutus oli siis yhteensä 136 henkilöä. Tässä tutkimuksessa oli mukana 39 jälkiarviointilomaketta näiltä ensikotien entisiltä asiakkailta. Osa entisistä asiakkaista lomake oli vastannut lomakkeeseen vain yhdeltä ajankohdalta ja osa oli vastannut lomakkeeseen kahdelta eri ajankohdalta, sekä puoli vuotta että vuosi kuntoutuksen jälkeen.

Jälkiarviointilomakkeista 23 oli sellaisia lomakkeita, joissa kuntoutuksen päättymisestä oli haastatteluhetkellä kulunut puoli vuotta. Lomakkeita, joissa asiakasta oli haastateltu vuosi kuntoutuksen päättymisen jälkeen oli 16 kappaletta. Tässä tutkimusotoksessa tutkituista asiakkaista yhtätoista oli haastateltu sekä puoli vuotta että vuosi kuntoutuksen jälkeen. Mo-

lemmissä tutkimusryhmissä (puoli vuotta kuntoutuksen jälkeen ja vuosi kuntoutuksen jälkeen) on osittain samoja asiakkaita, mutta samojen henkilöiden elämäntilanteissa oli eroa puoli vuotta. Eri asiakkaita tässä tutkimuksessa oli yhteensä 28, vaikka jälkiarviointilomakkeita olikin siis yhteensä 39 kappaletta.

Keskimääräinen kuntoutuksen kestopituus tässä tutkimusryhmässä oli 7,99, eli pyöristetysti 8 kuukautta. Tässä laskelmassa otettiin huomioon aina vain yksi asiakas, vaikka hänestä olisi ollut kaksi jälkiarviointilomaketta eri ajoilta. Näin kuntoutusjaksojen keskimääräinen pituustulos ei vääristynyt. Tässä tutkimusotoksessa lyhyin kuntoutusjakso oli kolme kuukautta, joka oli myös vähimmäisrajana kuntoutuksen kestolle tässä valittaessa tutkimusotosta. Pisin kuntoutusjakso tässä otoksessa oli 18 kuukautta. Tutkittavasta otoksesta vanhin kuntoutusjakso oli alkanut toukokuussa 2010 ja tuorein kuntoutusjakso oli loppunut marraskuussa 2012. Toisin sanoen tutkimustarkastelujakso ajoittui kuntoutusjaksoille, jotka olivat toukokuun 2010 ja marraskuun 2012 välillä.

6.2 Ensikotien entisten asiakasperheiden tuki kuntoutuksen jälkeen

Tässä tutkielmassa ensimmäinen jälkiarviointilomakkeen käsiteltävä kysymyskohta oli, mil-laista tukea ensikotien entiset asiakasperheet olivat saaneet kuntoutuksen jälkeen. Tässä koh-taa näistä esille tulleista asioista puhutaan usein yleisesti tukitoimenpiteinä, vaikka entiset asiakkaat nimesivät tueksi myös ei-virallista tukea, kuten oman sosiaalisen verkostonsa.

Asiakkaiden vastauksissa tuli melko usein ilmi se, että he kokivat kuntoutuksen jälkeiset tukitoimenpiteet riittäviksi tai hyviksi. Kaikissa haastatteluissa ei kuitenkaan tullut ilmi, mitä mieltä haastateltavat olivat tukitoimenpiteistä. Pienempi osa asiakkaista taas koki, että tuki-toimenpiteitä oli ollut joko liikaa tai että ne olivat olleet jollain muulla tavalla epämieluisia. Lisäksi osalla entisistä asiakkaista kaikki tai tietyt tukitoimenpiteet olivat jo loppuneet, koska niille ei ollut nähty enää tarvetta. Tukitoimenpiteiden loppuminen voi myös liittyä johonkin toiseen elämäntilannemuutokseen, kuten alla olevassa esimerkissä, jossa asiakas-perhe aikoi lopettaa Pidä kiinni –hoitojärjestelmän avopalvelussa käynnin siinä vaiheessa, kun vanhempi aloittaisi työt ja lapsi menisi päiväkotiin:

”Asiakas ei koe sitä enää tarpeelliseksi, vaikka on siitä pitänyt.”

Tietyt tukitoimenpiteet toistuivat aineistossa hyvin usein, ja osalla taas oli harvemmin mainintoja tukitoimenpiteistä. Eri asiakkaat näyttivät myös joko tulkitsevan kysymyksen eri tavoin, tai heiltä oli saatettu kysyä lisäkysymyksiä. Osa asiakkaista nimittäin mainitsi tukitoimenpidekohtaan myös jäseniä lähipiiristään, kuten perheen, ystäviä ja sukulaisia. Toisaalta kaikilla asiakkailla ei välttämättä ollut tällaista sosiaalista tukiverkostoa, joten lähipiirin mainitsemattomuus saattoi johtua siitäkin. Osa tukitoimenpiteistä oli itselleni tuntemattomia paikallisia tahoja. Internetin avulla selviteltiin, mitä nämä tukitoimenpidetahot olivat ja näin pystyttiin myöhemmin luokittelemaan niitä tiettyihin kategorioihin. Monen asiakkaan kohdalla oli mainittu joko ”a-klinikka” tai ”klinikka”, joten jälkimmäisellä tulkittiin tarkoitettavan jotain päihdekäyttöön liittyvää klinikkaa. Tämä on kuitenkin tulkinnanvarainen kohta, jossa tutkijan oma kokemus vaikuttaa siihen, että klinikalla oletettiin useimmiten tässä asiayhteydessä tarkoitettavan ”a-klinikkaa”. Tarkemmassa tiedonhaussa saatiin selville, että Suomessa on a-klinikan lisäksi myös esimerkiksi h-klinikka, joka on huumehoitoklinikka (Vantaan kaupunki 2015). K-klinikka taas on lääkeavusteisen kuntoutuksen avohoitoyksikkö täysi-ikäisille opiaatti-riippuvaisille henkilöille (A-klinikkasäätiö, Pirkanmaan palvelualue 2013). Asiakkaat olivat maininneet erikseen muitakin klinikoita, kuten addiktiopoli-klinikka tai psykiatrinen poliklinikka.

Ennen ensimmäistä kategoriajakoa aineisto käytiin läpi useita kertoja. Nvivo-ohjelman avulla poimittiin vastauksista tukitoimenpiteet ja koottiin kaikki niissä ilmi tulevat tukitoimenpiteet. Näitä vastauksia jaoteltiin toisiinsa yhteen tai erikseen riippuen siitä, oliko kyse samankaltaisuudesta vai eroavaisuudesta. Ensin selvitettiin siis käsitteiden merkitykset asiakkaiden vastauksista, ja sen jälkeen ryhmitettiin vastaukset niin, että samankaltaiset tukitoimenpiteet tulivat yhteen omaksi ryhmäkseen. Tukitoimenpiteet liittyivät pääasiassa sosi-aali- ja terveysalan alaisiin toimenpiteisiin, kuten usein mainittu lastensuojelu, korvaushoito, perhetyö ja erilaiset päihdeklinikat. Tässä luvussa esitellään kategorioiden jaottelun jako kerrallaan, ja lopussa on kuvallinen kaavio kategorioinnista.

Tukitoimenpiteistä laadittiin kaavio, johon lopulta muodostui kolmen tason kategorioita. Ensimmäisellä kategoriatasolla tukitoimenpiteet on jaettu eri kategorioihin, joissa niiden nimet kuvaavat mahdollisimman tarkasti kyseistä sisältöä. Toisella kategoriatasolla on eriteltynä asiakkaiden vastauksissa esille tulleet tukimuodot kolmeen eri osaan perustuen siihen, onko tuki erityisesti vanhempaa vai lasta varten, vai onko tukimuoto molempia varten. Kolmannella eli viimeisellä kategoriatasolla on kaavion ydinkategoria.

6.2.1 Vanhemman päihteettömyyttä ja hyvinvointia tukevat tahot

Alla on esiteltyä alakategoriat, jotka tarkastelussa sijoittuivat *vanhemman päihteettömyyttä ja hyvinvointia tukevat tahot* –yläkategorian alle. Nämä alakategoriat ovat nimeltään: *korvaushoito, päihdepalvelut, yleiset terveydenhoitopalvelut, mielenterveyspalvelut ja kuntouttava työtoiminta*. Alakategorioiden esittelyn jälkeen kuvataan sitä, miten nämä alakategoriat kuuluvat saman yläkategorian alle ja, mitkä kategoriasäännöt selittävät juuri tätä kategoriaryhmittymää.

Korvaushoito-kategoria on ensimmäisen kategoriataason ensimmäinen esiteltävä aihe. Tällä kategoriolla tarkoitetaan korvaushoitoa sellaisenaan ja asiakkaiden vastauksissa ilmenikin usein hyvin selkeästi se, että yhdeksi tukitoimenpiteeksi nimettiin korvaushoito. Opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa käytetään metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkevalmisteita. Uusien asetusten mukaan korvaushoitoa aloitettaessa selvitetään asiakkaan tavoite hoidossa, ja tätä tavoitetta tulisi tarvittaessa tarkistaa. Korvaushoidossa tavoitteena on kuntouttaminen ja sitä myöten päihteettömyys tai riippuvuuden haittojen vähentäminen ja näin myös potilaan elämän laadun parantaminen. Korvaushoidon pitää perustua kirjalliseen suunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoidon lisäksi hoidon tavoite, muu psykososiaalinen tai lääketieteellinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (Valvira 2015.)

Päihdepalvelut –kategorian vastaukset sisälsivät erilaisia selvästi päihdepalveluihin kuuluvia tahoja, kuten aiemmin esiteltyjä erilaisia päihdeklinoita. *Kuntouttava työtoiminta* oli mainittu vain muutaman kerran asiakkaiden vastauksissa, mutta siitä tehtiin oma kategoria, koska se erosi merkitykseltään niin selvästi muista kategorioista. Asiakkaan osallistuminen kuntouttavaan työtoimintaan voi kertoa myös siitä, että asiakkaan elämäntilanne on sellainen, että se mahdollistaa jo kuntouttavaan työtoimintaan osallistumisen. Tällaista elämäntilannetta saattaa taas edistää esimerkiksi pitkä päihteettömyysaika. *Mielenterveyspalvelut* –kategoriasa mainittiin muun muassa erilaiset terapiat. Lisäksi vastauksissa tuli esiin asiakkaiden käyntejä psykiatrisen sairaanhoitajan luona.

Yleiset terveydenhoitopalvelut –kategoria merkittiin kuuluvan erityisesti vanhemman, mutta myös erityisesti lapsen tukitoimenpiteisiin. Yhdessä vastauksessa asiakas taas kertoi, että interferonihoito oli alkamassa, ja myös tämä on terveydenhoidon palvelu vanhempaa varten.

Interferonihoidolla saatettiin tässä vastauksessa tarkoittaa c-hepatiitin hoitoa, jota hoidetaan interferoni alfalla. (Roche 2013). Yleiset terveydenhoitopalvelut ovat aineiston perusteella sekä lapsen että aikuisen tukitoimenpide. Kuitenkaan aineistossa esiin tulleet yleisiin terveydenhoitopalveluihin lukeutuvat tukitoimenpiteet eivät olleet selvästi molempia yhdessä tukeva toimenpide. Näin ollen yleiset terveydenhoitopalvelut mainitaan sekä erityisesti aikuisen tukitoimenpiteenä että lapsen tukitoimenpiteenä, myös erilaisten sisältöjensä takia.

Kaaviosta voidaan nähdä, että aikuisille suunnattuja tukimuotoja on hyvin monipuolisesti, ja ne eroavat toisistaan sisältöjensä puolesta. Tästä voidaan päätellä, että ensikotien entiset asiakasaikuiset ovat keskenään hyvin erilaisia sekä myös heidän tarpeensa ja tilanteensa ovat erilaisia. Aikuisille suunnatut tukimuodot muodostivat kaavion toiselle tasolle kategorian nimeltä *vanhemman päihteettömyyttä ja hyvinvointia tukevat tahot*. On huomioitava, että kyseinen jako kaaviossa ei kuitenkaan kerro tukimuotojen määristä tai suhteesta toisiinsa. Osa tarvitsee kuntoutuksen jälkeen voimakkaammin tukea päihteettömyyteen, ja osa taas tarvitsee esimerkiksi psyykkistä tukea. Osa tarvitsee molempia tai jotain ihan muuta, kuten vaikka lastenhoitoapua. Tässä kaaviossa aikuiselle suunnattuihin tukimuotoihin laskettiin muun muassa alakategoriat *korvaushoito, päihdepalvelut, mielenterveyspalvelut, yleiset terveydenhoitopalvelut ja kuntouttava työtoiminta*. Näille kaikille tukimuodoille on yhteistä se, että ne ovat erityisesti aikuiselle suunnattuja tukitoimenpiteitä, ja se toimii näin myös tämän kategoriaryhmittymän kategoriasääntönä.

6.2.2 Lapsen turvallisuutta ja hyvinvointia varmistavat ja edistävät tahot

Tässä alla on esitelty alakategoriat, jotka tarkastelussa sijoittuivat *lapsen turvallisuutta ja hyvinvointia varmistavat ja edistävät tahot* –yläkategorian alle. Nämä alakategoriat ovat nimeltään *yleiset perhepalvelut, lastensuojelulliset toimenpiteet* ja *Yyeyiset terveydenhoitopalvelut*. Alakategorioiden esittelyn jälkeen kuvataan sitä, miten nämä alakategoriat kuuluvat saman yläkategorian alle, ja mitkä kategoriasäännöt selittävät juuri tätä kategoriaryhmittymää.

Aineistossa tuli esille hyvin paljon mainintoja sellaisista tukitahoista, joiden voidaan katsoa kuuluvan *yleiset perhepalvelut* –kategoriaan. Tällä yleisyydellä tarkoitetaan sitä, että näitä palveluja käyttävät myös muut perheet kuin vain lastensuojeluasiakkuudessa olevat. Erillinen kategoria tehtiin myös niille toimenpiteille, joiden voidaan katsoa kuuluvan lastensuojelun piiriin. Tämän kategorian nimeksi tuli siis *lastensuojelulliset toimenpiteet*. Aineistossa

tuli esille yhtenä tukimuotona ”tukihenkilö”, mutta siitä ei ilmennyt, oliko tukihenkilö ensisijaisesti lasta vai aikuista varten. ”Tukihenkilön” voidaan ajatella kuuluvan moniin näistä kategorioista, mutta tässä tutkimuksessa se jaoteltiin lastensuojelullisten toimenpiteiden alle.

Myös neuvola mainittiin tukimuotona ja sen katsottiin myös kuuluvan *yleiset terveydenhoitopalvelut* –kategorian alle, mutta on johdonmukaista ajatella sen olevan tarkoitettu tässä aineistossa erityisesti jo syntyneitä lasta varten. Toisin sanoen yleisiä terveydenhoidon palveluja käytti sekä entiset asiakaslapsen että myös entiset asiakasaikuiset. Niin kuin jo aiemmin mainittiin, tässä ei kuitenkaan ollut kyse niin sanotusta yhteisestä tukitoimenpiteestä. Sen takia sekä erityisesti lasta että erityisesti aikuista tukeviin tahoihin on molempiin nimetty yleiset terveydenhoitopalvelut.

Tässä tutkimuksessa useimmat lapsille suunnatuista tukimuodoista olivat tavanomaisia lapsiperheen tukimuotoja, kuten käy ilmi kategoriassa *yleiset perhepalvelut*. Osa taas liittyi lastensuojelullisiin tekijöihin, mitä taas selittää perheen lastensuojeluasiakkuus. Lapsen elämäntilannetta näytti tämän tutkimuksen mukaan tukevan myös yleiset terveydenhoitopalvelut. Lasta tukevien tahojen yläkategorian nimeksi muodostui *lapsen turvallisuutta ja hyvinvointia varmistavat ja edistävät tahot*. Tämän yläkategorian kategoriasääntö onkin, että kyseiset tukitoimenpiteet on erityisesti ajateltu lapsen kannalta. Pääasiassa näiden tukitoimien saaminen edellyttää sitä, että perheessä on lapsia tai on tulossa lapsia. On hyvä muistaa, että tässä kategoriaryhmittymässä *yleiset terveydenhoitopalvelut* –kategorialla tarkoitetaan niitä tukitoimenpiteitä, jotka on erityisesti tarkoitettu tukitoimiksi lapsen kannalta, kuten esimerkiksi neuvolatapaamiset.

6.2.3 Molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukevat tahot

Tässä alla on esitelty alakategoriat, jotka tarkastelussa sijoittuivat *molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukevat tahot* –yläkategorian alle. Nämä alakategoriat ovat nimeltään *pidä kiinni –hoitojärjestelmän yksiköt, oma sosiaalinen verkosto ja muut tukitoimenpiteet*. Alakategorioiden esittelyn jälkeen kuvataan sitä, miten nämä alakategoriat kuuluvat saman yläkategorian alle, ja mitkä kategoriasäännöt selittävät juuri tätä kategoriaryhmittymää.

Melko useassa vastauksessa asiakas kertoi siitä, kuinka asiakas oli kyseisellä hetkellä tai aiemmin ollut Pidä kiinni –hoitojärjestelmän avopalvelussa. Oli myös sellaisia vastauksia, joissa asiakas kertoi saaneensa edelleen tukea aiemmasta Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikodistaan. Muutamassa harvassa vastauksessa tuli esille, että asiakas oli ollut jonkin aikaa väliaikaisesti ensikodissa varsinaisen kuntoutuksen jälkeen tai oli juuri vastaushetkellä ensikodissa jostain syystä. Nämä kaikki kuuluvat alakategoriaan *pidä kiinni –hoitojärjestelmän yksiköt*. Eri ensikodeilla näytti vastausten perusteella olleen erilaisia tapoja tai tilanteita, miten asiakas oli kotiutunut ensikodista ja miten paljon häneen oli pidetty yhteyttä kuntoutuksen jälkeen. Osasta vastauksista sai sellaisen kuvan, että asiakkaan entinen oma työntekijä ensikodista oli pitänyt tiiviimmin yhteyttä asiakkaaseen kuntoutuksen jälkeenkin. Tällaiset tilanteet näyttäytyivät positiivisina ilmiöinä, kuten alla olevassa esimerkissä, jossa asiakas viittasi omaan entiseen työntekijäänsä ensikodissa:

”...on ollut KULLANARVOINEN vaikeina hetkinä. Hän osaa kannustaa pienissäkin asioissa.”

Myös toisella tavoin tuotiin esille aiemman ensikodin yhteydenpitoa entiseen asiakkaaseen hänen kuvaamana tukitoimenpiteenä:

”Pinjan soitot hoitokontaktina.”

Yksi selvästi erottuva asiakkaiden nimeämä tuki kuntoutuksen jälkeen oli heidän *oma sosiaalinen verkostonsa*, josta tuli myös oma kategoriansa. Oman perheen, vanhempien, sisarus-ten, puolison perheen ja ystävien tuki mainittiin hyvin useassa vastauksessa, vaikka kysymyksen tukitoimenpiteistä voisi myös ymmärtää koskevan vain viranomaistahoja. Omasta sosiaalisesta verkostostaan osa asiakkaista eritteli, keiden kanssa oli läheisimmin yhteydessä, ja osa myös tarkensi, miten läheiset auttoivat. Asiakkaat kertoivat, että kävivät kylässä ja soittelivat läheistensä kanssa, ja läheisten mainittiin myös tukevan taloudellisesti. Yhdessä vastauksessa asiakas kertoi, että oli saanut Pidä kiinni –yksikön avopalvelun muista asiakkaista itselleen kavereita. Osalle asiakkaista oma sosiaalinen verkosto näytti olevan hyvin tuttu tuen lähde, kuten tässä vastauksessa käy ilmi, kun asiakas luettelee niitä, jotka ovat häntä tukeneet:

”Ja tietenkin sukulaisten (äiti, siskot, siskontytöt, lapsen toinen mummo, ystävät)..”

Niissä vastauksissa, joissa ei mainittu omaa sosiaalista verkostoa, eivät nämä entiset asiakkaat välttämättä ajatelleet kysymyksen koskevan muuta kuin vain perheelle virallisesti määriteltyjä tukitoimenpiteitä kuntoutuksen jälkeen. Kysymyksen saatettiin ymmärtää koskevan vain viranomaistahoja. Kolmas tulkintavaihtoehto voi olla myös se, ettei asiakas ollut saanut tukea omalta sosiaaliselta verkostoltaan tai ei kokenut sen tukeneen häntä. Osa vanhemmista myös kertoi, että sosiaalista lähiverkostoa oli, mutta vastauksesta saattoi tulkita, ettei asiakas kokenut saavansa suoraa tukea heiltä. Tätä saattoi vastauksen mukaan selittää esimerkiksi omien läheisten päihdeongelmat, etäiset tai hankalat suhteet läheisiin sekä pitkät välimatkat.

Viimeinen kategoria tässä ryhmässä kuvaa siis tukitahoja, jotka on suunnattu molemmille, lapselle ja aikuiselle. Sen nimeksi tuli *molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukevat tahot*. Pidä kiinni –hoitojärjestelmän yksiköt sopivat tähän kategoriaan hyvin, sillä niiden tehtävänä on juuri tukea vanhemman päihdeettömyyttä sekä lapsen ja vanhemman välistä varhaista vuorovaikutusta (Andersson ym. 2013, 11). Asiakasperheen omaa sosiaalista verkostoa taas on vaikea jaotella kuuluvaksi vain aikuisen tai lapsen tukitahoksi. Minikäänlaista erottelua ei myöskään ilmennyt asiakkaiden vastauksissa, ja toisaalta oman sosiaalisen verkoston tuki voi olla varmasti hyvin moninaista johtuen sen epävirallisuudesta.

Ne tukitoimenpiteet, jotka poikkesivat muista, lisättiin kategoriaryhmään *muut tukitoimenpiteet*. Tämä yleinen nimike annettiin kyseiselle kategorialle, koska siihen kuuluvat tukitoimenpiteet poikkesivat myös toisistansa keskenään. Tässä ryhmässä oli esimerkiksi mainittu vankila, turvakoti sekä tarkemmin määrittelemättömiä kuntoutuksia, joista ei voinut varmasti päätellä niiden olevan esimerkiksi päihdekuntoutusta. Näin niitä ei voitu sijoittaa *päihdepalvelut* –kategoriaankaan. Muut tukitoimenpiteet -kategoriasa oli myös haastavaa määrittellä, keitä kyseinen taho ensisijaisesti tukee. Esimerkiksi vankila tai turvakoti selittyvät kyseisen perheen elämäntilanteella, ja näissä joskus yllättävissäkin tilanteissa nämä laitokset saattavat olla se ensisijaisin paikka, eikä välttämättä varsinaisesti kuntoutuksen jälkeiselle ajalle erikseen suunniteltu tukimuoto. Näin ollen muut tukitoimenpiteet nähtiin tässä tutkimuksessa molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukeviksi tahoiksi. Joissakin tilanteissa nämä tahot voivat olla myös välttämättömiä tilanteen kannalta, kuten vankila. Näin ollen kaikki *muut tukitoimenpiteet* –kategorian vastaukset eivät välttämättä edusta suoraan tukitahoa, mutta kuitenkin tiettyä tarvittua toimenpidettä.

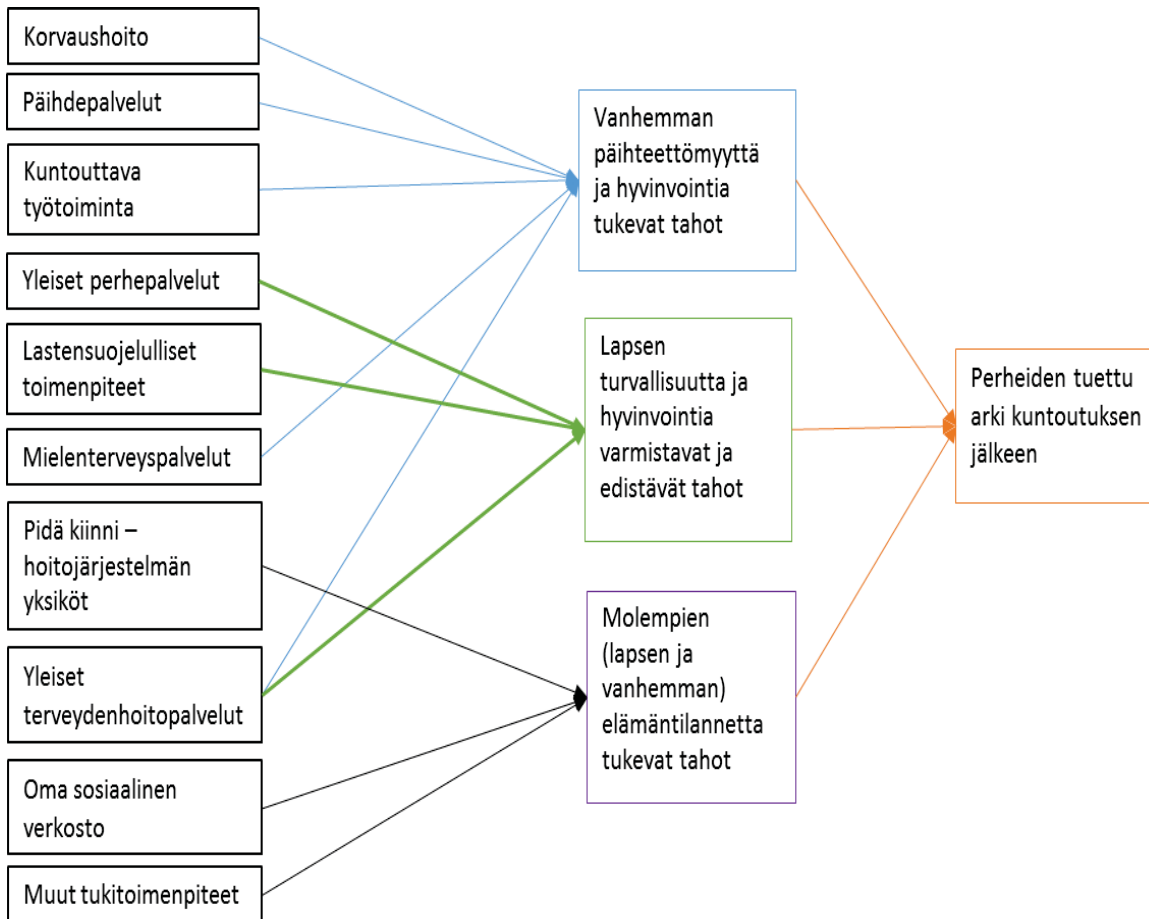
Molempien (lapsen ja vanhemman) elämäntilannetta tukevat tahot –yläkategorian kategoriasääntönä voidaan pitää sitä, että kaikki siihen kuuluvat kategoriat ilmaisevat sellaisia tukitoimenpiteitä, jotka liittyvät molempiin, sekä lapseen että vanhempaan. Toisaalta tähän kategoriaryhmittymään voi sisältyä myös sellaisia tukitoimia, joita ei voi selvästi määritellä jommalle kummalle. Nämä tukitoimet voivat esimerkiksi liittyä vahvemmin lapsen ja vanhemman yhteiseen elämäntilanteeseen, kuten yhteiseen kuntoutuksessa olemiseen. Tällöin ei välttämättä ole syytä eritellä, kumman tukitoimesta on kyse, jos kuitenkin sekä lapsi että vanhempi siihen yhdessä osallistuvat.

6.2.4 Perheiden tuettu arki kuntoutuksen jälkeen

Kolmantena, ja niin sanotusti ylimpänä yläkategoriana kaaviossa, on se elämäntilanne, jollaista asiakasperheellä on tuetussa tilanteessa. Erilaiset tukitoimenpiteet ja tukitahot mahdollistavat asiakkaiden sen hetkisen elämäntilanteen sellaisena, kuin he sen kuvaavat. Pääosa vastaajista eli lapsensa kanssa yhdessä, mutta näin ei voinut kirjoittaa pääkategoriaan, koska tilanne ei ollut samanlainen kaikilla vastaajilla. Osa asiakkaista eli lapsensa tai lastensa kanssa yksin tai puolison kanssa, ja osa taas ei elänyt lastensa kanssa yhdessä, vaan lapset olivat esimerkiksi sijoituksessa. Kuitenkin useimmat vastaajista elivät haastatteluhetkellä lapsensa kanssa.

Pääkategoria ei siis määrittele sitä, asuivatko lapset vanhempiensa kanssa yhdessä vai ei. Pääkategoria ei myöskään määrittele sitä, missä asiakkaat asuivat haastatteluhetkellä. Kaikissa kuntoutuksen jälkeisissä tuen kuvaamisvastauksissa yhteistä oli kuitenkin se, että arki oli jollain tapaa tuettua. Jokainen perhe sai jotain tukea. Näin tämän kaavion pääkategorian nimeksi tuli *perheiden tuettu arki kuntoutuksen jälkeen*. Tämän pääkategorian sääntönä voidaankin pitää sitä, että jokaiseen alakategoriaan ja perheeseen liittyi tuen saanti arjessa.

Taulukko 1. Ensikotien entisten asiakasperheiden tuki kuntoutuksen jälkeen.



6.3 Ensikotien entisten asiakaslasten elämäntilanteet vanhempien kuvaamana

Lapsen elämäntilanteen kuvauksessa asiakkaat pysyivät hyvin lapsen suuntautuneessa puheessa, tai ainakaan työntekijät eivät olleet kirjoittaneet tähän kohtaan muista lapseen liittymättömistä asioista. Toisaalta vanhemmat kertoivat myös omasta vanhemmuudestaan tässä kohtaa, mikä on myös ymmärrettävää, koska kokemus vanhemmuudesta koskettaa myös lasta.

Se, mikä tuli usein esille lapsen elämäntilanne –vastauksissa, liittyi lapsen toisen vanhempaan, useimmiten isään. Lapsen isä ei ollut joko ollenkaan perheen elämässä, tai lapsi tapasi häntä välillä. Osa isistä mainittiin olevan vankilassa. Osa äideistä oli parisuhteessa lapsen

isän kanssa, kun taas osalla äideistä kumppanina oli joku muu kuin lapsen isä. Kolmas erotuva tekijä lapsen ja koko perheen elämäntilanteissa oli se, että osa lapsista ei asunut kummankaan vanhempansa luona. Nämä lapset olivat esimerkiksi yhdessä vanhempansa kanssa jossain laitoksessa, tai lapsi oli sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Nämä kaksi viimeisintä esiteltyä asiaa tekivät aineiston analysoinnista melko mutkikkaan, mutta monipuolisen. Asiakkaiden perheasetelmissä oli selvää vaihtelua ja erilaisuuden kirjoa, mutta toisaalta nimenomaan äidin kotona olo lapsen kanssa oli hyvin tavanomaista tässä tutkimusotoksessa. Vaikka äidin kotona olo lapsen kanssa ja yksinhuoltajuus olivat yleisiä ilmiöitä tutkimusotoksessa, tätä ei kuitenkaan voida yleistää koko otokseen.

Osassa vastauksista tuli esiin se, että asiakkaan lapsi tapasi muita sisarusiaan silloin tällöin. Näistä vastauksista ei tullut ilmi, missä lapsen muut sisarukset asuivat. Voi olla, että lapset asuivat toisella vanhemmallaan tai olivat esimerkiksi sijoitettuna johonkin. Loppujen lopuksi oli haastavaa löytää otoksen perheiden lapsista kaikkia yhdistävä tekijä, eikä sellaista lopulta löytynytäkään tästä aineistosta. Tätä voidaan pitää myös yhtenä tutkimustuloksena, ja se kertoo osaltaan siitä, kuinka erilaisia asiakkaiden perhetilanteet ovat kuntoutuksen jälkeen. Toisaalta nykypäivänä moninaiset perheet ovat muutenkin melko yleisiä ydinperheiden lisäksi.

Lapsen elämäntilanne -vastaukset käytiin läpi samalla tavalla läpi kuin tuki kuntoutuksen jälkeen -vastaukset. Aluksi aineistoa luettiin läpi useamman kerran, ja samalla kirjattiin sieltä esiin tulevia asioita. Nämä esille tulleet asiat päädyttiin luokittelemaan niitä kuvaaviin alakategorioihin. Näistä alakategorioista huomattiin, että ne kuvasivat kolmea yläkategoriaa. Kaikki kategoriat yhdessä taas kuvasivat kokonaisuudessaan pääkategoriaksi muodostunutta *vanhemman kuvaus lapsen elämäntilanteesta* -kategoriaa. Kategorioiden sisältöä kirjoittaessa oli palattava vielä uudelleen useita kertoja aineistoon, ja samalla kategoriat ja niiden merkitykset edelleen tarkentuivat. Lähemmin tarkasteltuna pääkategoriaa alemmat alakategoriat ja niiden alaiset alakategoriat erottuivat selvästi toisistaan erilaisten sisältöjensä takia. Lopulta kaavioon tuli neljän tason kategorioita, joissa alemmat kategoriat selittävät ja tarkentavat ylempiä kategorioita.

6.3.1 Lapsen psyykkinen ja fyysinen puoli

Lapsen psyykkinen ja fyysinen puoli –yläkategoriassa alaiset alakategoriat, joita ovat *lapsen kuulumiset*, *lapsen luonteenpiirteiden kuvailu*, *lapsen terveys* ja *lapsen kehitys*. Tämän jälkeen käydään läpi niitä kategoriasääntöjä, jotka liittyvät *lapsen psyykkinen ja fyysinen puoli* –yläkategoriassa muodostamiseen.

Lapsen kuulumiset –kategoriaan ei lisätty sille omia alakategorioita, koska kyseinen kategoria jo nimensä perustella kuvaa sitä tarpeeksi hyvin. Toisaalta *lapsen kuulumiset* –kategoriasa olikin kyse yksinkertaisesti siitä, että vanhempi kertoi lapsen kuulumisista. Kaikki vanhemmat eivät suoraan kertoneet lapsen kuulumisista, ja taas ne, jotka kertoivat, vastasivat useimmiten lyhyesti näin:

”Lapselle kuuluu hyvää.”

Toinen hyvin sisällöltään selkeä kategoria oli *lapsen luonteenpiirteiden kuvailu*. Tähän kategoriaan lukeutuivat kaikki ne vastaukset, joissa asiakas kuvaili lapsen persoonallisuuden piirteitä ja esimerkiksi lapsen temperamenttia. Tästä yksi esimerkki on tällainen:

”Tarmokkaasti pusertaa eteenpäin elämässä, innokas ja eloisa vesseli.”

Lapsen terveys-kategorian kohdalla asiakkaiden vastaukset jakautuivat melko selkeästi kahteen eri alakategoriaan. Osa asiakkaista kuvaili lapsen terveyden olevan hyvä tai normaali. ”Normaalin” luokkaan määriteltiin esimerkiksi sellaiset kuvaukset, joissa kerrottiin lapsen olleen terve lukuun ottamatta tavanomaisia flunssia. Osa asiakkaista taas kertoi lapsen olleen sairas, ja tätä varten lapsella oli ollut lääkitystä tai joitakin toimenpiteitä.

Lapsen kehitys-kategorian alle tuli kaksi alakategoriaa. Osa kuvaili lapsensa kehitystä normaaliksi ja saattoivat kertoa esimerkkejäkin siitä, missä kehitysvaiheessa lapsi oli eri asioissa, kuten puhumisessa ja liikkumisessa. Osa asiakkaista taas kertoi lapsensa ongelmista kehityksessä. Osa myös mainitsi, mitä tukea ja apua kehitysongelmiin oli saatu.

Alakategoriat *lapsen luonteenpiirteiden kuvailu*, *lapsen kehitys*, *lapsen terveys* ja *lapsen kuulumiset* sopivat mielestäni yhteen ja muodostivat niiden yläpuolelle kategorian *lapsen*

psykykinen ja fyysinen vointi. Fyysisuus ja psykykyisyys on tässä luokiteltu samaan kategoriin. Tämä päätös tehtiin sillä perusteella, että vastauksissa esiintyi mainintoja sekä fyysisistä että psykykyisistä puolista lapsen terveydessä, kehityksessä, kuulumisissa ja lapsen arkisissa tekemisissä. Asiakkaiden vastaukset erosivat keskenään samojen vastausten kohdalla lapsen tilanteen mukaan. Toisaalta sama asiakas kertoi usein sekä lapsen psykykyisestä että fyysisestä puolesta, kuten esimerkiksi näin:

”Lapsi on menevä pieni poika. Kiinnostunut monenlaisista asioista, erityisesti autoista. Lapsi syö itse, on kova kiipeämään. Lapsi ääntää sanoja jonkin verran.”

Tämä vastauksissa usein yhtäaikaan esiintyvä sekä fyysisyydestä että psykykyisestä puolesta kertominen vahvisti näkemystä siitä, että nämä alakategoriat *lasten luonteenpiirteiden kuvailu, lapsen kehitys, lapsen terveys ja lapsen kuulumiset* kuvaavat Lapsen fyysisistä ja psykykyistä vointia. *Lapsen psykykinen ja fyysinen vointi* –yläkategorian kategoriasääntö on se, että kaikki sen alakategoriat kertovat lapsen voinnista, joko fyysisestä tai psykykyisestä näkökulmasta tai molemmista. Kuvailu lapsen voinnista voi näissä kaikissa alakategorioiden vastauksissa olla joko myönteistä tai kielteistä.

6.3.2 Vanhemman kokemus vanhemmuudesta

Tässä esitellään ensin *vanhemman kokemus vanhemmuudesta* –yläkategorian alaiset alakategoriat: *vanhemman huolenaiheet lapsesta* ja *oman vanhemmuuden kuvailu*. Tämän jälkeen käydään läpi niitä kategoriasääntöjä, joka liittyvät siihen, millä perusteella muodostettiin *lapsen psykykinen ja fyysinen puoli* –yläkategoria.

Vanhemman huolenaiheet lapsesta ja *oman vanhemmuuden kuvailu* ovat tässä tutkimuksessa alakategorioita niiden yläkategorialle *kokemus vanhemmuudesta*. Vanhemmat näyttivät jakautuvan kahteen ryhmään. Toiset vanhemmat kertoivat, ettei heillä ollut huolta lapsestaan. Osa kertoi myös siitä, kuinka muutkaan eivät olleet ilmaisseet huoltaan lapsesta. Toisaalta oli myös pieni joukko vanhempia, jotka ilmaisivat huolensa lapsesta. Huolenaiheet liittyivät lähinnä lapsen kehitykseen ja terveyteen.

Omaa vanhemmuutta taas kuvailtiin eri tavoin. Osa kuvaili vanhemmuuttaan myönteisesti, kuten näin:

”Äitiys on ihanaa ja antoisaa.”

Toisaalta aineistosta löytyi myös vastaus, joka kuvaa vaihtelua vanhemmuuden kokemuksissa:

”Tunne omasta vanhemmuudesta vaihtelee, joka tuntuu välillä hyvältä ja välillä on tiukempaa.”

Osa vanhemmista taas kertoi erilaisista kehityksistä vanhemmuudessaan, esimerkiksi näin:

”Vanhemmuudesta ajattelen, että voisin olla tiukempi.”

Aineistossa oli pieni osa niitä vanhempia, jotka kuvasivat vanhemmuuden haasteita. Vanhemmat saattoivat tässä kategoriassa kuvailla vanhemmuutta esimerkiksi raskaaksi. Myös oman vanhemmuuden riittävyttä pohdittiin aineistossa. Kategoriat *vanhemman huolenaiheet lapsesta* ja *oman vanhemmuuden kuvailu* kertoivat pääasiassa siis siitä, millaisia kokemuksia vastaaja-aikuisella itsellään oli vanhemmuudesta. Osaltaan nämä kokemukset kertoivat myös lapsen elämäntilanteesta, mutta kuitenkin aikuisen vanhemmuuskokemuksen näkökulmasta. *Vanhemman kokemus vanhemmuudesta* –yläkategorian kategoriasääntö on se, että kaikki siihen liittyvät kategoriat kertovat erilaisista vanhemman kuvauksista suhteessa oman vanhemmuuden kokemukseen. Esimerkiksi vanhemman huolenaihe lapsesta kertoo vanhemman omasta huolen kokemuksesta.

6.3.3 Lapsen sosiaalinen ympäristö

Ensin tässä käydään läpi *lapsen sosiaalinen ympäristö* –yläkategorian alle sijoittuneet alakategoriat: *läheiset*, *lapsen asuinpaikka*, *lapsen hoito* ja *tukitoimet*. Sen jälkeen käsitellään sitä, mitkä kategoriasäännöt vaikuttivat tämän yläkategorian muodostumiseen.

Läheiset-kategorialla tarkoitetaan tässä kaikkia niitä läheisiä, joita lapsen elämäntilanteen vastauksen kohdalla mainittiin. Aineistossa puhuttiin lapsen isästä tai äidistä, joka ei asunut lapsen kanssa kotona. Joissakin tapauksissa toista vanhempaa tavattiin ja joissakin tapauksissa ei. Äidit olivat tässä aineistossa enemmän yksinhuoltajina kuin isät. Seuraavassa esimerkkivastauksessa yhdistyy tieto lapsen hoidosta kotona sekä siitä, että äiti on yksinhuoltaja:

”Kahdestaan lapsen kanssa kotona. Isä ja äiti ei ole parisuhteessa.”

Lapsen kodin ulkopuolella tavattiin siis vanhemmista useammin isää. Oli myös niitä lapsia, jotka tapasivat kodin ulkopuolella sisaruksia, joten he eivät asuneet yhdessä lapsen kanssa. Vastauksissa kerrottiin myös vanhemman uudesta kumppanista. Osassa perheistä uusi kumppani asui lapsen ja vanhemman kanssa yhdessä. Muita läheisiä, joita vastauksissa mainittiin olivat esimerkiksi isovanhemmat, muut sukulaiset ja ystävät. Toisaalta osa ei maininnut vastauksessaan lapsen muuta sosiaalista verkostoa vanhempiensa lisäksi ja osa taas kertoi laajemmin:

”Perheellä on läheisiä, ystäviä ja sukulaisia.”

Lapsen asuinpaikaksi kerrottiin vastauksissa pääasiassa oma koti. Oli myös pieni ryhmä niitä lapsia, jotka elivät sijoitettuna haastatteluhetkellä. Pieni osa vastaajista oli yhdessä lapsensa kanssa jossakin laitoksessa juuri haastattelun vastaamishetkellä. Lapsen elämäntilanne –vastauksissa esiin tulleet tukitoimet olivat samoja, kuin mitä oli tullut esiin jo. Tuki kuntoutuksen jälkeen –kysymyskohdan aineistoa läpikäydessä. Erilaisia tukitoimenpiteitä oli siis käsitelty jo aiemmassa kaaviossa ja sen kuvauksessa, joten tässä ne vain mainitaan uudelleen. Tukitoimenpiteitä ei siis enää uudelleen määritellä lapsen elämäntilanne –kaaviossa, vaan ne vain mainitaan *tukitoimet* –kategoriana. Ne tukitoimet, joista lasten vanhemmat mainitsivat, olivat kuitenkin kaikki jollain tavalla lapseen liittyviä. Kaikki asiakkaat eivät myöskään olleet maininneet tukitoimista. Toisaalta yksittäisten asiakkaiden sivumaininnat tukitoimenpiteistä vain vahvistivat näkemystä asiakasperheiden tukitoimenpiteistä sekä siitä, että aiheesta aiemmin laadittu kaavio vastaa mahdollisimman hyvin todellisuutta koskien kyseistä aihetta.

Suurinta osaa asiakkaista yhdisti se, että vanhempi hoiti lastaan kotona. Näin muodostui alakategoria *lapsen hoito*. Lapsen kotona hoitamista ilmaistiin joko suoraan tai epäsuorasti. Osa ilmaisi asian niin, että oli lapsen kanssa kotona:

”Äiti on kotona lapsensa kanssa.”

Osa taas ilmoitti lapsensa kotona hoitamisen niin, että kertoi olevansa kotihoidontuella:

”Vuokralla yksinään lapsen kanssa, kodinhoitotuella.”

Kaikista vastauksista ei tullut ilmi asiakkaan sukupuolta, mikä osaltaan selittyi myös sillä, että kategoriointivaiheessa asiakasta ei tarkasteltu asiakas kerrallaan. Sen sijaan eri aihealuiden vastaukset yhdistettiin toisiinsa, ja näin irrotettiin vastaukset aina kustakin kokonaisuudesta. Käytäessä läpi lapsen elämäntilanne –vastauksia ei siis voinut tietää, oliko haastatteluun vastaava vanhempi äiti tai isä, ellei tätä erikseen mainittu juuri tämän kysymyksen kohdalla. On kuitenkin tiedossa, että noina vuosina asiakkaissa oli enemmän äitejä kuin isiä. Vastauksista kävi useimmiten ilmi, että juuri nimenomaan äiti oli kotona lapsen kanssa, vaikka näin ei ollut jokaisen tapauksen kohdalla. Lapsen kotihoidon lisäksi aineistossa oli mainintoja myös siitä, että lapsi oli päivähoitossa. Osa vanhemmista suunnitteli tai oli jo hakenut lapsellensa päivähoitopaikkaa. Jotkut vanhemmista eivät tarkentaneet päivähoitoa, mutta osa puhui päiväkodista tai perhepäivähoidosta.

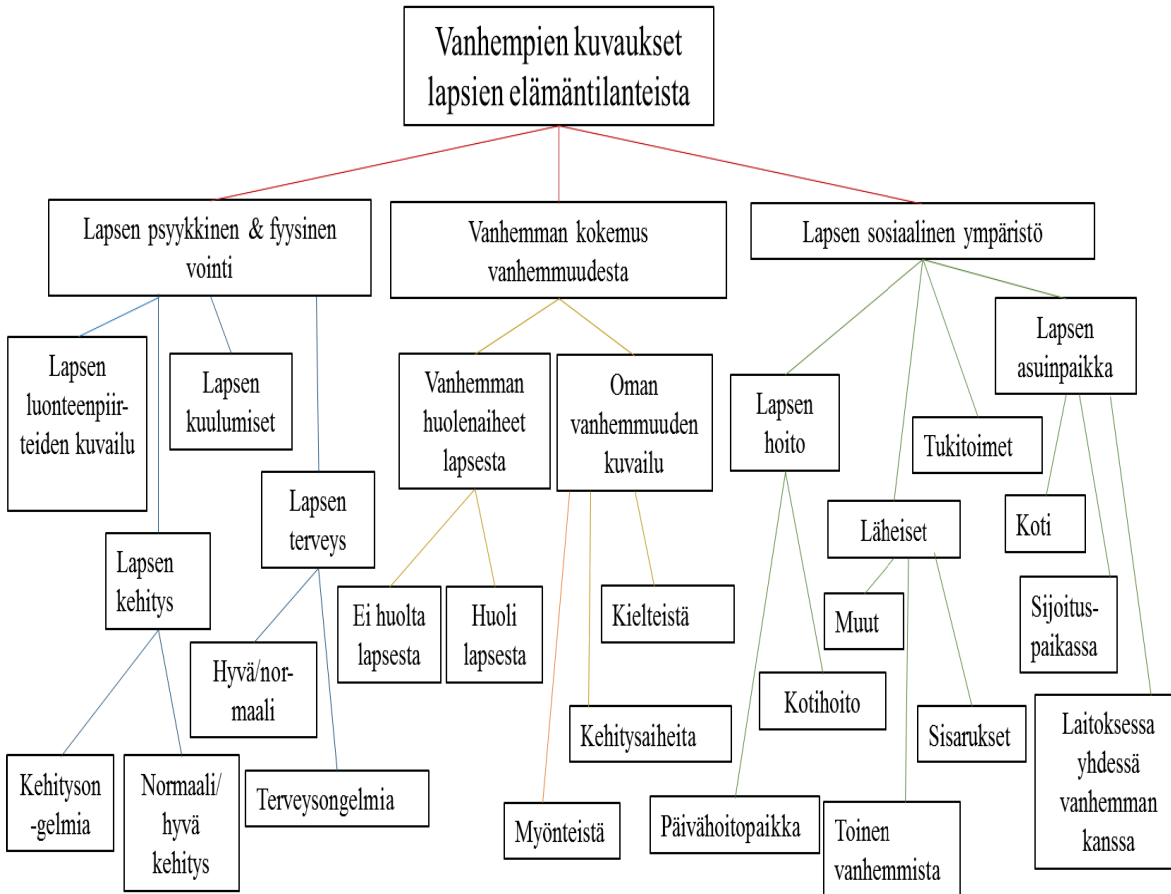
Lapsen hoito-, läheiset-, lapsen asuinpaikka- ja tukitoimet –kategoriat kuvasivat sisällöltään parhaiten Lapsen sosiaalista ympäristöä. Ne kertoivat siitä, keiden kanssa lapsi vietti arkeaan. Nämä kategoriat kokosivat myös sitä tietoa, millaisissa paikoissa asiakaslapset asuivat haastatteluhetkellä. Asuinpaikalla on oma merkityksensä lapsen elämäntilanteeseen ja siihen, kuinka se näyttäytyy. Aiemmin lasten hoidosta jo todettiin, että tässä aineistossa oli hyvin yleistä, että äiti oli kotona lapsensa kanssa kotihoidontuella. Toisaalta osa näistä kotona olevista äideistä kertoi perheen suunnitelmista, kuinka lapsi oli aloittamassa päivähoiton lähitulevaisuudessa. Yleisesti ottaen asiakkaat puhuivat päivähoitosta, eivätkä usein tarkentaneet tätä. Joissakin tapauksissa asiakkaat kuitenkin puhuivat suoraan esimerkiksi päiväkodista tai perhepäivähoidosta. *Lapsen sosiaalinen ympäristö* –yläkategorian kategoriasääntö on se, että kaikki sen alakategoriat koskettavat sitä, millaisessa sosiaalisessa ympäristössä lapsi oli haastatteluhetkellä. Tähän sosiaaliseen ympäristöön liittyy sosiaalisen verkoston lisäksi myös lapsen arki hoitopaikan ja –asuinpaikan myötä. Myös lapsen tukitoimet liittyvät hänen sosiaaliseen ympäristöönsä.

6.3.4 Vanhempien kuvaukset lapsien elämäntilanteista

Vanhempien kuvaukset lapsien elämäntilanteista sopi mielestäni koko mallin pääkategorian nimeksi, koska sen alla olevat kategoriat ovat hyvin moninaisia ja kuvaavat näin ollen hyvin

sitä, mistä kaikesta lapsen elämäntilanne kuntoutuksen jälkeen koostuu. Lapsen elämäntilannetta kuvaavat sen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen puoli sekä myös lapsen vanhemman oma kokemus vanhemmuudesta, minkä voi huomata alakategorioista. Tämän kaavion ydinkategoriassa on tärkeää huomata, että aineiston vastaukset koskivat nimenomaan vanhempien kuvauksia lastensa elämäntilanteesta. Kyse on siis siitä, kuinka vanhempi kuvailee lapsensa elämäntilannetta. Toisin sanoen tämän aiheen vastaukset ja alla oleva kaavio kertovat myös samalla entisten asiakaslasten vanhemmista ja heidän elämäntilanteestaan. Näin ollen tämän aiheen sisältö, tulokset ja kaavio eivät kerro lapsen elämäntilanteesta itse lapsen omasta näkökulmasta. Siksi on tärkeää tarkastella kriittisesti niitä asioita, mitä tuli ilmi vanhemman kuvauksessa lapsen elämäntilanteesta eri osa-alueilla. Voidaankin todeta, että tässä esiteltävä kaavio ei kerro suoraan lapsen todellisesta elämäntilanteesta, vaan se on vanhemman kuvaus ja tulkinta siitä. Vanhemman oma elämäntilanne voi vaikuttaa hänen kuvaukseensa hänen lapsensa elämäntilanteesta. Toisaalta lasten omat vastaukset eivät olisi olleet mahdollisiakaan tässä tutkimuksessa, koska tutkittavat entiset asiakaslapset olivat olleet vielä niin nuoria tämän aineiston haastatteluhetkillä. Vaikka siis koko kaavio kertookin lasten elämäntilanteisiin liittyvistä asioista, on siinä tarkennettu, että kyse on vanhemman kuvauksesta. Tämän *vanhempien kuvaukset lapsien elämäntilanteista* -pääkategorian kategoriasääntö on siis se, että kaikki sen alla olevat kategoriat ovat vanhempien omia kuvauksia lapsien elämäntilanteista.

Taulukko 2. Ensikotien entisten asiakaslasten elämäntilanteet vanhempien kuvaamana.



6.4 Ensikotien entisten asiakasvanhempien elämäntilanteet

Kolmas aineistoryhmä käytiin samalla tavoin läpi kuin kohdat tuki kuntoutuksen jälkeen ja lapsen elämäntilanne. Tähän samaan aineistoryhmään siirrettiin lisäksi tuki kuntoutuksen jälkeen –vastauksista kaikki ne kohdat, jotka koskettivat vanhemman päihteettömyyttä tai päihteidenkäyttöä. Tämä päätös tehtiin sillä perusteella, että vanhemman päihteidenkäyttö tai päihteettömyys oli hyvin olennainen asia vanhemman elämäntilanteessa kuntoutuksen jälkeen. Kuitenkaan päihteidenkäytöstä yleisesti kertominen ei kerro tukitoimista, vaan pikemminkin se kuvailee vanhemman elämäntilannetta. Päätös oli linjassa sen kanssa, että

myös vanhemman elämäntilanne –kohdan vastauksissa puhuttiin ennestään paljon vanhemman päihteidenkäytöstä, päihteettömyydestä, retkahduksista ja korvaushoidosta. Näin tuki kuntoutuksen jälkeen –kohdasta siirretyt päihteettömyyttä tai päihteidenkäyttöä kuvaavat vastaukset sopivat hyvin vanhempien elämäntilanteiden tarkasteluun. Samalla saatiin enemmän ja tarkempaa tietoa vanhempien päihteidenkäytöstä, kun kaikkia vastauksia tarkasteltiin yhdessä.

6.4.1 Vanhemman suhde päihteisiin

Eräs selvästi erottuva teema aineistossa oli vanhemman puheet hänen päihteettömyydestään tai päihteidenkäytöstään. Tämän takia siihen kuuluvia alakategorioita oli selkeää yhdistää toisiinsa ja näiden yläkategorian nimeksi muodostui *vanhemman suhde päihteisiin*, joka kuvasi parhaiten sen sisältöä. Tässä käsitellään ensin yläkategorian alle sijoittuneet alakategoriat: *korvaushoito*, *seulat*, *päihteettömyys*, *maininnat retkahduksista*, *ajoittaista alkoholin käyttöä* ja *puhe mieliteoista*. Tämän jälkeen käydään vielä läpi sitä, mitkä kategoriasäännöt vaikuttivat tämän ryhmittymän ja Vanhemman suhde päihteisiin –yläkategorian muodostumiseen.

Korvaushoito tuli esiin jo Tuki kuntoutuksen jälkeen –kohdassa, ja siitä puhuttiin melko samalla tavalla kuin aiemmassakin kohdassa. Aineistossa oli myös muutama maininta muista lääkkeistä, joita entinen asiakas käytti, mutta tästä ei tullut omaa kategoriaansa vähäisen sisältömäärän takia. Sen sijaan korvaushoito mainittiin useamman kerran aineistossa, joten siitä tuli oma kategoriansa. Seuloista puhuttiin aineistossa myös jo Tuki kuntoutuksen jälkeen –kohdassa, mutta sitä koskevassa kaaviossa seulat sijoituivat *päihdepalvelut* –kategorian alle. Tähän vanhemman elämäntilanne –vastausaineiston kaavioon sen sijaan tuli *seulat* -kategoria seulamainintojen määrästä johtuen. Seuloilla tarkoitetaan virtsakokeita, joilla voidaan nähdä, onko henkilö käyttänyt huumeita tai väärinkäyttänyt lääkkeitä. Vanhemman elämäntilanne -vastauksissa korostui niin vahvasti vanhemman suhde päihteisiin ja muut siihen liittyvät asiat, että koettiin tarpeelliseksi tuoda kaikki siihen liittyvät ominaisuudet, kuten seulojen otto, *vanhemman suhde päihteisiin* –kategorian alle.

Entisten asiakkaiden päihteettömyys kuntoutuksen jälkeen on mielenkiintoinen aihe tarkasteltaessa entisten asiakkaiden elämäntilanteita päihdekuntoutuksen jälkeen. Ulkopuolinen tutkija ei voi tietää, mikä näiden tutkittavien tilanne todella on päihteettömyyden suhteen. Samoin myös käsite päihteettömyys voi merkitä eri asioita eri ihmisille. Yhden kategorian

nimeksi muotoutui *päihhteettömyys*, koska erilaiset kuvaukset sopivat siihen parhaiten. Osa vanhemmista tarkensi aineistossa, ettei ollut käyttänyt huumeita, mutta oli käyttänyt alkoholia. Osa vanhemmista ei tarkentanut, eikä heistä näiden vastausten perusteella voida tietää myöskään sitä, mikä on ollut heidän päihdeongelma-aineensa. Osa puhui retkahduksista, mutta ei tarkentanut, mihin aineeseen he olivat retkahtaneet. Kukaan ei kuitenkaan tässä aineistossa suoraan sanonut käyttäneensä huumeita, mutta alkoholista puhuttiin. Lääkkeiden ongelmakäytöstä ei mainittu aineistossa, ja sitä voikin ehkä olla vaikeampi tunnistaa kuin huumeiden käyttöä tai alkoholin juontia, erityisesti jos on kyse henkilön omista, reseptillä saatavista lääkkeistä.

Toisaalta oli joukko entisiä asiakkaita, jotka eivät kertoneet mitään koskien omaa päihhteettömyyttä. Tässä kohtaa tuleekin pohtia, vaikuttiko se, jos siitä ei ollut erikseen kysytty. Aiheesta puhumattomuus saattoi johtua myös siitä, ettei entinen asiakas käyttänyt päihhteitä tai työntekijä tiesi entisen asiakkaan suhteen päihhteisiin ennalta, eikä sitä siksi ollut huomattu kirjata lomakkeeseen. Toisaalta puhumattomuus voi kertoa myös siitä, ettei entinen asiakas halunnut puhua aiheesta. Tai se, ettei haastatetulla entisellä asiakkaalla ehkä itsellään ollut päihdeongelmaa, vaan mahdollisesti esimerkiksi hänen kumppanillaan. Näin ollen perhe oli saattanut olla päihdekuntoutuksessa toisen vanhemman päihdekuntoutuksen takia. Toisaalta tällaista selvää erittelyä ei tullut ilmi aineistosta. Joka tapauksessa olisi hyvä, että entisen asiakkaan suhteesta päihhteisiin kysyttäisiin selvästi ja siitä kirjattaisiin tiedot jälkiarviointilomakkeeseen. Kuitenkin osa vastanneista kertoi selvästi, että olivat olleet täysin päihhteettöminä, esimerkiksi näin:

”Päihhteiden suhteen on nollatoleranssi.”

Päihhteettömyydestä jotkut kertoivat numeroin, kuinka pitkän ajan he olivat olleet päihhteettömänä. He saattoivat kertoa päihhteettömyysajan esimerkiksi kuukausissa tai vuosissa riippuen päihhteettömyysajan kestosta. Päihhteettömyydestä saatettiin kertoa myös erilaisten konkreettisten esimerkkien, kuten seulojen avulla:

”Seulat ovat olleet puhtaat eikä retkahduksia ole asiakkaalla ollut.”

Osa taas kertoi päihhteettömyydestään kaikkien päihhteiden suhteen tarkentamalla, että alkoholin voisi olla riski muihin päihhteisiin:

”Alkoholia ei juo, koska kokee, että päihtyneenä riski kokeilla muitakin päihteitä on suurempi.”

Kolmas esiteltävä alakategoria tässä kohtaa on *maininnat retkahduksista*. On mielenkiintoinen kysymys, voidaanko puhua päihteettömyydestä, jos entisellä asiakkaalla on ollut retkahdus tai useampi retkahdus tietynä ajanjaksona. Toinen pohdinnan aihe on myös se, kuinka pitkän ajan henkilö on ollut käyttämättä päihteitä, että hän kutsuu itseään päihteettömäksi? Kolmas epäselvä ja toisaalta myös kehittämisen arvoinen keskustelunaihe on keskustella siitä, mistä päihdyttävästä aineesta puhutaan silloin, kun puhutaan retkahtamisesta. Onko kyseessä huume, lääke, alkoholi vai mikä tahansa näistä tai näiden sekakäyttö? Voiko olla niin, että työntekijä laskee retkahtamiseksi vain muut päihteet kuin alkoholin? Jos entinen asiakas kertoo retkahduksesta tai retkahduksista, olisi hyvä tarkentaa vastaukseen, mistä aineesta tai aineista oli kyse.

Nämä erilaiset näkökulmat koskien päihteitä vaikuttavat siihen, miten tulkitaan päihteettömyys ja mitä siitä voidaan päätellä, jos henkilö kertoo olleensa päihteetön. Osa entisistä asiakkaista kertoi aineistossa olleensa päihteetön kuntoutuksen jälkeen, lukuun ottamatta joko yhtä retkahdusta tai muutamia retkahduksia. Näistä kaikki eivät kuitenkaan puhuneet tapahtuneista päihteiden käytöistä ”retkahduksina”, mutta myös ne yhdistettiin *maininnat retkahduksista* –kategorian alle, koska niiden kuvaus sopi retkahduksista puhumiseen. Tähän kategoriaan ei kuitenkaan laskettu mukaan niitä entisiä asiakkaita, jotka kertoivat esimerkiksi useita kertoja tapahtuneesta alkoholin käytöstä. Tällaisia tapauksia ei voida pitää enää yksittäisinä retkahduksina.

Alkoholin juomisesta kertoi siis osa entisistä asiakkaista, ja heidän tapauksessaan kyse ei ollut retkahduksista. Nämä kuvaukset yhdistettiin omaksi kategoriakseen *ajoittaista alkoholin käyttöä*. Kategorian nimen valitseminen oli haastavaa, sillä osalla alkoholinkäyttö saattoi olla säännöllistä, mutta he joivat pieniä määriä kerralla. Osa taas joi harvemmin. Alkoholin käytöstä kerrottiin esimerkiksi näin:

”Äiti käyttää alkoholia pari kertaa kuukaudessa. Hän nauttii silloin muutaman siiderin --”

Puhe mieliteoista muodostui kategoriaksi, koska osa entisistä asiakkaista kertoi siitä, kuinka oli ollut mielitekoja ja toisaalta osa kertoi myös siitä, kuinka niitä ei ollut ollut. Osalla mieliteot saattoivat johtaa retkahduksiin tai päihteidenkäyttöön. Osa entisistä asiakkaista taas kertoi mielitekojen jääneen ajatusten tasolle.

”Mielitekoja kuitenkin on ollut mutta niistä äiti on päässyt yli kun on oma lapsi on niissä tilanteissa ollut kotona ja äiti on miettinyt mitä seurauksia siitä että käyttäisi olisi lapselle.”

Toisessa esimerkissä taas entinen asiakas kertoi, että oli ollut päihteettömänä, eikä hänellä ollut mielitekojakaan:

”Enää ei ole pahemmin mielitekojakaan.”

Yhteenvedon voidaan todeta, että entisillä asiakkailla oli keskenään hyvin erilaiset suhtautumiset päihteidenkäyttöön ja päihteettömyyteen. Osa asiakkaista oli selvästi päihteettöminä kuntoutuksen jälkeen ja osa taas ei. Osa näytti olevan hyvin tarkkaavaisia mielitekoajattelunsa suhteen koskien esimerkiksi alkoholia. Nämä asiakkaat kertoivat, miten toimivat, jos tuli mielitekoajattelua. Eräs vanhempi kertoi ajattelevansa omaa lastansa, jotta mieliteot lähtisivät pois. Jotkut vanhemmista taas kertoivat, etteivät käyttäneet päihteitä ollenkaan, jotta voisivat ehkäistä retkahdusriskejä ja varmistaa päihteettömänä pysymisen. Osa taas kertoi, että päihteidenkäyttöä oli selvästi ollut. Joidenkin kohdalla jäi epäselväksi, mistä päihdyttävästä aineesta tai päihdyttävistä aineista entinen asiakas puhui. Tässä tutkimuksessa tämän aineiston perusteella ei siis voitu tehdä yhtä ainoaa yleistystä ensikotien entisten asiakkaiden suhteesta päihteettömyyteen tai päihteiden käyttöön. *Vanhemman suhde päihteisiin* –kategoriassa yhteistä sen alakategorioille oli se, että ne kaikki kertoivat osaltaan joko vanhemman päihteidenkäytöstä, päihteettömyydestä tai muuten hänen suhteesta päihteisiin. Kyseiset asiat saattoivat myös liittyä niihin tekijöihin, joilla entinen asiakas piti yllä päihteettömyyttään.

6.4.2 Vanhemman opiskelu- ja työtilanne

Muodostuneen kaavion yksi neljästä ylemmän tason alakategoriasta on *vanhemman opiskelu- ja työtilanne*. Tämän alle tulivat alakategoriat: *työpaikka, jokin muu työtoiminta, opiskelu, lapsen kotona hoitaminen ja jokin muu tilanne*, jotka esitellään ensin tässä. Tämän jälkeen käsitellään sitä, miten nämä alakategoriat muodostivat yhdessä yläkategorian *vanhemman opiskelu- ja työtilanne*.

Hyvin pieni osa entisistä asiakkaista kertoi olevansa töissä, toisaalta vähän useampi oli miettinyt ja suunnitellut töiden aloittamista. Tätä voi selittää osaltaan se, että suurin osa vastaajista oli äitejä, ja heistä hyvin moni oli kotihoidontuella hoitamassa lastaan kotonaan. Kategoria *työpaikka* oli kuitenkin tarpeen, koska on tärkeää tuoda esiin se, että aineistossa oli myös entisiä asiakkaita, jotka olivat töissä tai hakivat töitä. Sen sijaan *jokin muu työtoiminta* mainittiin vähän useammin aineistossa. Entiset asiakkaat kertoivat olevansa esimerkiksi työharjoittelussa, työkokeilussa tai kuntouttavassa työtoiminnassa. Osa kertoi siitä, kuinka eivät olleet vielä tätä aloittaneet, mutta siitä on jo sovittu. Muusta työtoiminnasta kerrottiin esimerkiksi näin

”-- kuntouttavassa työtoiminnassa ja siitä työmarkkinatukea.”

Vastaajien sen hetkistä opiskelua esiintyi aineistossa vähän. Sen sijaan löytyi useita mainintoja, joissa henkilö kertoi hakeneensa tai hakevansa opiskelemaan. Tämän takia yhdeksi kategoriaksi muodostettiin *opiskelu*, koska se oli kuitenkin aineistossa esiintyvä puheenaihe vastanneiden keskuudessa. On syytä myös muistaa, että opiskelupaikoissa on omat tietyt hakuaikansa, eikä näin ollen opiskelemaan välttämättä voi lähteä saman tien, kun itse haluaa. Tämä saattaa näkyä siinä, että vastaajat pikemminkin vasta suunnittelivat opiskelua kuin, että olisivat olleet jo opiskelemassa.

Jo aluksi laadittaessa Ensikotien entisten asiakaslasten elämäntilanteet vanhempien kuvaamana -kaaviota oli nähtävissä, että hyvin moni vanhemmista oli hoitamassa lastaan kotona, ja tällaisia vastauksia entiset asiakkaat kertoivat myös oman elämäntilanteensa kohdalla. Näin ollen aikuisten vastaukset omasta elämäntilanteestaan vahvistivat tätä aiempaa tulosta. Tämän takia muodostui kategoria *lapsen kotona hoitaminen*. Toisaalta kaikki aineiston perheet eivät asuneet tutkimushetkellä kotonaan, vaan esimerkiksi jossain laitoksessa, ja osalla vanhemmista lapset asuivat eri paikassa kuin he itse.

Vanhemman opiskelu- ja työtilanne -kategorian alle muodostui viisi alakategoriaa. Näistä yksi oli sisällöltään hyvin vaihteleva *jokin muu tilanne* -kategoria. Tähän kategoriaan lukeutuivat kaikki ne vastaukset, jotka eivät sopineet neljään aiempaan alakategoriaan. Joukossa oli esimerkiksi sellaisia vastauksia, joissa entinen asiakas kertoi olevansa kuntoutuksessa tai vankilassa. *Vanhemman opiskelu- ja työtilanne* -kategorian kategoriasääntö on se, että kaikki sen alakategoriat kertovat siitä, mitä vanhempi tekee arjessaan. Alakategoriat kertovat siitä, opiskeleeko tai käykö vanhempi töissä tai suunnitteleeko hän jompaa kumpaa. Alakategoriat kertovat myös osaltaan siitä, jos vanhempi ei ole töissä tai opiskelemassa. Tällöin

vanhempi saattaa olla esimerkiksi hoitamassa lastaan kotihoidontuella, yksin kotona työttömänä tai jossain laitoksessa haastatteluhetkellä. Alakategoriat siis kertovat joko vanhemman opiskelusta tai työstä tai siitä, että hän tällä hetkellä tekee jotain muuta.

6.4.3 Vanhemman sosiaalinen ympäristö

Kolmas ylemmän tason alakategoria kaaviossa on *vanhemman sosiaalinen ympäristö*. Tämän alle muodostui jatkuvan analysoinnin aikana seuraavat kategoriat: *asuinpaikka*, *perheasetelma*, *vanhemman parisuhdetilanne* ja *muu sosiaalinen verkosto*. Nämä alakategoriat esitellään ensin, minkä jälkeen käsitellään yläkategorian muodostumiseen liittyviä kategoriasääntöjä.

Asuinpaikka-kategoria muodostui omaksi kategoriakseen, koska kaikissa tapauksissa se vaikutti myös siihen, miten muu elämäntilanne näyttäytyi. Tästä hyvä esimerkki on se, että elämäntilanne on kovin erilainen, jos henkilö on kyseisellä hetkellä esimerkiksi vankilassa tai uudessa kuntoutuspaikassa tai muussa laitoksessa. Jos henkilö taas asui kotona, elämäntilannetta rytmittävät arkitoiminnot ja kaikki siihen kuuluva ohjelma. Pääosa haastateltavista kuitenkin asui haastatteluhetkellä omassa kodissaan.

Vanhemman parisuhdetilanne –kategoria muodostui omaksi kategoriakseen, sillä vaikka perheestä ja vanhemman parisuhteesta olikin puhuttu jo Lapsen elämäntilanne –kaavion kohdalla, korostui vanhemman parisuhdetilanteesta kertominen vanhemman omaa elämäntilannetta tarkastellessa. Osa vanhemmista ei ollut parisuhteessa, ja osa heistä ei sellaista kaivannutkaan silloisena haastatteluhetkenä. Osa vastaajista taas oli parisuhteessa haastatteluhetkellä. Myös yleisesti omasta seurustelutilanteesta kerrottiin, esimerkiksi näin:

”Yksi seurustelusuhde takana, josta ei tullut vakavampaa.”

Osa haastatelluista oli eroamassa tai jo eronnut, kuten tässä esimerkissä:

”En ole parisuhteessa, avioero lasten isän kanssa.”

Aineistossa oli useampi maininta, jossa kerrottiin äidin eroavan tai eronneen lapsen isästä. Toisaalta aika moni ei maininnut mitään parisuhteesta, joten heidän tilanteestaan ei voinut tarkemmin tietää.

Perheasetelma muodostui omaksi kategoriaksi, koska vanhemman parisuhdetilanne ei vielä pelkästään kerro kaikkea perheen koko tilanteesta. Vanhemman parisuhteen tilanne vaikuttaa luonnollisesti myös lapseen ja koko perheen asetelmaan, mutta joukossa oli joitakin vanhempia, joiden lapset eivät asuneet heidän kanssaan. Osalla näistä vanhemmista lapset kävivät välillä kuitenkin vierailemassa vanhemman luona. Osalla vanhemmista lapset olivat sijoituksessa. Tässä kategoriakohdassa huomasin, että joidenkin perheiden kohdalla olisi voinut olla tarpeen tarkentaa, keitä kaikkia vanhemman perheeseen oikeastaan kuului. Esimerkiksi yhden asiakasperheen vastauksesta ei ilmennyt, asuiko vanhempi vain kahdestaan kumppaninsa kanssa, ja näin lapsen tilanne jäi epäselväksi. Tarkasteltaessa asiakkaiden perheasetelmaa vahvistui kuitenkin taas aineistossa yleinen tapaus, että entinen asiakasäiti oli yksinhuoltaja ja asui lapsensa kanssa kotona, kuten seuraavassa selvästi kuvataan:

”Äiti asuu lapsensa kanssa kahdestaan kotona -- ”

Muu sosiaalinen verkosto muodostui yhdeksi kategoriakseen, sillä oli tarpeen erotella haastateltavan muu sosiaalinen verkosto hänen perheestään ja parisuhteestaan. Muuksi sosiaalisiksi verkostokseen entiset asiakkaat nimesivät omia vanhempiaan, sisaruksiaan, muita sukulaisia, ystäviä ja naapureita. Myös tällaisten eri sosiaalisten yhteyksien puuttumisesta puhuttiin. Haastatellut kertoivat esimerkiksi ystävyysuhteistaan näin:

”Äidillä on hyviä ystäviä, joiden kanssa viettää aikaa.” Toisaalta oli myös niitä vanhempia, joilla ei juuri ollut ystäviä:

”Ystäviä ei ole saanut, mutta toivoo jonain päivänä saavansa raittiita ystäviä.”

Osa ei pitänyt uusien ystävien saantia ajankohtaisena, ja osa taas kaipasi ystäviä. Entiset asiakkaat kertoivat siitä, kuinka oma menneisyys voi osaltaan vaikuttaa uusien sosiaalisten suhteiden luomiseen, kuten esimerkiksi näin:

”--koska ei halua puhua menneisyydestään, kokee olevansa jollain lailla erilainen kuin muut äidit.”

Myös omista vanhemmista ja sisaruksista puhuttiin aineistossa. Heistä puhuttiin melko samaan tapaan kuin aiemmissakin lomakkeen kysymyskohdissa, esimerkiksi kertomalla heidän antamastaan tuesta entiselle asiakkaalle:

”Vanhemmat ja sisaret ovat olleet tukena.”

Vanhemman sosiaalinen ympäristö –yläkategoriassa sen kategoriasäntö on hyvin samankaltainen kuin *lapsen sosiaalinen ympäristö* –yläkategorian kohdalla. *Vanhemman sosiaalinen ympäristö* –yläkategorian alla olevat alakategoriat kertovat siitä, millaisessa sosiaalisessa ympäristö vanhempi elää. Tähän sisältyy sosiaalisen verkoston (vanhemman parisuhde, perheasetelma ja muu sosiaalinen verkosto) lisäksi vanhemman asuinpaikka haastatteluhetkellä.

6.4.4 Vanhemman psyykkinen vointi

Viimeisin ylemmän alatason kategoria kaaviossa on *vanhemman psyykkinen vointi*. Tämän alle nivoutuivat alla esiteltävät vanhemman psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät alakategoriat: *tukitoimet*, *vanhemman kuulumiset*, *lähitulevaisuuden suunnitelmat* sekä *mieliala, tunteet ja oma jaksaminen*. Näiden esittelyn jälkeen käsitellään niiden yläkategorian muodostumisen periaatteita.

Tukitoimet-kategoria koostui samanlaisista tukitoimista kuin mitä vanhemmat kertoivat jo tuki kuntoutuksen jälkeen –kysymyksen kohdassa. Pääpaino sisällössä oli kuitenkin tällä kertaa sellaisissa tukitoimissa, jotka oli erityisesti tarkoitettu vanhemmalle tai lapsen kanssa yhdessä toteutettavalle toiminnalle. *Tukitoimet* –kategoria sijoitettiin samaan kategoriaryhmään sellaisten asioiden kanssa, jotka liittyivät vanhemman psyykkiseen vointiin. *Tukitoimet* eivät liittyneet vain vanhemman päihteettömyyteen tai päihteidenkäyttöön, joten sitä ei siksi voinut siirtää *vanhemman suhde päihteisiin* –kategoriaankaan. *Tukitoimet* –sisältöisissä vastauksissa vanhemmat kertoivat esimerkiksi ulkopuolisesta keskusteluavusta, jota he saivat. He myös kertoivat esimerkiksi aiemmin mainitusta interferonihoidosta, Pidä kiinni –hoitojärjestelmän avopalveluista ja perhetyöstä. Kuten aiemmassa Tuki kuntoutuksen jälkeen –kaaviossa todettiin, erilaiset tukitoimet tukevat arkea kuntoutuksen jälkeen, ja näin ne saattavat mahdollistaa vanhemman päihteettömänä pysymisen lapsensa kanssa.

Vanhemman kuulumiset -kategoria muodostui melko samalla tavalla kuin aiemmin muodostunut *lapsen kuulumiset* -kategoriakin. Tämän kategorian sisältöä olivat ne vastaukset, joissa vanhemmat kertoivat kuulumisistaan. Useimmiten vastaukset olivat lyhyitä ja tämänkaltaisia:

”Hyvää kuuluu”. Tai: ”Äidillekin kuuluu ihan hyvää.”

Tähän *vanhemman kuulumiset* -kategoriaan on siis jaettu ne vastaukset, jotka kertoivat päälimmäisimpiä kuulumisia. Näissä vastauksissa vanhemmat eivät yleensä vielä kertoneet tarkemmin tuntojaan, mutta saattoivat sen jälkeen kertoa enemmän mielialastaan ja tunteistaan. Niiden taas ei katsottu kuuluvan enää vain kuulumisiin, vaan tarkempaan kuvaukseen entisen asiakkaan tunteista ja mielialasta kyseisessä elämäntilanteessa. Kuulumiset olivat useimmin myönteisempiä kuin entisten asiakkaiden tunteista ja mielialasta kertominen, josta syntyi tässä myöhemmin käsiteltävä oma kategoriansa. Toisaalta kaikki vanhemmat eivät kertoneet kuulumisiaan, ja osan vanhemmista vastaukset keskittyivät enemmän käytännön asioihin kuin oman psyykkisen voinnin tarkasteluun.

Useat entiset asiakkaat kertoivat ajatuksistaan koskien lähitulevaisuutta. Tämän vastausryhmä nimettiin *lähitulevaisuuden suunnitelmat* -kategoriaksi. Suunnitelmien sisältö taas oli hyvin monipuolinen ja kuvasti henkilön sen hetkistä elämäntilannetta. Tämä näkyi myös siinä, kuinka entisillä asiakkailla oli keskenään hyvin erilaisia tavoitteita. Suunnitelmat koskivat useimmiten aikuista itseään, esimerkiksi opiskelua, lapsen hoitoa, oman terveyden hoitoa, omaa kotia, työtä, suhtautumista päihteisiin ja vapaa-aikaa. Vanhempien suunnitelmat liittyivät kyseiseen elämäntilanteeseen, kuten tässä esimerkissä:

”Olen lapsen kanssa kotona aion olla siihen asti kun lapsi täyttää 3 vuotta. Sen jälkeen aion mennä kouluun, koska minulla ei ole ammattia, mutta en tiedä vielä mille alalle.”

Mieliala, tunteet ja oma jaksaminen elämäntilanteessa -aihe muodostui omaksi kategoriakseen, sillä vanhemmat kertoivat aineistossa monipuolisesti omista tunteistaan, mielialasta ja jaksamisesta kyseisessä elämäntilanteessa. Vanhemman elämäntilanne -kohdan vastauksissa erottui se, että erityisesti tässä kysymyskohdassa vanhempi puhui tarkemmin omista tunteistaan ja mielialastaan. Lapsen elämäntilanne -kysymyksenkin kohdalla vanhemmat puhuivat kokemuksistaan ja jaksamisestaan vanhempana, mutta Vanhemman elämäntilanne -kohdassa korostuivat myös muut mielialan tuntemukset kuin vain vanhemmuuteen liittyvät. Eräs vastaaja puhui omasta hyvinvoinnistaan ja siitä huolehtimisesta näin:

”Äiti kokee nyt pitävänsä itsestään parempaa huolta kuin aiemmin. Äiti kertoo arvostavansa nykyistä elämäänsä enemmän kuin entistä.”

Osassa vastauksissa näkyi se, kuinka tavalliseen lapsiperheen arkeen oltiin tyytyväisiä:

”Ilon aiheita tulee myös arjesta: lapsen kanssa touhuaminen, ja tavallinen, normaali elämä.”

Toisaalta aineistossa oli vastauksia, joissa entinen asiakas kertoi arjen huolista ja murheista, näin:

”Arki pienen lapsen kanssa on välillä rankkaa.”

Osa entisistä asiakkaista kertoi myös tarkemmin mielialastaan: *”Väsymystä on. Itkuherkkyyttä on.”*

Entiset asiakkaat näyttivät jakautuvan niihin, jotka kertoivat avoimemmin ja tarkemmin elämäntilanteestaan, tunteistaan ja mielialastaan. Toiset vastanneista taas pitäytyivät lyhyemmissä ja käytännön läheisissä vastauksissa. Tutkija ei kuitenkaan voi tietää, kuinka paljon vastausten sisältö johtui entisestä asiakkaasta ja kuinka paljon työntekijästä ja hänen mahdollisista lisäkysymyksistään.

Entiset asiakasvanhemmat eivät juurikaan kertoneet omista vapaa-ajan kiinnostuksen kohteistaan tai harrastuksistaan. Aineistossa oli hyvin vähän mainintoja tästä, mutta ainakin ompelu ja liikunta mainittiin. Tutkijalle jäikin epäselväksi, oliko entisillä asiakasvanhemmilla harrastuksia tai muita erityisiä vapaa-ajan viettotapoja. Tai jos niitä oli, niin eikö niitä pidetty merkittävinä mainita? Toisaalta, jos henkilö on esimerkiksi yksinhuoltajana, voi olla haastavaa löytää omaa aikaa, energiaa ja omanlaista tekemistä lapsiperhearjen keskellä. Onkin ehkä hyvä pohdinnan ja jatkotutkimuksen aihe tarkastella sitä, tukisiko oma harrastus tai muu mielenkiinnon kohde vanhemman päihteettömyyttä. Jos henkilöllä ei sellaista ole ollut aiemmin, voi asiaa ehkä olla vaikeampi ajatella.

Kaikki edellä esitellyt vanhempaa koskevat kategoriat voivat liittyä vanhemman yleiseen vointiin, vaikka tässä tutkimuksessa onkin tehty erillinen kategoria *vanhemman psyykinen vointi*. Tämä tuli kategorian nimeksi, koska sen alla oleville kategorioille oli yhteistä niiden

selkeä yhteys ja kuvaus koskien vanhemman psyykkistä vointia. On kuitenkin huomioitava, että esimerkiksi parisuhde tai retkahdukset liittyvät osaltansa psyykkiseen vointiin. Tässä tutkimuksessa tarkastelu kuitenkin kohdistui lähinnä siihen, millaisia aiheryhmittymiä oli nähtävissä kulloisenkin kysymyskohdan aineistossa.

Vanhemman psyykkinen vointi –yläkategorian alla olevat alakategoriat kertovat asioista, jotka koskettavat vanhemman psyykkistä vointia. Kyseiset vastaukset voivat olla sekä myönteisiä että kielteisiä. *Lähitulevaisuuden suunnitelmat* –alakatgoria oli tämän yläkategorian alakategorioista sisällöltään vaihtelevin. Se kuuluu kuitenkin samaan kategoriaryhmittymään, koska voidaan ajatella, että vanhemman lähitulevaisuuden suunnitelmat tai niiden puuttuminen kertovat myös vanhemman psyykkisestä voinnista.

6.4.5 Vanhempien moniulotteiset elämäntilanteet kuntoutuksen jälkeen

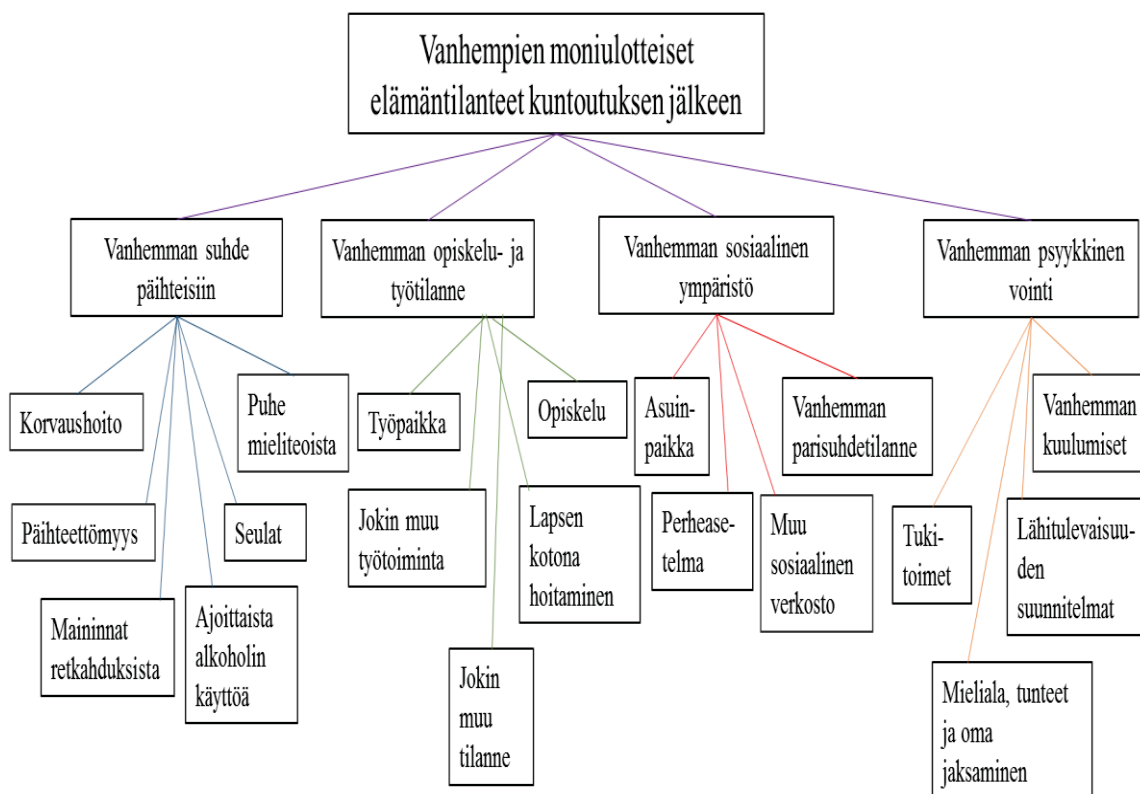
Ylläesitellyt alakategoriat muodostivat yläkategoriakseen nimen *vanhempien moniulotteiset elämäntilanteet kuntoutuksen jälkeen*. Vanhemman elämäntilannetta kuvaava aineisto oli hyvin monipuolinen ja moniulotteinen. Entisten aikuisasiakkaiden elämäntilanteiden välillä löytyi vähemmän yhtäläisyyksiä kuin Tuki kuntoutuksen jälkeen- ja Lapsen elämäntilanne –vastausten aineistoissa. Tämä yhtäläisyyksien vähäisyys ja toisaalta aineiston monipuolisuus vaikuttivat yläkategorian nimen muodostamiseen.

Viimeistään kaaviota laadittaessa kategoriat ja niiden sisällöt tarkentuivat koko ajan niitä pohdittaessa ja analysoitaessa. Tutkijan täytyi olla hyvin kriittinen omaa analysointiaan kohtaan ja tarkistella erilaisia asioita aineistosta uudelleen ja uudelleen, jotta muodostuneet kaaviot selitykseen olisivat aineiston mukaisia. Samaa aikaa aineistoa analysoitaessa ja sitä kirjoitettaessa piti miettiä huolellisesti entisten asiakkaiden anonymiteetin säilymistä, mutta kuitenkin huolehtia riittävän todistepohjaisesta analysoinnista. Tutkimusaineistossa oli mukana ainutlaatuisia ja tarkastikin kerrottuja elämäntilanteita, joista kertomalla olisi voinut kyseisen entisen asiakkaan anonymiteetti kärsiä. Tutkittavien ja kuten keiden tahansa elämäntilanteet voivat muuttua äkillisesti. Jotkut vastanneista kertoivatkin elämäntilanteen olleen erilainen jokin aika sitten, ja toisaalta osa kertoi siitä, että elämäntilanteeseen oli tulossa muutosta, esimerkiksi vanhemman opiskelujen aloittaminen lähitulevaisuudessa. Tutkittavien elämäntilanne oli todellakin tutkittu juuri kyseiseltä ajanjaksolta, eikä se näin ollen kerro pidemmän aikavälin kuvaa entisten asiakasparheiden elämäntilanteista. Toisaalta en-

tiset asiakkaat kertoivat hyvin eri aihealueiden asioita esimerkiksi aikuisen oman elämäntilanteen kuvauksessa. Tämä toi aineistoon monipuolisuutta, mutta samalla se vähensi vertailun mahdollisuuksia, kun eri asiakkaiden vastaukset painottuivat toisinaan keskenään hyvin erilaisilla aiheilla.

Vanhempien moniulotteiset elämäntilanteet kuntoutuksen jälkeen –yläkategorian kaikki alakategoriat kertovat vanhemman elämäntilanteesta kuntoutuksen jälkeen, ja kaikkia vanhempaa koskevaa vastausaineistoa kuvastaa vastausten monipuolisuus ja vaihtelevuus. Vanhempien elämäntilanteissa oli nähtävästi keskenään erilaisia aiheita. Toisaalta elämäntilanteita tarkasteltiin melko laajasti, vaikka kyse olikin yhdestä jälkiarviointilomakkeen kysymyksestä muiden joukossa. Näin ollen ”moniulotteinen” on hyvä adjektiivi kuvaamaan vanhempien elämäntilanteita kuntoutuksen jälkeen.

Taulukko 3. Ensikotien entisten asiakasvanhempien elämäntilanteet kuntoutuksen jälkeen.



7 Päätulokset

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti tämän tutkimuksen päätuloksia, jotka koskevat ensikotientisten asiakasperheiden elämäntilanteita sekä tutkimuksessa esille tulleita erilaisia kehitystarpeita jälkiarviointilomakkeissa. Näiden päätulosten lisäksi tässä luvussa esitellään jatkotutkimusaiheita.

7.1 Ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli antaa lisätietoa ja valottaa yleistä kuvaa siitä, miten entisten asiakasperheiden elämä on jatkunut päihdekuntoutuksen jälkeen. Tämä tieto kertoo samalla Pidä kiinni –hoitojärjestelmän vaikuttavuudesta, tukitoimista ja siitä, millaista tietoa jälkiarviointilomakkeet antavat.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että entisten asiakkaiden tilanteet olivat keskenään hyvin erilaisia. Yhteistä, kaikkiiin tutkittaviin sopivaa mallia ei löytynyt tässä tutkimuksessa. Tämä on toisaalta luonnollistakin, sillä kaikkien ihmisten elämänpolku on jokaisen kohdalla ainutlaatuinen ja erilainen. Silti aineistosta löytyi monia usein toistuvia teemoja. Nämä toistuvat teemat näkyvät kysymyiskohtaisissa kaavioissa. Kolme edellä esiteltyä kaaviota koskivat kolme eri kysymystä “Tuki kuntoutuksen jälkeen”, “Lapsen elämäntilanne” ja “Aikuisen elämäntilanne”. Ne olivat kuitenkin sisällöltään limittäisiä, ja näin ollen ne tukivat toisiansa ja sitä näkemystä, mikä muodostui aineistoja tutkiessa. Asiakkaat kertoivat vastauksissaan joistakin elämänsä osa-alueista tarkemmin, kuten esimerkiksi päihtheisiin liittyvistä asioista.

Moni ensikotien entisistä asiakkaista asui haastatteluhetkellä lapsensa kanssa, ja suurin osa perheistä koostui yksinhuoltajaäidistä ja hänen lapsestaan. Tutkimusjoukossa oli kuitenkin myös niitä aikuisia, joiden lapsi tai lapset eivät asuneet entisen asiakasvanhemman luona. Pieni osa tutkittavista aikuisista asui haastatteluhetkellä lapsensa kanssa jossain laitoksessa. Kuntoutuksen jälkeisiä tukitoimenpiteitä esiintyi monipuolisesti aineistossa, ja ne näyttivät olevan riippuvaisia myös entisen asiakasperheen sen hetkisestä elämäntilanteesta. Entisten asiakaslasten elämäntilanteita kuvattiin pääasiassa melko myönteisesti. Entisten asiakasaikuisen elämäntilanteiden kuvauksissa oli paljon vaihtelua tutkittavien henkilöiden välillä. Aikuisen parisuhde tai ero parisuhteesta nousivat esille erityisesti aikuisen elämäntilanne –kysymyksen kohdalla. Toisaalta lapsen elämäntilanne –kohdan aineistossakin tuli

esille vastauksia, joissa kuvattiin lapsen tapaamisia tai tapaamattomuutta toisen vanhempansa kanssa.

Tässä tutkimuksessa käsiteltiin päihderiippuvuutta. Sen osalta jäi epäselväksi, kuinka moni entisistä asiakkaista oli kuntoutuksen jälkeen täysin päihteetön. Vastausten mukaan kuitenkin pääosa vastaajista oli joko päihteettömiä, tai heillä oli omien kuvaustensa mukaan päihdeidenkäyttö hallinnassa. Tutkimuksen toinen pääaihe oli varhainen vuorovaikutus. Vanhemmat kuvailivat vastauksissaan suhdettaan lapseensa sekä sitä, millaista heidän yhteinen arkensa oli. Pääosin nämä kuvaukset olivat melko myönteisiä. Toisaalta vastauksista ei käynyt selvästi ilmi, millainen vanhemman ja lapsen kiintymyssuhde oli haastatteluhetkellä. Erityisesti olisi ollut hyvä löytää tutkimusaineistosta enemmän lapsen näkökulmaa perheen elämäntilanteeseen.

Ensikotien entisten asiakasperheiden elämäntilanteiden kuvaukset toivat kasvatopsykologiaan uutta tietoa vauvaperheiden päihdekuntoutuksesta ja sen jälkeisestä elämäntilanteesta. Tämä tutkimus pukee sanoiksi ensikotien työntekijöiden jo olemassa olevan käytännön tiedon ja kokemuksen. Elämäntilanteiden kuvaukset kootussa muodossa voivat havainnollistaa sitä, millaista ensikotien entisten asiakkaiden elämä on päihdekuntoutuksen jälkeen. Tämä tutkimus voi myös lisätä huomiota päihdekuntoutuksen jälkeisen elämäntilanteen ja tukitoimenpiteiden merkityksen tarkasteluun. Saaduilla tutkimustuloksilla on käytännöllistä merkitystä, jos esimerkiksi jälkiarviointilomakkeita kehitetään entisestään tämän tutkimuksen antamien tietojen pohjalta.

7.2 Kehitysideita jälkiarviointilomakkeisiin

Tässä tutkimuksessa entisten asiakkaiden elämäntilannekuvausten lisäksi tutkimustuloksena voidaan pitää erilaisia kehitysideita jälkiarviointilomakkeisiin. Yksi kehitysideoista olisi lisätä jälkiarviointilomakkeeseen kohta, jossa kysytään, ovatko entisten asiakasperheiden suunnitelmat, joita heille oli mahdollisesti sovittu kuntoutuksen päättyessä, toteutuneet. Näin korostuisi se, että jokaisella perheellä on oma yksilöllinen tilanne ja sen mukaiset tavoitteet. Entisten asiakkaiden tukitoimien keskinäinen vaihtelevuus voisi tällöin selittyä erilaisten jat-

kosuunnitelmien ja –tavoitteiden kautta. Samalla voisi myös selvittää se, toteutuivatko suunnitellut jatkotukitoimenpiteet alkuperäisen suunnitelman mukaan. Jälkiarviointilomakkeessa ei suoraan kysytä, mitä mieltä entinen asiakas on tuesta, jota on saanut kuntoutuksen jälkeen. Moni asiakas kertoi kuitenkin jälkiarviointilomakkeessa mielipiteensä tukitoimista. Voisikin harkita, että pitäisikö työntekijän ohjeistukseen lisätä ohje kysyä haastateltavalta, mitä mieltä hän on ollut kuntoutuksen jälkeisestä tuesta.

Jälkiarviointilomakkeiden täyttämässä oli eroja ja puutteita työntekijöiden ja ensikotien välillä. Jos halutaan mahdollisimman luotettavia tuloksia, on tärkeää pitää huolta siitä, että olennaiset perustiedot kirjataan lomakkeisiin entisen asiakkaan omien haastatteluvastausten ohella. Tällaisia perustietoja ovat esimerkiksi kuntoutuksen kesto ja se, kuinka pitkä aika kuntoutuksesta on kulunut haastatteluhetkellä. On myös tärkeää huolehtia, ettei jälkiarviointilomakkeisiin tule sellaista tietoa, joka voisi rikkoa entisten asiakkaiden tietosuojaa. Jälkiarviointilomakkeiden ohjeistus on hyvä olla esillä tai ainakin hyvin mielessä, kun työntekijä haastattelee entistä asiakasta. Jälkiarviointilomakkeita on hyvä kehittää entisestään, jos halutaan saada kokonaisvaltaisempaa tietoa entisten asiakkaiden elämäntilanteista kuntoutuksen jälkeen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lomakkeisiin tehtäisiin entistä yksityiskohtaisemmat ohjeet työntekijöille tai lomakkeisiin voitaisiin tehdä lisäkysymyksiä, jotka kertoisivat kokonaisvaltaisemmin entisen asiakkaan elämäntilanteesta ja siihen vaikuttaneista taustatekijöistä. Toisaalta ohjeistuksen täytyy olla riittävän selkeä, jotta jälkiarviointilomakkeiden täyttämistä tulisi mahdollisimman yhteneväistä eri ensikotien ja työntekijöiden välillä. Työntekijöille on tärkeää kertoa tarkasti, mitä varten jälkiarviointilomakkeita täytetään ja mihin tarkoitukseen ne tulevat. Kertomalla työntekijöille jälkiarviointilomakkeiden tulosten konkreettisista vaikutuksista voidaan näin mahdollisesti kasvattaa työntekijöiden tunnetta siitä, että he voivat vaikuttaa työhönsä ja koko Pidä kiinni –hoitojärjestelmän tulevaisuuteen.

Tutkimustuloksista voidaan nähdä se, että entiset asiakkaat vastaavat sen mukaan, mitä työntekijät kysyvät. Olisivatko vanhemmat esimerkiksi kertoneet tulevaisuudensuunnitelmistaan ilman, että siitä mahdollisesti erikseen kysyttiin? Tätä ei voida nähdä jälkiarviointilomakkeista. Jälkiarviointilomakkeiden ohjeistus työntekijöille voi toimia heidän ohjenuoranaan, kun he haastattelevat entisiä asiakkaita. Jos kuitenkin yhdenmukaistettaisiin työntekijöiden työtapoja koskien jälkiarviointihaastatteluja, voitaisiin mahdollisesti saada aiempaa yhteneväisempiä vastaussisältöjä. Tämän tutkimuksen mukaan näyttäisikin olevan merkitystä

sillä, kuinka hyvin työntekijöitä on perehdytetty erilaisiin työtehtäviin, kuten jälkiarviointihaastattelujen tekemiseen. Jälkiarviointilomakkeiden tarkoituksen esittely kaikille työntekijöille olisi myös tärkeää, koska näin voidaan motivoida työntekijöitä tekemään jälkiarviointihaastattelut huolellisesti ohjeistuksen mukaan.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Useimmissa tapauksissa lapsi oli äidin kanssa kotona, eikä esimerkiksi päivähoitossa. Tämä voi selittyä muun muassa lapsen varhaisella iällä. Jatkotutkimusaihe voisi olla, miten vanhemman, lapsen ja koko perheen elämäntilanteet eroavat toisistaan riippuen siitä, onko lapsi päivähoitossa vai kotona. Pikulinskyn ja Tammivuoren (2013, 85–86) tutkimuksessa tuli ilmi, että Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikotien entisten asiakasvanhempien tarinoissa oli kaksi teemaa: lapset ja oma hyvinvointi. Tämän takia olisi mielenkiintoista tietää, tukeeko esimerkiksi lapsen jokapäiväinen tai osittainen päivähoito vanhemman päihteettömyyttä vai ei. Jos päivähoito tukee vanhemman päihteettömyyttä, millä eri tekijöillä sitä voitaisiin selittää? Lapsen ollessa päivähoitossa saatettaisiin ehkä helpommin huomata, jos lapsesta ja perheen tilanteesta nousee esiin jotain huolta. Jos taas vanhemmalle lapset ovat erittäin tärkeässä asemassa, olisiko silloin parempi, että vanhempi hoitaa lasta kotona niin pitkään kuin mahdollista? Tällaisessa jatkotutkimuksessa voisi tarkastella erityisesti sitä, mikä olisi parasta lapsen hyvinvoinnin kannalta.

Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla parisuhteen merkitys päihdeongelmaisen vauvaperheen elämässä. Tutkimuskysymys voisi olla vaikka se, millaisissa tilanteissa parisuhde on etu entisen asiakkaan päihteettömyyden kannalta, ja millaisissa tilanteissa parisuhde voi olla riski entisen asiakkaan päihteettömyydelle. Parisuhde voi olla muutenkin riski perheelle kuin vain päihteidenkäytön kannalta, esimerkkinä parisuhteessa ilmenevä väkivalta eri muodoissaan. Toisaalta parisuhde voi olla myös vahvuus muissakin asioissa kuin päihteettömyyden tukemisessa. Parisuhde voi auttaa vanhempaa jaksamaan lapsiperheen arjessa ja se voi parhaimmillaan tuoda suurta iloa elämään. Erityisesti olisi hyvä tutkia, millainen merkitys ensikodin entisen asiakkaan parisuhteella on lapselle. Olisi myös tärkeää tutkia sitä, miten pariskuntana kuntoutuksessa olevat eroavat niistä perheistä, joista

on kuntoutuksessa mukana vain yksi vanhempi. Onko näiden perheiden kuntoutuksen kestossa eroavaisuuksia, ja millä tavoin näiden perheiden elämäntilanteet eroavat kuntoutuksen jälkeen? Entä miten kuntoutus ensikodissa voi vaikuttaa parisuhteeseen, ja miten se tulisi paremmin ottaa huomioon käytännön työssä tulevaisuudessa?

Kasvatuspsykologisesta näkökulmasta olisi ollut mielenkiintoista saada syvällisempää tietoa ensikotien entisten asiakkaiden kokemuksista esimerkiksi ohjauksen, kasvun tai kehityksen näkökulmista. Tässä tutkimuksessa ei päästy tutkimaan entisten asiakkaiden kasvua kuntoutuksen alusta kuntoutuksen jälkeiseen elämään. Jatkotutkimusaihe kasvatuspsykologialle voisi olla esimerkiksi se, että selvitetään, millaisesta ohjauksesta on ollut hyötyä entisen asiakkaan vanhemmuudelle, päihteettömyydelle ja arjessa elämiselle. Toinen tutkimuskysymys voisi olla se, kuinka ensikodin yhteisön erilaiset sosiaaliset suhteet ovat vaikuttaneet vanhemman oppimiseen ja kehitykseen ensikodissa. Kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta taas olisi hyvä tutkia sitä, minkä ensikodin entinen asiakas kokee tärkeimmäksi oivallukseksi tai oppimiskokemukseksi hänen oman päihteettömyytensä kannalta. Tällainen tieto voisi auttaa ensikoteja vahvistamaan työtään sellaiseen suuntaan, jossa kuntoutus olisi pitkäkestoisesti entistä vaikuttavampaa.

8 Tutkimuksen luotettavuuden ja tutkimustulosten arviointi

On hyvä, että äidin tai isän elämäntilanteen ja lapsen elämäntilanteen lisäksi kysytään koko perheen elämäntilanteesta. Kysyttäessä koko perheen elämäntilanteesta saadaan tietoa esimerkiksi mahdollisesta puolisoista, mutta myös siitä, mitkä muut tekijät vaikuttavat lapseen ja vanhempaan sekä koko perheeseen. Usein perheen elämäntilanne –kohdassa vastattiin kuitenkin hyvin samalla tavoin kuin lapsen elämäntilanne ja vanhemman elämäntilanne –kohdissakin. Vastauksissa koskien perheen elämäntilannetta esiintyi siis toistoa suhteessa lapsen ja vanhemman elämäntilanteeseen. Tämä on myös hyvä asia, koska se vahvistaa sitä käsitystä, miten tilanteet näyttäytyvät entiselle asiakkaalle perhenäkökulmasta katsottuna. Riittävä toisto vastauksissa voi vahvistaa eri kysymyskohtien vastausten paikkansapitävyyttä. Toisaalta juuri samankaltaisten vastausten toiston takia perheen elämäntilanne –kohdasta ei otettu mukaan tutkimukseen aiempien vastauskohtien jo riittävän saturaation eli aineiston kylläisyyden takia.

Yksi jälkiarviointilomakkeiden kohdista koski sitä, mitä hyötyä kuntoutuksesta oli ollut entiselle asiakkaalle. Pääosa vastaajista vastasi tähän kohtaan, mitä erilaista hyötyä kuntoutuksesta oli ollut. Osa vastasi vähemmän. Pieni osa vastaajista kertoi niistä asioista, jotka eivät olleet hyödyttäneet häntä kuntoutuksessa. Tätä kuntoutuksen hyödyllisyyskohtaa olisi mielellään tutkinut tarkemminkin, mutta se päätettiin jättää pois tarkemmasta käsittelystä tutkimusaineiston laajuuden takia. Tutkimuksesta jätettiin pois myös jälkiarviointilomakkeen viimeinen kysymys koskien sitä, miten päihteitä käyttävien äitien/vauvaperheiden hoitoa ja kuntoutusta pitäisi kehittää. Tämänkin kysymyksen vastaukset olivat mielenkiintoisia, ja niistä nousi esiin ensikotien merkitys entisille asiakkaille. Tämä viimeinen kohta jäi pois samasta syystä kuin kysymys koskien kuntoutuksen hyödyllisyyttä. Perheen elämäntilanne –kohta jätettiin myös pois aiemmin perustelluista syistä. Tämän päätöksen ohella huomattiin, miten muuten tutkimus olisi voitu toteuttaa. Entisiä asiakkaita olisi voitu tarkastella henkilö kerrallaan eikä aihe kerrallaan, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin. Aihekohtainen analyysi valittiin, koska sen ajateltiin lisäävän entisten asiakkaiden anonymiteettia.

Tässä tutkimuksessa tutkija ei tarkemmin tiennyt tutkittavien asiakasperheiden aiempaa elämäntilannetta. Näin ollen tässä tutkimuksessa ei voitu kertoa tutkimustuloksia asiakkaiden

elämäntilanteiden muutoksista eri aikoina. Jos taas tässä tutkimuksessa olisi vertailtu, miten perheiden elämäntilanteet muuttuivat puoli vuotta ja vuosi kuntoutuksen jälkeen, olisi tarkastelussa ollut mahdollisesti liian pieni tutkimusotos. Ensikotien entisten asiakkaiden jälkiarviointilomakkeista ei siis välttämättä aina suoraan välittynyt tietoa siitä, tapahtuiko henkilön elämässä kuntoutuksen aikana muita suuria muutoksia kuin esimerkiksi mahdollinen päihteistä raitistuminen. Monen entisen naisasiakkaan kohdalla oli kuvaus siitä, kuinka hän asuu vain lapsensa kanssa kahdestaan, eikä isä ole mukana lapsen elämässä, tai että lapsi tapasi isäänsä tietyin väliajoin. Tällaisista elämäntilanteiden kuvailuista ei välttämättä kuitenkaan aina välittynyt ulkopuoliselle tutkijalle tietoa siitä, oliko entinen asiakas eronnut miehestään kuntoutuksen aikana, sitä ennen vai sen jälkeen. Kaikista vastauksista ei toisaalta ilmennyt sitäkään, oliko äiti ollut lapsen isän kanssa yhdessä aiemmin vai eikö ollenkaan. Osan entisistä asiakkaista kohdalla puhuttiin mieskumppanista, joka oli lapsen isä. Osan kohdalla puhuttiin vain kumppanista, josta erikseen mainittiin, että kyseessä ei ollut lapsen isä. Osassa lomakkeista taas ei ollut ollenkaan mainintaa siitä, oliko mies äidin lapsen isä vai ei.

Tutkimuksen kannalta olisi siis ollut mielenkiintoista tietää, milloin eronneen entisen asiakkaan ero oli tapahtunut ja oliko kuntoutuksella ollut vaikutusta eroon. Jos eroa ei ollut tapahtunut, koska yhteistä suhdetta ei koskaan ollutkaan, olisi tämäkin kertonut siitä, oliko entisessä asiakasperheessä tapahtunut muutosta suhteessa toiseen vanhempaan. Tämä olisi ollut kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta tärkeää tietoa esimerkiksi sen takia, että entinen asiakas oli saattanut erota puolisostaan esimerkiksi tämän kumppanin päihteenkäytön jatkamisen tai aloittamisen takia. Voi olla niin, että ihmisen raitistuttua hänen elämänarvonsa, asenteensa ja mielenkiintonsa saattavat muuttua niin, ettei hän halua tai voi jatkaa enää kumppaninsa kanssa. Päihteenkäyttö tai päihteettömyys voivat koskettaa niin monia eri elämän osa-alueita, että kyse on kokonaisvaltaisesta elämänmuutoksesta. Parisuhteen merkitystä ei siis saisi väheksyä perheiden päihdekuntoutuksessa, koska parisuhteissa ja perheissä on kyse systeemisistä, toisiinsa vaikuttavista kokonaisuuksista.

Tässä tutkielmassa ei päästy henkilökohtaisesti haastattelemaan ensikotien entisiä asiakkaita, joten oli luotettava siihen, että jälkiarviointilomakkeet oli tehty tarkoituksenmukaisesti ja annettujen ohjeiden mukaan mahdollisimman yhteneväisesti eri yksiköiden ja myös eri työntekijöiden välillä. Toisaalta tämän tutkimusaineiston vahvuus on juuri aitous ja se, että tutkittavat lomakkeet on oikeasti tehty osana kuntoutuksen jälkeistä aikaa. Näin ollen tässä tutkielmassa ei voida puhua keinotekoisesta tutkimusasetelmasta. Lomakkeista saatu tieto

on usein ollut puhelimessa työntekijän entiseltä asiakkaalta kuulemaa tietoa, jonka työntekijä on sitten kirjoittanut paperille. Tässä tutkimuksessa pyrittiin luottamaan siihen, että esimerkiksi puheluissa saadut vastaukset oli kirjoitettu lomakkeeseen mahdollisimman samankaltaisina. On tärkeää huomioida ja pohtia tällaisessa tutkimuksessa, mitä ensikodin entinen asiakas haluaa kertoa ja jättää kertomatta työntekijälle. On hyvä olla tietoinen siitä, että jälkiarviointilomakkeiden vastauksissa voi olla puutteita, sillä ne ovat riippuvaisia työntekijöiden merkinnöistä ja tulkinnoista. Myös inhimillisiä virheitä on voinut sattua. Työntekijä on esimerkiksi saattanut kuulla entisen asiakkaan sanoman väärin tai hän on voinut ymmärtää vastauksen sisällön eri tavalla kuin entinen asiakas on tarkoittanut. Vaikka vastauksien sisällöissä olisi paljon eroavaisuuksia, kysymyksen kannalta mahdollisesti epäolennaisia vastauksia tai muita edellä mainittuja vaihtelevia tekijöitä, peilaavat haastateltavien kertomukset kuitenkin aina jollakin tavalla heidän todellisuuttaan haastatteluhetkellä. Juuri sen takia voidaan ajatella, että tämän tutkimuksen aineisto ja sen tulokset kertovat melko todenmukaista tietoa entisten asiakkaiden elämäntilanteista kuntoutuksen jälkeen.

Tutkimus toteutettiin käyttäen apuna Word- ja Nvivo –ohjelmia, jotka helpottivat laajan kokonaisuuden hallitsemista ja käsittelemistä. Laaja aineisto aiheuttaa sen ongelman, että tutkijan täytyy olla tavallista tarkempi aineiston käsittelyssä, jotta erilaiset yksityiskohdat huomataan ja merkitään muistiin. Tämän takia tutkimuksen eri vaiheet kirjattiin tarkasti muistiin. Analyysin luotettavuudesta huolehdittiin siten, että tutkimuksen eri asiat tarkastettiin useita kertoja, jotta erilaiset inhimilliset virheet pysyisivät mahdollisimman vähäisinä. Toisaalta laaja aineisto on myös luotettavampi kuin pienempi aineisto, sillä vaikka tutkija olisikin tehnyt pieniä inhimillisiä virheitä, eivät ne välttämättä vaikuta tutkimuksen lopputulokseen merkittävästi, kuten pienemmissä tutkimusotoksissa. Tämän kaltaisessa aran aiheen käsittelyssä on myös tutkittavien kannalta parempi, että tutkimusotos on ollut laaja, jottei yksittäiset tutkittavat erottuisi tutkimuksesta. Lisäksi näin laajaa tutkimusotosta tutkielmassa voidaan pitää tulosten puolesta merkittävämpänä hyötynä tutkimuksen yhteistyökumppani Ensi- ja turvakotienliitolle. Riittävän isolla tutkimusotoksella voidaan jo sanoa joidenkin tutkimuksesta esiin tulleiden aiheiden olevan yleisiä tutkitussa joukossa. Tässä tutkimuksessa oli esimerkiksi hyvin yleistä, että moni ensikotien entisistä asiakkaista oli haastatteluhetkellä yksinhuoltajaäitejä, jotka hoitivat kotona lastaan.

Nvivo-ohjelmaan lisättiin haastateltavien jälkiarviointilomakkeet erillisinä tiedostoina, mutta itse analyysissä ei enää tarkasteltu entisiä asiakkaita erillisinä tutkimuskohteina vaan yhtenä kokonaisuutena. Tämä valinta tehtiin entisten asiakkaiden anonymiteetin suojelemiseksi. Tutkimustuloksissa ei kerrota yksittäisten haastateltavien kaikkia vastauksia ja sitä, miten ne suhteutuivat toisiinsa. Tämä yksittäisen entisen asiakkaan eri vastausten tarkastelu yhtäaikaisesti olisi saattanut paljastaa asiakkaan henkilöllisyyden erityisesti niissä tapauksissa, joissa vastaukset olivat yksityiskohtaisempia, tai jos vastauksissa oli muista asiakkaista huomattavasti poikkeavampi elämäntilanne. Osa entisten asiakkaiden vastauksista oli melko lyhyitä. Yksittäisille sanoille tulee suuri merkitys, jos entisen asiakkaan vastaus on jommuutenkin lyhytsanainen. Tässä tutkimuksessani ei myöskään voitu tehdä tarkentavia kysymyksiä entisille asiakkaille valmiin tutkimusaineiston vuoksi. Näin ollen tässä tutkimuksessa oli tarkoituksenmukaista tarkastella yksittäisten entisten asiakkaiden vastauksia yhtenä suurena kokonaisuutena kuvaamaan heidän kuntoutuksen jälkeisiä elämäntilanteitaan. Näitä kuvattiin kolmesta eri näkökulmasta: tuki kuntoutuksen jälkeen, lapsen elämäntilanne ja aikuisen elämäntilanne kuntoutuksen jälkeen.

9 Pohdinta

Tätä tutkimusta tehdessä pohdin, koskettaako tutkimani aihe todella päihderiippuvuutta vai kenties elämänhallintaongelmaa. Oliko jompi kumpi syy tai seuraus? Pohdin sitä, mitkä ovat päihdeongelmien todelliset taustasyyt. Onko se riippuvuus, elämäntilanne, seura, tylsyys, tavoitteiden tai elämänsisällön puute vai jotain muuta? Mietin, ovatko kaikki Pidä kiinni – hoitojärjestelmän ensikotiin tulleet päihderiippuvaisia vai voiko kyse olla myös jostain muusta, mikä on mahdollisesti aiheuttanut päihteisiin liittyviä ongelmia.

Tutkiessani jälkiarviointilomakkeita pohdin siis paljon sitä, mitkä tekijät ensikotien entisten asiakkaiden elämäntilanteessa ovat päihdekuntoutuksesta johtuvia seurauksia ja mitkä eivät. Tärkeä pohdinnan aihe on, kuinka paljon kuntoutuksen voidaan ajatella vaikuttaneen entisten asiakkaiden elämään. Toisaalta juuri tämän takia tässä tutkimuksessa tehtiin rajaus, että mukaan tutkimukseen otetaan vain vähintään kolme kuukautta kuntoutuksessa olleita. Mitä pidempi kuntoutusjakso, sitä varmemmin voidaan ajatella sen vaikuttaneen pitkäkestoisesti entisten asiakkaiden elämään kuntoutuksen jälkeen. Näin ajattelin ennen tutkimuksen tekoa ja edelleen tutkimuksen valmistuttua. Hyvä pohdinnan aihe on myös se, tarvitaanko aiempaa tarkempaa tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta jälkiarviointilomakkeiden kautta.

Tämän tutkimusprosessin aikana pohdin myös sitä, mikä on ensikotien asiakaslasten etu. Jatkossa voisikin tutkia entistä enemmän ensikotien asiakaslapsia. Ensikotien jo vähän vanhemmat entiset asiakaslapsen kykenisivät varmaan jo omiin haastatteluihinsa, jolloin saataisiin oikeasti lapsen ääni kuuluviin. Vahvistamalla lasten asemaa tutkimuksissa voitaisiin toivottavasti parantaa heidän tilannettaan käytännössä.

Etsiessäni tutkimukseeni erityisesti psykologisia lähteitä huomasin, että psykologiassa käsitellään paljon mielenterveyshäiriöitä, mutta ei niin paljon päihderiippuvuuksia, vaikka yleisesti tiedetään niillä olevan yhteyttä keskenään. Päihderiippuvuuksista saatetaan mainita erilaisten psykologisten teemojen kohdalla, mutta kovin usein suomenkielisissä psykologian oppikirjoissa ei niille ole selvästi omaa kappaletta. Tätä tutkimusta tehdessäni yritin keskittyä miettimään omasta puolestani käsiteltävän aiheen eri psykologisia puolia. Pohdinkin, tarvittaisiinko Suomeen lisää psykologista tai kasvatuspsykologista kirjallisuutta ja tutkimuksia koskien erityisten perheiden päihdekuntoutusta.

Koko tämän tutkimuksen teko vaati tutkijaltaan syvällistä pohdintaa aiheen eri tiimoilta. Toivon, että koko tutkimuksen läpi kattavat pohdinnat ja avoimet kysymykset kertovat tutkittavasta aiheesta ja sitä koskevista jatkotutkimusaiheista. Tässä tutkimuksessa esiin tulleet monet pohdinnan aiheet kertovat osaltaan siitä, kuinka Pidä kiinni –hoitojärjestelmä on vielä melko tuore asia suomalaisessa yhteiskunnassa. Olisikin hyödyllistä, jos tutkielmani pohdinnat voisivat johtaa jatkokeskusteluihin ja kehitysaiheisiin työntekijöiden parissa.

Pidä kiinni –hoitojärjestelmän ensikotien vaikuttavuus päihdekuntoutuksen jälkeiseen elämään on mielenkiintoinen kysymys, ja toivon, että tutkimukseni on pystynyt valottamaan lisää tätä aihetta. Kyseinen aihe ja aineistoni herättivät paljon pohdittavia ajatuksia ja kehitysideoita. Samalla se valotti kuvaa ensikotien entisten asiakkaiden elämäntilanteista kuntoutuksen jälkeen. Haluan lämpimästi kiittää tutkimukseni yhteistyökumppania Ensi- ja turvakotienliittoa ja kaikkia sen alaisuudessa toimivia ensikoteja, jotka osallistuivat tutkimukseeni.

Lähteet

A-klinikkasäätiö. Pirkanmaan palvelualue. (2013). Viitattu 3.3.2015. K-klinikka. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/pirkanmaa/tampere/k-klinikka>

Andersson M., Hyytinen R. & Kuorelahti M. (toim.) (2013). Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 38. Porvoo: Bookwell Oy.

Ensi- ja turvakotien liitto. (2015a). Viitattu 15.09.2014. Saatavilla HTML-muodossa: <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>

Ensi- ja turvakotien liitto. (2015b). Viitattu 15.09.2014. Pidä kiinni®- hoitojärjestelmä päihdeongelmaisille äideille ja vauvaperheille. [online] Saatavilla HTML-muodossa: <https://ensijaturvakotienliitto-fi.directo.fi/tyomuodot/pidakiinni/>

Flykt M. & Ahlqvist-Björkroth S. (2013). Raskausajan mielikuvat vanhemmuuden ja lapsen kehityksen ennustajina. *Psykologia* 48 (05-06) (2013). Suomen psykologinen seura. Helsinki: Vammalan kirjapaino oy.

Gerhardt S. (2007). Rakkaus ratkaisee. Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehittymiselle. Helsinki: Edita Prima Oy.

Goodman A.M.D. (1990). Commentary. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction* 85.

Helander M. (2012). Raskaana olevien päihdeongelmaisten pakkohoito – Sopsisiko Norjan malli Suomeen? Louhiala P. (toim.) (2012). *Suomen Lääkärilehti* 9/2012 vsk 67.

Holopainen A. (2011). Grounded teoria. Teoksessa: Puusa A. & Juuti P. (2011). (toim.). *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan.*

Holt N., Bremner A., Sutherland E., L.V, Vlieg M., Passer M. ja Smith R. (2012). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour. Second Edition.* Berkshire: McGraw-Hill Higher Education.

- Hyytinen R. (2008). Hyvän asiakassuhteen merkitys. Teoksessa: Andersson M., Hyytinen R., & Kuorelahti M. (toim.). Vauvan parhaaksi. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto ry.
- Isosävi S. & Lundén M. (2013). Vanhemman ja vauvan vuorovaikutuksellinen yhteissäätely. *Psykologia* 48 (05-06) (2013). Suomen psykologinen seura. Helsinki: Vam-malan kirjapaino oy.
- Kalland M. & Pajulo M. (2013). Äitien arvio ensikotihoidon merkityksestä. Teoksessa: Andersson M., Hyytinen R. & Kuorelahti M. (toim.) (2013). Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotienliitto ry, Helsinki. Porvoo: Bookwell Oy.
- Keltikangas-Järvinen L. (2008). Temperamentti, stressi ja elämänhallinta. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Korkeila, J.: Stressi, tunteiden säätely ja immunitetti. Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2008; 124. Viitattu 2.5.2015. Saatavilla HTML-muodossa: <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97123.pdf>>
- Lyden H.M & Suchman N.E. (2013). Transmission of parenting models at the level of representation: Implications for mother-child dyads affected by maternal substance abuse. Teoksessa: Suchman N.E, Pajulo M. & Mayes L.C. (toim.) Parenting and Substance Abuse. Developmental Approaches to Intervention.
- Lyytinen P., Korkiakangas M., & Lyytinen H. (toim.) (1997). Näkökulmia kehityspsykologiaan – kehitys kontekstissaan, Porvoo, WSOY
- McGinn M.F. (2000). Attachment and Separation: Obstacles for Adoptees. *Journal of Social Distress and the Homeless*, Vol. 9, No. 4
- Mäkelä R., Fagerström K. & Niskasaari M. (2009). Perhe ja päihteet. Teoksessa: Larivaara P., Lindroos S. & Heikkilä T. (toim.) (2009). Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pajulo M. (2011). Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen - eri-tyispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen lääkirlehti* 2011: 14.

Pajulo M. & Kalland M. (2013). Äidin reflektiivinen kyky ja sen vaikutus päihde-ensikodien hoidon tulokseen. Teoksessa: Andersson M., Hyytinen R. & Kuorelahti M. (toim.) (2013). Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihdeistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä. Helsinki: Ensi- ja turvakotienliitto ry.

Pajulo M., Pyykkönen N., Kalland M., Sinkkonen J., Helenius H., Punamäki R-L, Suchman N. (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal* Vol. 33(1).

Pikulinsky M. & Tammivuori S. (2013). ”Ei enää päihdeäiti?” Päihderiippuvuudesta kuntoutuminen. Metropolia –ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.4.2015. Saatavilla: <http://www.theseus.fi/handle/10024/61264>

Raento P. & Tammi T. (2013). Addiktio – ristiriitainen ja vaikutusvaltainen ilmiö. Teoksessa: Tammi T. & Raento P.(toim.) (2013). Addiktioyhteiskunta – riippuvuus aikamme ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Raitasalo K. & Holmila M. (2012). Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. Rekisteritutkimuksen tuloksia. Viitattu 4.3.2015. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102921/raitasaloholmila.pdf?sequence=1>

Roche. (2013). Hepatiitti.fi. C-hepatiitin hoito. Viitattu 3.3.2015. Saatavilla: <http://www.hepatiitti.fi/c-hepatiitti/c-hepatiitin-hoito/>

Saarinen P., Ruoppala I. & Korkiakangas M. (1994). Kasvatuspsykologian kysymyksiä. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Salpausselän kirjapaino.

Salo S. (2003). Kiintymyssuhteen merkitys elämänkaaren aikana. Teoksessa Sinkkonen J. (toim. 2003). Pesästä lentoon – kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle. Vantaa: WSOY 2002, Dark Oy 2003

Salo S. & Flykt M. (2013). Lapsen ja vanhemman välisen emotionaalisen saatavillaolon merkitys lapsen kehityksessä ja hyvinvoinnissa. *Psykologia* 48 (05-06) (2013). Suomen psykologinen seura. Helsinki: Vammalan kirjapaino oy.

- Savolainen R. <riitta.savolainen@ensijaturvakotienliitto.fi> (2015). VS: Graduun liittyvä kysymys. Henkilökohtainen sähköpostiviesti 27.3.2015.
- Siitonen J. (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Kasvatustieteen väitöskirja [on-line]. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla: <http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>
- Siltala P. (2003). Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa: Niemelä P. & Siltala P. (2003). Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY.
- Silvonen J. & Keso P. (1999). Grounded theory aineistolähtöisen analyysin mallina. *Psykologia* 34. Viitattu 16.2.2015. Saatavilla: https://www.academia.edu/4529109/Grounded_Theory_aineistol%C3%A4ht%C3%B6isen_analyysin_mallina
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) Suomen kuntaliitto. (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Helsinki.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2015). Käypä hoito – huumeongelmaisen hoito. Julkaistu 05.09.2012. Viitattu 4.3.2015. Saatavilla: <URL: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=90F36F0586861164523492D7307807AE?id=hoi50041>>
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari S., (1994). Laadullisen tutkimuksen työpajoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Tamminen T. (2004). Psykologiset tekijät, vuorovaikutusteoriat. Teoksessa Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J., & Kumpulainen K. (toim. 2004). Lasten- ja nuorisopsykiatria, Duodecim, Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy
- THL. Psykiatrian luokituskäsikirja. (2012). Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012. Viitattu 4.4.2015. Saatavilla HTML-muodossa: <URL: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1>
- THL. Varjonen V. (2015). Huumeetilanne Suomessa 2014. Raportti 1/2015. Viitattu 4.4.2015. Saatavilla HTML-muodossa: <URL: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1>

Tuominen-Eilola T. (2015). Jatkuvan vertailun menetelmä. Ohjeet kvalitatiivisen analyysin tekemiseen. Viitattu 29.2.2015. Oulun yliopisto. Saatavilla: <http://cc.oulu.fi/~tte/jatkvert.htm>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (2015). Opioidiriippuvuuden hoito. Viitattu 4.4.2015. Saatavilla: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/opioidiriippuvuuden_hoito

Vantaan kaupunki. (2015). Huumehoitoklinikka (H-klinikka). Viitattu 3.3.2015. http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-_ja_terveyspalvelut/paihdepalvelut/huumehoitoklinikka

Vilkko-Riihelä A. (2003). Psykye - Psykologian käsikirja. Porvoo: WS Bookwell Oy.

WHO. (2014). Substance abuse. Viitattu 5.2.2015. Saatavilla HTML-muodossa: <URL: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/>

LIITE 1

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

15.10.2014

Teija Muuraiskangas

Metsäpolku 4

68300 Kälviä

Puhelin: 044-3374948

Sähköposti: teijamuur@hotmail.com

Ensi- ja turvakotienliitto

Pidä kiinni® -hoitojärjestelmä

Kehittämispäällikkö Maarit Andersson

Asemamiehenkatu 4 A

00520 Helsinki

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opiskelen Oulun yliopistossa kasvatustieteiden tiedekunnassa pääaineenani kasvatuspsykologiaa. Teen pro gradu –tutkimusta tutkimalla Pidä kiinni® -hoitojärjestelmässä asiakkaiden kuntoutuksen jälkeen täyttämiä jälkiarviointilomakkeita. Pyydän ystävällisesti lupaa saada suorittaa tutkimus ja saada käyttää tutkimusmateriaalinani eri Pidä kiinni® -hoitojärjestelmään kuuluvien ensikotien jälkiarviointilomakkeita. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisia kuvauksia asiakkailla on elämäntilanteestaan kuntoutuksen jälkeen. Lisäksi tutkin, kuinka kauan perheet ovat olleet kuntoutuksessa ja millaisia tukimuotoja perheillä on ollut käytössään kuntoutuksen jälkeen. Näitä kaikkia kerättyjä tietoja vertaan toisiinsa ja

pyrin tarkastelemaan tutkimuksessani, kuinka näyttäytyvät muun muassa asiakkaiden kuntoutuksen kesto, jatkotukitoimet ja asiakkaiden kuvaukset sen hetkisestä elämäntilanteestaan. Työn tekeminen edellyttää lupaa käyttää jälkiarviointilomakkeista kerättyjä tietoja.

Työtäni ohjaavat Oulun yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan tutkija, opettaja ja psykoterapeutti Teemu Suorsa, teemu.suorsa@oulu.fi ja kasvatopsykologian professori Hannu Soini, hannu.soini@oulu.fi. Teen yhteistyötä Ensi- ja turvakotienliiton Pidä kiinni® -hoitojärjestelmään kuuluvan henkilökunnan kanssa. Teen tutkimukseni kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä hyödyntäen, mahdollisesti käyttäen fenomenografista tutkimusmenetelmää ja aineiston sisällönanalyysia. Tavoitteena on, että tutkielmastani olisi hyötyä Ensi- ja turvakotienliitolle ja sen asiakkaille erityisesti Pidä kiinni® -hoitojärjestelmässä.

Sitoudun tutkijana noudattamaan voimassaolevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön liittyviä ohjeita. Tutkimuksen valmistuttua hävitän tutkimusaineiston asianmukaisesti. Pro gradu- tutkielman arvioitu valmistumisaika on keväällä 2015.

Kerron mielelläni lisätietoja tutkielmaan liittyen ja vastaan mahdollisiin kysymyksiin.

Teija Muuraiskangas

LIITE 2

PIDÄ KIINNI® ENSIKODIT JA AVOPALVELUYKSIKÖT
JÄLKIARVIOINTILOMAKE 2013-2014



OHJEISTUS JÄLKIARVIOINTILOMAKKEEN TÄYTTÄMISEKSI

Jälkiarviointilomake täytetään, kun asiakkaan kuntoutusjakson päättymisestä on kulunut puoli (½) vuotta ja vielä uudelleen, kun kuntoutusjakson päättymisestä on kulunut yksi (1) vuosi. Tiedot kerää asiakkaan lähityöntekijä joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti haastattelemalla. Asiakkaan kanssa sovitaan jo kuntoutusjakson aikana, miten yhteydenotto tapahtuu. Lomake lähetetään Pidä kiinni -koordinaation työntekijälle ja lomakkeeseen merkitään sama juokseva asiakasnumero, joka on esim. asiakasprofiililomakkeessa, jotta tiedot voidaan myöhemmin yhdistää.

- Kuntoutuksesta kulunut: ympyröi oikea vaihtoehto ½ vuoden vai 1 vuoden arviointi
- Asiakasnumero: kirjaa juokseva asiakasnumero
- Huom! äidistä ja isästä oma arviointilomake
- Kuntoutusjakso: kirjaa sen kuntoutusjakson pituus, jota arvio koskee
- Asiakas tavoitettiin: asiakkaan tavoittamisen päivämäärä
- Asiakasta ei tavoitettu: kirjaa päivämäärä milloin on koetettu tavoittaa / kuinka monta kertaa

Arviointikeskustelun avuksi:

(1) Äidin / isän oma tilanne

Mitä sinulle tällä hetkellä kuuluu, miten arki sujuu, miten näet elämäsi muuttuneen kuntoutusjakson jälkeen, onko sinulla läheisiä / ystäviä, joita tapaavat? Mikä on tilanteesi päihitteiden käytön osalta – kuinka kauan olet ollut raittiina? Entä onko ollut takapakkeja? Jos, niin miten selvisit? Pyysitkö itse apua? Mikä on auttanut sinua eteenpäin? Mistä iloitset? Onko sinulla tällä hetkellä jokin hoitokontakti, ja jos on niin mikä jne.

(2) Lapsen tilanne

Mitä lapsellesi kuuluu tällä hetkellä, minkälainen päivärhythmi on ollut kuntoutuksen jälkeen, mitä kaikkea uutta hän on oppinut jne. ? Onko lapsesi päivähoidossa / kerhossa? Mikä on lapsesi terveydentila, onko sinulla /jollakin toisella jokin huoli lapsestasi jne.?

(3) Perhetilanne

Missä asut nyt, asutko yhdessä lapsesi kanssa – ellet, missä lapsesi on; oletko parisuh-
teessa lapsen isän kanssa / muun kumppanin kanssa vai asutko yksin, oletko työssä / kou-
lussa / kotona jne.

(1) Millaista tukea olet saanut kuntoutuksen jälkeen?

LOPUKSI TOIVOMME SINUN ANTAVAN PALAUTETTA ITSE KUNTOUTUKSESTA:

(2) Mikä sinua hyödytti kuntoutusjakson aikana?

(3) Miten päihteitä käyttävien äitien /vauvaperheiden hoitoa ja kuntoutusta tulisi si-
nun mielestäsi kehittää?

(4) Millaista tukea olet saanut kuntoutuksen jälkeen?

LOPUKSI TOIVOMME SINUN ANTAVAN PALAUTETTA ITSE KUNTOUTUKSESTA:

(5) Mikä sinua hyödytti kuntoutusjakson aikana?

(6) Miten päihteitä käyttävien äitien /vauvaperheiden hoitoa ja kuntoutusta tulisi sinun mielestäsi kehittää?