

Tiina-Liisa Hakala ja Reeta Reinikka

”Samasta puusta ne on”

Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuesta

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyönkoulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tiina-Liisa Hakala ja Reeta Reinikka

”Samasta puusta ne on” Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuesta.

Ohjaajat: Erna Nikkola, lehtori, KL, THM, Leena Katajamäki, lehtori, THM ja Marjut Nummela, lehtori, HVL.

Syksy 2010

Sivumäärä: 45

Liitteiden lukumäärä: 2

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuesta ja A-killan toiminnan osuutta heidän päihdeettömyydessään. Tavoitteena oli lisätä tietoa A-killasta ja vertaistuen merkityksestä päihdekuntoutujille ja muille asiasta kiinnostuneille.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimukselle asetettiin viisi tutkimustehtävää joihin haettiin vastauksia teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa kysymykset olivat suuntaa-antavia eli puolistrukturoituja. Haastattelut toteutettiin Seinäjoen A-killassa neljälle vapaaehtoiselle päihdekuntoutujalle. Keräsimme aineistoa myös osallistuvalla havainnoinnilla. Analyysimenetelmänä käytettiin teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimustulostemme mukaan päihdekuntoutajat olivat tyytyväisiä Seinäjoen A-killan toimintaan ja he kokivat siitä olevan apua päihdeettömyydessään. Vertaistuen koettiin toimivan yhteisön jäsenten välillä hyvin. A-killan yhteisö koettiin avoimeksi, mikä antoi päihdekuntoutujille tukea, turvaa ja sosiaalista kanssakäymistä sekä toimintaa. Hyvä yhteishenki ja vapautunut ilmapiiri koettiin merkitykselliseksi tekijäksi jakaa kokemuksia. Opinnäytetyö toi esille päihdekuntoutujien välisen vertaistuen tärkeyden. Päihdekuntoutajat kokivat A-killan tärkeäksi ja sen toiminnan toivottiin jatkuvan. Haastateltavilta saatu palaute A-killalle oli positiivista. Kehittämisehdotukseksi tuli A-killan näkyvämpi mainostaminen sekä yhteistyötahojen löytäminen.

Avainsanat: vertaistuki, päihdekuntoutuja, A-killalta, päihdehoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Social services and health care
Nursing
Registered Nurse

Tiina-Liisa Hakala and Reeta Reinikka

“They are similar than me” Experiences about peer support from Seinäjoki A-kilta’s customers.

Supervisors: Erna Nikkola Senior Lecturer, Lic. Educ., MNSC, Leena Katajamäki Senior Lecturer, MNSC and Marjut Nummela Senior Lecturer, LicNSc.

Autumn: 2010 Number of pages: 45 Number of appendices: 2

The purpose of the preset work was to research Seinäjoki A-kilta’s customers’ experiences about substance abuse rehabilitation peer support and how much A-kilta can support their living without drugs. Our aim was to give more information for A-kilta concerning their customers’ thoughts of peer support as well as to everyone who is interested in this subject.

Our thesis is qualitative. We have five research tasks. A focused interview was used to answer the five tasks. In the focused interview the questions were semi-structured. The interviews were carried out in Seinäjoki A-kilta with four volunteer substance abuse rehabilitation clients. We also gathered material with participating observation. Theory-based content analysis was used to analyse the results.

According to our findings, substance abuse rehabilitation clients were pleased with Seinäjoki A-kilta’s activities and they think that it has helped living without drugs. Peer support functioned well. A-kilta’s community was seen as open-minded and it gave support, safety and social interaction to the clients. Team spirit and an open-minded atmosphere were experienced meaningful in sharing experiences. This thesis showed that peer support was important for substance abuse rehabilitation clients. Clients also think that A-kilta is important and hoped it would continue its functioning. The feedback was positive. Our development proposal is for A-kilta’s to use more visible advertising and to seek further co-operation.

Keywords: peer support, substance abuse rehabilitation client, A-kilta, substance abuse

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 PÄIHTEET.....	7
2.1 Päihteet ja niiden yleiset vaikutukset.....	7
2.1.1 Alkoholi.....	7
2.1.2 Opiaatit.....	8
2.1.3 Hallusinogeenit.....	9
2.1.4 Kannabistuotteet.....	11
2.2 Sekakäyttö.....	12
3 PÄIHDERIIPPUVUUS.....	14
3.1 Päihderiippuvuus yleisesti.....	14
3.2 Fyysinen riippuvuus.....	16
3.3 Psyykinen riippuvuus.....	16
3.4 Sosiaalinen riippuvuus.....	17
4 PÄIHDERIIPPUVAISEN AUTTAMIS- JA SOSIAALITYÖN MENETELMÄT.....	18
4.1 Varhainen puuttuminen.....	18
4.2 Vieroitushoito.....	19
4.2.1 Lääkkeellinen vieroitushoito.....	19
4.2.2 Lääkkeetön vieroitushoito.....	20
4.3 Motivoiva haastattelu.....	22
4.4 Mini-interventio.....	25
5 PÄIHDEPALVELUT JA KUNTOUTTAVA HOITO.....	26
5.1 Lakisääteiset päihdepalvelut.....	26
5.2 Yhdistysten ja yksityisten hoitolaitosten päihdepalvelut.....	28
6 PÄIHDEKUNTOUTUJAN VERTAISTUKI.....	30
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	32

8	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS.....	33
8.1	Osallistuva havainnointi.....	33
8.2	Teemahaastattelu	33
8.3	Kohderyhmäanalyysi.....	35
8.4	Sisällönanalyysi.....	35
9	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	37
9.1	Mitä kautta päihdekuntoutajat ovat löytäneet A-killan?	37
9.2	Millaisia ovat päihdekuntoutujien näkemykset A-killasta?	37
9.3	Millä tavoin Seinäjoen A-killan tukee päihdekuntoutujia heidän päihdeettömydessään?	38
9.4	Mitä Seinäjoen A-killan yhteisö merkitsee päihdekuntoutujille?	39
9.5	Miten Seinäjoen A-killassa vertaistuki toimii?.....	39
10	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	41
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	43
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vertaistuellla tarkoitetaan ihmisten halua jakaa kokemuksia ja tietoa toisille ihmisille, jotka ovat samankaltaisessa elämäntilanteessa. Vertaistuen ydinajatuksena on, että ihmiset ovat itsensä ja ongelmiansa asiantuntijoita. (Nylund 2005, 6.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi päihdekuntoutujien vertaistuen, koska aiheemme on ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Nykypäivänä vertaistuki on paljon käytetty keino eri riippuvuuksien hoidossa. Tarkastellessamme sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita (Stakes 2008) Suomessa, huomaamme että A-klinikoiden, katkaisuhuoltoasemien ja kuntoutuslaitosten tarve on suuri. Vuoden 2000 jälkeen päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät ovat kasvaneet. Vuonna 2007 A-klinikoilla asiakkaita on rekisteröity 44 443, katkaisuhuoltoasemilla 10 569 ja kuntoutuslaitoksissa 6 979.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Seinäjoen A-killan kanssa. Seinäjoen A-killalta toivoi saavansa palautetta päihdekuntoutujilta sekä ehdotuksia A-killan toiminnan mainostamiseksi. Tarkoituksenamme oli selvittää Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuen toimivuudesta sekä A-killan osallisuutta heidän päihdeettömyydessä. Aineistoa keräsimme teemahaastattelulla ja havainnoimalla päihdekuntoutujien vertaistukea Seinäjoen A-killassa. Haastattelujen kohderyhmänä olivat Seinäjoen A-killan päihdekuntoutajat.

2 PÄIHTEET

2.1 Päihteet ja niiden yleiset vaikutukset

Päihteiksi määritellään aineet, jotka aiheuttavat keskushermostoon aineesta johtuvia korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Päihteiksi lasetaan alkoholi, huumeet, erilaiset lääkkeet sekä tekniset liuottimet. Päihteiden käyttötapa vaihtelee. Niitä voidaan nauttia suun kautta, hengitysteitse tai injektioina. Päihteiden käyttöön vaikuttavat ulkoiset tekijät, kuten päihteiden saatavuus, sosiaalinen ympäristö sekä biologiset seikat, kuten ikä ja kokemus päihteiden käytöstä. Huumaavat tai päihdyttävät vaikutukset perustuvat päihteiden ainekohtaisiin keskushermostovaikutuksiin. Jotkut päihteet stimuloivat, kun taas toiset päihteet lamaannuttavat keskushermostoa. Päihteet tuottavat fyysisten vaikutusten lisäksi psyykkisiä vaikutuksia, jotka ovat usein miellyttäviä ja joiden vuoksi käyttäjät adiktoituvat päihteeseen. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 110.)

Aineiden jotka lamaannuttavat keskushermostoa ensivaikutukset ovat mielihyvää tuottavia ja estoja poistavia, mikä voi ilmetä iloisuutena ja vilkkautena tai vihamielisyytenä. Päihtymyksen lisääntyessä liiketoimintojen koordinaatio heikkenee ja myrkytystilan seurattessa ilmenee syvenevä tajuttomuus ja hengityksen lamaantuminen. (Salaspuro 2009, 898.)

2.1.1 Alkoholi

Alkoholi (etanoli) on kofeiinin ja nikotiinin jälkeen eniten käytetty päihde ja sillä on huumaavia sekä mielihyvää tuottavia keskushermostovaikutuksia. Alkoholin huumaavia vaikutuksia kutsutaan humalaksi. Kroonisen käytön seurauksena hermoston sopeutumisreaktiona kehittyy toleranssi sekä psyykkinen ja fyysinen riippuvuus. Humalalla tarkoitetaan alkoholin käyttäytymistä, suorituskykyä ja mielentilaa muuttavia vaikutuksia, jotka aiheutuvat alkoholin vaikutuksesta keskushermostoon.

Alkoholi vaikuttaa lukuisiin keskushermoston säätelemiin toimintoihin, joista toiset ovat sille herkempiä kuin toiset. Esimerkiksi kipu- ja tasapainoaisesti ovat herkkiä alkoholin vaikutuksille. (Salaspuro ym. 2003, 120.)

Saarnio (2000, 159, 161) toteaa, että alkoholilla ei ole muiden päihteiden tavoin hermostossa tiettyä sitoutumis- tai vaikutuskohtaa, vaan se vaikuttaa useaan neuronijärjestelmään. Saarnion mukaan alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa myös psyykooseja ja sen käyttö on vahvasti yhteydessä muihin mielenterveyden häiriöihin, jolloin puhutaan kaksoisdiagnoosista.

Havion, Inkisen ja Partasen (2008,72) mukaan alkoholin suurkulutukseen saattavat viitata muun muassa masennus, väsymys, vatsavaivat, unettomuus, itsemurha-ajatukset tai – yritys tai maksan sairaudet. Alkoholin suurkulutus voidaan määritellä sen mukaan kuinka usein henkilö käyttää alkoholia. Suomessa miehen suurkulutuksen rajan katsotaan ylittyvän, jos mies juo vähintään 24 alkoholiannosta viikossa tai seitsemän annosta kerralla. Naisella vastaavat määrät ovat 16 alkoholiannosta viikossa ja viisi annosta kerralla. (Aalto 2009, 891.)

2.1.2 Opiaatit

Opioidit ovat yhdisteitä, joita käytetään usein sekä lääkkeinä, että huumausaineina. Opiaatteja saadaan oopiumunikon kuivatusta maitiaisnesteestä. Se sisältää noin 20:ntä alkaloidia joista tärkeimmät ovat oopiumi, morfiini ja kodeiini. Morfiinista valmistetaan kemiallisen prosessin kautta heroïinia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 76–78.) Opiaatteihin, erityisesti heroïiniin, syntyy hyvin nopeasti riippuvuus. Yliannostukset voivat johtaa hengityspysähdyksiin, jotka taas johtavat kuolemiin. Tällaiset kuolemat ovat tavallisia erityisesti tottumattomilla käyttäjillä. Opiaattien käyttöön liittyy myös väkivaltaisia kuolemia. (Havio ym. 2008, 89.)

Voimakkaimmin euforiaa aiheuttaa heroïini, joka on kolme tai neljä kertaa vahvempaa kuin morfiini. Kodeiini on miedointa, noin kuudesosa morfiinini tehosta.

(Havio ym. 2008, 88–89.) Heroiinin aiheuttamat vieroitusoireet voivat alkaa jo muutaman tunnin kuluessa aineen vaikutuksen loputtua. Oireita voivat olla muun muassa vapina, hikoilu, kiputilat ja kouristelut. Huumausaineista opiaatit aiheuttavat voimakkaimman fyysisen riippuvuuden. (Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen vakuutusyhtiöiden Keskusliitto & Stakes, 2001, 21–22.)

Morfiinia käytetään lääkkeenä kivun hoitoon. Huumetarkoituksessa käytetään morfiinia, kodeiinia ja heroiniä. Opioidit vaikuttavat opioidireseptorien välityksellä ja ne saavat aikaan voimakkaan hyvänolontunteen, joka motivoi käyttämään päihdettä pakonomaisesti. (Salaspuro ym. 2003, 151, 155.)

2.1.3 Hallusinogeenit

Hallusinogeeni on aistiharhoja aiheuttava aine, joka aiheuttaa psykoosia muistut-tavan tilan. Hallusinogeenit ovat joko synteettisesti valmistettuja tuotteita tai eri kasvien ainesosia. Tunnetuimpia hallusinogeeniä ovat LSD, Ekstaasi ja sienet. (Lappalainen-Lehto, ym. 2008, 80.)

Voimakkaimmin aistiharhoja aiheuttava huumausaine on LSD eli lysergihapon dietyyliamidi tai lysergidi. LSD on väritön, hajuton, mauton ja vesiliukoinen aine jota kaupataan tabletteina, jauheina, kapseleina, liuoksina sekä sokeripaloihin tai paperiin imeytettynä. Puhekielessä LSD:tä kutsutaan muun muassa ”happo” tai ”naksu”. (Havio, ym. 2008, 87.)

Päihdelinkin (2010) mukaisesti laissa LSD on luokiteltu erittäin vaaralliseksi aineeksi sillä vähäinenkin annos saattaa olla tappava. Katukaupassa valmisteiden vahvuutta on vaikea arvioida mutta yleisimmin määrä on n. 75-150µg. LSD vaikutus alkaa 15–45 minuutin kuluessa ja sen vaikutus on voimakkaimmillaan 3–4 tunnin kuluttua. (Salaspuro, ym. 2003, 463.) LSD vaikuttaa voimakkaasti aivojen eri osiin, sitoutumalla muun muassa emootioita ja tunnetiloja sääteleviin keskuksiin.

Se vaikuttaa havaintoja ja kognitiivisia toimintoja koordinoivaan aivokuoreen sekä liikeratoja säätelevään aivorunkoon ja pikkuaivoihin. Aineen käytöstä syntyvät aistiharhat katsotaan johtuvan aineen vaikutuksesta serotoniini- ja dopamiini järjestelmiin. (Päihdelinkki 2010.)

LSD ei sinänsä ole myrkyllinen vaan sen vaarallisuus perustuu sen psyykkisiin vaikutuksiin, mikä saattaa aktivoida psyykkisiä häiriötiloja ja johtaa tuhoisiin tapaturmiin. LSD:n aiheuttamiin tuntemuksiin ennen aineen ottamista vaikuttavat sekä käyttäjän aikaisemmat kokemukset, persoonallisuus ja psyykinen tila että myös muut mukana olevat henkilöt ja paikka. LSD:stä aiheutuvat tuntemukset saattavat olla joko epämiellyttäviä (bad trip) tai miellyttäviä (good trip). Epämiellyttävissä tuntemuksissa ihminen kokee paniikki-, pelko-, tai ahdistuskokemuksia joissa henkilö kokee vahvasti mielenterveyden menettämisen, hallinnan kadottamisen ja kuoleman pelkoa. (Salaspuro, ym. 2003, 170; Päihdelinkki 2010.) LSD:n aiheuttamat kauhutilat ovat usein syy kuolemantapauksiin kuten itsemurhiin ja väkivaltatekoihin. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa näkö- ja kuuloharhat, ajantajuun, etäisyyksien ja suhteiden arvioinnin vääristyminen, ruumiinkuvan muuttuminen epärealistiseksi, pahoinvointi, oksentelu, masennus, tai paniikki. (Havio, ym. 2008, 87.)

LSD:lle ominainen ja erittäin vaarallinen ilmiö on ns. flashback, jota esiintyy noin 25 %:lla käyttäjistä. Takaumat ovat spontaanisti esiintyviä aistimusten, ajatusten tai tunnetilojen vääristymisiä, jotka voivat tulla viikkojen, kuukausien tai jopa vuosien kuluttua alkuperäisestä kokemuksesta. Oireet saattavat kestää muutamasta minuutista tunteihin. Takaumia esiintyy yleensä säännöllisillä käyttäjillä, mutta niitä voi esiintyä myös niillä, jotka ovat käyttäneet päihdettä yksittäiskertoina. Takaumien neurofysiologista taustaa ei vielä tiedetä, mutta sen syntyy vaikuttaa joskus stressi tai muun psykodeelisen aineen käyttö. (Salaspuro, ym. 2003.) Jatkuvassa käytössä esiintyviä vaikutuksia ovat muun muassa vainoharhaisuus, masentuneisuus, mielisairaudenpuhkeaminen, itsemurha, keskenmenot, ennenaikaiset synnytykset, sikiön kromosomivauriot (Havio, ym. 2008, 87).

2.1.4 Kannabistuotteet

Kannabistuotteita ovat hasis, marihuana ja kannabisöljy joita saadaan Kannabis sativa -nimisestä kasvista eli hampusta. Kannabistuotteet ovat Euroopan yleisimmin käytetty aine. YK:n arvioin mukaan maailmassa on noin 141 miljoonaa kannabistuotteiden käyttäjää. Yhdysvalloissa 60 % 26–34 -vuotiaista on käyttänyt kannabista elinaikanaan. Suomessa vuoden 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan noin 13 % on kokeillut tai käyttänyt kannabista. Kannabis on monivaikutteinen huumausaine jonka käytöstä esiintyy hallusinogeenisia, stimuloivia ja sedatiivisia vaikutuksia. (Salaspuro, ym. 2003, 453; Päihdelinkki 2010.)

Kannabistuotteita eli marihuanaa, hasista ja kannabisöljyä valmistetaan Kannabis kasvin eri osista. Marihuanaa valmistetaan kuivattamalla rouheeksi kannabiskasvin kukintoja, varsiosia tai lehtiä. Hasis on noin viisi kertaa vahvempaa kuin marihuana, se valmistetaan kannabiskasvin hede- tai emikukinnoista erityyvästä hartsimaisesta pihkasta. Kannabisöljy on kannabiskasvin öljymäistä uutetta, josta tislataan huumaavaa öljyä. Kannabistuotteita käytetään pääasiassa vesi tai tavallisissa piipuissa tai käärittyinä savukkeisiin. Sitä voidaan lisätä myös ruokaan tai leivonnaisiin. Kokeilut ruiskuttaa kannabista suoraan suoneen ovat aiheuttaneet epämiellyttäviä sivuvaikutuksia sekä paikallisia tulehduksia. (Päihdelinkki 2010; Salaspuro, ym. 2003, 453.)

Kannabiksessa on runsaasti tajuntaan vaikuttavia aineita. Merkittävin päihdyttävä aine on THC eli tetrahydrocannabinoli, joka sitoutuu elimistön rasvakudokseen, josta sen poistuminen kestää vähintään kuusi viikkoa. Myynnissä olevissa kannabistuotteissa on noin 30mg TCH:tä sisältäviä savukkeita. Kotona kasvatetuissa kannabiskasveissa 500mg savuke sisältää noin 5mg TCH:tä. Tilapäiskäyttäjälle savuke, joka sisältää pienen määrän (2–3mg) TCH:tä saa aikaan päihdyttävän hyvänolontunteen. (Salaspuro, ym. 2003, 453.)

Kannabista poltettaessa sen päihdyttävä vaikutus alkaa sekuntien kuluessa ja kestää 3–4 tuntia. Suun kautta nautittuna vaikutus alkaa hitaammin ja kestää myös kauemmin 6–8 tuntiin. (Havio, ym. 2008, 85; Päihdelinkki 2010.) Vaikutukset vaihtelevat käyttäjän, hänen mielentilansa ja paikan mukaan. Kannabiksen käytön välittömiä tuntemuksia ovat mm. estojen väheneminen, rentoutuminen, euforia ja empatian lisääntyminen. Assosiaatiot ja aistikokemukset korostuvat. Ääreisverenkierto vilkastuu ja verensokeri laskee, mikä lisää ruokahalua. Muutaman tunnin sisällä käytöstä voi ilmetä silmien verekkyyttä, suun kuivumista ja takykardiaa. Totumattomalla käyttäjällä suuri annos kannabista saattaa johtaa äkilliseen sekavuustilaan. Sekavuuden lisäksi saattaa ilmetä muistin ja reaktiokyvyn heikentymistä sekä aistiharhoja. (Havio ym. 2008, 84; Päihdelinkki 2010.)

Voimakas psyykkinen riippuvuus syntyy kun kannabista käytetään säännöllisesti. Sietokyky kehittyy kuitenkin melko hitaasti mutta sen noustessa aineen määrää tai voimakkuutta joudutaan lisäämään saman vaikutuksen saamiseksi. Kannabiksen käyttöön ei liity yliannosriskiä alhaisen akuutin myrkytystason vuoksi. Kannabistuotteisiin liittyvät kuolemantapaukset liittyvät lähinnä liikenneonnettomuuksiin, itsemurhiin ja tapaturmiin. (Havio ym. 2008, 85; Päihdelinkki 2010.)

2.2 Sekakäyttö

Sekakäyttö- ja monipäihteisyys tarkoittavat lääkkeiden ja alkoholin tai monien eri päihdyttävien aineiden yhtäaikaista tai peräkkäistä käyttöä. Monipäihteisyydestä puhuttaessa tarkoitetaan eri päihteiden vaihtelevaa käyttöä esimerkiksi päihteitä käytetään tilannekohtaisesti tai jaksottaisesti. Sekakäyttö – käsite viittaa eri aineiden samanaikaiseen ja sattumanvaraiseen käyttöön. (Havio, ym. 2008, 64.) Päihteiden sekakäytön muotoja on monia, mutta tavallisin sekakäytön muoto on alkoholin ja rauhoittavien tai unilääkkeiden yhteiskäyttö. Yleensä sekakäyttö on tahallista, jonka pyrkimyksenä on vahvistaa lääkkeillä humalatilaa tai huumeiden päihdyttävää vaikutusta. Alkoholin kanssa otetut uni- tai rauhoittavat lääkkeet saattavat aiheuttaa muistinmenetystä, mikä saattaa johtaa lääkkeiden yliannosteluun,

tajuttomuuteen tai kuolemanvaaraan. Säännöllisestä alkoholin ja lääkeaineiden sekakäytöstä syntyy nopeasti lääkeriippuvuus. (Holopainen 2005a)

Holopainen (2005b) mainitsee, että myös tahatonta sekakäyttöä esiintyy. Tahattomasta sekakäytöstä voi puhua silloin, kun henkilö ei tietoisesti tavoittele päihtymyksen lisäävää vaikutusta. Tahaton sekakäyttö syntyy, kun pyritään lievittämään alkoholinkäytön aiheuttamia epämiellyttäviä oireita (esimerkiksi uni- ja rauhoittavilla lääkkeillä). Lääkkeitä otettaessa ei oteta huomioon tai ei tiedetä sen vaikutusaikaa hermostoon. Usein lääke vaikuttaa vielä vaikka kokemus siitä ei enää tuntuisikaan, joten tällöin on vaarana, että lääke ei ole ehtinyt hävitä elimistöstä ennen seuraavaa alkoholin käyttökertaa. Myös pitkäaikainen tahaton sekakäyttö saattaa johtaa riippuvuuden syntymiseen. (Havio, ym. 2008,64.)

3 PÄIHDERIIPPUUUS

3.1 Päihderiippuvuus yleisesti

Päihderiippuvuus on:

sellainen psyykkinen ja fyysinen tila, joka on seurausta elävän organismin ja päihdyttävän aineen välisestä vuorovaikutuksesta. Tähän tilaan kuuluu käyttäytymis- ja muita malleja, joihin aina liittyy pakonomainen tarve saada ainetta, jatkuvasti tai ajoittain, sen psyykkisten vaikutusten vuoksi ja joskus myös poistamaan sitä epämiellyttävää oloa, joka seuraa, kun ollaan ilman ainetta. Tarvetta kohottaa annosta, sietokyvyn kasvua (toleranssi), ei välttämättä esiinny. Henkilö voi olla riippuvainen useammasta kuin yhdestä aineesta. (Pylkkänen 1986; Dahl & Hirschovits 2002, 263.)

Päihderiippuvuutta pidetään kroonisena sairautena. Alkoholismin tapaan päihderiippuvuudelle on tyypillistä kyvyttömyys säädellä aineen käyttöä joka usein on jatkuvaa tai pakonomaista. Riippuvuutta voidaan tarkastella yksilön, yhteisön, kulttuurin tai yhteiskunnan näkökulmasta, sillä riippuvuus perustuu biologisiin tekijöihin, mutta siihen vaikuttavat myös sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Päihderiippuvuus johtuu aivojen tiettyjen hermosolujen sopeutumisesta toistuvaan altistukseen. Addiktio kehittyy päihteiden aivoissa aiheuttamien muutosten seurauksena. Jatkuvan päihteiden käytön seurauksena elimistön kyky sietää ainetta kasvaa ja aineeseen kehittyy toleranssi. (Savolainen 2005; Huttunen 2009.)

Dahl ja Hirschovits (2002, 263) määrittelevät kirjassaan - Tietoa päihteistä riippuvuuden negatiiviseksi riippuvuudeksi. Negatiivisella riippuvuudella he tarkoittavat sitä, kun se aiheuttaa psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia ongelmia elämässä. Päihderiippuvuuteen vaikuttaa Dahlin ja Hirschovitsin mukaan monet eri tekijät kuten käytetyn aineen ominaisuudet, käytetty määrä, käyttötapa, käyttäjän persoonallisuus tekijät ja ympäristö.

Salaspuro, ym. (2003, 113) määrittelevät Päihdelääketiede -kirjassa päihderiippuvuuden siten, että riippuvuudessa yksilön fyysinen ja psyykinen terveys heikenee käytettäessä kemiallisia aineita, aineen käytön säätely vaikeutuu, elimistön toleranssi sietää ainetta kasvaa sekä yksilö kärsii vieroitusoireista käytön loputtua. He mainitsevat myös uudesta näkökulmasta, jonka mukaan riippuvuus nähdään päihteiden käytön pakonomaisuutena, hallitsemattomuutena ja toistuvina retkahduksina.

Päihderiippuvuuden diagnostisia järjestelmiä on kaksi, amerikkalainen DSM IV ja WHO:n julkaisema kansainvälinen ICD 10. Suomessa on käytetty vuodesta 1996 ICD-10-kriteerejä. Yhteistä näille diagnostisille järjestelmille on se, että kriteerit ovat samat riippumatta käytetystä päihteestä. (Päihdelääketiede 2003, 76). Riippuvuuden tunnuspiirteitä löytyy useista eri tautiluokista, mutta yleensä se liitetään alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden väärinkäyttöön. Riippuvuuden varsinainen kohde on psyykinen tila, eikä kyse ole varsinaisesti riippuvuudesta johonkin aineeseen. Riippuvuusoireyhtymän diagnosoimiseksi kriteereitä on esiinnyttävä vähintään kolme tai useampi yhtäjaksoisesti kuukauden ajan viimeisempien 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, jos jaksot ovat lyhyempiä. (Ketomäki 2010, 11.)

Alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamien vahvistavien vaikutusten ja riippuvuuden välistä yhteyttä ei ole todistettu, on kuitenkin teoretisoitu, että riippuvuus kehittyy vahvistusmekanismeissa tapahtuvien neurobiologisten adaptiivisten tapahtumien kuten herkistymisen kautta. (Kiianmaa, Tiihonen & Hyytiä 2003, 2494.) Riippuvuutta hoidetaan kokonaisvaltaisesti, kaikki osa-alueet huomioidaan. Sen vuoksi hoitamiseen tarvitaan usein moniammatillista ja monialaista osaamista. Myös omaiset ovat tukena päihteiden käyttäjälle. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 34.)

3.2 Fyysinen riippuvuus

Fyysinen riippuvuus kehittyy kun päihteitä käytetään toistuvasti. Fyysisessä riippuvuudessa hermosto on sopeutunut aineeseen, jota on jatkuvasti elimistössä. Fyysinen riippuvuus tulee ilmi vasta kroonisen päihteen käytön loppuessa, sillä päihteeseen sopeutunut elimistö vaatii päihteen jatkuvaa käyttöä toimiakseen normaalisti. Fyysistä riippuvuutta ei pidetä päihdeaddiktiona vaan se nähdään toleranssin tavoin normaalina biologisena sopeutumislmiönä elimistön homeostaattisen tilan säilyttämiseksi. (Salaspuro, ym. 2003, 117.)

Irti huumeista ry:n ([viitattu 15.6.2010]) mukaan fyysiseen riippuvuuteen liittyvät monet selkeät vieroitusoireet kuten erilaiset kivut, kouristukset, vapina, univaikeudet, kuumeilu ja hikoilu. Ihminen on fyysisesti riippuvainen kun elimistö on tottunut päihteeseen ja kaipaa sitä normaalin olotilan ylläpitämiseen. Uusi-Oukari (2007, 419) esittää, että fyysinen riippuvuus voi kehittyä psyykkisen riippuvuuden vuoksi, sillä psyykinen riippuvuus voi johtaa aineen jatkuvaan käyttöön ja sitä kautta fyysiseen riippuvuuteen. Fyysistä riippuvuutta aiheuttavat esimerkiksi opioidit ja alkoholi mutta vieroitusoireiden luonne, voimakkuus ja kesto ovat ainekohtaisia.

3.3 Psyykinen riippuvuus

Alkoholilla on psyykkisiä, mielihyvää tuottavia vaikutuksia. Nämä vaikutukset vahvistavat toistuvaa alkoholinkäyttöä, joka voi johtaa aivoissa tapahtuvien muutosten kautta alkoholiaddiktioon sekä toleranssin kehittymiseen. Psyykkiselle riippuvuudelle on ominaista muun muassa juomishimo, pakonomainen halu saada alkoholia sekä kykenemättömyys pidättäytyä alkoholista. Nämä johtavat usein juomiskatkolle tapahtuvaan retkahtamiseen eli juomisen uuteen aloittamiseen. (Salaspuro ym. 2003, 125.)

Psyykkisessä riippuvuudessa päihteiden käyttäjä tuntee tarvitsevansa päihteitä kokeakseen mielialansa hyväksi. Tällöin hän pyrkii kohentamaan mielialaansa nopeasti kemiallisella aineella joka aiheuttaa riippuvuuden. (Dahl & Hirschovits 2002, 265.) Psyykkinen riippuvuus syntyy usein enemmän kuin fyysinen riippuvuus. Päihteiden käyttäjä kokee päihteen ja sen käytön olevan välttämättömiä omalle hyvinvoinnilleen. (Havio ym. 2008, 43.)

3.4 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalisella riippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta kaveripiiristä ja suhteista, jotka liittyvät vahvasti päihteidenkäytön ympärille. Päihteet voi olla edellytys johonkin kaveriporukkaan pääsemiselle tai ainakin niiden käyttö liittyy vahvasti näihin ihmisiin. Päihteiden käyttö voi olla ns. rituaalimeno josta käyttäjät voivat olla riippuvaisia. (Dahl & Hirschovits 2002, 266.)

Havion ym. (2008, 43) mukaan sosiaalinen riippuvuus on ihmisen kiinnittymistä sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa käytetään päihteitä. Esimerkiksi huumeriippuvaisilla suhteet sellaisiin ihmisiin, jotka eivät käytä päihteitä, voivat hiipua tai väistyä kokonaan. Riippuvuus herättää usein sosiaalista paheksuntaa, joka lisää syyllisyyttä päihteen käyttäjällä. Hoitotyön kannalta sosiaalisen riippuvuuden puheeksiottaminen ja käsittely on tärkeää. Päihteen käyttäjän kanssa voi miettiä, ketkä hänen lähipiirissään tukevat häntä riippuvuudesta toipumisessa ja miten hän voisi muuttaa elämänhallintaansa. Asioiden konkreettinen selvittäminen ja hoitaminen auttavat päihteen käyttäjää irrottautumaan riippuvuudesta. (Holmberg, ym. 2008, 33-34.)

4 PÄIHDERIIPPUVAISEN AUTTAMIS- JA SOSIAALITYÖN MENETELMÄT

4.1 Varhainen puuttuminen

Varhainen puheeksiotto tarkoittaa ensimmäistä mahdollisimman varhaista puuttumista päihdeongelmaan. Puheeksiottaminen on hyväksi silloin kun henkilölle on syntynyt tai syntymässä päihteiden käytöstä sosiaalinen tai terveydellinen ongelma. Päihteiden käytön voi ottaa puheeksi esimerkiksi esimies, työterveyshuolto, läheinen tai työtoveri. (Lappalainen-Lehto., ym. 2008, 151-152.)

Päihdeongelmaan puuttuminen mahdollisimman aikaisin vaikuttaa myönteisesti kaikkiin potilaan elämäntilanteisiin. Varhainen puheeksiottaminen vaikuttaa potilaan terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin sekä taloudellisiin asioihin. Puuttumisen tulee olla ammatillista, harjoiteltua ja tietoon perustuvaa. Sairaanhoidon puuttumisellaan auttaa asiakas myöntämään itselleen että hän tarvitsee apua päihteiden käytön hallinnassaan sekä sen, että asiakas saa niihin asiantuntevaa hoitoa. (Holmberg ym. 2008, 241.)

Päihteiden käyttö ja siihen puuttuminen koetaan usein hyvin henkilökohtaiseksi sekä intiimiksi asiaksi, johon jopa ammattilaisen on vaikea puuttua. Asiakas kokee häpeää sekä syyllisyyttä, eikä ole välttämättä halukas puhumaan asiasta. Puuttumattomuus päihdeongelmaan on kuitenkin ihmisyyteen kohdistuvaa piittaamattomuutta. Mitä varhaisemmin päihteistä aiheutuvat terveysongelmat ja niiden oireet tunnistetaan, sitä todennäköisempää paraneminen on. Tunnistamisessa voidaan käyttää apuna potilaasta tehtyjä havaintoja, haastatteluja, strukturoituja kyselyjä (esim. AUDIT, CAGE) sekä laboratoriodiagnostiikkaa. (Holmberg ym. 2008, 245-247.) Terveystieteiden tutkimuksessa, työpaikoilla ja siviilissä on siis kaikin keinoin pyrittävä lisäämään päihdeongelmien varhaista tunnistamista, interventioita sekä ennaltaehkäisevää työtä.

4.2 Vieroitushoito

Pitkäaikaisen runsaan alkoholin tai muiden päihteiden käytön lopettamisesta seuraa vieroitusoireyhtymä. Vieroitusoireyhtymällä tarkoitetaan sekä somaattisten että psyykkisten vieroitusoireiden kokonaisuutta. Vieroitusoireet riippuvat siitä mitä päihteitä on käyttänyt. Oireita voivat olla esimerkiksi ahdistus, tuskaisuus, levottomuus, ruokahalun katoaminen, unettomuus, ärtyisyys ja sydämentykytys. Vakaviin vieroitusoireisiin voi liittyä myös kouristuksia, näkö- ja kuuloharjoja, sekavuutta sekä desorientaatiota. Lievät vieroitusoireet menevät ohi itsestään yleensä muutamassa päivässä. Vaikeat oireet saattavat kestää viidestä seitsemään päivään. Oireet vaihtelevat käytetystä päihdeestä sekä sen käytöstä. Vieroitushoidon tavoitteena on potilaan päihdekierteen katkaiseminen. Hoito koostuu tiedonkeruusta, hoidon tarpeen arvioinnista, vieroitustilan seurannasta sekä psyykkisestä tuesta. (Havio, ym. 2008, 140.)

Vieroitushoito vaatii pitkäjänteisyyttä ja erityisen tarkkaa päihdehistorian selvittämistä. Sekariippuvaisen vieroitushoito on paljon vaikeampaa sillä vieroitusoireet saattavat olla arvaamattomia, vaihtelevia ja hankalia arvioida. Tyypillisesti alkoholistista ja huumeista aiheutuvat vieroitusoireet tulevat esiin ja lääkkeistä aiheutuvat vieroitusoireet myöhemmin. (Holopainen 2010; Havio, ym. 2008, 151.)

4.2.1 Lääkkeellinen vieroitushoito

Vieroitusoireisen potilaan hoidon perusta akuutissa vaiheessa, on lääkehoito, joka perustuu vieroitusoireiden arviointiin. Tarvittava ja asianmukainen lääkitys poistaa hengenvaarallisia, esimerkiksi sydänperäisiä vieroitusoireita ja myrkytystiloja. Lääkkeillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään unettomuutta, ahdistus- ja masennusoireita. Lääke annetaan vasta, kun verestä on poistunut kaikki alkoholi. Myös vitamiinien, hivenaineiden sekä elektrolyyttien saanti pyritään turvaamaan lääkkeillä. Myös kivennäisvedet ja mehut turvaavat nestetasapainon ja elektrolyyttien saannin. (Havio ym. 2008, 142, 146.)

Vakavan aivovaurion synty voidaan estää tiamiinihoidolla (B1-vitamiini). Sairaalossa käytetään voimakkaisiin vieroitusoireisiin ns. kyllästyshoitona diatsepaamia. Somaattisiin oireisiin käytetään oireenmukaisia lääkkeitä. Sydämen rytmihäiriöitä voidaan ehkäistä tai tasoittaa beetasalpaajalla. Lääkehoitoa jatketaan niin kauan kuin on vieroitusoireita. Lääkeannostukset ovat pieniä etenkin avohoidossa, koska asiakas ei usein viivy avohoidossa kauaa. Lääkeannostusta vähennetään astettain ja lääkeannostukset ovat usein päivittäisiä. (Havio ym. 2008, 146.)

Bentsodiatsepiinien merkitys alkoholivieroitushoidossa on osoitettu erinäisissä tutkimuksissa. Niiden avulla voidaan vähentää deliriumia sekä vieroituskouristuksia. Lisäksi ne vähentävät hikoilua, vapinaa ja sydämentykytystä. Myös Antabus hoito on osoitettu tehokkaaksi. (Salaspuro ym. 2003, 275.)

4.2.2 Lääkkeetön vieroitushoito

Lääkkeetöntä vieroitushoitoa on turvallisinta toteuttaa katkaisuhoidossa vuodeosastolla. Vieroitusoireisen potilaan hoitoa edistävät rauhallinen fyysinen ympäristö ja osaava henkilökunta, joiden kanssa voi keskustella kahden kesken. Lääkkeetöntä vieroitushoitoa voi verrata tavalliseen perushoittoon (hygienia, riittävä syöminen ja juominen, lepo) sekä turvallisuuden ja fyysisen hyvinvoinnin huolehtiminen. (Havio, ym. 2008, 143.)

Asiakasta pyritään heti alkuun ohjaamaan normaaliin päivärytmiin ja syömään oikein. Ruokavaliolla on hoidossa suuri merkitys sillä tullessaan hoitoon päihteenkäyttäjä on saattanut elää pitkiäkin aikoja pelkillä alkoholijuomilla, oksentanut ja kärsii nestevajauksesta. Vieroitusvaiheessa asiakkaan on tärkeää nauttia nesteitä runsaasti kuten urheilujuomia, mehua tai ravintoliuosta. Ruokavalion on aluksi oltava kevyttä, ja helposti sulavaa, sillä useilla asiakkailla, jotka ovat pitkään käyttäneet päihteitä, esiintyy ruoansulatuskanavan ärsytysoireista, mahakatarrista, ripulista ja nestehukasta. (Havio, ym. 2008, 144.)

Säännöllinen vuorokausirytmä antaa monelle katkaisuhoidossa oleville turvallisuuden tunteen. Päivärytmi, riittävä lepo sekä ulkoilu ovat tärkeitä, sillä ne helpottavat vieroitusoireita. Monilla unen saanti voi olla hankalaa, sen vuoksi asiakkaan kanssa on hyvä keskustella nukahtamiseen liittyvistä peloista sekä antaa neuvoja unensaannin edistämiseksi. Rentoutumisharjoitukset, kylpy, lämmin maito, musiikin kuuntelu ja hieronta ovat monilla toimivia keinoja unen saamiseksi. Levottomia ja kouristelevia päihteenkäyttäjiä voidaan joutua hoitamaan patjalla lattialla, sillä heillä on vaarana pudota sängystä ja loukata itsensä. Ensimmäiset päivät vieroitushoidossa keskittyvät lähinnä lepoon ja toipumiseen. Toipumisen edetessä asiakasta kannustetaan voimavarojensa mukaan toimimaan omatoimisesti, esimerkiksi ohjataan huolehtimaan hygieniastaan, pesemään vaatteitaan tai hakemaan itse ruokatarjottimensa. (Havio, ym. 2008, 144.)

Keskustelu asiakkaan kanssa on yksi olennainen osa vieroitushoitoa. Monilla asiakkailla esiintyy pettymyksen ja huonommuuden tunteita. He ovat huolestuneita terveydestään, työpaikastaan ja perheestään. Luottamuksellinen keskustelu sairaanhoitajan kanssa, jossa päihteidenkäyttäjä saa purkaa tunteitaan, helpottaa hänen oloaan ja motivoi jatkamaan hoitoaan. Itsemurha-ajatukset ovat yleisiä vieroitushoidossa, siksi keskusteluissa on hyvä kysyä suoraan myös niistä. Päihteiden käyttäjät saattavat pelätä myös fyysisiä tai psyykkisiä vieroitusoireita. Asiakkaan oloa helpottaa sairaanhoitajan antama tieto siitä, että vieroitusvaiheessa todellisuus vääristyy ja tällöin asiat ja tunteet tuntuvat vaikeammilta kuin selvin päin. Harhoja kokeva asiakas ymmärtää / kestää harhojaan paremmin, kun hänelle kerrotaan niiden syistä ja tilapäisyydestä. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 138–139.)

4.3 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on tapa olla asiakkaan kanssa luottamuksellisessa vuorovai-
kutuksessa, jossa tärkeintä on arvostava ja kunnioittava asenne asiakasta koh-
taan. Motivoivan haastattelun aikana työntekijä pyrkii saamaan selville asiakkaan
omat tavoitteet, ydinarvot ja tavoitellun muutoksen merkitykset. Haastattelussa
työntekijä suunnittelee yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaalle soveltuvat lyhyen ja
pitkän tähtäimen tavoitteet. (Päihdelinkki 2008.) Motivoiva haastattelu ei ole mani-
pulointia, painostamista tai kiirehtimistä eikä siinä pyritä osoittamaan ongelmia
näyttöön perustuen. Haastattelussa edetään aina asiakkaalle sopivalla tahdilla
tukien asiakkaan omaa motivoitumisprosessiaan. (Taskinen 2006.)

Työntekijän on tarkoitus saada asiakas itse motivoimaan itseään. Motivoiva haas-
tattelu sisältää viisi alkuvaiheen strategiaa jotka lisäävät potilaan muutoshaluk-
kuutta. Nämä strategiat ovat avoimet kysymykset, heijastava kuunteleminen,
myönteinen vahvistaminen, yhteenveto sekä itseä motivoivien lauseiden kehittä-
minen. (Taskinen 2006.)

Motivoiva haastattelu olisi aina hyvä aloittaa avoimilla kysymyksillä, sillä ne käyn-
nistävät asiakkaan itsehavainnoinnin paremmin. Avoimet kysymykset ohjaavat
asiakasta pohtimaan ongelmaansa tarkemmin. Avoimien kysymysten on huomattu
tuottavat paljon enemmän informaatiota kuin suljetut kysymykset sillä tällöin asia-
kas joutuu vastaamaan laajemmin kuin vain ”kyllä” tai ”ei”. Toimivat avoimet kysy-
mykset alkavat kysymyssanoilla mitä, mikä, miten, milloin kuka, kuinka jne. Esi-
merkiksi; ”Kertoisitko jotain alkoholin käytöstäsi?”, ”Mitä muuta olet huomannut?”
(Havio, ym. 2008 130; Taskinen 2006; Päihdelinkki 2008.)

Heijastava kuunteleminen on haastavaa ja se on tärkeä taito työntekijälle. Heijastavassa kuuntelussa tärkeintä on tuoda oma ajatuksensa julki asiasta mitä ajattelee asiakkaan kertomallaan tarkoittavan. Tärkeää on, että työntekijän ajatukset eivät välttämättä pidä paikkaansa, jolloin asiakas saa mahdollisuuden oikaista / korjata niitä ja siten tarkentaa asiaa. Heijastukset ovat työntekijän esittämiä toteamuksia, joiden tarkoituksena on, että asiakas kuulee uudelleen kertomansa ja pystyy siten syventämään pohdintaansa. Heijastava kuuntelu on valikoivaa ja aktiivista. Työntekijä valikoi asiakkaan puheesta pohtimisen kannalta merkityksellimmät asiat ja heijastaa ne takaisin esittämällä esimerkiksi tarkentavan kysymyksen: "Voisitko kertoa vähän enemmän tavastasi käyttää päihteitä?". Keskustelun aikana työntekijän on myös hyvä esittää aika ajoin tiivistelmiä ja yhteenvetoja asiakkaan kertomuksesta. (Havio, ym. 2008, 130; Taskinen 2006; Päihdelinkki 2008.)

Työntekijän on tärkeää huomioida mitä myönteistä asiakas kertoo itsestään tai toiminnastaan ja pyrkiä vahvistamaan näitä ajatuksia. Myönteisessä vahvistamisessa on tarkoitus kiinnittää asiakkaan huomio muutoksen kannalta myönteisiin asioihin. Työntekijä osoittaa myönteisellä vahvistamisella asiakkaalle, että hän todella kuuntelee ja näkee asiakkaan tilanteen. Asiakkaan on tärkeää saada työntekijältä vilpitöntä palautetta ja arvostavia toteamuksia. Työntekijän on aina pyrittävä vahvistamaan asiakkaan olemassa olevia voimavaroja ja osoittaa luottamusta asiakkaan kykyyn muuttua. (Havio, ym. 2008, 130; Taskinen 2006; Päihdelinkki 2008.)

Yhteenvedossa on kyse aineistosta, jonka työntekijä on koonnut asiakkaan kertomusten ja haastattelujen pohjalta. Yhteenvedot lisäävät asiakkaan tietoisuutta ja tuovat hallinnan tunnetta tämänhetkisestä tilanteesta, ne myös auttavat päätöksenteossa ja edistävät muutosprosessia. Käytäessä yhteenvetoa yhdessä läpi, asiakas saa mahdollisuuden kuulla omia itseään motivoivia lauseita uudelleen. Yhteenvedossa voidaan sitoa yhteen aikaisemmin puhuttua ja sitä, mitä juuri nyt on keskustelussa tullut esiin ja ne voivat olla kokoavia, yhteen liittäviä tai siirty-mäyhteenvetoja. Yhteenvetoja voi tehdä esimerkiksi asiakkaan perusteluista muu-

tokselle, ambivalenssista, faktoista ja asiakkaan muutosta koskevista haluista, aikomuksista ja suunnitelmista. (Taskinen 2006; Päihdelinkki 2008.) Ambivalentti tarkoittaa kaksiarvoista, vastakohtaisia tunteita herättävää. (2010 Darwin Media Oy)

Muutospuhe auttaa asiakasta itse puhumaan muutoksensa puolesta. Työntekijä pyrkii ohjaamaan asiakasta itse määrittelemään oman näkemyksensä muutokseen ja luomaan itseä motivoivia lauseita. Itseä motivoivia lauseita on neljä erilaista ja ne jaetaan ongelman tunnistamiseen ("päihteet tuovat minulle ongelmia"), huolen ilmaisemiseen ("kaikki rahani ovat menneet päihteisiin"), muutos aikomuksen toteuttamiseen ("tiedän etten voi enää jatkaa näin") ja muutosta koskevaan toiveikkuteen ("olin onnellisempi silloin kun en käyttänyt päihteitä"). (Havio, ym. 2008, 128; Taskinen 2006; Päihdelinkki 2008.)

Muutoksen vaihemalliin kuuluu myös osavaiheita jotka ovat esiharkinta-, harkinta-, päätös-, toiminta- ja vakiinnuttamisvaihe sekä myös retkahdukset. Motivoivan haastattelun tavoitteena on auttaa asiakasta tiedostamaan oma ambivalenssinsa. Asiakkaan ambivalenttia tilaa voidaan hyödyntää tukemalla asiakasta siirtymään päihteiden käytön lopettamisen harkinnasta sen päättämiseen. Retkahdukset pyritään estämään huomioimalla riskitilanteet ja kehittämällä ennalta toimivia keinoja niiden ehkäisemiseksi. (Havio, ym. 2008, 128; Taskinen 2006.)

McCambridge ja Strang (2003, 43–45) ovat todenneet motivoivan haastattelun tehoavan jo yhden tapaamiskerran jälkeen. Tupakan, alkoholin ja kannabiksen käyttöä motivoiva haastattelu ei lopettanut kokonaan, mutta vähensi niitä huomattavasti. Vaikutus oli suurempi niillä, jotka käyttivät alkoholia, kannabista sekä tupakkaa enemmän kuin ne, jotka käyttivät näitä aineita vähemmän.

4.4 Mini-interventio

Mini-interventio tarkoittaa terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin suurkuluttajan lyhytaikaista neuvontaa, minkä tavoitteena on vähentää alkoholin kulutusta ja sen aiheuttamia terveyshaittoja (Seppä 2009). Terveydenhuollon ammattilainen voi käyttää mini-interventiota myös niiden asiakkaiden kanssa, jotka käyttävät muita päihteitä kuin alkoholia (Havio, ym. 2008,120).

Asiakas hyötyy eniten mini-interventiosta silloin kun hän saa terveydenhuollon ammattilaiselta tukea muutokseen ja itsehoitoon. Peruselementteinä mini-interventiossa ovat asiakkaan alkoholin varhaisen suurkulutuksen tunnistaminen ja alkoholihaitta – sekä itsehallintatiedon antaminen motivoimalla asiakasta. Mini-interventio voi olla yksi kertakäynti, jossa asiakkaan alkoholin riskikäyttö tunnistetaan ja asiakas saa tiiviissä paketissa tarvitsemaansa tietoa sekä asiakkaalle annetaan keinoja omaehtoiseen alkoholin vähentämiseen. Hoito voi olla myös pitkäkestoinen hoitojakso, joka toteutetaan terveydenhuollon eri kontaktien kanssa kuten A-klinikalla tai jossain terveydenhuollon yksikössä. (Havio, ym. 2008, 120.)

Päihdelinkki (2008) kertoo tutkimusten osoittavan hoidon tehoavan naisiin ja miehiin yhtä hyvin ja joka kymmenes hoidettu asiakas hyötyy mini-interventiosta. Kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset ovat osoittaneet mini-intervention tehokkaaksi ja pienikustanteiseksi hoitokeinoksi. Tutkimusten mukaan alkoholin käyttö oli vähentynyt keskimäärin 38 % niillä jotka olivat saaneet mini-interventio hoitoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2004.)

5 PÄIHDEPALVELUT JA KUNTOUTUTTAVA HOITO

5.1 Lakisääteiset päihdepalvelut

Päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) mukaan

päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Laki määrää kuntia järjestämään päihdepalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan kuntalaisten avun, tuen ja hoidontarpeen mukaan. Päihdehuoltolain (L. 17.1.1986/41) nojalla voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon silloin, kun asiakkaan terveys on vaarassa tai hänellä ilmenee väkivaltaisuutta.

Halonen ja Paasivaara (2008, 270–273) ovat tutkineet päihdepalveluiden hyötyjä. Tutkimuksessa ilmenee, että päihdepalveluihin hakeudutaan yleisimmin omaehtoisesti psyykkisen ja/tai fyysisen pakon vuoksi tai ulkopuolisen henkilön ohjaamana. Päihdepalvelujen hyödyt ilmenivät muutoksina päihteiden käytön tavoissa esimerkiksi päihteettömien jaksojen pidentymisenä ja päihteiden käyttökertojen vähentymisenä. Palvelujen hyödyt havaittiin psyykkisinä muutoksina kuten mielialan kohe-
nemisenä, masennuksen vähentymisenä ja elämänhallinnan tunteen saavuttami-
senä. Asiakkaiden ajatukset päihdepalveluiden kehittämiseen liittyivät varhaiseen puuttumiseen, informaation antamiseen, päihdepalvelujen tarjontaan sekä palvelu-
jen jatkuvuuteen.

Riippuvuutta hoidetaan kokonaisvaltaisesti huomioimalla kaikki osa-alueet, sen vuoksi hoitamiseen tarvitaan usein moniammatillista ja monialaista osaamista.

Myös omaiset ovat tukena päihteen käyttäjälle. (Holmberg, ym. 2008, 34.) Kuntouttavan hoidon tarkoituksena on opettaa sekä sosiaalisia että henkisiä taitoja raittiina pysymiseksi ja tukemaan ihmistä löytämään mielihyvän kohteita muualta kuin päihteistä (Dahl & Hirschovits 2002, 385). Kuntoutuminen on kuntoutujan näkökulmasta muutos-, oppimis- ja kasvutapahtuma, jonka kuluessa ihminen oppii ja mukautuu ajattelemaan ja toimimaan toisin muuttuneessa elämäntilanteessaan. Kuntoutujan ja häntä kuntouttavan työntekijän vuorovaikutus vaikuttaa kuntoutujan motivaatioon ja kuntoutuksen lopputulokseen. Tavoite on kohentaa kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tilannetta. (Lappalainen-Lehto., ym. 2008, 172.) Santalan (2008, 16–17) tutkimuksessa todetaan, että päihdekuntoutuksen käsite on laajempi kuin päihdehoidon. Päihdehoito tapahtuu yleensä lääkärin valvonnassa ja sen aikana käytetään lääkitystä. Päihdekuntoutukseen sisältyy myös muu sosiaalinen ja yhteisöllinen tuki, kuten työ ja asuminen. Päihdekuntoutuksessa kartoitetaan ihmisen koko elämäntilanne, eikä siinä keskitytä ainoastaan päihdeongelmaan. Päihdekuntoutuksessa on kyse ihmisen elämänmuutoksesta ja sen tukemisesta.

Vieroitushoidon jälkeen kuntoutus toteutuu laitospai- tai avohoitona. Kuntouttavalla hoidolla on monia eri toimintatapoja, joilla pyritään tukemaan asiakkaan kuntoutumista. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa opetellaan muuttamaan entistä käyttäytymistä ja totuttuja toimintatapoja. Verkostotyössä kartoitetaan asiakkaan sosiaalisia suhteita ja määritetään sosiaaliset voimavarat. Yhteisöhoitossa yhteinen elementti on vertaisten antama tuki ja yhteinen toipumisohjelma, jota ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Perheterapia on tarkoitettu perheille joissa on esiintynyt päihdeongelma. Terapia ohjaa perhettä löytämään vahvuuksia ja voimavaroja ja pyrkimään kohti muutosta. Perheterapian jatkona voi käyttää yksilö- ja ryhmäterapiaa. Muita päihdekuntoutusmuotoja ovat A-klinikka ja katkaisuhoidot jotka ovat kuntien ja kaupunkien järjestämää ja ylläpitämää toimintaa sekä erilaiset vertaistukiryhmät esimerkiksi AA eli Anonyymit Alkoholistit ja NA eli Nimettömät Narkomaanit sekä A-kilta, johon keskitymme tässä opinnäytetyössämme enemmän. (Dahl & Hirschovits 2002, 385.)

5.2 Yhdistysten ja yksityisten hoitolaitosten päihdepalvelut

Minnesota-malli on Yhdysvalloista peräisin oleva päihdetyön hoito-ohjelma. Hoito-ohjelma on vaiheittain etenevä, strukturoitu järjestelmällisesti ja se on selkeästi riippuvuuteen tarkoitettu ohjelma. Laitoshoito vaiheen kesto on useimmiten alle 30 päivää. (Salaspuro, ym. 2003, 235, 237.) Lapualla sijaitsee Suomen ensimmäinen Minnesota hoito – paikka, joka on tarkoitettu alkoholisteille, sekakäyttäjille ja läheisriippuvaisille. Hoitoon kuuluu 12 askeleen toipumisohjelma, jonka tarkoituksena on täydellinen luopuminen alkoholista äyllisellä ja tunnetasolla. Tällä hetkellä Lapuan Minnesota-hoito saavuttaa 90 %n hoitotulospysyvyyden jatkuvalla päiheteettömyydellä mitattuna. Hoitoon kuuluu olennaisesti myös perheen/läheisten ottaminen mukaan. (Minnesota-hoito® [viitattu 16.9.2010].) Bodin (2006) toteaa Ruotsissa tekemässään tutkimuksessa, että Minnesota-hoito parantaa perhesuhteita sekä psyykkistä ja fyysistä terveyttä. Vuoden jälkeinen kontrolli osoitti, että 174 asiakkaasta 31 % olivat raittiita ja 68,4 %:lla elämänlaatu oli parantunut.

Myllyhoito on Minnesota-hoidosta johdettu päihderiippuvuuden lähestymistapa, se on rekisteröity Suomessa nimellä Myllyhoito® ja sen omistaa Myllyhoitoyhdistys ry. Hoitoon kuuluu Minnesota-mallin mukaisesti 12 askeleen ohjelman hyödyntäminen, yhteisöllisyys sekä ryhmä- ja yksilöterapiat. Hoidon tavoitteena on päiheteettömyys. (© Myllyhoitoyhdistys ry, [viitattu 16.9.2010].) Myllyhoitoyhdistys toimii valtakunnallisesti ja Suomessa toimii useita eri hoito-ohjelmia jotka soveltavat lähestymistapaa. (Salaspuro, ym. 2003, 240.)

A-kiltatoiminta on paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti toteutettavaa yhteisiin arvoihin pohjaavaa, päiheteetöntä yhdistysmuotoista toimintaa. A-kiltojen synty liittyy merkittävästi A-klinikka toimeen joka perustettiin vuonna 1955. Ensimmäisen kerran A-kilta nimen otti käyttöön Kymen A-klinikan potilaat ry vuonna

1969. A-killat ovat sittemmin itsenäistyneet ja siirtyneet A-klinikoista itsenäisiksi vertaistukiyhdistyksiksi. A-kilta on pyrkinyt jo monen vuoden ajan edistämään päihdeongelmaisten ja –toipujien asemaa yhteiskunnassa. Yhteinen tehtävä A-killoissa on vertaistuen antaminen. A-killan arvot ovat päihteettömyys, vapaaehtoisuus, kokemuksellisuus, yhteisöllisyys, toiminnallisuus ja yhteistoiminta. (A-kiltojen Liitto ry, [viitattu 10.9.2010]).

Päihteettömyys on yksi A-killan arvoista, jolla pyritään ehdottomaan päihteettömyyteen. Päämääränä on päihdeongelmista vapaa elämäntapa, jota tuetaan kaikkiin mahdollisiin tavoin. Vapaaehtoisuus perustuu asiakkaiden ja henkilökunnan vapaaseen ja omaehtoiseen tahtoon osallistua A-killan toimintaan. Kokemuksellisuus on merkittävä arvo, joka perustuu asiakkaiden omiin kokemuksiin ja niiden jakamiseen. A-killan toiminnassa on mahdollista tavata muita samankokeneita ihmisiä luottamuksellisessa ilmapiirissä. Kokemuksia vaihtamalla vertaistuki korostuu ja asiakas saa ryhmältä osakseen ymmärrystä ja rohkaisua. A-kilta toiminnassa näkyy yhteisöllisyys arkielämän sosiaalisena yhteisönä, jonka ominaisuuksia ovat yhteenkuuluvuus, turvallisuus, avoimuus ja oikeudenmukaisuus. A-killat muodostavat yhtenäisen sosiaalisen verkoston, joka tukee ja kannustaa toisiaan. A-kilta toimintaa on monenlaista ja yhdistyksillä on osittain erilaisia toiminnallisia painotuksia. Yhdistys tarjoaa osallistujille toiminnallisuutta päihteettömään päivään kuten ruokailuja, retkitoimintaa, vaatehuoltoa, saunomista ja peli-iltoja. A-kilta on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumatonta toimintaa. (A-kiltojen Liitto ry, [viitattu 19.11.2010]).

6 PÄIHDEKUNTOUTUJAN VERTAISTUKI

Nylund (2005,6) määrittelee vertaistuen siten, että se ”on samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halu jakaa kokemuksia ja tietoa toisia kunnioittavassa ilmapiirissä.” Vertaistukitoiminnan ydinajatus on, että ihmiset ovat itsensä ja ongelmiansa asiantuntijoita. Ihminen, jolla on samanlaisia kokemuksia saattaa olla parempi tukija kuin ammattilainen. Vertaistuki antaa mahdollisuuden ihmisten kohtaamiseen ja aitoon dialogiin. Vertaistukea voidaan antaa kaikenikäisille ja monin eri tavoin. Vertaistukea ei nähdä hoitona, vaan siinä ihminen voimaantuu selvittääseen arjen tuomista haasteista. Voimaantuminen eli empowerment tarkoittaa ihmisen sisäistä prosessia jossa vapautuu voimavaroja sekä vastuullisuuden tunnetta omasta elämästä. Voimaantumista ei voi pakottaa ulkoapäin, vaan sitä vahvistaa muun muassa yhdessä tekeminen ja luottamuksen kasvu. Kotovirran tutkimuksessa (2009, 117) Koski-Jännes (2004) on sitä mieltä, että toipumista tukee kokemus siitä, että vertainen hyväksyy toipuvan ehdoitta. Tällainen hyväksyntä mahdollistaa uusien valintojen tekemistä elämässä ja vähentää tarvetta puolustaa entisiä toimintatapoja.

Vertaistukiryhmiä tarjotaan muun muassa mielenterveyskuntoutujille ja erilaisista riippuvuuksista kärsiville. Vertaistukiryhmät edesauttavat uusien sosiaalisten suhteiden syntymistä niin ryhmässä kuin sen ulkopuolellakin. (Nylund 2005,7.) Vertaistuki ryhmiin liittymiselle nähdään sosiaalisen vertailun teorian mukaan kaksi syytä. Ensimmäinen syy on se, että toisten kohtaaminen joilla on samanlaisia ongelmia, vähentää ahdistusta. Toinen syy on, että vertaistuki ryhmät vähentävät kokemusta poikkeavuudesta ja ainutkertaisuudesta. (Pennanen 2007, 33.) Vaitiolovelvollisuus koskee kaikkia ryhmään osallistujia ja ryhmissä pysytellään anonyymeinä. Aktiivinen kuuntelu on keskeinen osa vertaistukea. Joissain vertaistuen muodoissa kannustetaan tunteiden avoimeen esiin tuomiseen ja kokemiseen.

Vertaistukea voidaan käyttää terapian sijasta tai sen tukena. Vertaistuellalla on yleensä terapeuttinen vaikutus osallistujiin. (Mäkinen 2008, 20.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuesta ja A-killan toiminnan osuutta heidän päihteettömydessään. Toteutamme opinnäytetyömme havainnoimalla A-killan yhteisön toimintaa ja haastatella päihdekuntoutujia. Tavoitteena on lisätä tietoa A-killasta ja vertaistuen merkityksestä päihdekuntoutujille ja muille asiasta kiinnostuneille. Tutkimustehtävämme ovat:

1. Mitä kautta päihdekuntoutajat ovat löytäneet A-killan?
2. Millaisia ovat päihdekuntoutujien näkemykset A-killasta?
3. Millä tavoin Seinäjoen A-killta tukee päihdekuntoutujia heidän päihteettömydessään?
4. Mitä Seinäjoen A-killan yhteisö merkitsee päihdekuntoutujille?
5. Miten Seinäjoen A-killassa vertaistuki toimii?

8 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

8.1 Osallistuva havainnointi

Osallistuvalla havainnoinnilla pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta. Osallistuva havainnointi tarkoittaa sitä, että tutkija osallistuu tutkittavaan kohteeseen, ennalta sovitusti ja tutkimuskohteen ehdoilla. Havainnointi tapahtuu yleensä ennalta valitun ja suunnitellun näkökulman mukaan. Havainnointi voidaan kohdistaa tiettyihin tapahtumiin, tilanteisiin tai asioihin. Osallistuva havainnointi edellyttää, että tutkijan on päästävä sisään tutkittavaan yhteisöön. Suositeltavaa on avainhenkilön käyttäminen, joka tuntee yhteisön ja auttaa jäsenten luottamuksen syntymistä. (Vilka 2006, 44–46)

Ensimmäisellä havainnointikerralla A-killassa kerroimme yhteisön jäsenille opin- näytetyöstämme ja siihen liittyvästä haastattelusta, johon saisi vapaaehtoisesti osallistua. Kävimme A-killassa kesäkuun aikana kolme kertaa (8.6, 18.6, 23.6.2010) havainnoimassa siellä tapahtuvaa toimintaa. Havainnointikerroilla tutustuimme A-killan ohjaajaan ja yhteisön jäseniin. Keskustellessamme yhteisön jäsenien kanssa välillemme syntyi nopeasti luottamus minkä vuoksi he pystyivät kertomaan meille vapaasti omista taustoistaan ja kokemuksistaan. Havainnoimme asiakkaiden käyttäytymistä yhteisössä ja heidän antamaansa vertaistukea toisil- leen. Havainnointikertojen tarkoituksena oli, että saisimme kokonaiskuvaa A-killan toiminnasta ja, että pääsisimme sisään yhteisöön.

8.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin. Yksilön kokemuksia, ajatuk- sia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia teemahaastattelulla. Haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa, yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Tämä menetelmä tuo tutkittavien näkökulman enemmän esille. Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja niiden merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu eli haastattelun kysymykset ovat kaikille

samat, mutta vastaukset eivät ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat vastata vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Teemahaastattelua käytettäessä tärkeintä on huolellinen haastattelun teema-alueiden suunnittelu. Huolellinen perehtyminen aihepiiriin ja haastateltavien tilanteeseen auttaa kohdentamaan haastattelun juuri tiettyihin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, [viitattu 7.9.2010.]).

A-killan hallituksen kanssa järjestetyssä tapaamisessa 27.5.2010, esittelimme itsemme ja opinnäytetyömme aiheen. Tapaamisessa sovimme yhteistyöstä ja allekirjoitimme sopimukset. Tapaamisen jälkeen aloimme laatia haastatteluteemoja ja kysymyksiä. Otimme huomioon A-killan hallituksen ehdottamia kysymyksiä A-killan toiminnan kehittämiseksi. Lopulliset teemat ja niihin liittyvät kysymykset valikoituivat siten, että ne vastasivat mahdollisimman hyvin A-killan kehittämistarpeisiin ja opinnäytetyömme tutkimustehtäviin.

Haastattelumme oli tarkoituksena saada sekä miehiä että naisia. Haastattelumme sai osallistua vapaaehtoisesti, mutta tavoitteenamme oli haastatella neljää henkilöä. Haastattelut teimme A-killan tiloissa ja ne toteutettiin kahdessa erässä, koska vapaaehtoisia ei ollut ensimmäisellä kerralla riittävästi. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin 24.6.2010 johon saimme kaksi vapaaehtoista haastateltavaa. Toinen haastattelu toteutettiin 9.7.2010 ja siihen saimme haastateltaviksi vielä puuttuvat henkilöt. **Liitteessä 1** runko A-killan teemahaastattelusta.

Haastattelutilanne oli vapautunut ja haastateltavat kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja mielipiteistään. Haastatteluiden aikana selvitimme kysymyksien tarkoitusta, jos tilanne sitä vaati. Haastatteluista saamamme vastaukset kirjoitimme haastattelun aikana itse haastattelulomakkeille. Yhdessä haastattelussa meni aikaa keskimäärin 60–90 minuuttia. Osassa haastatteluissa meni kauemman aikaa, koska haastateltavat kertoivat myös haastattelun ulkopuolisista asioista. Häiriötekijöitä haastattelun aikana olivat muut A-killan päihdekuntoutujat, jotka viettivät aikaa samassa tilassa, jossa toteutimme haastattelua. Haastatteluja ei tarvinnut keskeyttää häiriötekijöiden aikana, sillä haastateltavia ei haitannut muiden läsnäolo.

8.3 Kohderyhmäanalyysi

Haastateltavinamme oli kolme miestä ja yksi nainen. Haastateltavat olivat iältään 40–60-vuotiaita. Osa haastateltavista oli aloittanut päihteiden käytön nuoruusiässä 13- ja 18-vuotiaina. Jotkut taas olivat aloittaneet päihteiden käytön aikuisiässä 22- ja 35-vuotiaina. Nuoruusiässä aloittaneet olivat käyttäneet päihteitä 27 ja 30 vuotta. Eräs oli käyttänyt päihteitä 12 vuotta ja yksi haastateltavista oli käyttänyt yli 10 vuotta.

Kaikilla haastateltavista oli alkoholin ongelmakäyttöä, jonka vuoksi he olivat ha-
keutuneet A-kiltaan. Eräällä oli ollut myös lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttöä. Päihteidenkäytön lopettamisyrityksiä jokaisella oli takanaan useita. Eräät olivat olleet A-killassa jo useita kuukausia ja yksi oli tullut mukaan haastattelua edeltävällä viikolla. Osa haastateltavista kävi töissä, yksi oli sairauseläkkeellä ja eräällä oli työelämään kuntoutusjakso meneillään.

8.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston analysoimista systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä saadaan järjestettyä kerätty aineisto johtopäätösten tekoa varten. Tiettyä tyyliä analyysin tekemiseen ei ole, mutta niiden yhteinen tavoite on tiivistää, järjestää ja kuvailla tutkittava ilmiö ja saada se yleiseen muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009,103.)

Induktiivisen analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, joka on yleensä yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Sisällönanalyysin lopputuloksena muodostetaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai käsitekartta jotka kuvaavat tutkittua ilmiötä. Aineistolähtöiseen analyysiin kuuluu myös pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Ryhmittelyssä muodostetaan alakategoriat tai kategoriat, ryhmittelemällä pelkistetyt ilmaisut niiden yhteenkuuluvuuden mukaan ja nimeämällä ne kuvaavalla käsitteellä. Viimei-

senä vaiheena seuraa abstrahointi eli käsitteistä muodostetaan yläkategorioita, joista saadaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 4–7.)

Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää se, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä saadakseen sisällönanalyysistä luotettavan. Haasteena on myös aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen. 2003, 36–37.)

Analysoimme tutkimusaineistomme induktiivisella sisällönanalyysillä. Analysoitava tutkimusaineisto koostui neljän A-killan asiakkaan vastauksista ja tutkimusaineistoa saimme kerättyä yhteensä 20 sivua. Aloitimme tulosten analysoinnin lukemalla haastatteluiden vastaukset useaan kertaan läpi ja pohdimme niitä monelta eri kannalta, että saisimme tutkimustehtäviimme mahdollisimman luotettavia tuloksia. Kirjoitimme systemaattisesti jokaisen teema-alueen vastaukset eli alkuperäiset ilmaukset siten, että toinen parista luki vastaukset haastatteluista ääneen ja toinen kirjoitti ne taulukkoon, niitä muokkaamatta. Pelkistimme alkuperäiset ilmaukset yksinkertaisempaan muotoon niiden merkitystä muuttamatta ja muodostimme niistä yhdistäviä alakategorioita eli alaluokkia. Joistakin alkuperäisistä vastauksista muodostui myös kaksi eriävää alaluokkaa. Alaluokista jatkoimme analysoimista abstrahoimalla niistä yläkategorioita eli yläluokkia. **Liitteessä 2** on taulukko induktiivisesta sisällönanalyysistä, mikä on teema-alueesta vertaistuki, kysymyksestä yhteisön palaute päihitteettömyydestä.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

9.1 Mitä kautta päihdekuntoutujat ovat löytäneet A-killan?

Päihdekuntoutujat olivat saaneet tietoa A-killasta jonkun ulkopuolisen henkilön kuten ystävän, läheisen, A-killan ohjaajan tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön kautta.

Sain tietää siitä kristillisen alkoholiseuraukautta.

Valtaväylän kautta.

9.2 Millaiset ovat päihdekuntoutujien näkemykset A-killasta?

Päihdekuntoutujilla oli vähän aikaisempaa tietoa A-killasta ja sen toiminnasta. Useimmat haastateltavista olivat sitä mieltä, että kynnyks tulla A-killaan mukaan oli matala. Eräs haastateltavista oli kokenut kynnyksen tulla A-killaan matalahkoksi, sillä ensimmäinen kerta oli vaatinut hieman rohkaisua. Jotkut haastateltavista eivät harkinneet A-killaan tulemistaan ja toiset taas olivat tarvinneet harkinta-aikaa. Kynnyksen madaltamiseksi haastateltavat kokivat tärkeäksi ensivaikutelman A-killasta ja läheisen tuoman tuen.

Tää on tälläistä vapaamuotoista, tärkeää ettei uskonnollista tuputus ta, ohjaajasta paljon kiinni. Ihmisten pitäis käydä kerran, että näkis millaista täällä on.

A-killan toiminnan mainostamiseksi haastateltavat ehdottivat monipuolista tiedotamista kuten ilmaisjakelulehtiä ja facebookia. A-killan toimintaan haastateltavat olivat erittäin tyytyväisiä ja pyydetessä palautetta he kehuivat paikka viihtyisäksi,

porukkaa, ohjaajaa sekä toimintaa hyväksi. Ensimmäisen kertansa A-killassa haastateltavat olivat kokeneet myönteiseksi.

Ei ole mitään muuta kuin hyvää sanottavaa. Tämä on täydellinen paikka, elämässä ei ole mitään täydellistä, tämä on. Ohjaaja ja paikka on hyvä, täällä kerta kaikkiaan viihtyy.

9.3 Millä tavoin Seinäjoen A-killta tukee päihdekuntoutujia heidän päihdetömydessään?

Haastatteluissa ilmeni, että haastateltavat olivat kokeneet A-killan henkilökunnan vastaanoton hyväksi.

Ihan hyvin otettiin vastaan, ohjaaja on todella hyvä tyyppi.

A-killan toiminnan tuoma päivärytmi, sosiaalinen kanssakäyminen ja toiminta päihdetömyksissä tiloissa koettiin A-killan tuomana tukena päihdetömyksessä. Haastateltavat kokivat elämänlaatunsa parantuneen A-killaan tulon jälkeen. Eräällä haastateltavalla oli esimerkiksi lääkkeiden käyttö vähentynyt huomattavasti ja olo pirteämpi.

On taas alkanut tuntea itsensä tarpeelliseksi, ei ole enää niin hyödytön olo.

Retkahtamisen ehkäisyssä haastateltavat mainitsivat A-killan antaman tuen, informoinnin katkon mahdollisuudesta sekä A-killan auki olemisen.

9.4 Mitä Seinäjoen A-killan yhteisö merkitsee päihdekuntoutujille?

Tullessaan A-killan toimintaan mukaan haastateltavat olivat kokeneet yhteisön vastaanoton hyväksi ja tilanteen vapautuneeksi. He myös kokivat yhteisön olevan erilainen kuin he olivat etukäteen odottaneet.

Parempi porukka kun etukäteen odotti.

Muut A-killan päihdekuntoutajat haastateltavat kokivat vertaisinaan, sillä samat kokemukset yhdistävät yhteisön jäseniä.

Jokaisella on oma tarinansa, kaikki me ollaan samalla viivalla. Kaikilla meillä on pyrkimys rakentaa elämää.

Yhteisöstä haastateltavat olivat oppineet sosiaalisuutta, vuorovaikutustaitoja ja yhteishengen merkityksen. Myös alkoholin oli opittu näkemään ongelmien aiheuttajana. Yhteisö koettiin turvallisena.

On turvallisempi olo, turvallisempi olo kuin kotona.

Muiden A-killan päihdekuntoutujien kanssa osa haastateltavista oli onnistunut solmimaan ystävyysuhteita. Yhdelle ystävyysuhteita ei ollut vielä muodostunut. Päihteettömydestään haastateltavat olivat saaneet positiivista palautetta, eräs haastateltavista ei kaipaa palautetta päihteettömydestään. Useimmat haastateltavista olivat sitä mieltä, että palautteen saaminen merkitsee paljon ja kannustaa jatkamaan.

9.5 Miten Seinäjoen A-killassa vertaistuki toimii?

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että vertaistuki toimii hyvin Seinäjoen A-killassa. Vertaistuen merkitys koettiin tärkeänä sosiaalisena kanssakäymisenä muiden A-

killan päihdekuntoutujien kanssa. Haastateltavat olivat itse antaneet muille yhteisön jäsenille vertaistukea kannustamalla ja antamalla tukea

Hyvin, normaalia oleskelua, kaikki kertoo avoimesti ongelmistaan.

Suvaitsevuuutta, ymmärrystä, auttamista puolin ja toisin.

10 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikkaan liittyy kysymykset hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus vaatii, että tutkimusta tehdessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 23.) Tutkimuksissa jotka kohdistuvat ihmisiin tärkeitä eettisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus, informointiin perustuva suostumus, seuraukset ja yksityisyys. Eettisiä kysymyksiä on muitakin ja ne voivat koskea esimerkiksi laillisuuskysymyksiä, tutkimuksen rahoitusta, sponsorointia, valankäyttöä sekä tutkijan toimintaa ammatti-ihmisenä. (Hirsjärvi & Hurme. 2001, 20.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka kertomus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen jokaista vaihetta. Aineistosta tulisi kertoa selvästi ja totuuden mukaisesti esimerkiksi haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa selvitetään olosuhteista ja paikoista, joissa aineisto kerättiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös maininta haastatteluihin käytetystä ajasta, häiriötekijöistä, virhetulkinnoista sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Tutkimuksissa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimus on luotettava, jos se on toistettavissa sekä silloin, kun kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Tutkimuksen pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin. (Hirsjärvi, ym. 2009, 231–232.)

Kirjoista saatava tieteellinen tieto on yleensä pysyvää faktatietoa, mutta ongelmana on että osa tiedosta on vanhentunutta jo ilmestyessään. Tutkittua tietoa tulee kokoajan lisää. Kirjoissa olevaa tutkittua tietoa kannattaa lukea kriittisesti. Internetistä on kattava tarjonta hoitotyön- ja tieteen alueelta, ongelmana on, että tarjolla oleva tieto ei aina ole kontrolloitua. (Lauri 2003, 21–24).

Opinnäytetyössämme tärkeimpiä eettisiä periaatteita olivat haastateltavien anonymiteetin suojeleminen ja heidän itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen. Kerroimme haastateltaville opinnäytetyömme tavoitteesta ja sen toteuttamisen menettelytavoista tarkasti ja mainitsimme, että osallistuminen haastatteluun olisi vapaaehtoista. Ennen haastattelun alkamista painotimme, että käytämme haastateltavien antamia tietoja siten, että niistä ei pysty tunnistamaan yksittäistä henkilöä. Koska aiheemme on erityisen henkilökohtainen, meidän oli tärkeää saada luotua haastateltaviimme luottamuksellinen suhde, että he vastaisivat mahdollisimman rehellisesti. Kerroimme haastateltaville, että opinnäytetyömme valmistuttua hävitämme kaikki haastatteluaineistot. Haastatteluissa esitimme kysymykset siten kuin ne oli laadittu, emmekä esittäneet johdattelevia kysymyksiä. Tarkensimme kysymystä jos haastateltava sitä halusi. Haastateltavien vastaukset kirjoitimme haastattelulomakkeille jäljitellen suoraan heidän käyttämiään lauseita. Opinnäytetyön tuloksissa käytimme niitä vastauksia, jotka vastasivat tutkimustehtäviimme. Vastaukset, joita emme käyttäneet, autoivat ymmärtämään kokonaisuutta.

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet luotettavia lähteitä. Lähteen luotettavuuteen vaikuttivat sen kirjoittajat, minkä alan asiantuntijoita kirjoittajat olivat, koska lähde oli julkaistu ja minkälaiseen tietoon se perustui. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa lähdekirjallisuutta, ja jos lähde oli vanhempi, arvioimme sen siten, että tieto ei ole muuttunut ja sen perusteella pidimme sitä luotettavana. Luotettavuutta lisää myös että tutkimus on toistettavissa ja että olemme saaneet vertaistuesta samoja tuloksia Pennasen (2007) kanssa.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa Seinäjoen A-killasta ja sen päihdekuntoutujien kokemuksista vertaistuesta. Tässä luvussa pohdimme opinnäytetyömme tuloksia, jotka tukevat Pennasen (2007) tekemää tutkimusta, jossa hän keskittyy pääosin huumeidenkäyttäjien läheisten kokemuksiin vertaistuesta. Tutkimustuloksista huomaamme saavamme yhteneväisiä tuloksia vertaistuen vaikuttavuudesta ja yhteisön tuomasta tuesta.

Käydessämme ensimmäisen kerran A-killassa havaitsimme, että vaikka rakennus oli vanha ja huomaamattomalla paikalla se oli viihtyisä. Pihapiiri oli iso ja siihen kuului ulkosauna ja grillikatot. Sisältä A-killan rakennus toi mieleen kesämökin. Havainnoidessamme A-kiltaa ja sen päihdekuntoutujia huomasimme, että paikka ja yhteisö ovat heille tärkeitä ja siksi he toivovat A-killan jatkavan toimintaansa. Päihdekuntoutajat toivoivat, että A-kilta olisi auki myös viikonloppuisin, sillä viikonloput saattoivat olla monelle retkahtamisen riski. Seinäjoen A-killassa järjestettyä päihteetöntä toimintaa oli esimerkiksi tavalliseen arkielämään liittyvät asiat kuten ruoanlaitto, yhteiset kahvihetket, sauna-, elokuva- ja peli-illat sekä kesällä grillaaaminen. A-kilta järjestää päihdekuntoutujien kanssa myös pienimuotoisia projekteja kuten pihakirppiksiä ja kesällä 2010 he remontoivat ulkorakennuksen.

A-killassa ollessamme otimme huomioon hyvän yhteishengen ja huumorin merkityksen yhteisöä yhdistävänä tekijänä. Huumorin käyttö auttoi päihdekuntoutujia puhumaan vaikeista asioista ja kokemuksista. Huomioimme, että päihdekuntoutajat antoivat toisilleen myös tiedostamattaan vertaistukea esimerkiksi vertailemalla omia kokemuksiaan keskustelujen yhteydessä. Pennasen (2007, 74–76) tutkimustuloksissa käy ilmi, että vertaistukiryhmässä käyville yhteisö tuo tukea ja se mahdollistaa kokemusten ja näkemysten vaihdon. Saamistamme tuloksista huo-

maamme yhteisön antavan päihdekuntoutujille tukea ja turvaa sekä sen opettaneen yhteisön jäsenille vuorovaikutustaitoja.

Pennasen (2007, 66) tutkimuksen mukaan vertaistuki antaa vertaistukiryhmässä käyvälle helpotusta ja ymmärrystä. Se vähentää syyllisyyden tuntoa sekä antaa uutta arvostusta omaa elämää kohtaan. Opinnäytetyössämme ilmenee samoja tuloksia. Kaikki haastateltavat olivat kokeneet vertaistuen tuovan tukea, keskustelu- apua sekä vertaisuuden tunnetta. He olivat kokeneet elämänlaadun parantuneen A-killan tulon jälkeen ja tiedonsaanti lisäsi ymmärrystä omaa ongelmaa kohtaan. Tuloksista kävi myös ilmi, että päihdekuntoutujilla oli ollut vähäinen tieto A-killasta ennen sinne tuloa. Tuloksista päätellen päihdekuntoutajat olivat tyytyväisiä A-killan toimintaan ja he halusivat antaa positiivista palautetta A-killalle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen A-killan päihdekuntoutujien kokemuksia vertaistuesta ja A-killan toiminnan osuutta heidän päihdeettömydessään. Tavoitteena oli lisätä tietoa A-killasta ja vertaistuen merkityksestä päihdekuntoutujille ja muille asiasta kiinnostuneille. Saimme paljon kattavaa tietoa Seinäjoen A-killasta ja päihdekuntoutujien kokemuksista vertaistuesta, joiden perusteella päihdekuntoutujien vertaistuki on yksi hyvä hoitokeino päihdehoitotyössä.

Opinnäytetyön haastatteluosuus oli mielenkiintoinen, sillä henkilökohtaisesta aiheesta huolimatta saimme runsaasti tietoa. Opinnäytetyötä tehdessämme mielestämme parityöskentely oli etuna, sillä parilta saatu kannustus ja motivaatio auttoivat jaksamaan haasteissa. Kummankin vahvuuksien yhdistäminen auttoi työn tekemisessä. Haastavaa oli löytää opinnäytetyöhöemme päihdekuntoutujan vertaistuesta tehtyjä tutkimuksia ja lähdekirjallisuutta. Haasteeksemme tuli myös alkupe räisen yhteistyötahomme poisjänti. Tästä johtuen aikataulu kiristyi ja uuden yhteistyötahon löytäminen tuotti vaikeuksia. Yhteistyön alettua A-killan kanssa, opinnäytetyön toteuttaminen sujui hyvin. Kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä osoittautui myös haasteeksi tutkimuksen eri vaiheissa. Ohjausta ja apua saimme kysyttäessä ohjaavalta opettajalta sekä samassa työvaiheessa olevilta opiskelijoil-

ta. Tämän opinnäytetyön jälkeen meillä olisi paremmat valmiudet toteuttaa samankaltainen opinnäytetyö uudelleen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kehittämissuositukseksi osoittautui A-killan ja sen toiminnan mainostaminen. Mielestämme A-killaa voisi mainostaa esimerkiksi yhteistyössä terveyskeskusten ja sosiaalitoimen kanssa. Näkyvämmät ilmoitukset ilmaislehdissä ja kauppojen seinillä lisäävät ihmisten tietoa A-killasta. Päihdekuntoutujien vertaistuesta olisi hyvä tehdä myös laajempi työ, joka käsittelisi muiden paikkakuntien A-killat.

LÄHTEET

Aalto, M. 2009 Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*. 8/2009, 891.

A-kiltojen liitto ry. (toim.) Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. A-kiltatoiminnan arvot. Tampere: A-killan liitto ry. [Viitattu 10.9.2010]. Saatavana: http://www.akilta.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=129

A-kiltojen liitto ry. (toim.) Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. A-Kiltojen Liiton tehtävä. Tampere: A-killan liitto ry. [Viitattu 10.9.2010]. Saatavana: http://www.akiltojenliitto.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=128

A-kiltojen liitto ry. (toim.) Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. A-Kiltojen Liiton tehtävä. Tampere: A-killan liitto ry. [Viitattu 19.11.2010]. Saatavana: http://www.akilta.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=128

Bodin, M. (toim.) 2006. The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. [Verkkojulkaisu.] Swedish: The Department of public health sciences division of social medicine. Karolinska institutet, Stockholm, Sweden. Saatavana: <http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-938-6/thesis.pdf>

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.

Halonen, M. & Paasivaara, L. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. *Hoitotiede*. 5/2008, 270–273.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11/1999, 4–7.

- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille: Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihde työtä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Holopainen, A. (toim.) 2010. LSD. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 31.5.2010]. Päihdelinkki. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/234-alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>
- Holopainen, A. (toim.) 2005a. Alkoholi ja lääkkeiden sekakäyttö. [Verkkojulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 31.5.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/234-alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>
- Holopainen, A. (toim.) 2005b. Päihteiden sekakäyttö. [Verkkojulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 31.5.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/113-monipaihteisyys>
- Huttunen, M. (toim.) 2009. Päihde- ja huumeriippuvuus. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414&p_haku=p%E4ihderiippuvuus
- Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto & Stakes. 2001. Suomi ja huumeet: Tiepaketti huumeista.

- Irti Huumeista ry. (toim.) Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Irti Huumeista ry. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/riippuvuus/riippuvuus_sairautena
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Ketomäki, J. (toim.) 2010. Huumeita käyttäneiden henkilöiden kokemuksia päihderiippuvuudesta toipumisesta ja kääntymyksestä. [Verkkajulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto: filosofian tiedekunta. [viitattu 14.9.2010]. Pro gradu-tutkielma. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100051/urn_nbn_fi_uef-20100051.pdf
- Kiianmaa, K., Tiihonen, J. & Hyytiä., P. 2003. Alkoholiriippuvuuden hermostollinen perusta. Duodecim. 24/2003, 2494.
- Kotovirta, E. 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Jyväskylä. Tutkimus, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 10.
- L. 17.1.1986. Päihdehuoltolaki. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2.9.2010]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuolto%2A>
- Lappalainen-Lehto, M., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Op-pimateriaalit oy.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

McCambridge, J., & Strang, J. (toim.) 2003. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. [Verkkajulkaisu.] London: National Addiction Centre (The Maudsley/Institute of Psychiatry). Research report. [Viitattu 14.9.2010]. Saatavana:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=111&sid=deb792db-09d6-4dce-adc3-a8b79bfa36fb%40sessionmgr113>

Minnesota-hoito®. (toim.) Ei päiväystä. Minnesota-hoito. Lapua: Minnesota-hoito Oy. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.9.2010]. Saatavana:
<http://www.minnesota-hoito.fi/>

Myllyhoito yhdistys ry. (toim.) Mitä Myllyhoito on?.] [Verkkajulkaisu.] Orimattila: © Myllyhoitoyhdistys ry. [Viitattu 12.9.2010]. Saatavana:
<http://www.myllyhoito.fi/mita-myllyhoito-on>

Mäkinen, T. 2008, "Mieli kevenee ryhmässä". Tehy 9/2008, 20.

Nylund, M. (toim.) 2005. [Verkkajulkaisu.] Voimaa vertaistuesta: Mitä on vertaistuki? [Viitattu 9.9.2010]. Saatavana:
http://www.pakolaisapu.fi/files/116/voimaa_vertaistuesta.pdf

Pennanen, J. (toim.) 2007. Vertaistuen vaikuttavuus: Irti Huumeista ry:n huumeiden käyttäjien läheisille tarkoitetuissa vertaistukiryhmissä. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikka, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu – tutkielma. [Viitattu 10.9.2010]. Saatavana:
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12790/URN_NBN_fi_jyu-2007476.pdf?sequence=1

Päihdelinkki. (toim.) 7.2.2008. Mini-interventio eli lyhytneuvonta. [Verkkajulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana:
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-eli-lyhytneuvonta>

Päihdelinkki. (toim) 12.2. 2008. Motivoiva haastattelu. [Verkkajulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana:
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>

- Päihdelinkki. (toim.) 2010. Kannabis. [Verkkajulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 12.5.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Kannabis>
- Saarnio, P. 2000. Alkoholien ja kannabiksen haittavaikutusten kautta Suomalaiseen huumeainepolitiikkaan. Stakes: Sosiaali- ja terveyden tutkimus- ja kehittämislaitos. Yhteiskuntapolitiikka 2/2000, 159, 161.
- Salaspuro, M. 2009 Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim. 8/2009, 898.
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä K. 2003. Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Santala, S. (toim.) 2008. Sairaus nimeltä alkoholismi- Päihderiippuvaisuudesta toipuminen Minnesota-mallin hoitoyhteisössä. [Verkkajulkaisu]. Kuopion yliopisto: Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. [viitattu 15.9.2010]. Pro gradu - tutkielma. Saatavana: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2009/7984.pdf>
- Savolainen, S. (toim.) 2005. Päihderiippuvuus ja aivovaurio. [Verkkajulkaisu]. Turku: Neuro expo. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: www.vapa.info/data/liitteet/paihderiippuvuus_ja_aivovaurio.ppt
- Seppä, K. (toim.) 20.10.2009. 624 Lyhytneuvonta (Mini-interventio). [Verkkajulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>
- Stakes. (toim.) 2008. TASKUMATTI 2008 - Tilastotietoa alkoholista ja huumeista. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. [Viitattu 14.10.2009]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/taskumatti2008.pdf>

Taskinen, M. (toim.) 4.4.2006. Motivoiva haastattelu. [Verkkajulkaisu]. Päihdelinkki. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (toim.) 2004. Mini-interventio voi auttaa alkoholin suurkuluttajia. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1996/10_1996/mini-interventio_voi_auttaa_alkoholin_suurkuluttajia/

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

© Uusi-Oukari, M. 2007. Riippuvuus ja väärinkäyttö. Teoksessa: Koulun, M. & Tuomisto, J. (toim.): Farmakologia ja toksikologia. Jyväskylä.

2010 Darwin Media Oy. (toim.) 2010. Ambivalentti. [Verkkajulkaisu]. © Darwin media oy [Viitattu 15.6.2010]. Saatavana: <http://www.tohtori.fi/?page=4069997&search=ambivalentti>

© Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. (toim.) Ei päiväystä. Teema-haastattelu. Tampere: Tampereen yliopisto.[Verkkajulkaisu]. [Viitattu 7.9.2010]. Saatavana: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

1 TAUSTA

- Oletko mies() vai nainen ()?
- Minkä ikäinen olet? _____
- Minkä ikäisenä aloitit päihteiden käytön?
- Kuinka kauan olet käyttänyt päihteitä?
- Mitä päihteitä olet käyttänyt?
- Oletko yrittänyt lopettaa päihteiden käyttöä aikaisemmin?

Montako kertaa?

- Kauanko olet ollut A-killassa?

2 A-KILTA

- Mitä kautta sait tietoa A-killan toiminnasta?
- Minkälainen kuva sinulla oli A-killan toiminnasta ennen kuin tulit mukaan A-kiltaan?
- Oletko tullut A-kiltaan jonkun terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksen kautta?
- Kuinka suuri kynnyks sinulle oli tulla A-kiltaan mukaan?
- Kuinka kauan mietit A-kiltaan tulemistä?
- Miten A-killan henkilökunta otti sinut vastaan?

(2/3)

- Miten A-killan toiminta on auttanut sinua pääsemään eroon päihteistä?
- Miten mielestäsi A-killalta saisi madallettua kynnystä niin, että jokainen pystyisi helpommin hakemaan apua?
- Miten mielestäsi A-killalta voisi saada toimintaansa enemmän ihmisten tietoisuuteen?
- Oletko tyytyväinen A-killan toimintaan?
- Haluatko kertoa jotain muuta A-killasta tai antaa palautetta A-killalle?
- Miten elämäsi on muuttunut A-killaan tulon jälkeen?

3 A-KILLAN YHTEISÖ

- Miten sinut on otettu vastaan yhteisössä?
- Millaisena koit ensimmäisen kertasi A-killassa?
- Oliko yhteisö erilainen kuin odotit etukäteen?
- Miten suhtaudut muihin A-killan asiakkaisiin?
- Mitä olet oppinut yhteisössä?
- Koetko yhteisön tällä hetkellä turvallisena?
- Oletko saanut tukihenkilöitä/ystäviä muista A-killan asiakkaista?

(3/3)

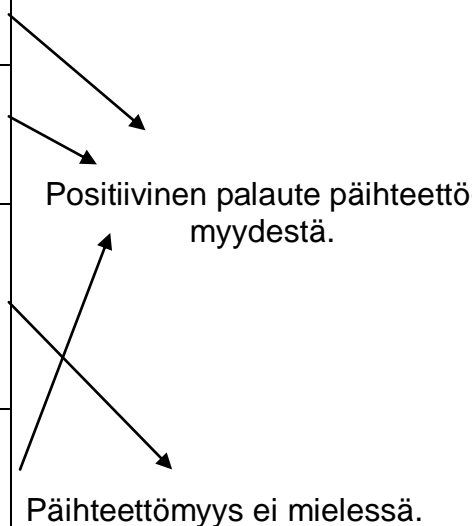
4 VERTAISTUKI

- Miten määrittelet vertaistuen?
- Miten koet vertaistuen toimivan A-killassa?
- Mitä vertaistuki sinulle merkitsee?
- Oletko saanut yhteisöltä päihteettömyydestäsi palautetta, millaista?
- Oletko itse antanut yhteisön jäsenille vertaistukea, miten?
- Kuinka suuri merkitys muilta saamallasi palautteella on kuntoutumisessasi?

5 PÄIHDEONGELMAN HOITO

- Milloin huomasit tarvitsevasi apua päihderiippuvuuden hoidossa?
- Huomasitko itse vai huomauttiko omaisesi / ystäväsi / terveysalanammattilainen?
- Mikä oli syy miksi päätit lopettaa päihteiden käytön?
- Oletko sitoutunut päihteettömyyteesi?
- Minkälaisia tavoitteita sinulla on?
- Luotatko siihen, että onnistut tavoitteissasi?
- Pelkäätkö retkahdusta?
- Onko retkahdus tässä vaiheessa todennäköistä?
- Miten A-killta voisi auttaa sinua jos retkahtaminen on todennäköistä?
- Koetko hallitsevasi elämäsi/tekemisesi tällä hetkellä?

LIITE 2 Induktiivisesta sisällönanalyysistä teema-alueesta vertaistuki, kysymyksestä yhteisön palaute päihteettömyydestä.

Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"Olen saanut, olen tyytyväinen että itsellä on mennyt hyvin."	Tyytyväinen palautteesta.	 <p>Positiivinen palaute päihteettömyydestä.</p> <p>Päihteettömyys ei mielessä.</p>	Yhteisön palaute päihteettömyydestä
"Olen saanut positiivista palautetta, kannustusta jäädä A-kiltaan."	Positiivinen palaute, kannustus jäädä A-kiltaan.		
"Melko vähän itse puhun/ajattelen päihteettömyyttäni. Ei tule harrastettua niin sanottua kuivajuopottelua."	Ei ajattele päihteettömyyttä.		
"Olen monellaista."	Monenlaista palautetta.		