

**Sairaus nimeltä alkoholismi-
Päihderiippuvuudesta toipuminen Minnesota-mallin hoitoyhteisössä**

Susanna Santala

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Kuopion yliopisto

Sosiaalityön ja

sosiaalipedagogiikan laitos

Joulukuu 2008

KUOPION YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos

SANTALA, SUSANNA: Sairaus nimeltä alkoholismi- Päihderiippuvuudesta toipuminen Minnesota-mallin hoitoyhteisössä

Opinnäytetutkielma, 85 sivua, 3 liitettä (8 sivua)

Ohjaajat: Professori Pirjo Pölkki, dosentti Keijo Piirainen

Joulukuu 2008

Avainsanat: päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, Minnesota-malli, yhteisöllisyys, asiakasnäkökulma

Tutkielma tarkastelee Minnesota-mallia noudattavan Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaiden kokemuksia päihdekuntoutuksesta. Tutkielman tavoitteena oli selvittää asiakkaiden näkökulmia Minnesota-hoidon hoitomenetelmistä, asiakkaiden elämäntilanteessa tapahtuneita muutoksia ja asiakkaiden sosiaalisen tilanteen merkitys toipumisprosessin aikana. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia, kuinka asiakkaat olivat ylläpitäneet muutosta hoitajakson jälkeen. Vertailua tehtiin asiakkaiden välillä. Vertailussa asiakkaat jaettiin ryhmiin sukupuolen, iän ja koulutustason perusteella.

Tiedonhankintamenetelmänä käytin kyselylomaketta, jota toimitin Lapuan Minnesota-hoitoon 60 kappaletta. Lapuan Minnesota-hoito toimitti kyselylomakkeet 60 asiakkaalle, jotka olivat olleet hoidossa vuonna 2007. Kyselyyn vastasi 48 asiakasta. Aineistoa analysoitiin SPSS for Windows-ohjelman avulla käyttäen frekvenssijakaumaa, summamuuttujia, ristiintaulukointia ja tilastollisia testejä.

Kyselyn tuottamien tulosten mukaan voidaan todeta, että asiakkaat olivat saaneet enemmän tukea yhteisöllisistä hoitomenetelmistä kuntoutumiseensa. Vähemmän tukea oli saatu esimerkiksi lääkärin palveluista, alkoholitestistä ja AA-käynneistä. Perushoitajakson jälkeen jokainen asiakas oli omaksunut raittiin elämäntavan. Suurimmalla osalla asiakkaista oli tapahtunut positiivisia muutoksia elämäntilanteessa jatkohoidon aikana. Muutokset koskettivat päihdekuntoutujan persoonaa, hänen toimintaa ja suhtautumista ympäristöön. Asiakkaat kokivat myös sosiaalisen tilanteensa tärkeäksi toipumisprosessinsa aikana. Erityisesti merkittävää oli asiakkaiden läheisten osallistuminen koko kuntoutusprosessiin. Harvassa suomalaisessa päihdehoitopaikassa asiakkaiden läheisten sallitaan osallistua koko kuntoutusprosessiin. Uutta raitista elämäntapaa enemmistö asiakkaista oli ylläpitänyt kolmella selviytymiskeinolla. Edellä mainitut tulokset olivat melkein samanlaisia myös sukupuolen, iän ja koulutustasojen välisten ryhmien vertailussa.

Kokonaisuudessa Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaat eivät olleet sosioekonomisesti yhtä huono-osaisia kuin yleensä suomalaiset päihdeasiakkaat. Asiakkailla oli hoitoon tulovaiheessa toimiva läheistukiverkosto, he olivat työelämässä ja päihdeidenkäyttö oli pysynyt kohtuukäytössä. Toisin sanoen asiakkaat olivat aktiivisia yhteiskunnan jäseniä. Tutkimus tuotti tietoa Minnesota-mallin hyvästä hoitotuloksesta päihdetyöntekijöille. Lisäksi se toi esiin erilaisen päihdeidenkäyttäjän profiilin ja korosti koko päihdeperheen mukaan ottamisen tärkeyttä hoitokokonaisuuteen.

UNIVERSITY OF KUOPIO, Faculty of Social Sciences
Department of Social work and Social Pedagogy

SANTALA, SUSANNA: A disease called alcoholism – Recovery from substance abuse in a Minnesota model based therapeutic community

Master's thesis, 85 pages, 3 appendices (8 pages)

Advisors: Professor Pirjo Pölkki, docent Keijo Piirainen

Joulukuu 2008

Key words: substance abuse, substance abuse rehabilitation, Minnesota model, therapeutic community, client perspective

This thesis focuses on Minnesota model based therapeutic community and its client's experiences of the substance abuse rehabilitation. The aim of this study was to clarify client's views of the treatment method, changes in the client's condition and the meaning of the social situation of client's family. In addition, the idea was to research how clients were maintaining the changes in their life after the treatment. Some comparison was made between groups. In the comparison clients were divided into groups by their gender, age and education level.

Information was gathered via survey, which was delivered in 60 copies to Lapua Minnesota treatment. Lapua Minnesota treatment forwarded the survey to clients who had been in the treatment during the year 2007. A total of 48 voluntary clients took part in the survey. The material was analyzed with the SPSS for Windows program using frequency variables, sum variables, cross tabulation and statistical tests.

The results due to the survey showed that clients had got more support from communal treatment methods. They had received less support for example from medical doctor services, alcoholism test and visits in an AA-group. After the treatment every client had assumed a sober way of life. Most of the clients had positive changes in their condition during follow-up treatment. Changes affected client's personality, their actions and the attitude to environment. Most of the clients had noticed that their social situation was important during recovery process. Particularly participation of client's family in the recovery process was important. Only a few Finnish recovery centers let their client's family to take part in the recovery process. Most of the clients were maintained their new, sober way of life with the help of three coping methods. Preceding results were almost similar to a comparison between gender groups, age groups and education level groups.

The clients of the Lapua Minnesota treatment didn't have as socioeconomically low situation as Finnish substance users generally have. Clients had a functional social network, they were employed and their substance use had sustained within limits. In other words clients were active members of the society. The results of the study brought information on Minnesota model based treatment to workers in the field of the welfare for intoxicant. In addition, the results revealed a different profile of substance abusers and showed how important is to let the whole family participate to the treatment.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen tausta	3
1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat	5
2 PÄIHDERIIPPUVUUS	7
2.1 Päihderiippuvuuden määritelmä	7
2.2 Päihderiippuvuuden ansa-malli	8
2.3 Päihderiippuvuus – koko perheen sairaus	9
3 PÄIHDEKUNTOUTUS	12
3.1 Päihdekuntoutus käsitteen määritelmä	12
3.2 Sosiaalinen kuntoutus	13
3.3 Päihdepalvelujärjestelmä	15
3.3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	16
3.3.2 Päihdehuollon erityispalvelut	17
3.4 Päihdepalvelujen käyttäjät	18
3.5 Aikaisempia päihdekuntoutuksen tutkimuksia	20
4 MINNESOTA-MALLI	23
4.1 Mallin ydin - AA-liike ja kahdentoista askeleen toipumisohjelma	23
4.2 Minnesota-mallin synty ja hoito-ohjelman sisältö	25
4.3 Yhteisöllisyyden merkitys hoitoyhteisössä	27
4.4 Minnesota-mallin leviäminen	29
4.5 Aikaisemmat Minnesota-mallia käsittelevät tutkimukset	29
5 HOITUYHTEISÖN TOIMINTA	33
5.1 Lapuan Minnesota-hoito	33
5.2 Perushoitajakson hoito-ohjelma ja hoitomenetelmät	34
5.3 Jatkoahoito	36

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	38
6.1 Lähestymistapa	38
6.2 Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston keruu.....	39
6.3 Analyysimenetelmät	39
6.4 Tutkimuksen luotettavuus	40
6.4.1 Tutkimuksen reliabiliteetti	40
6.4.2 Tutkimuksen validiteetti	41
6.4.3 Kyselylomakkeen toimivuuden ja luotettavuuden arviointi.....	42
6.5 Tutkimuksen eettinen tarkastelu.....	44
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	46
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja.....	46
7.2 Asiakkaiden aikaisempi hoitohistoria	48
7.3 Toipumisprosessia tukevat elementit	49
7.4 Jatkohoito.....	52
7.5 Päähteidenhallinnassa tapahtuneet muutokset.....	54
7.6 Elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset jatkohoidon aikana.....	55
7.7 Sukupuolten välinen ero toipumisprosessissa	57
7.8 Eri ikäryhmiin kuuluvien erot toipumisprosessissa.....	61
7.9 Koulutustasojen yhteys toipumisprosessiin.....	64
8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	68
8.1 Asiakkaiden hoitotausta ja perushoitajakson tärkeimmät hoitomenetelmät.....	68
8.2 Jatkohoidon aikana tapahtuneet muutokset	69
8.3 Sukupuolen, iän ja koulutustason vaikutus päihdekuntoutusprosessiin .	69
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	72
LÄHTEET.....	82
LIITTEET	
1 Nimettömien alkoholistien 12 askeleen toipumisohjelma	
2 Tutkimussopimus	
3 Kyselylomake	

ESIPUHE

Tämän tutkimuksen aikana olen saanut tukea useilta eri ihmisiltä. Haluan kiittää tutkielmani ohjaajia professori Pirjo Pölkkiä ja dosentti Keijo Piiraista arvokkaista kommentteista ja neuvoista. Heidän ohjaus auttoi minua karsimaan tekstistä turhat asiat ja selkeyttämään varsinaista tekstiäni. Lisäksi haluan kiittää professori Pertti Töttöä. Keskustelut Pertin kanssa aineistoni SPSS-analyyseista auttoivat erottamaan merkittävimmät analyysini löydöt. Samaten sain varmuutta ja uskoa tuloksiin, joita olin löytänyt pienestä aineistostani. Erityisesti haluan kiittää Lapuan Minnesota-hoidon henkilökuntaa hyvästä yhteistyöstä. Ilman henkilökunnan apua en olisi voinut toteuttaa tutkimukseni kokeellista osuutta.

Kiitos kuuluu myös rakkaille vanhemmilleni, sisaruksilleni, ystäville ja poikaystävälleni. Ilman lähimpien ihmisten kannustusta ja tukea tämä tutkielma ei olisi ollut mahdollinen. Läheiset ihmiset ovat nähneet läheltä tutkimuksen tekemisen eri vaiheet, johon on kuulunut haasteellisia ja innostavia hetkiä.

Kuopiossa Joulukuussa 2008

Susanna Santala

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Tämä päihdekuntoutujaa ja Minnesota-mallin päihdehoitoyhteisöä tarkasteleva pro gradu –tutkielma lähti liikkeelle omasta mielenkiinnostani Minnesota-mallin hoidon käyneitä asiakkaita kohtaan. Lisäksi mediassa esiintynyt kirjoittelu päihdehoidosta ja oma kandidaatintutkielmani lisäsivät tiedon janoani Minnesota-mallin hoidosta. Kandidaatintutkielmassani tarkastelin terapeuttisen yhteisön piirteiden ilmenemistä Minnesota-mallin mukaisessa hoidossa. Teoreettisena lähtökohtana käytin Maxwell Jonesin käsitystä terapeuttisesta yhteisöstä. Tutkimuksessani tutkin tarkemmin kahden hoidon käyneen asiakkaan toipumiskertomusta, joista etsin terapeuttisen yhteisön piirteitä. (Santala 2007.) Kandidaatintutkielmani vuoksi huomasin kuinka rajoitetusti oli saatavilla tutkimuksia, joissa tarkasteltiin hoitoa asiakkaiden näkökulmasta. Tämän takia näen tärkeänä tutkia tarkemmin asiakkaiden näkökulmaa Minnesota-mallin hoidosta. Päihdekuntoutustutkimukseni on myös ajankohtainen kasvaneiden päihdehaittojen vuoksi. Tutkimukset asiakkaiden hoitokokemuksista ovat erityisen tarpeellisia päihdepalvelujen ammattilaisille, jotka voivat uuden tiedon avulla kehittää päihdeasiakkaiden palveluja.

Päihteidenkäyttö ja sen aiheuttamat kustannusvaikutukset ovat viime vuosina kasvaneet suomalaisessa yhteiskunnassa. (Päihdeparometri 2007.) Päihteidenkäytön kasvun mukana ovat terveysongelmat sekä lasten ja koko perheen pahoinvointi lisääntynyt. Perheiden pahasta olostaan kertovat muun muassa kasvaneet menot lasten- ja nuortenpsykiatriassa. Samaten noin 70000 suomalaisella on arvioitu olevan lapsi, jolla on alkoholi-ongelma. Päihdeongelma ei ole vain yksilön sairaus vaan koko perhettä koskeva sairaus. Tavallisesti jokaisella päihdeongelmaisella on ainakin yksi tai kaksi läheistä, joiden elämään päihteidenkäyttö vaikuttaa. Tämä kuvastaa hyvin päihdeongelman inhimillistä ja sosiaalista laajuutta yhteiskunnassamme. (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 7.)

Suomessa käytetyin valtapäihde on alkoholi. Vuoden 2007 Pohjoismaisessa alkoholitilastossa alkoholijuomia asukasta kohden kulutettiin Pohjoismaista Suomessa

toiseksi eniten. Suomalaisia enemmän alkoholijuomia kuluttivat tanskalaiset noin 11,3 litraa asukasta kohden. (Pohjoismainen alkoholitilasto.) Tilastokeskuksen tutkimusten mukaan suomalaisten alkoholinkulutus kasvoi vuonna 2004 yli 6 % verrattuna vuoteen 2003. Vuoden 2004 tilastojen mukaan suomalaiset kuluttivat melkein 43 miljoonaa litraa absoluuttista alkoholia, joka merkitsee asukasta kohden 8,2 litraa alkoholia. Vuonna 2003 kulutus oli 7,7 litraa asukasta kohden. (Österberg 2007, 5.)

Vuoden 2007 tilastojen perusteella suomalaisten alkoholinkulutus on hieman tasaantunut. Alkoholia kulutettiin 2,5 % vähemmän vuoden 2007 aikana verrattuna vuoteen 2006. Huolimatta kulutuksen tasaantumisesta, alkoholisairaudet- ja kuolemat eivät ole vähentyneet. Suomessa kuolee alkoholiin lähes kuusi suomalaista päivittäin. Vuosien 2004–2006 aikana alkoholiin liittyvät kuolemantapaukset kasvoivat 22 %. Vuonna 2006 alkoholin takia Suomessa kuoli 2032 ihmistä. Alkoholisairaudet ja -kuolemat ovat erityisesti lisääntyneet miesten keskuudessa, mutta kasvua on havaittavissa myös naisten kohdalla. Vuonna 2005 alkoholi nousi 15–64-vuotiaiden miesten yleisimmäksi kuolinsyyksi ohi sepelvaltimotaudin. Alkoholisytyt ovat olleet yleisin kuolinsyy jo parin vuoden ajan työikäisten naisten ja miesten keskuudessa. Vuonna 2005 alkoholin käyttö aiheutti yhteiskunnalle 670–900 miljoonan euron kustannukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus kustannuksista oli lähes puolet. (STAKES.)

Päihdehuoltolaki (41/1986) asettaa päihdehuollon tavoitteeksi ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä. Edelleen tavoitteena on ehkäistä päihteiden käytöstä aiheutuvia sosiaalisia ja terveydellisiä haittavaikutuksia sekä edistää ongelmakäyttäjien läheisten turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuoltolaissa määritellään päihdehuollon järjestämisvastuu kunnalle. Palvelut tulee ensisijaisesti järjestää avoimuuden toimenpitein. Palveluiden tulisi vastata kunnassa esiintyviin tarpeisiin ja niitä tulee myös kehittää tarvittaessa.

Päihdepalvelujen järjestäminen on iso haaste kunnille. Yleensä kunnat pystyvät tarjoamaan vain rajoitetusti päihdepalveluja, koska palveluihin suunnattu rahoitus on rajallista. Tämän vuoksi kaikki päihdeongelmaiset eivät saa tarvitsemaansa hoitoa. Pahimmassa tapauksessa päihdeongelmaista hoidetaan terveydenhuollossa muun ongelman kuin päihdeongelman takia. Tällainen menettely kuormittaa entisestään

terveydenhuoltoa ja lisää turhaan terveydenhuollon vuosittaisia kustannuksia. Tulevaisuudessa uusia haasteita kunnille tuovat kunta- ja palvelurakennemuutokset. Muutosten vuoksi kuntien on pakko suunnitella ja organisoida päihdehuoltonsa uudestaan, paremmin toimivaksi. Hyvin toimivilla, organisoiduilla ja monipuolisilla päihdepalveluilla voidaan tehokkaammin vastata päihdeongelmaisten tarpeisiin ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia.

Haasteellista on myös potilaiden hakeutuminen päihdehoitoon. Joillekin hoitoon hakeutuminen voi olla iso kynnyks, jonka ylittäminen tuntuu lähes mahdottomalta. Omaa päihdeongelmaa ei haluta myöntää vaan halutaan säilyttää entiset kulissit. Hoitoon hakeutumisen ajatellaan leimaavan päihdeongelmaisen ikään kuin toisen luokan kansalaiseksi. Siitä syystä hoitoon hakeutuminen ja hoidon onnistuminen edellyttää asiakkaalta oikean asenteen ja motivaation löytämistä.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia Minnesota-mallia noudattavan hoitolaitoksen asiakkaiden kokemuksia hoidosta. Tutkimuskohteena on osa asiakkaista, jotka olivat käyneet perushoitojakson vuoden 2007 aikana. Asiakkaiden kokemusten avulla voidaan ymmärtää paremmin, mitkä hoidolliset menetelmät Minnesota-mallin hoidossa tukevat potilasta toipumisprosessissa. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa tietoa siitä, minkälaisena asiakkaat ovat kokeneet Minnesota-mallin mukaisen hoidon, ovatko he saavuttaneet tuloksia, joita he ja hoitohenkilökunta tavoittelivat.

Tutkimuksen perusta rakentuu seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä Lapuan Minnesota-hoidon hoitomenetelmät tukevat/eivät tue asiakasta päihderiippuvuuden hoidossa?
2. Millaisia muutoksia asiakkaiden elämäntilanteessa tapahtuu toipumisprosessin aikana?
3. Kuinka asiakkaat ovat ylläpitäneet muutosta jatkohoidon aikana?
4. Mikä on asiakkaiden sosiaalisen tilanteen merkitys toipumisprosessin aikana?

Tutkimuksen kannalta keskeisimmät käsitteet ovat: *päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, Minnesota-malli, asiakasnäkökulma ja yhteisöllisyys*. Valittujen käsitteiden pohjalta suunnitellun kyselyn tarkoituksena on tuottaa tietoa esimerkiksi siitä, mitkä asiat antoivat pohjan ja tukivat asiakkaan toipumisprosessia perushoitajakson aikana, minkälaisia muutoksia asiakkaiden elämäntilanteessa on tapahtunut jatkohoidon aikana, kuinka suhteet läheisiin ovat muuttuneet ja onko uusi raitis elämäntapa säilynyt jatkohoidon aikana. Tutkimuksessa tulee korostumaan asiakkaiden oma näkökulma Minnesota-mallin hoitomenetelmään ja hoidon tuottamiin tuloksiin asiakkaan omassa elämässä.

Päihdekuntoutus on kokonaisuus, johon Minnesota-mallin hoitomenetelmä asettuu. Päihdekuntoutus kuvaa prosessia, joka alkaa hoitoyhteisössä ja jatkuu ihmisen koko loppuelämän ajan. Käsitteen päihderiippuvuus valitsin tutkielmaan, koska nykyisin päihdekuntoutuksen asiakkaat kärsivät yhä enemmän päihteiden sekakäytöstä. Tutkielmassa esitellään myös lyhyesti sosiaalisen kuntoutuksen, yhteisöllisyyden ja AA-liikkeen ideologiaa. Yhteisöllisyyden ja AA-liikkeen käsitteet valitsin osaksi teoriaa, koska ne mielestäni ovat olennainen osa Minnesota-mallia. Minnesota-malli on omaksunut AA-liikkeeltä keskeisimmät hoitoperiaatteet ja kahdentoista askeleen toipumisohjelman. AA-liikkeeltä omaksutut asiat tavallaan muodostavat Minnesota-mallin ytimen. Yhteisöllisyys kuvaa hoitoyhteisön ja vertaisten merkitystä yksilön toipumisprosessissa. Yhteisöstä yksilö saa voiman muutokseen, näkee muiden avulla itsessään tapahtuneen muutoksen. Yhteisöllä on myös terapeutin tehtävä, jonka vaikutuksella yksilö voi eheyttää oman rikkonaisen minuutensa. Yksilö voi opetella yhteisössä myös uuden raittiin elämäntavan perusteita, jota parhaiten kuvaa sosiaalisen kuntoutuksen käsite.

Tähän pro gradu –tutkielmaan on pyritty valitsemaan Minnesota-mallin hoitomenetelmää lähimpänä olevia käsitteitä, jotka kuvaisivat mistä päihdekuntoutuksessa on kyse. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille käsitteiden ja niiden pohjalta laaditun asiakaskyselyn avulla tietoa, miten vuonna 2007 Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaat ovat kokeneet hoidon ja toipumisen vaikutukset omassa elämässään.

2 PÄIHDERIIPPUVUUS

2.1 Päihderiippuvuuden määritelmä

Päihderiippuvuuden eli päihdeaddiktion määrittely on vaihdellut aikakaussittain ja kulttuureittain. Aikaisemmin päihteitä käyttäviä ihmisiä pidettiin pahantapaisina, moraalittomina ja syntisinä. Riippuvuus yritettiin ratkaista rangaistusten avulla, koska päihteen käyttö nähtiin yksilön omana valintana. (Ruisniemi 2006, 15.) Vasta lääketieteellisen ajattelun voimistuessa riippuvuus ymmärrettiin sairautena (Koski-Jännes 2000, 25).

Usein ajatellaan, että riippuvuus koskee ainoastaan huumeita ja alkoholia eli ongelma ymmärretään kemiallisena. Riippuvuutta on kuitenkin monta eri tyyppiä, jotka voidaan jakaa systeemi- ja aineriippuvuuteen. Systeemiriippuvuudessa riippuvuutta voi aiheuttaa jokin toiminta, kuten nettipokeri ja seksi. Aineriippuvuudella puolestaan tarkoitetaan jonkin kemiallisen aineen aiheuttamaa fyysistä riippuvuutta, kuten esimerkiksi huumeiden, tupakan ja alkoholin. (Heikkilä 1995, 9.) Tutkimuksessani keskityn erityisesti aineriippuvuuden eli päihderiippuvuuden käsitteeseen.

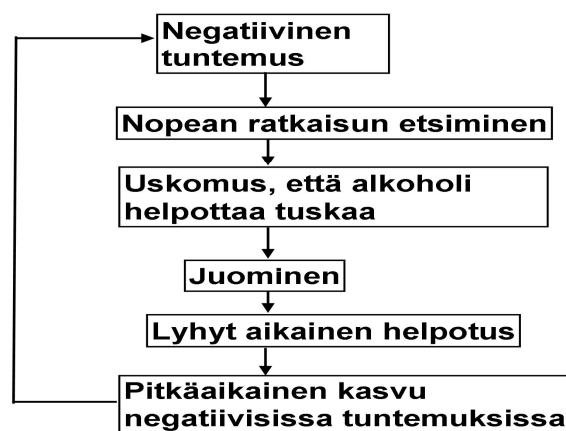
Suomen kansanterveyslaitos määrittelee päihderiippuvuuden pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Riippuvuutta sairastavalle on tyypillistä kontrollikyvyn menettäminen eli käyttäjä ei pysty enää kontrolloimaan aineen käyttöä. Käyttäjälle syntyy pakonomainen tarve ja halu käyttää päihdettä. Sen tähden käyttäjän elimistön toleranssi kasvaa eli aineen sietokyky kasvaa. Käyttäjä alkaa kärsiä vieroitusoireista, jos elimistö ei saa säännöllisin ajoin ainetta. Suomessa yleisimpiä päihteitä ovat tupakka, alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. (Kansanterveyslaitos.)

Päihderiippuvuuden kehittyessä ihmisen elämä alkaa keskittyä päihteidenkäytön ympärille. Ennen elämässä tärkeäksi koetut asiat, kuten harrastukset ja sosiaaliset suhteet sukulaisiin, saavat väistyä pois päihteiden tieltä. Päihteidenkäyttäjän uuden sosiaalisen verkoston muodostavat kantabaarin asiakkaat ja viranomaiskontaktit (Lahti & Pienimäki 2004, 137). Ihminen jatkaa päihteiden käyttöä huolimatta päihteiden käytön aiheuttamista terveydellisistä ja muista eriasteisista ongelmista. Pitkälle

kehittynyt riippuvuus vaikuttaa jopa ihmisen uskomusjärjestelmään ja maailmankuvaan. Ihmisen elämässä tärkeäksi näyttäytyvät asiat, jotka mahdollistavat päihteiden käytön ja saannin. Päihteiden käyttö nähdään tarpeellisenä oman hyvinvoinnin kannalta. Ihmisen minäkuva muodostuu myös päihteiden käytön jatkuessa sellaiseksi, että päihteiden käyttö mielletään itselle osana minuutta. Kuitenkin on muistettava, että kaikilla ihmisillä riippuvuus ei vaikuta käyttäjän uskomusjärjestelmään tai kytkeydy omaan minuuteen. Joillakin päihdeaddiktio voi aiheuttaa vain vähäisiä fyysisiä ja sosiaalisia haittoja. (Ruisniemi 2006, 21.)

2.2 Päihderiippuvuuden ansa-malli

Anja Koski-Jännes (1992) vertaa päihdeaddiktiota ansaan. Koski-Jänteen mukaan addiktiiviselle käyttäytymiselle on ominaista, että se voi muuttua pakkomielleiseksi, itseään ylläpitäväksi addiktioansaksi. Päihdeaddikti voi ajautua addiktioansaan, jos hän jatkuvasti käyttää alkoholia esimerkiksi ahdistusta tuottavien ongelmien lievittämiseen. Tavallisesti päihteet tuovat vain hetkellistä helpotusta emotionaaliseen ahdistukseen. Toistuva helpotuksen hakeminen päihteistä saattaa muodostua pysyväksi taipumukseksi ja oikeutetuksi selviytymiskeinoksi elämän kriiseissä. Kuitenkin pitkäaikainen ongelmia lievittävä juominen lisää kielteisiä tunnetiloja. Paine näiden tilojen torjumiseksi nopeiden ratkaisujen avulla lisääntyy ja johtaa uuteen juomiseen. Näin addiktioansakierre on valmis alkamaan uudestaan alusta. (ks. kuvio 1)



Kuvio 1. Anja Koski-Jänteen kuvaama addiktioansa-malli. (Koski-Jännes 1992, 21.)

Aluksi alkoholi voi tuottaa hyvänolon tunnetta käyttäjälleen. Kuitenkin pitkään jatkunut päihteidenkäyttö aiheuttaa myös fysiologisia muutoksia, joista merkkinä ovat kasvanut päihteiden sietokyky ja päihteidenkäytön lopettamisesta seuraavat vieroitusoireet. Juomista jatketaan usein sen vuoksi, jotta päihteiden aiheuttamat vieroitusoireet pysyisivät poissa. Tällainen juomisen lopettamisen pelko on selvä merkki siitä, että ihminen on joutunut addiktioonsaan. Fysiologisten muutosten lisäksi ihmisen psyykkiset vasteet herkistyvät. Ihmisen juomisen voi käynnistää sisäiseen ja ulkoiseen ympäristöön liittyvät vihjeet. Juominen voi käynnistyä vihjeiden vaikutuksesta, vaikka ihminen olisi ollut jo useamman vuoden raittiina.

Toisin sanoen päihderiippuvuus on moniulotteinen ongelma, johon sisältyy rinnakkaisia prosesseja. Rinnakkaiset prosessit pyrkivät säilyttämään tai kasvattamaan alkuperäistä häiriötä. Tämän takia myös addiktioonsaa voidaan tarkastella psykologisesta ja fysiologisesta näkökulmasta. Molemmat prosessit perustuvat positiiviseen palautteeseen, joka ennemmin lisää kuin vähentää alkuperäistä häiriötä. Alkoholinkäytön siirtyessä selviytymiskeinon asemaan, se usein aiheuttaa ongelmia läheisten kanssa, kielteistä mielialaa ja itsetunnon alenemista. Näiden ongelmien kasaantuessa ympäristön ja sosiaalisen verkoston tuki vähenee. Pahimmillaan tilanne voi päihdeaddiktin kohdalla johtaa työpaikan, asunnon ja oman perheen menettämiseen. Näidenkin ongelmien käsittely alkoholin avulla johtaa helposti marginalisoitumiseen. (Koski-Jännes 1992, 20–23.)

2.3 Päihderiippuvuus – koko perheen sairaus

Päihdeongelmasta ei ainoastaan kärsi päihderiippuvainen itse vaan myös hänen ympärillään olevat ihmiset, kuten lapset, puoliso ja ystävät. Tämän vuoksi on yleistä, että päihdeongelmaisen läheiset yrittävät saada addiktin ymmärtämään päihdeongelmansa vakavuuden. Valitettavasti läheisten havahduttamisyritykset monesti epäonnistuvat. Epäonnistuneet havahduttamisyritykset aiheuttavat addiktin läheisissä negatiivisia tunteita: vihaa, pettymystä, turhautuneisuutta ja syyllisyyttä. Läheiset yrittävät vähentää päihdeongelmaisen tuottamaa ahdistusta erilaisin keinoin.

Perheenjäsenen päihdeongelmaa voidaan salata ja murehtia yksinään. Tällainen toiminta vain pahentaa päihdeongelmaisen läheisten tilannetta. (Raitasalo 2008, 15.)

Päihderiippuvaisen läheiset usein sopeutuvat perheessä olevaan päihdeongelmaan. Perheenjäsenet sopeutuvat tilanteensa, koska heidän mielestä sopeutuminen saa läheisen juomisen näyttämään normaalilta ulkopuolisten silmissä. Tällaista läheisen ongelmaan sopeutumista kutsutaan läheisriippuvuudeksi. Läheisriippuvuutta pidetään sairautena tai sen kaltaisena tilana, joka kehittyy ihmisen eläessä hyvin voimakkaan ilmiön läheisyydessä. Tavallisesti ihminen ei kykene käsittelemään voimakkaita ilmiöitä persoonallisuudessaan, minkä takia ihminen vain sopeutuu ilmiön olemassaoloon.

Läheisriippuvainen ihminen on usein ulkoajohtuvainen eli hän reagoi toisiin ihmisiin sen sijaan kuin toimisi omista tunteista, ajatuksistaan ja tarpeistaan käsin. Hän siis tunnistaa hyvin tarkasti ympäristössään olevat tunteet ja tarpeet. Esimerkiksi päihdeongelmaisessa perheessä läheiset ovat antaneet päihteidenkäyttäjän vaikuttaa itseensä. Päihdeperheessä reagoidaan päihdeongelmaisen tarpeisiin, jotta hän pysyisi tyytyväisenä. Toisten miellyttämisen lisäksi kontrolloimisen kyky ja tarve ovat piirteitä läheisriippuvaiselle. Läheisriippuvaisella ihmisellä on pakonomainen tarve säädellä omia tunteita, toisia ihmisiä sekä yleensä elämää. Tunne kaikkien asioiden hallitsemisesta tuo ihmiselle turvaa.

Päihdeperheessä puoliso yrittää pakonomaisesti hallita päihdeongelmaisen käyttäytymistä. Perheessä yleensä nainen kontrolloi miehensä juomista. Kontrollointitapoja voivat olla hienovaraiset kommentit juomisesta, järkipuhe, riidan kehittäminen tai uhkaukset jättää puoliso (Suonpää 2002). Kontrolloinnin tarpeeseen liittyy kiinteästi luottamisen vaikeus esimerkiksi ulkopuolisiin ihmisiin. Siksi perheen alkoholiongelma ei kerrota ulkopuolisille, jotka voisivat muuten arvostella perhettä. Epäluottamus on läheisriippuvaisen suojelekeino, jolla hän suojelee päihdeongelmaista kaikin keinoin. Usein luottamisen puute johtaa eristäytymiseen. Toisin sanoen päihdeongelmaisen läheiset menettävät mahdollisuuden kokea läheisyyttä perheen ulkopuolisten ihmisten kanssa. Omaan eristäytyneisyyteen päihdeperheessä havahdutaan viimeistään, kun päihdeongelmainen läheinen lähtee esimerkiksi hoitoon.

Läheisriippuvainen ihminen kärsii monesti heikosta minuudesta eli hän ei oikeastaan tiedä kuka hän on. Oman persoonan kokemiseen liittyy ihmisen kyky kokea omia tunteita ja tunnistaa omia tarpeita. Oman itsensä tavoittamattomuus johtaa ulkoahjautumiseen. Heikko minuus heikentää kykyä olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa kadottamatta omaa minuuttaan. Läheisriippuvainen ihminen on usein taipuvainen ylivakavuuteen eli hän ei kykene leikkimään tai pitämään hauskaa. Päihdeperheessä läheiset ovat tottuneet siihen, että heillä ei ole mitään omaa elämää. Perheessä kaiken tekemisen, murehtimisen, hauskan ja inhottavan on järjestänyt päihdeongelmainen. Tieto perheen ongelmista aiheuttaa paineita ja stressiä ihmiselle, joka kontrolloi toisen juomista.

Läheiset ovat tottuneet myös hoitamaan päihdeongelmaista perheenjäsentä. Sen tähden läheisriippuvainen ihminen ei pysty vastaanottamaan hoivaa toisilta ihmisiltä vaan hän pitää elämän vaikeutta itsestään selvyytensä. Pahimmillaan ylivakavuus ja oman minuuden kadottaminen johtavat ihmisen sairastumiseen. Tukahdetut tunteet etsivät siis uusia purkautumisen reittejä ihmisen ruumiista. Pahimmassa tapauksessa ihminen voi sairastua joko fyysisesti tai psyykkisesti. (Hellsten 1993, 56–75.)

Päihderiippuvuus koskettaa koko perhettä, minkä takia päihdeongelmaisen hoidon lisäksi koko perhe tarvitsee toipuakseen tukea ja apua. Hoitoa suunniteltaessa tulisi tunnistaa myös sukupuoli spesifisyys. Puolison roolin ymmärtäminen juomisen kontrolloijana, auttaa hoidon ja tiedon suunnittelussa ongelmajuojuille sekä heidän perheilleen (Raitasalo 2008, 40).

3 PÄIHDEKUNTOUTUS

3.1 Päihdekuntoutus käsitteen määritelmä

Päihdekuntoutus ja –hoito käsitteitä ei yleensä eritellä toisistaan vaan niitä käytetään toistensa synonyymeina. Päihdehoidon käsitettä käytetään, kun puhutaan opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta tai katkaisu- ja vieroitushoidosta. Edellä mainitut hoidot tapahtuvat yleensä lääkärin valvonnassa ja hoidon aikana käytetään lääkitystä. Päihdekuntoutuksen käsite on laajempi kuin päihdehoidon käsite. Kuntoutukseen sisältyy myös muu sosiaalinen ja yhteisöllinen tuki. Päihdekuntoutuksessa huomioidaan asiakkaan sosiaalis-taloudellinen ympäristö, kuten työ, toimeentulo ja asuminen. Tarkoituksena on parantaa asiakkaan elinoloja ja hänen tilaansa eli vaikuttaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilan parantamiseen.

Päihdekuntoutuksessa on huomioitava myös asiakkaan koko sosiaalinen ympäristö, koska päihteiden käyttö tapahtuu tavallisesti sosiaalisessa kontekstissa. Päihdekuntoutus ei ole tehokasta, jos siinä käsitellään vain päihteiden ongelmakäyttöä. Tärkeää on kartoittaa asiakkaan koko sosiaalinen elämäntilanne; minkälainen on ollut asiakkaan tilanne ennen hoitoon tuloa ja mikä se on hoidon jälkeen. (Lahti & Pienimäki 2004, 137–139.)

Päihdekuntoutukseen tuleva ihminen ei ole täysin tietoinen omasta päihdeongelmastaan. Kuntoutukseen meneminen saattaa usein olla läheisten ihmisten päätös kuin päihdeongelmaisen itsensä (Ruisniemi 1997, 20). Päihdekuntoutuksessa päämäärä on auttaa päihderiippuvuudesta kärsivää ihmistä uuden elämänmuutoksen alkuun ja ottamaan vastuuta omasta elämästään. Asiakkaalle rakennetaan elementtejä, jotka tukevat toipumista (Lahti & Pienimäki 2004, 137). Usein kuntoutukseen tulevilla asiakkailla ei ole välttämättä riittävää motivaatiota muutokseen. Päihdekuntoutuksessa asiakkaalle yritetään synnyttää motivaatio kuntoutukseen ja auttaa häntä haluamaan muutosta elämässä. Motivaatiolla voidaan vaikuttaa muutoksen ja halutun tavoitteen

pysyvyyteen. Asiakas ei menetä toipumisprosessinsa aikana uskoansa muutokseen, vaikka hän kokisikin pettymyksiä ja retkahduksia.

Laitoshoidossa selvitetään asiakkaan omat tavoitteet sekä yritetään tukea asiakkaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Päihdekuntoutuksen tarkoituksena on ohjata ihmisen toimintaa pois itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Kuntoutuksessa ei kuitenkaan voida muuttaa kaikkia asiakkaan elämänasioita. Asiakkaan toipumiselle voi olla useita esteitä, kuten asunnottomuus, työttömyys, sosiaalinen kyvyttömyys ja työkyvyttömyys. Normaalisti päihdekuntoutus laitoksessa kestää muutamasta viikosta kuukauteen.

Päihdekuntoutuksessa työntekijällä on tärkeä rooli muutoksen alkuun saamisessa. Kuntoutuksen aikana ei välttämättä ole havaittavissa suuria ulkoisia muutoksia. Kuitenkin jokaisella asiakkaalla käynnistyy jokin sisäinen prosessi ja muutos kuntoutuksen aikana. Laitoskuntoutuksen jälkeen on todella tärkeää turvata asiakkaalle riittävä jatkohoito, jotta alkanut elämänmuutos pystyisi jatkumaan. Ihminen, kun tarvitsee ympärilleen toisia ihmisiä minäkuvansa ylläpitämiseen ja rakentamiseen. (Ruisniemi 1997, 19–22.)

Päihdekuntoutus ei ole päihderiippuvaisen ihmisen elämässä vain hetkellinen prosessi, joka kestäisi laitoshoidojakson ajan. Päihdekuntoutus on yksi osa asiakkaan elämäntilannetta (Lahti & Pienimäki 2004, 150). Päihdekuntoutus voi olla pitkällinen, jopa koko ihmisen loppuelämän kestävä prosessi. Irtautuminen päihderiippuvuudesta tapahtuu vähitellen pienin askelin. Kuntoutus on vasta yksi eteenpäin vievistä askelista toipumisprosessissa (Ruisniemi 1997, 21). Kuitenkin aktiivisimmat muutosprosessit toteutuvat ihmisen normaalissa elinympäristössä. Kiteytettynä päihdekuntoutuksessa on kyse ihmisen kokonaisvaltaisesta elämänmuutoksesta ja sen tukemisesta (Lahti & Pienimäki 2004, 150).

3.2 Sosiaalinen kuntoutus

Usein pitkään päihderiippuvuudesta kärsineiden ihmisten toimintakyky heikkenee eli he eivät kykene huolehtimaan täyspainotteisesti arkipäiväisistä asioista. Ongelmalliseen päihteidenkäyttöön kuuluu psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia tekijöitä, jotka ylläpitävät

riippuvuutta. Nämä tekijät tulisi huomioida myös päihderiippuvaisen kuntoutuksessa (Lahti & Pienimäki 2004, 139).

Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan ihmisen toimintakyvyn palauttamista suhteessa lähiympäristöön, itseensä ja yhteiskuntaan. Toimintakykyyn sisältyy arkipäiväisen elämisen taidot, kyky osallistua yhteiskunnan toimintaan ja huolehtia omasta sekä läheisten hyvinvoinnista. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat aineelliset (asunto, vaatteet, ruoka), sosiaaliset (sosiaalinen verkosto, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen) ja henkiset resurssit (henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, arjen hallinta). (Ruisniemi 2003.)

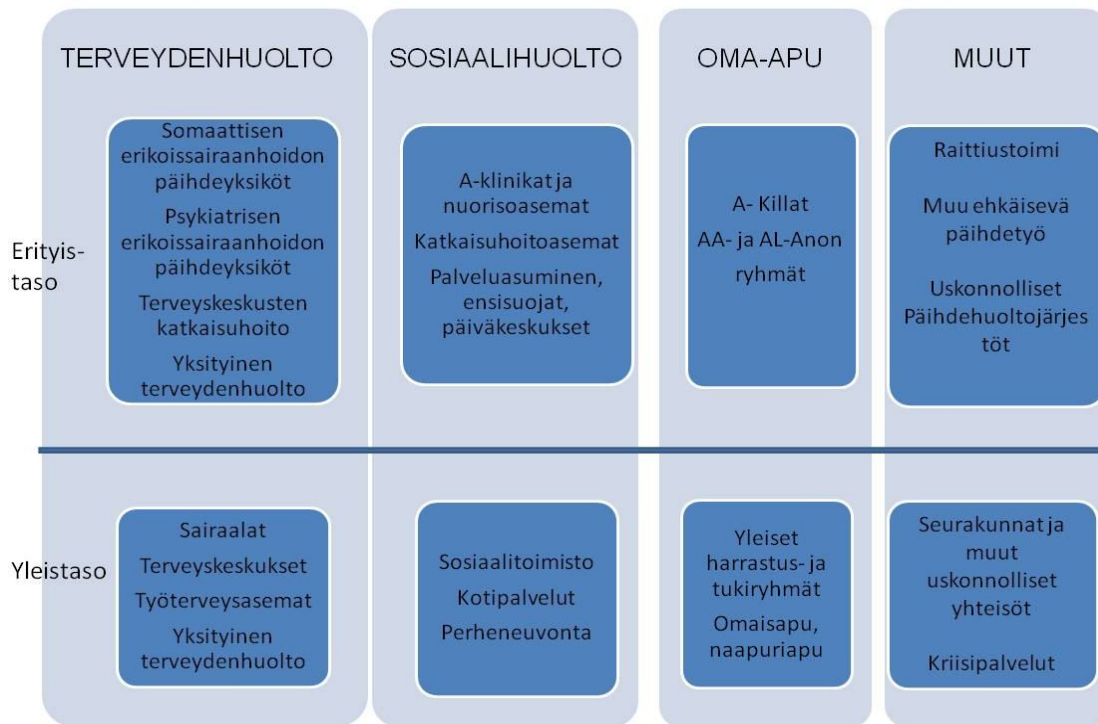
Päihdekuntoutujan kohdalla erityisen tärkeitä ovat sosiaaliset suhteet ja muilta saatu tuki. Sosiaalisen tuen ja suhteiden on huomattu edistävän tai tukevan päihderiippuvuudesta toipumisessa riippuen, minkä luonteisia ne ovat. Päihderiippuvaisilla sosiaalisen verkoston muodostavat tavallisesti saman viiteryhmän edustajat. Toipumisen kannalta on erityisen merkittävää, että päihdekuntoutujalla olisi päihteettömiä sosiaalisia suhteita. Ihmisiä, joihin päihdekuntoutuja pystyy luottamaan, hakemaan heiltä apua ja vastaanottamaan tarvittaessa tukea. (Lahti & Pienimäki 2004, 143–144.)

Päihdekuntoutujan kohdalla oleellisinta ei ole vain päihteidenkäytön lopettaminen vaan elämäntavoissa tapahtuva konkreettinen muutos. Kuntoutujan on luovuttava entisen päihteiden täyteen elämänsä asioista ja rutiineista ja omaksuttava niiden tilalle asioita, jotka tukevat uutta päihteetöntä elämää. Kuntoutujan on opeteltava myös huomioimaan muita ihmisiä, sietämään arjen epävarmuutta sekä yhteiskunnan asettamia toimintarajoituksia omassa elämässä ja pitämään kiinni rutiineista. Kuntoutumisen yhtenä edellytyksenä on oppia luottamaan toisiin ihmisiin. Luottamuksen syntyminen ei tapahdu hetkessä vaan se vaatii paljon työskentelyä itsensä kanssa ja yhteistyötä muiden ihmisten kanssa. Tämän takia sosiaalisen kuntoutuksessa on taattava riittävän pitkä ja turvallinen kuntoutumisaika. Tarpeeksi pitkän ajan aikana päihdekuntoutuja voi opetella ja omaksua arkielämässä tarvittavia uusia taitoja. (Ruisniemi 2003.)

3.3 Päihdepalvelujärjestelmä

Suomessa päihdehoitopalvelujen järjestäminen on annettu päihdehuoltolain mukaan kuntien vastuulle. Kunnan velvollisuutena on järjestää päihdehuoltopalveluja, jotka vastaavat määrältään ja laadultaan kuntalaisten tarpeita. Kuitenkin kuntien päihdehuollon palveluiden järjestämisessä on havaittavissa sekä määrällisiä että sisällöllisiä eroja. Kuntatasolla päihdepalvelujen järjestämiseen vaikuttavat kunnassa esiintyvän palvelutarpeen lisäksi kuntien taloudelliset voimavarat, mutta myös tiedolliset ja asenteelliset tekijät. Toisin sanoen eri kunnat voivat päätyä hyvinkin erilaisiin päihdepalvelukokonaisuuksiin. Vaihtelevien palvelukokonaisuuksien takia on Suomen palvelujärjestelmä varsin pirstaleinen ja sektoroitunut. Palvelujärjestelmän hajanaisuuteen on osittain vaikuttanut monimutkainen lainsäädäntö sekä eri ammattilaisten asenteelliset, koulutukselliset ja näkemykselliset erot. Pahimmillaan asiakas, joka tarvitsee toipumisensa tueksi apua eri ammattiryhmiltä, voi jäädä ammattiryhmien reviiriristiriitojen keskelle. Päihdehuollolle erityinen haaste on toimiva moniammatillinen ja –tieteinen yhteistyö (Ahokas 2004, 214–215).

Yleensä suurissa kunnissa on laajemmat palveluvalikoimat kunnallisia ja yksityisiä päihdehoitopalveluja järjestäviä yksiköitä. Päihdehoitopalvelu yksiköt tarjoavat palveluita katkaisuhoidosta kuntoutukseen ja jälkihoitoon. Pienemmillä kunnilla käytettävissä olevat resurssit rajoittavat tarjottavia päihdehoitopalveluja. Tämän vuoksi pienet kunnat pystyvät toteuttamaan omana toimintanaan avo- ja laitospuotoiset katkaisuhoidot. Kuntoutuspalvelut ostetaan lähikunnista sekä yksityiseltä että kolmannelta sektorilta. (Partanen 2000, 89.) Päihdepalvelujärjestelmän muodostavat avohoidon yksiköt, laitoshoido, matalan kynnyksen hoitopalvelut, asumis- ja muut tukipalvelut. Tärkeän lisän päihdetyöhön tuovat myös monet kansalaisjärjestöt, seurakunnat, muut uskonnolliset yhteisöt ja erilaiset vertaistukiryhmät (ks. kuvio 2).



Kuvio 2. Suomen päihdepalvelujärjestelmä (Mäkelä 1998,172).

3.3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Terveydenhuollon päihdeongelmallisille suunnatuista palveluista vastaavat ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset peruspalvelut. Yleisiä peruspalveluja tarjoavat terveydenhuollon palveluyksiköt: terveyskeskukset, mielenterveystoimistot, työterveyshuolto, sosiaalitoimistot ja äitiys- ja lastenneuvolat. Terveyskeskuksissa, erikoissairaanhoidossa ja työterveyshuollossa kohdataan runsaasti alkoholin suurkuluttajia ja alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja. Varhaiset päihdeongelmatilanteet lääkäri tai sairaanhoitaja tunnistaa ja hoitaa esimerkiksi mini-interventiolla.

Perusterveydenhuolto järjestää myös suuressa määrin katkaisu- ja vieroitushoitoa sekä huolehtii päihdesairauksien, -vammojen ja myrkytysten hoidosta. Siitä syystä terveyskeskussairaalat ja erikoissairaanhoido kuuluvat pääosin päihdepalvelujen yleisiin

palveluihin, vaikka niissä voi olla päihdehuollon erityispalveluiksi määritettäviä osastoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

3.3.2 Päihdehuollon erityispalvelut

Päihdehuollon erityispalveluissa tarjottavalla hoidolla, tuella ja kuntoutuksella yritetään vastata paremmin päihdeongelmaisen tarpeisiin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa. Päihdeongelmaiset tulisi ohjata erityispalveluihin, jos heidän palvelun tarpeeseen ei voida vastata riittävällä tavalla yleisissä palveluissa. Erityispalvelut voivat olla joko julkisen tai yksityisen sektorin järjestämiä. Yksityisistä toimijoista merkittävimpiä ovat esimerkiksi sininauhaliitto ja A-klinikkasäätiö. Suurin osa erityispalveluista on järjestetty sosiaalitoimen alaisuudessa. Sosiaalihuollon piiriin kuuluvat päihdepalvelut muodostavat palveluverkoston, johon kuuluvat A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset, katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutusyksiköt. Nämä edellä mainitut yksiköt jaetaan vielä joko avohoidon tai laitoshoidon yksiköihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö; Mäkelä 1998, 171–172.)

Yksi avohoitoa järjestävä yksikkö on A-klinikka. A-klinikat ovat suurimmaksi osaksi kuntaliittojen tai kuntien ylläpitämiä. A-klinikkasäätiö tarjoaa päihde- ja riippuvuusongelmallisille sekä heidän läheisilleen hoito- ja kuntoutuspalveluita. Muita avopalvelujen tarjoajia ovat nuorisoasemat, katkaisuhuoltoasemat, terveysneuvontapisteet, kuntoutuskeskukset ja tukiasunnot. Tällä hetkellä Suomessa toimii yli 70 A-klinikkaa. (A-klinikkasäätiö.)

Laitoshoidon yksiköiksi lukeutuvat katkaisuhuoltoasemat ja kuntoutuslaitokset. Laitoshoito jaetaan monesti lyhytaikaiseen katkaisuhuoltoon ja pitkäaikaiseen kuntoutushoitoon. Katkaisuhoidon tarkoituksena on katkaista päihteiden käyttökierre sekä ehkäistä että hoitaa vieroitusoireita. Lisäksi jatkohoitosuunnitelmalla luodaan lähtökohdat fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle. Normaalisti laitoksessa järjestetty katkaisuhuolto kestää 1–2 viikkoa. Katkaisuhuolto voidaan toteuttaa terveyskeskusten vuodeosastoilla, psykiatristen sairaaloiden päihdepsykiatrian osastoilla tai katkaisuhuoltoasemilla. Katkaisuhuoltoon pääsee joko terveyskeskuksen tai A-klinikan kautta.

Päihdehuollon erikoistuneisiin yksiköihin kuuluvat myös asumispalveluyksiköt, joista osa tarjoaa pidempiaikaista tai väliaikaista majoitusta. Vaikeasti päihderiippuvaiset tarvitsevat päihderiippuvuuden katkaisemisen tueksi asumis- ja muita tukipalveluita. Tämän vuoksi asumispalvelut sijoittuvat avohoidon ja laitoshoidon välimaastoon. Monissa kunnissa on tarjolla asumispalveluita ja päiväkeskustoimintaa päihdeongelmallisille. Päiväkeskustoiminnan päämääränä on tukea päihdekuntoutuksen jälkeistä selviytymistä. Tukea tarjoavat myös A-killat, joiden toiminta pohjautuu päihdeongelmasta toipuvien ja heidän läheisten vapaaehtoistyöhön. Vertaistukea päihdeongelmasta toipuva tai päihdeongelmaisen läheinen voi hakea halutessaan AA-, NA- tai AL-ANON-toiminnasta.

Matalan kynnyksen hoitopalveluita on nykyisin useilla eri paikkakunnilla. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi injisointivälineiden vaihtopalvelut ja suonensisäisten huumeiden käyttäjille annettava terveysneuvonta. Lisäksi asiakkaille voidaan antaa B-hepatiittirokotuksia, haavojen hoitoa, lähete laboratoriotutkimuksiin ja ohjata heitä pitkäaikaisempaan hoitoon. Matalan kynnyksen palvelut pohjautuvat anonyymiyteen.

Päihdeongelmaisten kuntoutuspalveluja tarjoavat useat erilaiset kuntoutuslaitokset, kuten Järvenpään sosiaalisairaala, kuntoutusklinit ja päihdehuoltolat. Kuntoutuslaitoksissa hoitoaika määritellään jokaisen asiakkaan kohdalla henkilökohtaisesti. Usein kuntoutushoitajakso kestää muutamia viikkoja tai jopa yhden vuoden. Jotkut kuntoutuslaitokset tarjoavat myös intervallijaksoja, jotka ovat tiiviitä muutaman päivän kestäviä jaksoja. Intervallijaksojen tarkoituksena on tukea kuntoutumista, minkä takia niitä järjestetään muutaman kerran kuntoutusjakson jälkeen. (Partanen 2000, 89–91; Mäkelä 1998, 173–177.)

3.4 Päihdepalvelujen käyttäjät

Viime vuosina tehdyissä päihdetapauslaskennoissa on korostunut päihdepalvelujen erityispalvelujen merkitys. Niissä asiointi on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Asiakasmäärien kasvu on näkynyt A-klinikoilla, nuorisoasemilla ja muissa vastaavissa avohoidon yksiköissä. Pientä nousua on havaittu myös laituskuntoutuksen

asiaksmäärissä. Asiaksmäärien kasvua erityispalveluissa selittää osittain eri ikäryhmien päihdepalvelujen käyttö. Alle 35-vuotiaiden ikäryhmä käyttää enemmän A-klinikoita ja vastaavia avohoitoyksiköitä sekä katkaisuhuoltoasemia, kuntoutuslaitoksia että psykiatrisia palveluita. Nuoremman ikäryhmän suosimissa palveluissa on enemmän ammatillisen koulutuksen saanutta henkilökuntaa ja henkilökunta muodostuu eri ammattiryhmistä. Tällaisissa yksiköissä tarjotaan enemmän ammatillisia terapeuttisia palveluita.

Puolestaan 50-vuotiaat ja vanhemmat ikäryhmät käyttävät vähemmän nuoremman sukupolven suosimia palveluja. Vanhemmat ikäryhmät ovat suurin asiakasryhmä päiväkeskuksissa, asumispalveluissa, ensisuojuissa ja sairaalapalveluissa. Heille on tärkeämpää saada palveluja, joissa voi esimerkiksi huolehtia hygieniastaan, saada ravintoa ja viettää aikaa.

Nuorten alle 35-vuotiaiden ja vanhempien erilaista palvelujen käyttöä saattaa selittää se, että nuoremmassa ikäryhmässä päihdekirjo on laajempi ja käyttäjissä on enemmän naisia. Vanhemmassa ikäryhmässä käytetään etupäässä alkoholia ja enemmistö käyttäjistä on keski-ikäisiä miehiä. Kuitenkin alkoholi on edelleen valtapäihde Suomessa, vaikka nuoremman ikäryhmän päihdekirjo on laajempi. Tosin pelkästään alkoholi käyttävien osuus on alkanut laskemaan vuodesta 1987. Vuonna 2003 pelkästään alkoholia käyttävien osuus oli 59 %.

Kokonaisuudessaan päihdeasiakkaat olivat yhä vuonna 2003 monessa suhteessa sosiaalisesti huono-osaisia. Kaikissa ikäryhmissä on yleistä perheenomaisten suhteiden puuttuminen. Päihdeasiakkaista noin kolme neljäsosaa on naimattomia, leskiä tai eronneita. 34–49-vuotiaiden ikäryhmästä vain alle viidennes on ansiotyössä ja työttömänä on melkein puolet alle 50-vuotiaista. Yli 50-vuotiaissa on paljon eläkeläisiä, mutta myös nuoremmissa ikäryhmissä on enemmän eläkeläisiä kuin ansiotyössä olevia. Päihdeasiakkaista vain 15 % asui omistusasunnossa. Asunnottomia ja asuntolassa asuvia oli suurin piirtein saman verran eli lähes joka kymmenes. Kuitenkin yli 50-vuotiaille oli asunnottomuus harvinaisempaa kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Vanhemmat ikäryhmät asuivat useammin yhteismajoituksessa tai asuntolassa. Päihteidenkäyttäjistä 37 % oli todettu muu kuin päihteisiin liittyvä mielenterveyshäiriö. Naisista melkein puolella oli mielenterveyden häiriö, kun miehistä oli yli

kolmanneksella. Yleisimpiä mielenterveysongelmat olivat alle 50-vuotiailla. (Nuorvala ym. 2004.)

Muuttuva päihdeasiakkuus asettaa jo tällä hetkellä ja myös tulevaisuudessa koetukselle päihdepalvelujärjestelmän. Asiaksmäärien kasvu on pakottanut palvelujärjestelmän muuttamaan toimintaperiaatteitaan, joka on johtanut palvelujen saamisen yleiseen vaikeutumiseen ja valikoituvuuden lisääntymiseen. Lisääntyneistä palveluista pääsee hyötymään aina vain harvempi päihderiippuvainen asiakas. Erityisesti käytäntö on havaittavissa huumeidenkäyttäjien korvaushoidoissa. Pahimmillaan hoitoon pääsyä on jonotettava useita kuukausia. Suomessa on myös yksi ongelma, kun puhutaan alkoholistien hoidosta. Usein alkoholisteiksi ajatellaan rappioalkoholistit, vaikka heitä on vain 3 % 300000 aikuisesta alkoholistista. Rappioalkoholisteille päihdeongelmasta toipuminen on paljon hankalampaa verrattuna alkoholistiin, joka on vielä kiinni yhteiskunnan siteissä. Päihdeasiakkaiden erilaiset tarpeet asettavatkin haasteita päihdepalvelujärjestelmälle eli kuinka vastata jokaisen päihdeasiakkaan tarpeisiin ilman, että ketään syrjittäisiin.

3.5 Aikaisempia päihdekuntoutuksen tutkimuksia

Kansainvälisissä ja suomalaisissa päihdekuntoutustutkimuksissa on paljon tarkasteltu eri päihdehoitomalleja ja niiden hoitotuloksia. Tutkimuksissa on havaittu, kuinka merkittävä vaikutus voi olla sosiaalisella verkostolla hyviin toipumistuloksiin. Sosiaalisen verkoston positiiviset vaikutukset päihderiippuvaisen toipumisessa, huomasi myös Anja Koski-Jännes (1992) omassa väitöskirja tutkimuksessaan. Hyvää hoitotulosta ennustivat asiakkaan osallistuminen AA-ryhmään sekä runsaasti ryhmäterapiaa sisältävään hoito-ohjelmaan, vähäinen väkijuomien käyttö ja vähäinen juominen puolison kanssa. Tutkimustuloksista pääteltiin, että kognitiivisbehavioristinen hoito-ohjelma vähensi alkoholin määrällistä kulutusta juomispäivinä enemmän kuin juomisen yleisyyttä.

Johanna Levälahti (2007) on tutkinut tarkemmin sosiaalisen verkoston roolia alkoholistin toipumisprosessissa. Tutkimuksessa sosiaalinen tuki jaettiin neljään ulottuvuuteen: emotionaalinen, instrumentaalinen, informatiivinen ja eksistentiaalinen.

Sen sijaan sosiaalinen verkosto jaettiin kolmeen sektoriin: epämuodolliseen (läheiset, ystävät), muodolliseen (viranomaiset) ja kontekstisidonnaiseen. Tutkimustuloksissa selvisi, että kaikenlaiset verkostot tarjoavat sosiaalista tukea elämän eri vaiheissa. Erityisen keskeisiä ne ovat päihdekuntoutuksen aikana. Kuitenkin tärkeimmäksi tuen ulottuvuudeksi osoittautui toisten ihmisten antama emotionaalinen tuki sekä asiakkaan saama hyvä hoito. Päihdekuntoutuksen eri vaiheissa asiakkaat kokivat viranomaisilta saadun ekonomisen ja käytännön tuen merkittäväksi. Sen sijaan oman perheen, sukulaisten ja ystävien tuen tärkeys kasvoi päihteidenkäytön lopettamispäätöksen aikana.

Onnistunut päihdekuntoutus voi muuttaa kuntoutujaa hyvin kokonaisvaltaisesti, koskettaen minäkuvaa ja identiteettiä. Arja Ruisniemi (2006) tutki väitöskirjassaan päihdeasiakkaan minäkuvan muutosta päihderiippuvuuden toipumisprosessin aikana. Ruisniemi huomasi tutkimuksessaan, kuinka identiteetin ja minäkuvan muutos ovat keskeisiä toipumisprosessissa. Merkittävä, positiivinen vaikutus toipumisprosessin edetessä oli myös hoitoyhteisöllä. Hoitoyhteisö on usein paikka, jossa asiakas muokkaa omaa identiteettiään sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta. Hoitoyhteisössä potilas lopulta luopuu valheellisesta naamiostaan ja löytää todellisen, aidon minäkuvansa sekä identiteetin.

Aina päihderiippuvainen ei ole tarvinnut virallista apua raitistuakseen. Anja Koski-Jännes (2000) tutki tutkimuksessaan 76 ihmistä, jotka olivat voittaneet oman riippuvuutensa erilaisin keinoin. Riippuvuus oli aiheuttanut muutoksia ihmisten identiteetissä, minäkuvassa ja elämänhallinnassa. Koski-Jännes huomasi tutkimuksessaan, että riippuvuudesta kärsivät ihmiset voivat toipua riippuvuudestaan omin avuin. Aina ei tarvita virallisia auttajatahoja vaan ihmisen toipuminen voi alkaa omasta päätöksestä. Tosin usein ennen riippuvuudesta vapautumista edelsi ihmisen elämässä vaikeampi vaihe, joka loi hyvät puitteet muutokselle.

Kuitenkaan ei voida sanoa, että vain jokin tietty hoitomenetelmä olisi ainoa ja oikea vaihtoehto päihderiippuvaisten hoitamisessa. Jokainen ihminen on persoonaltaan ja taustoiltaan erilainen. Tämän vuoksi on tärkeää, että tarjolla on erilaisia hoitovaihtoehtoja, joista jokainen saa valita itselleen parhaimman vaihtoehdon. Tärkeämpää on, että päihderiippuvaista hoidetaan eikä jätetä hoitamatta. Hoitamatta

jättäminen tulee kuitenkin maksamaan yhteiskunnalle enemmän kuin päihdehoidosta aiheutuvat hoitokustannukset.

Moos.R. & Moos.B. (2006) seurasivat tutkimuksessaan 16 vuoden ajan päihderiippuvaisia, jotka osallistuivat ammatilliseen hoitoon tai AA-ryhmään. Tuloksia verrattiin päihderiippuvaisiin, jotka eivät hakeutuneet hoitoon. Tutkimuksissa huomattiin, että mitä kauemmin päihderiippuvainen oli ammatillisessa hoidossa tai osallistui AA-ryhmään sitä parempia olivat 16 vuoden takaisen hoidon jälkikontrollitutkimuksen tulokset. Vielä parempia olivat hoitoennusteet asiakkailla, jotka olivat ammatillisessa hoidossa sekä osallistuivat laitoshoidon jälkeen AA-ryhmän toimintaan. Tutkimuksesta nousi esiin, kuinka tärkeää on suunnitella päihdeongelmaisten hoito-ohjelma sellaiseksi, että se varmistaa asiakkaan jatkuvan huolenpidon ja luo yhteyden AA-ryhmään.

Etsiessäni aikaisempia päihdekuntoutusta käsitteleviä tutkimuksia huomasin, kuinka paljon vähemmän on tutkittu päihdekuntoutus asiakkaiden kokemuksia ainakin Suomessa. Lisäksi vähemmälle ovat jääneet tutkimukset, joissa tutkitaan sosiaalisten suhteiden vaikutusta riippuvuusongelmien voittamisessa. Tämän vuoksi koen omassa tutkimuksessani tärkeäksi tutkia asiakkaiden omia näkemyksiä Minnesota-mallin hoitomenetelmistä sekä hoitajakson jälkeisen jatkohoidon sujumisesta että onnistumisesta. Tutkimuksen kannalta erityisen arvokkaita ovat juuri ihmisten omat kokemukset ja mielipiteet tutkittavasta asiasta. Tietenkin tärkeänä pidän myös Minnesota-hoidon hoitotulosta tässä tutkielmassa tutkittavissa asiakkaissa. Mielenkiintoista on verrata Minnesota-hoidon hoitotulosta aikaisempiin Minnesota-mallin hoitotuloksia käsitteleviin tutkimuksiin.

4 MINNESOTA-MALLI

4.1 Mallin ydin - AA-liike ja kahdentoista askeleen toipumisohjelma

Minnesota-mallin eri sovelluksien yhteisen perustan muodostavat samat periaatteet ja AA-liikkeen kahdentoista askeleen toipumisohjelma. AA-liike sai alkunsa vuonna 1935 Yhdysvalloissa. AA-liikkeen ensimmäisissä kokoontumisissa kerrottiin alkoholisteille puhujan omasta juomishistoriasta ja liikkeen eettisistä periaatteista. Tästä sai alkunsa AA-liikkeen perussanomien kehittyminen eli kahden alkoholistin avoin keskustelu sekä toipumisohjelmaan tutustuminen mahdollistavat juovan alkoholistin havahtumisen.

AA-liikkeen kirjallisuudessa kuvataan alkoholismi fyysisenä ja psyykkisenä sairautena. Sairaudelle on piirteenaista alkoholin käytön kontrollin menetys, joka johtaa usein ennen aikaiseen kuolemaan. Sairaudella on krooninen luonne, minkä takia sen kukistaminen edellyttää ehdotonta raittiutta. Tämän vuoksi AA:n jäsenet kutsuvat itseään myös raitistuuksaan alkoholistiksi. Sama sairaus käsitys omaksuttiin myöhemmin yhdeksi osaksi Minnesota-mallin hoitoideologiaa.

AA-liikkeen ajattelu rakentuu kolmesta peruselementistä: toipuminen, palvelu ja yhtenäisyys. Toipumisen ulottuvuuteen kuuluu kahdentoista askeleen ohjelma (liite 1.), palveluun liitetään käsitteet ja yhtenäisyyteen kuuluvat AA:n perinteet. AA-ohjelmaa kutsutaan hengelliseksi toipumisohjelmaksi. Kuitenkaan ohjelma ei ole kirkollinen tai uskonnollinen vaan siinä lähestytään hengellisyyttä käytännöllisin tavoin. Tämä antaa kullekin ihmiselle mahdollisuuden ymmärtää AA:n elementit omakohtaisella tavalla. (Ekholm 1998, 217–220.)

Toipumisen ydin ovat kaksitoista askelta, jotka ovat ehdotuksia, eivät vaatimuksia. Minnesota-mallin hoidon aikana käydään yleensä läpi viisi ensimmäistä askelta. Askeleissa kuvataan, mitkä asiat auttoivat AA-liikkeen perustajia raittiin elämän alkuun. Kolme ensimmäistä askelta kutsutaan päätöksen askeleiksi. Näissä askeleissa ihminen tunnistaa päihderiippuvuutensa, myöntää tarvitsevansa apua ongelmaansa ja luovuttaa tahtonsa Jumalan huomaan. Toiminnan askeleita ovat 4–9 askeleet. Näihin askeliin sisältyy oman moraalin itsetutkiskelua, itsetutkiskelun löytöjen jakaminen toisten kanssa, Jumalalta avun pyytäminen omien luonteen heikkouksien poistamiseksi ja

tekojen hyvittäminen ihmisille, joita oli aikaisemmin vahingoittanut. Askeleet 10–12 ovat ylläpitämisen askeleita. Viimeisissä askeleissa jatketaan itsetutkiskelua, syvennetään yhteyttä Jumalaan ja viedään AA:n sanomaa eteenpäin muille päihderiippuvaisille. (Bodin 2006, 12; liite 1.)

AA:ssa ei ole mitään velvoitteita tai jäsenmaksua. Ainoa jäseneksi pääsyn vaatimus on halu lopettaa juominen. Jäsenten raittiutta ja alkoholistien raitistumisen tukemisen apuna ovat säännöllisesti kokoontuvat AA-ryhmät. Myös Minnesota-mallissa on tapana ohjata asiakkaat perushoitajakson jälkeen AA-ryhmään. Ryhmät jakautuvat suljettuihin ja avoryhmiin. Suljetun ryhmän kokoukseen saavat osallistua vain alkoholistit. Ryhmissä käsitellään joka kerralla eri teemaa, joka valitaan AA-kirjallisuuden, kahdentoista askeleen, kahdentoista perinteen tai Ison Kirjan pohjalta. Kokouksissa ei kommentoida tai keskustella. Jokainen ryhmäläinen kertoo vuorollaan omasta kokemuksestaan ja vuorollaan kuuntelee toisten kokemuksia. Puhujat aloittavat puheensa samalla kaavalla ja yleensä liittävät puheenaiheensa aikaisempiin puheenvuoroihin (Arminen 2001, 85). Kokoukseen voi osallistua, vaikka ei pitäisi omaa puheenvuoroa. Tavallisesti ryhmätapaaminen kestää kaksi tuntia. Avoryhmät on tarkoitettu alkoholisteille ja heidän läheisilleen. Avoryhmissä voi tutustua ilman sitoutumisen pakkoa AA:n toimintaan. Vierailijan on vain sitouduttava säilyttämään ryhmään osallistuneiden ihmisten nimettömyys tapaamisen jälkeen.

Tällä hetkellä AA:lla on toimintaa noin 140 maassa. Jäseniä on noin kaksi miljoonaa ja ryhmiä 90 000, joista yli 2000 toimii vankiloissa. Ensimmäiset tiedot AA-ajattelusta kulkeutuivat Suomeen Valittujen Palojen artikkelin välityksellä vuonna 1946. Suomessa AA-ryhmätoiminta aloitettiin vuonna 1948. Tällä hetkellä Suomessa AA:lla on jäseniä noin 14 000 ja toimivia ryhmiä 700. Ryhmätoiminnan lisäksi AA ylläpitää auttavia puhelimia, kansainvälistä toimintaa ja jäsenistölle suunnattua lehteä. (Ekholm 1998, 220–222.)

4.2 Minnesota-mallin synty ja hoito-ohjelman sisältö

Minnesota-malli on Yhdysvalloissa kehitetty päihdetyön ohjelmakokonaisuus. Hoitomenetelmä sai alkunsa Minnesotan osavaltiossa, jossa aloitettiin alkoholistien uusi hoitokokeilu 1940- ja 1950-lukujen vaihteessa. Aikaisemmin alkoholisteihin suhtauduttiin negatiivisesti ja heidät jätettiin vaille hoitoa. Minnesotassa perustettiin kolme erilaista hoitolaitosta: Pioneer House, Hazelden ja Willmar State Hospital. Yksiköissä tutkittiin tarkemmin alkoholismin luonnetta ja hoitoa. Hoidon kehittämissäryhmässä oli asiantuntijoiden lisäksi toipuvia alkoholisteja. (Kettunen & Leppänen 2004, 10–11.)

Minnesota-mallin merkittävimpinä kehittäjinä pidetään kahta miestä: psykologi Daniel J. Andersonia ja psykiatri Nelson Bradleyta. Työtoverit käynnistivät uuden hoito-ohjelman alkoholistipotilaille Willmarin mielisairaalassa. Hoito-ohjelmassa luovuttiin potilaiden lukitsemisesta suljetuille osastoille. Lisäksi sairaalaan palkattiin työntekijöiksi AA:ssa toipuvia alkoholisteja. Tämän vuoksi hoito-ohjelmassa keskityttiin antamaan runsaasti psykiatrista apua sekä esittelemään AA-ohjelmaa. Hoitotulosten perusteella syntyivät Minnesota-mallin kahdeksan perusolettamusta alkoholismille. (Ekholm 1998, 210–211.)

Minnesota-mallissa päihderiippuvuuteen suhtaudutaan vakavana, kroonisena sairautena, joka hoitamattomana johtaa kuolemaan. Sairauskäsityksen takia asiakkaita kutsutaan potilaiksi. Minnesota-mallissa alkoholismia ei pidetä kenenkään syynä vaan sairautena, jonka ihminen voi kohdata ja myöntää. Sairauskäsitys tehtävänä on myös vapauttaa potilas syyllisyydestä. Sairaudelle on piirteenoimaista kontrollikyvyn menettäminen. Päihderiippuvuuden katsotaan kestävän ihmisen koko elämän ajan eli sairaus on aina olemassa latenttina. Siksi hoidon tavoitteena on asiakkaan täysraittius. Juomisen välimuotoja, kuten kohtuukäyttöä ei hyväksytä. Minnesota-mallissa vältetään myös ei-välttämättömien lääkkeiden käyttöä. Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden katsotaan vaikuttavan samalla tavalla tunteisiin ja mieleen kuin päihdeiden. Lääkkeiden käyttö voi pahimmillaan johtaa päihderiippuvaisen retkahtamiseen. (Lapuan Minnesota-hoidon luentomateriaali 2006, 1,5.)

Edellä mainittu käsitys päihderiippuvuudesta tekee Minnesota-mallista erityisen verrattuna muihin päihderiippuvuuden hoitomalleihin. Päihderiippuvaisen ainoa selviytymismahdollisuus on omaksua täysraittius uudeksi elämäntavakseen. Hoidon päämäärä on huomattavasti erilainen kuin A-klinikalla, jossa nähdään myös muita vaihtoehtoja, kuten kohtuukäyttöön siirtyminen (Halonen 2002, 17).

Minnesota-mallissa hoito muodostuu noin 30 päivän laitoshoidoksista sekä 11 kuukauden jälkihoitoksista, joka tapahtuu paikallisissa AA-ryhmissä tai vastaavissa itse-apuryhmissä. Minnesota-mallissa hoito-ohjelma on tarkasti strukturoitu, vaiheittain etenevä ja päihderiippuvuuteen kohdennettu ohjelma. Yleisesti levinnyt käsitys on, että päihderiippuvaisen on oltava motivoitunut hoitoon, jotta hän voisi hyötyä siitä. Kuitenkin on muistettava, että potilaan hoidon aloittamisvaiheen motivoituneisuus ei ennusta hoidon lopputulosta.

Päihderiippuvuuden tyypillinen oire on ongelman olemassaolon kieltäminen. Useat päihderiippuvaiset tulevat hoitoon ulkoisen motivaation perusteella, kuten perheen painostuksesta. Hoidon tarkoituksena on muuttaa ulkoinen motivaatio sisäiseksi motivaatioksi eli potilaan on henkilökohtaisesti haluttava muutosta elämäänsä (Läheishoito-opas 2006, 4). Tämän vuoksi hoidon yhtenä tarkoituksena on tukea potilasta hänen harjoitellessa selviytymään ilman päihteitä kroonisen sairautensa kanssa. Hoidossa sovelletaankin pienten askelten strategiaa eli AA:n perusohjetta ”päivä kerrallaan”. Monelle asiakkaalle tuntuu vaikealle ajatus täysraittisuuden omaksumisesta loppuelämäksi. Huomattavasti helpommalta tuntuu raittisuuden kokeileminen yhden tunnin, päivän tai viikon ajan (Koski-Jännes 2008, 55). Hoidossa erityistä huomiota kiinnitetään myös addiktiivisen käyttäytymisen laukaiseviin tekijöihin, jotka ylläpitävät addiktiivista toimintaa. Erityisesti keskitytään elämänvaiheeseen, jonka aikana potilas on käyttänyt päihteitä.

Minnesota-mallissa hoitomenetelminä käytetään tehtäväkeskeisiä ryhmiä, luennointia, vertaisryhmiä ja AA-ohjelmaa. Tehtävärhmiä ohjaa toipumiskokemuksen omaava päihdeterapeutti. Terapeutti antaa asiakkaalle elävän esimerkin toipumisen toivosta ja roolimallin, johon voi samastua. Terapeutti tuntee AA-ohjelman ja hänellä on omia kokemuksia raittisuuden säilyttämisestä. Lisäksi terapeutti osaa puhua asiakkaan kanssa ”samaa kieltä” ja häntä hankalampi huijata alkoholistin selityksillä (Halonen 2002, 19).

Terapeutin vuorovaikutustavalla asiakkaiden kanssa on merkittävä vaikutus potilaiden suhtautumiseen hoitoon sekä hoidon onnistumiseen. Tämän takia terapeutin toimintatyyli voi selittää tarkemmin hoitotuloksien vaihtelua kuin asiakkaiden ominaisuudet. Terapeutin koulutuksen ja kokemuksen lisäksi tärkeämpää on omata hyvät ihmissuhdetaidot. Päihdeterapeutin tärkeimpiä ominaisuuksia ovat aitous, ystävällisyys, asiakkaan kunnioitus, empatia ja myönteisyys. Päihdeterapeutti osoittaa asiakkaalle, että hän kykenee tekemään muutoksen ongelmakäyttäytymisessä omien etujen mukaisesti (Koski-Jännes 2008, 20–21).

Ryhmissä käsitellään erilaisia aiheita, kuten seksuaalisuutta, kieltämistä ja syyllisyyttä. Jokainen ryhmän jäsen käsittelee teemaa henkilökohtaisen päihteidenkäyttönsä näkökulmasta. Vertaisryhmissä potilaat toimivat keskenään. Potilaat voivat vertaisryhmässä käsitellä päihdeterapeutin antamia kirjallisia tehtäviä. Tällä tavoin potilaat antavat toisillensa merkittävää vertaistukea, jonka avulla toinen potilas voi ymmärtää paremmin omaa tilannettaan. Luentoja pitää vuorollaan moniammatillisen työryhmän jäsenet. Luennoissa käsitellään päihderiippuvuutta eri näkökulmista käsin. Hoitohenkilökunnan muodostaa moniammatillinen työryhmä: psykologi, päihdeterapeutti, lääkäri, teologi, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. (Ekholm 1998, 211–214.)

4.3 Yhteisöllisyyden merkitys hoitoyhteisössä

Tavanomaista on, että uudelle asiakkaalle tehdään selväksi yhteisön tavoitteet sekä toimintatavat että normit jo ennen hänen saapumistaan hoitoyhteisöön. Yhteisön säännöt ja normit ovat usein päinvastaiset verrattuna huumeryhmiin, joissa toimitaan epärehellisyyden ja toisten hyväksikäytön periaatteiden mukaisesti. Hoitoyhteisössä säännöt korostavat ihmisarvoista elämistä, kuten toisten auttamista, rehellisyyttä ja turvallisuutta. Turvallisessa ja päihteettömässä yhteisössä asiakas voi rakentaa uusia, normaaleja ihmissuhteita aikaisempien menetettyjen tai vääristyneiden ihmissuhteiden tilalle.

AA-perinteissä on keskeistä myöntää, että alkoholismista ei ole mahdollista selvitä yksin vaan siihen tarvitaan muiden tukea ja luottamusta itseään suurempaan voimaan.

Hoidon aikana itseä suurempaa voimaa voi edustaa esimerkiksi hoitoyhteisö. Yhteisön antama tuki sekä suora ja avoin palaute auttaa asiakasta myöntämään päihdeongelmansa. Hoitoyhteisö on ensisijainen muutosvoima yksilön toipumisprosessissa. Hoitoyhteisössä myös monilla henkilökunnan jäsenillä on oma toipumiskokemus. Tämän takia erottavaa kuilua ei pääse syntymään hoitohenkilökunnan ja potilasyhteisön välille.

Toinen tärkeä muutoksen tekijä yhteishoidossa on oma apu eli yksilöt ovat päävaikuttajia toistensa muutosprosessissa. Yhteisössä yksilö luopuu lopulta vääristyneen minänsä puolustuskeinoista ja kohtaa todellisen itsensä sekä käyttäytymisen vaikutukset yhteisön antaman palautteen, tulkinnan ja konfrontaation avulla. Hoitoyhteisön jäsenet saavat toisiltaan vastavuoroista tukea ja apua omaan toipumisprosessiinsa. Vertaisryhmä auttaa yksilöitä oppimaan ja omaksumaan sosiaalisia normeja sekä kehittämään sosiaalisia taitoja. Hoitoyhteisön uusien jäsenten kautta vanhat jäsenet voivat havaita itsessään tapahtuneen muutoksen ja kehityksen. Puolestaan vanhat jäsenet voivat tukea, ohjata ja opettaa yhteisön uusia jäseniä. Tällä tavoin vanhat jäsenet samalla vahvistavat sekä yhteisön että omaa itsetuntoa. Toisin sanoen jäsenet ovat osittain vastuussa toistensa toipumisesta.

Yhteishoidon yhtenä tavoitteena on ihminen, joka on psyykkisesti eheä, vastuuntuntoinen, aktiivinen ja itseensä luottava. Yhteisössä toipumiseen kuuluu myös terveellisten elämäntapojen sekä uusien tapojen ja arvojen omaksuminen. Yhteisössä jäsenet oppivat hyödyntämään omia voimavaroja keskeisimpinä työkaluina toipumisessa. (Hanson 2002, 1–2; Murto 1997, 141, 208–212.) Hoitoyhteisössä asiakas herää ymmärtämään oman juomisensa seuraukset ja ottaa vastuun omasta toipumisestaan.

Yhteishoito kestää jokaisella asiakkaalla tietyn ajan, jonka jälkeen heidän on palattava takaisin omaan elämänpiiriinsä. Tämän vuoksi potilaan ei pidä saada niin paljon aikaa hoitoonsa, että hän tulee riippuvaiseksi hoitoyhteisöstä tai terapeutistaan. Hoidon loppupuolella hoitoyhteisö jää vähitellen taka-alalle ja rohkaisee asiakkaitaan solmimaan uusia, normaaleja ja päihteistä vapaita suhteita, omaisiin, ystäviin, työpaikkoihin ja yhteiskuntaan. (Murto 1997, 219.)

4.4 Minnesota-mallin leviäminen

Minnesota-malli rantautui Yhdysvalloista ensimmäiseksi muihin englanninkielisiin maihin, kuten Iso-Britanniaan ja Kanadaan. Pohjoismaista ensimmäisenä Minnesota-malli otettiin käyttöön Islannissa 1978. Muihin Pohjoismaihin Minnesota-malli levisi 1980-luvun aikana. Ruotsissa Minnesota-mallin johdosta yleistyivät myös AA-ryhmät. Tällä hetkellä Ruotsissa alkuperäistä Minnesota-mallia toteuttaa 25 % hoito-yksiköistä. Puolestaan Minnesota-mallia jossain määrin soveltaa 45 % hoito-yksiköistä. Ruotsissa perustettiin 1990 luvun alkupuolella Minnesota-mallin hoidolle oma yhdistys. Yhdistyksen tarkoituksena on valvoa mallin laatua ja nimeä. Ruotsissa järjestetään myös 1,5 vuoden pituinen kahdentoista askeleen koulutusohjelma päihdeterapeutille (Bodin 2006, 16).

Suomen Minnesota-mallin pioneerina toimi alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkija, sosiaalineuvos Toivo Pöysä. Pöysä oli käynyt vierailulla Kanadassa Thunder Bayssa Smithin klinikalla. Vierailun aikana Pöysä innostui Minnesota-mallin hoitomuodosta, josta hän kirjoitti Suomeen palattuaan. (Kettunen & Leppänen 1994, 35–39.) Aluksi Suomessa tehtiin vapaamuotoisia leirikokeiluja, joissa sovellettiin Minnesota-mallin hoito-ohjelmaa. Suomeen ensimmäinen Minnesota-mallia noudattava klinikka perustettiin vuonna 1982 Espoon Pellakseen. Nykyisin eri puolella Suomea on useita hoitopaikkoja, jotka käyttävät Minnesota-mallin hoito-ohjelmaa eriasteisesti soveltaen. Suomessa Minnesota-mallin hoitolaitoksia ovat esimerkiksi Kalliolan Nurmijärven klinikka, Ojutkangas-klinikka Helsingissä ja Minnesota-hoito Lapualla. Joissakin kunnissa menetelmää sovelletaan myös osana ennaltaehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä. (Ekholm 1998, 215.)

4.5 Aikaisemmat Minnesota-mallia käsittelevät tutkimukset

Minnesota-mallia on tutkittu eri näkökulmista vuosien kuluessa. Aikaisemmissa Minnesota-mallia koskevista tutkimuksista on keskitytty vertaamaan Minnesota-mallin mukaisen hoidon ja erilaisten hoitomallien eroja hoitotuloksissa. Erityisesti on tutkittu

sitä, kuinka moni eri hoitomallin asiakas on jatkanut päihteetöntä elämää hoitojakson jälkeen. Suomessa on jonkin verran tutkittu Myllyhoitoa, joka on yksi sovellettu malli alkuperäisestä amerikkalaisesta Minnesota-mallista. Omassa tutkimuksessani tarkastelen Lapuan Minnesota-hoitoa, joka soveltaa alkuperäistä Minnesota-mallia eri tavalla kuin Myllyhoito. Lapuan Minnesota-hoito on saanut enemmän vaikutuksia ruotsalaisten soveltamasta Minnesota-mallista. Seuraavaksi nostan esiin tärkeimpiä eri näkökulmista tarkastelevia tutkimuksia, joita Suomessa ja ulkomailla on tehty Minnesota-mallin hoidosta.

Tunnetuin suomalainen Minnesota-mallin hoitoa käsittelevä tutkimus on Lauri Keson tekemä. Lauri Keso on tarkastellut tutkimuksessaan Järvenpään sosiaalisairaalan (perinteistä hoitometodia noudattava) ja Kalliolan klinikoiden (Minnesota-mallin hoitoa noudattava) hoitotulosten eroja. Keson tutkimuksessa selvisi, että Minnesota-mallin hoidon käyneiden potilaiden hoitotulos oli parempi verrattuna perinteisen hoidon käyneisiin potilaisiin. Tutkimuksen otos oli 141 potilaan suuruinen ja potilaat satunnaistettiin kahteen hoitolaitokseen. Vuoden kuluttua pidetyssä hoidon jälkeisessä kontrollissa ilmoitti 14 % Kalliolan klinikoiden potilaista pysyneensä raittiina. Vastaavasti 2 % Järvenpään sosiaalisairaalan potilaista kertoi pysyneensä raittiina. (Keso 1988.)

Ilkka Arminen & Riikka Perälä (2001) ovat tutkineet Myllyhoidon moniammatillisen työryhmän tapaa käsitellä ja käyttää hoitoon tulleista asiakkaista kerättyä tietoa. Asiakkaista muodostettua käsitystä hyödynnetään yksilöllisten hoitotoimenpiteiden suunnitteluun. Käytännössä tämä tarkoittaa, että saatua tietoa käytetään valikoidusti ja tarkoitushakuisesti. Tutkimuksessa huomattiin, kuinka hoitoideologia eli kahdentoista askeleen toipumisohjelma ja käsitys alkoholismista sairautena ohjaavat asiakkaiden hoidon suunnittelua ja asiakkaiden kertoman tiedon käsittelyä. Esimerkiksi päihderiippuvuutta arvioivia MAST- ja DSM4-testejä ei käytetä päihdeongelman vakavuuden arvioimisessa vaan alkoholismin olemassaolon osoittamiseen. Testistä saatujen matalien pisteiden tulkittiin viittaavan siihen, että asiakas edelleen kielsi alkoholisminsa. Asiakkaan omaa elämäkertomusta ja läheisten kertomuksista otettiin esiin asiat, jotka todistivat asiakkaan sairastavan alkoholismia. Hoitohenkilökunta oli rakentanut myös hoidon onnistumisen kannalta ihannekuvan potilaasta. Ihannepotilas identifioi itsensä päihderiippuvaiseksi, josta seuraa motivoituneisuus hoitoon. Asiakas

omaksuu siten päihderiippuvuuden hoitamisen koko elämänsä kestäväksi prosessiksi. Loppuelämän kestävään hoitoprosessiin sitoutuminen osoitetaan osallistumalla AA-ryhmään.

Mia Halonen (2002) on perehtynyt tutkimuksessaan vuorovaikutuksen tutkimiseen Myllyhoidon ryhmäterapiassa. Tutkimuksen tarkoitus oli osoittaa, millainen terapeutin välinen kertominen on päihderiippuvaisen kuntoutusprosessissa. Erityisesti asiakkaan kertoma päihteidenkäytön kehityskertomus tarjosi päihdeterapeutille tilaisuuden tarkastella, miten asiakas suhtautuu omaan riippuvuuteensa. Terapeutti voi nostaa esiin asiakkaan kertomuksesta kysymysten tai konfrontaation avulla asioita, jotka viittaavat asiakkaan päihderiippuvuuden olemassaoloon. Osoittamalla asiakkaan kertomuksesta päihderiippuvuuden merkit, voidaan myös yrittää murtaa asiakkaan mahdollinen kieltä eli päihderiippuvuusdiagnoosin vastustus. Lisäksi ryhmässä voidaan käsitellä muita elämiseen liittyviä ongelmia. Ryhmäterapia on yhdenlainen opetustilanne, jossa terapeutin päämääränä on opettaa asiakasta elämään riippuvuutensa kanssa. Ryhmässä muut jäsenet voivat myös konfrontoida ja sovittaa omat kokemuksensa toisten kertomuksiin. Tämän vuoksi ryhmäläisillä, mutta erityisesti päihdeterapeutilla on merkittävä rooli päihderiippuvaisen kuntoutusprosessissa.

Nils Holmberg (1995) vertasi kahden päihdehoitolaitoksen, Kalliolan klinikoiden (Minnesota-mallin hoitoa noudattava) ja Järvenpään sosiaalisairaalan (kognitiivista käyttäytymisterapiaa noudattava) hoitomenetelmien eroja asiakkaissa. Kalliolan asiakkaista tutkimukseen osallistui 78 ja Järvenpään sosiaalisairaalaista 75 asiakasta. Asiakkaiden päihteidenkäytön muutosta arvioitiin erilaisilla testeillä ennen ja jälkeen hoitojakson. Tarkemmin analysoitiin hoidon aikana asiakkaissa tapahtuvaa identifikaatioprosessia. Saadut tulokset eivät ole vertailukelpoisia asiakkaiden erilaisten sosiaalieconomisten taustojen vuoksi. Tutkimuksessa kuitenkin selvisi, että Kalliolan asiakkaista huomattavampi osa identifioi itsensä raittiiksi alkoholistiksi hoidon jälkeen verrattuna Järvenpään sosiaalisairaalan asiakkaisiin. Vähemmistö molempien hoitopaikkojen asiakkaista identifioi itsensä alkoholistiksi hoidon jälkeisessä kontrollissa. Lisäksi sosiaalisen verkoston vaikutus huomattiin merkittäväksi tekijäksi, ennustettaessa hoidon lopputulosta. Asiakkaat, joilla oli pysyvä parisuhde tai lapsia päätyivät joukkoon, jotka omaksuivat raittiin alkoholistin identiteetin.

Seuraavaksi lyhyt katsaus ulkomaisista tutkimuksista, joiden tulokset ovat merkittäviä tämän tutkielman kannalta. Maria Bodin (2006) on arvioinut yksityisen ruotsalaisen Minnesota-mallia noudattavan hoitolaitoksen hoitotuloksia. Tarkastelun kohteena oli asiakkaiden hoidon jälkeinen päihteiden käyttö ja päihteiden vaikutus elämän eri alueilla. Asiakkaita kontrolloitiin vuoden päästä hoitajakson jälkeen. Hoitoon tulovaiheessa asiakkaat olivat joko vaikeasti riippuvaisia tai kohtuukäyttäjiä. Hoidon jälkeisessä kontrollissa vaikeasti riippuvaisilla asiakkailla olivat vaikeammat ongelmat työttömyyden, perheen ja psyykkisen hyvinvoinnin alueella verrattuna kohtuukäyttäjiiin ja raittiisiin asiakkaisiin. Kahden vuoden todennäköinen raittiuden ennuste havaittiin asiakkaissa, jotka kävivät jälkihoidossa AA-ryhmässä, olivat tyytyväisiä hoitotulokseensa ja muuttivat juomistapojaan. Sen sijaan hoidon jälkeen kohtuukäyttäjiksi siirtyneet eivät olleet tyytyväisiä hoitoon ja jättivät jälkihoidon kesken. Yleisesti asiakkaissa huomattiin merkittävää parannusta perhesuhteissa, fyysisessä ja psyykkisessä terveydessä. Vuoden jälkeisessä kontrollissa 174 asiakkaasta 31 % kertoi olevansa raittiina ja 68,4 % ilmoitti heidän elämänsä parantuneen huomattavasti tai osittain vuoden aikana. Kahden vuoden takaisessa kontrollissa asiakkaista 19 % kertoi edelleen säilyttäneen raittiin elämäntavan.

Kansainvälisesti merkittävä päihdehoitoja tutkiva hanke oli kahdeksan vuotinen projekti MATCH. Projektissa tutkittiin hyötyvätkö jotkut asiakkaat tietystä hoitomenetelmästä enemmän kuin toiset. Tarkastelun kohteena olivat terapiaan pohjautuvat hoitomenetelmät: kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu ja kahdentoista askeleen hoito-ohjelmaan pohjautuva terapia. Tutkimukseen osallistui 1700 alkoholiriippuvaista, jotka satunnaistettiin kolmeen erilaista hoitomenetelmää saavaan ryhmään. Osa potilaista sai hoitoa avohoitona ja toiset laitoshoidona. Terapiaa annettiin jokaiselle ryhmälle kerran viikossa 12 viikon ajan. Tutkimustuloksissa ei löydetty merkittäviä eroja eri hoitomenetelmien kesken. Sen sijaan asiakkaiden hoidon alkuvaiheen muutosvalmiudella huomattiin olevan merkittävä vaikutus hoidon jälkeiseen alkoholin käyttöön. Mitä parempi oli asiakkaiden muutosvalmius, sitä vähemmän oli juomista hoidon jälkeen. Lisäksi eroja havaittiin raittiiden päivien lukumäärässä ja nautituissa alkoholimäärissä. Raittiusprosentti oli suurempi kahdentoista askeleen hoito-ohjelmaa noudattavassa ryhmässä kuin motivoivan haastattelun (MH) ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) ryhmässä. Hoidon

jälkeisessä 4–15 kuukauden kontrollissa kahdentoista askeleen ryhmän raittiusprosentti oli 24 % verrattuna MH:n 14 % ja KKT:n 15 %. Vastaavasti 37–39 kuukauden hoidon jälkeisessä kontrollissa kahdentoista askeleen hoitoryhmän raittiusprosentti oli 36 % verrattuna MH:n 27 % ja KKT:n 24 %. (Öjehagen 2007, 140–160; Bodin 2006, 7–9; Saarnio & Knuutila 2006; Cutler & Fishbain 2005.)

5 HOITUYHTEISÖN TOIMINTA

5.1 Lapuan Minnesota-hoito

Lapuan Minnesota-hoito sijaitsee rauhaisella maaseudulla Etelä-Pohjanmaalla. Hoitokoti perustettiin vuonna 1995. Idea hoitokodin perustamisesta lähti Ruotsin Uppsalasta, jossa Lapuan Minnesota-hoidon perustaja Simo Seppelin oli ollut hoidossa Minnesota-mallia noudattavassa hoitoyhteisössä. Aluksi Lapuan hoitopaikan toiminnasta vastasi kolme työntekijää 135 neliön tiloissa. Tällä hetkellä Lapuan Minnesota-hoidossa on hoitohenkilökuntaa 13 ja hoitokodin tilat ovat kasvaneet 1200 neliöön. Minnesota-hoidon pihapiiri koostuu kahdesta erillisestä rakennuksesta. Päärakennuksessa on toimistotilat, terapiatila ja vapaa-ajan tila. Toisessa rakennuksessa sijaitsevat asiakkaiden majoitustilat, ruokasali, toinen terapiatila ja taukotila. Minnesota-hoidossa on 25 hoitopaikkaa, mutta yöpyjiä voi olla kerralla vain 21. Neljää paikkaa pidetään aina varalla, koska hoidot pyörivät taukoamatta ja toiminta on ympäri vuorokautista. Vuosittain hoidossa käy noin 200 potilasta.

Minnesota-hoidossa asiakkaat käyvät läpi 28 vuorokautta kestävästä perushoitojakson sekä 11 kuukautta kestävästä jatkohoidon Minnesota-hoidon omissa jatkohoitoryhmissä. Asiakas voi tarvittaessa viettää pidemmän ajan perushoidossa, jos hänen tilanteensa ja päihdekuntoutukselle asetetut tavoitteet sitä edellyttävät. Lapuan Minnesota-hoidossa hoidetaan alkoholisteja, sekakäyttäjiä ja läheisriippuvaisia. Joka toinen hoitoon tuleva asiakas on alkoholin lisäksi koukussa lääkkeisiin. Heidän alkoholismia on yritetty hoitaa psykiatrisilla huonoin seurauksin. Kuitenkaan asiakkaat eivät ole psyykkisesti sairaampia kuin muut ihmiset. Minnesota-hoidossa alkoholismia pidetään koko perheen sairautena. Tämän vuoksi hoidossa huomioidaan myös päihderiippuvaisen läheiset.

Toisin sanoen Minnesota-hoidon asiakaskunta koostuu kaiken ikäisistä miehistä ja naisista, jotka tulevat eri puolilta Suomea. Asiakkaita on ollut myös ulkomailta, kuten Kiinasta, Espanjasta, Ranskasta ja Havaijilta. Asiakkaat ovat monesti vielä työelämässä, eivät rappiolla olevia alkoholisteja. Tähän mennessä Lapuan Minnesota-hoidon on käynyt läpi 1400 asiakasta ja yli 12000 asiakkaiden perheenjäsentä sekä läheistä. Tietenkin vuosien aikana on ollut myös asiakkaita, jotka ovat keskeyttäneet hoidon. Kuitenkin asiakkaiden toipumisprosentti on ollut hyvin korkea, yli 90 %, koko toiminnan ajan. (Eila Aro 2007, 8.)

5.3 Perushoitajakson hoito-ohjelma ja hoitomenetelmät

Perushoitajakson alkuvaiheessa potilas käy lääkärintarkastuksessa, jossa arvioidaan hänen riippuvuustilansa. Lääkäri tarkistaa, että asiakkaalla ei ole mitään terveydellisiä esteitä hoidon kannalta. Lisäksi tarpeettomat, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet karsitaan pois.

Lääkärintarkastuksen jälkeen asiakas tekee yhdessä päihdeterapeutin kanssa yksilöllisen perushoitosuunnitelman. Perushoitosuunnitelmassa kartoitetaan tilanteita, joissa asiakas on kokenut voimattomuutta päihteitä kohtaan. Lisäksi käydään läpi tunteita, joita päihteidenkäyttö tilanteet ovat asiakkaassa herättäneet. Asiakas piirtää myös sukupuun, jonka avulla tarkastellaan asiakkaan perhesuhteita, alkoholismien esiintymistä suvussa, sosiaalista taustaa sekä tämän hetkisiä sosiaalisuhteita. Perushoitosuunnitelman tarkoituksena on varmistaa, että asiakas kokee hoitonsa aikana raittiuden, voi rauhassa sopeutua terapeuttiseen ympäristöön, saa tarvittavaa tietoa muutosprosessin aloittamiseen sekä riittävästi aikaa aloittaa itsensä muuttaminen. (Läheishoito-opas 2006, 6–7.)

Perushoitajaksolla asiakkaan hoidossa painotetaan ohjattua todellisuusterapiaa, jota on aina kahdeksan tuntia päivittäin. Ohjattua terapiaa pidetään noin neljän tunnin jaksoissa aamulla ja iltapäivällä. Perushoitajaksolla noudatetaan kahdentoista askeleen ohjelmaa, joka on lähtöisin AA-liikkeestä. Hoidon aikana käydään läpi kahdentoista askeleen viisi ensimmäistä askelta. Terapiaa toteutetaan sekä yksilö- että ryhmäterapiana. Ryhmiä on aina tarpeen mukaan joko kaksi tai kolme. Ryhmäterapiassa on kerralla mukana

kahdeksan asiakasta. Ryhmää johtaa koulutettu päihdeterapeutti, joka on itse toipunut alkoholisti. Ryhmässä keskustellaan kunkin asiakkaan elämäkerrasta, juomishistoriasta ja juomisen negatiivisista vaikutuksista ihmissuhteisiin, työhön, tunne-elämään, fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Yleensä päihdeterapeutti työskentelee viikon ajan kahden potilaan kanssa. Tämä ei tarkoita sitä, että muut ryhmäläiset eivät saa osallistua terapiaan. Päinvastoin muut ryhmäläiset saavat osallistua terapiaan ja keskusteluun. Iltaisin asiakkaat pitävät keskenään iltamietiskelyn, jossa he voivat keskustella esimerkiksi päihdeterapeutin määräämästä aiheesta. Perushoitajaksolla asiakkaat eivät tee ruumiillista työtä. Työtä tehdään vain oman itsensä kanssa, jossa on asiakkaille jo riittävästi tekemistä. Asiakkaat saavat ulkoilla halutessaan hoitopaikan läheisyydessä pidempään hoidossa olleen asiakkaan seurassa. (Perushoito-opas 2008, 2–7; Luentomateriaali 2006, 27.)

Perushoitajakson kolmannella viikolla pidetään viikonlopun ajan kestävä läheisviikonloppu, johon saavat osallistua kaikki asiakkaan kutumat läheiset. Alkoholismi on perhesairaus, minkä takia läheisten ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää. Läheisviikonlopun aikana omaisille annetaan kattava tietopaketti Minnesota-hoidosta, hoitokäytännöistä, läheisriippuvuudesta, alkoholismista ja AL-Anonnista. Läheiset työskentelevät myös perheterapeutin kanssa, jolla on omakohtainen kokemus toipumisesta päihdeperheen jäsenenä. Perheterapeutin tapaamisessa ei keskustella hoidossa olevasta asiakkaasta. Perheterapeutti kertoo asiakkaan läheisille omasta elämästään alkoholistiperheessä eli hän toimii päihderiippuvaisen läheisille kuin peilinä. Tällä tavoin läheiset voivat samaistua perheterapeutin ja muiden asiakkaiden läheisten kokemuksiin.

Asiakkaalle pysäyttävintä on hetki, jolloin omaiset saavat kertoa asiakkaalle hänen riippuvuuskäyttämisen vaikutuksista läheisiin. Asiakas ei saa kommentoida vaan hän saa ainoastaan kuunnella. Usein asiakas kuuntelee läheistensä tuntemuksia ensimmäistä kertaa moneen vuoteen. Läheiset poistuvat tilaisuudesta, kun he ovat kertoneet omat kokemuksensa ja tunteet. Tämän jälkeen kaikki asiakkaat ja heidän kanssaan työskentelevät terapeutit käyvät läpi omaisten kertomukset sekä asiakkaan omat kokemukset läheisten kommentteista. Ryhmän jäsenet myös vertaavat läheisten kertomuksia jokaisen potilaan aikaisemmin kertomaan omaan elämäntarinaansa. Tällöin asiakas viimeistään motivoituu muutokseen, kun hän tajuaa omaisilleen aiheuttamansa

kärsimyksen päihderiippuvuutensa aikana. Tavallisesti asiakkaan ja läheisten kertomuksissa löytyy eroavaisuuksia. Erot todistavat päihderiippuvaisen kyvyttömyyden huomata oma juominen ja sen seuraukset.

Viimeisenä läheisviikonlopun päivänä läheiset käyvät läpi omaa toipumistaan ja kertovat omat odotuksensa tulevaisuudelta sekä päihderiippuvaiselta läheiseltään. Läheiset kohtaavat päihderiippuvaisen omaisen uudestaan. Toisella tapaamisella asiakas kertoo, kuinka hän on kokenut oman juomisensa, miten hän koki läheistensä kertomukset ja mitä potilas tekee oman toipumisensa eteen. Läheiset saavat myös kertoa, mitä he odottavat päihderiippuvaiselta omaiseltaan. Asiakas ja läheiset kertovat toisilleen, mikä on arvokasta ja hyvää toisessa ihmisessä. Kokonaisuutena läheisviikonloppu on raskas kokemus asiakkaalle ja hänen läheisilleen. Kuitenkin kokemus antaa paljon molemmille osapuolille. Asiakkailla on viimeistään läheisviikonlopun aikana herännyt tietoisuus omasta päihdeongelmasta ja tapahtunut hoitoon motivoitumista. (Lapuan Minnesota-hoito.)

Perushoitajakson päätyttyä asiakkaille annetaan Opas jatkohoitoon –vihko. Oppaasta asiakkaat löytävät muun muassa neuvoja uuden päihteettömän elämän jatkamiseen ja vihjeitä teemoista, joita voidaan yhdessä käsitellä jatkohoitoryhmässä. Samaten oppaassa on neuvoja kriisitilanteisiin, joissa asiakasta uhkaa retkahtaminen päihteidenkäyttöön.

5.2 Jatkohoito

Jatkohoitoryhmään osallistuvat perushoidon käyneen asiakkaan lisäksi perheviikonloppuna mukana olleet läheiset. Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmät kokoontuvat aina kerran viikossa kymmenellä eri paikkakunnalla. Jatkohoitoryhmiä vetää joku jatkohoitoon osallistuva toipuva alkoholisti. Ryhmän vetäjän tehtävänä on luoda ryhmään avoin, aktiivinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. Ryhmän johtaja toimii myös yhteyshenkilönä ryhmän ja Lapuan Minnesota-hoidon välillä.

Jatkohoitoryhmän tarkoituksena on tukea hoidon käyneen asiakkaan toipumisprosessin edistymistä. Jatkohoitoryhmissä käydään läpi menneen viikon tapahtumia, jotka ovat

mahdollisesti herättäneet negatiivisia tai positiivisia tunteita. Kokemukset pyritään käsittelemään tunteen tasolla. Tarkoituksena on auttaa asiakasta huomaamaan toipumisprosessin edistyminen omalla kohdallaan. Päihtyneenä ei sallita kenenkään osallistua jatkohoitoryhmään. Retkahduksien sattuessa on ryhmäläisten neuvoteltava keskenään, koska retkahtanut saa seuraavan kerran osallistua ryhmään vai kielletäänkö hänen osallistumisensa kokonaan. Retkahdustapauksista ilmoitetaan aina hoitolaitokseen. Lisäksi jatkohoitoryhmästä ei saa perusteettomasta syystä olla poissa. Asiakas menettää oikeutensa jatkohoitoon kolmen perusteettoman poissaolon jälkeen. Kuitenkin asiakkaan läheiset saavat osallistua jatkohoitoon, vaikka heidän toipuva läheinen on saanut osallistumiskiellon. (Opas jatkohoitoon 2008, 1–2.)

Minnesota-hoidolla on yksi erikoisuus, jota he tarjoavat kaikille raitistuneille asiakkailleen. Jokaisella asiakkaalla on käytettävissä bonusviikko eli asiakas voi viettää viikon ajanjakson haluamana ajankohtana Lapuan Minnesota-hoidossa. Bonusviikon edellytyksenä ei ole se, että asiakkaalla olisi ongelmia päihteiden kanssa. Asiakas voi viettää bonusviikon muuten vaan, kuten hengähtäen työpaineista. Bonusviikko on asiakkaiden käytettävissä koko heidän elämänsä loppuun asti (Eila Aro 2007, 8).

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Lähestymistapa

Kiinnostuin Lapuan Minnesota-hoidosta, kun tapasin kesätyöpaikallani hoidon käyneitä ihmisiä ja luin lehdestä kertomuksia hoitopaikasta. Mielenkiintoni ja tutkimushalukkuuttani lisäsi Lauri Keson tekemä tutkimus, jossa verrattiin Järvenpään sosiaalisairaalan (perinteistä hoitometodia noudattava) ja Kalliolan klinikoiden potilaiden hoitotuloksia. Keson tutkimuksessa selvisi, että Minnesota-mallin hoidon käyneiden potilaiden hoitotulos oli parempi verrattuna perinteisen hoidon käyneisiin potilaisiin. Vuoden kuluttua pidetyssä hoidon jälkeisessä kontrollissa ilmoitti 14 % Kalliolan klinikoiden potilaista pysyneensä raittiina. Vastaavasti 2 % Järvenpään sosiaalisairaalan potilaista kertoi pysyneensä raittiina. (Keso 1988.)

Tämän vuoksi kandidaatintutkielmassani (Santala 2007) tarkastelin ensin, mitä terapeutin yhteisön piirteitä löytyy Minnesota-mallia soveltavasta hoitoyhteisöstä. Tutkimukseni pieni muotoisena aineistona käytin kahden Lapuan Minnesota-hoidossa käyneen asiakkaan toipumiskertomusta. Kandidaatintutkielmassani huomasin, kuinka paljon yhteisiä tekijöitä Minnesota-mallista ja terapeutin yhteisöstä löytyy.

Kandidaatintutkielmani jälkeen mieltäni jäivät askarruttamaan, mitkä tekijät edistävät asiakkaiden näkökulmasta katsottuna heidän toipumisprosessiaan. Lisäksi suhtauduin vielä aika skeptisesti hoidon käyneiden asiakkaiden suureen toipumisprosenttiin. Mieltäni vaivaavien kysymysten takia päätin jatkaa Minnesota-mallia noudattavan hoitopaikan, Lapuan Minnesota-hoidon, tarkastelua pro gradu -tutkielmassani. Päätökseni seurauksena olin yhteydessä Lapuan Minnesota-hoitoon ja kävin tapaamassa paikan päällä henkilökuntaa. Hoitopaikan henkilökunta oli kiinnostunut tutkimuksestani ja suostuivat tekemään yhteistyötä.

Tutkimukseni muotoutui kvantitatiiviseksi tutkimukseksi, koska tutkimuskysymykseni olivat sen luontoisia, että niitä pystyi parhaiten lähestymään kvantitatiivisella tutkimusotteella. Tutkimuksessani selvitetään Lapuan Minnesota-hoidon asiakkailta heidän kokemuksiaan perushoito- ja jatkohoitojaksolta. Tarkemman tarkastelun kohteena olivat erilaisten hoitomenetelmien ja läheisten hoitoon osallistumisen

vaikutukset asiakkaan toipumisprosessiin. Lisäksi tutkin päihdekäyttäytymisessä sekä asiakkaan elämänhallinnassa tapahtuneita muutoksia. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää osalta vuoden 2007 aikana hoidossa käyneiltä asiakkailta heidän kokemuksiaan Minnesota-hoidon hoitokokonaisuudesta.

6.2 Tutkimukseen osallistuneet ja aineiston keruu

Pro gradu -tutkielmani tutkittavat olivat kaikki olleet hoidossa Lapuan Minnesota-hoidossa vuoden 2007 aikana. Kyselyni vein Lapuan Minnesota-hoitoon huhtikuussa 2008. Hoitopaikan henkilökunta toimitti kyselylomakkeeni eri puolilla Suomea toimiviin omiin jatkohoitoryhmiinsä, joissa vuoden 2007 aikana hoidossa olleet asiakkaat vastasivat kyselylomakkeeseeni. Kyselylomakkeita lähetin yhteensä 60, joista minulle palautettiin 48 kyselylomaketta. Naisia oli kokonaismäärässä 13 (27,1 %) ja miehiä 35 (72,9 %). Kyselyn vastausprosentiksi tuli 80 %, joka on mielestäni hyvä.

Tutkielmani aineiston keräsin viiden sivun mittaisen kyselylomakkeen avulla. Lapuan Minnesota-hoidossa käy vuosittain hoidossa noin 200 asiakasta. Yhdessä hoitopaikan kanssa arvelimme, että kaikkien asiakkaiden tavoittaminen on mahdotonta. Tämän vuoksi 60 kyselylomakettani toimitettiin jatkohoidossa oleville potilaille, jotka olivat käyneet perushoitajakson vuoden 2007 aikana. Kyseisen vuoden valitsin, koska arvelin asiakasryhmällä olevan vielä tuoreena mielessä hoitokokonaisuuteen liittyneitä kokemuksia, mielipiteitä ja tunteita. Lapuan Minnesota-hoito toimitti kyselylomakkeeni jatkohoitoryhmiinsä touko-kesäkuun aikana. Viimeiset takaisin palautuneet kyselylomakkeeni hain elokuussa Lapuan Minnesota-hoidosta.

6.3 Analyysimenetelmät

Keräämäni aineiston analysoinnissa käytin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows- ohjelman versiota 14.0. Ohjelmistoa on laajalti käytetty apuna tutkimuksessa, sen monipuolisuuden ja käyttäjäystävällisyyden takia. Ohjelman avulla pystyin suorittamaan tarvittavia tilastollisia analyyseja ja kuvaamaan kvantitatiivista aineistoani. Tulosteni käsittelyn aloitin tallentamalla kyselykaavakkeen muuttujat ja

syöttämällä lomakevastausten numeraaliset arvot SPSS-ohjelmistoon. Lisäksi muodostin uusia, tarvittavia muuttujia aineiston alkuperäisistä muuttujista.

Aineiston analysointiin ja kuvaamiseen hyödynsin yksiulotteista frekvenssijakaumaa eli suoraa jakaumaa, summamuuttujia, ristiintaulukointia sekä parametrisiä että nonparametrisiä tilastollisia testejä. Aineistoa kuvasin sekä numeraalisesti että graafisin kuvioin. Avoimia kysymyksiä oli kyselylomakkeessani vain viisi, joista en koonnut erikseen omia taulukoita. Esitin tutkimustuloksissani joitain avointen kysymysten vastauksia, joiden koin palvelevan parhaiten tutkimustani.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus

6.4.1 Tutkimuksen reliabiliteetti

Jokaisen tutkimuksen kohdalla on arvioitava myös suoritettun tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen onnistumista ja pätevyyttä kuvataan tavallisesti reliabiliteetilla ja validiteetilla (Hirsjärvi ym. 2007, 226).

Reliabiliteetilla viitataan tutkimustulosten tarkkuuteen eli mittaustuloksen toistettavuuteen. Reliabiliteetti tarkoittaa siis tutkimuksen tai mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabeli tutkimus voidaan toteuttaa uudestaan samalle tutkittavalle joukolla missä tai milloin tahansa ja tutkimustulos olisi sama kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Reliabiliteettia voidaan mitata rinnakkaismittauksen, toistomittauksen tai sisäisellä yhtenevyydellä. (Metsämuuronen 2000, 52–53; Heikkilä 1998, 28–29.)

Tämän tutkimuksen kohdalla reliabiliteetin toteutuminen ei ole yksiselitteistä. Tein tutkimukseni asiakasryhmälle, joka oli ollut Lapuan Minnesota-hoidon perushoitajaksolla vuonna 2007. Tämän vuoksi tutkimuksen toteuttaminen uudestaan samanlaisten tutkimustulosten saavuttamiseksi olisi mahdotonta. Tutkimusta tehdessäni olivat tutkittavat olleet jatkohoidossa 6–12 kk:ta. Tutkittavien elämäntilanteet olivat tutkimusajankohdassa sellaisia kuin olivat. Jos tutkimus toistettaisiin vuoden tai jo muutaman viikon päästä olisi tutkittavien elämäntilanteet todennäköisesti muuttuneet

suuntaan tai toiseen. Tutkimustulos ei olisi enää siis samanlainen. Tällöin tutkittavat olisivat käyneet läpi jatkohoidon ja jatkaisivat toipumisprosessiaan arkielämässään. Heidän elämäntilanne voi muuttua päivittäin, minkä takia samanlaisen tutkimustuloksen saavuttaminen on mahdotonta.

6.4.2 Tutkimuksen validiteetti

Validiteetilla viitataan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyyn mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat ensisijaisesti, kuinka onnistuneita kyselytutkimuksen kysymykset ovat eli saadaanko niiden avulla vastaus asetettuun tutkimusongelmaan.

Validius voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla tarkastellaan tutkimuksen teoriaosiossa esitettyjen käsitteiden ja mittauksen vastaavuutta. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, että myös toiset tutkijat tulkitsevat saadut tutkimustulokset samalla tavalla. (Heikkilä 1998, 178.)

Tutkimuksessa käytetyt mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa todellisuutta, jota tutkija luulee tutkivansa. Esimerkiksi tutkittavat voivat ymmärtää tutkimuslomakkeen kysymykset eri tavoin kuin tutkija. Jos tutkijaa käsittelee saatuja kyselytutkimuksen tuloksia alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti, tuloksia ei voida pitää pätevinä ja tosina. Tämän vuoksi on tärkeää, että tutkija asettaa tarkkoja tavoitteita tutkimukselleen. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Tutkimuksen validiteetin varmistamiseksi on käsitteet ja muuttujat pyrittävä määrittelemään tarkasti. Tarkkojen määrittämisen puuttuessa, eivät saadut mittaustuloksetkaan voi olla valideja. Validiteetissa tutkimuksessa tutkitaan siis oikeita, tarkasti etukäteen määriteltyjä asioita, jolloin systemaattinen virhe puuttuu. (Heikkilä 1998, 28–29.)

Tämän tutkimuksen kohdalla voin sanoa, että tein kyselylomakkeeni kysymykset asettamieni tutkimuskysymysten ja käsitteiden pohjalta. Kyselyn tarkemman jaottelun suunnittelin tutkimuskysymysten ja Lapuan Minnesota-hoidon henkilökunnan käymän

keskustelun pohjalta. Lapuan Minnesota-hoidon henkilökunnalta ja seminaariryhmäni ohjaajilta sain arvokasta palautetta kyselytutkimuksestani. Tällä tavoin uskoin saavuttavani parhaan mahdollisen lopputuloksen. Tietenkin kyselylomakkeeni olisi voinut rajata ja suunnitella eri tavalla. Mielestäni kyselylomakkeellani sain vastauksia kysymyksiin, joihin halusin niitä löytyvän.

6.4.3 Kyselylomakkeen toimivuuden ja luotettavuuden arviointi

Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaiden kokemuksia päihderiippuvuudesta toipumisesta Minnesota-mallin hoitoyhteisössä sekä heidän elämässä tapahtuneita muutoksia selvitettiin viiden sivun mittaisella kyselylomakkeella (ks. liite 3). Lomakkeen suunnittelun päämääränä oli selkeys ja ytimekkyys, jotta esitettyihin kysymyksiin vastaaminen olisi helppoa. Kyselylomakkeen kysymykset muotoilin tutkielmani tutkimuskysymysten pohjalta. Tarkoituksena oli muotoilla kysymykset, joiden avulla saatiin hahmotettua kokonaiskuva asiakkaiden kokemuksista.

Kyselylomakkeeni suunnittelin kevään 2008 aikana. Suunnittelussa sain arvokasta palautetta graduryhmäni ohjaajilta ja Lapuan Minnesota-hoidon henkilökunnalta. Saamani palautteen avulla pystyin tarkentamaan kysymyksiäni ja valitsemaan oikeat vastausvaihtoehdot. Lomakkeen kysymyksissä pyrin huomioimaan kysymysten vastaavuuden Lapuan Minnesota-hoidon päihdehoitokokonaisuuden kanssa. Tällä tavoin varmistin, että tutkimustulokseni vastaavat todellisuutta. Kyselylomakettani en testannut koehenkilöillä ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista. Luotin siihen, että Minnesota-hoidon henkilökunnan ja graduryhmäni ohjaajien avustuksella sain tehtyä toimivan lomakkeen.

Kyselylomakkeessani hoidon käyneiden asiakkaiden perustiedot kartoitin yhdeksällä kysymyksellä. (kys. 1–9, ks. liite 3). Kysymyksissä selvitettiin sukupuolta, ikää, siviilisäätyä, asumismuotoa, asuinkumppania, koulutusta, pääasiallista toimeentuloa, sosiaalista asemaa ja käytettyjä päihteitä. Ikä kysymyksen kohdalla osa vastaajista ei halunnut paljastaa omaa ikäänsä, mikä ei omasta mielestäni ainakaan ollut mitenkään salattava asia. Luulen iän salaamisen yhtenä syynä olleen sen, että en ollut tehnyt

luokiteltuja vastausvaihtoehtoja. Valmis luokittelu olisi voinut vähentää ikäänsä salaavien määrää.

Asiakkaiden aikaisempaa hoitohistoriaa ja kokemuksia Lapuan Minnesota-hoidon perushoitajaksosta kartoitin viidellä kysymyksellä (kys. 10–14, liite 3). Hoitohistoriakysymyksissä keskityin kartoittamaan vastaajien aikaisempia hoitotahoja ennen Lapuan Minnesota-hoitoa. Lisäksi selvitin ovatko vastaajat olleet aikaisemmin A-kerhon tai AA-killan toiminnassa. Erityisesti minua kiinnosti, kuka oli innoittanut asiakasta lähtemään hoitoon ja maksanut hänen hoitonsa. Asiakkaiden kokemuksia Minnesota-hoidon käyttämien hoitomenetelmien tuesta perushoitajakson aikana selvitin laajemman kysymyskokonaisuudella, joka rakentui Minnesota-hoidon käyttämistä hoitomenetelmistä (kys. 14, ks. liite 3).

Asiakkaiden kokemuksia jatkohoidosta ja heidän nykyistä elämäntilannetta selvitin yhdeksällä kysymyksellä. (kys. 15–23, liite 3). Kysymyksissä keskityin selvittämään, onko asiakkaiden suhtautumisessa päihteisiin, suhteissa läheisiin ja omassa elämässä tapahtunut muutoksia verrattuna Minnesota-hoitoa edeltävään aikaan. Samoin tutkin, että ovatko asiakkaat ja heidän läheiset osallistuneet Minnesota-hoidon järjestämään ja suositteluun jatkohoitoryhmään. Näillä kysymyksillä sain mielestäni selvitettyä riittävän hyvin asiakkaiden kokemuksia perushoitajakson jälkeisestä elämästä.

Useimmat kyselyyn osallistuneista olivat vastanneet huolellisesti kaikkiin lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Tämän takia kysymykset olivat ilmeisesti selkeitä, koska en saanut vastaajilta kommentointia kyselystä jälkikäteen.

Mielestäni kysely oli enimmäkseen toimiva ja palveli tutkimustani toivotulla tavalla. Kyselytutkimuksella sain laajasti tietoa eri asioista, minkä vuoksi kyselyä olisi voinut ehkä joiltain osin supistaa. Tosin tarkempaa päihteidenkäytössä tapahtunutta muutosta en pystynyt kyselyni avulla selvittämään. Kyselyssä keskityin vain kysymään, mitä päihteitä vastaajat olivat käyttäneet ja olivatko he pysyneet raittiina perushoitajakson jälkeen. Tärkeämpänä siis pidin tietoa asiakkaiden raittiuden säilymisestä jatkohoidon aikana. (kys. 9 & 19, liite 3). Tarkennusta päihteidenkäyttö historiaan olisi tullut esimerkiksi kysymyksillä: kuinka usein asiakas joi, missä tilanteissa hän joi ja kuinka paljon hän käytti päihteitä ennen kuin hän saapui hoitoon. Yhden merkittävän puutteen

huomasin aikaisempia hoitotahoja selvittävässä kysymyksessä (kys. 10, liite 3). Kysymyksen kohdalla en ollut huomannut, että kaikilla vastaajilla ei ole välttämättä aikaisempaa hoitohistoriaa. Tämän vuoksi kyselystä puuttui vaihtoehto, minulla ei ole ollut aikaisempia hoitotahoja. Onneksi monet vastaajat olivat kirjoittaneet kyselylomakkeeseen, että heillä ei ole aikaisempia hoitotahoja. Vastaajien oma oivallus auttoi ensikertalaista tutkijaa selviämään omasta erehdyksestään.

Muutamissa kysymyksissä huomasin, että vastaamisohjeita olisi ollut syytä selventää. Tällaisia kysymyksiä olivat esimerkiksi asiakkaan hoitoon hakeutumisen aloitteentekijä (kys. 12, liite 3) sekä tärkein tukea antanut läheinen (kys.18, liite 3). Kyseisissä kysymyksissä asiakkaat olivat ympyröineet yhden vastauksen sijasta kaksi tai useamman, mikä aiheutti ongelmia vastausten tilastointiin. Syynä kyseiseen vastaamiseen lienee ainakin kysymysten ohjeistuksen puutteellisuus. Toisaalta asiakkaat ovat voineet saada rohkaisua hoitoon hakeutumisesta usealta taholta ja he ovat myös kokeneet useamman ihmisen tukeneen heitä toipumisprosessin aikana. Tämän takia yhden vastauksen valitseminen ei olisi antanut realistista kuvaa asiakkaiden tilanteesta.

Kyselylomakkeessani oli siis onnistuneita asioita, kuten valittujen tutkimuskysymysten mukainen aihepiirien rajaus sekä kohdennetut kysymykset. Suurin osa vastaajista oli vastannut kyselyyni huolellisesti, mikä voisi olla yksi merkki kyselylomakkeen ymmärrettävyydestä. Kysymykset eivät olleet kovin raskaita eli tarkoituksena ei ollut selvittää vastaajien syvempiä tuntemuksia. Tärkeintä oli selvittää keskeisimmät asiat, jotka liittyvät asiakkaan päihdekuntoutusprosessiin.

6.5 Tutkimuksen eettinen tarkastelu

Eettisyys on aina keskeisessä roolissa suunniteltaessa ja toteutettaessa tutkimusta. Erityisesti eettisyys painottui kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa. Tarkemmin oli mietittävä, minkälaisia asioita voidaan kysyä ja millaista tietoa tarvitaan juuri tähän tutkimukseen. Samaten tuli pohtia, miten tarpeelliset tiedot saataisiin kysymyksillä selvitettyä. Suunnittelussa oli huomioitava päihderiippuvuuden arkaluonteisuus ja asiakkaiden elämäntilanteet. Kuitenkin tällaisen kyselyn jotkut asiakkaat voivat kokea ahdistavana ja kokea sen myötä mielipahaa.

Ennen varsinaista aineiston keruuprosessia pyysin tutkimuslupaa Lapuan Minnesota-hoidon perustajalta Simo Seppeliniltä. Sovimme, että Lapuan Minnesota-hoito huolehtisi kyselylomakkeiden postittamisesta eteenpäin asiakkaille. Tällä tavalla ratkaisimme tietoturvaongelman, joka olisi liittynyt siihen, että olisin itse saanut asiakkaiden yhteystiedot kyselylomakkeiden postittamista varten. Mielestäni kyseinen menettely oli hyvä, enkä rikkonut tutkimusmenettelyn mukaisia eettisiä ohjeita.

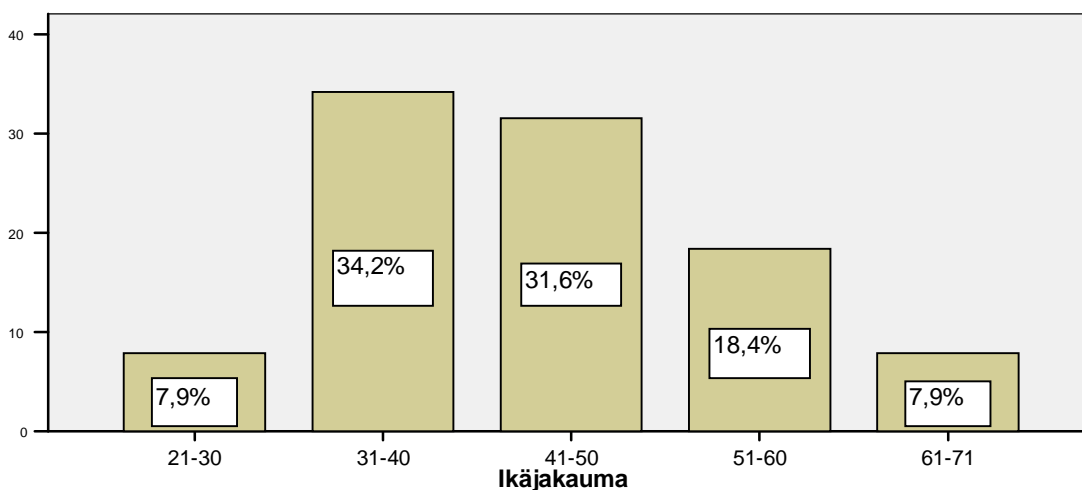
Kyselylomakkeeseen liitin saatekirjeen (ks. liitteet 2 & 3), jossa kerroin tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta sekä korostin sen luotettavuutta että asiakkaiden henkilökohtaisten tietojen pysymistä salassa. Kyselyn tietojen lupasin tulevan vain omaan haltuuni. Samaten lupasin hävittää kaikki tutkimuslomakkeet tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Liitteessä kerroin, että kyselyyn vastaaminen on asiakkaille täysin vapaaehtoista. Mitään ylimääräisten houkuttimien tarjoamista kyselyyn vastaajille, kuten lahjakorttien arvontaa, en katsonut tarpeelliseksi. Luotin siihen, että Minnesota-hoidon asiakkaista löytyy riittävä määrä vapaaehtoisia, jotka haluavat osallistua kyselytutkimukseeni. Kuitenkin saatekirjeessä korostin asiakkaiden mielipiteiden merkitystä ja arvokkuutta tutkimuksen kannalta. Tietysti voi aina miettiä, että olisiko ylimääräinen houkutin lisännyt kyselyyn vastanneiden lukumäärää.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja

Kyselytutkimukseen vastasi yhteensä 48 asiakasta, joista naisia oli 13 (27,1 %) ja miehiä 35 (72,9 %). Aineiston ikäjakauman mediaani ja keski-arvo ovat 43. Kymmenen vastaajaa ei paljastanut omaa ikäänsä, joka on 20,8 % kyselyyn osallistuneiden kokonaismäärästä. Vastaajien ikä vaihteli 21–71 vuoden välillä (ks. kuvio 3). Iän suhteen eniten painottui ikäryhmä 31–40-vuotiaat, johon kuului 34,2 % vastaajista. Sen sijaan 41–50 -vuotiaiden ikäryhmään kuului 31,6 % vastaajista ja ikäryhmään 51–60 -vuotiaat edusti 18,4 % vastaajista. Loput vastaajista sijoittuivat tasaisesti jäljellä oleviin ikäryhmiin 21–30-vuotiaat (7,9 %) ja 61–71-vuotiaat (7,9 %).

Prosenttia



Kuvio 3. Lapuan Minnesota-hoidon hoitoon osallistuneiden asiakkaiden ikäjakaumat (N = 38).

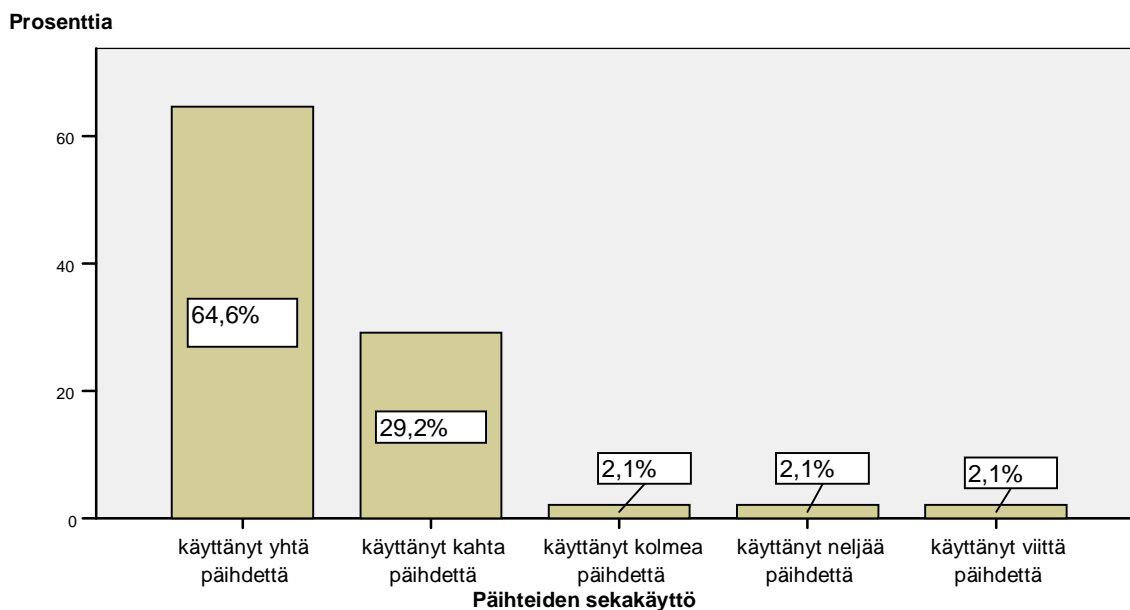
Asiakkaiden siviilisäätystä selvittävässä kysymyksessä vastaajista 50,0 % ilmoitti olevansa naimisissa, eronneita oli 20,8 %, avoliitossa 16,7 % ja naimattomia 12,5 %. Kukaan vastaajista ei ollut leski tai asuserossa.

Asumismuotoa kartoittavassa kysymyksessä selvisi, että kukaan kyselyyn osallistuneista ei ollut asunnoton. Sen sijaan asiakkaista 66,7 % asui omassa asunnossa, 29,2 % vuokralla ja 4,2 % vanhempien luona. Suurin osa vastaajista eli myös yhteistaloudessa. Asiakkaista 68,8 % asui avio- tai avopuolison kanssa, 18,8 % asui yksin ja 12,5 % ilmoitti asuvan muiden omaisten kanssa.

Kyselyssä kartoitin myös asiakkaiden koulutustaustaa. Asiakkaista suurimmalla osalla 32,6 % oli ammatillinen peruskoulutus. Vastaajista 30,4 % oli käynyt opintoasteen koulutuksen/ammattikorkeakoulun ja 10,9 % oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Korkeakoulututkintoja 8,7 %, keski- tai peruskoulun 6,5 % ja kansa- tai kansalaiskoulun 8,7 % suorittaneet edustivat selvästi vähemmistöä vastaajissa. Kuitenkaan kukaan vastaajista ei ollut jättänyt koulunkäyntiä kesken, muun koulutuksen kertoi käyneen 2,2 % vastaajista.

Sosiaaliselta asemaltaan asiakkaista työntekijöitä oli 35,4 %, toimihenkilöitä 29,2 % ja yrittäjiä 22,9 %. Vähemmistö asiakkaista oli eläkeläisiä 6,3 % ja maanviljelijöitä 2,1 %. Suurin osa asiakkaista vastasi olevan ansiotyössä 83,3 %. Muiden työtilannetta kuvaavien vaihtoehtojen prosentuaaliset osuudet olivat pienempiä (eläkkeellä 6,3 %, työttömänä 8,3 % ja kotitaloutta hoitava 2,1 %).

Yhdellä kysymyksellä kartoitin, mitä päihdettä tai päihteitä asiakkaat olivat käyttäneet ennen Minnesota-hoidon perushoitajaksoa. Käytetyimmäksi päihteeksi nousi alkoholi, jota jokainen vastaaja oli käyttänyt. Seuraavaksi käytetyin päihde oli lääkeaine (33,3 %) ja kolmanneksi käytetyin oli kannabis (6,3 %). Lisäksi tarkastelin, kuinka paljon vastaajien keskuudessa oli esiintynyt päihteiden sekakäyttöä. Vastaajista 64,6 % oli käyttänyt vain yhtä päihdettä ennen hoitoon tuloa. Puolestaan 29,2 % vastaajista oli käyttänyt kahta päihdettä eli heillä oli esiintynyt päihteiden sekakäyttöä. Vastaajista vain 6,3 % oli käyttänyt kolmea, neljää tai viittä päihdettä eli heillä päihteiden sekakäyttö oli ollut huomattavampaa. Tuloksista voi päätellä, että tavallisten alkoholistien määrä on laskenut. Sen sijaan sekakäyttäjiä on suhteellisen paljon vastaajista (ks. kuvio 4).



Kuvio 4. Lapuan Minnesota-hoidon hoitoon osallistuneiden asiakkaiden päihteiden sekakäyttö ennen hoitojaksoa (N = 48).

7.2 Asiakkaiden aikaisempi hoitohistoria

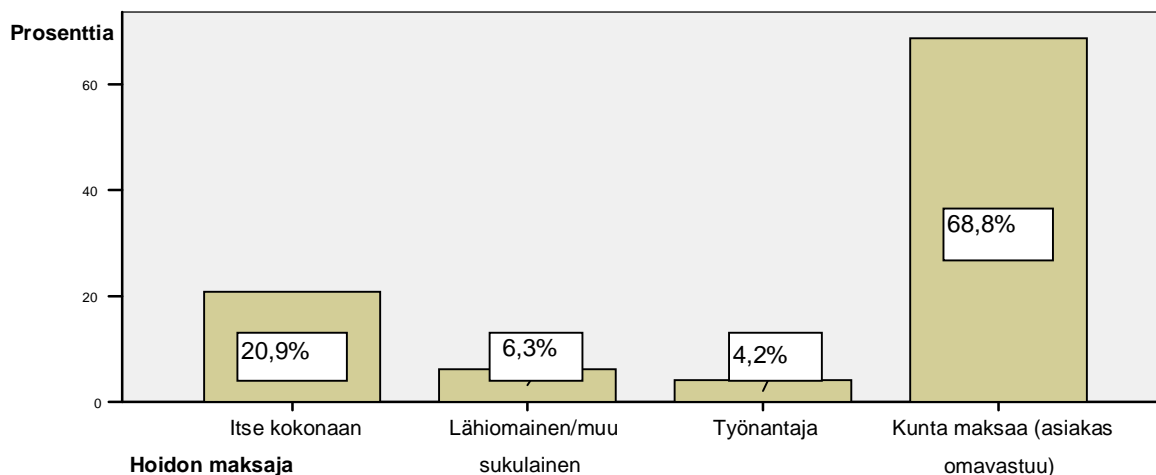
Kyselylomakkeella kartoitin asiakkaiden aikaisempaa hoitohistoriaa. Mielenkiintoista oli huomata, että suurimmalla osalla asiakkaista (35,4 %) ei ollut aikaisempaa hoitohistoriaa. Heille Lapuan Minnesota-hoito oli ensimmäinen päihdehoitopaikka. Sen sijaan vastaajista 31,3 % oli ollut yksi aikaisempi hoitotaho ennen Lapuan Minnesota-hoitoa. Puolestaan vastaajista 56,3 % oli ollut kaksi aikaisempaa hoitotahoa. Ainoastaan 12,6 % vastaajista oli ollut kolme tai neljä hoitotahoa. Vastaajista 22,9 % oli saanut hoitoa katkaisuhuoltoasemalla, 37,5 % A-klinikalla, 20,8 % päihdehuollon laitospäästössä ja 18,8 % psykiatrisessa hoitopaikassa. Muissa päihdehuollon hoitopaikoissa oli ollut 16,7 % vastaajista. Kolme vastaajaa mainitsi aikaisemmiksi hoitotahoksi Kalliolan Myllyhoidon, kaksi oli ollut aikaisemmin hoidossa terveyskeskuksessa. Muita mainittuja hoitotahoja olivat Suomen terveystalo (päihdeterapeutti), Lapin päihdehuolto ja yksi vastaaja kertoi saaneensa ilokaasuhoitoja.

Halusin selvittää myös kyselyyn osallistuneiden aikaisempaa osallistumista AA-kerhon tai AA-killan toimintaan. Tarkoituksena oli selvittää, että oliko aikaisempi osallistuminen laskenut kynnystä lähteä hoitoon Lapuan Minnesota-hoitoon, joka soveltaa hoito-ohjelmassaan AA:n toipumisohjelmaa. Enemmistö vastaajista (79,2 %) ei ollut aikaisemmin osallistunut AA-toimintaan. Vastaajista vain 20,8 % oli ollut aikaisemmin mukana AA-toiminnassa.

7.3 Toipumisprosessia tukevat elementit

Tutkimuksen kannalta yksi mielenkiintoisin kysymys selvitti, kuka oli ollut aloitteentekijä asiakkaan hoitoon hakeutumisessa Lapuan Minnesota-hoitoon. Kysymykseen oli vastannut jokainen kyselyyn osallistunut. Suurin osa vastaajista kertoi hakeutuneen hoitoon omasta tahdostaan (64,6 %). Oman tahdon lisäksi tuttava tai perheenjäsen oli innoittanut lähtemään hoitoon (43,8 %). Vähiten kannustusta hoitoon hakeutumiseen oli saatu työntajalta ja virallisilta tahoilta (sosiaalityöntekijä, terveyskeskushenkilöstö tai päihdehuollon työntekijä). Hoitoon hakeutumisessa oli enemmistöllä vastaajista vaikuttanut yksi ihminen (75 %), kaksi ihmistä (22,9 %) tai kolme ihmistä (2,1 %).

Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaiden merkittäväksi hoidon maksajaksi nousi kunta (68,8 %). Kunnan sosiaalitoimi oli myöntänyt maksusitoumuksen, jonka jälkeen asiakkaalle jäi maksettavaksi omavastuuosuus hoitokokonaisuudesta. Asiakkaista myös huomattava osa oli maksanut hoitonsa itse (20,8 %). Muutaman vastaajan hoidon oli maksanut työntaja (4,2 %) tai joku lähiomainen (6,3 %) (ks. kuvio 5).



Kuvio 5. Asiakkaan Lapuan Minnesota-hoidon maksaja (N = 48).

Lapuan Minnesota-hoidon laitostuntoutusjakso on lyhyt, mutta tiivis hoitokokonaisuus. Perushoitajakson aikana asiakkaan päihdekuntoutusta tuetaan erilaisin hoitomenetelmin. Osa menetelmistä auttaa asiakasta havahtumaan ja ymmärtämään oman päihdeongelmansa vakavuuden. Menetelmillä tuetaan asiakkaan motivoitumista hoitoon ja tarjotaan vertaistukea hoidon aikana. Kyselylomakkeessa pyysin asiakkaita arvioimaan, mitkä Lapuan Minnesota-hoidon perushoitajakson hoitomenetelmät olivat parhaiten tukeneet päihderiippuvuudesta toipumisessa.

Tärkeäksi hoitomenetelmäksi korostui perushoitajakson kolmannen viikon aikana järjestetty läheisviikonloppu, joka 83,3 % vastaajan mielestä tuki erittäin paljon toipumisprosessia. Asiakkaiden mielestä hoitomenetelmistä erittäin paljon toipumisprosessissa tukivat myös oman elämäkerran kertominen/kirjoittaminen (62,5 %), päihdeterapeutin ohjaamat ryhmäistunnot (60,4 %), yhdessäolo toisten potilaiden kanssa (56,4 %), hoitolaitoksen ilmapiiri (53,2 %) ja läheisten antama tuki (52,1 %).

Erittäin vähän tukea toipumisprosessiinsa asiakkaat olivat saaneet alkoholitestistä (37,8 %), lääkärin palveluista (32,6 %) ja AA-käynneistä (12,8 %). Loput perushoitajakson hoitomenetelmät olivat tukeneet vastaajien mielestä jonkin verran tai melko paljon heidän toipumistaan (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Lapuan Minnesota-hoidon perushoitajakson hoitomenetelmien tuen vaikuttavuus tarkasteltuna prosentuaalisina osuuksina.

	Erittäin vähän %	Melko vähän %	Jonkin verran %	Melko paljon %	Erittäin paljon %	Vastanneita N
Läheisviikonloppu	0	2,1	2,1	12,5	83,3	48
Oman elämänkerran kertominen/kirjoittaminen	0	0	6,3	31,3	62,5	48
Päihdeterapeutin ohjaamat ryhmä istunnot	0	0	2,1	37,5	60,4	48
Yhdessäolo toisten potilaiden kanssa	0	0	8,3	35,4	56,4	48
Hoitolaitoksen ilmapiiri	0	0	8,5	38,3	53,2	47
Läheisten antama tuki	0	6,3	14,6	27,1	52,1	48
Toipuneiden potilaiden tapaaminen	0	2,2	15,2	41,3	41,3	46
Juomishistorian läpikäyminen	0	2,2	10,9	47,8	39,1	46
Pienryhmät	2,1	2,1	4,2	58,3	33,3	48
Muilta saatu palaute	0	2,3	15,9	50	31,8	46
Iltamietiskely	2,1	4,2	25	39,6	29,2	48
Ympäröivä luonto	10,6	17	34	19,1	19,1	47
Sukupuun piirtäminen	6,3	27,1	29,2	22,9	14,6	48
12 askeleen toipumisohjelma	0	12,8	40,4	34	12,8	47
Luennot, dvd: t, videot ym.	8,3	22,9	29,2	27,1	12,5	48
Perushoitosuunnitelma	6,4	12,8	34	36,2	10,6	47
Alkoholitesti	37,8	24,4	17,8	11,1	8,9	45
Alkuhaastattelu	4,3	36,2	29,8	25,5	4,3	47
Lääkärin palvelut	32,6	25,6	18,6	20,9	2,3	43
AA-käynnit	12,8	25,5	36,2	23,4	2,1	47
Muut asiat	0	0	0	33,3	66,7	9

Yhdessä hoitomenetelmiä arvioivassa kysymyksessä pyydettiin kyselyyn osallistujaa itse nimeämään asia, joka oli hänen mielestään auttanut toipumisprosessissa. Kysymykseen oli vastannut yhdeksän osallistujaa, joista 66,7 % mielestä heidän nimeämänsä asia oli tukenut heitä erittäin paljon toipumisprosessissa. Vastanneiden mukaan toipumista olivat edistäneet hyvät terapeutit, oma motivaatio/halu, asennemuutos, kiitollisuus, käynti Minnesota-hoidossa neljän kuukauden jälkeen ja eläminen päivä kerrallaan.

7.4 Jatkohoito

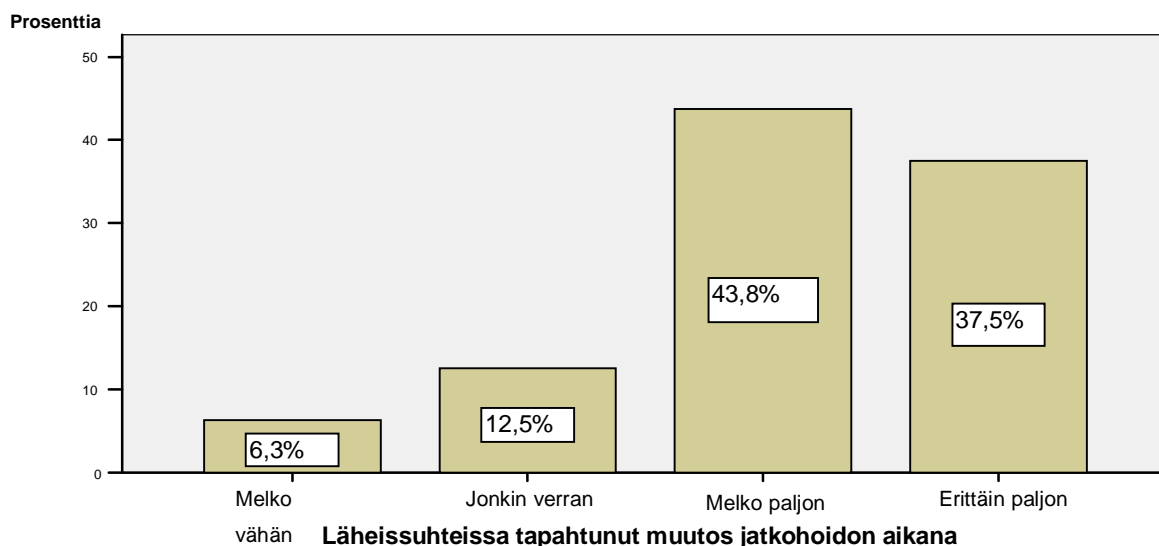
Päihderiippuvaisen kuntoutusprosessi saa alkunsa laituskuntoutusjakson aikana. Kuntoutusjakson aikana opetellaan uusia, päihteetöntä elämää tukevia elämäntapoja. Tämän vuoksi jatkohoito voi olla päihdekuntoutujalle haasteellista aikaa, kun hän yrittää toteuttaa päihteetöntä elämää omassa elinympäristössään. Tutkimuksessani halusin selvittää, kuinka asiakkaiden kuntoutusprosessi on edennyt heidän normaalissa elinympäristössä, onko heidän läheissuhteissa, juomistavoissa ja elämäntilanteessa tapahtunut muutosta jatkohoidon aikana.

Lapuan Minnesota-hoito järjestää perushoitajakson jälkeen omia jatkohoitoryhmiä eri paikkakunnilla. Tämän takia kysyin asiakkailta, että osallistuvatko he Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään vai käyvätkö he muissa vertaistukiryhmissä. Vastaaajista (95,8 %) ilmoitti osallistuvansa Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään. Ainoastaan kaksi vastaajaa kävi jatkohoidossa muussa vertaistukiryhmässä.

Lapuan Minnesota-hoidossa kehoitetaan asiakkaiden läheisiä osallistumaan jatkohoitoryhmään. Kyselytutkimuksessa asiakkaista 64,7 % ilmoitti heidän läheisen osallistuvan myös jatkohoitoon. Sen sijaan 33,3 % asiakkaista kertoi, että heidän läheinen ei osallistu jatkohoitoon.

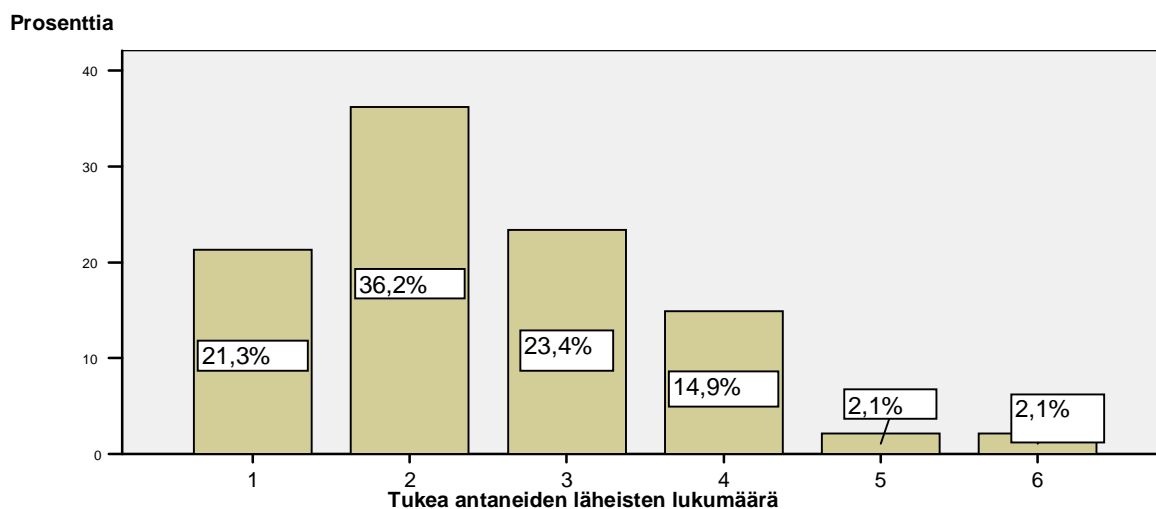
Asiakkailta kysyttiin myös oliko heidän suhteensa läheisiin muuttunut jatkohoidon aikana. Enemmistö vastaajista (43,8 %) oli kokenut, että läheissuhteet olivat muuttuneet melko paljon jatkohoidon aikana. Erittäin paljon muutosta läheissuhteissa oli kokenut

18 vastaajaa (37,5 %), kun taas jonkin jonkin verran ja melko vähän muutosta vastaajista yhdeksän (18,8 %) arvioi tapahtuneen (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Asiakkaiden kokema muutos läheissuhteissa jatkohoidon aikana (N = 48).

Kyselyssä kartoitettiin läheiset, joiden tuen asiakas oli kokenut tärkeäksi toipumisprosessinsa aikana. Enimmäkseen asiakkaat olivat saaneet tukea kahdelta läheiseltä 36,2 %. Asiakkaiden tärkein läheistukiverkosto saattoi muodostua myös kolmesta (23,4 %), yhdestä (21,3 %) tai neljästä (14,9 %) läheisestä ihmisestä (ks. kuvio 7). Tärkeimmiksi läheisiksi vastaajien keskuudessa nousivat oma puoliso (64,6 %) ja lapset (56,3 %). Toisaalta tulos täsmää vastaajien siviilisäädyn kanssa, koska enemmistö kyselyyn osallistuneista oli naimisissa.

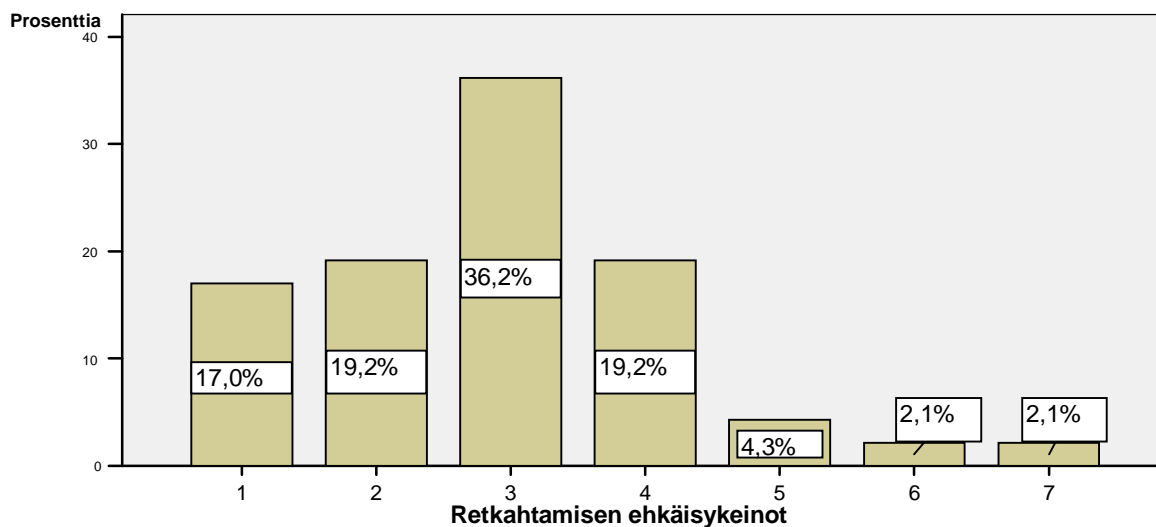


Kuvio 7. Asiakkaalle toipumisprosessin aikana tukea antaneiden läheisten lukumäärä (N = 47).

7.5 Päihteidenhallinnassa tapahtuneet muutokset

Päihdekuntoutuksen aikana asiakkaan elämäntilanteessa voi tapahtua merkittäviä muutoksia. Mahdollisia muutoksia etsin myös kyselyssäni. Asiakkailta kysyin, ettei oliko heidän päihteiden käyttö muuttunut perushoitajakson jälkeen. Asiakkaista 47 vastasi, ettei ollut käyttänyt päihteitä perushoitajakson jälkeen. Asiakkaista vain yksi oli käyttänyt perushoitajakson jälkeen päihteitä, mutta hänen mukaansa käyttö oli jäänyt muutama kertaan.

Kyselyssä pyysin vastaajia selvittämään, kuinka he olivat ehkäisseet retkahtamista, jos he eivät olleet käyttäneet päihteitä perushoitajakson jälkeen. Valtaosa vastaajista (36,2 %) oli käyttänyt retkahtamisen ehkäisyyn kolmea eri selviytymiskeinoa. Vastaajista 17,0 % oli käyttänyt yhtä retkahtamisen ehkäisykeinoa, kahta tai neljää retkahtamisen ehkäisykeinoa oli käyttänyt 19,2 % vastaajista (ks. kuvio 8). Asiakkaat olivat enimmäkseen turvautuneet kolmeen eri retkahtamisen ehkäisykeinoon.



Kuvio 8. Asiakkaiden käyttämien retkahtamisen ehkäisykeinojen lukumäärä (N = 47).

Suosituimpia retkahtamisen ehkäisykeinoja olivat itsehoitoryhmään osallistuminen (50 %), keskustelut läheisten ihmisten kanssa (66,7 %), entisen seuran välttäminen (35,4 %) ja liikunta harrastukset (33,3 %). Yksitoista kyselyyn osallistuneista kertoi käyttävän muita retkahtamisen ehkäisykeinoja, joita ei ollut monivalintakysymyksissä. Tällaisia keinoja olivat muun muassa AA-ohjelma, ruumiillinen työ, eläminen päivä kerrallaan ja raittiuden sisäistäminen omaksi elämäntavaksi.

7.6 Elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset jatkohoidon aikana

Lyhyillä avoimilla kysymyksillä kartoitin siviilisäädystä, työtilanteesta/työttömyydessä, sosiaalisessa asemassa, koulutuksessa ja asumisessa tapahtuneita muutoksia. Kysymykseen oli jokainen 48 kyselyyn osallistujasta vastannut ja heistä 20 ilmoitti jatkohoidon aikana tapahtuneen muutosta. Kovin merkittävää muutosta ei ollut tapahtunut vastaajien siviilisäädystä. Vastaajista vain neljällä (8,3 %) oli tapahtunut muutosta siviilisäädystä. Muutos oli ollut joko ero, suhteen vakiintuminen tai asumuseron päätyminen. Paljon muutosta oli tapahtunut työtilanteesta/työttömyydessä

(31,3 %). Kahden vastaajan työsuhde oli päättynyt jatkohoidon aikana. Kolmellatoista asiakkaalla työtilanne/työttömyys oli mennyt positiivisempaan suuntaan.

”Työtehtävät vaihtuivat ja lähteneet rullaamaan hyvin. Saanut hyvää palautetta.” H7

”Olen alkanut pysymään töissä. Ajan ajokorttia.” H13

”Olen saanut vakituisen työn.” H20

”Kurssit, työharjoittelu ja tuleva oppisopimus.” H18

”Töissä pitkän sairasloman jälkeen.” H27

”Olen saanut entisen työpaikan takaisin.” H40

Asiakkaiden keskuudessa oli tapahtunut muutoksia myös asumisessa (14,6 %) ja sosiaalisessa asemassa (12,5 %). Asumismuutoksia olivat muutto vuokra-asunnosta omistusasuntoon tai päinvastoin, muutamat olivat muuttaneet asumaan yksin tai vanhempien luokse. Sosiaalisen aseman muutoksia olivat seuran vaihtuminen ja arvostuksen kasvu.

”Minua arvostetaan selvästi enemmän.” H4

”Seurustelen raittiiden ihmisten kanssa.” H13

”Olen arvostettu perheenjäsen.” H20

Kyselyyn osallistuneilta kartoitin myös elämässä tapahtuneita muutoksia jatkohoidon aikana (ks. taulukko 2). Merkittävää muutosta parempaan oli asiakkaiden mielestä tapahtunut rehellisyydessä (58,3 %), fyysisessä terveydessä (45,8 %), avoimuudessa (43,8 %), elämänhalussa (43,8 %) ja itsearvostuksessa (41,7 %). Sen sijaan muutosta parempaan oli tapahtunut psyykkisessä terveydessä (62,5 %), positiivisessa tulevaisuuden odotuksessa (58,3 %), suhtautumisessa muihin ihmisiin (55,3 %),

kasvussa ihmisenä (54,2 %), elämänhalussa (52,1 %) ja itseluottamuksessa (52,1 %). Puolestaan merkittävää muutosta huonompaan tai muutosta huonompaan oli asiakkaiden mielestä tapahtunut hyvin vähän tai ei ollenkaan. Jotkut asiakkaista kokivat, että muutosta ei ollut tapahtunut esimerkiksi itseluottamuksessa (10,4 %), suhtautumisessa muihin ihmisiin (10,6 %), fyysisessä terveydessä (8,3 %), kasvussa ihmisenä (8,3 %) ja itsearvostuksessa (8,3 %).

Taulukko 2. Asiakkaiden elämässä tapahtuneet muutokset jatkohoidon aikana tarkasteltuna prosentuaalisina osuuksina.

	Merkittävä muutos huonompaan %	Muutosta huonompaan %	Ei muutosta %	Muutosta parempaan %	Merkittävä muutos parempaan %	N
Rehellisyys	0	0	4,2	37,5	58,3	48
Fyysinen terveys	0	0	8,3	45,8	45,8	48
Elämänhalu	0	0	4,2	52,1	43,8	48
Avoimuus, esim. Omista tunteista puhuminen	0	2,1	6,3	47,9	43,8	48
Itsearvostus	0	0	8,3	50	41,7	48
Positiivinen tulevaisuuden odotus	0	0	2,1	58,3	39,6	48
Kasvu ihmisenä	0	0	8,3	54,2	37,5	48
Itseluottamus	0	0	10,4	52,1	37,5	48
Suhtautuminen muihin ihmisiin	0	0	10,6	55,3	34,0	47
Psykykinen terveys	2,1	2,1	6,3	62,5	27,1	48

7.7 Sukupuolten välinen ero toipumisprosessissa

Tarkastelin tarkemmin sitä, että eroavatko miesten ja naisten mielipiteet seitsemänä parhaana pidetyn perushoitajakson hoitomenetelmän suhteen. Tutkimuksissa huomasin, ettei sukupuolella ole vaikutusta mielipiteeseen perushoitajakson hoitomenetelmistä. Ainoastaan pientä eroa mielipiteissä oli havaittavissa yhdessäolossa toisten potilaiden

kanssa. Naisista 84,6 % koki yhdessäolon toisten potilaiden kanssa tukeneen erittäin paljon päihderiippuvuudesta toipumisessa. Vastaavasti miehistä 45,7 % koki yhdessäolon auttaneen erittäin paljon. Testauksen perusteella sukupuolten välinen ero osoittautui tilastollisesti merkittäväksi (ks. taulukot 3 & 6).

Taulukko 3. Sukupuolten välinen mielipide toisten potilaiden yhdessäolon tuesta perushoitajakson aikana (N = 48).

Sukupuoli	Yhdessäolo toisten potilaiden kanssa			Yhteensä
	Jonkin verran % (N)	Melko paljon % (N)	Erittäin paljon % (N)	
Nainen	7,7 (1)	7,7 (1)	86,6 (11)	100 (13)
Mies	8,6 (3)	45,7 (16)	45,7 (27)	100 (35)

Huonoimpina pidetyissä kolmessa hoitomenetelmässä ei sukupuolella näyttänyt olevan tilastollisesti merkittävää vaikutusta mielipiteeseen. Mielenkiintoista oli havaita, että 50 % naisasiakkaan mielestä alkoholitesti oli tukenut erittäin vähän päihderiippuvuudesta toipumisessa. Miehistä vastaavasti 33,3 % mielestä testi tuki erittäin vähän ja melko vähän 30,3 % mielestä.

Seuraavaksi tarkastelin, että osallistuuko mies- vai naispuolisten asiakkaiden läheiset aktiivisemmin jatkohoitoryhmään. Sukupuolella näyttäisi aineiston perusteella olevan merkitystä läheisten osallistumisaktiivisuuteen. Tulosten mukaan miespuolisen (79,4 %) asiakkaan läheiset osallistuivat aktiivisemmin jatkohoitoryhmään kuin naispuolisen (30,8 %) asiakkaan. Havainto varmistui tilastollisissa testeissä merkittäväksi (ks. taulukot 4 & 6).

Taulukko 4. Mies- ja naispuolisten asiakkaiden läheisten osallistumisaktiivisuus jatkohoitoryhmään (N = 47).

Sukupuoli	Läheisten osallistuminen Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään		Yhteensä
	Kyllä % (N)	Ei % (N)	
Nainen	30,8 (4)	69,2 (9)	100 (13)
Mies	79,4 (27)	20,6 (7)	100 (34)

Havainto tukee myös tulosta, jonka mukaan läheissuhteet ovat parantuneet enemmän miehillä kuin naisilla. Muutos ei ole kuitenkaan samalla tavalla tilastollisesti merkittävä kuin läheisten osallistumisaktiivisuus. Miehistä 54,3 % kertoi muutosta läheissuhteissa tapahtuneen melko paljon, kun vastaava luku naisilla oli 15,4 %. Erittäin paljon muutosta läheissuhteissa miehet (37, %) ja naiset (38,5 %) olivat kokeneet suunnilleen yhtä paljon (ks. taulukko 5).

Taulukko 5. Miesten ja naisten kokema muutos läheissuhteissa jatkohoidon aikana (N = 48).

Sukupuoli	Läheissuhteissa tapahtunut muutos jatkohoidon aikana				Yhteensä
	Melko vähän % (N)	Jonkin verran % (N)	Melko paljon % (N)	Erittäin paljon % (N)	
Nainen	15,4 (2)	30,8 (4)	15,4 (2)	38,5 (5)	100 (13)
Mies	2,9 (1)	5,7 (2)	54,3 (19)	37,1 (13)	100 (35)

Tutkin, että onko miesten ja naisten välillä eroa tärkeimmiksi koetuissa tukea antaneissa läheisissä. Miehillä (76,5 %) oli oma puoliso tärkein tukija toipumisen aikana. Vastaavasti 38,5 % naisista oli oma puoliso ollut tärkein tukija. Naiset (61,5 %) olivat selvästi enemmän kokeneet tärkeimmäksi tuen antajaksi omat ystävät verrattuna

miesten (29,4 %) kokemuksiin ystävien tärkeydestä toipumisen aikana. Erityisesti sukupuolten kokemus ystävästä tärkeimpänä tuen antajana, osoittautui tilastollisesti merkittäväksi (ks. taulukko 6). Molempien sukupuolten mielestä muut läheiset, lapset, omat vanhemmat ja työkaverit olivat tukeneet saman verran toipumisen aikana.

Taulukko 6. Sukupuolten välisten erojen tilastollinen testaaminen merkittävämmillä muuttujilla.

	χ^2 -testi (p-arvo)	Riippumattomien ryhmien t-testi (p-arvo)	Parametriton testi, Mann-Whitney- testi (p-arvo)
Yhdessäolo toisten potilaiden kanssa	0,040	0,059	0,031
Läheisten osallistuminen Minnesota- hoidon jatkohoitoon	0,002	0,001	0,002
Läheissuhteissa tapahtunut muutos jatkohoidon aikana	0,015	0,083	0,202
Keiden läheisten tuki on ollut tärkeää toipumisprosessin aikana: Ystävät	0,043	0,044	0,045
Keiden läheisten tuki on ollut tärkeää toipumisprosessin aikana: Puoliso	0,014	0,013	0,015

Samaten tarkastelin, että oliko sukupuolten välillä eroja jatkohoidon aikana tapahtuneissa muutoksissa. Molemmilla sukupuolilla oli tapahtunut suunnilleen yhtä paljon parannusta siviilisäädyn, työn/työttömyyden, sosiaalisen aseman, koulutuksen ja

asumisen suhteen. Miesten (71,4 %) työ/työttömyys tilanne oli parantunut hieman enemmän kuin naisilla (61,5 %). Naisilla (92,3 %) hieman parempaa muutosta miehiin (85,7 %) verrattuna oli havaittavissa sosiaalisen aseman kohdalla. Tarkemmassa tilastollisessa testauksessa huomattavat erot eivät osoittautuneet merkittäviksi.

Raittiuden suosituimpia säilyttämisen keinoja olivat naisilla itsehoitoryhmään osallistuminen 61,5 % (miehet 47,1 %), entisen seuran välttäminen 46,2 % (miehet 32,4 %) ja keskustelut läheisten ihmisten kanssa 76,9 % (miehet 64,7 %). Miehet ehkäisivät retkahtamista naisia enemmän tahdonvoimalla 23,5 % (naiset 15,4 %) ja kiertämällä houkutukset 29,4 % (naiset 15,4 %). Havainnot sukupuolten suosimista retkahtamisen ehkäisykeinoista eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkittäviä.

Molemmilla sukupuolilla oli saman verran tapahtunut suurinta muutosta elämässä rehellisyydessä, fyysisessä terveydessä, avoimuudessa ja itsearvostuksessa. Ainoastaan elämänhalussa oli huomattavissa pientä eroa. Merkittävää muutosta parempaan oli tapahtunut miehillä 40 % ja naisilla 53,8 %. Vastaavasti muutosta parempaan oli miehistä kokenut 60 % ja naisista 30,8 %. Mielenkiintoista oli havaita, että eroavaisuuksia miesten ja naisten välillä löytyi myös suhtautumisessa muihin ihmisiin ja positiivisessa tulevaisuuden odotuksessa, vaikka näiden kohdalla ei ollut tapahtunut suurinta muutosta koko aineistossa. Naisista 46,2 % kertoi merkittävää muutosta parempaan tapahtuneen suhtautumisessa muihin ihmisiin, kun taas miehistä 29,4 % oli kokenut vastaavan vaikutuksen. Positiivisessa tulevaisuuden odotuksessa merkittävää muutosta parempaan oli tapahtunut 53,8 % naisista ja 34,3 % miehistä. Aineistosta tehtyjen havaintojen jatkotestaus osoitti, että löydetty erot eivät ole sukupuolten välillä tilastollisesti merkittäviä.

7.8 Eri ikäryhmiin kuuluvien erot toipumisprosessissa

Jaoin vastaajat tasaisesti kahteen ikäryhmään, 21–42- ja 43–71-vuotiaat. Ensimmäisessä ryhmässä oli vastaajia 47,4 % ja loput 52,6 % sijoitin toiseen ryhmään. Tarkastelin, että löytyykö aineistostani merkittäviä eroja näiden kahden ryhmän välillä.

Ikäryhmissä oli eroja hoidon maksajassa verrattuna koko aineiston tulokseen. Vanhemmasta ikäryhmästä oli huomattava osa maksanut hoitonsa itse (30 %). Tämä osittain tukee sitä, että vanhempi ikäryhmä oli hieman korkeammin koulutettua kuin nuorempi ikäryhmä. Toisaalta kunta oli ollut maksajana molemmissa ikäryhmässä lähes yhtä usein, 21–42 ikäryhmä 72,2 % ja 43–71 ikäryhmä 65 %. Kuitenkin tilastollinen testaus osoitti, että ikäryhmien ja hoidon maksajan välinen riippuvuus ei ollut tilastollisesti merkittävä.

Vertasin ikäryhmien suhtautumista suositumpiin perushoitajakson hoitomenetelmiin. Mitään tilastollisesti merkittäviä eroja ei aineistosta noussut vertaillessa kahden ikäryhmän mielipiteitä hoitomenetelmistä. Pientä eroa oli havaittavissa hoitolaitoksen ilmapiiriin ja toipuneiden potilaiden tapaamisen kohdalla. 21–42 ikäryhmästä 72,2 % oli sitä mieltä, että hoitolaitoksen ilmapiiri oli tukenut toipumista erittäin paljon. Vastaavasti 43–71 ikäryhmässä erittäin paljon tukea oli kokenut saavansa 45 % vastaajista. Melko paljon ilmapiiri oli tukenut 16,7 % 21–42 ikäryhmässä ja 50 % 43–71 ikäryhmässä. Toipuneiden potilaiden tapaaminen oli tukenut erittäin paljon toipumista 50 % 21–42 ikäryhmässä ja 36,8 % 43–71 ikäryhmässä. Vastaavasti melko paljon tukea oli saanut 27,8 % 21–42 ikäryhmässä ja 63,2 % 43–71 ikäryhmässä.

Mielenkiintoinen huomattava ero oli havaittavissa ikäryhmien välillä tärkeimmäksi koetun tukea antaneessa läheisessä. Nuorempi ikäryhmä 21–42 koki tärkeimmäksi tuen antajaksi omat vanhempansa 61,1 % (ks. taulukko 7). Vanhempi ikäryhmä 43–71 nosti tärkeimmäksi tukea antaneeksi läheiseksi omat lapsensa 75 % (ks. taulukko 8). Nuorempi ikäryhmä (44,4 %) arvosti myös enemmän ystävien tukea verrattuna vanhempaan ikäryhmään (30 %). Suunnilleen yhtä paljon tukea oli molemmissa ikäryhmissä koettu saavan omalta puolisoilta. Lisäksi kummasakin ikäryhmässä läheiset osallistuvat lähes yhtä aktiivisesti jatkohoitoryhmään ja suhteet läheisiin olivat parantuneet saman verran. Vanhemman ikäryhmän ja tärkeimmän tuen antajan välinen riippuvuus osoittautui tilastollisesti merkittäväksi. Vastaavasti nuoremmassa ikäryhmässä tilastollisesti merkittävä riippuvuus löytyi omien vanhempien tuen merkittävyyden suhteen (ks. taulukko 9).

Taulukko 7. 43–71-vuotiaiden asiakkaiden tärkein toipumista tukenut läheinen (N = 38).

	Keiden läheisten tuki on ollut tärkeintä toipumisprosessin aikana: Vanhemmat		Yhteensä
	Kyllä % (N)	Ei % (N)	
Kaksi ikäryhmää			
21–42	61,1 (11)	38,9 (7)	100 (18)
43–71	25 (5)	75 (15)	100 (20)

Taulukko 8. 21–42-vuotiaiden asiakkaiden tärkein toipumista tukenut läheinen (N = 38).

	Keiden läheisten tuki on ollut tärkeintä toipumisprosessin aikana: Lapset		Yhteensä
	Kyllä % (N)	Ei % (N)	
Kaksi ikäryhmää			
21–42	33,3 (6)	66,7 (12)	100 (18)
43–71	75 (15)	25 (5)	100 (20)

Tarkastelin myös elämässä tapahtuneita muutoksia jatkohoidon aikana eri ikäryhmien välillä. Nuorempi ikäryhmä oli kokenut enemmän merkittävää muutosta parempaan verrattuna vanhempaa ikäryhmään fyysisessä terveydessä 61,1 % (vanhempi ikäryhmä 35 %), avoimuudessa 61,1 % (vanhempi ikäryhmä 35 %) ja kasvussa ihmisenä 55,6 % (vanhempi ikäryhmä 30 %). Näissä edellä mainituissa asioissa tapahtunut muutos ei ollut tilastollisesti merkittävä. Tilastollisesti merkittävin muutos ikäryhmien suhteen oli tapahtunut rehellisyydessä (ks. taulukko 9). Nuoremasta ikäryhmästä muutosta oli tapahtunut merkittävästi parempaan 77,8 %, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä

vastaavasti 45 %. Muissa kerätyn aineiston asioissa en havainnut suurempia eroja kahden ikäryhmän välillä.

Taulukko 9. Kahden ikäryhmän välisten erojen tilastollinen testaaminen merkittävimmillä muuttujilla.

	χ^2 -testi (p-arvo)	Riippumattomien ryhmien t-testi (p-arvo)	Parametriton testi, Mann-Whitney-testi (p-arvo)
Keiden läheisten tuki on ollut tärkeintä toipumisprosessin aikana: vanhemmat	0,024	0,024	0,059
Keiden läheisten tuki on ollut tärkeintä toipumisprosessin aikana: lapset	0,010	0,009	0,028
Jatkohoidon aikana tapahtunut muutos: rehellisyys	0,039	0,040	0,087

7.9 Koulutustasojen yhteys toipumisprosessiin

Muodostin asiakkaiden yhteistä koulutustasoa kuvaavan kaksitasoisen muuttujan. Koulutus muuttujan arvot 1–5 tarkoittavat matalaa koulutusta ja arvot 6–7 korkeaa koulutusta. Uudella koulutustaso muuttujalla etsin merkittäviä eroavaisuuksia aineistosta. Huomasin, että aineistossa naiset olivat korkeammin koulutettuja kuin miehet. Naisista 61,5 % oli korkeasti koulutettuja, kun miehistä korkeasti koulutettuja oli 30,3 %. Puolestaan matalasti koulutettuja oli miehistä 69,7 % ja vastaavasti naisista 38,5 %.

Tarkastelin, että vaikuttaako asiakkaan koulutustaso siihen, kuka on ollut asiakkaan hoidon maksaja (ks. taulukko 10). Tulokset näyttävät, että matalan koulutustason asiakkailla oli kunta ollut useammin hoidon maksajana (78,6 %). Korkeamman koulutustason asiakkailla kunta oli ollut maksajana 50 %. Sen sijaan korkeamman koulutustason asiakkaat olivat huomattavasti useammin maksaneet hoitonsa itse (38,9 %) kuin matalamman koulutustason asiakkaat (10,7 %). Tilastollisten testien perusteella voidaan todeta, että koulutustason ja hoidon maksajan välillä oli tilastollisesti merkittävä riippuvuus (ks. taulukko 13).

Taulukko 10. Asiakkaan hoidon maksaja koulutustasoittain tarkasteltuna (N = 46).

Koulutustaso	Asiakkaan hoidon maksaja				Yhteensä
	Itse kokonaan % (N)	Lähimainen/muu sukulainen % (N)	Työnantaja % (N)	Kunta maksaa (asiakas omavastuu) % (N)	
Matala	10,7 (3)	3,6 (1)	7,1 (2)	78,6 (22)	100 (28)
Korkea	38,9 (7)	11,1 (2)	0	50 (9)	100 (18)

Pienen riippuvuuden huomasin koulutustason ja asiakkaiden aikaisemman osallistumisen AA-kerhon tai AA-killan toiminnan välillä. Matalammin koulutetut asiakkaat olivat aikaisemmin osallistuneet hieman enemmän AA-kerhon tai AA-killan toimintaan (28,6 %). Korkeammin koulutetuista vain 5,6 % oli ollut AA-kerhon tai AA-killan toiminnassa mukana. Tilastollisten testien mukaan riippuvuudessa oli havaittavissa tilastollista merkitsevyyttä (ks. taulukot 11 & 13).

Taulukko 11. Asiakkaan aikaisempi osallistuminen AA-kerhon tai AA-killan toimintaan koulutustasoittain tarkasteltuna (N = 46).

Koulutustaso	Aikaisempi osallistuminen AA-kerhon tai AA-killan toimintaan		Yhteensä
	Kyllä % (N)	Ei % (N)	
Matala	28,6 (8)	71,4 (20)	100 (28)
Korkea	5,6 (1)	94,4 (17)	100 (18)

Asiakkaan koulutustasolla ei näyttänyt olevan vaikutusta mielipiteeseen Minnesota-hoidon hoitomenetelmistä. Pientä riippuvuutta oli sukupuun piirtämisen hoitomenetelmän kohdalla. Matalammin koulutetuista oli kokenut 25 % sukupuun piirtämisen tukeneen erittäin paljon toipumista. Toisaalta matalammin koulutetuista jopa 32,1 % mielestä hoitomenetelmä oli tukenut toipumista melko vähän. Kuitenkin korkeammin koulutetuista oli 38,9 % saanut tukea hoitomenetelmästä jonkin verran ja melko paljon 38,9 % (ks. taulukko 12 & 13). Muuttujien välinen riippuvuus ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkittävä. Tosin riippuvuus voisi muuttua merkittäväksi, jos aineisto olisi suurempi. Muihin muuttujiin en huomannut koulutustason vaikuttavan merkittäväällä tavalla. Muut hoitomenetelmät, retkahtamisen ehkäisykeinot, muutokset elämässä ja tärkein tukea antanut läheinen jakautuivat hyvin tasaisesti koulutustasojen kesken.

Taulukko 12. Sukupuun piirtäminen koulutustasoittain tarkasteltuna (N = 46).

Koulutustaso	Sukupuun piirtäminen					Yhteensä
	Erittäin vähän % (N)	Melko vähän % (N)	Jonkin verran % (N)	Melko paljon % (N)	Erittäin paljon % (N)	
Matala	7,1 (2)	32,1 (9)	25 (7)	10,7 (3)	25 (7)	100 (28)
Korkea	5,6 (1)	16,7 (3)	38,9 (7)	38,9 (7)	0	100 (18)

Taulukko 13. Koulutustasojen välisten erojen tilastollinen testaaminen merkittävimmillä muuttujilla.

	χ^2 -testi (p-arvo)	Riippumattomien ryhmien t-testi (p-arvo)	Parametriton testi, Mann-Whitney-testi (p- arvo)
Hoidon maksaja	0,056	0,014	0,027
Aikaisempi osallistuminen AA-kerhon tai AA-killan toimintaan	0,055	0,057	0,058
Hoitomenetelmä: sukupuun piirtäminen	0,037	0,929	0,880

8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

8.1 Asiakkaiden hoitotausta ja perushoitajakson tärkeimmät hoitomenetelmät

Asiakkaista suurin osa oli käyttänyt vain yhtä päihdettä, kuten alkoholia. Yllättävää oli huomata, että asiakkaiden joukossa oli myös paljon sekakäyttäjiä (35,5 %). Huolimatta päihteiden sekakäytöstä asiakkailla ei ollut taustalla useita päihdehoitotahoja. Asiakkaista jopa 35,4 % ei ollut aikaisempaa päihdehoitohistoriaa. Monelle Lapuan Minnesota-hoito oli ensimmäinen hoitopaikka. Kaksi aikaisempaa hoitotahoa oli ollut 56,3 % asiakkaista. Toisaalta tulos yllätti, koska nykyisin päihderiippuvaiset käyvät läpi useamman hoidon ennen kuin he saavuttavat toivottuja tuloksia. Asiakkaiden kohdalla aikaisempia hoitotahoja olivat olleet esimerkiksi A-klinikka (37,5 %), katkaisuhuoltoasema (22,9 %), päihdehuollon laitospääntoimitus (20,8 %) ja psykiatrinen hoitopaikka (16,7 %). Asiakkaiden aikaisemmat hoitotahot ilmentävät hyvin sitä, minne asiakkaat ensimmäiseksi ohjataan hoitoon päihdehoitojärjestelmässä. Asiakkaista vähemmistö (20,8 %) oli ollut aikaisemmin mukana AA-killan tai AA-kerhon toiminnassa. Tulos osittain kuvastaa epäluuloa, jota päihderiippuvaiset usein kokevat AA:n toimintaa kohtaan. Tulos myös viittaa siihen, että asiakkaat eivät ole hakeutuneet Minnesota-hoitoon ainakaan AA-ohjelman tuntemuksen perusteella.

Asiakkaat nostivat parhaimmaksi perushoitajakson toipumista tukeneeksi hoitomenetelmäksi läheisviikonlopun (83,3 %). Erittäin paljon tukea oli antanut toipumisprosessiin myös oman elämäkerran kertominen/kirjoittaminen (62,5 %), päihdeterapeutin ohjaamat ryhmäistunnot (60,4 %), yhdessäolo toisten potilaiden kanssa (56,4 %), hoitolaitoksen ilmapiiri (53,2 %) ja läheisten antama tuki (52,1 %). Erittäin vähän tukea asiakkaat olivat saaneet toipumiseensa alkoholitestistä (37,8 %), lääkärin palveluista (32,6 %) ja AA-käynneistä (12,8 %). Loput perushoitajakson hoitomenetelmät olivat tukeneet vastaajien mielestä jonkin verran tai melko paljon heidän toipumistaan (ks. taulukko 1).

Tärkeimmillä hoitomenetelmillä on yhteistä yhteisöllisyys ja vertaistuki, joka on tyypillistä yhteisohoidon periaatteella toimiville hoitolaitoksille. Vertaistuki tarjoaa asiakkaalle tärkeän omien asenteiden ja tekojen peilaus mahdollisuuden. Konfrontaation avulla asiakas voi ymmärtää väärät asenteensa ja tavoitella toivomaansa muutosta.

8.2 Jatkohoidon aikana tapahtuneet muutokset

Asiakkaiden kohdalla merkittävin muutos oli läheissuhteiden huomattava parantuminen. Osittain suhteiden parantumista selitti läheisten erittäin aktiivinen osallistuminen jatkohoitoon, jota suositellaan läheisille jo läheisviikonlopun aikana. Asiakkaiden läheistukiverkosto muodostui suurimmalla osalla kahdesta läheisestä (36,2 %). Läheisistä eniten tukea oli saatu omalta puolisoilta (64,6 %) ja omilta lapsilta (56,3 %).

Perushoitajaksolla asiakkaiden tavoitteena oli täysin raitis elämä. Jatkohoidon aikana melkein jokainen asiakas oli pysynyt raittiina. Yksi asiakas oli käyttänyt päihteitä muutaman kerran, mutta palannut takaisin raittiiseen elämäntapaan. Asiakkaat olivat säilyttäneet raittiin elämän ainakin kolmella retkahtamisen ehkäisykeinolla, kuten itsehoitoryhmään osallistumalla, entistä seuraa välttämällä, liikunta harrastuksilla ja keskustelemalla läheisten ihmisten kanssa.

Muita havaittavia muutoksia oli tapahtunut 20 asiakkaan siviilisäädystä, työ/työttömyyden tilanteessa, asumisessa ja sosiaalisessa asemassa. Muutokset olivat olleet positiivisia, mutta joillakin ne olivat olleet negatiivisia. Lisäksi muutokset olivat merkittävästi koskettaneet asiakkaiden rehellisyyttä (58,3 %), fyysistä terveyttä (45,8 %), itsearvostusta (41,7 %), elämänhalua (43,8 %) ja avoimuutta (43,8 %). Havaitut muutokset viittaavat siihen, kuinka moniulotteisesti päihderiippuvuus koskettaa ihmistä. Tämän vuoksi uuden elämäntavan omaksuminen vaikuttaa moneen eri elämän alueeseen.

8.3 Sukupuolen, iän ja koulutustason vaikutus päihdekuntoutusprosessiin

Tutkimuksessani jaoin asiakkaat kolmen eri tekijän perusteella ryhmiin. Luokittelin asiakkaat kahteen eri ryhmään sukupuolen, iän ja koulutustason perusteella. Jokaista ryhmän kohdalla etsin erityisiä eroavaisuuksia. Kyseiset ryhmittelyn perusteet valitsin, koska koin ne tutkimuksen kannalta keskeisimmiksi.

Sukupuolten välisessä vertailussa tilastollisesti merkittäväksi eroksi osoittautui mielipide yhdessäolosta toisten potilaiden kanssa. Naiset olivat saaneet huomattavasti

enemmän tukea yhdessäolosta toisten potilaiden kanssa (84,6 %). Miehistä vain 45,7 % oli kokenut vastaavanlaista. Tarkempi testaus todisti, että sukupuoli on todella vaikutusta toipuneiden potilaiden yhdessäolon tuen kokemisen suhteen.

Mielenkiintoisia ja tilastollisia merkittäviä eroja löytyi myös läheisten jatkohoitoon osallistumisaktiivisuudessa ja tärkeimpinä tukea antaneissa läheisissä. Näyttäisi, että läheisten jatkohoitoon osallistuminen on aktiivisempaa, jos kyseessä on miesasiakas. Miesasiakkaiden läheisten aktiivinen osallistuminen myös selittää läheissuhteiden muutosta parempaan. Sukupuolten välillä löytyi eroja tärkeimmän tukea antaneen läheisen suhteen, jos vertaa tulosta koko aineistoon. Miehet kokivat tärkeimmäksi tuen antajaksi oman puolison (76,5 %), kun taas naiset pitivät tärkeänä ystävien tukea (61,5 %). Sukupuolet selittävät testausten perusteella löydettyjä havaintoja.

Ikäryhmien välisessä vertailussa löytyi uusia tilastollisesti merkittäviä asioita. Ikäryhmissä oli koettu eri läheiset tärkeämmiksi tuen antajiksi. Nuoremmissa ikäryhmässä, 21–42-vuotiaat, tärkeimmät läheiset olivat omat vanhemmat (61,1 %). Vanhemmassa ikäryhmässä, 43–71-vuotiaat, tärkeimmät läheiset olivat omat lapset (75 %). Toisaalta havaitut erot eivät yllätä, koska nuoremmissa ikäryhmässä voi olla paljon niitä, jotka asuvat vielä vanhempiansa luona tai heillä ei ole omia lapsia. Ikäryhmien välillä oli tapahtunut merkittävä muutos myös rehellisyydessä. Merkittävintä muutos rehellisyydessä oli ollut nuoremmissa ikäryhmässä (77,8 %) verrattuna vanhempaan ikäryhmään (45 %). Jokaista kolmea havaittua eroa selittää asiakkaiden ikä.

Koulutustasojen vaikutus asiakkaiden kuntoutumiseen on merkittävä taustatieto, vaikka se ei suoranaisesti liity tutkimuskysymyksiini. Tutkimuksessa koulutustasojen välinen vertailua tuotti aineistosta myös tilastollisesti merkittäviä eroja. Mielenkiintoista oli huomata, että naiset olivat paljon korkeammin koulutettuja (61,5 %) kuin miehet (30,3 %). Toisin sanoen miesten ja naisten koulutustasojen erot tukevat koko väestöstä teytyjä tutkimustuloksia. Tilastolliset testit myös osoittivat, että koulutustaso selittää sitä kuka oli ollut asiakkaan hoidon maksaja. Matalan koulutustason asiakkailla hoidon yleisin maksaja oli kunta (78,6 %). Kunta oli maksanut myös korkean koulutustason asiakkaiden hoitoja (50 %). Kuitenkin tilastollisesti merkittävä osa korkeamman koulutustason asiakkaista oli maksanut hoitonsa itse (38,9 %).

Koulutustaso näytti tilastollisten testien valossa selittävän asiakkaiden aikaisempaa osallistumista AA-killan tai AA-kerhon toimintaan. Matalammin koulutetut (28,6 %) olivat todennäköisemmin osallistuneet aikaisemmin AA-toimintaan kuin korkeammin koulutetut (5,6 %). Samaten koulutustaso aiheutti merkittävän eron mielipiteeseen sukupuun piirtämisestä. Korkeammin koulutetuista erittäin paljon tukea sukupuun piirtämisestä oli saanut 38,9 %. Vastaavasti matalammin koulutetuista erittäin paljon tukea toipumiseen oli saanut 25 %. Tarkemman testauksen perusteella havainto ei osoittautunut tilastollisesti merkittäväksi. Kuitenkin pieni aineisto rajoittaa havaintojen testausta. Tämän vuoksi havainto on suuntaan antava eli suuremmassa aineistossa koulutustasojen aiheuttama ero suhtautumisessa sukupuun piirtämiseen voisi näkyä selkeämmin.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pro gradu- tutkielmani lähti kiinnostuksestani tutkia Minnesota-hoidon vaikuttavuutta ja hoidon käyneiden asiakkaiden mielipiteitä hoitokokonaisuudesta. Ajatuksena oli tuottaa myös lisätietoa päihdekuntoutuksesta, jonka palveluiden kehittäminen on yksi tulevaisuuden haaste kunnille. Tutkimukseni avasi tarkemmin Minnesota-mallin hoitoprosessia ja toisi lisäarvoa muille päihdekuntoutukseen keskittyneille tutkimuksille. Tietenkin tutkielmani olisi hyödyksi myös Lapuan Minnesota-hoidolle, joka saisi ensimmäistä kertaa virallista tutkittua tietoa hoitonsa tuloksista.

Tutkielman tekemiseen on liittynyt hyvin erilaisia vaiheita. Alkuvaiheessa työ tuntui suurelta projektilta, jonka loppupää näkyi kaukaisuudessa. Kuitenkin tutkimuksen aikana olen kokenut löytämisen iloa, suuria oivalluksia ja oppinut paljon uutta. Tietenkin tutkimusprosessin aikana on ollut myös päinvastaisia tuntemuksia. Hienointa on ollut huomata, kuinka tärkeänä tekemääni tutkimusta pidetään. Tieto tutkimuksen tärkeydestä on antanut voimia matkan varrella.

Tutkimusaiheen tarkempaa rajaamista varten oli perehdyttävä syvemmin päihdekuntoutukseen. Aiheen rajaamista hieman helpotti oma kandidaatintutkielmani, jossa olin tutkinut Minnesota-mallin hoitoa Maxwell Jonesin terapeuttisen yhteisön näkökulmasta. Rajaamisen jälkeen oli haasteellista suunnitella toimiva kyselykaavake, johon asiakkaiden olisi mielenkiintoista vastata. Halusin, että kyselylomakkeeni käsitelisi samoja teemoja, joita avaisin tutkielman teoreettisessa osiossa. Tavoitteena oli kyselykaavake, joka olisi selkeä ja keräisi tutkimuksen kannalta sekä riittävää että oleellista tietoa. Päihdekuntoutus on laaja osa-alue, jossa riittää valittavaksi hyvin erilaisia näkökulmia. Itse koin merkittäväksi peilata Minnesota-mallin päihdekuntoutuksen sisältöä ja antaa asiakkaiden mielikuviin ja kokemuksiin aiheesta.

Tutkimuksen tuottamia havaintoja on mielekästä tarkastella asettamieni tutkimusongelmien kautta. Ensimmäiseksi lähdin tutkimaan, mitkä Minnesota-hoidon hoitomenetelmät tukivat tai eivät tukeneet asiakasta päihdekuntoutuksessa. Asiakkaista 83,3 % nostivat erittäin paljon tukea antaneeksi hoitomenetelmäksi läheisviikonlopun. Omassa kandidaatintutkimuksessa sain jo viitteitä läheisviikonlopun suuresta vaikutuksesta asiakkaan kuntoutumiseen. Läheisviikonloppu on usein asiakkaalle

itselleen ja hänen omaisilleen erittäin rankka kokemus. Kuitenkin läheisten kertomukset auttavat asiakasta viimein ymmärtämään ja myöntämään oman päihdeongelmansa olemassaolon. Tämän vuoksi läheisviikonlopun tapaamisella on parantavia vaikutuksia sekä läheisiin että asiakkaaseen. Päihdekuntoutuksessa läheisviikonloppu on ainutlaatuinen työskentelymenetelmä, jota käytetään harvassa suomalaisessa päihdehoitopaikassa. Läheisviikonloppu kuuluu sosiaalisten suhteiden tutkimusalueeseen, jonka vaikuttavuutta päihdekuntoutujaan on tutkittu vähemmän. Tässä tutkimuksessa läheisten osallistuminen hoitoon nousee merkittävään asemaan, jota tarkastelen myöhemmin enemmän.

Läheisviikonlopun lisäksi erittäin paljon asiakkaiden toipumista tukivat oman elämäkerran kertominen/kirjoittaminen (62,5 %), päihdeterapeutin ohjaamat ryhmäistunnot (60,4 %), yhdessäolo toisten potilaiden kanssa (56,4 %), hoitolaitoksen ilmapiiri (53,2 %) ja läheisten antama tuki (52,1 %). Vähän tukea asiakkaat olivat saaneet lääkärin palveluista (32,6 %), AA-käynneistä (12,8 %) ja alkoholitestistä (37,8 %). Samat menetelmät olivat suosittuja tai epäsuosittuja myös sukupuolten, kahden ikäryhmän ja koulutustasojen välisessä vertailussa. Ainoa poikkeus löytyi sukupuun piirtämisessä, josta enemmän apua olivat saaneet matalammin koulutetut kuin korkeammin koulutetut.

Toisaalta ei ole yllättävää, että yhteisölliset menetelmät olivat aineistossa suositumpia kuin yksilökeskeiset menetelmät. Perushoitajaksolla asiakkaiden hoitoon sisältyy runsaasti ryhmäterapiaa, jossa asiakas saa tärkeää vertaistukea. Ryhmäterapiassa erityisessä roolissa on päihdeterapeutti, jonka oma toipumiskokemus auttaa lähestymään asiakkaita moniulotteisemmin. Toipumiskokemus auttaa päihdeterapeuttia löytämään asiakkaan omasta elämäkerrasta asiat, joita voidaan hyödyntää kuntoutumisprosessissa. Päihdeterapeutilla on oltava myös hyvät vuorovaikutustaidot, jotta hän osaa kohdata hyvin erilaisia asiakkaita. Löydöt tukevat aikaisempien tutkimuksien tuloksia, joissa yhteisöllisyyden, asiakkaan elämäkerran käyttämisen, päihdeterapeutin ja ryhmäterapien määrän on huomattu positiivisesti vaikuttavan asiakkaan kuntoutumisprosessiin. Puolestaan tiettyjen menetelmien epäsuosiota selittää se, että ne ovat vain pieni osa asiakkaiden hoitokokonaisuutta. Esimerkiksi alkoholitestillä osoitetaan asiakkaalle vain hänen päihdeongelmansa olemassaolo ja

vakavuus. (ks. esim. Koski-Jännes 1992, 2008; Ruisniemi 2006; Halonen 2002; Arminen & Perälä 2001.)

Minnesota-hoidon yhteisöllisyyden merkityksestä kertoo se, että erittäin paljon toipumista tukivat hoitolaitoksen ilmapiiri ja yhdessäolo toisten potilaiden kanssa. Erityisesti naisten mielestä yhdessäolo toisten potilaiden kanssa oli tukenut heidän toipumistaan. Tämä voisi viitata siihen, että naisten päihderiippuvuus on edelleen tabu yhteiskunnassamme. Päihderiippuvaista naista pidetään usein huonona ihmisenä, minkä takia nainen kokee oman riippuvuutensa vuoksi suurta häpeää. Hoitoyhteisössä päihderiippuvainen nainen voi kohdata muita saman ongelman kanssa kamppailevia naisia. Tämän takia nainen ei koe olevansa enää yksin vaan hän saa jakaa kokemuksensa vertaistensa kanssa. Lisäksi hoitoyhteisön hyvä ilmapiiri vaikuttaa asiakkaisiin. Hoitolaitoksen ilmapiirin suuren vaikutuksen asiakkaaseen huomasin jo omassa kandidaatintutkielmassani. Asiakkaat kuvasivat ilmapiirin turvalliseksi ja välittäväksi. Hoitoyhteisössä potilaat hyväksyttiin ensimmäistä kertaa omana itsenään eli he saivat riisua pois oman valheellisen naamarinsa. Yleensä valheellisesta naamarista luopuminen koettiin hyvin vapauttavana.

Toinen tutkimuskysymys kartoitti asiakkaan elämäntilanteessa tapahtuneita muutoksia toipumisprosessin aikana. Jokaisen asiakkaan kohdalla selvin muutos oli tapahtunut suhtautumisessa päihteisiin. Raittiin elämäntavan perushoitojakson jälkeen oli omaksunut 47 asiakasta. Vain yksi asiakas kertoi käyttäneensä päihteitä muutaman kerran ja palanneen kokeilun jälkeen taas raittiiseen elämäntapaan. Toisaalta havainto tukee aikaisempaa tutkimustulosta, jossa huomattiin raittiuden säilyvän asiakkailla, jotka identifioivat itsensä hoitojakson jälkeen raittiiksi alkoholistiksi. (ks. Holmberg 1995.) Tavallaan asiakkaat sisäistävät ajatuksen riippuvuudesta sairautena, joka säilyy koko elämän ajan. Ainoa ero on siinä, että sairaus ei enää hallitse asiakasta vaan asiakas hallitsee sairauttaan. Asiakkaiden uuden raittiin elämäntavan omaksumiseen vaikuttaa myös asiakkaan alkuvaiheen muutosvalmius. Lisäksi itsensä raittiiksi alkoholistiksi identifioivien on huomattu myös osallistuvan paremmin jälkihoitoon kuin itsensä kohtuukäyttäjiksi identifioivien. Tämän vuoksi voidaan päätellä, että Minnesota-hoidon asiakkaalle oli muodostunut hyvä muutosvalmius perushoitojaksolla, koska melkein kaikki asiakkaat olivat säilyttäneet raittiuden jatkohoidossa. Asiakkaan uusi, raitis

identiteetti on yksi ennustemerkki siitä, että uusi elämäntapa säilyy myös tulevaisuudessa.

Päihderiippuvuuden voittamisen on aikaisemmissa tutkimuksissa huomattu tuovan muutoksia päihdekuntoutujan siviilisäätyyn, työtilanteeseen, sosiaaliseen asemaan, koulutukseen ja asumiseen. Edellä mainittuja muutoksia oli tapahtunut myös tutkimuksessani 20 asiakkaalla. Muutoksia oli havaittavissa suunnilleen saman verran sekä miehillä että naisilla. Suurimmalla osalla asiakkaista muutokset olivat positiivisia. Päihderiippuvuus vaikuttaa ihmisen olemukseen hyvin kokonaisvaltaisesti. Kyselyssäni tutkin mielestäni tärkeimpiä asioita, jotka koskevat päihdekuntoutujan persoonaa, hänen toimintaansa ja suhtautumista ympäristöönsä. Tutkimissani asioissa on huomattu muutosta myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (ks. esim. Bodin 2006; Koski-Jännes 2000.)

Tutkimukseni asiakkailla merkittävää muutosta parempaan oli tapahtunut rehellisyydessä (58,3 %), fyysisessä terveydessä (45,8 %), avoimuudessa (43,8 %), elämänhalussa (43,8 %) ja itsearvostuksessa (41,7 %). Muutokset olivat tapahtuneet yhtälailla molemmilla sukupuolilla ja eri koulutustasoilla. Sen sijaan rehellisyydessä oli suurempi muutos tapahtunut nuoremmassa ikäryhmässä (21–42-vuotiaat). Tarkemmassa testauksessa ikäryhmän vaikutus osoittautui tilastollisesti merkittäväksi. Tulos tukee aikaisempaa tutkimustulosta, jossa asiakkaan iän huomattiin vaikuttavan enemmän kuin sukupuolen asiakkaan elämän muutoksiin. (ks. Koski-Jännes 1992.) Harvalla asiakkaalla oli muutos tapahtunut huonompaan suuntaan (4,2 %). Päinvastoin joillakin asiakkailla elämässä ei ollut tapahtunut muutosta.

Rehellisyydessä ja avoimuudessa tapahtuneet muutokset viittaavat asiakkaiden aikaisempaan päihderiippuvuuden salailuun. Päihdettä on käytetty salassa sekä omilta läheisiltä että työkavereilta. Riippuvuusongelmaa ei ole haluttu myöntää vaan se on katsottu jonkun muun asian aiheuttamaksi. Tämän takia läheisten ja ystävien huomautukset päihteidenkäytöstä on koettu rasittavana kontrolloimisena. Pahimmillaan tällaiset kokemukset ovat huonontaneet suhtautumista muihin ihmisiin. Mieltä painavat asiat on mieluummin ajettu pois päihteillä kuin keskustelemalla läheisten tai ystävien kanssa. Salailu on johtanut valehteluun ja ilmapiiriin huononemisiin perheessä. Raittiuden johdosta asiakkaat ovat oppineet myöntämään elämässä olevat tosi asiat,

kuten oman päihderiippuvuutensa. Samaten he ovat oppineet puhumaan avoimin esimerkiksi omista tunteistaan. Pitkään jatkunut päihteidenkäyttö vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen. Raittiuden mukana fyysisen terveys oli parantunut monella asiakkaalla.

Pitkäaikainen päihteidenkäyttö vaikuttaa jopa ihmisen minäkuvaan ja maailmankuvaan. (ks. esim. Ruisniemi 2006.) Jatkuvat katteettomat lupaukset ja valehtelu läheisille, vaikuttavat negatiivisesti päihderiippuvaisen itsearvostukseen. Päihderiippuvainen kokee itsensä huonona ihmisenä, jota toiset ihmiset eivät arvosta. Tämän vuoksi päihdeongelmaisen itsetunto voi vajota niin matalalle tasolle, että hän ei edes itse arvosta itseään ihmisenä. Ihmisen toiminta voi keskittyä vain päihteidenkäyttöön ja muu toiminta elämässä menettää mielenkiintonsa. Tämä vaikuttaa ihmisen elämänhaluun eli omaa elämää ei koeta enää mielekkäänä ja tarkoituksellisenä. Elämänhalun menetys voi johtaa rajumpaan päihteidenkäyttöön, koska päihdeongelmainen ei näe välttämättä elämässään asioita, joiden vuoksi kannattaisi elää. Päihdeongelmainen on tavallaan menettänyt laajemman näkökyvyn elämästään. Hän sen sijaan katselee elämäänsä putken päästä, joka näyttää vain kapean alueen elämästä. Usein myös putken päässä näkyvät asiat ovat negatiivisia, minkä takia toivo katoaa positiivisemmasta tulevaisuudesta.

Tärkeää on muistaa, että joillakin päihdeaddiktio voi aiheuttaa vain vähäisiä fyysisiä ja sosiaalisia haittoja. Yksi syy tähän on, että päihteidenkäyttö on pysynyt kohtuukäytössä. Tästä kertoo se, että joillakin asiakkailla ei tapahtunut muutosta pahempaa tai ei lainkaan muutosta. Nämä asiakkaat ovat todennäköisesti olleet kohtuukäyttäjiä, minkä vuoksi päihdeaddiktio on ehtinyt aiheuttamaan vain vähän haittaa sosiaaliseen elämään ja fyysiseen hyvinvointiin.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä tiedustelin keinoja, joilla asiakkaat olivat ylläpitäneet elämässä tapahtunutta muutosta. Enemmistö asiakkaista oli ylläpitänyt muutosta osallistumalla Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään. Lisäksi suurin osa asiakkaista oli turvautunut kolmeen erilaiseen retkahtamisen ehkäisykeinoon. Suosituimpia retkahtamisen ehkäisykeinoja olivat keskustelut läheisten ihmisten kanssa, entisen seuran välttäminen ja liikunta harrastukset. Tutkimukseni asiakkaat suosivat melkein samoja retkahtamisen ehkäisykeinoja, joita esimerkiksi Koski-Jänteen (2000)

tutkimuksessa olivat tutkittavat käyttäneet. Koski-Jänteen tutkimuksessa päihteiden sekakäyttäjät olivat turvautuneet useampaan retkahtamisen ehkäisykeinoon. Oma tutkimustulokseni tukee aikaisempaa tutkimustulosta eli päihteiden sekakäyttäjät turvautuivat useampaan retkahtamisen ehkäisykeinoon. Useamman retkahtamisen ehkäisykeinoon käyttäminen viittaa siihen, että asiakkaat ovat vielä kuntoutusprosessinsa alkuvaiheessa. Alkuvaiheessa on hyvin tavanomaista turvautua useampaan retkahtamisen ehkäisykeinoon. Yleensä käytetyt keinot ovat niitä, joita on opeteltu yhdessä hoitolaitoksessa.

Viimeiseksi tutkimuskysymykseksi asetin asiakkaiden sosiaalisen tilanteen merkityksen toipumisprosessin kannalta. Sosiaalinen tilanne osoittautui erittäin merkittäväksi asiakkaiden toipumisprosessin aikana. Asiakkaiden läheiset osallistuivat aktiivisesti Minnesota-hoidon jatkohoitoon. Todella aktiivisia osallistujia olivat miesasiakkaiden läheiset (79,4 %). Tulos voi viitata miesten päihdeongelman yleisyyteen verrattuna naisiin. Toisaalta miehet voivat kokea läheisten osallistumisen tärkeämpänä kuin naiset. Miehet eivät yleensä ole sosiaalisesti yhtä aktiivisia kuin naiset. Läheisten aktiivinen osallistuminen varmasti selittää myös sitä, miksi läheissuhteet ovat parantuneet. Suhteet läheisiin olivat enemmistöllä asiakkaista parantuneet melko paljon (43,8 %). Erittäin paljon suhde läheisiin oli parantunut 37,5 % asiakkaista. Erityisesti miespuolisten asiakkaiden suhteet läheisiin olivat muuttuneet huomattavasti enemmän kuin naispuolisilla asiakkailla. Miehillä ilmiö voidaan selittää esimerkiksi ryypyporukan vaihtumisesta vuorovaikutukseen läheisten kanssa. Toisaalta miehet ovat voineet oppia puhumaan avoimin mieltä painavista asioista, jotka he aiemmin turruttivat tarttumalla pulloon.

Tärkeää on huomioida edellä mainittuja tuloksia pohtiessa, että Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään osallistuvat sekä läheiset että heidän päihderiippuvainen omainen. Missään aikaisemmissa suomalaisissa tutkimuksissa en ole huomannut, että muissa päihdehoitolaitoksissa olisi tällaista käytäntöä. Yleensä läheiset ja päihdekuntoutujat osallistuvat omiin vertaistukiryhmiin, kuten AA-ryhmään ja Al-Anon ryhmään. Lisäksi on muistettava Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmän ja AA-ryhmän välinen merkittävä ero. AA-ryhmään sitoudutaan koko loppuelämäksi, kun Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään sitoudutaan vain 11 kuukauden ajaksi. Kuitenkin Minnesota-hoidon asiakkaiden hyvää toipumistulosta selittää varmasti läheisten osallistuminen samaan

jatkohoitoryhmään. Päihderiippuvaisilla yleensä oman perheen ja ystävien tärkeys kasvaa päihteidenkäytön lopettamisen seurauksena. (ks. Levälähti 2007.)

Tärkeimmiksi toipumista tukeviksi läheisiksi asiakkaat nimesivät oman puolison (64,6 %) ja lapset (56,3 %). Tulosta selittää paljon asiakkaiden siviilisäätö, koska suurin osa kertoi olevansa naimisissa (50 %) tai avoliitossa (16,7 %). Miehillä tärkein läheinen oli ollut oma puoliso (76,5 %), kun taas naiset pitivät ystäviä (61,5 %) tärkeimpinä tukijoina. Toisaalta eri ikäryhmissä oli tärkein läheinen eri kuin sukupuolittain tarkasteltuna. Vanhemmassa ikäryhmässä (43–71-vuotiaat) tärkeimmät tuen antajat olivat omat lapset. Puolestaan nuoremmissä ikäryhmässä (21–42-vuotiaat) tärkeimmät tukijat olivat omat vanhemmat. Eroja voidaan selittää sillä, että nuoremmissä ikäryhmässä asiakkailla on ehkä vähemmän omia lapsia verrattuna vanhempaan ikäryhmään. Nuoremmissä ikäryhmässä oli myös asiakkaita, jotka asuivat vielä omien vanhempien luona.

Toisaalta aikaisemmissä tutkimuksissa on huomattu vanhemmuuden, erityisesti lasten asumisen kotona ja asumisen yhdessä avio- tai avopuolison kanssa tukeneen asiakkaan päihdekuntoutusta. Lasten tuki on vaikuttanut lähes saman verran kuin päihdekuntoutujan puolison tarjoama tuki. (ks. esim. Ruisniemi 2006; Holmberg 1995; Koski-Jännes 1992; Keso 1988.) Puolison tärkeyttä miesasiakkailla selittää osittain se, että nainen pysyy useammin juovan puolison rinnalla kuin mies. Nainen pyrkii omalla toiminnallaan miellyttämään juovaa puolisoa ja pitämään kulussit pystyssä ulkomaailmaan. Puolestaan mies jättää herkemmin juovan puolison. (ks. Raitasalo 2008.) Tämän vuoksi juoville naisille ystävät ovat tärkeimpiä.

Tutkimuksen aikana huomasin, että Minnesota-hoidon päihdeasiakkaat eivät ole sosiaalisesti yhtä huono-osaisia kuin yleensä suomalaiset päihdeasiakkaat. Lisäksi tutkimukseni asiakkaiden sosioekonominen tilanne on parempi verrattuna aikaisempien päihdekuntoutustutkimusten tutkittaviin. Enemmistö asiakkaista eli parisuhteessa, sai pääasiallisen toimeentulon ansiotyöstä ja oli koulutettuja. Kukaan asiakas ei ollut keskeyttänyt koulunkäyntiä. Suurin osa asiakkaista asui myös omassa asunnossa asuinkumppanin kanssa. Kukaan ei ollut asunnoton. Yleisvaikutelman perusteella voidaan sanoa, että asiakkailla on hoitoon tulovaiheessa olemassa läheisten

tukiverkosto, he ovat mukana työelämässä, päihteidenkäyttö ei ole ajautunut suurkulutukseen. Tämän vuoksi asiakkaat ovat vielä kiinni yhteiskunnan toiminnassa.

Asiakkaiden paremmasta sosiaalisesta asemasta kertoo myös se, että asiakkaista jopa 20,8 % oli maksanut hoitonsa itse. Erityisesti korkeammin koulutetuista asiakkaista oli merkittävä osa maksanut itse hoitonsa (38,9 %). Erikoista oli havaita, että naiset olivat korkeammin koulutettuja kuin miehet. Asiakkaiden päihderiippuvuus ei ollut toivottomalla tasolla, koska huomattavalla osalla asiakkaista (35,4 %) ei ollut aikaisempia hoitotahoja ennen Lapuan Minnesota-hoitoa. Enemmistöllä vastaajista (56,3 %) oli ollut korkeintaan kaksi aikaisempaa hoitotahoa. Toisaalta matalammin koulutetuista asiakkaista (28,6 %) oli useampi osallistunut AA-toimintaan ennen Minnesota-hoitoa verrattuna korkeammin koulutettuihin asiakkaisiin (5,6 %).

Aikaisempien hoitotahojen pieni määrä kertoo siitä, että asiakkaat eivät ole ajautuneet tuloksettomaan päihdehoitokierteeseen. Tavallaan asiakkaat eivät ole täysin menettäneet uskoa omaan toipumiseen. Tämän takia asiakkailla saattoi olla paremmat edellytykset motivoitua hoitoon. Toisaalta hoitotahojen puuttuminen voi kertoa siitä, että asiakkaat eivät ole halunneet hakeutua hoitoon leimautumisen pelon takia tai he ovat yksinkertaisesti kieltäneet päihdeongelmansa olemassaolon. Puolestaan aikaisempi AA-toiminnan tunteminen on voinut laskea joillain asiakkailla kynnystä lähteä hoitoon Lapuan Minnesota-hoitoon. Aikaisemmin AA-toimintaan osallistuneet asiakkaat ovat tunteneet hoidossa käytettävän kahdentoista askeleen ohjelman. Tämän takia he ovat todennäköisesti orientoituneet paremmin Minnesota-hoidon hoitokokonaisuuteen.

Kokoavasti voin todeta, että Lapuan Minnesota-hoidon asiakkaissa oli havaittavissa tekijät, joiden on huomattu ennustavan hyvää hoitotulosta myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (ks. esim. Holmberg 1995; Koski-Jännes 1992.) Hyvää hoitotulosta ennustavat: sosiaalinen verkosto, runsaasti ryhmäterapiaa sisältävä hoito-ohjelma, vähäinen päihteidenkäyttö ennen hoitoa, osallistuminen AA-ryhmään (Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmään) hoidon jälkeen, vähäinen juominen oman puolison kanssa, pysyvä parisuhde ja omat lapset eli sosiaalisen verkoston vaikutus. Kaikki edellä mainitut asiat täytyivät, muutamaa asiaa lukuun ottamatta, Minnesota-hoidon asiakkaiden kohdalla. Tällainen poikkeuksellinen tekijä oli esimerkiksi päihteidenkäytön määrä. Asiakkaiden päihteidenkäytön määrää en saanut selvitettyä

tutkimuksessani. Tutkimuksessani selvitin vain, mitä päihteitä asiakkaat olivat käyttäneet ennen Minnesota-hoitoa. Tutkimuksessani en tutkinut tarkemmin sitä, että käyttikö asiakkaan puoliso päihteitä. Lisäksi en selvittänyt sitä, että oliko asiakkaalla omia lapsia vai olivatko lapsen hänen asuinkumppaninsa (puolison).

Lopuksi voidaan tarkastella, millaisia kehittämistarpeita tutkimus tuotti? Ainakin vastaavanlaista tietoa päihdekuntoutuksen ja sosiaalisten suhteiden vaikutuksesta asiakkaan elämään olisi hyvä tuottaa jatkossa. Pidemmällä aikavälillä huomattaisiin, että tuottaako Minnesota-hoito vastaavanlaisia muutoksia asiakkaiden elämässä ja ovatko samat hoitomenetelmät merkittävimpiä muutosprosessin käynnistäjiä. Tärkeää olisi tuottaa myös tarkempaa tietoa läheisten osallistumisesta jatkohoitoryhmään ja sen moniulotteisista vaikutuksista päihdekuntoutujaan. Lisäksi olisi mielenkiintoista seurata, että pysyykö asiakaskunnan profiili jatkossakin parempana verrattuna tavallisen suomalaisen päihdeasiakkaan profiiliin. Tärkeää olisi myös pohtia hoidon sisältöä, ajoitusta ja hoitoon pääsyn mahdollisuuden tarjoamista kaikille halukkaille. Asiakaslähtöiset muutokset voisivat palvella suuremman asiakasryhmän kuntoutustarpeita.

Tärkeää olisi myös välittää tietoa Minnesota-hoidon hyvistä tuloksista myös muille päihdetyön asiantuntijoille, kuten sosiaalityöntekijöille. Sosiaalityöntekijät usein päättävät, että kannattaako päihderiippuvaista asiakasta hoitaa ja myöntää maksusitoumus hoitojaksoa varten. Kaikki hoitoon haluavat asiakkaat eivät pysty maksamaan hoitoansa itse, jos kunta ei lähde heitä rahallisesti tukemaan. Tieto hoitotuloksista auttaa myös muita päihdetyön asiantuntijoita hahmottamaan, minkälaiset asiakkaat hyötyvät parhaiten Minnesota-hoidosta. Päihdeasiakasta ohjattaessa hoitoon tulisi myös huomioida päihdeongelman vaikutukset koko perheessä. Päihdeongelman vaikuttaessa koko perheeseen tulisi päihderiippuvainen ohjata hoitokokonaisuuteen, jossa huomioidaan myös päihdeongelman läheiset. Päihdetyöntekijöiden tulisi myös huomioida päihdeasiakkaiden erilainen asiakasprofiili, joka tässä tutkimuksessa nousi esiin. Kuitenkin asiakkaille tulisi tarjota enemmän itseohjautumisen mahdollisuutta päihdekuntoutuspalveluihin. Asiakkaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Jos asiakkaille herää motivaatio hoitoon, heille tulisi tarjota siihen mahdollisuus. Hoitoa tulisi tarjota myös asiakkaille, joiden asiakasprofiili poikkeaa tavanomaisen päihteidenkäyttäjän asiakasprofiilista.

Onnistuinko saavuttamaan tutkimukselle asettamani tavoitteet? Kokonaisuutena tutkimus onnistui mielestäni toivotulla tavalla, vaikka tutkimusaineistoni oli aika pieni. Huolimatta aineiston pienestä koosta onnistuin löytämään vastaukset asettamiini tutkimusongelmiin. Aineistoni antoi kuitenkin suuntaviivoja sille, kuinka Minnesota-hoito toimii ja miten hoito vaikuttaa asiakkaiden ja heidän läheisten elämään. Tämän vuoksi voin sanoa, että onnistuin luomaan asiayhteyteen sopivat tutkimusongelmat. Säilytin tutkimusongelmat taustalla, kun suunnittelin kyselyä, toin teoriaosiossa esille päihdekuntoutuksen kokonaisuutta ja siihen liittyviä keskeisiä termejä sekä pohtiessani kriittisesti saamiani tuloksia. Tietenkin tutkimus olisi voitu toteuttaa myös toisella tavalla. Tutkimuksen sisältöä olisin voinut tarkastella toisenlaisesta teoreettisesta näkökulmasta ja pohtia tarkemmin, mitkä asiat liittyvät toisiinsa. Syvyyttä tutkimukseen olisi tuonut esimerkiksi menetelmätriangulaatio.

Kuitenkin sain opiskelijana mielestäni aikaan käyttökelpoisen pro gradu –tutkielman. Tutkimustulokseni tuottivat merkittävää tietoa Lapuan Minnesota-hoidolle, jonka pohjalta työntekijät voivat arvioida ja tarvittaessa kehittää toimintaansa. Lisäksi tutkimukseni toi tarkempaa tietoa Minnesota-mallia noudattavan hoidon vaikutuksista asiakkaiden elämään ja heidän läheisten merkityksestä kuntoutusprosessin aikana. Tutkimukseni tuottama tieto on erityisen tärkeää päihdetyön asiantuntijoille sekä niille, jotka elävät päihderiippuvaisen läheisen kanssa.

LÄHTEET

AA tulee täysi-ikäiseksi 1977. Suomen AA-kustannus ry. Helsinki.

Ahokas Hanna 2004. Päihdetyön arjesta. Teoksessa Hänninen Vilma & Ylijoki Oili-Helena (toim.) 2004. Muuttuuko ihminen? Tampereen yliopistopaino. Tampere.

A-klinikkasäätiö. Suomen suurin päihdealan organisaatio. Saatavissa sähköisessä muodossa: <http://www.a-klinikka.fi/organisaatio/toimintayksikot.html> (Viitattu 12.8.2008)

Arminen Ilkka 2001. Kokemusten jakaminen nimettömien alkoholistien (AA) palaverissa. Teoksessa Ruusuvuori Johanna, Haakana Markku & Raevaara Liisa (toim.) 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.

Arminen Ilkka & Perälä Riikka 2001. Det multiprofessionella teamet och omvandlingen av missbrukare till alkoholister. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift. 18 (2), 138-152.

Aro Eila 2007. Alkoholismi on sairaus, joka ei puhkea juomalla. Lapuan Sanomat. 27.11.2007, 8.

Bodin Maria 2006. The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. Karolinska Institutet. Stockholm. Saatavilla sähköisessä muodossa: <http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-938-6/thesis.pdf> (Viitattu: 25.10.2008)

Cutler Robert B. & Fishbain David A. 2005. Are alcoholism treatment effective? The Project MATCH data. BMC public health 75 (5), 1471-3458. Saatavilla sähköisessä muodossa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-5-75.pdf> (Viitattu 16.10.2008)

Ekholm Hannu 1998. Minnesota-malli. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiiänmaa Kalervo & Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki.

Ekholm Hannu 1998. AA – Nimettömät alkoholistit. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiiänmaa Kalervo & Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki.

Halonen Mia 2002. Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa. Suomalainen kirjallisuuden seura. Helsinki.

Hanson Glen R 2002. Therapeutic community. National institute on drug abuse research series. Saatavilla sähköisessä muodossa: <http://www.drugabuse.gov/PDF/RRTherapeutic.pdf> (Viitattu 15.10.2008)

Heikkilä Antti 2005. Riippuvuus, valheiden verkko. Tammi. Helsinki.

Heikkilä Tarja 1998. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki

Hellsten Tommy 1993. Virtahepo olohuoneessa. Läheisriippuvuus ja sisäisen lapsen kohtaaminen. Kirjapaja. Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja Kirjoita. Tammi Helsinki.

Holmberg Nils 1995. Identifikationsprocesser och behandling av alkoholproblem. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia. Helsinki.

Kansanterveyslaitos

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus/ (Viitattu 4.1.2008)

Keso Lauri 1988. Inpatient treatment of employed alcoholics. A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki University Central Hospital. Research Unit of Alcohol Diseases. Helsinki.

Kettunen Raisa & Leppänen Airi 1994. Myllyhoito. Alkoholismista päihteettömään elämäntapaan. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Koski-Jännes Anja 1992. Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of relapse prevention program for finnish inpatient alcoholics. Finnish foundation for alcohol studies, vol. 41. Hakapaino. Helsinki.

Koski-Jännes Anja 2000. Miten riippuvuus voitetaan. Otava. Keuruu.

Koski-Jännes Anja & Hänninen Vilma 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Kirjapaja Oy. Helsinki.

Koski-Jännes Anja 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi. Helsinki

Lahti Jari ja Pienimäki Anneli 2004. Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen ja Vilkkumaa (toim.) 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Lapuan Minnesota-hoito. Läheisten hoito. Saatavilla sähköisessä muodossa: <http://www.minnesota-hoito.fi/> (Viitattu 26.10.2008)

Levälahti Johanna 2007. Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningprocessen från alkoholmissbruk. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 24 (1), 23-44.

Metsämuuronen Jari 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia –sarja 1. Methelp. Viro.

Moos Rudolf H. & Moos Bernice S. 2006. Participation in treatment and alcohol anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. Journal of clinical psychology 62 (6), 735-750.

Murto Kari 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylän koulutuskeskus Oy. Jyväskylä.

Mäkelä Rauno 1998. Hoitojärjestelmät. Teoksessa Salaspuro Mikko, Kiianmaa Kalervo & Seppä Kaija (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Duodecim. Helsinki.

Nuorvala Yrjö, Metso Leena, Kaukonen Olavi & Haavisto Kari 2004. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987-2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (6), 608-618.

Partanen Airi 2000. Päihteet ja yhteiskunta. Teoksessa Inkinen Maria, Partanen Airi & Sutinen Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki.

Piispa Matti, Kujasalo Anne, Laari Liisa, Lindeberg Marjo, Opari Päivi, Tella Suvi & Varamäki Ritva 2007. Päihdeparometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen päihdetilanteeseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 5/07. Helsinki.

Saatavilla sähköisessä muodossa:

<http://www.health.fi/timage.php?i=100638&f=1&name=P%E4ihdeparometri2007.pdf>
(Viitattu 9.10.2008)

Pohjoismainen alkoholitilasto 2001-2006. STAKES. 4.9.2007.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt15_07.pdf (Viitattu 11.3.2008)

Päihdehuoltolaki. L17.1.1986/46. Valtion säädöstietopankki Finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuolto> (Viitattu 2.1.2008)

Raitasalo Kirsimarja. Informal social control of drinking. Finland in the light of international comparison. Research report 172. STAKES. Helsinki.

Ruisniemi Arja 1997. Asiakkaana päihdekuntoutuksessa. Asiakkaiden kokemuksia laitostuntoutukselta Kankaanpään A-kodissa. A-Klinikkasäätiön raporttisarja nro 23. Helsinki.

Ruisniemi Arja 2003. Sosiaalinen kuntoutus päihdetyössä kannattaa. Tiimi 2/2003, 8-11. Saatavilla sähköisessä muodossa:
<http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/2003/203/soskunt.html> (Viitattu 30.8.2008)

Ruisniemi Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutukselta. Tampereen yliopisto. Tampere.

Santala Susanna 2007. Terapeuttisen hoitoyhteisön periaatteiden toteutuminen minnesotamallin mukaisessa hoidossa. Sosiaalityön kandidaatintutkielma. Sosiaalityön ja Sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopion yliopisto.

Saarnio Pekka & Knuutila Vesa 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka 71 (1), 33-40.

Sosiaali- ja terveysministeriö. STM:n julkaisut.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/934/chapter4.htm> (Viitattu 3.10.2008)

STAKES. Päihdetilastollinen vuosikirja 2007
http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2007/71a_2007.htm (Viitattu 2.1.2008)

Suonpää Juhani 2002. Alkoholien käytön sosiaalinen kontrolli parisuhteessa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (3), 223-233.

Öjehagen Agneta 2000. Matchning – en vägledning för val av behandling. Teoksessa Berglund Mats, Andréasson Sven, Bergmark Anders, Blomqvist Jan, Lindström Lars, Oscarsson Lars, Ågren Gunnar & Öjehagen Agneta 2000. Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Socialstyrelsen. Stockholm.
 Saatavilla sähköisessä muodossa:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/91DC4AFC-894B-4220-9608-BE2500E852B8/8299/2000078.pdf> (Viitattu 25.10.2008)

Österberg Esa 2007. Alkoholiveron alennus vuonna 2004 ja väkivaltarikollisuus. Tiimi 2/2007, 4-7. Saatavilla sähköisessä muodossa:
<http://www.a-klinikka.fi/tiimi/207/alkoholivakivalta.html> (Viitattu 9.10.2008)

Muut lähteet

Lapuan Minnesota-Hoito 2006. Luentomateriaali. Lapua.

Lapuan Minnesota-Hoito 2006. Läheishoito-opas. Lapua.

Lapuan Minnesota-Hoito 2008. Perushoito-opas. Lapua.

Lapuan Minnesota-Hoito 2008. Opas Jatkohoitoon. Lapua.

LIITTEET

Liite 1

Nimettömien alkoholistien kahdentoista askeleen toipumisohjelma

Lähde: AA tulee täysi-ikäiseksi 1977, 60.

1. Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.
2. Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme
3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan – sellaisena kuin Hänet käsitimme.
4. Suoritimme perusteellisen ja rehellisen moraalisen itsetutkistelun.
5. Myönsimme väärin tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.
6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteemme heikkoudet.
7. Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.
8. Teimme luettelon kaikista vahingoistamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia.
9. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä milloin vain mahdollista, ellemme näin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita.
10. Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.
11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin Hänet käsitimme, rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.
12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.

Liite 2

Tutkimussopimus

Arvoisa vastaanottaja

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on hankkia tietoa Lapuan Minnesota-hoidon asiakkailta, heidän kokemuksistaan päihderiippuvuudesta toipumisesta sekä elämässä tapahtuneesta muutoksesta. Tietoja käytän sosiaalityön pro gradu -tutkielmaan, jonka teen Kuopion yliopiston sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitokselle. Tutkielman ohjaajina toimivat professori Pirjo Pölkki ja dosentti Keijo Piirainen.

Tutkimukseen osallistuneilta Lapuan Minnesota-hoidon asiakkailta kerätään tietoa kyselylomakkeella, kun he ovat siirtyneet perushoitajaksolta jatkohoitoon. Lomakkeiden postitetusta jatkohoidossa oleville asiakkaille on toteutettu Lapuan Minnesota-hoidon toimesta. Tämän takia asiakkaiden henkilökohtaiset tiedot eivät tule mitenkään tietoon tutkimuksen tekijälle.

Antamanne vastaukset käsitellään tutkimuksessa niin, että henkilöllisyyttä ei yhdistetä antamiinne tietoihin ja vastauslomakkeet jäävät vain pro gradu -tutkielman tekijän haltuun. Tutkimuksen päätyttyä vastauslomakkeet hävitetään.

Kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista, mutta tutkimukselle ovat erityisen arvokkaita ihmisten omat mielipiteet ja kokemukset näistä asioista. Siksi toivon, että teillä olisi aikaa antaa oma panoksenne näiden asioiden tutkimiseen täyttämällä oheinen lomake. Lomakkeen täyttämiseen kuluu n. 20 minuuttia.

Vastatessanne kyselylomakkeen kysymyksiin annatte samalle suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.

Yhteistyöstä kiittäen

Susanna Santala

Sosiaalityön opiskelija

E-mail: santala@hytti.uku.fi

8. Sosiaalinen asema

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1 Yrittäjä | |
| 2 Maanviljelijä | 5 Eläkeläinen |
| 3 Toimihenkilö | 6 Opiskelija |
| 4 Työntekijä | 7 Muu/ei tietoa |

9. Käytetyt päihteet (merkitse kaikki)

- | | |
|-------------|-------------------------------|
| 1 Alkoholi | 5 Kannabis |
| 2 Korvike | 6 Amfetamiini |
| 3 Liuotin | 7 Muu huumausaine, mikä _____ |
| 4 Lääkeaine | 8 Ei tietoa |

Hoitohistoria**10. Missä olet ollut aikaisemmin päihteiden vuoksi hoidossa ennen kuin tulit Lapuan Minnesota-hoitoon (merkitse kaikki)?**

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1 Katkaisuhuoltoasema | 4 Psykiatrinen hoitopaikka |
| 2 A-klinikka | 5 Muu, mikä _____ |
| 3 Päihdehuollon laitostuntoutus | |

11. Oletko aikaisemmin ollut mukana A-kerhon tai AA-killan toiminnassa?

- | | |
|---------|------|
| 1 Kyllä | 2 En |
|---------|------|

12. Kuka oli aloitteentekijä siihen, että tulit juuri Lapuan Minnesota-hoitoon?

- 1 Itse halusin
- 2 Tuttava tai perheenjäsen innoitti, kuka _____
- 3 Sos.työntekijä tai päihdehuollon työntekijä (virallinen taho)
- 4 Terveyskeskushenkilöstö (virallinen taho)
- 5 Työntekijä ehdotti tai velvoitti
- 6 Entinen asiakas/ entisen asiakkaan tuttavat

13. Kuka maksoi hoitosi Lapuan Minnesota-hoidossa?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1 Itse kokonaan | 4 Kunta maksaa (asiakas omavastuu) |
| 2 Lähiomainen/ muu sukulainen | 5 Muu, kuka _____ |
| 3 Työnantaja | |

**14. Arvioi kuinka paljon seuraavat hoitomenetelmät tukivat sinua
päihderiippuvuudesta toipumisessa?**

	Erittäin vähän	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Alkuhaastattelu	1	2	3	4	5
Perushoitosuunnitelma	1	2	3	4	5
Sukupuun piirtäminen	1	2	3	4	5
Alkoholitesti	1	2	3	4	5
Oman elämäkerran kertominen/kirjoittaminen	1	2	3	4	5
Päihdeterapeutin ohjaamat ryhmä istunnot	1	2	3	4	5
Pienryhmät	1	2	3	4	5
Iltamietiskely	1	2	3	4	5
Läheisviikonloppu	1	2	3	4	5
Läheisten antama tuki	1	2	3	4	5
Juomishistorian läpikäyminen	1	2	3	4	5
Luennot, dvd: t, videot ym.	1	2	3	4	5
Lääkärin palvelut	1	2	3	4	5
AA-käynnit	1	2	3	4	5
12 askeleen toipumisohjelma	1	2	3	4	5
Hoitolaitoksen ilmapiiri	1	2	3	4	5
Ympäröivä luonto	1	2	3	4	5
Toipuneiden asiakkaiden tapaaminen	1	2	3	4	5

Yhdessäolo toisten asiakkaiden

kanssa	1	2	3	4	5
Muilta saatu palaute	1	2	3	4	5
Muu, mikä? _____	1	2	3	4	5

Jatkohoito ja nykyinen elämäntilanne**15. Käytkö jatkohoidossa**

- 1 Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmässä
- 2 AA-ryhmässä
- 3 NA-ryhmässä
- 4 Muu vertaistukiryhmä, mikä _____
- 5 En käy missään vertaistukiryhmässä

16. Jos käyt Lapuan Minnesota-hoidon jatkohoitoryhmässä, niin osallistuuko myös läheisesi jatkohoitoon?

- 1 Kyllä 2 Ei

17. Onko suhteesi läheisiisi muuttunut jatkohoidon aikana?

- 1 Erittäin vähän 2 Melko vähän 3 Jonkin verran 4 Melko paljon 5 Erittäin paljon

18. Keiden läheisten ihmisten tuen olet kokenut tärkeäksi toipumisesi aikana?

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1 Puoliso | 5 Ystävät |
| 2 Lapset | 6 Työkaverit |
| 3 Vanhemmat | 7 Muu, kuka _____ |
| 4 Muut sukulaiset | |

19. Oletko käyttänyt päihteitä Lapuan Minnesota-hoidon perushoitajakson jälkeen?

- 1 Kyllä (siirry kysymykseen 20) 2 En (siirry kysymykseen 21)

Jos vastasit kyllä kysymykseen 19, niin vastaa seuraavan kysymykseen.

20. Kuinka usein olet käyttänyt päihteitä?

Aine	Päivittäin	Viikoittain	Harvemmin	Ajoittaisia käyttöjaksoja
Alkoholi	1	2	3	4
Amfetamiini	1	2	3	4
Kannabis	1	2	3	4
Lääkkeet	1	2	3	4
Opiaatit esim. heroiini	1	2	3	4
Muu, mikä _____	1	2	3	4

21. Jos vastasit ei kysymykseen 19, niin kuinka olet ehkäissyt retkahtamista?**Valitse parhaimmat vaihtoehdot. (merkitse kaikki)**

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 Liikunta harrastukset | 5 Houkutusten kiertäminen |
| 2 Entisen seuran välttäminen | 6 Ikävien, menneisyyttä koskevien asioiden muistelu |
| 3 Itsehoitoryhmään osallistuminen | 7 Tahdonvoima |
| 4 Keskustelut läheisten ihmisten kanssa | 8 Muulla tavoin, miten _____ |

22. Onko jatkohoidon aikana tapahtunut muutoksia, jotka liittyvät

- A) Siviilisäätyysi 1 Kyllä, mitä _____
2 Ei
- B) Työhösi/työttömyyteesi 1 Kyllä, mitä _____
2 Ei
- C) Sosiaaliseen asemaasi 1 Kyllä, mitä _____
2 Ei
- D) Koulutukseesi 1 Kyllä, mitä _____
2 Ei
- E) Asumiseesi 1 Kyllä, mitä _____
2 Ei

23. Arvioi onko seuraavissa asioissa tapahtunut muutosta elämässäsi jatkohoidon aikana?

	Merkittävä muutos huonompaan	Muutosta huonompaan	Ei muutosta	Muutosta parempaan	Merkittävä muutos parempaan
Fyysinen terveys	1	2	3	4	5
Psyykkinen terveys	1	2	3	4	5
Kasvu ihmisenä	1	2	3	4	5
Itsearvostus	1	2	3	4	5
Itseluottamus	1	2	3	4	5
Avoimuus, esim. omista tunteista puhuminen	1	2	3	4	5
Elämänhalu	1	2	3	4	5
Suhtautuminen muihin ihmisiin	1	2	3	4	5
Positiivinen tulevaisuuden odotus	1	2	3	4	5
Rehellisyys	1	2	3	4	5

KIITOS VASTAUKSISTASI!