

Huumeperheiden sosiaalinen verkosto
ja sosiaalisen tuen kokemuksia
päihderiippuvuudesta
toipumisen alkuvaiheessa

Päivi Jokinen
Terveyskasvatuksen
Pro gradu-tutkielma
Syksy 2003
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

SISÄLLYS

JOHDANTO.....	3
1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT.....	5
1.1 Huumeiden käytön yleisyys Suomessa	5
1.2. Sosiaalinen verkosto ja tuki.....	7
1.2.1 Sosiaalinen verkosto.....	7
1.2.2 Sosiaalinen tuki	8
1.3 Huumeriippuvuudesta irrottautuminen.....	9
1.3.1 Huumeperheiden kuntoutus.....	10
1.3.2 Sosiaalinen verkoston ja tuen merkitys päihderiippuvuudesta irrottautumisen tukena.....	11
1.4 Huumeperheisiin liittyviä havaintoja	14
1.4.1 Huumeperheisiin ja sosiaaliseen tukeen liittyviä tutkimuksia	15
2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
2.1 Tutkimustehtävä	18
2.2 Tutkimusaineisto	18
2.3 Tutkimusaineiston keruu	19
2.4 Haastatteluaineiston analysointi	20
3 TUTKIMUSTULOKSET.....	24
3.1 Verkostokartat perheittäin	24
3.1.1 Täti ja äiti tärkeitä.....	24
3.1.2 Tukea tarjolla ammattiauttajilta.....	26
3.1.3 Ammattiauttajilta tukea	27
3.1.4 Huumeidenkäyttäjät verkostossa.....	29
3.1.5 Selitykset ja tunteet pinnalla.....	30
3.1.6 Väkivallasta välittämisen kokemuksia	31
3.2 Sosiaalisen tuen kokemukset.....	32
3.2.1 Kiinnipitämisen mahdollisuus	32
3.2.1.1 Emotionaalinen tuki	33
3.2.1.2 Vuorovaikutuksellinen tuki tai sen puute.....	36
3.2.2.3 Kontrollin ristiriita.....	40
3.2.2.4 Konkreettinen tuki	41
3.2.2.5 Toivottu tuki	42
4 TULOSTEN TARKASTELUA	43
4.1 Tutkimuksen luotettavuus	43
4.2 Tulosten yhteenveto	45
4.3 Keskeisimmät päätelmät.....	49
4.4 Jatkotutkimushaasteita.....	50
Lähteet	52
Liitte1 Verkostokartta.....	65
Liite 2 Teemahaastattelu	66
Liite 3 Tutkimuslupa	67

JOHDANTO

Huumeiden käytön lisääntyminen alkoi Suomessa 1990-luvulla voimakkaana, varsinkin pääkaupunkiseudulla ja osittain koko Etelä-Suomessa. Arviot huumeiden käyttäjien määrästä vaihtelevat 10 000-30 000 välillä. Noin puolet tästä joukosta on arvioitu olevan opiaattien tai amfetamiinin käyttäjiä. (Eskola 2000, Partanen ym. 1999.)

Päihdebarometrin (2000) mukaan alkoholin ja huumeiden ongelmakäyttöön liittyvät haitat ovat merkittäviä huolenaiheita kunnissa ja järjestöissä. Huumeidenkäyttö yhdistettynä perheeseen on aiheena arka, mutta erittäin ajankohtainen. Se on yksi haastavimmista perhepoliittisista ja lastensuojelullisista kysymyksistä. Lasten huostaanotot, sijoittamiset ja lastensuojeluun liittyvät muut toimenpiteet ovat lisääntyneet ja ovat edelleen jatkuvasti kasvussa. Lähes poikkeuksetta nämä liittyvät alkoholi- tai huumeongelmiin. (Leskinen ym. 2000.) Euroopan unionin huumeongelmaraportin mukaan huumeita käyttävien naisten on miehiä vaikeampi saada tarpeidensa mukaista hoitoa. Naiset pelkäävät, että heidät leimataan kelvottomiksi äideiksi tai, että lapset otetaan huostaan, jos he menevät mukaan huumehoito-ohjelmiin. Tämän vuoksi raportissa vaaditaan lisää naisten erityisongelmiin ja tarpeisiin sovitettuja toimia. Eri maissa on erityisohjelmia nuorille naisille, raskaana oleville naisille, prostituoiduille, naisvangeille sekä huumeita käyttäville äideille ja heidän lapsilleen. Suomessa vastaavia ohjelmia on toistaiseksi suunnattu vain viimeksi mainituille. (Euroopan huumeusainesten seurantakeskus 2000.)

Opiaattiriippuvaisille suunnatut lääkkeelliset korvaushoitomahdollisuudet uutena hoitomuotona ovat lisänneet huumeperheille suunnattujen hoitopalvelujen kehittämistarvetta. Huumehoitopaikat ja hoidot on usein kehitetty ja testattu miehillä eikä perhehoitoja ole paljon tarjolla (Feig ym.1990, Halle 2003), eikä niitä myöskään ole tutkittu riittävästi (Marencko & Spece 1994). Huumeiden käyttäjien sosiaalisesta verkostosta on tehty muutamia tutkimuksia Suomessa (Koivisto 2000, Pienimäki 2001). Huumeperheisiin kohdistuneessa tutkimuksessa on tutkittu äitien ja lasten vuorovaikutusta (Pajulo 2001). Professori Anja Koski-Jänneksellä on parhaillaan menossa Järvenpään sosiaalisairaalassa tutkimus, jossa pyritään selvittämään sosiaaliselta verkostolta saadun tuen merkitystä päihderiippuvuudesta toivuttaessa. Alustavien tulosten mukaan näyttäisi siltä, että vuoden kuluttua sekä kontrolli- että vertailuryhmän päihdekulutus ja siitä aiheutuneet haitat vähenivät yhtä paljon erilaisista interventioista huolimatta. Koeryhmässä olleiden potilaiden omainen ja/tai ystävä osallistui verkostopalaveriin, jossa sovittiin tukihenkilön tapaamisesta vähintään kahdeksan kertaa.

Vertailuryhmässä olleille potilaille järjestettiin yksilökeskustelu, jossa pohdittiin sosiaaliseen verkostoon ja tukeen liittyviä asioita. Koeryhmässä olleet näyttäsivät saavan puolisoiltaan enemmän tukea. (A. Koski-Jännes, henkilökohtainen tiedonanto 11.8. 2002.) Monet tutkimukset osoittavat sosiaaliselta verkostolta saadun tuen tukevan päihteistä irrottautumista (McCrary ym. 1986, Azrin 1994, Gordon & Zrull 1991), toisaalta tutkimuksissa on saatu myös päinvastaisia tuloksia (Copello ym. 2002).

On erityisen tärkeää kuvata huumeperheiden sosiaalista verkostoa ja heidän kokemuksiaan sosiaalisesta tuesta, koska huumeperheiden määrä ja kuntoutuksen tarve ovat lisääntyneet ja tarvitaan laaja-alaisia kuntoutusohjelmia tukemaan huumeperheitä (A. Holopainen, henkilökohtainen tiedonanto 27.10.2002). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata huumeperheen sosiaalista verkostoa ja teemahaastattelun avulla selvittää heidän kokemuksiaan saamastaan sosiaalisesta tuesta. Samalla on tarkoitus selvittää heidän toiveitaan sosiaalisesta tuesta. Tutkimuksen kohteena ovat Järvenpään sosiaalisairaalan perheosaston kuusi perhettä. Tutkimuksesta saatua tietoa on tarkoitus käyttää huumeperheiden kuntoutuksen suunnittelussa.

1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Huumeiden käytön yleisyys Suomessa

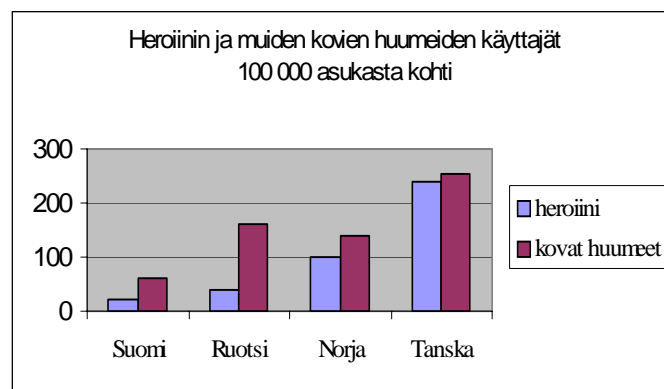
Huumausaineita ovat seuraavat erikseen huumausaineasetuksessa mainitut aineet; kannabistuotteet, LSD, kokaiini, amfetamiini sekä huumausaineiksi luettavat kipulääkkeet: morfiini, kodeiini, metadoni, oksikoni, fentanyyli ym. Edellä mainittujen lisäksi huumeiksi luokitellaan liuottimet ja keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet kuten bentsodiatsepiinit. Kaikkien huumeiden vaikutukset riippuvat siitä, millaisessa seurassa ja mielialassa aineita käytetään samoin kuin käyttökertojen määrästä tai samanaikaisesti käytetyistä muista päihteistä. Päihteisiin luetaan myös alkoholi ja tupakka. (Salomaa ym. 2000.) Kyselyjen perusteella suomalaisista (15-69-vuotiaista) vähintään 10 % on kokeillut huumeita jossain elämänsä vaiheessa. Kokeilut ovat liittyneet etupäässä kannabikseen. (Kontula 1997, Partanen & Metso 1999.)

Huumausaineiden ongelmakäytön laajuutta on usein arvioitu epäsuorasti yhteiskunnan palvelujärjestelmien kirjaamien huumausainehaittojen avulla esim. hoito-, rikosilmoitus- ja kuolinsyyrekistereiden avulla. Suomen ensimmäisen tieteellisesti perustellun arvion (merkintä- ja takaisinpyyntimentelmä) mukaan kovien huumausaineiden käyttäjien määrä on lisääntynyt 40 % kahdessa vuodessa 15-55-vuotiaiden keskuudessa. Koviksi huumausaineiden käyttäjiksi luettiin amfetamiinin ja opaattien käyttäjät. Amfetamiinia käyttävät ovat lisääntyneet hieman enemmän. (Partanen ym. 1999.) Huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttö on tyypillinen huumeongelmuoto Suomessa. Opioideja pääpäihteenään käyttävät usein myös muita päihteitä. Yleisin oheispäihde on kannabis, amfetamiini tai bentsodiatsepiini. (Holopainen 1999.)

Huumehoitotietokeruu toteutettiin vuonna 1999 kolmen kuukauden tiedonkeruujaksona, jolloin saatiin tiedot 1703 asiakkaasta. Tiedot koskivat huumehoitoon hakeutuneita asiakkaita. Asiakkaiden keski-ikä oli 24,3 vuotta. Asiakkaista 26 % oli naisia. Asunnottomia oli 15 % ja ystävien luona asui noin 5 %. Noin 20 % asiakkaista eli avo- tai avioliitossa, joista kolmanneksella asui toinen huumeongelmainen samassa taloudessa. Tämä painottui erityisesti naisiin. Asiakkaista joka neljännellä oli alle 18-vuotiaita lapsia, mutta vain vajaalla kolmanneksella lapset asuivat samassa taloudessa. Työssä kävi joka kymmenes ja eläkkeellä oli 5 % asiakkaista. Yli 63 % asiakkaista oli käyttänyt vähintään kolmea eri päihdettä. (Heino ym. 1999.) Arvioiden mukaan noin kolmasosa Suomen kaikista huumeiden käyttäjistä on

hedelmällisessä iässä olevia naisia (Halmesmäki 1998). Suomessa haastateltiin noin 400 odottavaa äitiä, jolloin 6 %:lla vastanneista todettiin päihderiippuvuus ja päihderiippuvaisista äideistä 35 %:lla todettiin samanaikainen masennus. (Pajulo 2003.) Suurella osalla huumeongelmaisista on samanaikainen jokin muu mielenterveyden häiriö sekä erilaisia sosiaalisia ongelmia (Murto 2000). Tässä tutkimuksessa huumeiden ongelmakäyttäjäksi on henkilö, jolla on diagnosoitu riippuvuusoireyhtymä. Tällöin ihmisellä on pakonomainen tarve saada huumetta lisää eikä hän itse pysty hallitsemaan käyttöönsä. Riippuvuusoireyhtymälle on ominaista toleranssin eli sietokyvyn kehittyminen ja edellä mainittu pakonomaisuus. (Sairanen 2000, Salaspuro 2000, Salomaa 2000, Murto 2000.)

Pohjoismaihin verrattuna Suomen huumeetilanne kovien huumeiden käyttäjien suhteen on vähäinen (kuvio 1). Tanskassa heroinin käyttäjiä on kaksi kertaa enemmän kuin Norjassa ja melkein kuusi kertaa enemmän kuin Suomessa. (Olsson ym. 1997.) Toisaalta nykyiset arviot huumeiden käyttäjien määristä vaihtelevat tuntuvasti. Huumeiden käyttäjien, erityisesti perheellisten todellisen määrän arviointi on vaikeaa, koska hoitoon hakeutumista pelätään tai vältellään lapsen huostaanottouhan takia. Pääkaupunkiseudun lastensuojelutapauksissa noin 40 %:n liittyy jokin päihde. (Nuorvala 2000.) Huumeiden käyttäjien lisääntyminen voi johtua osaksi rekisteröinnin parantumisesta. Samalla on epäselvää, missä määrin on kyse uusista ongelmakäyttäjistä ja missä määrin siitä, että vanhat käyttäjät ovat esimerkiksi hakeutuneet entistä aktiivisemmin hoitoon. (Poikolainen 1997.)



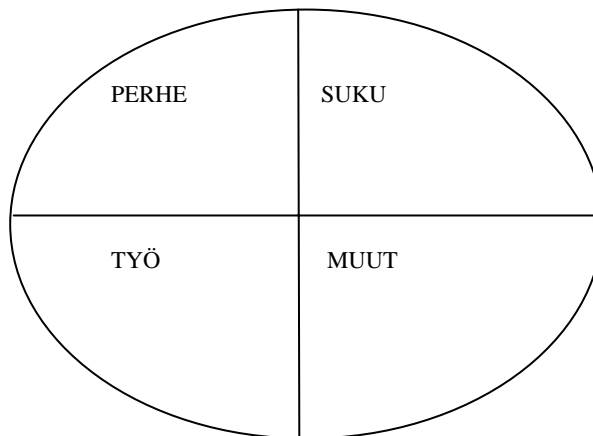
KUVIO 1 Heroinin ja muiden kovien huumeiden käyttäjät 100 000 asukasta kohti Pohjoismaissa (Olsson ym. 1997)

1.2. Sosiaalinen verkosto ja tuki

1.2.1 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään (Seikkula 1992). Sosiaalinen verkosto paljastaa toimijoidenväliset yhteydet muodostaen toiminnan kentän. Huumeperheen sosiaaliseen verkostoon kuuluvat ihmiset muodostavat sosiaalisten yhteyksien rakennelman, eivät siis sosiaalista ryhmää, jossa kaikki olisivat vuorovaikutuksessa keskenään. Sosiaalista verkostoa käsiteltäessä tarkastellaan ihmissuhteista muodostuvaa dynaamista kokonaisuutta. (Hanson & Östergren 1987.)

Sosiaalinen verkosto voidaan jakaa tukea-antavien suhteiden mukaan erilaisiin sektoreihin: perhe, suku, työ ja muut päivittäisiin toimintoihin liittyvät kontaktit sekä muut sosiaaliset kontaktit, kuten ystävät, naapurit ym. (Klefbeckin ym. 1988, Seikkula 1992). Tämän pohjalta muodostetaan verkostokartta (kuvio 2), johon henkilö sijoittaa sosiaalisen verkostonsa jäsenet edellä lueteltuihin sektoreihin. Tätä verkostokarttaa voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi huumeperheiden kuntouttavassa hoidossa kuten tehdään mm. Järvenpään sosiaalisairaalassa. Tässä tutkimuksessa käytettiin edellä esitetyn mallin pohjalta suunniteltua verkostokarttaa, jossa sektoreina olivat suku, ystävät, ammattiauttaja ja muut (liite 1).



KUVIO 2 Verkostokartta (vrt. Seikkula 1992)

Edellä kuvatussa verkostokartassa korostuu vuorovaikutussuhteiden määrä ja tiheys, jolloin puhutaan rakenteellisesta näkökulmasta. Verkostokarttaa voidaan tarkastella myös vuorovaikutussuhteiden merkitysten kautta, jolloin korostuu sosiaalisen tuen ulottuvuus sosiaalisessa verkostossa. Tällöin puhutaan sosiaalisen verkoston funktionaalisesta

näkökulmasta. Vuorovaikutussuhteiden merkityksiä on usein kuvattu saadun tuen kautta, kuten tunne tai välineellisenä tukena. (Sarason, Sarason & Perce 1992, Aaltonen ym.1994.) Vuorovaikutussuhteiden laatutekijät määrittävät yksilön kokemusten kautta. Laatutekijöillä tarkoitetaan suhteiden intensiteettiä, vastavuoroisuutta ja tunnetasoa. Ne ennustavat sosiaalisen verkoston terveysvaikutuksia paremmin kuin sen määrälliset ominaisuudet. (Israel 1985, Sarason, Sarason & Perce 1992, Aaltonen ym.1994.) Vuorovaikutuksellisia ominaisuuksia tarkasteltaessa korostuvat kontaktien määrä ja niiden sisältö sekä tuen suunta (Seikkula 1992, 1994).

1.2.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella sosiaalisen verkoston funktionaalisenä osana, jolloin sen laatu ja muoto voivat muodostua monista tekijöistä (Hanson & Östergren 1987). Päihdeongelmaisiin kohdistuneissa tutkimuksissa sosiaalista tukea on kuvattu useilla eri tavoilla, ja se on yhdistetty erilaisiin käsitteisiin, jolloin tulokset ovat hyvin erilaisia. Jotkut tutkijat määrittelevät sosiaalisen tuen rakenteelliseksi (tukea on saatavissa) (Brewer ym. 1998, Moggi ym. 1999, Laudet ym. 2000), toiset taas ovat määritelleet sen toiminnalliseksi (annettu tai havaittu tunnetuki ja välineellinen tuki) ulottuvuudeksi (Beattie ym. 1993, Huselid ym. 1991, Goehl ym. 1993). Muutamissa tutkimuksissa korostuvat erityisesti sosiaalisen tuen laatutekijät (päähteettömiltä tuleva tuki) (Brown ym. 1995, Gordon & Zrull 1991, Humphreys ym. 1997).

Klefbeckin ja Ogenin (1995) mukaan sosiaalinen tuki tai itse verkosto ei vaikuta välttämättä suoraan yksilöön, vaan siihen miten hän verkostonsa ja siltä saadun tuen kokee ja kuinka hän sen tulkitsee (Kauranen 2000). Koettu sosiaalinen tuki on siis yksilön oma käsitys tuen laadusta, ja se liittyy yksilön persoonallisuuteen (Bäckman 1987). Lazaruksen (1991) mukaan persoonallisilla tekijöillä on merkitystä myös sosiaalisessa tuen antamisessa (Mikkola 2000). Yksilön psykologiset tekijät kuten masennus, toiveikkuus, mielialavaihtelut, itsetunto, vihan ja syyllisyyden tunteet vaikuttavat tyytyväisyyteen ja kykyyn havaita sosiaalista tukea (Kurdek & Siesky 1990, Pakenham ym. 1994). Sosiaalisen tuen kokemus on dynaaminen ja sidoksissa persoonallisiin tekijöihin ja ympäristön psykososiaalisiin voimavaroihin (vrt. Vahtera & Pentti 1995, Lanza & Revenson 1993). Tämä tarkoittaa sitä, ettei sosiaalinen tuki vaikuta suoraan yksilön käyttäytymiseen ja että ihmiset tarvitsevat erilaista sosiaalista tukea eri aikoina. Saadulla palautteella on keskeinen merkitys tuen kokemiseen (Peltonen 1994). Oikein ajoitettu ja mitoitettu sosiaalinen tuki vaikuttaa positiivisesti siihen, miten ihminen pystyy sisäisesti

hallitsemaan eteen tulevia ristiriitoja ja uhkatilanteita (Uutela & Vahtera 1994, Lehto-Järnstedt ym. 1999). Toisaalta tarjottu sosiaalinen tuki voidaan kokea myös uhkana itsetunnolle, autonomian menetyksenä, psyykkisen hyvinvoinnin alenemisena tai kunnioituksen menettämisenä (House ym. 1988, Schwarzer & Leppin 1991). Tässä tutkimuksessa sosiaalisella tuella tarkoitetaan tuen mahdollisuutta, jolloin sen kokemiseen ei tarvita sosiaalista verkostoa eikä vuorovaikutusprosessia. Määriteltäessä sosiaalinen tuki kokemukseksi tuen mahdollisuudesta, sillä tarkoitetaan havaittua (*perceived*) tai saatavilla olevaa (*available*) sosiaalista tukea. Tällöin sosiaalinen tuki voi olla tunnetta siitä, että on hyväksytty ja arvostettu. Tämä voi vaikuttaa kohentavasti terveyteen ja tukea päihderiippuvuudesta irrottautumista. (Sarason ym. 1990, Booth ym. 1992, Sarason ym.1990.)

1.3 Huumeriippuvuudesta irrottautuminen

Päihderiippuvuudesta irrottautumiseen vaikuttavat tekijät voivat olla itsessä olevia tai ulkoisia tekijöitä (Oetting & Beauvais 1988), kuten päihteiden kulutus ennen hoitoon tuloa (Solomon ja Annis 1990), käytön tiheys tai riippuvuuden vaikeusaste (Saarnio ym.1998). Myös päihteidenkäytön vaikutusodotukset, muutosmotivaatio, käytetyt keinot, mieliala ja käsitys siitä, että päihderiippuvuus on sairaus, vaikuttavat selviytymiseen (Miller ym.1996). Vie keskimäärin kaksi vuotta kuntoutua päihderiippuvuudesta (Del Toro, Thim & Horst 1996). Toipuminen ei ole aina eteenpäinmenevää, vaan myös taantumista ja paikallaan pysymistä tapahtuu (Heinonen 1989). Irrottautumista päihderiippuvuudesta tukee vertaisryhmiin osallistuminen ja lasten kanssa asuminen (Holmberg 1995, Koski-Jännes 1992). Irrottautumiseen tarvitaan uusia selviytymiskeinoja sekä muutoksia identiteetissä, tietoisuudessa ja elämäntyyliä (taulukko 1). Sosiaalinen verkosto ja tuki ovat sidoksissa moniin tekijöihin, jotka vaikuttavat erilaisten prosessien kautta päihderiippuvuudesta irrottautumiseen. Esimerkiksi käyttäjän oma arvio siitä, voiko sosiaalisen verkoston tukeen ja yhteistyöhön luottaa, vaikuttaa yhtenä osana motivaatioon. Osittain motivaatiota ohjaa käyttäjän oletukset siitä, miten hän olettaa muiden ajattelevan tekemisistään. Vastaavasti ammattiauttajien antama ohjaus ja neuvonta voivat tukea muutostavoitteiden asettamisessa ja lähipiiri voi tukea uudenlaisten elämäntapojen opettelussa. Sosiaaliselta verkostolta saatu tuki ja luottamus voivat tukea syntyneiden tunteiden kautta motivaatiota. (ks. Siitonen 1999).

TAULUKKO 1 Päihdekeskeisyydestä irrottautumisen elementit (Koski-Jännes 2002)

TIETOISUUS	IDENTITEETTI	SELVIITYMISKEINOT	ELÄMÄNTYYLI
Päihderiippuvuus ja sen seuraukset	Kieltäytymistäidot	Riskitilanteiden hallintakeinot	Ajankäytön suunnittelu
Oma päihteenkäyttö	Ongelmanratkaisutaidot	Myönteiset riippuvuudet	Uudet samaistumiskohteet
Käyttöä ylläpitävät uskomukset	Vuorovaikutustaidot	Sosiaalinen tuki	Suhtautuminen tulevaisuuteen
Muutostavoitteet	Rentoutumistäidot	Ympäristön muutokset	Tavoitteiden mukaiset arvot
	Itsekunnioitus		

1.3.1 Huumeperheiden kuntoutus

Huumeperheellä tarkoitetaan perhettä, jossa lapsen isällä ja/tai äidillä on riippuvuusoireyhtymän diagnoosi johonkin huumeeseen. Huumeperheille suunnattuja laitoksessa tapahtuvia päihdekuntoutusjaksoja tarjoavat esimerkiksi Helsingin diakonissalaitos, Ensi- ja turvakotienliiton päihde-ensikodit ja A-klinikkasäätiö. Helsingin diakonissalaitoksen tarjoama perheen yhdistetty hoito (PYY) koostuu 1-2 vuotta kestävästä kuntouttavasta päihdehoidosta, perhehoidosta sekä avohoidosta. Perheillä on omat asunnot hoitoyhteisössä. Hoitojen tavoitteena on tukea päihteetöntä vanhemmuutta ja turvata lapsen kehitys. Työmenetelminä käytetään yhteisöhoitoa, yksilö- ja ryhmäkeskusteluja sekä perheterapiaa. Hoidon aikana tehdään tiivistä yhteistyötä perheen sosiaalisen verkoston kanssa. Päihdeongelmaisten perheiden hoitoon erikoistuneita päihde-ensikoteja on Helsingissä, Turussa ja Jyväskylässä. Kaikissa hoitopaikoissa tuetaan vanhemmuutta ja harjoitellaan arkipäivästä selviytymistä. Tässä tutkimuksessa hoitojaksolla tai kuntoutusjaksolla tarkoitetaan päihdekuntoutusjaksoa. Järvenpään sosiaalisairaalassa annettava päihdekuntoutus perustuu kognitiivis-behavioraaliseen käyttäytymisterapiaan. Tällöin tavoitteena on yhteistyön ja asetettujen tavoitteiden kautta riippuvuuskäyttäytymisen liittyvien tekijöiden ja päihdeuskomusten tunnistaminen ja muuttaminen erilaisten interventioiden avulla. Tämä tarkoittaa sitä, että riippuvuuskäyttäytyminen nähdään opittuna tapana, jota voidaan tarkastella ja muuttaa. (Holmberg 2001.) Hoito voi olla intervallihoidoa, jolloin perhe tulee sovitun mittaiselle

hoitojaksolle oltuaan aikaisemmin jo pidemmässä kuntoutushoidossa. Perhe voi tulla myös kriisihoitoon, jolloin perheellä on ilmennyt lisätuen tarve esimerkiksi toisen puolison jatkaessa päihteidenkäyttöä. Yhteisöhoito muodostuu yhteisöpalavereista ja ryhmäistunnoista sekä toiminnallisesta hoidosta. Vuonna 2002 Järvenpään perheosastolla olleiden asiakkaiden keski-ikä oli 32,3 vuotta (taulukko 2) (T. Kujanen, henkilökohtainen tiedonanto 3.12.2002). Laitoshoito yksistään ei takaa perheen selviytymistä arkipäivässä. Siihen tarvitaan hyvin suunniteltua jälkihuoltoa (vrt. Eklund 1999). Jälkihuolta tukee onnistunut verkostoituminen, koska se helpottaa yhteistyötä, yhteydenottoa, tiedon kulkua ja lisää huumeperheen rehellisyyttä. Siihen tarvitaan aikaa, kärsivällisyyttä, avoimuutta ja joustavuutta. (vrt. Seikkula ym.1999, Hemmilä ym. 1999)

TAULUKKO 2 Järvenpään sosiaalisairaalan perheosaston potilaiden keski-ikä ja hoitoaika vuonna 2002 (Kujanen 2002.)

POTILAAT	MÄÄRÄ	KESKI-ikä	HOITOAIKA
Kaikki potilaat	95	32,3	30 vrk
Opioidiriippuvaiset	37	26,6	40 vrk
Lapset	67	4,5	

Huumeperheille hoitoa antavien työntekijöiden mukaan huumeperheet tarvitsevat tukea monella tasolla ja he ovat monien avopalvelupisteiden asiakkaita yhtäaikaaisesti. Heille on tarjolla myös avopalvelupisteitä. Esimerkiksi päihde-ensikodit tarjoavat avopalveluna konkreettista tukea arkipäivän elämän helpottamiseksi. Avopalveluilla on tärkeä merkitys hoitoon hakeutumisvaiheessa ja jatkohoidon järjestämisen kannalta sekä laaja-alaisen hoidon järjestämisen näkökulmasta.

1.3.2 Sosiaalinen verkoston ja tuen merkitys päihderiippuvuudesta irrottautumisen tukena

Sosiaaliset verkostot ja niiltä saatu tuki vaikuttavat huumeidenkäyttäjien aikomukseen lähteä hoitoon (Barber & Grisp 1995) sekä hoidon kulkuun ja tuloksiin (McCrary ym. 1986) sekä ennustavat hoidon jälkeistä selviytymistä (Brown ym. 1995, Saarnio ym. 1998). Toisaalta on myös tutkimustuloksia, joissa liian painostava sosiaalinen verkosto voi jopa vähentää päätöstä

lähteä hoitoon, hoidossa pysymistä tai se voi lisätä retkahduksia (Copello ym.2002). Galaterin (1993) mukaan eräässä verkostoterapian arvioinnissa, johon osallistui 60 potilasta, oli ainakin yksi verkoston jäsen osallistunut verkostoterapiaan: 36 % :lla verkostoterapiaan osallistunut oli joku primaariperheen jäsen, 27 %:lla puoliso ja 7 %:lla se oli ammattiauttaja (Gopello ym. 2002). Sosiaalinen verkosto voi vähentää huumeongelmien kieltämistä ja edistää perheen sitoutumista hoitoon (Galanter 1993). Kankaanpään A-kodin asiakkaiden (N=105) päihdekuntoutusjakson jälkeiseen selviytymiseen vaikuttivat sosiaalisen verkoston laatu ja laajuus, riittävästi kontakteja sisältävä jatkohoito, sekä päihteiden kulutus ennen hoitoon tuloa (Saarnio ym. 1998). Alkoholinkäyttäjille tehdyssä tutkimuksessa sosiaalisten suhteiden suuri määrä ennusti alhaisempaa alkoholinkulutusta 5-6 vuoden kuluttua (Rychtarik ym. 1987). Projekti MATCH tutkimusryhmän (1998) mukaan potilailla, joiden sosiaalinen verkosto tuki heidän juomistaan oli huonommat hoitotulokset erilaisista hoito-ohjelmista huolimatta (Copello ym. 2002).

Sosiaalinen tuki auttaa käyttäjiä pysymään raittiina (Galanter 1993, Havassey ym. 1995, Humphreys ym 1997) ja vaikuttaa koettuun hyvinvointiin (Beattie & Longabaugh 1997). Goehlin ym.(1993) mukaan läheisillä huumeidenkäyttäjillä olisi negatiivinen vaikutus hoitotulokseen. Tutkittavien, joiden merkittäviin läheisiin kuului huumeiden käyttäjiä, huumetestituloksista 63 % oli positiivisia. Vastaavasti tutkittavien, joiden merkittävisissä läheisissä ei ollut yhtään huumeiden käyttäjää, huumetestituloksista 35 % oli positiivisia. Tutkijat ehdottivat, että käyttäjiä tulisi opastaa tunnistamaan riskitilanteita ja itsenäiseen päätöksentekoon.(Goehl ym. 1993.) Samansuuntaisiin johtopäätöksiin tuli myös Azrin ym. (1994), jonka johdolla tehtiin avohoitotutkimus, jossa 82 vapaaehtoista huumeiden käyttäjää jaettiin satunnaistettuun behavioraaliseen tai tukea saavaan ryhmään. Tukea saavassa ryhmässä hoito muodostui ryhmäkeskusteluista. Behavioraalinen hoito perustui turvallisten ja vaarallisten paikkojen, henkilöiden ja tilanteiden nimeämiseen sekä turvallisten tekemisten että kontaktien lisäämiseen päivittäisissä ajankäyttösuunnitelmissa. Mielihalujen hallintaa opeteltiin itselle annettavien ohjeiden ja sääntöjen avulla. Hoitoon osallistui ystävä, joka auttoi asiakasta hoitoon sisältyvien tehtävien tekemisessä. Lisäksi harjoiteltiin vaihtoehtoisia toimintatapoja. Vuoden aikana hoitokertoja oli molemmissa ryhmissä keskimäärin 19. Behavioraalisessa ryhmässä raittiiden kuukausien osuus kasvoi 37 %:sta 65 %:iin, kun tukea saavassa ryhmässä se vaihteli 14–26 %:n välillä. Behavioraalisessa hoidossa osanottajien työtilanne, perhesuhteet ja mieliala kohenivat. Nuoret ja kovien huumeiden käyttäjät hyötyivät hoito-ohjelmasta erityisen hyvin. Seurannassa ryhmien ero säilyi merkitsevänä vielä yhdeksän kuukautta. (Azrin ym. 1994.) Tutkimus osoittaa, että huume- ja sekakäyttäjien sosiaaliseen verkostoon ja tukeen tulisi

kiinnittää enemmän huomiota ja omaisia, ystäviä ja muita tukihenkilöitä olisi saatava mukaan hoitoprosessiin. (ks. myös Gordon & Zrull 1991).

Saadun tunnetuen (ilmaismahdollisuus ja vähäiset riidat, arvostuksen osoittaminen) ja välineellisen tuen on osoitettu olevan yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin ja ahdistustuntemuksiin (Booth ym. 1992, Beattie ym. 1993, Goehl ym. 1993) sekä vähäisempään päihteiden kulutukseen tai raittiuteen (Finney ym. 1980, Havassy ym. 1995). Erilaisissa retkahduksen ehkäisyohjelmissa korostuu ulkoisten tekijöiden vaikutus. Kuten uusien retkahduksen ehkäisyohjelmissa korostuu ulkooisten tekijöiden vaikutus, kuten uusien sosiaalisten suhteiden ja tyydytystä tuottavien harrastusten löytäminen (ks. Marlatt & Gordon 1985). Itse retkahdustilanteissa sosiaalisen tuen kautta on helpointa ja tehokkainta sekä taloudellisinta vaikuttaa ihmisten psykososiaaliseen tilanteeseen (House ym. 1988), mutta sen ennaltaehkäisevän vaikutuksen osoittaminen on vaikeaa (ks. Cohen & Wills 1995). Toisaalta toiminnallisen tuen on osoitettu ehkäisevän hoitojen keskeyttämisiä (Westreich ym. 1997) ja rohkaisevan hoito-ohjelmien sääntöjen ja ohjeiden noudattamista (McGrady ym. 1986) sekä lisäävän raittiuden kestoa alkoholin käyttäjillä (Dobkin 2002). Tätä kautta sosiaalinen tuki voi myös vähentää retkahtamisriskiä (Toumbourou 1998, Huselid ym. 1991) ja hoidossa pysymistä (Kaskutas 1994).

Sosiaaliseen tukeen ja verkostoihin pohjautuvaa hoitoa tarjoavat esimerkiksi AA- ja NA-ryhmät, jotka perustuvat muilta ryhmään kuuluvalta saatuun vertaistukeen ja toimivaan sosiaaliseen verkostoon. Tukiverkoston jäsenet ja tukihenkilöt tapaavat kokouksissa tai voivat olla esimerkiksi puhelinyhteydessä tarpeen vaatiessa. Kuntoutumassa olevalle on tärkeää tietää, että tukea on satavilla, ajasta tai hetkestä riippumatta. Tällaista tukea ei virallinen hoitoorganisaatio aina tarjoa. Tämä antaa viitteitä siitä, että retkahdustilanteen puskurina voisi toimia tieto saatavilla olevasta tuesta. (vrt. Hyypä 1997, Coleman & Iso-Ahola 1993). Tukihenkilöiden ottaminen hoito-ohjelmiin lisää käyttäjien pysymistä hoidoissa (McCrady ym. 1986, Galanter 1993). Tampereella tehdyssä tukihenkilökokeilussa sosiaalisen tuen puuttuminen vaikeutti asiakkaan sitoutumista hoitoon. Tukihenkilöiden kanssa tehtiin usein käytännöllistä tukea vaativia asioita kuten asioimista kaupungilla tai yhdessäolemista. Tukisuhde toimi ja säilyi parhaiten, jos tuettava oli suhteen alussa jo kuivilla. (Koivisto 2000.)

1.4 Huumeperheisiin liittyviä havaintoja

Huumeperheitä tarkasteltaessa riski- ja suojatekijöitä voidaan löytää lapsesta, vanhemmista ja vanhempiin liittyvistä asioista sekä perheen ja sosiaalisen ympäristön tekijöistä. Nykykäsityksen mukaan riskitekijöiden määrällä (matala sosioekonominen asema, huumeidenkäyttö ja psykologiset tekijät) on ratkaisevampi merkitys kuin yksittäisten riskitekijöiden ominaisuuksilla huumeriippuvuudesta toivuttaessa. Riskitekijöitä ei voida useinkaan esittää suorina syy-seuraussuhteina (Cheney & Väisänen 2000, vrt. Suchman & Luthar 2000). Tässä tutkimuksessa perhettä tarkastellaan avoimena systeeminä. (vrt. Schaffer 1998, Johansson & Kokkonen 1992), jolla tarkoitetaan sitä, että muutokset tapahtuvat sekä perheessä että sen ulkopuolella. Perhe on siis dynaaminen eli muuttuva. Huumeperhe elää yhteisössä, jolla on yhteiskunnallinen ulottuvuus. Yhteisö asettaa sille aineelliset ja kulttuuriset puitteet, jossa sen on toimittava. Kokemuksellinen aspekti liittyy voimakkaasti yhteisöön, josta johtuen kokemuksen laatu määrittelee onko yhteisö tukeva vai ei. (Holmila 1992.)

Tutkimuksissa on todettu, että huumeita käyttävät äidit ovat itse kasvaneet perheissä, joissa on ollut vanhempien päihteidenkäyttöä, roolimallien köyhyyttä, avioeroja, hylkäämiskokemuksia, fyysistä väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä (Wasserman ym. 1993, O'Dellin ym. 1998, Harrison & Downs 1998). Mielikuva omasta äidistä ennustaa äitilapsi kiintymyssuhteen ja vanhemmuuden laatua lapsen ensimmäisten ikävuosien aikana (Pajulo 2001). Sternin (1995) mukaan mielikuvat voivat muuttua riittävän erilaisten vuorovaikutuskokemusten kautta (Pajulo 2002).

Sosiaalinen verkosto ja tuki ovat merkittäviä vanhemmuuden laatuun ja vanhempana olemiseen vaikuttavia tekijöitä. Ne vaikuttavat neuvojen, palautteen ja roolimallien kautta sekä epäsuorasti lisäämällä vanhempien henkistä hyvinvointia. (Cochran & Bassard 1979.) Toisaalta Cosden & Cortez-Ison (1999) ovat raportoineet, että puolella hoidossa olleista naisista perheenjäsenet olivat myös joskus esteenä hoitoon hakeutumisessa tai sen jatkamisessa (Falkin & Strauss 2003). Huumeista riippuvaiset äidit elävät usein stressaantuneina, vähäisellä tuella ja pienen sosiaalisen verkoston ympäröimänä (Wasserman ym. 1993, O'Dellin ym. 1998). Vähäinen tuki on usein syy äitien kokemaan masennukseen (Pajulo 2001, Paykkel ym. 1988). Falkinin ja Straussin (2003) mukaan huumeita käyttävillä naisilla on miehiä vähemmän ystäviä, joiden kanssa keskustella, ja he tuntevat itsensä yksinäisemmiksi eikä heillä ole neuvoja-antavia läheisiä. Puoliso, joka käyttää huumeita, voi provosoida elämäntilannetta vaikeammaksi (Bresnahan ym. 1992). Toisaalta huumeidenkäyttö voi merkitä yhteisyyttä, jolloin se toimii arjesta irrottautumisen välineenä ja tunnelmanluojana (vrt. Hyttinen 1990).

Huumeperheeseen liittyy monia riskitekijöitä, kuten lasten altistuminen riskikäyttäytymiselle, huumeiden käytölle (Bresnahan ym. 1992), alhaiselle huolenpidolle ja tuelle eristäytymisen ja häpeän takia (Bernad 1999). Huumeista riippuvaisten vanhempien ja huumeille altistuneen lapsen vuorovaikutuksen laatua voi heikentää vanhempien heikko psyykinen vointi, runsas päihteiden käyttö sekä lapsen impulssiherkkyys, matala ärsytyskynnys tai kontaktihaluttomuus. Dishioin & Andrews (1995) mukaan vanhemmuutta ja Hofkoshnin ym.(1995) sekä Ornoyn ym. (1996) mukaan koko lapsen kasvuympäristöä tukevat ohjelmat voivat ehkäistä näitä riskitekijöitä (Pajulo 2001).

Odotusaikana tai heti lapsen synnyttyä päihteitä käyttävät äidit ovat tunteellisesti avoimempia ja valmiimpia muutokseen kuin myöhemmin (Andersson 1995, Ahlström 1987). Erityisesti yksihuoltajaperheiden tukeminen kasvatustyössä näyttää olevan hyvä tapa vähentää tai ehkäistä päihteistä johtuvia haittoja (Salomaa ym. 2000). Ammattiauttajien haasteena onkin se, miten saada vanhemmat osallistumaan tukea antaviin ohjelmiin (Gatalano ym. 1999). Huumeita käyttäviä äitejä on houkuteltu päihdepalveluiden piiriin ylimääräisillä etuuksilla. Marsh ym. (2000) osoittivat tutkimuksissaan, että huumeita käyttävät äidit pystyivät vähentämään huumeiden käyttöään, kun heille tarjottiin etuuksia. Naiset saivat etuuksina lapsilleen kuljetus- ja hoitoapua, jos he käyttivät muita sosiaalipalveluja. (Marsh ym. 2000.) Hoito-ohjelmissa, joissa päihteenkäyttäjän perheen jäsenet ovat osallistuneet hoito-ohjelmiin, on saatu parempia tuloksia ja pitempiä raittiusjaksoja kuin hoito-ohjelmissa, joihin perhettä ei ole otettu mukaan (Copello ym. 200). Tästä huolimatta sosiaalisiin verkostoihin ja tukeen perustuvia hoitomalleja ei toteuteta päihdepalveluiden piirissä kovin laajasti. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyn kyselyn mukaan vähemmän kuin 5 % satunnaisesti valituista päihdepalvelulaitoksista (N=398) kertoi käyttävänsä käyttäytymisterapiaan perustuvaa pariterapiaa (Copello & Orford 2002). Kirjattujen tietojen mukaan myös A-klinikoilla toteutetaan vähän pariterapiaa. (R, Mäkelä, henkilökohtainen tiedonanto 12.3.2003).

1.4.1 Huumeperheisiin ja sosiaaliseen tukeen liittyviä tutkimuksia

Siitä, mikä sosiaalisen verkoston ja siltä saadun tuen merkitys hoitomalleissa tai toipumisessa on, ei ole yhtenäistä näkemystä. Tutkimustulosten vertailu on vaikeaa ja tulkintaa sekä yleistettävyyttä rajoittaa yksistään sosiaalisen tuen määrittelyn suuret vaihtelevuudet tutkimuskohtaisesti. Voinemme kuitenkin todeta, että huumeperheiden sosiaaliset ja psykologiset tekijät vaikuttavat sosiaalisen tuen merkitykseen toipumisessa ja vanhemmuutta

kannattaa tukea (ks. taulukko 3). Useimmat tutkimustulokset ovat luotettavia käytettyjen mittareiden osalta, koska useimmat niistä on todettu luotettaviksi monissa tutkimuksissa. Toisaalta tutkimukset ovat usein poikittaistutkimuksia ja tutkittavat on rekrytoitu yhdestä päihdekuntoutuslaitoksesta, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä kaikkiin päihteidenkäyttäjiin. Poikittaistutkimuksessa saatu tieto kertoo, millainen tilanne on tutkimushetkellä, joten se antaa rajoittuneen tiedon ilmiöstä. (vrt. Mattila & Ketola 1995). Kulttuurierot rajoittavat tulosten yleistettävyyttä Suomen oloihin. Usein tutkimukset ovat kohdistuneet äidin ja lapsen vuotovaikutukseen ja isät on jätetty tutkimusten ulkopuolelle. (vrt. taulukko 3).

TAULUKKO 3 Huumeperheiden sosialiseen verksotoon ja tukeen liittyvien tutkimusten päätuloksia ja/tai johtopäätöksiä

Tekijä	Kohderyhmä	Menetelmät/ Kohde	Tulokset	Huomioitavaa
Gatalano ym. 1999 USA	Metadonihoidossa olevat vanhemmat (N=144) ja heidän lapsensa	Perhe- ja päihdehoidon vaikutukset vanhempien huumeiden käyttöön ja lapsen huumeiden käytön aloittamiseen. Interventio: 9 kk:n ajan ryhmä- ja yksilöohjausta viikoittain ja tukea sosiaalisten- ja elämäntilanteiden hallintaan. Vuoden seuranta	Tilastollisesti merkittävä muutos vanhemmuuden taidoissa huumeiden käytön rajoittamisessa, ongelmallisesta ystäväpiiristä irrottautumisessa.	Lapsissa havaittiin vähän muutoksia Perhe-elämän ja vanhemmuudentaitojen lisääminen hoito-ohjelmiin verkoston kautta tärkeää.
Marengo & Spence 1995 USA	Ryhmä 1, jossa 52 odottavaa naista, joilla oli ollut aiemmin runsasta päihteidenkäyttöä. Ryhmä 2, jossa 173 odottavaa naista, joilla ei ollut taustalla päihteidenkäyttöä.	Päihteiden käytön yhteys sosiaalisiin ja psykologisiin tekijöihin. Strukturoidut haastattelulomakkeet (ASI, Rosenberg, Norbeck). Poikittaistutkimus	Ryhmässä 2 oli vähemmän tupakoivia ja ahdistuneisuus-oireisia naisia. He saivat useammin vanhemmilta tukea ja heidän lähipiirissään oli vähemmän päihteidenkäyttäjiä.	Naiset, jotka ovat itse tai joilla on lähipiirissään päihteidenkäyttäjiä voivat tarvita tukea sosiaalisen tuen saamisessa.
O,Dell ym. 1987 USA	63 naista päihdekuntoutuslaitoksesta tai AA-ryhmästä, jotka olleet vähintään puolivuotta raittiina.	Etnisen ryhmän, iän ja pääpäihteen yhteys sosiaalisen verkoston kokoon ja tukeen kyselylomake (33 sivua)	Etnisellä ryhmällä, iällä tai pääpäihteeillä vain vähän yhteyttä. Useimmilla hyvin pieni sosiaalinen verkosto ja he saivat vain vähän tukea. Alussa tukea saatiin perheeltä, mikä mahdollisti samalla päihteiden käytön.	Puolenvuoden kuluttua tukea saatiin eniten hoitoyhteisöltä.
Martin ym. 2000 USA	Riskiäidit; masentuneet ja/tai päihdeongelmaiset	Interventio-ohjelma sosiaalisesta tuesta	Itsetunto koheni ja masennusoireet väheni, mutta havaittuihin stressioireisiin ei ollut vaikutusta.	Äidit, jotka saivat isältä tukea kokivat havaittua stressiä vähemmän
Pajulo 2001 Suomi	391 odottavaa naista	Masennuksen esiintyvyyden ja alakuloisuuteen liittyvien tekijöiden selvittäminen. Viisi eri kyselylomaketta	Masennuksen esiintyvyys oli 7,7 % . Päihderiippuvuuden esiintyvyys oli 6 %, joka oli yhdessä masennukseen vaikeiden ihmissuhteiden kanssa.	Päihdeäideillä esiintyi enemmän masennusoireita ja he saivat vähemmän sosiaalista tukea.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata huumeperheen sosiaalista verkostoa ja heidän kokemuksiaan siltä saamastaan tuesta sekä kuvata mitä toiveita heillä oli sosiaalisen tuen suhteen.

Tutkimustehtävänä oli kuvailla :

1. Millaisena Järvenpään sosiaalisairaalaan tuleva huumeperhe kuvaa sosiaalista verkostoaan hoitoontulovaiheessa?
2. Millaista tukea huumeperheet ovat saaneet sosiaaliselta verkostoltaan ja miten he ovat saadun tuen kokeneet?
3. Millaista tukea huumeperhe toivoo sosiaaliselta verkostoltaan?

2.2 Tutkimusaineisto

Tutkimukseen valittiin kuusi huumeperhettä Järvenpään sosiaalisairaalan perheosastolta. Huumeperheet täyttivät seuraavat ennalta asetetut kriteerit: (1) tutkittavat ovat vapaaehtoisia ja kykeneviä osallistumaan tutkimukseen, (2) heidän ikänsä on vähintään 18 vuotta, (3) heidän hoitonsa Järvenpään sosiaalisairaalassa oli kestänyt korkeintaan kaksi viikkoa ennen haastattelua ja (4) heillä on diagnosoitu päihderiippuvuus johonkin huumeeseen. A-klinikkasäätiöltä ja tutkittavilta saatiin kirjalliset luvat tutkimuksen suorittamiseen. Tutkimuksessa haastateltiin 5 naista ja 4 miestä. Haastateltavat olivat iältään 19-33-vuotiaita. Heidän keski-ikänsä oli 23 vuotta (taulukko 4). Yhdessä perheessä äiti koki, että hän on liian väsynyt haastateltavaksi ja tästä perheestä haastateltiin vain isä. Haastateltavien perhetaustat olivat vaihtelevia. Seitsemän haastateltavaa oli lähtöisin perheistä, joissa molemmat vanhemmat tai jompikumpi vanhemmista oli päihdeongelmainen. Päihdeongelman arvio saatiin haastateltavalta. Yksi haastateltavista oli viettänyt lapsuutensa 6-vuotiaasta lähtien lastenkodissa, ja toinen oli kiertänyt koulukoteja koko nuoruutensa. Nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön asetus (289/2002) opioidiriippuvaisten hoidosta eräillä lääkkeillä (buprenorfiini ja metadoni) hyväksyttiin 1.5.2002. Tässä tutkimuksessa olleista seitsemän sai korvaushoitolääkkeenä buprenorfiinia. Huumeperheestä selvitettiin

siihen kuuluvien iät, käytetyt päihteet, lasten lukumäärä, primaari- eli lapsuuden perheen vanhempien päihde- tai mielenterveysongelmat ja haastateltavien aikaisemmat hoitoyritykset (ks. taulukko 5).

Tutkimukseen osallistujat täyttivät huumeriippuvuuden kriteerit, jotka täyttyvät vähintään kolmen kriteerin täytyttyä seuraavasta luettelosta:

1. Voimakas himo tai pakonomainen tarve käyttää päihdettä
2. Heikentynyt kyky hallita päihteiden käytön aloittamista, määrää tai lopettamista
3. Vieroitusoireet päihteidenkäytön vähetessä tai päättyessä
4. Sietokyvyn lisääntyminen
5. Käytön muodostuminen elämän keskipisteeksi
6. Käytön jatkuminen sen haitoista huolimatta (Tautiluokitus ICD-10 1999.)

2.3 Tutkimusaineiston keruu

Yhtenä tiedonkeruun menetelmänä käytettiin verkostokarttaa (ks. liite 1), jotta saataisiin kuva huumeperheiden sosiaalisista verkostoista. Samalla päästiin keskustelemaan ihmissuhteista ja siitä tuesta, jota sosiaalisen verkoston henkilöiltä saatiin. Verkostokartta oli jaettu neljään lohkoon: suku, ystävät, ammattiauttajat ja muut, joihin sijoitettiin yksilölle merkitykselliset henkilöt (vrt. Seikkula 1994). Verkostokartan sisällä käytin neljää sisäkkäistä tasoa arvioimaan suhteen merkitsevyyttä toipumiselle: tukee paljon, tukee, neutraali, häiritsee. Eri henkilöiden välinen tunteminen ja suhteiden vastavuoroisuus kysyttiin jokaisen henkilön kohdalla, kun keskusteltiin verkostoon piirretyistä henkilöistä.

Haastattelut tehtiin Järvenpään sosiaalisairaalan perheosastolla. Suostumuksen saatuani annoin heille verkostokartan, johon pyysin heitä nimeämään sosiaaliseen verkostoon kuuluvat henkilöt. Seuraavana aamuna soitin perheosastolle, ja sovin haastatteluajan. Näin haastateltavat olivat orientoituneet asiaan jo edellisenä iltana piirtäessään verkostokartan valmiiksi. Yksi haastateltavista ei ollut piirtänyt verkostokarttaa etukäteen. Tutkimusaineistoon otettiin mukaan myös yksi pilottihaastattelu. Potilaiden haastattelut kestivät 45–90 minuuttia ja ne nauhoitettiin pöytänauhurilla.

Haastattelussa ei kysytty ainoastaan, kuinka moni antoi tukea vaan kuinka paljon kukin antoi tukea (ks. Cohen ja Wills 1985, O'Really 1987, Dakof ja Taylor 1990, House 1985). Kun haastateltava oli piirtänyt ja arvioinut itse verkostokarttansa, jokaisesta ihmissuhteesta keskusteltiin erikseen temahaastattelun avulla (liite 2). Pysin pitämään teema-alueet mahdollisimman väljinä, jotta tutkittavan ilmiön sisältö paljastuisi mahdollisimman hyvin. Tarvittaessa tein tarkennettuja teemakysymyksiä. Haastateltavat kertoivat avoimesti esimerkkejä tuen kokemuksistaan. (vrt. Hirsijärvi & Hurme 1995.)

2.4 Haastatteluaineiston analysointi

Tarkastelin tässä tutkimuksessa huumeperheiden (vrt. Varto 1992) ja heidän sosiaalisen verkoston ja siltä saadun tuen (vrt. Field & Morse 1985) kokemuksia, jotka ilmenivät laadullisina ominaisuuksina, joten on perusteltua käyttää kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessa pyrin tulkitsemaan ja ymmärtämään huumeperheen ainutlaatuisia merkityksiä, kokemuksia ja ajatuksia sosiaalisesta verkostostaan ja siltä saamastaan tuesta. Näiden ainutlaatuisten kokemusten ymmärtäminen mahdollistui kokemusten välityksellä (vrt. Grönfors 1982, Dakof & Taylor 1990).

Teemahaastattelulla saadun aineiston analyysimenetelmänä käytin tässä tutkimuksessa induktiivista sisällönanalyysiä (vrt. Hirsijärvi & Hurme 1995), jonka avulla analysoin ja tarkastelin asioiden merkityksiä (vrt. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Analyysin tavoitteena oli löytää tutkimusaineiston sisältö ja sanoma tulkinnan kautta (vrt. Turunen 1987). Käytin tutkimuksessa havaintoyksikkönä lausumia. Lausumalla tarkoitin ajatuskokonaisuutta. (vrt. Mäkelä 1997, Krause & Kiikkala 1996.)

Olin kiinnostunut haastateltavan merkityksenantojen rakenteista; niistä tavoista, joilla hänen tietoisuus jäseni sosiaalisen verkostoon ja tukeen liittyvät kokemukset yhtenäiseksi ja mielekkääksi kokonaisuudeksi. Sosiaalisen verkoston ja tuen merkitysrakenteet olivat olleet jo ennen haastattelua haastateltavan kokemuksessa (vrt. Juntunen 1990). Tutkimustehtävät saattoivat nostaa toisia merkitysrakenteita enemmän esille kuin toisia (vrt. Grönfors 1985, Varto 1992).

Aloitin aineiston purkamisen kirjoittamalla haastattelut sanasta sanaan puhtaaksi. Kirjoitettua tekstiä syntyi 119 sivua ja jokaiselta tämän lisäksi itse täytetty verkostokartta. Seuraavaksi luin ja kuuntelin haastattelut kertaalleen läpi. Tämän jälkeen nostin esille tutkimustehtävien kannalta merkittävät lausumat, ajatuskokonaisuudet, jotka ryhmittelin niiden merkitysten mukaan. Koodasin ajatuskokonaisuudet, jotta pystyin tarvittaessa palauttamaan ne kontekstiin, josta ne olin nostanut esille. Ryhmittelyä kutsuin sisältöluokkien muodostamiseksi. Ajatuskokonaisuuksien muodostuminen sisältöluokiksi vaati oivaltavaa havainnointia ja tutkimusaineiston lukemista ja tulkintaa. Jouduin usein palaamaan takaisin tekstiin ja tarkastelemaan koko tilannetta, jossa sosiaalisen tuen kokemus oli syntynyt. (vrt. Krause & Kiikkala 1996.) Käsitteellisten samankaltaisuuksien etsimisessä auttoi myös se, että samalla tarkastelin eroavaisuuksia haastateltavien kesken. Sisältöluokiksi muodostuneet tulkinnat irrotin alkuperäisestä kontekstista. (Grönfors 1982, Hirsijärvi & Hurme 1995, Syrjälä ym. 1995.)

Sisältöluokkien muodostamisen jälkeen aineisto pieneni ja pelkistyi kategorioiksi. Tässä tutkimuksessa käytin kategorioiden muodostamisvaiheessa empiristä sekä käsitteellistä tapaa. Tämä tarkoitti sitä, että lähtökohtana oli aineistosta nousevat

yhteenkuuluvuudet ja omat ajatukseni yhteenkuuluvuuksista. (vrt. Åstedt-Kurki 1988.) Tutkimuksen tässä vaiheessa luokittelukategorioiksi muodostuivat esimerkiksi emotionaalinen tuki/sen puute ja kontrolli. Nämä kategoriat muodostuivat haastateltavien merkittävistä lausumista syntyneiden sisältöluokkien kautta (ks. taulukko 5).

Muodostuneet kategoriat muodostivat kokonaisuuden useamman luokittelukerran jälkeen (vrt. Robson 1993, Kyngäs & Vanhanen 1999). Pääkategoriaksi muodostui kiinnipitämisen mahdollisuus. Analyysi tarkoitti lyhesti kuvattuna aineiston hajottamista käsitteellisiksi osiksi ja synteessin avulla uudelleen kokoamista tieteellisiksi johtopäätöksiksi, mikä tarkoitti aineiston tarkastelua käsitteellisellä ja teoreettiselle tasolle. (vrt. Grönfors 1985.)

Kaikissa analyysivaiheissa pyrin objektiiviseen työskentelyyn, jotta syntynyt luokitus olisi aineistolähtöisesti perusteltu ja oikeutettu (vrt. Syrjälä ym. 1995). Luokittelutuloksia tukevat suorat lainaukset ja erilaiset kaaviot näyttäen eri sisältöluokkien ja kategorioidenväliset yhteydet ja auttaen lukijaa arvioimaan luokituksia sekä pääsemään mukaan haastateltavien kokemuksiin (vrt. Patton 1990, Dey 1993).

Verkostokarttojen kuvauksen raportoin tapauskertomuksina, kuitenkin yhdistäen perheen verkostokartat. Tämä antaa mahdollisuuden paneutua syvällisesti ja ”elämänläheisesti” kunkin huumeperheen sosiaalisen verkoston todellisuuteen. Tein yleiskuvauksen jokaisen huumeperheen sosiaalisesta verkostoista, jossa kuvaan rakenteellisia ja funktionaalisia ulottuvuuksia. Tämä aiheutti osittaista päällekkäisyyttä sisällönanalyysin kautta tuotetun tulososion kanssa.

TAULUKKO 4 Tutkimusaineiston kuvaus

Haastateltava (ikä) Korvaushoito (On/Ei)	Lapset (ikä)	Päihteiden käyttö	Vanhempien päihde-/ mielenterveysongelmat	Aikaisemmat päihdehoidot
Perhe 1 Kari (20) On	1 (6kk)	Opiaatit Kannabis Rauhoittavat lääkkeet (4,5 vuotta)	Isä alkoholiongelma=(alko)	Vankilassa 1,5kk raittiutta
Suvi (19) On	Katso edell.	Heroini (12 kk) Kannabis	Isä alko	Ei
Perhe 2 Leena (23) On	1(4kk)	Sekakäyttö, myös korvaushoidon aikana	Isä alko (kuollut)	Useita hoitoja
Matti (21) On	Katso edell.	Sekakäyttö, myös korvaushoidon aikana	Ei tietoa	Avopuolella hoitoja
Perhe3 Otto (24) Ei	1(5kk)	Opiaatit	Ei	Avo- ja laitoshoido
Perhe 4 Lea (19) On	Raskaana	Opiaatit	Äiti alko ja psykke	Ei
Harri (19) On	Ei	Opiaatit	Äiti alko ja isä alko	Ei
Perhe 5 Mari (33) On	4 (10v.,7v., 3v. ja 2kk)	Opiaatit	Isä alko	Avohoitoja
Perhe 6 Nina (32) Ei	3 (11v., 9v ja 6 v.)	Alkoholi Amfetamiini	Äiti alko	Ei

TAULUKKO 5 Haastatteluaineiston sisällönanalyysi vaiheittain.

Vaihe	Esimerkki/Käsite
<p>1. VAIHE TUTUSTUMINEN TUTKIMUSAINEISOON HUOLELLISESTI JA AVOIMESTI LUKIEN KOKNAISNÄKEMYSKEN HAHMOTTAMISEKSI - uudelleen lukeminen</p>	<p>Puhtaaksi kirjoittaminen ja lukeminen: <i>”..no kuka tietää sun elämäntilanteesta eniten ? klinikka ja äiti, ei oikeestaan se tietää jonkun verran, tota mulla on ollut sitä bentsojen käyttöä paljon, et nyt mä oon sen siäl rehellisest sanonu, et mä käytän bentsoja. Et meni aika...”</i></p>
<p>2. VAIHE MERKITTÄVIENLAUSUMIEN, AJATUSKOKONAISUUKSIEN ESILLE NOSTAMINEN Erotin tutkimusaineistosta ajatuskokonaisuuksia, jotka ovat sisällöllisiä kokonaisuuksia ja ilmaisevat tutkittavan ilmiön kannalta relevantin merkityksen.</p>	<p>A: Kyläily, Seura , Yhdessäolo, Raittiit ystävät ja Harrastukset B: Hoitovaihtoehdot, Neuvot C: Tiedon varmistamisen tai asiatiedon puute D: Avoimuus, Kuuntelu , Selitykset, Valehtelu, Piiloelämä E: Halu auttaa, Arvostuksen antaminen, Ymmärretyksi tuleminen, Välittäminen F: Kohtalotoveruus, Avopuoliso, Ryhmä G: Ristiriidat, Tunteet H: Puuttuminen, Vaatimukset I: Säännöt, Ehdot hoidolle J: Hoitopaikan järjestäminen, Korvaushoito lääke kotiin, Lapsen hoitoapu K: Vaatteiden ostaminen, Raha L: Vapaa-aikaan ja työpaikkaan liittyvä ohjaus ja neuvonta, suhtautumistavan muutos M: Seura, Lasten hoitoapu</p>
<p>3. VAIHE AJATUSKOKONAISUUKSISTA MUODOSTETAAN SISÄLTÖLUOKKIA Sijoitin jokaisen ajatuskokonaisuuden jonkin aineistoa jäsentävään sisältöluokkaan ja muodostin sisältöluokat, jolloin tutkittavat ilmiöt irrotettiin alkuperäisestä kontekstista.</p>	<p>A: Säännöllinen yhteydenpito B: Tiedollinen tuki C: Tiedon puute D: Tuen välittyminen/sen puute E: Kuuluminen sukuun F: Vertaistuki G: Järkeistäminen H: Vallanilmaisu I: Rajojen asettaminen J: Käytännön järjestelyt K: Välineellinen tuki L: Ohjaus ja neuvonta M: Arkielämän helpottaminen</p>
<p>4 VAIHE KATEGORIOIDEN MUODOSTAMINEN SISÄLTÖLUOKISTA Sisältöluokkien yhdistämisen kautta syntyi kategorialuokat. Tässä analyysinvaiheessa minun piti lukea tekstiä useampaan kertaan ja pyrkiä löytämään yhdistäviä ja erottavia tekijöitä, jotta kategorioiden luokittelu olisi relevanttia tutkimuskysymyksen kannalta</p>	<p>A,B,C,D = Vuorovaikutuksellinen tuki E,F,G= Emotionaalinen tuki/ sen puute H,I= Kontrollin ristiriita J,K= Konkreettinen tuki L,M= Toivottu tuki</p>
<p>5 VAIHE PÄÄKATEGORIA MUODOSTUMINEN KATEGORIALUOKISTA Kategorialuokkien yhdistämisen kautta muodostui pääkategoria.</p>	<p>A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M= Kiinnipitämisen mahdollisuus</p>

3 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa kappaleessa kuvaan huumeperheiden sosiaalista verkostoa ja heidän kokemuksiaan sosiaalisesta tuesta. Ensimmäisessä perheiden sosiaalista verkostoa kuvaavassa osassa, kuvaan osittain myös sosiaalisen tuen merkityksiä, koska kokonaisvaltainen erittely perheittäin antaa paremmin kuvan perheen sosiaalisen verkoston tilanteesta. Yhteenveto sosiaalisen tuen kokemuksista antaa parhaiten tietoa hoidon alussa koetusta tuesta. Siihen, miten sosiaalinen tuki, koetaan vaikuttaa huumeperheen elämäntilanne kokonaisuudessaan, joten on perusteltua kuvata sosiaalisen verkoston rakenteellisia ja funktionaalisia ulottuvuuksia huumeperheittäin. Huumeperheiden sosiaaliseen verkostoon kuului keskimäärin 14-15 henkilöä. Sukuun kuului keskimäärin 6 henkilöä (taulukko 6). Toisessa osassa tarkastelen huumeperheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta.

TAULUKKO 6 Yhteenveto sosiaalisesta verkostosta sektoreittain

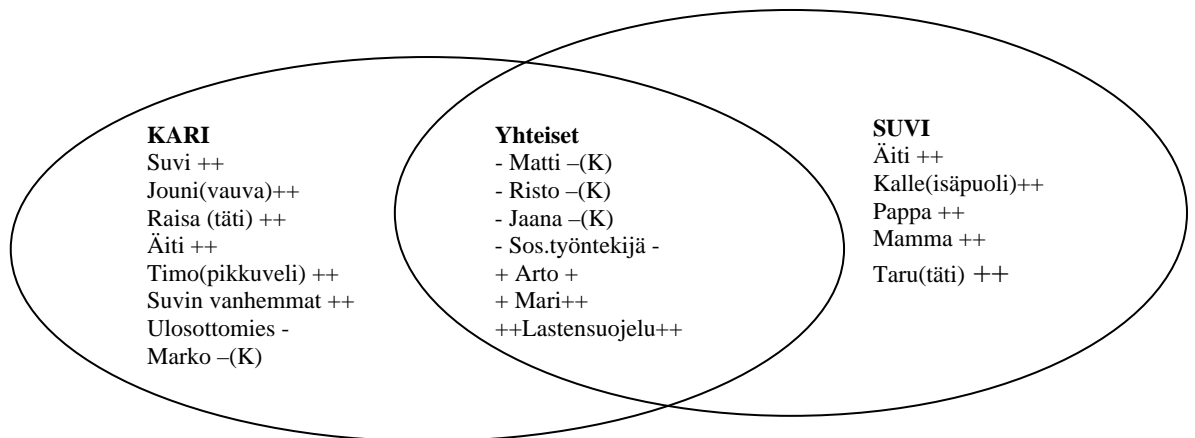
Sektori	Min	Max	Ka
Koko verkosto	10	18	14,5
Suku	4	9	6,0
Ystävät *	2	6	4
Ammattiauttajat	2	10	4,7
Muut	ei mainintoja		

*entisiä kavereita ei aina nimetty henkilöiksi, esitettiin yhtenä ryhmänä

3.1 Verkostokartat perheittäin

3.1.1 Täti ja äiti tärkeitä

Karin ja Suvin verkostokartat on yhdistetty kuviossa 3. Yhteisen verkostojäsenen edessä oleva merkki kuvaa Karin arviota tuen merkitsevyydestä hänelle (esim. Matin edessä oleva miinusmerkki). Yhteisen verkostojäsenen lopussa oleva merkki kuvaa Suvin arviota tuen merkitsevyydestä (esim. Matin perässä oleva miinusmerkki). Jokaisen perheen kohdalla merkintätapa on samanlainen yhteisten verkostojäsenten kohdalla. Matin perässä oleva iso K-kirjain tarkoittaa, että Matti käyttää huumeita. Katso muut merkkien selitykset liite 1.



KUVIO 3 Perheen 1 verkostokartta

KARI

Kari nimesi verkostoonsa yhteensä 16 ihmistä. Hän koki, että kuusi eri henkilöä häiritsee hänen toipumistaan. Tärkeimmäksi tuen lähteeksi nousi oma perhe. Jounin ja Suvin olemassaolo oli syy ratistua ja tärkein motivaatio yrittää eteenpäin. Karilla oli ollut joitakin vaikeuksia avoliittonsa kanssa. Hän oli kertomansa mukaan menettänyt Suvin ja Jounin, mikä pisti Karin yrittämään tosissaan.

*”...sanottaa Jouni ja Suvi pois ni olsin edelleen käyttämässä”
 ”...Mä oon ollu menettänyt Suvin ja sen myötä Jounin”*

Tukea antavia ystäviä olivat Arto ja Mari. Marin kanssa voitiin käydä kahvilla ja viettää yhdessä aikaa. Mari oli käynyt katsomassa Jounia (vauva) lasten vastaanottokodissa melkein joka päivä. Arto oli ystävä, joka ei käyttänyt huumeita. Kari oli tutustunut häneen Suvin kautta. Karin isä oli kuollut Karin ollessa noin 13-vuotias. Raisa on Karin isän sisko ja Karille erityisen tärkeä henkilö, koska hänen kauttaan Kari pystyi muistelemaan itsemurhan tehnyttä isäänsä ja kokemaan kuuluvansa sukuun. Äidin kanssa Karilla oli vaikeaa. Äiti pakotti Karia hoitoon, mikä nostatti ristiriitaisia tunteita. Raisa ja Karin äiti ovat usein yhteydessä toisiinsa. Suvin ja Karin vanhemmat tuntevat toisensa, mutta heidän välillään ei ole säännöllistä yhteydenpitoa. Karin äiti on osallistunut ammattiauttajien kanssa pidettyihin verkostotapaamisiin. Yksi vanha huume-kaveri tunsikin Karin äidin. Karin ydinverkostoksi muodostui oma perhe ja isän sisko. Toipumista estäviksi henkilöiksi hän koki neljä vanhaa narkomaanikaveria ja ulosottomiehen sekä sosiaalityöntekijän. Karilla oli uusi

sosiaalityöntekijä ja edellisen luo hänellä oli porttikielto. Hän kertoi odottavansa vain rahallista tukea sosiaalityöntekijältä, mutta tarvittaessa voivansa myös puhua hänelle.

SUVI

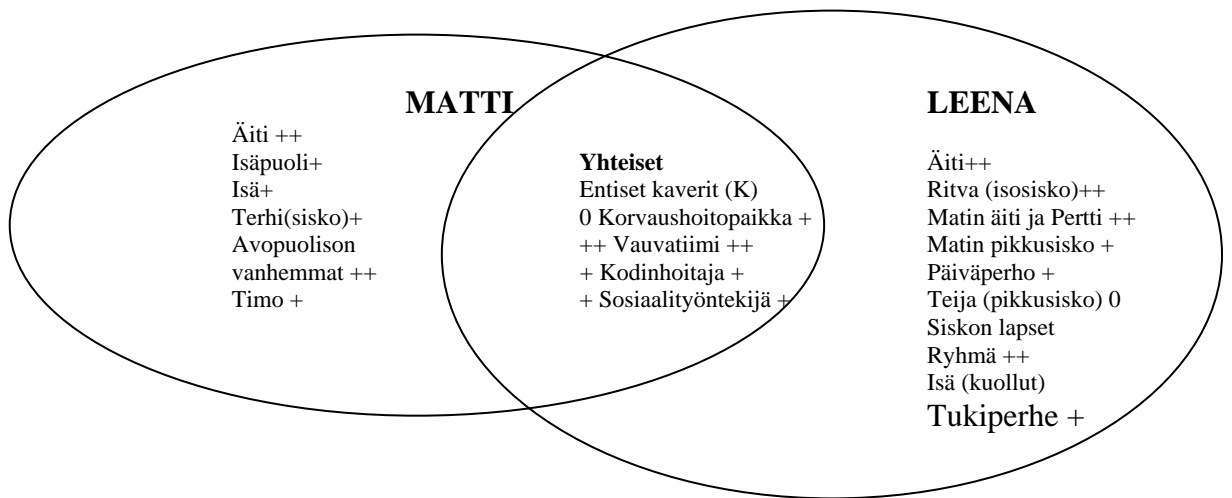
Suvin sosiaalinen verkosto oli hieman pienempi. Siihen kuului 12 henkilöä. Suvi ei piirtänyt verkostokarttaansa Karia tai Jounia. Tähän saattoi olla syynä verkostokartan pohja, johon oli kulmiin kirjoitettu: suku, ystävät, ammattiauttajat ja muut (liite 1). Verkostokarttalomakkeessa ei ollut erikseen mainintaa perheestä. Toisaalta tämä antoi myös mahdollisuuden tarkastella sitä, kuka piirtäisi oman perheen karttaan. Suvi koki oman verkostonsa riittäväksi ja saavan tukea äidiltä, jonka neuvot ja ohjeet hän koki hyväksi. Hän tapasi äitiä viikottain. Isovanhempia hän tapasi kuukausittain. Suvi koki Marin kuuntelevan häntä. Suvi ei kokenut sosiaalityöntekijää tukea-antavaksi. Hän koki elämänsä kriisiksi lapsen syntymisen ja sen jälkeisen ajan, koska Kari käytti päihkeitä. Hän kuvasi lapsen syntymän jälkeen puolitoista kuukautta olleen vaikeinta aikaa.

3.1.2 Tukea tarjolla ammattiauttajilta

LEENA

Leenan nimesi sosiaaliseen verkostoonsa 18 eri henkilöä tai hoitopaikan nimeä (kuvio 4). Tukea-antaviksi henkilöiksi nousivat oma äiti, isosisko Ritva ja Matin äiti. Tukea antaviksi tahoiksi nousivat vauvatiimi ja päihdehoitoyksikkö eli paikka, jossa hän sai korvaushoitoa sekä kodinhoitaja. Leenan ydinverkosto muodostui äidistä ja Ritvasta sekä omasta perheestä. Toisaalta Leena ei maininnut omaa uutta perhettään verkostokartassa, mutta hän kuvasi sitä erittäin tärkeäksi, erityisesti lapsen tärkeys tuli haastattelussa esille. Leenan suhde omaan isäänsä oli parantunut juuri ennen lapsen syntymää. Leenalle on tärkeää, että muut perheenjäsenet hyväksyivät Matin. Leenan kertoman mukaan äidin suhtautuminen oli muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana. Äiti ja Ritva tukivat häntä. Matin äiti ja tukiperhe kannusti Leenaa kehumalla häntä hyväksi hoitajaksi ja äidiksi.

Leenalla oli korvaushoitopaikassa omahoitaja, jonka kanssa oli keskustelua kerran viikossa. Tämän lisäksi Leena kävi ryhmässä, jossa oli muita korvaushoidossa olevia asiakkaita. Leena koki ryhmäistunnot enemmän tukea antaviksi kuin omahoitajakeskustelut. Hän oli juuri joutunut paljastamaan omalle hoitajalle käyttäneensä ”omia lääkkeitä” korvaushoidon aikana. Leena arvioi päihdeäideille tarkoitetun päivätoimintapaikan tukea antavaksi. Samalla hän kertoi, ettei ollut vielä käynyt siellä, mutta häneen oli otettu yhteyttä sieltä. Leenalla ja Matilla oli uusi sosiaalityöntekijä ja he olivat olleet kolme kuukautta hänen asiakkaitaan.



KUVIO 4 Perheen 2 verkostokartta.

MATTI

Matti nimesi verkostoonsa 11 henkilöä tai hoitopaikkaa (kuvio 5). Matin sosiaaliseen verkostoon kuului yksi raitiskaveri Timo, joka ei käyttänyt huumeita. Timon kanssa tehtiin musiikkia. Omasta suvusta äiti oli tukea antava kahdella plussalla. Äitiä hän tapasi melkein viikottain. Äiti oli osallistunut kaikkiin verkostopalaveriinhin, joita Matilla oli ollut. Matin ydinverkoston muodosti oma perhe. Matilla oli ollut vaikeuksia sitoutua hoitoon jätettyään käymättä ryhmässä, jossa olisi pitänyt käydä kerran viikossa. Matti tapasi korvaushoitopaikan työntekijän päivittäin hakiessaan korvaushoitolääkkeen. Sosiaalityöntekijän Matti koki tukea antavaksi.

3.1.3 Ammattiauttajilta tukea

OTTO

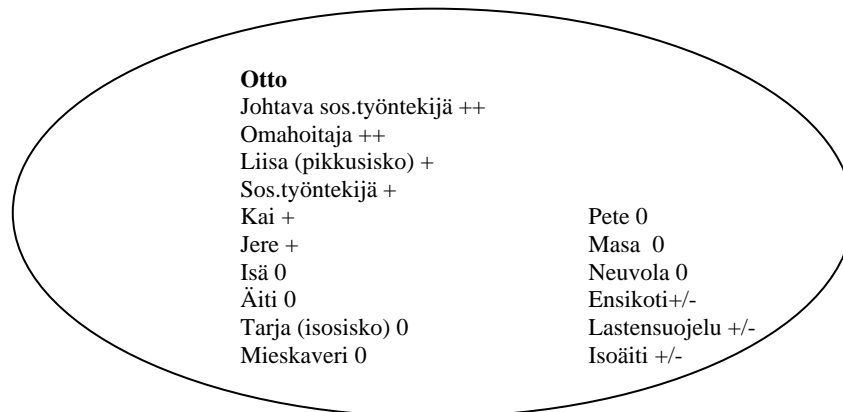
Otto piirsi verkostokarttaansa 16 ihmistä (kuvio 5). Hän ei piirtänyt siihen avopuolisoaan tai lastaan. Kysytyäni omasta perheestä hän koki sekä lapsen ja avopuolison tärkeäksi ja arvioi heidät kahdella plussalla. Oton vaimo ja lapsi olivat mukana hoidossa, mutta avopuoliso ei osallistunut haastatteluun. Oton verkostossa isä ja uskottumies sekä Liisa olivat tekemisissä keskenään ja tunsivat toisensa. Oton verkostokartan tukea-antavat tahot nousivat ammattiauttajien keskuudesta. Hänellä oli riitoja ja neutraalia suhtautumista omaan lapsuuden perheeseensä. Suvusta Otto nosti Liisan (pikkusisko) tärkeäksi henkilöksi, jota hän myös tapasi viikottain. Liisa tiesi Oton huumehistorian. Otto piti viikottain yhteyttä Liisaan ja isoäitiin, ja yhteydenpito oli vastavuoroista. Riidat oman äidin ja Tarjan kanssa

vähensivät tuen kokemisen mahdollisuutta. Otto kuvasi itseään pitkävihaiseksi ihmiseksi ja sanoi puhuneensa viimeksi vuonna 1994 äitinsä tai Tarjan kanssa. Liisan kautta äiti oli kuitenkin tietoinen Oton tilanteesta. Isään suhtautuminen oli neutraalia. Isäänsä hän on aika harvoin yhteydessä, noin kuusi kertaa vuodessa. Otto kuvasi isän suhtautumista seuraavalla sanonnalla:

”Hyvän sanonnan hän on sanonut. Hän on ommellu purjeita, rakentanu laivoja, mutta tuulille hän ei voi mitää”

Ammattiauttajien kautta saatu tuki nousi Otolle tärkeimmäksi tuen lähteeksi. Tärkeimmäksi tuen antajaksi nousi johtava sosiaalityöntekijä. Samalla hän määritteli käsityksensä hyvästä sosiaalityöntekijästä.

” Hän on erittäin mukava alansa piinkova ammattilainen. Hän ei turhista asioista marmata ja valita vaan hän on tiukan linjan täti. Mutta osaa olla myös kiltti eli hän ei niin sanotusti ole etäinen ni ku sosiaalityöntekijät on. Hän on se henkilö joka mut hoitoon sai sitte lähtemää. Hän kannusti ja niiku osas sen oikein pukee sanoiks miks. Hänessä on joku semmoinen joka herättää luottamusta. Se saattaa olla se ikä yks tekijä tai sit ku hän on jo kumminki niin kauan sillä alalla ollu. Hänellä ei ole sitä turhaa pätemisen tarvetta mitä nuorilla sosiaalityöntekijöillä hyvin herkästi on. Hänes jotenki henkilönä heti ja hirveen mukava ihmisenä. Hän ei ole niiku sosiaalityöntekijä et hän on enempi kaverina. En osaa sit tarkemmin sanoa, mut hän on erittäin mukava”



KUVIO 5 Perheen 3 verkostokartta.

Otolla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia lastensuojelun antamasta tuesta. Otosta lastensuojelun työntekijä kiristi perhettä hoitoon lähtemisessä. Toinen osapuoli sanoi tarjoavansa vaihtoehtoja. Vaakakupissa oli hoitoon lähteminen tai huoltajuuden menettäminen. Toisaalta Otto kertoi, että heillä oli ollut verkostopalaverin jälkeen mahdollisuus miettiä asioita pari päivää. Oman sosiaalityöntekijän Otto koki myös tukea-antavaksi. Toisaalta Oton mielestä sosiaalityöntekijä oli liikaa lastensuojelutyöntekijän

”talutusnuorassa”. Otto oli saanut tukea, mutta hän ei ollut mielestään aina toiminut sen mukaisesti. Otto oli ainut henkilö, jonka sosiaaliseen verkostoon ei kuulunut muita huumeiden käyttäjiä kuin avopuoliso.

3.1.4 Huumeidenkäyttäjät verkostossa

LEA

Lean sosiaalinen verkosto muodostui 15 henkilöstä (kuvio 6). Lea piirsi oman perheen; Harrin ja tulevan vauvan sosiaaliseen verkostokartaansa. Lean mielestä Harri antama tuki välittyi kohtalotoveruuden kautta. Lea oli asunut alle kouluiästä lähtien lastenkodissa. Lea ei ollut kertonut omille vanhemmilleen huumeiden käytöstään. Lea koki isän erityisen tärkeäksi, vaikka he eivät olleet asuneet yhdessä, mutta henkinen yhteys isään oli erityisen tärkeä.

Lea koki, ettei hän saanut tukea äidiltä, jolla oli alkoholiongelma. Lea kuvasi näyttelevänsä äidille läheisiä välejä. Äitiä ja Riittaa (isosisko) Lea tapasi pari kertaa kuukaudessa. Riitan Lea koki neutraaliksi. Lea hoiti Riitan lapsia usein ja kertoi keskustelewansa Riitan pojan huumeiden käytöstä yhdessä Riitan kanssa. Riitalla oli kuusi lasta, ja hänen miehellään oli alkoholiongelma. Lean raitisystävä. Heli oli Lean sosiaalisessa verkostossa ainut henkilö, joka ei käyttänyt huumeita. Myös Helille Lea oli ”vääntänyt” tarinan siitä, miten hän oli jo lopettanut huumeiden käytön. Heli odotti myös lasta, ja he olivat yhteydessä toisiinsa pari kertaa kuukaudessa. Yhteydenpito oli molemminpuolista.

Lean paras ystävä oli Outi, joka oli huumeidenkäyttäjä. Outi pyrki vähentämään omaa kadulta ostamaansa buprenorfiiniannosta. He miettivät yhdessä vähentämisasiota, ja Outi oli kannustanut Leaa ja Harria hakeutumaan hoitoon. Lean mielestä Outi kuunteli häntä. Lean kaveri Anne oli antanut Karin (Annen lapsi) kuolleen poikakaverinsa äidin (Ritva) hoidettavaksi. Karin Lea koki tärkeäksi tueksi. Hän vieraili viikottain Ritvan luona hoitamassa Karia. Ritvan kaksi poikaa ja yksi miesystävä olivat kuolleet huumeiden yliannostukseen. Itse hän ei käytä huumeita. Lea kuvaa Ritvan läheisten tilannetta hyväksi esimerkiksi siitä, mitä hän ei halua koskaan itselleen. Lean ydinverkoston muodostivat oma perhe, Outi, Ritva ja Kari.

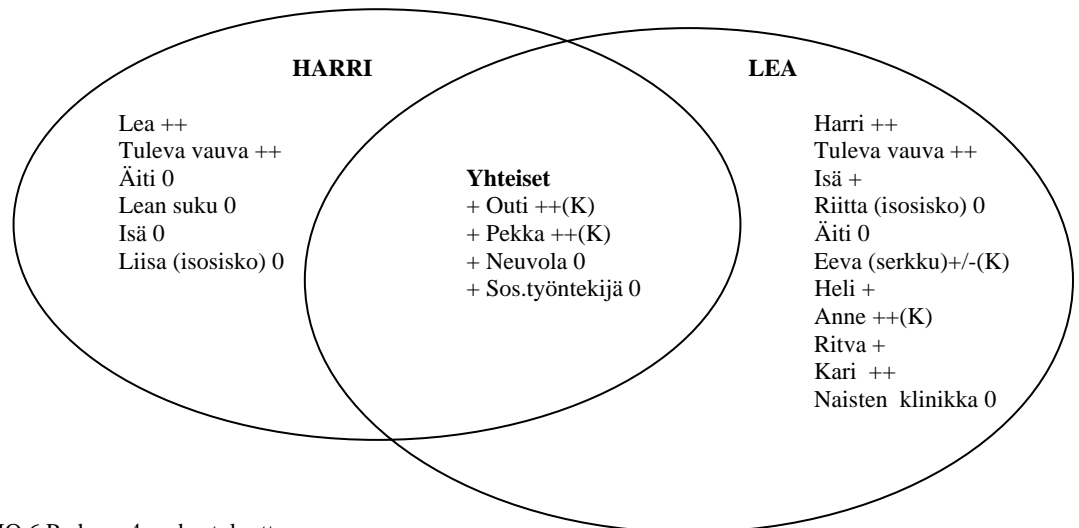
HARRI

Harri nimesi verkostoonsa yhteensä 10 ihmistä (kuvio 6). Tukea hän sai eniten Lealta ja tulevalta vauvalta. Harri kuvasi haluaan tulla normaaliksi perheeksi päihteiden käytön suhteen.

Harrin mukaan Lealta saama tuki ilmeni välittämisenä. Tärkein syy raitistumiseen oli kuitenkin lapsi. Harrin verkostosta kukaan ei tiennyt Harrin nykyisestä päihteiden käytöstä.

”.. ei oo voinu kertoa mitä on tehny viikonloppuna, jos on ollu huitelemassa ja käyttänty kamaa.”

Harrin molemmilla vanhemmilla oli alkoholiongelmia, ja vanhemmat ovat eronneet noin vuosi sitten. Harri ei halunnut huolestuttaa sukulaisiaan omilla päihteidenkäyttökuvioillaan. Äiti piti Harriin yhteyttä puhelimitse viikottain, ja isä piti yhteyttä kuukausittain. Yhteydenpito on molemminpuolista. Liisaa (isosisko) Harri tapasi viikottain. Liisa halusi tulla syntyvän lapsen kummiksi. Harrin ydinverkoston muodosti Lea ja Outi .



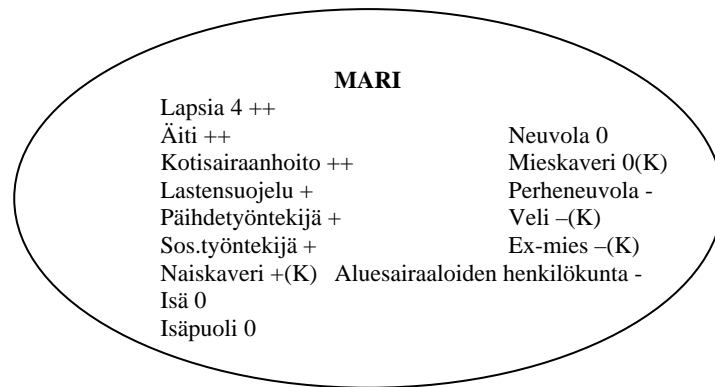
KUVIO 6 Perheen 4 verkostokartta.

3.1.5 Selitykset ja tunteet pinnalla

MARI

Marin verkostoon kuului 18 eri ihmistä tai hoitopaikkaa (kuvio 7). Mari koki lapset tärkeäksi. Mari oli neljän lapsen yksihuoltaja. Myös oma äiti oli tärkeä, koska hän hoiti välillä lapsia ja tunsu Marin tilanteen. Lisäksi hänelle pystyi puhumaan henkilökohtaisista ongelmista. Toisaalta äidin hoitaessa lapsia hän samalla mahdollisti Marin päihteidenkäytön. Mari joutui joskus tarjoamaan suojapaikan omalle äidilleen, koska tämän miesystävä on päihtyneenä usein väkivaltainen. Marilla itsellään oli myös kokemuksia väkivallan kohteeksi joutumisesta ex-miehensä kautta. Marin ex-mies oli myös häiritsevä tekijä, koska hän tuli Marin asuntoon päihtyneenä milloin halusi. Mari kertoi tilanteen nyt

olevan rauhallisempi, koska ex-mies oli vankilassa. Marilla oli mies- ja naiskaveri, jotka olivat huumeidenkäyttäjiä.



KUVIO 7 Perheen 5 verkostokartta

Marilla oli uusi sosiaalityöntekijä, jonka hän oli tavannut vain yhden kerran. Mari itse kävi päihdetyöntekijän luona kerran viikossa, minkä hän koki tukea-antavaksi. Mari antoi kodinhoitajalle kaks plus, koska hän tuo korvaushoitolääkkeen kotiin ja Mari piti sitä tärkeänä. Marin ydinverkoston muodosti lapset ja oma äiti. Marilla oli verkostossa aika paljon vielä huumeita käyttäviä kavereita, ja hän piti heihin yhteyttä.

3.1.6 Väkivallasta välittämisen kokemuksia

NINA

Ninan sosiaalinen verkosto oli laaja. Hän mainitsi 14 henkilöä ja 3 eri hoitopaikkaa: mielenterveystoimiston, lastenkodin henkilöstön ja huonot frendit, joilla Nina tarkoitti huumeita käyttäviä kavereitaan (kuvio 8). Ninalla oli kolme lasta, joista yksi asui hänen kanssaan. Kaksi vanhempaa lasta asui isänsä luona ja heihin Nina oli säännöllisesti yhteydessä. Lapset olivat jo kouluikäisiä. Ninalla oli myös sisarpuoli ja velipuoli, joiden kanssa hän ei ollut missään tekemisissä. Heitä Nina ei piirtänyt verkostokartaansa, mutta puhui heistä. Hänellä oli ollut monia yhteyksiä ammattiauttajiin yhtä aikaa; päihdehuoltoon, terveydenhuoltoon, mielenterveystoimistoon ja lastensuojeluun. Nina koki annettavanavun enemmänkin lääketarjoiluksi kuin terapiaksi eikä kokenut tullessa kohdatuksi oikealla tavalla.



KUVIO 8 Perheen 6 verkostokartta

Ninalla oli yksi naisystävä Sirpa, jonka kanssa hän oli päivittäin tekemisissä. Sirpa kuului Ninan ydinverkostoon. Hän oli Ninan velipuolen ex-vaimo. Nina kuvaa miessuhteitaan sanoilla: ”*Turpaan on aina tullu.*” Nykyinen miesystävä on vankilassa Ninan pahoinpitelyn takia. Nina on ollut naimisissa kaksi vuotta miehen kanssa joka ei ollut väkivaltainen. Hän itse lopetti suhteen, koska ei kertomansa mukaan kestänyt liian tasaista elämää. Ninan isä ei ole ollut yhteydessä tyttärensä eikä tiedä hänen huumeidenkäytöstään mitään. Ninan suhde äitiin oli ristiriitainen. Nina kertoi äidin olleen kaappijuoppo, joka hoiti työnsä, mutta oli muulloin juovuksissa. Nina koki, että äiti arvosti poikia, mutta ei häntä. Nina koki äitinsä toisaalta tukea antavaksi, mutta toisaalta toipumista estäväksi

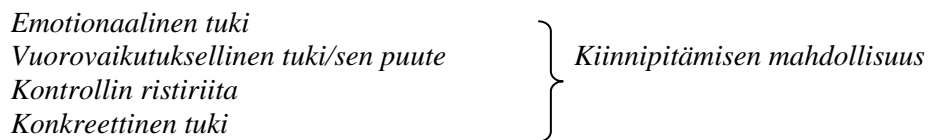
Juki oli Ninan ystävä, joka oli entinen narkomaani ja nykyisin ohjasi NA-ryhmiä. Nina sai Jukilta tietoa ja kannustusta päihitteettömyyteen. Ninan ydinverkoston muodosti perhetyöntekijä, nuorimmainen lapsi, joka asui Ninan kanssa sekä Sirpa. Nina kuvasi yhteydenpidon huumeiden käyttäjiin olevan salaista eikä heitä nimetty. Hän suhtautui heihin oman tilanteen mukaan, jos oltiin hoidossa heidät merkittiin miinuksella, vastaavasti käyttövaiheessa heidät merkittiin plussalla.

3.2 Sosiaalisen tuen kokemukset

3.2.1 Kiinnipitämisen mahdollisuus

Tässä tutkimuksessa huumeperheen kokemus sosiaaliselta verkostolta saamastaan tuesta määrittäytyi kiinnipitämisen mahdollisuudeksi (kuvio 10), joka syntyy emotionaalisen,

konkreettisen, vuorovaikutuksellisen tuen/sen puutteen sekä kontrollin kautta. Kiinnipitämisen mahdollisuus tarkoitti turvallisuudentunteen kokemisen mahdollisuutta. Tämä tarkoitti sosiaalisen kuulumisen tunnetta johonkin, huolenpitoa ja toisen tuntemista. Emotionaalisella tuella oli suuri merkitys. Vuorovaikutuksellisen tuen kautta mahdollistui yhteydenpito ja tiedon jakaminen sekä samalla se mahdollisti usein emotionaalisen tuen välittämisen. Tämän lisäksi kiinnipitämisen mahdollisuuden tärkeyttä tai tarvetta korosi huumeperheiden elämäntilanne. He olivat tilanteessa, jossa lastensuojelu oli ”kehottanut” lähtemään hoitoon. Kontrolli aiheutti myös ristiriitaisia tuntemuksia, mutta sitä pidettiin kuitenkin hyväksyttävänä varsinkin lapsen kannalta. Konkreettinen tuki helpotti erityisesti yksinhuoltajaäitien arkipäivää tai hoitoon hakeutumista.

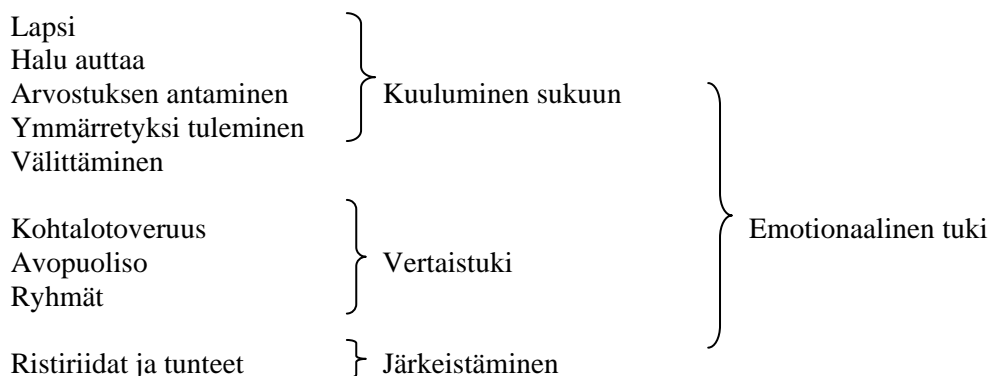


KUVIO 9 Kiinnipitämisen mahdollisuus

3.2.1.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki rakentuu kuvion 11 mukaan, jossa korostuu sukuun kuulumisen ja oman avopuolison ja/tai lapsen merkitykset. Avopuoliso ja/tai lapsi toimi usein tarkoituksen antajana. Heidät koettiin useimmiten tärkeimmiksi tuen lähteiksi.

Primaariperhe (huumeperheen vanhempien lapsuuden perhe) antoi tilaa tunteiden ilmaisulle ja itsenäolemisen mahdollisuuden, koska tunnettiin toiset ja heidän elämäntilanteensa.



KUVIO 10 Emotionaalinen tuki

Kohtalotoveruus avopuolison kanssa oli tukea-antava. Avopuoliso oli paras ystävä monelle, erityisesti miehille. Joskus emotionaalisen tuen kokemisen mahdollisuuksiin liittyi ristiriitoja, jotka kuitenkin mahdollistivat myös kiinnipitämistä. Ristiriidat ja tunteet näkyivät vihan, ahdistuksen ja kiukun kokemuksina. Näiden tunteiden takana koettiin samalla turvattomuuden ja pelon tunteita, jotka oli järkeistettävä ja kerrottava siedettävässä muodossa ja siksi oli turvallisinta ilmaista ne useimmin vihan ja kiukun kokemuksina. Tätä kautta myös nämä ristiriidat ja tunteet mahdollistivat kiinnipitämistä.

Kuuluminen sukuun

”Mä oon siit tosi tyytyväinen, ei pysty enempää auttaa. Me jutellaa iha mist vaa, mun käytöst ja mun isäst joka on kuallu. ..Tärkeintä suhteessa on et se on auttanu mu kannustanu.”

”...meillä on hirveen lämmin suhde pikkusiskon kans. Me ollaan puhelimitse viikottain yhteydessä, tavataan viikottain. Se tietää mun asiani. Se on sinällään plus, et hän välittää ja tietää mun aineiden käytön nii ku kantaa huolta ja yrittää tukea mahdollisuuksiensa mukaan., mut ei se oo niiku mikää hoitosuhde....”No se on mun tuki ja turva, jos mul on jotain sii sanottuu huolta mä voin soittaa ...”Kyl se tuki on aika suuri, koska varmasti mut parhaiten tuntee.”

.. () on ensimmäinen poikaystävä jonka meidän perhe on hyväksyny ”

” se on meidän vauva joka kannustaa pähteettömyytee..”

Sukuun kuulumisen merkitys tulee aineistossa esille monella tavalla. Kuuluminen sukuun toi jatkuvuuden tunteen. Jos yhteyttä pidettiin, se oli kaikissa perheissä molemmin puolta. Jokaisessa perheessä oltiin johonkin primaariperheen jäsenen säännöllisesti yhteydessä, vähintään viikottain soiteltiin. Ajoittain primaariperheiden vanhempien päihdeongelmat tai riidat saattoivat estää yhteydenpitoa. Muihin sukulasiin vastavuoroisuus oli vähäistä. Ymmärretyksi tuleminen oli helppoa, kun primaariperhe tunsu ja tiesi taustat. Ymmärretyksi ja arvostetuksi tuleminen kokemukset loivat kiinnittymisen mahdollisuuden. Esimerkiksi Karille Raisan yhteydenpito oli erityisen tärkeää. Raisan välittämisen kautta Kari sai tunteen, että hän on arvostettu. Se taas lisäsi suhteeseen avoimuutta ja sitä kautta päihdeasioista puhumista, mikä oli mahdotonta äidin kanssa. Välittäminen näkyi joskus suvun haluttomuutena lisätä huolia ja paineita käyttäjälle. Esimerkiksi yhdelle haastateltavalle ei kerrottu isän vakavaa sairastumista käyttäjän raskauden ja huumeriippuvuuden takia.

Lapsen tärkeys

”...laps tukee niin hirveesti et se tukee sen takia mä jaksan ihan mitä vaa ja sitte tottakai (avopuoliso) on kansa lapsen rinnalla. Se on mulle tärke ihminen. Jos mä en sitä rakastais, se ei olis mun vierellä enää.”

”Lastensuojelu on puhunu paljon. Ne on kuitenkin yrittäny, on sillä ollu mulle merkitystä...”

Lapset olivat perheille voimavara. Lapsen tärkeys tuli esille jokaisessa haastattelussa ja lapsi oli kaikille syy lähteä hoitoon. Lastensuojelu oli kaikkien perheiden kanssa yhteistyössä. Pelko lapsen/lasten menettämisestä tuli esille haastattelujen kuluessa samoin kuin se, että lapsi toi sisältöä elämään. Äidit pohtivat ja miettivät lapsensa hyvinvointia ja omaa jaksamistaan useaan otteeseen haastattelujen kuluessa. Lastensuojeluun sijoittui paljon ristiriitaisia tunteita, mutta se nähtiin myös usein eniten tukea antavana tahona ammattiauttajista, koska lapsi nähtiin tärkeimmäksi syyksi raitistua. Lastensuojelu päätti, annetaanko lapsi mukaan perhehoitoon.

Vertaistuki

”...se on samas tilas ja me oolla yhdessä täällä näi.”

”...me tunnetaan kuitenkin toisemme niin hyvin. Meil ei oo mitään salaisuuksia. Kyllä (avopuoliso) on yks mun paras kaveri.”

”Siäl on kolme sellast poikaa, joilta mä saan tukea. Niitten kaa pystyy keskustelemaan”

Vertaistuki hoidossa olevan kohtalotoverin tai oman puolison kautta mahdollisti tunteen ymmärretyksi tulemisesta. Avopuolison kohtalotoveruus ja tilanteen samanlaisuus yhdisti monia avopuolisoita perheissä. Tukea-antavaksi koettiin myös yhdessäolo ja toisen tietäminen siitä, ”missä mennään”. Kari ja Harri puhuivat ”perhevisiosta”, jossa he kuvasivat tavoitteeksi normaalin perhe-elämän ja halun näyttää, että meidän perhe pystyy selviytymään. Muuten perheen tulevaisuutta kuvaavat ilmaisut olivat vähäisiä. Kolmessa perheessä korostui hoidossa olemisen ehdoksi avopuolison mukanaolo hoidossa. Päihdekuntoutukseen kuuluva ryhmähoito koettiin tukea antavaksi. Se mahdollisti ymmärretyksi tulemisen tunteen.

Ristiriidat ja tunteet

”Ku mä synnytin ja mies veti koko ajan puolitoista kuukautta oli vaikeat”

”...mun oli otettava illalla rauhoittavia lääkkeitä. Mul oli pinna niin kireällä. Mul oli tunne-elämä nii sekasi, koska mä olisin halunnut elää elämäni onnellisinta aikaa ja samaan aikaan mä jouduin taistelemaan sen vihan tunteen kanssa mikä mulla oli (avopuoliso) kohtaan

”...mä en ole äitini kanssa puhunut vitteen vuoteen tippaakaan enkä puhu, et mä oon hyvin pitkävihanen ihminen. Jos musta saa vihamiehen se on sitte loppuelämän”

”...Äiti yrittää niiku ihan väkisi. Hän on yrittänyt mua aina katkolla ja mä oon menny ja tuun viivana takasi. Vaikeinta on, noko äiti kärsii mun puolesta koko ajan. Se ajattelee koko ajan miten saisi lopettamaan mut. Se puhuu siitä koko ajan ku kaverit on kuollut aika paljo. Ku puhuttaa mun päihteiden käytöstä, mä lähen sitä pois.”

Neljässä haastattelussa korostui ristiriitaiset tai etäiset tunteet omaan äitiin. Niitä kuvattiin vaatimuksina, ymmärtämättömytenä, riitoina ja henkisenä etäisyytenä. Erilaiset vaatimukset herättivät vihan ja syyllisyyden tunteiden vaihteluja.

Ristiriitaisuus ja tunteet näkyivät monella tasolla. Tässä tutkimuksessa ristiriidalla ja tunteilla tarkoitetaan käyttäjän elämäntilanteisiin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä ristiriitakokemuksia. Niihin liittyi edellä kuvatut jakamattomuuden kokemukset ja tunteet, joita oli ristiriidasta johtuen käsiteltävä siten, että elämäntilanteet olisivat tuntuneet siedettäviltä. Järkeistäminen tai huomion kiinnittäminen toiseen osapuoleen auttoi tekemään vaikeista tilanteista siedettäviä. Järkeistäminen tai koko asian kieltäminen näkyi tarinoiden kerronnassa siinä, millaisia selityksiä tapahtumille annettiin. Haastatteluissa tuli esille, että kaikilla oli negatiivisia tunteita pinnalla. Mari koki ristiriitaisia tunteita hoitoon joutumisesta. Toisaalta hän kuvasi sitä helpotuksena, toisaalta hän koki hoitoon tulon ”joutumisena”. Hän halusi itse käydä seulassa, vaikka hän tiesi käyttäneensä huumeita. Toisaalta hän ei voinut ymmärtää, miksi joutui hoitoon. Marilla oli vihantunteet kovin pinnalla, ja oman huumeriippuvuuden paljastuminen lapsille oli vaikea asia kohdata. Hän kertoi lapsille joskus käyttäneensä huumeita. Hän vakuutteli myös itselleen, että hän oli sairaalassa lääkkeiden takia eikä päihdeongelman takia.

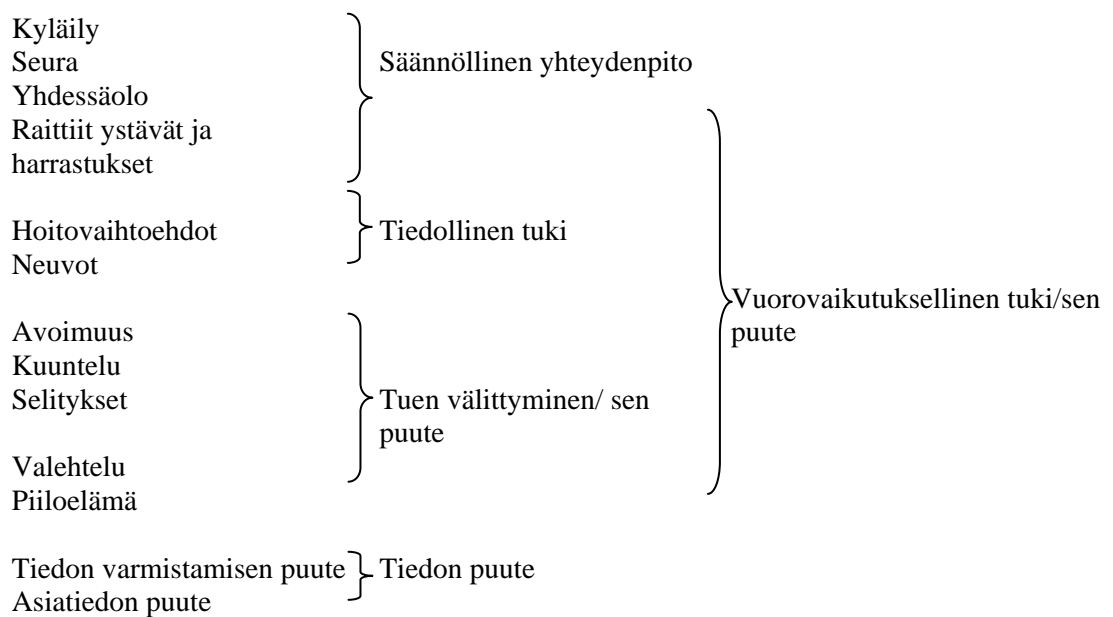
”Ne ei tiänny. Tänä päivänä tietää kyl ne jotakin...Se naapuri möläytti kolme viikkoo sitte. ..Lapset sano et noi sano et äiti ois huumeita käyttäny...Lapset tietää sillee et mä oon joskus käyttäny. Ei ne ymmärrä miks me ollaan täällä. Ne luuli eka et me ollaan lomalla. Lääkkeitten takia niiku ollaanki.” ”..päihdetyöntekijä, mä olin pirin hakenu ja tein sen.. tuli kotii ja sit ne sano et sulle on varattu paikka Järvenpäässä ja mä olin et miks....ei ne ollu kertonu minull mitää ja sit siit se lähti. ..”

Ammattiauttajien kanssa käytyjä keskusteluja kuvattiin voimakkailla tunnesanoilla ja ristiriitaisin ilmauksin, toisaalta ymmärrettiin heidän toimiaan ja toisaalta ilmaistiin vihan, ja hämmennyksen sekä vaatimuksen kokemuksia. Avopuolison huumeidenkäyttö herätti voimakkaita vihan ja katkeruuden tunteita juuri äideiksi tulleille haastateltaville.

3.2.1.2 Vuorovaikutuksellinen tuki tai sen puute

Vuorovaikutuksellinen tuki muodostuu kuvion 12 mukaan. Sosiaalisen tuen kokemus mahdollistui vuorovaikutusprosessissa. Vuorovaikutus oli itsessään tuki tai mahdollistava tekijä välittämään tuen kokemusta monin eri tavoin. Säännöllisen yhteydenpidon ja avoimen kuuntelun kautta välitettiin tukea antavaa kokemusta. Kuuntelun kautta voitiin vahvistaa

haastateltavan kokemusta kuulumisesta sukuun tai välittää ymmärretyksitulemisen tunnetta, jotka kuvattiin edellä emotionaalisen tuen ulottuvuudessa. Luottamuksellisessa suhteessa oli avoimuutta, joka lisäsi haastateltavan omien ajatusten ilmaisutahtoa ja tunnetta halukkuudesta olla vuorovaikutuksessa. Ammattiauttajia kohtaan osoitettiin arvostusta, joka lisäsi avoimuutta, jos he ylittivät ammatillisia rajoja ja perustelivat ratkaisujaan tai, jos haastateltaville syntyi kokemus siitä, että heitä kuultiin aidosti eli heidän mielipiteensä tai vaihtoehdot hoitoratkaisunsa otettiin tosissaan harkintaan.



KUVIO 11 Vuorovaikutuksellinen tuki/sen puute

Säännöllinen yhteydenpito

" äiti soittelee viikottain...yleensä sieltä päin mulle vaikka mäkin sille "

" ..Me voidaan jutella mist vaa pääasiassa päihdeasioist. Se auttaa ite mua aika usein ku mä oon siviilissä siäl. Se vie mua syömää ja ostaa vaatteita. Mä oon siit tosi tyytyväinen, ei pysty enempää auttaa. Me jutellaa iha mist vaa, mun käytöst ja mun isäst joka on kuallu. Tärkeintä suhteessa on et se on auttanu mu kannustanu."

"Mä oon nyrkkeilyä harrastanu"

"...sillä et ne tulee kattoo ja välittää se merkittee mulle toisi paljon."

Säännöllinen yhteydenpito muodostui suvun tai ammattiauttajien, joskus ystävien antamasta seurasta ja yhdessäolosta, jolloin puhuttiin arkipäivän asioista. Yhdessäoloissa ja seurusteluissa kohtasi kaksi aikuista. Raittiiden ystävien tapaaminen tai harrastukset mahdollistivat vapaa-ajan viettämisen ilman päihkeitä. Raittiit ystävät toimivat kuuntelijoina. Heitä kuvattiin henkilöiksi, joille voi puhua omista asioistaan ja joilta sai neuvoja ja kannustusta. Lapset tai oma huonovointisuus ja kykenemättömyys olivat joskus esteenä

harrastuksille. Monellakaan ei ollut omaa säännöllistä harrastusta. Joskus ammattiauttajat järjestivät vapaa-aikaa tai paikan, jonne päihdeäiti voisi mennä lapsensa kanssa, mutta siitä huolimatta ei palveluja aina haluttu käyttää. Kahdella perheellä ei ollut sosiaalisessa verkostossa sukuun kuulumattomia raittiita ihmissuhteita.

Tiedonpuute

” .me puhuttaa ja sillee arkisista asioista ja toi nyt..no oikeestaan ihan mistä vaa et tota noi huumeet niist mä en haluais huolestuttaa sukulaisii muista voi avoimesti puhua... ja vähän karsii sillee ikäviä asioit et sille ei huolestuttais..”

Tiedonpuutetta esiintyi moneen suuntaan, mikä esti tilanteen arvioimisen niin huumeperheestä kuin ammattiauttajista tai suvusta käsin. Tiedon puutteella tarkoitetaan ammattiauttajien tiedonpuutetta huumeasioista sekä käyttäjän tietämättömyyttä mahdollisuuksistaan ja siitä, ketkä kuuluvat häntä hoitavaan verkostoon. Tilannetiedon puutetta ilmeni niin käyttäjien kuin ammattiauttajienkin keskuudessa. Haastateltavat eivät aina tienneet, kuka oli perheen sosiaalityöntekijä ja oliko lastensuojelu hoitokuvioissa mukana. Asiat saattoivat olla arvailujen varassa. Kolmella perheellä oli juuri sosiaalityöntekijä vaihtunut. Jotkut haastateltavat kuvasivat, ettei ammattiauttajilla ollut riittävästi päihdeasioiden tuntemusta.

”..mä en tiedä minkä takia mä oon niiku käyny sielä seurannassa...ne ei tiedä mitää näistä huumepuolen asioista.”

Käyttäjät eivät kertoneet elämäntilanteestaan kaikkia asioita hoitosuhteissaan, vaan asioista kerrottiin pakkotilanteen edessä esimerkiksi, kun lastensuojelu puuttui tilanteeseen ja ryhdyttiin keskustelemaan hoitoonlähtemistä.

Tiedollinen tuki

”.. no niiku semmosta. Se tietää noista asioista se on ollu paikallise mielenterveys ry:n puheenjohtaja ja se tiätää paljon noista jutuista. Se on soitellu paikkoihin ja sillee kyselly ja avittanu just hoitoon menossa”

” ...mulla oli omahoitaja. Hän oli se henkilö siellä jolle mä pystyin luottaa. Hän tiesi mun asiat ja auttoi eteenpäin kaikissa asioissa.”

”Se ei ole vielä käyny, mut me ollaa käyty ennen lapsen syntymää. Ne kävi sairaalassa ja mitä ne on puhunu siitä tuesta. Ne auttaa vauvan hoidossa, neuvoo siinä. Jos tulee ongelmia voi soittaa sinne. Mä en tarkemmi tiädä vielä. Ku mä olin raskaana me käyti semmonen kahdeksan kertaa keskustelemassa siällä syntymästä tämmösest.”

Tiedollinen tuki muodostui käyttäjille annettujen neuvojen ja hoitovaihtoehtojen kautta. Neuvoja voitiin antaa monenlaisissa asioissa. Sisarelta tai muilta läheisiltä saadut neuvot esimerkiksi lastenhoidossa olivat tärkeitä juuri äidiksi tulleelle. Yhden käyttäjän äiti sai arvostusta siitä, että tiesi huumehoitoon liittyvistä asioista ja järjesti asioita käyttäjän puolesta, jolloin käytännöllinen apu yhdistyi tiedolliseen tukeen. Oma hoitaja koettiin tukea

antavaksi, koska hänellä oli tietoa huumeperheen tilanteesta, eikä asioita tarvinnut selvittää moneen kertaan. Sen kuvattiin lisäävän luottamusta. Päihdeasioista tietävä ammattiauttaja sai kiitosta ja arvostusta

Tuen välittyminen / sen puute

Avoimuus ja luottamus vuorovaikutuksessa mahdollisti aktuaalisen tilannetiedon välittämisen niin ammattiauttajille kun perheelle tai ystäville. Emotionaalisen tuen luokassa oleva järkeistäminen muodostui ristiriidasta ja tunteista. Järkeistäminen mahdollisti siis ristiriitakokemuksen tai tunteiden kokemisen emotionaalisenä tukena. Tähän päästiin vuorovaikutuksessa annettavien selitysten kautta.

"Arto ei käytä...Se on sellanen yksi kavero, johon voi mennä selviämään juttelemaan vaa."

"...tänä päivänä pystyy oleehellinen pystyy rehelligesti kertoo aisoista."

"...se on semmonen et se kuuntelee..."

"...se tietää mitä on ja mikä mä oon ja mitä mä oon tehny..."

"...Tota mul on ollu sitä bentsojen käyttöä paljon. Et nyt mä oon sen siäl rehelligest sanonu et mä käytän bentsoja. Et meni aika pitkää, et mä en siit puhunu mitää. Et mä aika paljon valehtelin...vaikka oli seulat aina ja oli plussaa. Sitte loppujen lopuksi mä omahoitajalle kerroin et niitä bentsoja menee kuitenkin."

"... () oli 3-4 päivää omilla teillensä ja mä taistelin semmsota vihaa vastaa koko ajan. Mä vihasin () yli kaiken... Mä pääsin sairaalasta kotii ja mun piti kestää ()n naamaa. Mun oli pakko kestää ku se oli mun vauvan isä. Siihen vihan tunteeseen ja pystyin rauhoittaa itteni. Mä lähin sairaalast. Vauva oli siällä 3 viikkoo siäl keskolas. Mun oli otettava illalla rauhoittavia. Mul oli pinna niin kireällä.. Mul oli tunne-elämä ihan sekasin..."

"Ja hän(sos.työntekijä) lähi pois ku ei saanu mua hereille soittaa pihalle apuu toisen sosiaalityöntekijän ja ei silti ottanu sitä lasta sieltä parvekkeelta pois joka oli vaaratilanteessa ja jätti hänet edelleen sinne vaaratilanteeseen 10 minuutiks..."

"Mä olin sillee oikeutettu jättämään vaikka sillee sanottii ettei vastuuta voi antaa ton ikäsillem lapsille kumminki mä olin sen verran väsyny jo ku oli jo silloin sairas sitte siitä se lähti..."

Valehtelu oli yksi keino tehdä tilanteet siedettäviksi. Moni haastateltava kertoi haastattelun kuluessa usean vuoden päihdeiden käytöstä vaikka ammattiauttajille oli kerrottu vain lyhyestä päihdeidenkäyttöajasta. Joku haastateltavista tiesi aina etukäteen huumeeseenottopäivän ja hän pystyi laskemaan, milloin voisi käyttää huumeita jäämättä kiinni. Tuen välittymisen puutteella tarkoitetaan käyttäjän piiloelämää, jolloin suku ei tiennyt huumeidenkäytöstä. Yhdessä perheessä kummankaan vanhemmat tai muu suku ei tiennyt haastateltavien huumeiden käytöstä mitään. Tilanne aiheutti ristiriitaisia tunteita ja toiveita valehtelun loppumisesta

"...Me ei olla asuttu yhdessä. Me ollaa aina läheisiä. Että sillä tavalla se ei ole tukenu ku se ei tiä tarkkaan. Ei ole missään vaiheessa tiänny tästä tilanteest. Isä ei tiä, että mä käytän. Mun äiti, sisko ja tota tää serku ei tiedä. Hajottaahan se hirveesti. ...Mä uskon et jos mun isä tietäis, että mä oon täällä ja muutenkin tästä tilanteesta ni se parantais tätä suhdetta. Tavallaan tuki lisääntys ja kaikkee. Se olisi pelkästään hyvä juttu. Sen kertominen on mahdoton tilanne. Kyllä mä kertomista mietin. Täälläki oon sen kanssa melkein joka päivä puhelimessa. Kertominen saattaa tulla tässä eteen, mut mä en saa sitä vapaaehtosesti kerottuu, et täytyy olla aika pakkotilanne... Mä haluaisin varmaa kertoa mun isälle."

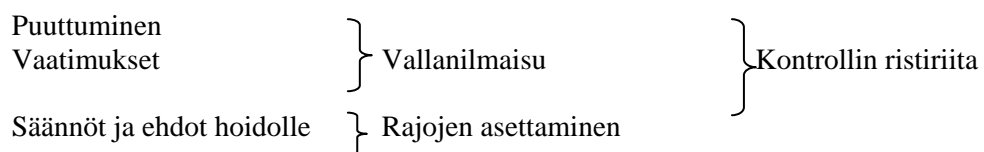
"...tässä on eläny sellasta kaksoiselämää ei kuitenkaa oo pystyny ihan..."

Kahden perheen haastattelussa naisten osalta tarinan kerrontaa oli paljon. Tarinat olivat yksittäisiä tapahtumia viime kuukausien ajoilta. Niitä oli vaikea seurata, ja niissä esiintyi jotakin epäjohdonmukaisuutta. Päällimmäisenä välittyi tunne, että ristiriita oli noussut liian pinnalle ja näyttäytynyt haastateltavan tietoisuudessa ”rajuna”. Toisen naisen tarinassa välittyi vaikutelma, että hän selvitti tilannetta väsymyksensä kautta. Hän tavallaan selitti tai puolustautui väsymyksen taakse. Oikeutusta päihteidenkäytölleen hän haki viranomaisten väärän puuttumisen kautta. Tarinoiden kerronnan kautta tilanne tehtiin itselle helpommaksi, ja kiinnittämällä huomio johonkin muuhun oma tilanne tuntui siedettävämmältä.

Yksi haastateltava koki, että annettavan korvaushoitolääkkeen määrä oli liian alhainen, ja hän joutui sitä varten käyttämään yöllä ”omia lääkkeitä”. Samalla haastateltava kuvasi, kuinka hän koki vihan ja pettymyksen tunteita, joita ei kestänyt ilman ”lisälääkettä”.

3.2.2.3 Kontrollin ristiriita

Kontrollin ristiriita muodostuu kuvion 13 mukaan. Ammattiauttajien toimintakulttuurin armoilla oleminen koettiin ristiriitaisesti. Toisaalta oltiin jopa kiitollisia rajojen asettamisesta, toisaalta niitä ei pidetty aina tarkoituksen mukaisina. Asetetut rajat ja ehdot koettiin osittain uhkana omalle itsemääräämisoikeudelle. Toisaalta rajojen asettaminen oli syy lähteä hoitoon ja koettiin päihteettömyyteen kannustajana, vaikka siihen liittyi kontrollin ulottuvuus. Perheet kokivat tullessaan ”pakotettuina” hoitoon ja kaikilla oli pelko lapsen menettämisestä. Perheet kuvasivat lastensuojelun avohuollon tukitoimenpiteitä ”pakkona”. Lapsen vieminen perheneuvolaan koettiin velvollisuutena, mutta kuitenkin samalla koettiin sen tuovan tukea lapsen elämään. Säännöt ja ehdot hoidolle hyväksyttiin usein ja oltiin enemmänkin kiitollisia siitä, että lapsi oli saatu mukaan hoitoon. Vaatimukset lisäsivät negatiivisia tunteita ja joskus ne koettiin loukkauksina. Ammattiauttajien puuttumista ei kuitenkaan aina hyväksytty, ja se koettiin joskus enemmänkin vallankäyttönä, kuten yksinhuoltajaäiti kuvatessaan sitä, miten hänen elämäänsä puututaan ja pakotetaan lähtemään hoitoon. Toisaalta piikittämiskohtien tarkastukset omahoitajatapaamisten yhteydessä hyväksyttiin päihteettömyyttä tukevinä kontrolleina.



KUVIO 12 Kontrollin ristiriita

” No siinä on just ku mä oon avohoidossani tota seulat ja nää katotaa käsivarret läpi pistosjäljet ja sitten mä juttelen sen kanssa kerran viikossa.”
”Psykologi se on lastensuojeluilmoituksena tehty asia, joka on pakko tehdä.....eihän se sen syy oo et, ei se tue kumminkaa mua”
”äiti yrittää väkisi, on yrittäny mua aina katkolle ja mä oon menny, mut tuun viivana taksi. Mä en jaksu kuunnelle sitä paljon.”

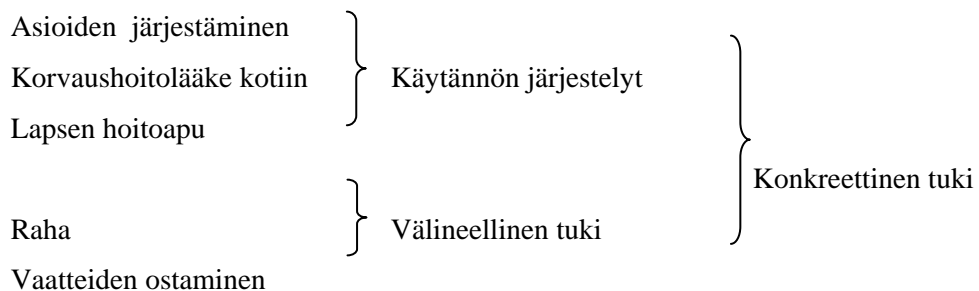
Korvaushoitopaikan käytännöt tuntuivat joskus liian vaativilta ja väsyttäviltä, esimerkiksi ryhmiin osallistuminen tuntui ajoittain vaikealta. Tilannetta kuvattiin korvaushoitopaikan olevan ”niskan päällä” ja määräävän olemista samalla kuvattiin korvaushoitolääkkeen saamisen tärkeyttä.

3.2.2.4 Konkreettinen tuki

Konkreettisen tuki muodostui kuvion 12 mukaan. Se muodostui välineellisestä tuesta tai käytännön järjestelyistä kuten lapsen hoitamisesta. Yksi haastateltava oli erityisen kiitollinen siitä, ettei omia lapsia tarvinnut viedä lastenkotiin. Osa haastatelluista koki, että vanhemmilta sai tarvittaessa myös materiaalista tukea esim. tupakkaa. Joskus tukeminen tapahtui vastavuoroisesti. Konkreettista tukea kuvattiin välitettävän suhteellisen vähän.

Hän järjestelee mun asioitani. Hän on mun ns. uskottumies. Hän vastaa mun kaikista juoksevista asioista”
”..ne pyytää meitä usein syömää ja saunomaa... ”
”..se vie mua syömää ja ostaa vaatteita...”
”Se teki kaikkee, anoi toimeentulotukea ja järjesteli lapsille kouluun tukea”
..”Se on hoitanu lapsii.. auttanu ku mä oon ollu sairaalassa on ollu lasten kanssa. En mä olis voinu pystyny olla siällä stressaantumatta jos lapset ois ollu lastenkodissa.”
” en mä muuta ku raha sieltä”
”me ollaa lainattu tavaroita toisillemme”

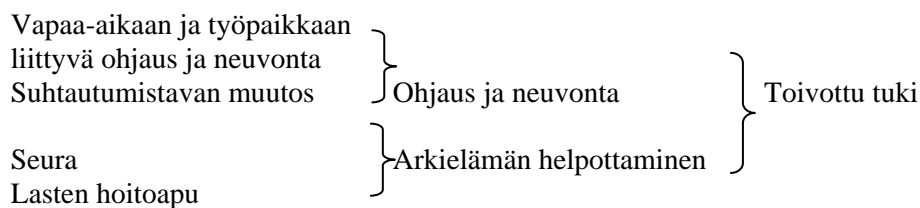
Huumeperheet kokivat saavansa suvulta enemmän hyväksytyksi tulemisen tukea kun materiaalista tukea. Sosiaalityöntekijän antama konkreettinen tuki nähtiin joskus vain rahan saamisena, vaikkakin heitä kiiteltiin samaan aikaan lasten asioiden järjestelyistä.



KUVIO 13 Konkreettinen tuki

3.2.2.5 Toivottu tuki

Haastateltavien sosiaalisen tuen toiveet muodostuivat kuvion 15 mukaan. Toiveet vaihtelivat ja jotkut eivät osanneet nimetä tuen toiveita ollenkaan. Tukea, jota toivottiin liittyi ohjaukseen ja neuvontaan sekä arkielämää helpottaviin asioihin, kuten lasten hoitoapuun. Jotkut toivoivat ammattiauttajien suhtautumistavan muutosta. Jotkut toivoivat seuraa harrastusten etsimiseen sekä neuvoja ja ohjausta työpaikan etsimisessä. Toiveita esitettiin myös tavalliseen yhdessäoloon liittyen.



KUVIO 14 Toivottu tuki

Joku toivoi suhtautumistavan muutosta sosiaalihuollon puolelta, koska työntekijät pitävät kaikkia huumeidenkäyttäjää samanlaisina, ja heitä voi käsitellä kuin yhteiskunnan ylijäämää. Toinen toivoi, ettei olisi liiallista hössötystä ammattiauttajien puolelta. Hän määritteli hyväksi sosiaalityöntekijäksi henkilön, jolla ei olisi ennakkoluuloja.

"... he ei oo poliise, jotka syyttää. Ei tarvitsse epäillä kaikkee. Heillä on sellanen hyvin epäilevä suhtautuminen kaikkeen. Kai he saavat työnsä puolesta kuulla niin paljon paskaa et etteivät luota kehenkää. Siellä tulee hyvin nopeasti sellane vaivaunutni oli. Hyvin vaivauntunu sellanen."

".. se on vähän sossuss, että ku ne tietää mikä on tausta. Se on vähän niiku leima ottas."

"..Ettei heti ajattelis et ku toi pääsee hoidost et se retkahtaa kuitenkin. ..et pystyis puhuu asioista. Sille et pystys kertoo, ettei heti ois jotai., vaikka jos sattuis retkehdettu et siitä voi vaikka kertoo, ettei lastensuojelu tulis he ja lapsi.."

"...vaikka joku tukihenkilö, jonka luo vois mennä ja vois soittaa ja keksis jotaki tekemistä."

"Mä tarttisin tukea, et joku auttas aamuisin ku yks pitää saattaa kouluu, yks tarhaa ja yks pitää ottaa mukaa ku meen hakee Subutexin kello 10.00. Et tulis joku aamull auttaa lasten hoitamisessa, läksyjen teossa tai kotihommissa."

Jotkut äidit toivoivat erityisesti tukea päivittäisten toimintojen toteuttamiseen, erityisesti lastenhoitoon toivottiin tukea. Puolison raittiutta ei esitetty toivotun tuen muodossa, vaan enemmänkin ehtona omalle raittiudelle.

4 TULOSTEN TARKASTELUA

4.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdentuu koko tutkimusprosessiin, raportointiin sekä sen eri vaiheisiin, mutta se ei noudata tarkkoja sääntöjä, koska jokainen tutkimus on ainutkertainen ja tilannesidonnainen (vrt. Krause & Kiikkala 1996). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole objektiivista totuutta, ja arvioinnista puhuttaessa keskitytäänkin tutkimustilanteen arviointiin. Tämä tarkoittaa vastaavuutta, jolloin tutkijan on osoitettava, että analyysin kautta syntyneet tulokset vastaavat tutkittavien todellisuuksista kertovia alkuperäisiä ilmiöitä. (Hirsijärvi & Hurme 2000.) Vastaavuuden osoittamiseksi lukijan on voitava seurata analyysin etenemistä Tähän olen pyrkinyt yksityiskohtaisella kuvaamisella ja esimerkkien sekä kaavioiden avulla. Nämä lisäävät lukijan mahdollisuutta arvioida analyysin kulkua eikä tarvitse tehdä päätelmiä pelkästään tulosten perusteella. (vrt. Mäkelä 1997.)

Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita huumeperheiden sosiaalisen tuen kokemuksista. Jokaisella haastateltavalla oli omat kokemuksensa ja niihin liittyvät totuutensa. (vrt. Patton 1990.) Tajuntaan sisältyvällä intentionaalisuudellaan ja käsitteellisyydellään haastateltavat voivat valita tietoisesti päämääränsä, reflektoida ja eritellä kokemuksiaan. Tämä antaa mahdollisuuden tutkia, miten haastateltava kokemuksensa kautta on suhteessa maailmaan. (vrt. Mearleu-Ponty 1994, Varto 1992).

Myös haastatteluilmapiiri ja vuorovaikutuksen luonne vaikuttavat haastattelussa saatavan tiedon laatuun ja määrään (Grönfors 1985). Tämän takia pyrin luomaan mahdollisimman myönteisen ilmapiirin. Ennen haastattelua kerroin haastateltaville tutkimuksen tarkoituksesta ja haastattelussa esille tulleiden asioiden luottamuksellisuudesta, keskustelimme ajankohtaisista asioista ja kerroin haastateltavan niin halutessa jotakin itsestäni. Sovimme, että haastattelut nauhoitetaan ja että haastateltava voi kertoa teemoihin liittyvistä asioista vapaasti. Nauhuri ei näyttänyt häiritsevän haastattelua kuin joissakin tapauksissa aivan haastattelun alussa. Kaikki haastattelut tapahtuivat haastattelijan kanssa kahden. Mielestäni haastattelutilanteet olivat avoimia. Haastateltavilla ei ollut vaikeuksia kertoa kokemuksistaan, ja haastattelijana minun tehtäväkseni jäi varmistua kaikkien verkostokartalla olevien henkilöiden huomiointi. Haastattelupaikkana toimi haastateltavan huone, joka oli rauhallinen paikka ilman häiriötekijöitä. Yksi haastattelu jouduttiin keskeyttämään lastenhoitajan tuodessa huoneeseen haastateltavan lasta, jonka leikkiessä lattialla haastattelu tehtiin loppuun. Kaikki haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti eikä raportoinnissa käytetty oikeita nimiä. Haastateltavat tiesivät, että

vastauksia käytetään vain tutkimustarkoituksiin. Vapaaehtoisuus tuli ilmi haastateltavien halukkuudesta keskustella avoimesti. Luotettavuutta osoittaa myös haastateltavien avoimuus puhua asioista, joita ei oltu kerrottu muille. Keskustelut etenivät vapaasti, joka saattoi lisätä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Lisäkysymykset antoivat minulle tilaisuuden tarkentaa tai tarkistaa haastattelussa ilmenneet mahdolliset ”väärinymmärrykset”. (vrt. Kvale 1996, Hirsijärvi & Hurme 2000.)

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tutkija itse on yksi tärkeimmistä luotettavuuden kriteereistä, jolloin se ulottuu koko tutkimusprosessiin ja siinä tehtyihin valintoihin. Myös tutkijan ominaisuudet vaikuttavat saatuun tietoon ja hänen omat kokemuksensa vaikuttavat siihen, miten hän ymmärtää haastateltavan maailmaa ja sitä kautta päätyy tulkintaansa (vrt. Hirsijärvi & Hurme 2000). Grönforsin (1985) mukaan tutkija voi tehdä relevantteja päätelmiä tuntiessaan tutkittavan ilmiön. Minulla on kokemusta huumeperheiden päihdekuntoutuksesta. Tiedonkeruun, puhtaaksikirjoittamisen ja analysoinnin suoritin itse, mikä lisäsi luotettavuutta, koska se tuki aineistoon paneutumista.

Sosiaalista verkosto-karttaa kuvailevassa tulososiossa pyrin luotettavuuteen riittävän ajan varaamisella lomakkeen täyttämistä varten ja selkeään tehtävän antoon. Pyrin huomioimaan luottamuksellisuuden ja muut eettiset kysymykset muuttamalla kaikkien nimiä verkostokarttojen kuvauksissa. Sosiaalisen verkostokartta-lomake (liite 1), jota käytin sosiaalisen verkoston kartoittamiseksi (vrt. Seikkula 1992) saattoi sisältää tulkinnanvaraisuutta oman perheen piirtämisen osalta verkostokarttaan. (vrt. Krause & Kiikkala 1997). Viisi haastatelluista piirsi oman perheensä verkostokarttaan, ja neljä jätti piirtämättä. Pyrin kuvaamaan sekä rakenteellisia että funktionaalisia ominaisuuksia sosiaalisen tuen systeemissä tulosten parantamiseksi, koska niiden on todettu olevan sidoksissa toisiinsa (vrt. Dakof ja Taylor 1990, Cohen ja Wills 1985.)

Haastateltavien haastatteluvastaukset saattavat sisältää arviointi- ja muistivirheitä. Samoin jotkut kysymykset arkaluontoisista asioista ovat voineet ohjata huumeperheitä vastaamaan sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. (vrt. Hirsijärvi ym. 1997.) Esimerkiksi Karin ja Suvin parisuhteessa oli joitakin jännitteitä, jotka tekivät Suvin varovaiseksi ja ristiriitaa lisäsi Suvin äidin odotukset Suvin ja Karin suhteen loppumisesta. Tutkimusaineiston analyysin ja johtopäätösten luotettavuuteen olen pyrkinyt myös perustelemalla tekemiäni valintoja ja edellä kuvatuilla valinnoilla. Tämän jälkeen lukijan on itse arvioitava tulosten ja analyysin pätevyyttä. (vrt. Varto 1992.)

Tutkimuksen loppuun saattaminen on ollut päätoimisen työn ohella hitaasti etenevää. Samalla tutkimusaihe herätti paljon omia ajatuksia, tunteita ja muistoja omista työkokemuksista, jotka eivät ole voineet olla vaikuttamatta tutkimukseen. Toisaalta taukojen pitäminen helpotti epäolennaisen poistamista ja tärkeimmän löytäminen helpottui.

4.2 Tulosten yhteenveto

Tutkimustuloksina saatiin tietoa sosiaalisen tuen yksilöllisistä kokemuksista, mikä tukee päihdekuntoutuksessa annettavan sosiaalisen tuen kehittämistä ja tuo huumeperheiden omaa ääntä kuuluvaksi. Perheet elivät lähipiireissä, joissa tuen lähteitä oli vähän, ja päihteitä käyttäviä henkilöitä paljon. Vain yhden haastateltavan sosiaaliseen verkostoon ei kuulunut huumeiden käyttäjiä. Neljällä perheellä oli raittiita ystäviä/ystävä sosiaalisessa verkostossaan. Raittiiden ystävien kansa vietettiin vapaa-aikaa, he toimivat kuuntelijoina, eikä heille tarvinnut esittää mitään ja joskus he kannustivat päihteettömyyteen. Naisilla näytti olevan hieman laajemmat verkostot, ja suhteet olivat joskus hieman tiiviimpiä ja vastavuoroisempia kuin miesten suhteet. Samansuuntaisiin johtopäätöksiin on tullut myös Nalty (1997), jonka mukaan naisilla on usein sukulaisista muodostuva ja laajempi sosiaalinen verkosto ja heistä tulee läheisiä useamman jäsenen kanssa kuin miehistä. Myös Flahertyn ja Richmanin (1989) mukaan naisilla voi olla myös suurempi kyky hankkia sosiaalista tukea ja samalla suurempi riippuvuus sosiaalisesta tuesta psykososiaalisen hyvinvoinnin kokemiseksi (Lehto-Järnstedt 2000). Toisaalta on myös raportoitu tuloksia siitä, kuinka naisilla voi olla vaikeuksia saada ystäviä narkomaanipiiriin ulkopuolelta ja vaikeuksia lähestyä sukulaisia (Lindberg 1998, Falkin & Strauss 2003). Käyttäjien kuuluminen huumeperheen sosiaaliseen verkostoon lisää ammattiauttajien haasteita opastaa huumeperheitä tunnistamaan riskitilanteita sekä itsenäiseen päätöksentekoon (vrt. Goehl ym. 1993).

Saatu emotionaalinen tuki liittyi parisuhteeseen, omaan lapseen tai primaariperheen vanhempiin tai sisaruksiin. Yhteydenpito muuhun sukuun ei ollut tiivistä. Primaariperheen äiti-suhteet koettiin useammin tukea antaviksi kuin isä-suhteet. Primaariperheen kautta haastateltaville välittyi mahdollisuus tuntea kuuluvansa johonkin, vaikka joskus suhteisiin liittyi ristiriitaisia tunteita ja riitojakin. Kulumisen tunne toi turvallisuuden tunteen, mikä mahdollisti säilyttää itsearvostuksen tunteen. (vrt. Peltonen 1994, Lindberg 1998). Myös Boothin ym. (1992) mukaan omaisilta ja ystäviltä saatu arvostus lisää toipumisen onnistumista (Booth ym. 1992). Lapset olivat tärkeitä kaikissa perheissä, ja heidät koettiin kannustimena raitistumiseen. Vanhemmuus on tärkeä tuki rakennettaessa yhteistyösuhdetta ja mahdollisuus rakentaa uutta roolia (vrt. Barker 2000). Perhe oli usein syy olla käyttämättä päihteitä, mutta jos avopuoliso käytti päihteitä, se aiheutti paineita toiselle osapuolelle käyttää myös päihteitä tai ainakin yrittää kontrolloida puolison käyttöä. (ks. Holmila 2001.) Kahdessa perheessä oli isän huumeidenkäyttö johtanut äidin omaan huumeiden käyttöön, jolloin mieheen rooli oli ristiriitainen, koska hän on samaan aikaan tuki ja päihteiden käytön mahdollistaja. Myös miehen roolia puolisona ja

vanhempana tulee tukea. Parken (1995) mukaan huumeita käyttävien isien vanhemmuuden tukeminen edistää heidän hyvinvointiaan (McMahon & Rounsaville 2002).

Selitysten ja tarinoiden takaa löytyi usein syyllisyyden ja häpeän tunteita. Niitä on käsiteltävä tunneterveiden kokemiseksi. Kun ongelma tiedostetaan, siihen liittyy voimakkaita tunteita, ja ne estävät ainakin osaksi ongelman käsitteellistämistä ja käsittelyä. Siksi hoidon alussa olisi tärkeää saada käsitellä negatiivisia tunteita, jotta voitaisiin edetä päihteistä irrottautumisprosessissa. Tunteet käsiteltyinä antavat tilaa ja mahdollisuuden itsensä tuntemiselle ja kasvamiselle. (ks. Hänninen 1999). Valehtelu oli yksi keino tehdä arkipäivän elämäntilanteet siedettäviksi. Moni haastateltava kertoi haastattelun kuluessa usean vuoden päihteidenkäytöstä, vaikka ammattiauttajille ei oltu kerrottu kuin lyhyestä päihteiden käyttöajasta. Valehtelun ja salailun avulla välteltiin vastuunottoa ja ammattiauttajien kontrollia, jolloin myös tuen välittyminen estyi. Riippuvuuskäyttäytymiseen kuuluvat päihteiden käytön salailu ja valehtelu (Ling 1999). Haastateltavilla on usein mielipiteitä siitä, kuinka ammattiauttajat eivät suhtautuneet heihin odottamallaan tavalla.

Ammattiauttajien asettamat rajat ja kontrolli koettiin usein ristiriitaisesti. Toisaalta kuvattiin kuinka ne tukevat omaa päihteettömyyttä tai lapsen kuntoutumista ja samalla kuitenkin esitettiin rajojen asettamisen loukkaavan itsemääräämisoikeutta. Erityisesti vapauden rajoittaminen ja ymmärtämättömyys kokonaistilannetta kohtaan sekä ensimmäistä kertaa hoidossa oleminen näyttivät lisäävän kontrollin vastustamista. Huumeperheen päihdekuntoutukseen tuo lisäjännitteensä perheen ja ammattiauttajien välille lapsen näkökulma ja lastensuojelun mukanaolo. Keskittyminen kuntoutumiseen on erilaista kuin yksilöllisessä päihdekuntoutuksessa. Vanhempien ja ammattiauttajien välillä oli joskus tulkinnallisia jännitteitä siitä, voiko lapsi osallistua kuntoutukseen tai missä vaiheessa lapsi tulisi ottaa mukaan. Tilanteen selvittely ja perheen motivointi vaatii ammattitaitoa, johon tarvitaan niin asenteellisia kuin taidollisia valmiuksia (vrt. Hakkarainen 1999).

Vuorovaikutuksen kautta saatiin tukea monin eri tavoin. Säännöllisen yhteydenpidon ja kuuntelun kautta välitettiin tukea-antavaa kokemusta. Kuuntelun kautta voitiin vahvistaa haastateltavan kokemusta kuulumisesta sukuun tai välittää ymmärretyksi tulemisen tunnetta. Kuuntelijan ollessa raitisystävä hänelle ei tarvinnut esittää mitään, vaan koettiin olemisen vapautuneisuutta. Joskus vuorovaikutus oli pinnallista ja suhteita primaariperheeseen saatettiin hoitaa enemmänkin velvollisuudentunteesta. Myös valehtelu ja piiloelämä estivät joskus avointa vuorovaikutusta. Puolisoiden välisen vuorovaikutuksen avoimuus ja vastavuoroisuus mahdollistivat tuen välittymisen. Falkin & Straussin (2003) mukaan heroiniiriippuvaiset naiset kertoivat puhuvansa eniten perheenjäsenten tai puolison kanssa, ja puolet heistä raportoi saavansa parhaalta naisystävältään eniten käytännöllisiä neuvoja. Vuorovaikutuksen kautta voidaan asioiden merkityksiä muuttaa ja samalla voi

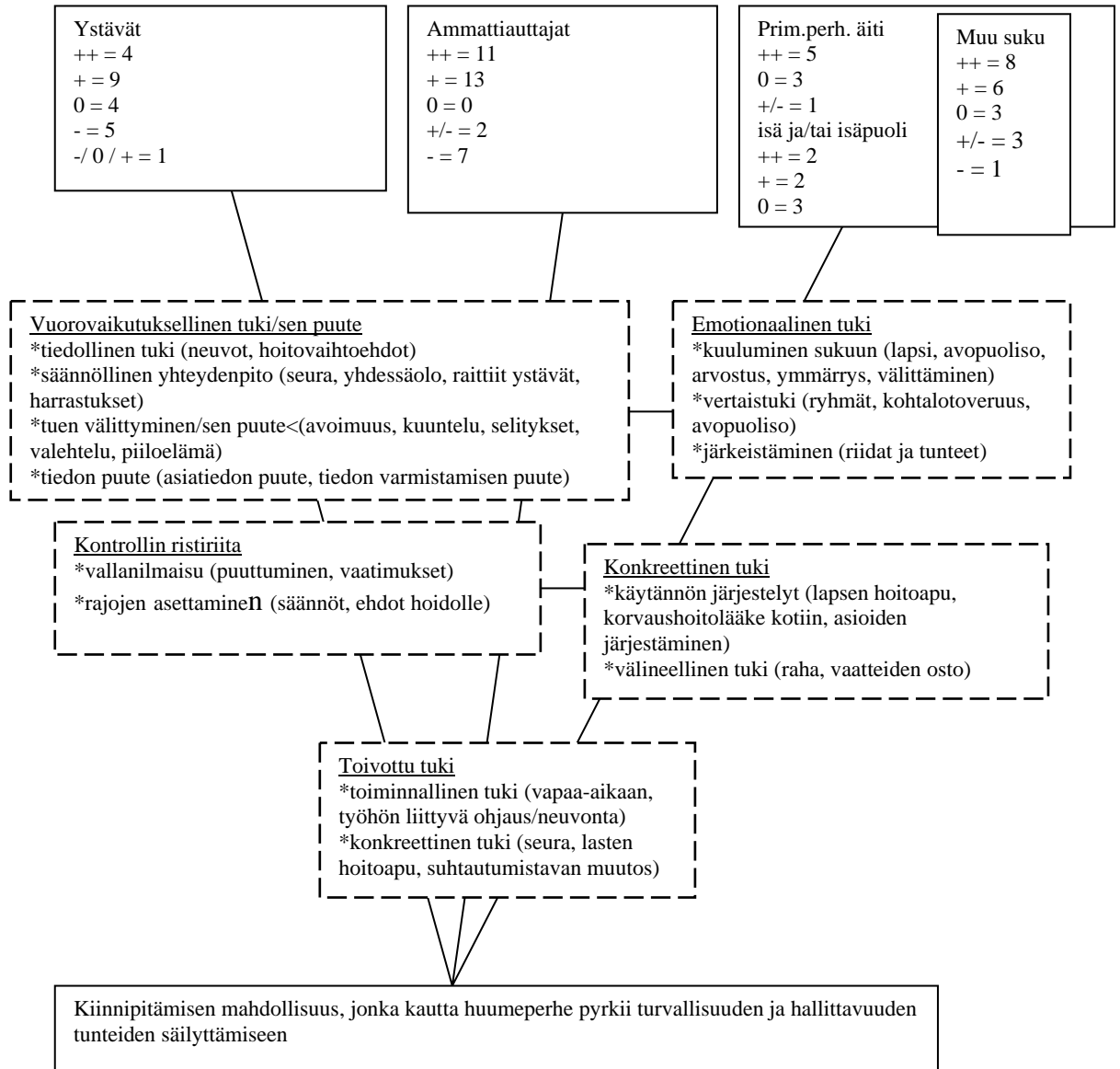
muuttua myös asioihin liittyvät tunteet (vrt. Lazarus 1991). Ammattiauttajien haasteeksi vuorovaikutuksen näkökulmasta näyttäisi muodostuvan ”asiantuntijaviitan” riisuminen, jolla tarkoitan lisäherkkyyttä asiakkaan lähtökohdille. Toinen haaste ammattiauttajille nousee siitä, millaista identiteettiä he tukevat vuorovaikutuksen kautta.

Yleensä huumeperheet saivat vähän konkreettista tukea, mikä luo haasteita tarjota sitä huumeperheille (vrt. Marsh 2000). Ammattiauttajat liittyivät huumeperheen arkipäivän elämiseen konkreettisemmin ja suvun kautta välittyvä emotionaalinen tuki loi enemmän yhteisyyden-tunteen mahdollisuuksia. Kuviossa 16 on esitetty yhteenveto verkostokarttaan piirretyistä sosiaalisen tuen arviointimerkinnöistä sektoreittain ja sosiaalisen tuen kokemuksista. Sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet olivat väljiä. Huumeperheiden sosiaaliseen verkostoon kuului keskimäärin 15 henkilöä. Sosiaalisen verkoston koko alkoholisteilla oli keskimäärin 9 henkilöä (Gordon & Zrull 1991) ja huumeita käyttävien naisten verkostoon kuului keskimäärin 9 sosiaalista tukea antavaa henkilöä, neljä naista ja viisi miestä. (Falkin & Strauss 2003).

Suku sektorilla kaikki tunsivat toisensa. Kaksi primaariperheen äitiä oli yhteydessä huumeperheen ystäviin, jotka olivat nykyisiä huumeidenkäyttäjiä. Raittiit ystävät olivat tavanneet myös primaariperheen jäseniä ainakin äidin tai sisarusia. Primaariperheen yhteydessä korostui tiiviimmät yhteydet, läheisyys ja huolenpito. Tämä näkyi käytännöllisenä ja emotionaalisena tukena. Samalla näihin suhteisiin liittyi joskus kielteisiä kokemuksia sosiaalisesta tuesta, kuten vuorovaikutuksen puute, ristiriidat ja tunteet. Huumeperheet kuvasivat entisiä käyttäjiä nimettöminä, jolla pyrittiin ehkä henkisen etäisyyden ottamiseen. (ks. kuvio 15) Huumeperheistä välittyi kuva, että jokainen perhe oli jotenkin ajalehtinut nykyiseen perhetilanteeseen. Raskauksista vain muutama oli suunniteltuja, äidit olivat vain huomanneet odottavansa lasta. Oman psyykkisen elämän kohtaaminen ja samaan aikaan arkipäivän eläminen vie voimia: samalla on hoidettava pieni lapsi ja tultava toimeen avopuolison kanssa, jonka kanssa ollaan ehkä ensimmäistä kertaa yhdessä ilman päihteitä. Tähän kaikkeen tarvitaan tukea, mutta yhtä tärkeää on löytää ja osoittaa huumeperheen omat voimavarat ja arkipäivän elämiseen liittyvät ilot.

KUVIO 15 Yhteenveto verkostokarttaan piirretyistä sosiaalisen tuen arviointimerkinnöistä (++ = tukee paljon, + = tukee, 0 = neutraali, - = häiritsee/estää toipumista) ja sosiaalisen tuen kokemuksista

Huumeperheen sosiaalinen verkosto ja sen antama tuki päihderiippuvuudesta irrottautumisen alkuvaiheessa. Avopuoliso ++ = 3, lapsi ++ = 5 (5 hlö:ä piirisi verkostokarttaan oman perheensä)



4.3 Keskeisimmät päätelmät

Kiinnipitämisen tunteen ulkoisina mahdollistajina olivat juuri sosiaalinen verkosto tai halukkuus liittyä sosiaaliseen verkostoon, tyytyväisyys tarjottuun tukeen, mahdollisuus vastavuoroiseen vuorovaikutukseen. Heikentäviä tekijöitä olivat omat tunnetilat ja negatiiviset kokemukset aikaisemmista hoitoratkaisuista ja -paikoista, joihin liittyivät kasvottomat ammattiauttajat. Turvallisuuden tunteen kautta voidaan lisätä päihdekeskeisyydestä irrottautumiseen tarvittavien tekijöiden pohdintaa, koska mahdollisuus kuunteluun ja vastavuoroisuuteen kasvaa. Tutkimustuloksiin perustuen voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Uusien sosiaalisten verkostojen luominen on tärkeää. Samaan aikaan, kun huumeperhettä tuetaan, tulisi myös primaariperheelle annettavaa tukea rakentaa, koska se on huumeperheen nuorille vanhemmille turvallisuuden ja kiinnittymisen mahdollistaja.
2. Lähipiiriltä (avopuoliso ja primaariperheen vanhemmat) saatiin etupäässä tunnetukea.
3. Lapset olivat tärkeitä kaikissa perheissä. Lasten huostaanottoa tulee harkita tarkkaan. Yhteistyö lastensuojelun kanssa on tärkeää, ja sitä tulisi joskus täsmentää.
4. Rajojen asettaminen ja tiedon vaihtaminen ovat tärkeitä asioita hoidon alussa.
5. Ammattiauttajien tulisi ohjata perheen jäseniä (erityisesti äitejä) päätöksentekoon ja ongelman ratkaisujen tekoon, jotta he voisivat oppia kantamaan vastuuta omista ratkaisuistaan.
6. Huumeperheiden tilanteet ovat aina erilaisia, ja palvelut tulee suunnitella perhe- ja yksilökohtaisesti kokonaistilanne huomioiden.
7. Huumeperheelle on pyrittävä säilyttämään koko hoitoketjun ajan tunne omaan elämään vaikuttamisen mahdollisuudesta.
8. Yksinhuoltajaäidit tarvitsevat erityisesti tukea.
9. Huumeperheet kaipasivat joustavuutta ammattiauttajilta.
10. Vuorovaikutusta ja ymmärtävää kuuntelijaa tarvitaan, jotta selitykset voidaan kertoa ja kokemuksia voidaan ”suodattaa” siedettävään muotoon.
11. Aikaisemmat kokemukset, tunteet, ennakkoluulot ja uskomukset vaikuttavat siihen, miten ammattiauttajiin suhtaudutaan, ja heidät nähdään usein ”kasvottomina”, ei yksittäisinä henkilöinä.
12. Toiminnallinen tuki voisi toimia huumeperheiden kanssa työskennellessä, koska toiveet liittyivät hyvin konkreettisiin asioihin. Päivittäiset kodinhoidolliset asiat olisivat voimavaroja, joihin voisi rakentaa huumeperheen kuntoutumispyrkimyksiä.

Ristiriidat ja tunteet kuvastavat riippuvuus–riippumattomuus- ja hallittavuus–hallitsemattomuusulottuvuuksia, johon tarvitaan kiinnipitämisen mahdollisuutta. Sosiaalinen

tuki määrittyi tästä näkökulmasta enemmän tunteeksi sosiaalisesta tuesta. Tulosten perusteella esitän näkemyksen, jossa ammattiauttajat määrittyivät huumeperheelle ”vanhempina” ja kontrollinpitäjinä, jolloin itse huumeperheen vanhemmat määrittyvät ”lapsiksi” tarviten rajat ja turvan vanhempana olemisen onnistumiseksi. Vaatii ammattiauttajilta taitoja luoda hoitosuhteesta turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri tunteiden ilmaisemiseksi sekä samalla jakaa ajankohtaista tietoa ja realisoida asiakkaan käsityksiä elämäntilanteesta, jossa huumeperhe elää. Tämä tekee työstä erityisen haasteellisen eikä jännitteitä synnyttäviä tilanteita voida välttää. Tilanteeseen vaikuttaa erityisesti ammattiauttajien vuorovaikutukselliset ominaisuudet, joihin tulisi kiinnittää huomiota päihdehoitotyön koulutuksissa. (ks. myös Saarnio 2001.) Ammattiauttajat voisivat pyrkiä laajempaan yhteistyöhön saavuttaakseen toiminnallisia kokonaisuuksia. Myös Beattie ym.(1993) ovat esittäneet, että yksi päihderiippuvuushoitojen tuloksia parantava tekijä voisi olla laajemman sosiaalisen verkoston sitouttaminen hoitoon (Beattie ym. 1993).

Yhteistyön tulisi kohdistua huumeperheen lisäksi muihin läheisiin, erityisesti niihin, jotka voivat osallistua kuntoutusprosessiin ja yli ammattirajojen, jotta voitaisiin luoda tiiviitä toiminnallisia kokonaisuuksia. Yhteistyön laajentamisen lisäksi sitä voitaisiin parantaa esimerkiksi riittävällä tiedonkululla ja avoimella vuorovaikutuksella sekä sen laajentamisella. Tämän kautta voitaisiin lisäksi vastavuoroisuutta ja huumeperheen tietoisuutta ja arviointia omasta riippuvuuskäyttäytymisestä, jotka yhdessä sosiaalisen tuen ja oman motivaation kanssa voivat tukea huumeriippuvuudesta irrottautumista.

4.4 Jatkotutkimushaasteita

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalista verkostoa ja siltä saatua tukea huumeperheen kokemana. Tutkimuksessa ei tarkasteltu sitä, miten tuen välittyminen on koettu tuen antajan näkökulmasta. Olisikin mielenkiintoista selvittää, miten koettu sosiaalinen tuki on yhteydessä tuenantajan käsityksiin antamastaan tuesta. Tiedetäänkö aina, että välitetään tuen kokemus tai ajatellaanko itse, että nyt tuetaan. Pohdittavaksi jää myös, miten huumeperheen psykologiset voimavarat selvitä kasautuneista ongelmista tai oman lapsuuden laiminlyöntikokemukset vaikuttavat sosiaalisen tuen vastaanottamiseen tai sen havaitsemiseen. Huumeperheet kokivat sekä positiivisia että negatiivisia tunteita niin suvun kuin ammattiauttajien keskuudessa. Erilaisten interventoiden valinnassa olisi hyödyksi tieto siitä, millaisissa tilanteissa esimerkiksi negatiiviset tunteet lisäävät todennäköisyyttä tehdä negatiivisia päätelmiä omasta sosiaalisesta verkostosta ja siltä saamastaan tuesta ja

vastaavasti millaisessa tilanteessa ne voisivat toimia motivoivana tekijänä uudenslaisiin tulkintoihin.

Useimmat aikaisemmat tutkimukset sekä tämän tutkimuksen tulokset viittaavat emotionaalisen tuen tärkeyteen. Yhtä tärkeätä olisi selvittää huumeperheen arkipäivän elämää toimintatutkimuksen näkökulmasta ja/tai tarkastella olisiko löydettävissä uusia interventiotapoja tukea huumeperhettä tai sen sosiaalista verkostoa toiminnallisen tuen kautta. Sosiaalisen tuen välittyminen on moniulotteinen prosessi, joka on sidoksissa riippuvuus-riippumattomuus ja hallittavuus-hallitsemattomuus ulottuvuuksiin sekä erilaisiin rooleihin, joita huumeperheiden jäsenillä on. Tarvittaisiin tietoa siitä, voisimmeko vahvistaa sosiaalisen tuen välittymistä korostamalla jonkun roolin näkökulmaa, kuten vanhemman tai puolison rooli. Yksi haastava kysymys syntyy siitä, että vahvistetaanko päihdepuheella päihteidenkäyttäjän roolia ja lisääkö tämä ristiriidan kokemuksia ja epävarmuutta. Toisaalta nämä ristiriidan tuntemukset voivat toimia oman voimaantumisen edistäjinä. Ristiriitatuntemukset yhdessä arkipäivästä selviytymisen kanssa olivat kuitenkin usein kohtuuton kuorma huumeperheelle ja tilanne koettiin uuvuttavana ja oman ihmisarvon menettämisenä. Yksi jatkotutkimushaaste nousee päihdehoitotyökulttuurin tarkastelusta.

Jokaisen huumeperheen elämäntilanne on dynaaminen ja se on vuorovaikutuksessa sosiaalisen verkoston kanssa, joten sosiaalisen tuen tarpeet vaihtelevat monen tekijän yhteisvaikutuksesta. Tulosten perusteella ja laajemminkin voidaan todeta, että jokainen huumeperhe tarvitsee tuekseen sosiaalisen verkoston, jossa on vastavuoroisuutta, avoimuutta ja luottamusta. Tämä luo haasteita sosiaaliselle verkostolle välittää emotionaalisesti tehokkaita ja tukea välittäviä viestejä. Tarkoitukseni on ollut tuoda esille huumeperheen kokemia sosiaalisen verkoston tukea antavia elementtejä. Näiden tukea antavien asioiden huomiointi huumeperheen kuntoutumissuunnitelmissa ja kuntoutumista kehitettäessä on tärkeää, koska sitä kautta voitaisiin lisätä huumeperheen ja sosiaalisen verkoston sitoutumista kuntoutumisprosessiin.

Lähteet

Aaltonen, J., Ojajärvi, M., Vasankari, K. & Perämäki, P. 1994. Hoitohenkilökunta psykiatrisen potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Duodecim* 110 (6), 596-601.

Ahlström, S. 1987: Womens use of alcohol, 109-132. Simpura J (toim) Finnish Drinking habits. Results from interviw surveys held in 1968, 1976 and 1984. The Finnish Foundation of Alcohol Studies vol 35. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Andersson, G: 1995. Barn i samhälletvård. Lund. Studentlitteratur.

Azrin, N., McMahon, P., Donohue, P., Besalel, V., Lapinski, K., Kogan, E., Acierno, R., & Galloway, E. 1994. Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behavior Research and Therapy* 32 (8), 857-866.

Barber, J. & Grisp, B. 1995. The pressures to cahange approach to working with the partenrs of heavy drinkers. *Addiction* 90 (2), 268-296.

Barker, P. 2000. I didn't know: Discoveries and identity transformation of women addicts in treatment. *Journal of Drug Issues* 30, 863-880. Reports on a gender-specific substance abuse treatment procedure for female drug addicts. *The Brown University Digest of Addiction Theory* 20 (7), 4-6.

Beattie, M., Longabaugh, R, Elliott, G., Stout, R., Fava, J. & Noel, N. 1993. Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective well-being prior to alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 283–296.

Beattie, M. & Longabaugh, R. 1997. Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjektive wellbeing. *Addiction* 92 (1), 1507-1521.

Bernad, M. 1999. Forbidden questionare. Drug-dependent parents and the welfare of their children. *Addiction* 94 (8), 1109-1111.

Booth, B., Russel, D., Soucek, S. & Laughlin, P. 1992. Social support and outcome of aloholism treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 8 (1), 87-101.

- Bresnahan, K., Zuckerman, B.. & Cabral, H. 1992. Psychosocial correlates of drug and heavy alcohol use among pregnant women a risk for drug use. *Obstetrics Gynecology*. 80, 976-980.
- Brewer, D., Catalano, R., Haggerty, K., Gainey, R. & Fleming, C. 1998. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 93 (1), 73–92.
- Brown, S., Vik, P., Patterson, T., Grant, I. & Schuckit, M. 1995. Stressand alcohol relapse. *Journal of Studies of Alcohol* 56 (5), 538-545.
- Bäckman, G. (toim) 1990. Terveys ja elämänhallinta. 1987 pilottitutkimuksen keskeisempiä tuloksia. Meddelanden från ekonomisk Statstenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Åbo Akademi kopieringscentralen.
- Cheney, P. & Väisänen, L. 2000. *Duodecim* 116 (21), 2419-23 Teema: Perhelääketiede
- Cochran, M. & Bassard, J. 1979. Child development and personal social networks. *Child Development* 50 (3), 601-616.
- Cohen, S. & Wills, T. 1995. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98, 310-357.
- Coleman, D. & Iso-Ahola, A. 1993. Leisure and health. The role of social support and selfdetermination. *Journal of Leisure Research* 25 (2), 111-128.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J. & Velleman, R.. 2000. A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research* 8 (3), 471-484.
- Copello, A. & Orford, J. 2002. Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction* 97 (11), 1361-1367.
- Dakof, G. & Taylor, S. 1990. Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom ? *Journal of Personal Social Psychology* 35, 1554-1558.

Del Toro, I.M., Thim, D.J. & Horst, T. 1996. Chemically dependent patients in recovery: Roles for family American Family Physician 53 (5), 1667-1674.

Dey, I. 1993. Cumulative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists. London. Routledge.

Dishion, T. & Andrews, D. 1995. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(4), 538-548.

Dobkin, P., De Civita, M., Paraherakis, A. & Gill, K. 2002. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. Addiction 97 (3), 347-356.

Eklund, M. 1999. Huumenuoren ankara taistelu ei pääty vielä katkaisuhoidon. Aamulehti. 23.7. 1999.

Eskola, J. 2000. Kansanterveys 2, 1.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta 2000. Luxemburg. Myös URL><http://www.emcdda.org/publicationrp.sthtml>. (päivitetty 10.10.2000)

Falkin, G. & Strauss, S. 2003 Social supporters and drug use enablers. A dilemma for women in recovery 28, 141-155.

Feig, L. 1990. Drug exposed infants and children: Service needs and policy questions. U.S.A. Washington DC.

Field, P. & Morse, J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki. Kirjayhtymä.

Finney, J.W., Moos, R.H. & Mewborn, C.R. 1980. Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. Journal of Consulting and Clinical Psychology 48, 17-29.

Galanter, M. 1993. Network Therapy for Addiction: A model for Office Practice. *American Journal of Psychiatry* 150 (1), 28-36.

Gatalano, R., Gainey, R., Fleming, C., Haggerty, K. & Johnson, N. 1999. An experimental intervention with families of substance abuser: one-year follow up of the focus on families project. *Addiction* 94 (2), 241-252.

Goehl, L., Nunes, EF., Quitkin, F. & Hilton, I. 1993. Social networks and methadone treatment outcome: the costs and benefits of social ties. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 19 (3), 251-262.

Gordon, AJ. & Zrull, M. 1991. Social networks and recovery. One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 8 (3) 143-152.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva. WSOY.

Hakkarainen, P., Kekki, T., Mustalampi, S., Muuri, A. & Nuorvala, Y. 2000. Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. *Stakes. Aiheita* 31/2000.

Hallen, M. 2003. Uusia malleja nuorten sekä pienten äitien huumehoitoon sekä maahanmuuttajatyöhön. *Viesti* 1, 3.

Hammer, M. 1981. Social Supports, Social Networks and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 7, 45-47.

Halmesmäki, E. 1998. Huumeet ja raskaus. *Duodecim*. 114 (20), 2109-2111.

Hanson, B. & Östergren, PO. 1987. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects and some result from the population study "Men born in 1914" Malmö Sweden. *Social Science Medicine* 25, 849-859. Ref. Seikkula J. 1994.

Harrison, L. & Downs, W. 1998. Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health and social care in the community* 6(1), 35-46

Havassy, BE., Wasserman, DA. & Hall, SM. 1995. Social relationships and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction* 90, 699-710.

- Haseltine, F. 2000. Gender Differences in Addiction and Recovery. (Symposium Report). *Journal of Women's Health & Gender-based medicine*. 9(6), 48-52.
- Heino, R., Partanen, A. Ja Virtanen, A. 1999. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 9/2000. Stakes. Julkaisematon.
- Heinonen, M. 1989. Käyttäjä kohtaa kontrollin. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 7/1989. Helsinki.
- Hemmilä, I., Annala, T. ja Holopainen, A. 1999. Myllyprojekti-verkostonäkökulma nuorten päihdeongelmiin. A-klinikkasäätiön moniste 13/1999.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6. PAINOS. Tampere. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Holmberg, N. 1995. Identifikationprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia. Helsinki 1/1995.
- Holmberg, N. 2001. Muutoksen avaimet - kognitiivinen käyttäytymisterapia päihdeongelmaisten hoidossa (esitelmä). Järvenpään sosiaalisairaala 50-vuotis juhlaseminaari. 7.9.2001. Järvenpää-talo. Järvenpää.
- Holmila, M. 1992. Kulukurin valssi on miesten tanssi. Alkoholipoliittinen tutkimuslaitos. Helsinki. Valtionpainatuskeskus.
- Holmila, M. 2001. Perhe, päihde ja sukupuoli. *Yhteiskuntapolitiikka* (1) 55-62.
- Holopainen, A.. 1999. Päihdyttävien aineiden sekakäyttö opioidiriippuvaisten hoidon ongelmana. Teoksessa. *Huumeriippuvuuden hoito Suomessa. Konsensuskokous 1-3.11. 1999.* Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala. Vammalan Kirjapaino.

House, JS., Kohn, RL., Mc Odd, JN. & Willam, D. 1985. Measures and concept of social support and health. Teoksessa Cohen S & Syme L (toim.) Social support and health. Orlando. Academic Press, 83-108.

House, JS., Umberson, D. & Landis, KR. 1988. Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology* 14, 293-318.

Humphreys, K., Moos, RH. & Cohen, C. 1995. Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors* 20, 427-442.

Humphreys, K., Moos, RH. & Cohen, C. 1997. Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 58, 231-238.

Huselid, RF., Self, EA. & Gutierrez, SE. 1991 Predictors of successful completion of a halfway-house program for chemically-dependent women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 17(1), 89-101.

Hyttinen, I. 1990. *Kun nainen juo*. Helsinki. Valtionpainatuskeskus.

Hyypä, M. 1997. *Tunteet ja oireet*. Tampere. Tammerpaino Oy.

Hänninen, V. 1999. *Sisäinen tarina ja elämän muutos*. Tampereen yliopisto 1999. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Israel, B. 1985. Social networks and social support: Implications for natural helper and community level interventions. *Health Education Quartely* 12, 65-80. Ref. Seikkula J. 1994.

Johansson, S. & Kokkonen, S. 1992. Alkoholiperheen lapsi lastensuojelun sosiaalityössä. A-klinikasäätiö. Raporttisarja No 10. Helsinki.

Juntunen, M. 1990. *Modaliteettien temporaalisuudesta*. Teoksessa: Juntunen M. Martin Heideggerin fundamentaaliontologian modaali-temporaalinen problematiikka. *Filosofian laitoksen julkaisuja* 41. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Kaskutas, L. 1994. What do women get out of self-help? Their reasons for attending women for sobriety and alcoholics anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(3), 185–195.

Kauranen, A. 2000. Ensi kerta psykoosin sairastuneen potilaan sosiaalinen verkosto ja siinä hoitoon tulon jälkeen tapahtuva muutos. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.

Klefbeck, J., Hulfgrantz-Jenssen, A., Markluns, K., Bergerheld, E. & Forsberg, G. 1988. Verkostoterapia - Ruotsinmalli. *Perheterapia* 2.

Koivisto, T. 2000. Irti koukusta. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kontula, O. 1997. Huumeet Suomessa 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 27. Helsinki.

Koski-Jännes, A. 1995. Huppu silmiltä. Katsaus vankien päihteidenkäytön vähentämismenetelmiin ja niiden tuloksellisuuteen. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston julkiasuja 1995. Helsinki. Oikeusministeriö.

Koski-Jännes, A. 1992, Alcohol addictions and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish inpatient alcoholics. Helsinki. The Finnish Foundation for Alcohol Studies. Vol 41.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Kurdek, L. & Siesky, G. 1990. The nature and correlates of psychological adjustment in gay men with AIDS-related conditions. *Journal of Applied Social Psychology* 20, 846-860.

Kvale, S. 1996. *InterViews. An introduction to Qualitative Research interviewing*. Beverly Hills. Sage Publications.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede*. 11(1), 3-11.

Lanza, A. & Revenson, T. 1993. Designing interventions for arthritis patients. *Health Education Quarterly* 20 (1), 96- 126.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Ladullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi,. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät*. Helsinki. WSOY, 21-43.

Laudet, AB., Magura, S., Vogel, HS. & Knight, E. 2000. Recovery challenges among dually diagnoses individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18, 321–329.

Lazarus, R. 1991. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lehto-Järnstedt, U-L. 2000. Social support and psychological stress processes in the early phase of cancer. Tampereen yliopisto. 2000. Väitöskirjatyö. Vammala. Vammalan Kirjapaino.

Lehto-Järnstedt, U-L., Kilpikari, I. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 1999. Ihmissuhteissa koettu tuki hiljattain vaikeaan sairauteen sairastuneilla: uusi menetelmä koetun sosiaalisen tuen mittaamiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 311-324.

Leskinen, L., Tammi, T., Puska, A. & Vertio, H. 2000. *Päihdebarometri 2000*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja. Helsinki.Trio-Offset.

Lindberg, O. 1998. Emotioner, sociala band och ritualer. En kvalitativ analys av narkotikakarriärer. Göteborgs universitet institutionen för socialt arbete. Göteborg.

Ling, W. 1999. *Opiate Dependence: Handbook for Recovery using buprenorphine*. Los Angeles Addiction Research Center. Matrix-Ucla Addiction Medicine Services. LAARC.

Marlatt, G.A & Gordon, J.R. 1985. *Relapse prevention*. New. Yourk. Guildford Press.

Martin, S., Tessaro, I., Campbell, M. & Cross, W. 2000. Social support and psychological functioning among high-risk mothers: the impact of the baby love maternal outreach worker program Maryam Navaie-waliser. *Public Health Nursing* 17 (4), 280-288.

Marcenko, M. & Spence, M. 1995. Social and psychological correlatea of substance abuse among pregnanat women. *Social Work Research*. 19(2),103- 109

- Marsh, J., D'Aunno, T. ja Smith, B. 2000. Increasing acces and provinding social services to improve drug abuse treatment for women with children 95 (8). 1237- 1248.
- Mattila, K. & Ketola, O. 1995. Tutkimus ja terveydenhuolto. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:31. Turku. Painosalama Oy.
- McCrary, BS., Noel, NE., Abrams, DB., Stout, RL., Nelson, HF. & Hay, WM. 1986. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 47, 459–467.
- McMahon, T. & Rounsaville, B. 2002. Substance abuse and fathering: adding poppa to the research agenda. *Addiction* 97, 1109-1115.
- Merleau-Ponty, M. 1994. Phenomenology of percption. Translation to english Smith, C. London. Routledge.
- Mikkola, L. 2002. Supporttiivinen viestinä hoitotyössä. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Miller, WR., Westerberg, VS., Harries, RJ., Tonigan, JS. 1996. What predicts relapse ? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91, 155-172.
- Moggi, F., Ouimette, PC., Moos, RH. & Finney, JW. 1999. Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction* 94, 1805–1816.
- Morse, J. & Field, P. 1995. Qualitative research methods for health professionals. USA. Sage Publications.
- Mäkelä, K. 1997. Kvalitatiivisen analyysin perusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. 3.painos. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 154-169.
- Murto, L. 2000. Huumekonsensuskokouksen antama kuva päihdeongelmasta ja sen hoidosta (esitelmä). Päihdepäivät-seminaari 12.9.2001. Helsinki.

Nalty, L. 1997. Social networks of women and men in residential treatment for chemical dependency. *Dissertation Abstracts International*, 58(6), 2987 (140405).

Nuorvala, Y. 2000. Mistä huumeongelmaiset hakevat hoitonsa? (esitelmä). Päihdepäiväminaari 12.9.2001. Helsinki.

Nuorvala, Y. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut huumaussaineiden käyttäjien silmin. Helsinki. *Stakes*, 26/1999.

O'Dell, K., Turner, N., Weaver, G. 1998. Women in recovery from drug misuse: An exploratory study of their social networks and social support. *Substance Use & Misuse* 33 (8), 1721-1734.

Oetting, E. & Beauvais, F. 1988. Common Elements in Youth Drug Abuse; Peeler Cluster and Other Psychosocial Factors. Teoksessa Santon Peele (toim.) *Visions of Addiction*. Lexington. Massachusetts. Lexington Books, 141-162.

Olsson, B., Stymne, A., Hakkarainen, P., Schmidt, D., Skretting, A. Ja Valsson, K. 1997. The Nordic drug scene in the 1990s: recent trends. Teoksessa Olsson, B., Rosenqvist, P. ja Stymne, A. (toim.) *Narkotika situationen i Norden. Utvecklingen 1990-1996*. NAD-publikation Nr. 32. Hakapaino Oy. Helsingfors.

O'Really, P. 1998. Methodological issue in social support and social network research. *Social Science medicine* 24, 83-94.

Pajulo, M. 2001. Early motherhood at risk: mothers with substance dependency. Turku. Turun yliopisto.

Pajulo, M. 2003. Huumeriippuvuus ja äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. *Duodecim* 119 (14), 1335-1342.

Paykel, J., Champion, LA. & Aris, SJ. 1988. The development of a measure of social support: the significant others (SOS) Scale. *British Journal of Clinical Psychology* 27, 349-358.

Partanen, J. & Metso, L. 1999. Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 9, 9-10.

Partanen, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Nylaneder, O., Seppälä, T., Simpura, J., Virtanen, A. ja Välkki, J. 1999. Selvitys amfetamiinin ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997. Aiheita 19. Helsinki. Stakes.

Pakenham, K., Dadds, M. ja Terry, D. 1994. Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 1194-1203.

Patton, M. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbyry Park. Sage Publications.

Peltonen, R. 1994. *Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys*. Åbo Akademi. Social politiska institutionen.

Pienimäki, A. 2001 *Omin avuin vai toisten tuella*. Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.

Poikolainen, K. 1997. Saatavilla www-muodossa: URL> www.a-klinikka.fi/prevnet/occur.htm> (Luettu 19.9.2001)

Robson, V. 1993. *Real world research a resource for social scientists and practioner-reseachers*. Oxford. Basil Blackwell.

Rychtarick, R., Prue, D., Rapp, S. & King, A. 1987. Self-efficacy aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies On Alcohol* 9, 435-440.

Saarnio, P. 2001. Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66(3), 224-232.

Saarnio, P., Tolonen, M., Heikkilä, K., Kangassalo, S., Mäkeläinen, M-L., Niitty-Uotila, P., Vilenius, L. & Virtanen, K. 1998. Päihdeongelmaisten selviytyminen hoidon jälkeen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*. 35, 207-219.

Sairanen, S. 2000. Amfetamiinit ja muut piristeet. Teoksessa. *Päihdekansio*. A-klinikkasäätiö. Saarijärvi, Gummerus Kirjapaino Oy., 113.

Salaspuro, M. 2000. Huumeet. *Käytännön lääkäri* 3, 114-115.

Salomaa, J., Warsell, L. & Hein, R. 2000. Päihdehaittojen seutukunnittaiset erot ja niitä selittävät tekijät. Stakes. 6/2000. Helsinki. Stakesin monistamo.

Sarason, B., Sarason, I. & Pierce, G. 1990. Traditional views of social support and their impact on assessment. Teoksessa Sarason, B., Sarason, I. & Pierce, G. (toim). Social support: An interactional view, 9-25. New York. Wiley.

Sarason, I., Sarason, B. & Pierce, G. 1992. Three contexts of social support. Teoksessa Veiel, H. & Baumann, H. (toim) The meaning and measurement of social support, 143-156. USA. Hemisphere Publishing Corporation.

Schaffer, H.R. 1998. Social Development. Oxford. Blackwell.

Schwarzer, R. & Leppin, A. 1991. Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships 8, 99-127.

Seikkula, J. 1992. Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. 2.painos. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 80. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voima kriiseissä. Helsinki. Kirjayhtymä.

Seikkula, J., Alakare, B. ja Aaltonen, J. 1999. Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seurantatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki. Kirjayhtymä.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteoria perusteiden hahmottelua. Oulu. Oulun yliopisto

Solomon, K. & Annis, H. 1990. Outcome and efficacy expectancy in the prediction of posttreatment drinking behaviors. British Journal of Addiction 85, 659- 665.

Suchman, N. & Luthar, S. 2000. Maternal addiction, child maladjustment and sociodemographic risks: implications for parenting behavior. Addiction 95 (9) 1417-1429.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. West point Oy.

- Tautiluokitus ICD-10. 1999. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Helsinki. Stakes.
- Toumbourou, JW., Hamilton, M. & Fallon, B. 1998. Treatment level progress and time spent in treatment in prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction* 93, 1051–1064.
- Turunen, K. 1987. Ihminen ja tiede. Tieteellisen toiminnan perusteita. 2. painos. Jyväskylä. Atena.
- Waserman, D. & Levanthal, J. 1993. Maltreatment of children born to cocaine dependent mothers. *American Journal of Children* 147, 1324-1328.
- Uutela, A. & Vahtera, J. 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresurssina. *Duodecim* 110 (11) , 1054 -1059.
- Vahtera, J. & Pentti, J. 1995. Työhallinto, sosiaalinen tuki ja terveys. Työterveyslaitos.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere. Kirjayhtymä.
- Westreich, L., Heitner, C., Cooper, M., Galanter, M. & Gued, JP. 1997. Perceived social support and treatment retention on an inpatient addiction treatment unit. *The American Academy of Addiction Psychiatry* 6, 144–149.
- Åstedt-Kurki, P. 1988. Terveys ja hoitotyö aikuisten kokemana. Kansanterveystieteenlaitos. Tampereen yliopisto.

Liitte1 Verkostokartta

Merkitse kaikki kontaktit joita sinulla on tai on ollut viimeisen puolen vuoden aikana. Merkitse sekä positiiviset että negatiiviset suhteet. Voit ajatella esim. ensin perheen, suvun, ystävät, ammattiauttajat ja niin edelleen. Kirjoita jokaisesta ryhmästä henkilöt, joiden kanssa olet ollut kontaktissa viimeisen puolen vuoden aikana. Arvioi lopuksi jokainen kontakti miten se on vaikuttanut sinun toipumiseen seuraavalla asteikolla

++ tukee paljon

+ tukee

0 neutraali

- häiritsee / estää toipumista

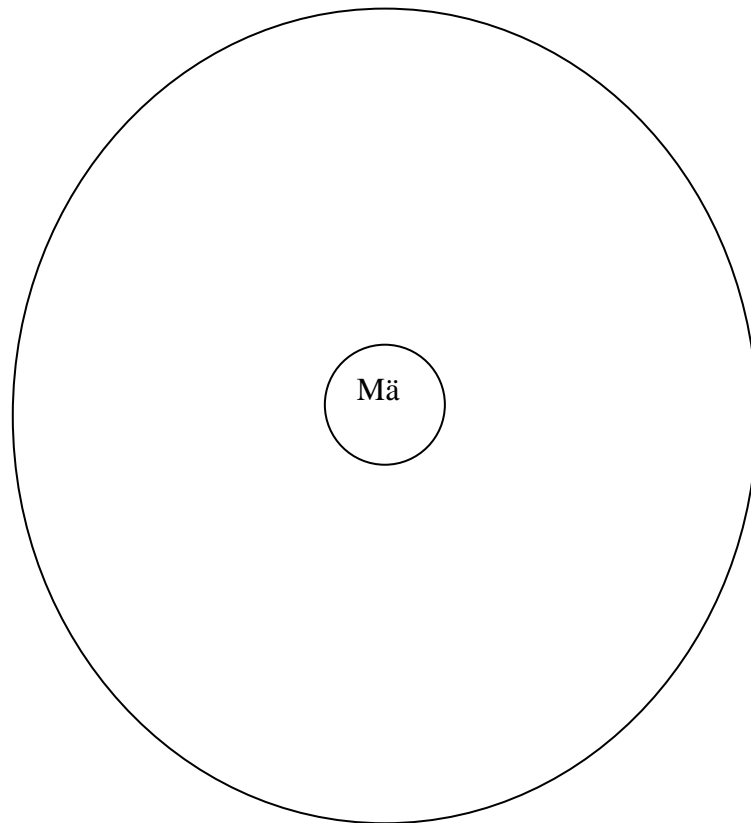
Joskus joku ihmissuhde voi olla sekä tukea antava että sitä estävä, esim. jos henkilö esittää vaatimuksia ja samalla kannustaa, mutta vaatimukset tuntuvat liian voimakkailta. Jos sinulla on verkostossasi ihmissuhteita, joissa koet tällaista, merkitse sen kohdalle -/+

esim .äiti ++ Liisa +/- veli 0

VERKOSTOKARTTA

Ystävät

Suku



Ammattiauttajat
(neuvola, sossu ym..)

Muut

Liite 2 Teemahaastattelu

Kartasta katsotaan ,ketkä verkostoon kuuluvat ja pyydetään kertomaan tästä ihmissuhteesta, mikä on ollut tärkeintä ?

Apukysymyksiä tarvittaessa

Ketä perheeseesi kuuluu?

Onko suhteesi perheen jäseniin muuttunut jossakin vaiheessa, keihin, millä tavalla

Kuinka usein olet yhteydessä?

Suhteessa tapahtuneet muutokset, milloin

Päivittäiset kontaktit, vastavuoroisuus

Kuka on eniten huolissaan huumeiden käytöstäsi?

Kuka tietää eniten elämäntilanteestasi tällä hetkellä?

Kuka on halukkain auttamaan?

Kuka neuvoo sinua ensimmäisenä jos käytät päihteitä?

Keneltä saat hyviä neuvoja?

Kuka kuuntele sinua?

Ketkä verkostossasi eivät tiedä että käytät huumeita?

Millaista tukea olet saanut?

Miten tukee.. kerro esimerkki

Kuinka henkilökohtaisista asioista voit puhua hänen kanssaan?

Kuka huolehtii lapsesta, jos et itse jaksa?

Mikä on tärkeintä tässä ihmissuhteessa?

Millaiseksi kuvaisit tuen merkityksen itsellesi?

Mikä tekee tästä ihmissuhteesta tärkeän, mitä se merkitsee sinulla?

Keneltä saat kehuja ja kannustusta?

Kuka neuvoo sinua päihteiden käytön suhteen, miten?

Millaista tukea toivoisit?

Mitä merkittäviä käännekohtia elämässäsi on ollut?

(onnelliset tapahtumat, kriisit)

Liite 3 Tutkimuslupa



A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

Päivi Jokinen

TUTKIMUSLUPA

Pro gradu -tutkimukselle *Huumeriippuvuudesta irrottautuvan perheen sosiaalinen tukiverkosto* (lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma 3.2.2001, käsitelty Järvenpään sosiaalisairaalan johtoryhmässä 2.3.2001) toteuttamiselle Järvenpään sosiaalisairaalassa myönnetään tutkimuslupa.

Hankkeessa tulee kiinnittää erityistä huomiota haastateltavien informointiin ja heidän suostumuksensa hankkimiseen - etenkin sen peruseriaatteen korostamiseen että tutkimuksesta on mahdollista kieltäytyä tai keskeyttää siihen osallistuminen ilman että se vaikuttaa oikeuteen saada tarvittavia hoitopalveluja. Hanketta toteutettaessa tulee muutenkin noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuslomakkeita saa keskustuimistosta.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi. Hankkeen päätyttyä A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tulee toimittaa yksi kappale raporttia tai vastaava muistio.

Helsingissä 10.8.2001

Lasse Murto
toimitusjohtaja, dosentti

Ari Saarto
kehittämisspäällikkö
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sihteeri

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön hanketietokanta
Järvenpään sosiaalisairaala

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Päivi Jokinen: Huumeperheiden sosiaalinen verkosto ja sosiaalisen tuen kokemuksia päihderiippuvuudesta toipumisen alkuvaiheessa

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Syksy 2003

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata huumeperheen sosiaalista verkosta ja heidän kokemuksiaan siltä saamastaan tuesta. Tutkimuksessa kuvailtiin myös huumeperheen toiveita päihdekuntoutuksen tukemiseksi. Tutkielmaa varten haastateltiin yhdeksää huumeriippuvaista henkilöä. Sosiaalista verkostoa kuvattiin verkostokarttalomakkeen avulla, jonka jokainen haastateltava täytti itse. Muu tutkimusaineisto saatiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelussa edettiin piirretyn sosiaalisen verkostokarttalomakkeen mukaan. Tutkimusaineisto analysoitiin kvalitatiivista sisällön analyysiä käyttäen.

Huumeperheillä oli keskimäärin verkostossa 15 ihmistä. Sosiaalinen verkosto muodostui haastateltavien lapsuuden perheiden (primaariperhe) ihmistä, raittiista ystävästä ja huumeita käyttävistä kavereista sekä ammattiauttajista. Tärkeimmän tukiverkoston muodostivat primaariperheen jäsenet ja oma lapsi ja/tai avopuoliso. Sosiaalinen tuki määrittyi tunteeksi kiinnipitämisen mahdollisuudesta. Se muodostui emotionaalisesta, konkreettisesta, vuorovaikutuksellisesta tuesta ja kontrollin ristiriidasta. Sosiaalisen tuen esteeksi saattoi nousta vuorovaikutuksen puute.

Haastateltavien lapsuuden perheiden vanhemmat antoivat erityisesti tunnetukea. Tämä toi huumeperheelle tunteen, että voi olla hyväksytty. Huumeperheet saivat tukea myös raittiilta ja huumeita käyttäviltä ystäviltään. Heitä tuettiin erilaisilla keinoilla; keskustelemalla arkipäivänasioista, antamalla neuvoja, auttamalla käytännöllisissä asioissa ja joskus asettamalla rajoja. Kokemukset emotionaalisen tuen saamisesta ammattiauttajilta olivat vähäisiä. Huumeperheillä oli jonkin verran vaikeuksia tiedon saamisessa ammattiauttajilta. Ammattiauttajia kohtaan koettiin ristiriitaisia tunteita ja he määrittyivät ”kasvottomiksi” ammattiauttajiksi. Kuitenkin erityisen merkittävänä pidettiin lapsen saamista mukaan hoitoon, josta myös lastensuojelun työntekijät saivat kiitosta. Huumeperheet toivoivat ammattiauttajien suhtautumistavanmuutosta ja konkreettista tukea arkipäiväntoimintoihin. Sosiaalinen verkostolta saadun tuen osuus päihderiippuvuudesta toipumisen alkuvaiheessa on melko vähäistä. Jatkossa olisi sosiaalisen tuen mahdollisuuksia tarkasteltava laajasti pyrkien sisällyttämään se kokonaisvaltaisen päihdekuntoutuksen osaksi.

Avainsanat: huumeperhe, sosiaalinen verkosto ja tuki, huumeriippuvuudesta irrottautuminen

ABSTRACT

The social network of drug addicted families and their experiences of social support at the beginning of their rehabilitation process.

The purpose of this study was to describe social networks of drug addicted families and their experiences of social support during the beginning of their rehabilitation process. Their wishes to support their rehabilitation were also described in this study. Nine drug addicted persons were interviewed thematically for the study. The social network was described by a "social network"-questionnaire, which each interviewee filled in. The rest of the research data were collected by thematic interviewing progressing with the "social network"-questionnaire. The data were analysed using the content analysis method.

The drug addicted families had on average 15 persons in social networks. It consisted of the parents of primary families, a few sober friends and drug addicted friends and also professional helpers. The most important support network consisted of the members of the primary family and one's own child/children and/or one's cohabitant. Social support was defined as the possibility to experience the feeling of safety. It consisted of emotional, concretized, interactive support and the contradiction of control. The conflict of social support might arise from the lack of interaction.

The parents of the primary family gave especially emotional support. This brought the feeling to drug addicted families that they can be accepted. They were also supported by sober and addicted friends. They were supported by different methods; by discussing routine things, giving advice, helping in practical things and sometimes by setting limits. The experiences of getting emotional support from professional helpers were scarce. Drug addicted families had some difficulties in getting information from professional helpers. They felt contradictory feelings towards professional helpers. And they were defined as "faceless" to drug addicted families. However getting the child for rehabilitation, was regarded especially remarkable for which the workers of child welfare were also thanked. Drug addicted families hoped for a change in the attitude of professional helpers and concretized it into every day actions. The amount of the social support received from the social network at the beginning of the rehabilitation process is rather scarce. The possibilities of social support should be considered on a wide basis in the future, with the aim of including it in the holistic rehabilitation of drug addicted persons.

Keywords: drug addicted families, social network and support