



PIRKANMAAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**”SILKKIHANSIKKAIN, MUTTA YMMÄRTÄVÄSTI”**

**Päihdeäidit kätilötyön haasteena**

**Anne-Mari Palo  
Jutta Peura**

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2009  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto  
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

PALO ANNE-MARI  
PEURA JUTTA

”Silkkihansikkain, mutta ymmärtävästi” – Päihdeäidit kätilötyön haasteena

Opinnäytetyö 63 sivua  
Toukokuu 2009

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihteitä käyttävän raskaana olevan tai synnyttäneen naisen hoitopolkuun osallistuvien ammattilaisten näkemyksiä työstään eri näkökannoilta katsottuna. Opinnäytetyön tehtäviä on neljä. Niillä pyritään selvittämään, omaavatko työntekijät riittävästi valmiuksia päihdeäitien hoitoon koulutuksensa pohjalta, millaista on päihdeäitien kohtaaminen, moniammatillisen yhteistyön ja hoitopolun osuus työskentelyssä sekä tulevaisuuden näkymiä päihdeäitien hoitoon liittyen.

Opinnäytetyön teoreettisessa lähtökohdassa perehdytään päihteisiin, naisen päihdeidenkäyttöön raskausaikana, päihdeäidin hoitotyöhön ja päihdeäidin läheisiin. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja analyysimenetelmänä sisällönanalyysia. Teemahaastatteluun osallistuneet neljä työntekijää ovat kaikki Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä työskenteleviä sairaanhoitajia tai kätilöitä.

Opinnäytetyömme tutkimustulosten mukaan työntekijät eivät koe saaneensa riittävästi valmiuksia päihdeäitien kanssa työskentelemiseen koulutuksensa kautta, vaan oppimalla työn tekemisen ohella. Tulosten mukaan päihdeäitien kohtaaminen on haasteellista ja vaatii työntekijältä muun muassa inhimillisyyttä ja avoimuutta sekä henkilökohtaista kiinnostusta heitä kohtaan. Moniammatillisuus on oleellinen osa työtä. Päihdeäitien hoitopolku toimii melko hyvin, mutta myös parannusehdotuksia esitettiin. Myös tulevaisuus näyttäytyy haasteellisena toisaalta päihdeäitien määrän takia ja toisaalta lain asettamien rajoitusten vuoksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kätilöiden ja sairaanhoitajien sekä opiskelijoiden osaamista ja valmiutta kohdata päihdeäitejä. Lisäksi haluamme lisätä heidän kanssaan työskentelevien tietoisuutta siitä, mitä kaikkea päihdeäitien hoitoon kuuluu. Tutkimustuloksia kirjoittaessamme mieleemme tuli seuraavia jatkotutkimusaiheita: päihdeäidin kohtaaminen, pakkohoito sekä uusi hoitopolku.

---

Avainsanat: päihteet, nainen päihdeidenkäyttäjänä, raskaus, päihdeäidin hoitotyö

## ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Pirkanmaa University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Midwifery

PALO ANNE-MARI  
PEURA JUTTA

“With silk gloves, but understandingly” - Substance abusing mothers as a challenge to midwifery

Bachelor’s thesis 63 pages  
May 2009

---

The purpose of this thesis is to describe the perspectives that health care professionals have of working with mothers who have substance abuse. We have four problems in our thesis. They are aimed to clarify whether the employees, on the basis of their education, have enough abilities to confront substance abusing mothers, what is it like to encounter them, how multi-professional co-operation comes true and what are the future perspectives relating to substance abusing mothers.

The theoretical starting point of this thesis is to get acquainted with substances, the woman’s substance abuse during pregnancy, nursing substance abusing mothers as well as relatives of substance abusing mothers. The method of our thesis is qualitative.

According to the results the employees are not sufficiently prepared to work with addicted mothers, working with them being the best way to learn. Encountering the drug addicted mothers is very challenging and requires personal interests towards them. The future seems challenging, partly because the number of substance abusing mothers and partly because of the limits set by the law.

The goal of our thesis is to increase our own knowledge and abilities to confront these kinds of patients. Further studies could examine more deeply for example the encountering of these mothers or compulsory treatment.

---

Keywords: drugs, women as a drug users, pregnancy, nursing of drug addicted mothers

## SISÄLLYS

SISÄLLYS .....	2
1 JOHDANTO .....	4
2 PÄIHTEET .....	6
2.1 Päihteistä yleisesti .....	6
2.2 Alkoholi .....	7
2.3 Huumeet .....	8
2.3.1 Opiaatit .....	9
2.3.2 Kannabistuotteet .....	9
2.3.3 Hallusinogeenit .....	10
2.3.4 Erilaiset stimulantit .....	10
2.4 Päihdeongelman kehittyminen .....	11
3 NAINEN, RASKAUS JA PÄIHTEET .....	13
3.1 Nainen alkoholinkäyttäjänä .....	13
3.2 Nainen lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjänä .....	15
3.3 Raskaana oleva päihdeongelmainen nainen .....	16
3.3.1 Päihteidenkäytön vaikutus raskauteen .....	18
3.3.2 Alkoholinkäytön vaikutus sikiöön .....	18
3.3.3 Huumeidenkäytön vaikutus sikiöön .....	21
3.4 Päihteidenkäyttäjän synnytys .....	23
4 PÄIHDEÄIDIN HOITOTYÖ .....	25
4.1 Vieroitushoito .....	25
4.2 Korvaushoito .....	27
4.2.1 Raskaana olevan korvaushoito .....	28
4.3 Vastasyntyneen vieroitushoito .....	29
4.4 Päihteitä käyttävän kohtaaminen .....	32
4.4.1 Erytyspiirteitä päihdeäidin kohtaamisessa .....	32
4.5 Moniammatillisuus päihdeongelman ratkaisussa .....	33
4.6 Pakkohoito .....	35
5 PÄIHDEÄIDIN LÄHEISET .....	37
5.1 Päihteidenkäyttäjän perhe ja puoliso .....	37
5.2 Päihteidenkäyttäjän läheisten tukeminen .....	40
5.3 Vanhemman päihteidenkäytön vaikutus vauvaan .....	41
5.4 Päihdeäidin ja vauvan auttaminen .....	42
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	46
7 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	47
7.1 Tutkimuksen lähtökohdat .....	47
7.2 Aineistonkeruu .....	47
7.3 Aineiston analyysimenetelmä .....	48

8 TUTKIMUSTULOKSET .....	50
8.1 Koulutuksen riittävyys päihdeäitien kohtaamiseen .....	50
8.2 Päihdeäitien kohtaaminen .....	50
8.2.1 Kohtaamisen onnistuminen.....	50
8.2.2 Kohtaamisen haasteet.....	51
8.2.3 Ammattitaidon kehittyminen .....	52
8.3 Moniammatillinen yhteistyö .....	52
8.3.1 Moniammatillisuus työssä .....	52
8.3.2 Hoitopolun toimivuus .....	53
8.3.3 Hoitopolun kehittäminen .....	53
8.4 Tulevaisuuden näkymiä .....	54
8.4.1 Päihdeäitien määrä .....	54
8.4.2 Ongelman ennaltaehkäisy .....	54
8.4.3 Mielipiteitä pakkohoidosta.....	55
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	57
9.1 Eettiset kysymykset ja tutkimuksen luotettavuus .....	57
9.2 Tutkimuksen arviointia .....	58
LÄHTEET.....	62

## 1 JOHDANTO

Ihmiset ovat kautta vuosisatojen käyttäneet päihteitä vaikuttaakseen mielialaansa, ajatuksiinsa ja käyttäytymiseensä. Aikaisemmin miehet on mielletty päihteidenkäyttäjiksi, ja miesten on ollut perinteisen sukupuolijärjestelmän mukaan sallitumpaa käyttää päihteitä suuriakin määriä. Naisten rooli taas on ollut lähinnä huolehtia miehistään ja heidän moraalisesta käyttäytymisestään. Nykyään kuitenkin myös naiset ja nuoret tytötkin ovat alkaneet omaksua miehistä päihdekulttuuria. Heidän osuutensa päihteiden ongelmakäyttäjistä kasvaa jatkuvasti.

E erityisen huolestuttavaa on raskaana olevien naisten lisääntynyt ja ongelmallinen päihteidenkäyttö. Esimerkiksi alkoholin suurkuluttajia arvioidaan olevan noin 1-3% kaikista raskaana olevista naisista. Vuosittain arviolta 2000-3000 sikiön terveys ja hyvinvointi on vaarassa äidin raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vuoksi. Huumeidenkäytön yleisyyttä on vaikeampi arvioida, joten siksi vastaavia arvioita huumeiden osalta ei ole esittää. Tiedetään kuitenkin, että huumeidenkäyttö on yleistymässä, ja että se on vaaraksi sikiön kasvulle ja kehitykselle. Yhteensä voidaan kuitenkin arvioida, että Suomessa arviolta 6 % raskaana olevista naisista on alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden ongelmakäyttäjii. Nykypäivän haasteena on tunnistaa ongelmakäyttäjät äitiyshuollon piirissä. (FAS-lapsi : raskauden aikaisen alkoholinkäytön riskit, 1999, 3; Salaspuro ym. 2003, 404.)

Olemme käsitelleet seuraavanlaisia aiheita: eri päihteitä, päihderiippuvuuden syntymistä, päihteidenkäytön vaikutuksia raskauteen, päihdeperheen dynamiikkaa ja sen hoitamista, päihdeongelmaisen kohtaamista, raskaana olevan pakkohoitoa sekä moniammatillisen yhteistyön merkitystä päihdeongelman ratkaisussa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää mahdollisimman perusteellisesti erilaisia näkökulmia päihdeäitien hoitoon liittyen. Haluamme myös päihdeäitien parissa työskentelevien henkilöiden mahdollisesti hyötyvän työstämme, lisäämällä tietoisuutta ongelman monitahoisuudesta ja yleisyydestä.

Valitsimme päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen opinnäytetyön aiheeksemme, koska uskomme saavamme siihen perehtymisestä tarvittavaa asiantuntemusta tulevassa kättilön työssämme. Päihteidenkäyttö on ongelma nyky-yhteiskunnassamme, ja me tulevina kättilöinä joudumme kohtaamaan yhä enemmän ja enemmän päihteitä käyttäviä naisia. Päihteidenkäyttö näkyy siis myös synnyttävien naisten keskuudessa oleellisena haasteena.

Naisen raskauden aikainen päihteidenkäyttö vaikuttaa syntymättömän lapsen tulevaisuuteen merkittävästi ja läpi koko elämän. Ammattilaisten tehtävä on suojella ja turvata syntymättömän lapsen kasvua ja kehitystä, koska sikiöllä ei vielä ole itsemääräämisoikeuksia ennen syntymähetkeään. Äidillä on siis kaikki valta päättää sikiön kohtalosta ja vaikuttaa tulevan lapsensa ennusteeseen omalla käyttäytymisellään. Onko ammattilaisilla siis riittävästi tietoa ja koulutusta, että asioihin osataan puuttua riittävän varhaisessa vaiheessa?

## 2 PÄIHTEET

### 2.1 Päihteistä yleisesti

Päihteiksi määritellään sellaiset aineet, jotka vaikuttavat keskushermostoon siten, että niiden käyttäjälle aiheutuu korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Niitä käytetään nautinto- tai huumaustarkoituksissa. Toiset päihteet rauhoittavat tai lamaavat, toiset puolestaan stimuloivat hermostoa. Lisäksi ne saavat aikaan miellyttävältä tuntuvia psyykkisiä vaikutuksia, joiden ansiosta käyttäjä haluaa niitä toistuvasti. (Salaspuro, Kianmaa, & Seppä 2003, 110.)

Päihteiksi lasketaan alkoholi ja huumeet. Huumeet taas jaetaan useisiin eri ryhmiin:

- nikotiini
- opiaatit
- kannabistuotteet
- hallusinogeenit (LSD)
- barbituraatit
- bentsodiatsepiinit
- erilaiset stimulantit (amfetamiini, kokaiini ja kofeiini)
- jotkut tekniset liuottimet sekä
- eräät muut edellisten kaltaiset aineet

Päihteitä voi käyttää useammalla eri tavalla kuten suun (alkoholi, bentsodiatsepiinit) tai hengitysteiden kautta (kannabistuotteet, nikotiini), nuuskaamalla (kokaiini) tai injektioina (opiaatit). Päihderiippuvuus on krooninen sairaustila, joka saa aikaan pakonomaisen tarpeen saada lisää päihdettä. Riippuvuus vaikuttaa niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin terveyteen. Päihderiippuvuudelle ominaista on toleranssin kehittyminen eli yksilön päihteenkäytön kestävyys kasvaa ja nautittaessa säännöllisesti tietty annos päihdettä, se ei enää anna samanlaisia vaikutuksia kuin alussa. Päihdettä on siis nautittava enemmän, jotta saadaan samansuuruiset vaikutukset kuin aiemmilla käyttökerroilla. (Salaspuro ym. 2003, 110-111.)



## 2.2 Alkoholi

Alkoholi on kofeiinin ja nikotiinin jälkeen yleisimmin käytetty päihde. Farmakologisesti se luokitellaan lamaavaksi lääkeaineeksi, joka vaikuttaa keskushermostoon sekä huumaavasti että mielihyvää tuottavasti. Humala on nimitys, jota käytetään sen huumaavista vaikutuksista. Alkoholin kroonisesta käytöstä kehittyy toleranssi sekä psyykinen ja fyysinen riippuvuus. (Salaspuro ym. 2003, 120.)

Humalatila muuttaa käyttäytymistä, suorituskykyä ja mielentilaa. Tämä johtuu sen vaikutuksista hermosolujen toimintaan etenkin keskushermostossa. Humalan vahvuus riippuu veren alkoholipitoisuudesta, joka on suhteessa nautitun alkoholin määrään ja imeytymiseen. Käyttökokemuksella voi myös olla huomattava vaikutus. Pienillä veren alkoholipitoisuuksilla (alle yksi promille) saadaan aikaan hermostoa kiihottavia tai vilkastuttavia toimintoja, jotka ilmenevät muun muassa mielialan kohoamisena, rentoutumisena, itsevarmuuden lisääntymisenä, puheliaisuutena ja estojen vähenemisenä. Veren alkoholipitoisuuden ollessa suurempi (yli yksi promille) toiminnat lamaantuvat, ja sen voi havaita liikkeiden kömpelyytenä, puheen äänekkyytenä ja sammalteluna, reagoinnin hidastumisena sekä suoritustason alentumisena. Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli kahteen promilleen kivun tunne katoaa ja tajunta heikkenee entisestään, muistuttaen nukutusaineen vaikutusta. Yli kolmessa promillessa tajunta alkaa kadota ja humaltunut henkilö sammuu. Humalan kumoamiseen ei olla toistaiseksi löydetty toimivaa keinoa. Tilapäisesti humalaa voidaan vähentää nostamalla aivojen vireystilaa, esimerkiksi fyysisellä ponnistelulla, psyykkisellä sokilla tai piristeillä. (Salaspuro ym. 2003, 120-122.)

Suomalaiseen alkoholiperinteeseen kuuluu juoda harvoin, mutta niinä kertoina sitten sitäkin runsaammin. Alkoholimäärän runsaus ja humalahakuisuus aikaansaa monia sairauksia ja ennenaikaisia kuolemia. Kohtuukäyttö sen sijaan suojaa muun muassa sepelvaltimotaudilta, luukadolta ja ehkä myös diabetekselta sekä Alzheimerin taudilta. Vuonna 2005 alkoholia, muutettuna 100-prosenttiseksi, kului Suomessa keskimääräisesti 10,5 litraa per asukas, kun otetaan huomioon tilastoitu ja tilastoimaton kulutus. Kymmenen vuotta aiemmin kulutusmäärä oli 6,6 litraa. Noin joka kymmenes 15-69-vuotiaista suomalaisista ei ole koskaan juonut alkoholia tai se on jäänyt maistamisasteelle (Salaspuro ym. 2003, 26). Verrattuna miesten alkoholinkäyttöön naisten juomi-

nen on edelleen selvästi vähäisempää. Naisista on raittiita noin 20%, miehistä noin 10%. Vähintään kerran viikossa juo joka kolmas, miehistä joka toinen. Kaikesta alkoholista naiset kuluttavat noin 20%. Miehillä kaksi kolmasosaa alkoholista kuluu humalatilanteissa, naisilla yksi neljäsosa. (Salaspuro ym. 2003, 42; Ahlström 2005; Österberg 2006.)

### 2.3 Huumeet

Huumeen määrittää sen käyttötarkoitus. Huumeeksi lasketaan aine, joka on mainittu huumausainelainsäädöksissä, ja sen käyttötarkoitus on muu kuin lääkinnällinen. Tarkoitus voi olla esim. stimulaatio, sedaatio, euforia tai vieroitusoireiden lievittäminen. Rauhoittaviin, eli sedatoiviin, kuuluvat opiaatit kuten heroini, piristeisiin, eli stimuloiviin, kokaiini, crack ja amfetamiinit. Hallusinogeenija edustavat marihuana, ekstaasi ja LSD. Huumeet voidaan joko pureskella, hengittää, polttaa, nuuskata tai käyttää suonensisäisesti. Ennen suurin osa huumeista valmistettiin kasveista: kokaiini kokapensaasta, heroini unikon kukista ja hasis ja marihuana kannabiksesta. Nykyään monet uudemista huumeista, kuten ekstaasi ja LSD, tehdään synteettisesti. Huumeidenkäyttöä on mahdollista tarkastella monilta eri tahoilta. Luokitteluperusteena voidaan käyttää mm. käyttövaihetta, käyttötiheyttä, kokeilu-, satunnais-, ajoittais- tai säännöllistä käyttöä, mietojen tai kovien huumeiden käyttöä, tai hallittua, holtitonta tai pakonomaista käyttöä. (Salaspuro ym. 2003, 43; Havio, Inkinen & Partanen 2008, 60; Mitä ovat huumeet 2008.)

Viimeisimmän, syksyllä 2006 tehdyn 15–69 -vuotiaalle suomalaisväestölle suunnatun kyselytutkimuksen mukaan 14 prosenttia vastaajista ilmoitti kokeilleensa jotain laitonta huumetta ainakin kerran elämässään. Viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneitä oli noin kolme prosenttia ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana käyttäneitä noin yksi prosentti väestöstä. Tämän mukaan vuoden aikana huumeita käyttäneitä suomalaisia oli karkeasti ottaen runsaat 100 000 ja kuukauden aikana käyttäneitä noin 40 000. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjää arvioitiin vuoden 2005 rekisteritietojen pohjalta olevan Suomessa noin 14 500 – 19 000. Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 31 %:lla koko asiakaskunnasta. Lähes kaksi

kolmasosaa asiakkaista oli ilmoittanut käyttävänsä vähintään kolmea ainetta. (Hakkarainen 2008; Mitä ovat huumeet 2008.)

Huumeasiakaskunnan keski-ikä oli 28 vuotta. Alueellisesti huumeiden käyttö keskittyvoimakkaimmin pääkaupunkiseudulle ja muihin suurimpiin kaupunkeihin. Huumeiden käyttö on jonkin verran yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Vuonna 2006 miehistä 16 prosenttia ja naisista 12 prosenttia ilmoitti kokeilleensa jotain laitonta huumetta joskus elämässään. Yleisimmin käytetty aine oli kannabis, jota miltei kaikki huumeita käyttäneet olivat vähintäänkin kokeilleet. (Hakkarainen 2008; Mitä ovat huumeet 2008.)

### 2.3.1 Opiaatit

Opiaatit voidaan jakaa luonnon- ja synteettisiin opiaatteihin, ja opioidit on niiden yhteisnimitys. Luonnonopiaatit ovat peräisin oopiumunikosta. Unikon kuivatusta maitiaisnesteestä saadaan oopiumia. Raakaopiumista valmistetaan morfiinia sekä kodeiinia ja niistä edelleen heroiniä. Synteettisiä lääkekäytössä olevia opiaatteja ovat esimerkiksi metadoni, oksikoni, buprenorfiini, fentanyyli ja petidiini. (Salaspuro ym. 2003, 468; Sairanen 2005.)

Käytettäessä matalia opiaattiannoksia saadaan aikaan mielihyvän tunnetta ja kivun lievitystä. Ne lamaannuttavat keskushermostoa, joten hengitys, refleksit ja puhe hidastuvat. Kun kyseessä ovat suuremmat annokset, päihtynyt voi nukahtaa ja hengitys hidastuu. Yliannostuksessa liiallinen elintoimintojen hidastuminen voi johtaa kooman asteelle. (Salaspuro ym. 2003, 471; Mitä ovat huumeet 2008.)

### 2.3.2 Kannabistuotteet

Kannabista saadaan Kannabis sativa-ruohokasvista. Kasvista eristetyistä ainesosista delta-tetrahydrokannabinoli (THC) vaikuttaa kaikkein eniten psyykeen. Huumeena se

on monivaikutteinen vaikuttaen hallusinogeenisesti, stimuloivasti sekä rauhoittavasti. Käytön jälkeiset välittömät seuraukset ovat puheliaisuus, aktiivisuuden lisääntyminen sekä ulospäinsuuntautuneisuus. Myöhemmässä vaiheessa päihtymystä se aiheuttaa uneliaisuutta ja syrjäänvetäytymistä. Ajastusten kulku vilkastuu ja aistit herkistyvät. (Salaspuro ym. 2003, 453-454; Sairanen 2005.)

### 2.3.3 Hallusinogeenit

Hallusinogeenit ovat joukko rakenteeltaan erilaisia aineita, joko synteettisiä tai eri kasvien ainesosia. Ne saavat aikaan aistiharhoja, jolloin käyttäjä näkee ja kuulee asioita joita ei todellisuudessa ole olemassa. Ajantaju hidastuu ja käyttö saattaa aiheuttaa ahdistusta, pelkoa ja paniikkia. Fyysistä riippuvuutta niihin ei tiedetä syntyvän, mutta psyykkisiä ongelmia se voi aiheuttaa. Flashback eli takauma on uudelleen tuleva aistimusten muutos ilman päihteenkäyttöä, ja se voi tulla viikkojen tai kuukausienkin kuluessa itse käytöstä. (Salaspuro ym. 2003, 462-463; Mitä ovat huumeet 2008.)

### 2.3.4 Erilaiset stimulantit

Kofeiini, nikotiini, amfetamiini ja kokaiini ovat tunnetuimpia stimulantteja eli piristeitä. Laittomia huumeita näistä ovat amfetamiini sekä kokaiini. Tyypillistä stimulanteille on voimakas psyykkinen ja vähäinen fyysinen riippuvuus. Amfetamiinin ja kokaiinin käytön alussa käyttäjä kokee hyvinvointitunnetta, energisyyttä sekä ulospäinsuuntautuneisuutta. Käytöksestä tulee arvaamatonta, koska käyttäjä saattaa kokea olonsa liioitellun voimakkaaksi. Kun annokset kasvavat esiintyy levottomuutta, sekavuutta sekä vainoharhaisuutta, joka voi johtaa ohimenevään psykoosiin. (Salaspuro ym. 2003, 458-461; Mitä ovat huumeet 2008.)

## 2.4 Päihdeongelman kehittyminen

Kokeillessaan jotakin huumaavaa ainetta tai päihdettä ensimmäistä kertaa, kukaan ei usko tulevansa aineesta riippuvaiseksi. Tietenkään kaikista kokeilijoista ei myöhemässä vaiheessa tule narkomaaneja tai alkoholisteja, mutta jokainen ongelmakäyttäjä on aloittanut päihteen kokeilukäytöllä. Etukäteen ei siis voi tietää, kuinka suuri riski itsellä on joutua huumeiden- tai alkoholinkäyttökierteeseen. Nykyään esimerkiksi huumausaineiden markkinointi, runsas tarjonta, halventuneet hinnat ja huumemaailman muuttuminen raaemmaksi ovat aikaansaaneet sen, että nuori käyttökierteeseen joutunut tipahtaa yhteiskunnan ulkopuolelle yhä nopeammin. (Dahl & Hirschovits 1997, 88.)

Päihteitä on nykyään helposti saatavilla. Yleensä päihdekokeilut alkavat tupakalla ja alkoholilla. Ikärajoituksista huolimatta näitä päihteitä nuorenkin henkilön on ilmeisen helppo hankkia niin halutessaan. Yhteiskunnassamme alkoholin käyttö näyttää olevan osa normaalia sosiaalista kanssakäymistä ja absolutismia voidaan jopa pitää outona käyttäytymisenä. Nuori, joka on oppinut alkoholin käytön, on myös oppinut jo hakemaan päihtymystä. Tupakointitekniikan oppineen on helppo siirtyä mahdollisesti myös kannabiksen polttamiseen. Nykyään nuoret huumeekokeilijat voidaan jakaa kahteen ryhmään. Itsetuhoisilla, ns. moniongelmaisilla nuorilla, voi olla jo elämässään taustalla huumeen käyttöön myötävaikuttavia tapahtumia ja kokemuksia. Ns. tavalliset nuoret voivat ajautua kokeiluun ja käyttökierteeseen monista syistä. Esimerkiksi murrosiässä elävä, akuuttia kriisiä läpikäyvä nuori, saattaa epävarmuutensa takia altistua nopean mielihyvän ja itsevarmuuden etsintään huumeekokeilujen kautta. Aina varsinaista kriisiä ei edes tarvita, yksinkertaisesti uteliaisuus ja vaihtelun sekä jännityksen kaipuu voivat johtaa huume kuvioihin ajautumisen. (Dahl & Hirschovits 1997, 88-89.)

Kokeilu tapahtuu useimmiten osittain vahingossa, on sattumalta osuttu paikalle hetkenä, jolloin joku ehdottaa huumeiden kokeilua. Kokeilija saattaa tällöin ajatella, että hän voi kokeilla, kunhan ei ala jatkuvasti käyttä. Useimmiten kokeilu aloitetaan kannabiksella. Kokeilua seuraa mahdollisesti lisääntyneet, uudet kokeilut, mikäli kokemukset ovat olleet positiivisia. Kokeileminen ja käyttö on todennäköisesti alussa satunnaista, esimerkiksi ajoittuen "juhlapyhiin" kuten vappuun ja koulun päättymiseen. Mikäli tässä kohtaa ei ole olemassa vakituisia kontakteja käyttäjäpiiriin, kokeilujen lopettaminen on helpompaa ja todennäköisempää. Satunnaiskäyttöä seuraa sopeutumisvaihe, mikäli

käyttö edelleen jatkuu. Aineiden hankinta ja rahoitus muuttuvat enemmän suunnitelmalliseksi toiminnaksi. Henkilö ei tässä vaiheessa halua siirtyä muihin aineisiin ja hallitsee omasta mielestään käyttönsä hyvin. Hän aikoo lopettaa käyttönsä heti kun ongelmia sen suhteen ilmenee. (Dahl & Hirschovits 1997, 90-91.)

Ongelmakäytön ollessa jo kyseessä, läheiset usein huomaavat käyttäjän persoonallisuudessa muutoksia. Käyttäjä itse uskoo kaiken vielä sujuvan hienosti. Kuitenkin muu elämä ja ihmissuhteet alkavat menettää merkitystään henkilön elämässä. Saattaa olla, että ainoat hyvänä koetut hetket ovat huumeissa vietetyt hetket. Käyttö lisääntyy tässä vaiheessa helposti. Samalla henkilö on jo niin voimakkaasti riippuvainen aineesta, että pitääkseen normaalielämän kullisessa yllä, hän joutuu käyttämään sekä piristäviä että rauhoittavia aineita. Huumeikierteessä oleva ajautuu helposti sekakäyttöön, jolloin hän käyttää mitä vain saatavilla on. Näin käyttäjä pyrkii useita huumeita samanaikaisesti käyttämällä tasapainottamaan, voimistamaan, heikentämään tai säilyttämään päihdetilaa. (Dahl & Hirschovits 1997, 91.)

Tiedostamisen vaiheessa käyttäjä itse alkaa tajuta olevansa koukussa. Samalla hän silti edelleen uskoo voivansa lopettaa huomenna tai ensi viikolla jne. Vaikka ympäristölle on jo tässä vaiheessa melko selvää mitä on tapahtumassa, käyttäjä uskottelee edelleen muille kaiken olevan kunnossa. Aineen käyttöön liittyy jo tarve saavuttaa jonkinlainen normaaliolotila ja välttää kipua. Enää ei ole kysymys aineista saavutettavien mielihyvälämyksien haulla. Rahan hankkiminen aineita varten alkaa olla yhä haastavampaa ja vaikeampaa. Hoitomotivaation syntyminen riippuvaiselle syntyy vasta, kun fyysinen ja psyykkinen kunto edellyttää valitsemaan: hauta vai hoito. Usein hoidon piiriin hakeutuneet ainakin hoidon alussa elättelevät toivoa aineiden käytön jatkumisesta hoidon jälkeenkin kohtuukäyttönä. Ajatus täydellisestä päiheteettömyydestä tulee vasta myöhemmässä vaiheessa. (Dahl & Hirschovits 1997, 92.)

### 3 NAINEN, RASKAUS JA PÄIHTEET

#### 3.1 Nainen alkoholinkäyttäjänä

Perinteisesti naisten suhde alkoholiin on ollut miehiä etäisempi ja kielteisempi. On ajateltu, että alkoholinkäyttö on naisille sopimatonta, rumaa ja vastuutonta ajatellen lapsia. Naiset ovat enemmänkin toimineet miesten juomisen moraalisena kontrolloijina. Alkoholikulttuuriin liittyvän sukupuolijärjestelmän mukaan miehen on hyväksyttävämpää käyttää alkoholia suuriakin määriä ja ylittää sosiaalisia sidonnaisuuksia. Osittain tämä sukupuolijärjestelmä on kuitenkin murtunut, kun naiset ovat siirtyneet kontrolloijan osasta myös alkoholinkäyttäjiksi. Vaikka parin viimeisen vuosikymmenen aikana naisten alkoholinkulutus on kasvanut tasaisesti, edelleen heidän osuutensa kulutetuista alkoholimääristä on vain noin neljännes. Osa naisista kuitenkin on alkoholin suurkuluttajia ja tämä suurkulutus näyttää alueellisesti keskittyvän etenkin pääkaupunkiseudulle sekä muihin suuriin asutuskeskuksiin. Selkeästi kasvaneesta kulutuksesta huolimatta alkoholinkäyttö on edelleen vain rajoitetusti sallittua naisille ja yhteiskunnan sosiaalinen normisto määrittelee millainen alkoholinkäyttö on naiselle sopivaa. Usein myös lähiympäristö kontrolloi ja säätelee erityisen tarkasti nimenomaan naisen alkoholinkäyttöä. Vieläkin siis alkoholinkäyttöön liittyy kaksinaismoralismia, jonka mukaan miehen käyttö on "luonnollista" ja naisen käyttöön liittyy enemmän joko tuomitseminen tai hyväksyminen. (Rautavuori 2001, 21-22.)

Nimenomaan naisten alkoholinkäyttöön liittyy sosiaalinen juomatapa, jolloin juominen yleensä ajoittuu koti-iltoihin, vierailuihin sekä perhejuhliin. Erittäin harvinaista on, että nainen juo yksin. Tämä sosiaalinen juomatapa koskee kuitenkin ainoastaan kohtuudella alkoholia käyttäviä naisia. Alkoholiongelmainen nainen sen sijaan ryyppää usein yksin tai miesporukan mukana. Tällaiseen käyttäytymiseen voidaan ajatella liittyvän miehisen juomatavan omaksuminen. Sillä tarkoitetaan humalahakuista juomista, eli suurien alkoholimäärien usein toistuvia nauttimiskertoja. Vaikka nuoret naiset useinkin noudattavat miehistä juomatapaa, suurin osa siirtyy myöhemmässä vaiheessa kontrolloidumpaan juomatapaan. Aina näin ei kuitenkaan tapahdu. Silloin on odotettavissa ongelmia jotka aiheutuvat alkoholin suurkulutuksesta.

Ei ole myöskään mahdotonta, että aikaisemmin alkoholia kohtuullisesti käyttänyt nainen jossain elämänvaiheessaan ajautuu ongelmakäyttäjäksi. (Rautavuori 2001, 22.)

Naisten pakonomaiseen ja ongelmalliseen päihteidenkäyttöön liittyy erityispiirteitä, johtuen juuri naisten kulttuurillisesta roolista sekä yhteiskunnan normeista. Päihdekäyttöön liittyy enemmän syyllistymistä, eristäytymistä, häpeän tunteita ja ympäristön reaktioiden pelosta johtuvaa salailua. Ulkoisesti nainen saattaa näyttää selviytyvän hyvinkin riippuvuudestaan huolimatta. Yhteiskunnan virallinen taso puuttuu naisen ongelmajuomiseen. Käytännössä alkoholiongelmaisen äidin ollessa kyseessä, yhteiskunta puuttuu tehokkaasti perheiden sisäisiin asioihin. Näissä tilanteissa yleistä on huostaanotto. Huostaanottojen yleisin syy onkin juuri perheen alkoholiongelma ja nimenomaan naisen alkoholiongelma. (Rautavuori 2001, 23.)

Naisen ja miehen fysiologiset eroavaisuudet takaavat sen, että miehen ja naisen alkoholikäyttäytyminen ei koskaan voi olla tasa-arvoista. Koska naisen elimistössä on vähemmän vettä, hän humaltuu miestä herkemmin ja voimakkaammin. Tämä johtuu siitä, että alkoholi on vesiliukoinen aine ja se jakautuu elimistön vesiosaan. Näin ollen, kun mies ja nainen juovat kehon painoon suhteutettuna saman määrän alkoholia, naisen veren alkoholipitoisuus nousee suuremmaksi. Myös elimistövauriot, jotka aiheutuvat alkoholista syntyvät naisen elimistöön nopeammin ja herkemmin. Samanlaisten vaurioiden syntyminen maksaan tapahtuu naisen nautittua 20g alkoholia, kun taas miehelle vastaava määrä on 40g. Runsaasti ja säännöllisesti alkoholia käyttävä nainen menettää aivojen harmaata kudosta nopeammin kuin mies. Naisen riippuvuus alkoholiin kehittyy miestä nopeammin. (Kujasalo & Nykänen 2005, 29-30.)

Naisten alkoholin käytön suhteen suurkulutuksen raja on joko viisi kerta-annosta tai 16 annosta viikossa. Yksi annos määritellään 0,33 litran pullollinen keskialutta tai 12cl lasi viiniä tai 8cl väkevää viiniä tai 4cl viinaa. Mikäli nainen toistuvasti käyttää alkoholia yli näiden suurkulutuksen rajojen, seuraa mm. ärtymystä, unettomuutta, masennusta, vatsavaivoja, verenpaineen kohoamista ja sydämen rytmihäiriöitä. Samalla kohoaa merkittävästi riski sairastua haimatulehdukseen, maksakirroosiin ja sydän- ja hermostovaurioihin. (Kujasalo & Nykänen 2005, 29-30.)



Hormonitoiminnalla on huomattava merkitys naisen elämässä. Se vaikuttaa naisen fyysiseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin jatkuvasti. Eri hormonien, estrogeenin ja progesteronin sekä miessukupuolihormonin testosteronin, tasot muuttuvat naisen elimistössä koko ajan luonnostaankin johtuen esimerkiksi iän mukanaan tuomista muutoksista tai naisen käyttämistä hormonivalmisteista. Alkoholin käyttö horjuttaa hormonien tasapainoa vähäisessäkin määrin nautittuna. Tästä syystä alkoholisoituneilla naisilla tavataan runsaasti häiriöitä lisääntymiselimistössä. Alkoholi vähentää aivojen mielihyvää tuottavien aineiden, serotoniinin ja dopamiinin, määrää. Tästä aiheutuu depressiota sekä naisille että miehille, mutta naisten kohdalla se on kuitenkin kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. (Kujasalo & Nykänen 2005, 29-30.)

Vaikka väestöstämme naisten juominen on vieläkin hyvin vähäistä suhteessa miesten juomiseen, on yhteiskunnallinen tasa-arvoistuminen osaltaan aikaansaanut tyttöjen ja naisten alkoholinkäytön moninkertaistumisen vuosikymmenten aikana. Päihteiden takia sosiaali- ja terveystieteiden piiriin hakeutuvista nykyään joka neljäs on nainen, kun 30 vuotta sitten naisten osuus oli vain kymmenes kokonaismäärästä. Raittiiden naisten määrä on myös tullut muutamassa vuosikymmenessä rajusti alaspäin. Alkoholista aiheutuneet naisten kuolemat ovat nelinkertaistuneet 20 vuodessa. Vuosittain syntyy satoja vammautuneita lapsia johtuen tuhansia synnyttäjiä vaivaavasta päihdeongelmasta. Vaikka muutosta yhteiskunnan tasa-arvokäsityksissä on tapahtunut merkittävän paljon, edelleen naisten humalajuomisen seurauksiin suhtaudutaan eri tavalla kuin miesten vastaavaan käyttäytymiseen. Ympäristö tuomitsee naisten alkoholikäyttäytymisestä aiheutuvat ongelmat ja elämänhallinnan menettämisen huomattavasti voimakkaammin kuin miesten ollessa kyseessä. (Kujasalo & Nykänen 2005, 19-20, 23-24.)

### 3.2 Nainen lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjänä

Yleisimmin käytettyjä huumeita Suomessa ovat kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Teini-iässä huumeiden kokeilu on lähes yhtä yleistä tyttöjen ja poikien kesken, aikuisiässä miesten osuus kasvaa huomattavasti. Amfetamiinin ja opiaattien käyttäjistä 20-40% on naisia ja samanlainen ero on myös kannabiksen käyttäjissä. Naisten huumeidenkäyttöriskiä lisää, jos partneri käyttää huumeita, erityisesti piikkihuumeiden kohdalla. (Salaspuro ym. 2003, 98.)

Naisten keskuudessa käytetään, ja väärinkäytetään, miehiä enemmän erilaisia bentsodiatsepiineja, jotka ovat yleisimpiä riippuvuutta aiheuttavia rauhoittavia lääkkeitä. Naisten suurempi osuus näiden käytössä saattaa osittain selittyä sillä, että naisilla esiintyy useammin mielenterveysongelmia (mm. masennus, paniikkihäiriöt, fobiat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt). Yleisintä väärinkäyttöä on alempaan sosiaaliluokkaan kuuluvien naisten joukossa. Ikääntyneiden naisten unilääkkeidenkäyttö on selvästi yleisempää kuin vastaavasti ikääntyneiden miesten. (Salaspuro ym. 2003, 98.)

Suonensisäisiä huumeita käyttävien naisten osuus on pienempi kuin miesten, mutta naiset käyttävät tutkimusten mukaan enemmän likaisia neuloja. Näin ollen veriteitse leviävien tautien (esim. HIV ja hepatiitit) riski on suurempi kuin miehillä. Tartuntavaaraa lisää entisestään se, että naisten huumeidenkäyttöön saattaa liittyä väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Hoitoon hakeutumisen syitä naisilla ovat esimerkiksi pelko lapsen menettämisestä, taloudelliset ongelmat sekä pelko leimautumisesta. Vaikka huumeita käyttävillä naisilla on enemmän psyykkisiä ja somaattisia ongelmia, ja myös sosiaaliset taidot saattavat olla miehiä heikompia, naiset keskeyttävät hoidon harvemmin kuin miehet. (Salaspuro ym. 2003, 98.)

### 3.3 Raskaana oleva päihdeongelmainen nainen

Yhteiskunnassa vallitsee hyvin voimakas tabu, jonka nainen erittäin voimakkaasti rikkoo käyttäessään alkoholia raskauden aikana. Samalla hän tulee yhteiskunnan ja ympäristön silmissä tuomitukseksi myös tulevassa roolissaan äitinä. Tuomitseminen perustuu ajatukseen siitä, että lasta odottaessaan päihdettä käyttävä nainen ei pysty myöskään raskauden jälkeen luopumaan käytöstä. Alkoholiongelmainen nainen on hyvin tietoinen tästä ympäristönsä asenteesta, mikä aiheuttaa häpeäntunteita, ongelmien salailua ja kieltämistä sekä eristäytymistä. (Rautavuori 2001, 23.)

Vaikka päihdeongelmaisista äiteistä pidetäänkin erittäin poikkeavina ja täysin erilaisina kuin muita äiteistä, heidän odotuksensa ja toiveensa omaa äitiyttään kohtaan ovat kuitenkin samanlaisia kuin muillakin äideillä. Heillä on usein hyvin ihanteellinen kuva siitä, millaisia äiteistä he tulisivat olemaan.

Käytännössä kuitenkin huolimatta näistä ajatuksista ja toiveista, päihdeongelmaiset äidit eivät pääse toteuttamaan tavoitteitaan ilman runsasta ulkopuolista tukea ja apua. (Rautavuori 2001, 24.)

Pohjoismaissa on olemassa päihdeongelmaisille naisille tarkoitettuja erilaisia tuki- ja hoitojärjestelmiä. Niiden muodot vaihtelevat avo- ja laitoshoidon välillä. Suomessa on esimerkiksi vuonna 1990 aloittanut ensi- ja turvakotien liiton toimesta raskaana olevien alkoholiongelmaisten naisten ja heidän perheittensä hoitokoti, nimeltään Oulunkylän ensikoti joka sijaitsee Helsingissä. Näissä erilaisissa tuki- ja hoitojärjestelmissä kaikissa hoidon ensisijaisena tavoitteena on tietenkin se, että nainen lopettaisi kokonaan päihteiden käytön raskauden ajaksi. Samalla pyritään erilaisin tukitoimin aikaansaamaan sosiaalinen suojaverkosto. Verkoston tarkoituksena on lisätä alkoholiongelmaisen naisen ja hänen perheensä turvallisuudentunnetta ja parantaa perheen itseluottamusta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Rautavuori 2001, 24.)

Eri maissa vastaavien tukitoimien muodot ja kontrollin aste vaihtelevat suuresti. Yhteistä kaikille on kuitenkin vahva näkemys siitä, että yhteiskunnalle kuuluu sekä oikeus että velvollisuus pyrkiä auttamaan alkoholiongelmaista kärsivää tulevaa äitiä. Suomessa terveydenhuollon viranomainen on velvollinen järjestämään välittömät palvelut raskaana olevan naisen erityiseksi suojelemiseksi. Lastensuojelulakiin on lisätty velvollisuus päihdeongelmaisen äidin ollessa kyseessä järjestää tukea ja palveluita syntymättömän sikiön suojaamiseksi alkoholin ja päihteiden liikakäytön seurauksilta. Näiden tukitoimien ja auttamismuotojen onnistuminen edellyttää kuitenkin myös autettavan taholta hyväksyntää tukitoimille sekä pyrkimystä itse aktiivisesti muuttamaan elämätilannettaan. Jos äiti itse ajattelee olevansa vain yhteiskunnan "pakkotoimenpiteiden" passiivinen kohde, tukitoimet eivät tuota haluttua tulosta. (Rautavuori 2001, 24.)

Vaikka raskaan oleva päihdeongelmainen nainen onkin aina ongelma yhteiskunnalle ja vaikea asia kohdata, on myös aina pidettävä mielessä, että nainen itsekin kärsii ongelmastaan. Siksi asenteen ja avun on oltava moralisoimatonta häntä kohtaan. On pyrittävä auttamaan naista löytämään elämiselle muotoja ja vaihtoehtoja, jotka edistävät hänen kykyään selviytyä raskaudesta ja sen jälkeen alkavasta äitiydestä mahdollisimman hyvin ja päihteettä. (Rautavuori 2001, 24.)

### 3.3.1 Päihteidenkäytön vaikutus raskauteen

”Suomessa arviolta 6 % raskaana olevista naisista on alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden ongelmakäyttäjiä, mikä merkitsee noin 3 600 lapsen syntymistä vuosittain päihdeongelmaisille äideille” (Tammela & Nuutila 2008, 356-357). Raskaana olevia alkoholinsuurkuluttajia arvioidaan olevan noin 1-3%. Huomattava on, että luku on selvästi suurempi kuin vaikkapa insuliinidiabeteksen, mitä pidetään merkittävänä riskitekijänä raskaudelle. Alkoholinsuurkuluttajien raskauteen käytetään kuitenkin vähemmän voimavaroja, johtuen osaksi siitä ettei heitä tunnisteta terveydenhuollossa ja osaksi siitä, että he eivät itse tuo ongelmaansa helposti esille. Lisäksi raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä pidetään vieläkin enemmän sosiaalisena ongelmana, joka ei kuuluisi terveydenhuollolle. Joka vuosi arviolta 2000-3000 sikiön terveys ja hyvinvointi on vaarassa raskauden aikaisen alkoholinkäytön vuoksi. Alkoholivaurioisia lapsia syntyy noin 300 vuodessa. Alkoholinkäyttö naisten, ja erityisesti nuorten naisten, keskuudessa on lisääntynyt viime vuosina. Alkoholi ei myöskään ole enää ainoa ongelma, vaan ns. sekakäytöstä ja lääkkeiden väärinkäytöstä on tullut entistä yleisempää. (FAS-lapsi : raskauden aikaisen alkoholinkäytön riskit, 1999, 3; Salaspuro ym. 2003, 404.)

Raskaana olevan, runsaasti alkoholia käyttävän naisen riski saada verenvuotoja ja keskenmenoja kasvaa verrattuna raittiiseen. Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana päivittäin alkoholia yksi tai kaksi annosta nauttiva nainen on kaksinkertaisessa riskissä saada keskenmeno toisen trimesterin aikana. Vastaavasti, jos annoksia on päivittäin kolme, riski kasvaa kolminkertaiseksi. Keskenmeno- ja verenvuotoriskin riskin suureneminen johtuu alkoholin vaikutuksesta veren hyytymistekijöihin ja verisuonten seinämiin ja sen kautta istukan kehitykseen ja toimintaan sekä altistusmäärien ollessa suuria, syntyy suoria vaikutuksia alkioon ja sikiöön. Vaikka raskaus ei välttämättä keskeytisikään, sikiön kasvu saattaa hidastua. (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

### 3.3.2 Alkoholinkäytön vaikutus sikiöön

Alkoholi on teratogeeninen aine, joka aiheuttaa vaurioita sikiön kehityksessä ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Sen aikana yksikin humalaan johtava alkoholinkäyttökerta voi aiheuttaa yksittäisen elimen, esimerkiksi sydämen, kehityksessä vauri-

oita sattuessaan sen kehityksen kannalta tärkeään päivään. Mitään tieteellistä todistusta ei kuitenkaan ole olemassa, että muutama satunnaisesti nautittu viini- tai olutlasillinen raskauden aikana aiheuttaisi vaaraa sikiön kehitykselle. Toisaalta mitään turvarajaa alkoholinkäytölle raskausaikana ei voida antaa, joten turvallisinta on pidättäytyä siitä kokonaan. Selkein alkoholin vaikutus sikiön kehitykselle on kasvun hidastuminen. Tyypillisiä raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana aiheutuvia vahinkoja ovat luusto- ja sydänanomaliat. Pienipäisyys eli mikrokefalia tulee sitä selkeämmin esille, mitä runsaampaa sikiön alkoholialtistus on. (Valkonen 2003, 10; Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

Sikiön alkoholipitoisuus vakiintuu nopeasti äidin pitoisuuden kanssa samalle tasolle, koska alkoholi läpäisee istukan suoraan. Näin ollen kun nainen synnyttää humalassa, on vastasyntyneen veren alkoholipitoisuus suunnilleen sama kuin äidillä. Istukkaverenkieron kautta alkoholia kulkeutuu kaikkiin sikiön kudoksiin. Sikiön virtsan mukana sekä keuhkojen ja ihon läpi sitä pääsee myös lapsiveteen, jolloin lapsivettä niellessään, sikiö taas altistuu alkoholille. Lapsivedestä alkoholi poistuu hitaammin kuin äidin ja sikiön verestä, joten ajoittain lapsiveden alkoholipitoisuus on veren pitoisuutta jopa korkeampi. Lopuksi alkoholi palaa istukan kautta äitiin, jonka maksa polttaa sen. Sikiön maksan kyky metaboloida alkoholia on ensimmäisen trimesterin aikana 3-4 % ja vastasyntyneelläkin vain 50 % siitä, mitä aikuisella ihmisellä. (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

Sikiön kardiotokografiassa ( KTG ) on nähtävissä alkoholin vaikutuksen alaisuudesta johtuen sydämen rytmin muutoksia. Myös sikiön liikkeet voivat vähentyä. Äidin ollessa humaltuneena, voidaan KTG-käyrästä nähdä monotoninen vaihe, joka normaalisti kuvastaa sikiön uhkaavaa hapenpuutetta. Jatkuessaan pitkään, tämä tilanne voi aiheuttaa laajuudeltaan vaihtelevanasteisia aivovaurioita tai pahimmillaan jopa sikiön kuoleman. Synnytyssairaalassa tämän kaltainen tilanne edellyttää KTG-käyrän jatkuvaa seuraamista sekä mahdollisesti ennen aikaista synnyttämistä. (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

Sikiön kasvun on todettu hidastuvan jo 8-10 viikottaisen alkoholiannoksen nauttimisesta, joten se ei välttämättä tarkoita äidin olevan alkoholisoitunut. Kuitenkin sikiön kasvu hidastuu sitä enemmän, mitä enemmän se altistuu alkoholille. Mitä suurempi alkoho-

lialtistus, sen vaikeampi on kasvun hidastuma. Sikiön kasvu voi pysähtyä kokonaankin, mikäli äidin alkoholinkäyttö jatkuu hyvin runsaana. Hapenpuutteesta ja kasvun hidastumasta kohdussa kärsineellä sikiöllä saattaa keuhkojen hengitysvalmius olla hyvä jo 32. raskausviikolla. Mikäli pelätään sikiön altistuvan raskauden jatkuessa jatkuvasti suurille määrille alkoholia, voidaan siis tällaisessa tilanteessa harkita ennen aikaista synnyttämistä. Kasvuhäiriö kuitenkin jatkuu synnytyksen jälkeenkin. (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

Äidin alkoholinkäyttö raskauden aikana voi johtaa hyvin monimuotoiseen ja laajuudeltaan vaihtelevan vaikeusasteiseen oireyhtymään, jonka nimikkeistö ja termistö on laaja. Ei olla voitu määritellä tyypillistä FAS-lastaa, eikä spesifiä kuntoutusta. Jokaisessa tapauksessa on huomioitava lapsen yksilöllinen tilanne ja vaurion laatu sekä vaikeusaste. Vuonna 1968 on ensimmäisen kerran kuvattu FAS ( fetal alcohol syndrome ). 1990-luvulla oli jouduttu tilanteeseen, jossa sikiövaurioiden oirekuvan määrittäminen johti yrityksiin luoda uusia kriteereitä oireyhtymän eri muotojen tunnistamiseksi ja kuvaamiseksi. Nykyään käytössä on Strattonin komitean ( Stratton ym. 1996 ) luoma kriteeristö, jonka tarkoituksena on tunnistaa FAS:n lisäksi myös muut, sitä yleisemmät muodot, joita raskauden aikainen alkoholinkäyttö voi aiheuttaa. Niitä ovat osittainen FAS, FAE ( fetal alcohol effects ) sekä ARND ( alcohol related neurodevelopmental disorder ). Mikäli lapsella on alkoholialtistuksen aiheuttama epämuodostuma, tulisi lisäksi käyttää diagnoosia ARBD ( alcohol related birth defect ). Kliinisessä käytössä tätäkään kriteeristöä ei olla pidetty riittävän selkeänä. Kriteeristöstä on julkaistu uusittu versio vuonna 2004 ( Hoyne ym. 2004 ). (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

FAS-lapsen diagnostisiin kriteereihin kuuluu useita kohtia. Saadakseen Fas-diagnoosin lapsella tulee olla sikiöaikainen ja /tai syntymänjälkeinen kasvuviihe ja keskushermoston toimintahäiriö - neurologinen poikkeavuus, kehitysviive tai älyllinen heikkolahjaisuus. Lisäksi oireyhtymän kuvaan kuuluu tyypilliset kasvojenpiirteet. Lapsella on oltava vähintään kaksi seuraavista: pienipäisyys ( mikrokefalia ), pienisilmäisyys ( mikrooftalmia tai lyhyt luomirako ) sekä nenähuulivako puuttuu, ohut ylähuuli ja/tai matala yläleuka. Mikäli lapsi ei täytä näitä kaikkia kriteereitä, mutta hänellä on selkeästi todettavissa fetaalialkoholispektin oireluokkaan kuuluvia oireita, hän saa FAE-lapsen diagnoosin. (Rautavuori 2001, 8-9.)

Syntyvälle lapselle alkoholista aiheutuvien oireyhtymien ilmaantuvuuden arvioiminen on haastavaa. Vuonna 1984 on arvioitu, että maailmanlaajuisesti keskimäärin 1,1:1000 syntyvästä lapsesta olisi FAS-lapsi ( Abel, 1984 ). Myöhemmin esitettiin että länsimaisissa kaikkien alkoholista aiheutuvien sikiövaurioiden ilmaantuvuus olisi jopa 1 tapaus 110:tä syntyvää lasta kohden ( Sampson ym. 1997 ). Näin ollen Suomessa noin 600:lla syntyvällä lapsella vuosittain olisi jokin sikiövaurio raskaudenaikaisen alkoholi-altistuksen seurauksena. On arvioitu, että näistä lapsista noin 70:llä olisi klassinen FAS, 130:llä FAE tai osittainen FAS ja 400:lla ainoastaan keskushermoston toimintahäiriö tai vain varhaisraskaudessa satunnaisen humalahakuisen juomisen aiheuttama epämuodostuma. Stakesin epämuodostumarekisteriin on viimeisten kymmenen vuoden aikana ( 2005 ) ilmoitettu vuosittain 2-11 FAS-lastia. Yleinen arvio on, että ainoastaan noin 10 % tapauksista ilmoitetaan rekisteriin. Tämä kertoo siitä, kuinka vaikeaa oireyhtymän kliininen tunnistaminen on. Lisäksi ilmiöön liittyy monimutkaisia psykososiaalisia tekijöitä, mitä tulee diagnoosin tekemiseen ja siitä ilmoittamiseen. (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005, 54-60.)

### 3.3.3 Huumeidenkäytön vaikutus sikiöön

Huumeiden käytön vaikutuksista sikiöön ei ole vielä riittävästi tietoa. Tiedetään kuitenkin, että äidin käyttämät huumeet kulkeutuvat sikiöön ja ovat vaaraksi kehitykselle. Vastasyntyneelle saattaa kehittyä vieroitusoireita, jos äidin huumeidenkäyttö on ollut runsasta, ja se on jatkunut synnytykseen asti. Tyypillisiä oireita ovat yleinen tuskaisuus ja levottomuus, alipaino, pienipäisyys ja eriasteiset vammat. Synnytyksen yhteydessä, tai jo odotusaikana, sikiöön voivat tarttua äidin sairastamat HIV-virus tai maksatulehdukset (hepatiitti B tai C). Jos kyseessä on sekakäyttö, vahingolliset vaikutukset sikiöön todennäköisesti moninkertaistuvat. (Holmberg 2003, 25.)

Raskauden aikainen opiaattien käyttö on uhka sikiön kehitykselle, ja äidin ja sikiön hengelle. Tutkimusten mukaan mm. virtsatiet ja aivot eivät kehity normaalisti, myös sydänvikoja esiintyy. Istukan ennenaikaisen irtoamisen riski on kymmenkertainen ja raskauden aikaiset verenvuodot ovat yleisempiä. Lapsivesi voi mennä ennen aikojaan ja samoin synnytys voi alkaa odotettua aiemmin. Opiaattienkäyttäjän synnytys päättyy

useammin keisarinleikkaukseen sikiön hapenpuutteen vuoksi. Vastasyntynyt kärsii vieroitusoireista, joiden ansiosta saatetaan joutua antamaan sikiölle morfiinia oireiden lievittämiseen. Imetystä ei suositella, koska opiaatit erittyvät äidinmaitoon. (Salaspuro ym. 2003, 528-529.)

Kannabis sativa kasvista eristetty THC läpäisee istukan, ja sen läpäisevyys tehostuu kun raskaus etenee. Epämuodostumien synty sikiölle tai keskenmenoriski ei ole suurentunut raskaana olevilla käyttäjillä. TCH supistaa napanuoran verenvirtausta ja heikentää näin sikiön ravinnonsaantia. TCH erittyy äidinmaitoon, mutta satunnaista käyttöä ei kuitenkaan pidetä esteenä imetykselle. (Salaspuro ym. 2003, 526.)

Äidin raskaudenaikaisen amfetamiinin käytön määrästä riippuen, on sikiöillä havaittu sydänvikoja, pienipäisyyttä ja henkistä jälkeenjääneisyyttä. Laskimon kautta käytetty amfetamiini pääsee nopeammin myös sikiöön, joten sen seuraukset vakavampia. Sikiöstä tulee helposti aliravittu, koska amfetamiinin käyttö vähentää äidin ruokahalua ja napanuoran verenvirtaus on heikentynyt. Lapsivesi voi mennä normaalia aikaisemmin ja vieroitusoireet ovat yleisiä vastasyntyneillä. Amfetamiini erittyy äidinmaitoon ja näin ollen imetystä ei suositella. Kokaiinin käyttö lisää sikiön pienipäisyyttä ja on riski kasvun kehittymiselle. Riski ennenaikaisesta istukan irtoamisesta on kolminkertainen normaaliin verrattuna. Vastasyntyneellä voi olla kokaiinin aiheuttamia kouristuksia sekä sydämen rytmihäiriöitä ja –pysähdyksiä. Hallusinogeenien, erityisesti ekstaasin ja LSD:n vaikutuksia raskauteen on tutkittu hyvin vähän. (Salaspuro ym. 2003, 526-527.)

Vastasyntyneitä, joiden äiti on käyttänyt amfetamiinia ja opiaatteja, on tehostetusti tarkkailtava synnytyssairaalassa vähintään viikon ajan mahdollisten vieroitusoireiden vuoksi. Samoin toimitaan, jos lapsi on altistunut suurille määrille THC:tä. Pidempiaikaisempikin sairaalahoito on usein tarpeen, jos lapsi oireilee paljon ja on huonokuntoinen. Vanhempien huumeidenkäyttö on aina suuri riskitekijä lapsen turvallisuudelle ja hyvälle hoidolle. Näin ollen synnytyssairaalan tehtävä on aina tehdä ilmoitus lastensuojeluviranomaisille lastensuojelulain mukaisesti. Tarvittaessa järjestetään lapsen pysyvä tai tilapäinen huostaanotto, jos huumeidenkäyttö on jatkunut vuosikausia. Lapsi luovutetaan takaisin vasta, kun vieroittautumisesta on tarpeeksi todisteita. (Salaspuro ym. 2003, 530.)



### 3.4 Päihteidenkäyttäjän synnytys

Synnytys hoidetaan pääasiassa samalla tavalla oli kyseessä päihteidenkäyttäjä tai ei. Päihdetaustaa ei välttämättä edes huomaa, jokainen synnyttävä on joka tapauksessa yksilö ja käyttäytyy omalla tavallaan. Turvallinen ilmapiiri on tärkeä osa synnytystä. Mikäli synnyttävä tai hänen tukihenkilönsä käyttäytyy uhkaavan oloisesti, haetaan paikallisää henkilökuntaa, ja tarvittaessa myös vartijat. Kätilön tulee kohdella kaikkia synnyttäviä tasa-arvoisesti, omat asenteet eivät saa näkyä. Kunnioitus ja hienotunteisuus on tarpeen, ja tilanteen mukaan tulee olla myös tiukka. (Keski-Kohtamäki 2007, 356.)

Kätilön työhön kuuluu hyvin erilaisten naisten ja perheiden hoitaminen, päihdeongelmaiset ovat yksi erityisryhmä. Työssä on hyvä tiedostaa omat tunteensa ja asenteensa, sekä tunnustaa rajallisuutensa. Kaikki tarinat eivät pääty hyvin, vaikka kuinka toivoisi. Omasta jaksamisesta täytyy pitää huolta. Työtään ja tunteitaan on hyvä käydä läpi potilastilanteiden jälkeen. Tämä saa aikaan hallinnan tunteen ja auttaa jaksamisessa. (Keski-Kohtamäki 2007, 358.)

Päihderiippuvaisen synnytyksessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin:

- Mahdolliset infektioaudit ja tarvittaessa verieristys sairaalan ohjeiden mukaisesti
- Sikiön erityinen tarkkailu lääkkeiden tai päihteiden altistuksen vuoksi, KTG ja syke
- Vastasyntyneen erityinen tarkkailu suoran lääke- tai päihdevaikutuksen vuoksi
- Vastasyntyneen vieroitusoireiden kehittyvät yleensä muutaman päivän sisällä synnytyksestä
- Psyykkisen puolen ja synnytyspelon huomiointi (Keski-Kohtamäki 2007, 357.)

Päihdeperheen hoidossa tulee erityisesti kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin:

- Maidonestolääkitys, mikäli äiti käyttää päihteitä
- Imetysohjaus, tai pulloruokinnan ohjaus
- Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen
- Lapsenhoidon ohjaus

- Hoidosta ja jatkohoidosta keskustelu, mikäli lapsi on valvontaosastolla
- Vanhempien havainnointi; ovatko he kiinnostuneita lapsestaan, pystyvätkö he vastamaan lapsen tarpeisiin ja ovatko he selvinpään
- Huumeseulan otto, äidiltä virtsasta ja lapselta virtsasta tai mekoniumista
- Äidin mielialan huomiointi, tarvittaessa yhteys psykiatriin
- Jatkoehkäisystä huolehtiminen ja jälkitarkastusajan anto
- Tarvittaessa lastensuojelupalaveri
- Kotihoito-ohjeiden antaminen (Keski-Kohtamäki 2007, 358.)

## 4 PÄIHDEÄIDIN HOITOTYÖ

### 4.1 Vieroitushoito

Päihderiippuvaisen hoitoon hakeutuminen on usein pitkällisen kypsyttelyn vaatima prosessi. Voidakseen käyttää hyväksi yhteiskunnan tarjoamia palveluita ongelmakäyttäjä tarvitsee muutosmotivaatiota, heräämistä ja tukea. Vieroitushoidossa annetaan apua akuutteihin ongelmiin, kuten somaattisiin akuutteihin sairauksiin tai psykoosi- tai vieroitusoireisiin. Asianmukaisesti hoidettu vieroitus luo pohjaa pidempikestoiselle kuntouttavalle hoidolle ja pysyväälle muutokselle päihderiippuvaisen elämässä. Ennen kuin käyttäjä lopullisesti kykenee luopumaan päihteestä, hän saattaa tarvita useita vieroituskertoja. Myös mahdolliset epäonnistuneet tai kesken jääneet vieroituskokemukset antavat henkilölle kasvattavan kokemuksen matkalla kohti päihteettömyyttä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 166-167.)

Vieroitushoidon pohjana on asiakkaalle laadittava hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma perustuu käyttäjän ja hänen omaistensa haastatteluun ja ongelman vaikeusasteen huolelliseen selvittelyyn. Oleellista on selvittää, millaista asiakkaan päihteidenkäyttö on ollut viimeisen neljän viikon aikana, näin pystytään arvioimaan mahdollisia vieroitusoireita ja lääkkeellisen hoidon tarvetta vieroituksen tueksi. Vieroitushoito voi tapahtua hyvin vaihtelevasti, aina avohoidossa tapahtuvasta lääkkeettömästä hoidosta sairaalassa toteutettavaan lääkkeelliseen vieroitukseen. Toisinaan vieroitushoito tulee eteen henkilön jouduttua esimerkiksi äkillisesti sairaalaan somaattisen ongelman vuoksi ja hänen on terveydentilansa takia pysyttävä siellä hoidossa. Useissa sairaaloissa onkin laadittu ohjeet päihdeongelmaisten kivunhoidosta, vieroitusoireiden hoidosta ja opioidilääkkeiden käytöstä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 167.)

Alkoholiriippuvaisen vieroitustila voi vaihdella huomattavasti. Lievimässä muodossaan se tarkoittaa alkoholin käyttöön liittyviä krapulaoireita, kuten pahoinvointia, oksentelua, päänsärkyä ja mahdollisesti käsien tärinää. Tällainen lievä vieroitustila paranee itsestään levolla 2-3 päivässä. Mahdolliset muut oireet, kuten levottomuus, hermostuneisuus ja unettomuus lientyvät muutaman päivän kuluessa ja jäävät pois kokonaan muutaman raittiin viikon jälkeen. Tällaisessa tilanteessa ei ole tarkoituksenmukaista

käyttää lääkettä. Sen sijaan vakava vieroitusoire hoidetaan A-klinikalla, terveysasemalla tai sairaalassa. Laitosvieroituksessa olevapotilas saa lähes aina lääkkeellistä hoitoa, jolloin ympärivuorokautista seuranta tarvitaan. Vieroitusoireiden olevan potilaan sydämen rytmihäiriöiden riski ja aivoverenkierron häiriöiden riskit ovat kohonneet, siksi fyysinen rasitus on kiellettyä. Aivovaurioita koetetaan ehkäistä B1-vitamiinipistoksilla. Tarvittaessa annetaan vatsa- ja verenpainelääkkeitä. (Dahl & Hirschovits, 1997, 123; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 168-169.)

Alkoholin ja lääkkeiden runsas sekakäyttö näkyy fyysisten vieroitusoireiden lisääntymisenä. Vieroitusoireet ovat myös vaikeusasteeltaan vakavampia. Usein sekakäyttäjän vieroitusoireet ovat jopa hengenvaarallisia ja vaatii seuranta ja lääkitystä. Potilas saattaa saada kouristuksia ja hänellä voi esiintyä voimakasta sekavuutta, joiden takia ympärivuorokautinen seuranta on tarpeen. Sekakäyttäjän vieroitusoireet ovat usein arvaamattomia, vaihtelevia ja hankalia, koska ne voivat tulla eri aineista eri aikoina, sekoittua toisiinsa ja niiden kesto voi pitkittyä. Alkoholista ja huumeista johtuvat vieroitusoireet tulevat näkyviin ensimmäisinä, lääkkeiden oireet sen sijaan vasta niiden jälkeen. Sekakäyttäjän vieroitusoireet toteutetaan käytännössä laitoshoidona, joka yleensä kestää noin 2-3 viikkoa. Sen jälkeen pitkäkestoinen psykososiaalinen kuntoutus on tarpeen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 159; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 169.)

Huumausaineista vieroittautuessa tarvitaan tiettyjä ilmiön erityispiirteiden tuntemista sen lisäksi, että vieroitustyössä käytetään samoja hoitotyön periaatteita ja menetelmiä kuin alkoholi- ja lääkevieroituksessakin. Näiden erityispiirteiden syitä ovat huumausaineiden erilaiset vaikutukset, huumeidenkäyttäjien alakulttuurin vieraus, alakulttuurin voimakas vaikutus sosiaalisen riippuvuuden ylläpitäjänä, hoitohenkilökunnan asenteet huumeiden käyttäjiä kohtaan ja huumeiden käyttäjien omat asenteet yhteiskuntaa edustavaa hoitojärjestelmää kohtaan. Huumeista vieroittavalle itse vieroittautumista haastavampaa on siihen motivoituminen ja saavutetun raittiuden ylläpitäminen. Muutosprosessiin usein kuuluu retkahtamisia ja yleensä tarvitaan useita vieroitusoirehoitojaksoja ja kuntoutushoitoja ennen muutoksen vakiintumista. Huumeidenkäyttäjät erityisesti ovat erittäin voimakkaasti kiinnittyneitä käyttäjäkavereihinsa ja tuhoisaan elämäntapaan, joista irrottautuminen on vaikeaa. Usein käyttäjäpiiri ei hyväksy jäsenen irrottautumista ryhmästä ja yrittää mahdollisesti estää sen uhkailulla ja kiristyksellä. (Inkinen ym. 2006, 155-156.)

Eri huumausaineet aiheuttavat erityyppisiä fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. Toisin kuin alkoholin ja lääkkeiden aiheuttamat vieroitusoireet, jotka voivat olla potilaalle hengenvaarallisia, huumeiden vieroitusoireet yleensä eivät ole. Hoitamattomina ne tosin tuntuvat potilaasta hyvin vaikeilta. Kannabiksen ja amfetamiinin aiheuttamat vieroitusoireet ovat enimmäkseen psyykkisiä. Myöskään opiaattien käyttöön liittyvät fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet eivät yleensä ole potilaille hengenvaarallisia, vaikka ne koetaan hyvin tuskallisina ja vaarallisina. (Inkinen ym. 2006, 156.)

#### 4.2 Korvaushoito

Tilanteissa, joissa päihteenkäyttäjän ongelmakäyttö on kestänyt pitkään ja riippuvuus on kehittynyt vaikeaksi, ei aina ole mahdollista saavuttaa päihteetöntä elintapaa ilman tukena käytettävää lääkitystä tai korvaavaa lääkehoitoa. Opioidien käyttäjien korvaus- ja ylläpitohoidot ovat Suomessa vielä melko uusia ja ne kehittyvät jatkuvasti. Tänä päivänä on olemassa Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002, jossa määritellään opioidiriippuvaisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoito eräillä lääkkeillä. Näitä lääkkeitä ovat metadoni ja buprenorfiini. Maailmalla näiden aineiden käyttö korvaushoitona omaa pidemmän historian ja eniten kokemuksia on niiden käytöstä heroiiniriippuvaisen hoidossa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 178-179.)

Korvaushoidon tarkoituksena on pyrkiä päihteettömyyteen ja hoidon kestolle ei ole asetettu takarajaa. Hoito on kuntouttavaa ja sen tukena käytetään metadonia tai buprenorfiinia. Korvaushoidon aloittamisen kriteerinä on se, että aikaisemmalla joko lääkkeettömällä tai lääkkeellisellä vieroitushoidolla ei olla päästy päihteettömyyteen. Korvaushoito tavoittelee pysyvää, laajaa elämänmuutosta hoidettavan elämässä. Siihen kuuluu muun muassa suonensisäisten käytön lopettaminen, rikollisuudesta irtautuminen, infektiotautien leviämisen estäminen sekä uusien ihmissuhteiden ja muiden sosiaalisten suhteiden rakentaminen. Hoidon myöhemmässä vaiheessa siihen liitetään erilaisia kuntoutustoimenpiteitä, kuten koulutus-, kurssi- tai työsuunnitelman tekoa. Hoitoon kuuluu lääkityksen lisäksi keskustelut omatyöntekijän kanssa, lääkäritapaamiset, ryhmämuotoinen toiminta sekä usein myös erilaiset hoitopaikasta ulospäin suuntautuvat toiminnot, esimerkiksi kuntosaliryhmät tai retket.

Hoitoon liittyy myös erilaisia kontrollitoimenpiteitä, kuten säännölliset huumeeseulat ja pistospaikkojen tarkistukset. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179-180.)

Korvaushoidossa käytettäviä lääkkeitä ei voida määrätä apteekista toimitettavaksi, vaan ne annostellaan aina valvotusti hoitopaikasta. Hoidon edetessä myönteisesti ja potilaan ollessa hoitomyönteinen, voidaan hänelle myöntää asetuksen mukaisesti niin sanotut kotilääkeoikeudet. Tällöin hän saa enintään kahdeksan vuorokauden ajaksi mukaansa lääkkeet itseannosteltavaksi. Korvaavat lääkkeet poistavat potilaalta vieroitusoireet ilman päihdyttävää vaikutusta ja vähentävät aineen himoa. Näin ne toimivat tehokkaasti hoitoon sitovina ja ovat turvallisia käyttää. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

#### 4.2.1 Raskaana olevan korvaushoito

Koska tiedetään varsin todistettavasti, että raskaudenaikainen päihteidenkäyttö vaarantaa sikiön terveyden, on käytännöksi muodostunut, että raskaana oleva opiaattiriippuvainen nainen pääsee ylläpitohoitoon nopeasti tai heti. Käytettävistä lääkkeistä metadonista on melko paljon tietoa raskaana olevien korvaushoitolääkkeenä, mutta myös buprenorfiinia on alettu käyttämään. Buprenorfiinia käytettäessä suositellaan Subutex-valmistetta, sillä siitä on olemassa laajempia seuranta- ja tutkimustietoja raskaudenaikaisessa käytössä. Korvaushoidon aloittamisella myös saadaan muuten vähän palveluja käyttävä potilasryhmä äitiyshuollon palveluiden piiriin. (Strengell, Vahtola, Tammela & Seppä 2005, 392-399; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 180.)

Raskaudenaikaisessa korvaushoidossa käytettävä metadoni aiheuttaa vastasyntyneelle voimakkaita vieroitusoireita. Sen suhteen buprenorfiini on parempi vaihtoehto. Vaikka buprenorfiini vaikuttaisi olevan melko turvallinen käytettäväksi raskauden aikana, ei siitä ole olemassa täysin luotettavaa tietoa tutkimusten vähäisyyden ja tulosten ristiriitaisuuden vuoksi. Raskaudenaikaisen korvaushoidon seurannan tulisi olla keskittyntä opioidihoitoon erikoistuneessa yksikössä, jossa moniammatillinen työryhmä voisi kerätä perustutkimustietoa tästä aihepiiristä. (Strengell ym. 2005, 392-399.)

### 4.3 Vastasyntyneen vieroitushoito

Vastasyntyneen huumevieroitusta vaativan vauvan hoito on monien eri ammatillisten tahojen yhteistyötä vaativa prosessi. Itse huumeriippuvuudesta vieroittaminen on mahdollista toteuttaa jo sairaalassa. Synnytyssairaalassa tulisi olla eri erikoisalojen ammatillaisia moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiseksi. Tarvitaan neonatologisen ja obstetrisen osaamisen lisäksi myös sosiaalityön, päihdelääketieteen, psykiatrian ja lastenpsykiatrian osaamista. Synnytyksen jälkeisestä jatkohoidosta tehdään suunnitelma ja äitiä tuetaan päiheteettömyyteen. Äidin ja vauvan hyvinvointia seurataan erityisellä tarkkuudella. Äidin suonensisäisten huumeiden käyttöön liittyvä infektioriski on otettava huomioon ja vauvan infektioriski minimoitava. Myös jatkossa infektiohistoria on seurattava huolellisesti. (Huumeongelman hoito 2006.)

Jos synnytyksen jälkeen on olemassa epäily tai tieto äidin huumeaineiden käytöstä, mahdollistuu vauvan vieroitusoireiden asianmukainen tarkkailu ja hoito. Myös diagnostisten näytteiden ottaminen tapahtuu tällöin ajoissa. Syntymän jälkeen vauvan huumealtistuksesta on mahdollista saada tietoa anamneesista, vauvan virtsan tai mekoniumin huumeanalyyseistä tai äidin hiuksista tehdyn analyysin perusteella. Vauvan virtsasta tehty testiä pidempiaikaisempia tietoja saadaan mekoniumista, johon kertyy jo 12. raskausviikolta lähtien lääkke- ja huumeaineita. Poikkeuksena tästä ovat kannaboidit, joiden pitoisuus mekoniumissa ei useinkaan ole riittävä. Huumeanalyysejä varten mekoniumia voidaan kerätä 2-3 ensimmäisen elinpäivän aikana. Äidin hiuksista tehtävän analyysin heikkoutena on testimuodon kallis hinta sekä vaikea toteutus ja usein saatavat väärät positiiviset vastaukset. (Huumeongelman hoito 2006.)

Vastasyntyneet, jotka ovat altistuneet raskauden aikana opiaateille ja stimulantteille, voivat mahdollisesti saada lääkkeellistä hoitoa vaativia vieroitusoireita syntymänsä jälkeen. Samalla on kuitenkin muistettava, että melkein aina kovien huumeaineiden käyttäjät ovat sekakäyttäjiä. On siis hyvin todennäköistä, että sikiö on kohdussa altistunut myös alkoholille, tupakalle ja bentsodiatsepeineille. Vastasyntynyt saa äitinsä tavoin vieroitusoireita, jotka voivat pahimmassa tapauksessa johtaa kuolemaan. Opiaattiriippuvaisen äidin, joka saa raskautensa aikana korvaushoitoa, lapselle ei tule syntymän jälkeen vieroitusoireita eikä sikiökuolleisuutta esiinny. Vastasyntyneen vieroitusoireiden tarkkailemiseen on olemassa monia erilaisia testejä. Lomakkeissa esimerkiksi arvi-

oidaan neljän tunnin syöttövälin aikana ilmenevät oireet ja ne pisteytetään. Kokonaispistemäärästä ilmenee täyttyvätkö lääkehoidon aloittamisen kriteerit ja lääkemäärät voidaan titrata oikean kokoisiksi pistemäärän mukaan. (Huumeongelman hoito 2006.)

Huumeaineille altistuneen vastasyntyneen vieroitusoireet ovat samankaltaisia, kuin aikuisellakin. Vieroitusoireet johtuvat eri elinjärjestelmien reaktioista. Yleisimpiä oireita ovat täristely, jäykkyys, häiriintynyt uni ja yliarthyvyys. Vauva on usein erityisen itkuisen ja itku on laadultaan kimeää. Vauva on levoton, joka voi ilmetä esimerkiksi siten, että se hieroo nenänpäänsä ja polvensa ihon rikki lakanaa vasten. Toisinaan saattaa ilmetä kouristuksia 1-2 viikon iässä. Tyypillisiä ovat syömisongelmat, jotka ilmenevät yökkimisellä ja oksentelulla. Suolen toiminta on vilkastunutta, ulosteet ovat laadultaan löysiä ja jopa vetisiä. Joskus vauva haukottelee tai aivastelee hyvin tiheästi, mikä voi olla vieroitusoireen muoto. Lapsi saattaa kirjavoitua, iho hikoilee ja hengitys tihentyy. Vauva voi myös lämpöillä. Joskus ilmenee myös apneaa. (Huumeongelman hoito 2006.)

Lieviä oireita on hoidettava ilman lääkkeitä. Lääkkeellinen hoito pidentää sairaalassaoloaikaa, mahdollistaa ei-toivotut sivuvaikutukset ja pitkittää lääkkeellistä altistusta, josta kuitenkin ensisijaisesti pyritään eroon. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu vauvan ympäristön rauhoittaminen kirkkailta valoilta ja melulta, tutin käyttö ja vauvan kapaointi. Vilkastuneen vatsantoiminnan vuoksi vaipanvaihtovälejä tulisi tihennyttää. Makuualustaa voidaan erityisesti pehmustaa hankaumien ehkäisemiseksi. Mikäli syömiseen liittyvät ongelmat niin vaativat, suonensisäinen ravitseminen- ja nestehoito tulee kysymykseen. Syömisestä kertavolyymien pienentämiseksi syöttövälejä voidaan pienentää jotta välttyttäisiin oksentamiselta. Vieroitusoireisen vauvan energiantarvekin voi olla normaalia suurempi lisääntyneen itkuisuuden ja levottomuuden takia. (Huumeongelman hoito 2006.)

Aina pelkkä oireenmukainen hoito ei kuitenkaan riitä. Lääkkeellinen hoito tulee joissain tapauksissa kysymykseen, kun seurantalomakkeen pisteytys niin määrittelee. Lääkkeellisessä vieroitushoidossa vauvalle annetaan syöttövälien mukaisesti saman lääkeriikkeen lääkettä, josta vieroitusoireetkin aiheutuvat. Tällöin opiaateista vieroitusta hoidetaan pienellä opiaattiannostuksella, käytännöllinen ratkaisu sen toteuttamiseen on suun kautta annettava morfiinimikstuura. Annos määräytyy vieroitusoireiden



pisteytyksen mukaisesti. Kun oireet tulevat hallintaan, lääkemannosta lasketaan. Se tahtuu annosta pienentämällä, ei lääkkeenantoväliä pidentämällä. Samalla jatkuvasti tarkkaillaan ilmeneviä oireita ja tarvittaessa taas nostetaan lääkemannosta. Hoidon päättymisen jälkeen on tarkkailua jatkettava vähintään kolmen päivän ajan. Vauva, jonka äiti on käyttänyt stimulantteja raskauden aikana, kärsii syntymänsä jälkeen stimulantti-vaikutuksen jatkumisesta. Tästä aiheutuvat oireet ovat samankaltaisia kuin opiaateista aiheutuvat, mutta usein ne ovat lievempiä ja lääkkeellisen hoidon tarve on harvinaisempaa. Mikäli päädytään lääkkeelliseen hoitoon, käytetään epäspesifisiä rauhoittavia lääkkeitä kuten fenobarbitaalia. (Huumeongelman hoito 2006.)

Huumeaineiden käyttöön liittyy perheessä varsin laajoja ja pitkälle ulottuvia sosiaalisia ja psykiatrisia vaikutuksia. Aiheutuu ongelmia, jotka vaikuttavat lapsen kognitiiviseen kehitykseen ja käyttäytymiseen. Pitkäaikaisvaikutusten tutkimiseen vaikeutta tuo se, että huumeita käyttävät ovat yleensä sekakäyttäjiä, joten sikiöaikana yksittäiselle huumeaineelle altistumisen vaikutuksia myöhemmin on haastavaa eritellä. Vakioitu tutkimus on kuitenkin tuonut hiljalleen myös tietoa erillisten huumeaineiden pitkäaikaisista vaikutuksista. (Huumeongelman hoito 2006.)

Kokaiinialtistuksen on todettu aiheuttavan annosriippuvaisesti lapsen kielellisen kehityksen haittaa ja vaikeutta selvitä kognitiivisista testeistä 2 vuoden iässä. Amfetamiinista ei ole saatavilla yhtä paljoa tutkimustietoa, mutta sen farmakologiset ominaisuudet ovat lähellä kokaiinia. Myös kasvuympäristöllä on merkittävä osuus pitkäaikaisennusteeseen. Kognitiivisissa testeissä raskauden aikana heroiinille altistuneet lapset pärjäsivät paremmin, jos olivat asuneet sijoitusperheissä, kuin biologisten vanhempiensa luokse jääneet lapset. Sikiöaikaisen huumeainealtistuksen on osoitettu vaikuttavan lapsen kehitykseen, mutta hyvä kasvuympäristö voi pelastaa paljon. Se voi kompensoida huumealtistuksen aiheuttaman biologisen riskin älyllisen, kielellisen ja sosiaalisen kehityksen alueilla. Siksi riittävän hyvän ja turvallisen hoitoympäristön takaaminen kotiutuvalle vauvalle onkin kaikkein tärkeintä. (Huumeongelman hoito 2006.)

#### 4.4 Päihteitä käyttävän kohtaaminen

Kohdatessa päihteitä käyttävä, pyritään olemaan mahdollisimman myönteisiä, hyväksyviä ja myötäeläviä. Samanaikaisesti tulisi pystyä pitämään toista vertaisenaan ja toisaalta pitää tietty etäisyys ja ammatillisuus. Tämä edellyttää, että hoitaja tunnistaa omat tunnetilansa eikä sekoita niitä päihdeongelmaisen tunne reaktioihin. Kohtaamisen pohjana on vankka tietopohja päihdeidenkäytöstä, siten on helpompi puhua asioista suoraan puheisesti ja avoimin mielin. (Inkinen ym. 2003, 130-131.)

Usein esille tulevia, kohtaamista kuvaavia sanoja ovat: luottamuksellisuus, neutraalius, rytmisyys ja kärsivällisyys, nöyryys, rehellisyys ja rohkeus sekä toivo ja voimavarakeskeisyys. Omia mielipiteitä ei tuoda julki, pyritään vastaanottavuuteen ja ymmärrykseen. Rytmisyys tarkoittaa sitä, että ollaan selvillä päihdeidenkäyttäjän elämän rytmistä ja toisaalta kiinnitetään huomiota omaan rytmisyyteen; miten käyttäytyään ja toimitaan, pidetään etäisyyttä tai läheisyyttä, äänenkäyttöön ja hiljaisuuteen. Hyvin kuvaava sana pari päihteitä käyttävää kohdatessa on *tough love*. Sillä tarkoitetaan sitä, että on samanaikaisesti luja, mutta reilu. Rehellinen, suora, ja saman aikaisesti lempeä palautteen antaminen päihteitä käyttävälle, kertoo siitä, että hänestä välitetään. Palautetta antamalla autetaan päihdeidenkäyttäjää kohtaamaan tilanteensa ja edistetään yhteistyötä. (Inkinen ym. 2003, 130-135.)

Ensiarvoista kohtaamisesta on aitous ja rehellinen läsnäolo. Päihdeidenkäyttäjältä ei kuitenkaan tarvitse vaatia täydellistä rehellisyyttä. Joskus hoitosuhteen kannalta on parempi, ettei kiinnitä liikaa huomiota ns. valkoisiin valheisiin. Niitä kerrotaan, koska halutaan suojautua. Se voi tarkoittaa muutoksen mahdollisuutta tai luonnollista vastarintaa muutosta kohtaan. (Inkinen ym. 2003, 133-134.)

##### 4.4.1 Erityispiirteitä päihdeäidin kohtaamisessa

Tärkeintä päihteitä käyttävän äidin ja naisen kohtaamisessa on osoittaa ymmärtävyyttä, olla lämmin ja kuunnella oikeasti, mitä hänellä on sanottavana. Hänet tulee kohdata omana persoonanaan, ei puolisonsa tai lastensa kautta. Hoitoalan ammattilaisen

tulee antaa riittävästi tietoa, jotta päihteitä käyttävä voi tehdä terveyteensä liittyviä päätöksiä. Päihteitä käyttävää naista tulee kohdella positiivisella tavalla, toivoa antaen ja yksilöllisesti. Näin pystytään vaikuttamaan naisen omanarvontuntoon ja myös elämänlaatuun. Hoidon erityispiirteinä ovat pitkäkestoiset hoitosuhteet, yksilölliset hoidon suunnitelmat sekä lastensuojelulliset asiat ja tukitoimet. Hyviä tuloksia on saatu myös perustamalla keskusteluryhmiä, joissa naiset voivat keskustella kokemuksistaan. Tulee myös muistaa, että hoitosuhteessa on vaikutusta myös sillä, että nainen kohtaa naisen. Parhaimmillaan päihteitä käyttävä nainen oppii paremmin ymmärtämään itseään naisena, minäkuvaansa ja elämäänsä. Toisaalta on myös mahdollista, että päihteitä käyttävä nainen kokee epäonnistumisen tunteita ja vertaa itseään hoitajaan. Silloin yhteistyösuhteen muodostuminen järkkyy. (Inkinen ym. 2003, 174.)

Päihdeäidin kohtaamisessa tulee muistaa, ettei syyllistä häntä liikaa. Päihdeäidin itsetuntoa heikentää ajatus siitä, ettei kykene asettamaan lastaan päihteiden edelle. Hän tuntee häpeää ja riittämättömyyttä. Parhaiten pystyy auttamaan antamalla rohkaisua, toivoa, kannustusta ja asiallista ohjeistusta. Raskausaikana tulevaa vauvaa voi käyttää motivaationa päihdeettömyyteen, myös myöhemmin lapsi on hyvä motivaation antaja. Suurin osa haluaa kuitenkin tarjota lapselleen parasta mahdollista hoitoa ja osoittaa välittämistä. Jos päihdeongelma on riittävän pitkälle edennyt tai se kielletään täysin, on hoitajan vaikeampaa saada kontaktia äitiin ja auttaa häntä. Suurimpia syitä siihen, ettei äiti hakeudu hoitoon, on pelko leimautumisesta, huono tietämys hoitovaihtoehdoista sekä pelko lastensuojelun puuttumisesta tilanteeseen. (Inkinen ym. 2003, 176-177.)

#### 4.5 Moniammatillisuus päihdeongelman ratkaisussa

Moniammatillinen yhteistyö on käsitteenä melko epämääräinen ja sitä käytetään monenlaisissa yhteyksissä. Pohjimmiltaan kyse on yhteistyöstä, jota tehdään niin isomman kaavan strategisissa suunnitteluissa kuin yksilön ongelmien ratkaisussa. Sana yhteistyö merkitsee sitä, että joukolla ihmisiä on yhteinen tehtävä suoritettavana, ongelma ratkotavana tai he yrittävät etsiä uusia ideoita. Kysymys onkin siitä miten koota yhteen kaikki tieto ja osaaminen mahdollisimman tehokkaasti. Tähän ratkaisuna tulee juuri moniammatillisuus ja monitieteisyys. Keskeistä moniammatilliselle yhteistyölle on asiakaskeskeisyys, tiedon ja eri näkökulmien yhdistely, vuorovaikutus sekä verkostojen

huomioon ottaminen. Asiakas pyritään ottamaan huomioon mahdollisimman kokonaisvaltaisesti yhdistelemällä häneen liittyviä verkostoja eli suhteita. Verkostot ovat yhdistelmä tietystä joukosta ihmisiä, organisaatioita, kohteita ja tapahtumia. Verkostotyö taas tarkoittaa koko asiakkaan sosiaalisen verkoston mukaan ottamista kaikissa tilanteissa. (Isoherranen, 2005, 14-16).

Samana pöydän ympärille voidaan kerätä päihdeongelmaisen lisäksi esimerkiksi psykiatri, sosiaalityöntekijä, hoitotyön asiantuntija, neuvolan terveydenhoitaja, kätilö ja päihdeongelmaisen läheinen. Erilaisia kokoonpanoja esiintyy riippuen tilanteesta ja hoitoyksiköstä. Joissakin yhteistyömalleissa asiakkaan tapaa vain yksi tai kaksi tiimin jäsentä, jotka sitten kertovat muille tiimin jäsenille tapaamisen kulusta. Vaihtuvat toimintaympäristötkin voivat mahdollistaa erilaisia tiedonkeräämismenetelmiä ja muodostaa yhteisiä kokonaistavoitteita. Kokoamalla yhteen eri alojen ihmisiä taataan, että eri alueiden lääketieteelliset, sosiaaliset, hoidolliset sekä moraaliset näkökulmat tulevat huomioiduiksi. Tämän jälkeen voidaan koota yhteinen käsitys kokonaistilanteesta. Aina ei kuitenkaan saada aikaiseksi yhteisymmärrystä ja nähdään vain tietty näkökulma kokonaisuuden hahmottamisen sijasta. Moniammatillisuus on hyvin ristiriitaista. Toisaalta pitäisi kyetä selvittämään omaa asiantuntijuuttaan muille, ja toisaalta taas pystyä edesauttamaan ryhmän yhteistä osaamista. On ensiarvoisen tärkeää arvostaa omaa tietoaan omasta alasta, jotta pystyy jakamaan sitä ryhmässä. (Isoherranen, 2005, 17-19).

Ongelmista tulee yhä monimutkaisempia ja tarvitaan yhä enemmän asiansa osaavia ammattilaisia. Tiedon määrä lisääntyy, ja sitä täytyy pystyä kokoamaan ja käsittelemään sopuisassa yhteistyössä. Vuorovaikutustaidot ja niiden ymmärtäminen ovat merkittävässä roolissa, jotta saadaan kokonaisvaltainen ja asiakaskeskeinen tulos. Voidaksemme seurata asiakkaan palveluprosessia ja kokonaisuuden ymmärtämiseksi tarvitaan verkostoitumista. (Isoherranen, 2005, 31-32). Tiivis yhteistyö eri auttajatahojen, asiakkaan ja hänen läheistensä välillä on lähes välttämätöntä päihdeongelman ratkaisuun. Asiakkaan auttajana on työryhmä, jonka jäsenet antavat käyttöön oman asiantuntijuutensa. Siinä vaiheessa voidaan puhua verkostoyhteistyöstä, kun asiakas ja hänen läheistensä otetaan tasavertaisesti mukaan ongelmanratkaisuun. Jokaisen osallistujan sanalla on yhtäläinen arvo, ja jokainen tuo oman persoonansa ja kokemuksensa pöytään. (Kätilötyö, 2007, 66).

#### 4.6 Pakkohoito

Suomessa päihteenkäyttäjää voidaan määrätä tahdonvastaiseen sairaala- tai laitoshoitoon joko mielenterveyslain, päihdehuoltolain tai lastensuojelulain perusteella. Lainsäädännöllä halutaan turvata päihderiippuvaiselle tai päihteitä väärinkäyttävälle tarvittava hoito silloinkin, kun hän vaarantaa terveytensä päihteiden käytön tai siihen liittyvän mielenterveyden häiriön takia. Pakkohoidon perusteena on oltava päihdepotilaan kyvyttömyys sairautensa tai päihderiippuvuutensa takia tehdä harkittuja ratkaisuja oman tilanteensa kohentamiseksi. (Huttunen 2008.)

Edellytyksenä täysi-ikäisen päihdepotilaan toimittamiseksi pakkohoitoon on oltava joko terveysvaara tai väkivaltaisuus. Terveysvaaran ehdot täyttyvät, jos päihteenkäyttäjä on välittömässä hengenvaarassa, tai saamaisillaan kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion, ellei lopeta päihteenkäyttöä. Jos käyttäjä toimitetaan tahdosta riippumattomaan hoitoon terveysvaaran takia, vaaditaan lääkärinlausunto, jonka voi tehdä kuka tahansa laillistettu lääkäri. Kun pakkohoitopäätöksen perusteena on väkivaltaisuus, on päihteenkäyttäjän omalla väkivaltaisella käytöksellään vaarannettava perheenjäsenensä tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. Päihdehuoltolain mukaisen tahdosta riippumattoman hoitopäätöksen tekeminen on kuitenkin käytännössä monimutkaista, joten erityisesti alaikäisten kohdalla niitä on toteutettu vain vähän. (Huttunen 2008.)

Etenkin viime aikoina Suomessa on käyty julkista keskustelua päihteitä käyttävän raskaana olevan naisen tahdosta riippumattomasta hoidosta. Norjassa on vuonna 1996 tullut voimaan laki, jolla päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen voidaan määrätä pakkohoitoon. Ruotsissa puolestaan pakkohoitoon määräämisen ehdot ovat hyvin moninaiset, mutta joissakin tapauksissa raskaana oleva voidaan määrätä pitkäkestoiseen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Suomessa odottaja voidaan määrätä lyhytkestoiselle tahtonsa vastaiselle hoitajaksolle sillä perusteella, että päihteenkäyttö vaarantaa merkittäväällä tavalla naisen oman terveyden. (Heloma, Pesonen & Yliruka 2006, 26.)

Odottavan äidin tahdonvastaisessa hoidossa voidaan nähdä eettinen ongelma, sekä selkeästi haitat ja hyödyt mitä sen käyttöönnotolla saavutettaisiin. Hoidolla saavutettavia hyötyjä olisivat vastasyntyneen hyvinvointi ja terveys sekä hoidon ansiosta säästetyt

julkiset ja yksityiset kustannukset. Haittapuolena sen sijaan voidaan ajatella, että päihdeongelmaiset eivät enää jatkossa tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin jouduttuaan kerran tahdonvastaiseen hoitoon. Pakkohoidon salliminen voisi heikentää uskoa vapaaehtoiseen hoitoon yhteiskunnassa herättämällä epäluottamusta asiakkaan ja hoitajan välillä. Hoidettavan itsemääräämisoikeus kumoutuisi ja pakkohoito voisi aiheuttaa myös haittaa potilaan hyvinvoinnille. Ihmisoikeuskäsityksen peruseriaatteisiin kuuluu, että henkilön perusoikeuksiin ei pidä puuttua muuta kuin sellaisessa tilanteessa, jossa se on välttämätöntä toisen henkilön perusoikeuksien turvaamiseksi. Suomen laissa päihdeäidin käyttäytymistä sikiötä kohtaan ei tulkita väkivaltaiseksi käytökseksi toista henkilöä kohtaan, koska sikiötä ei määritellä toiseksi henkilöksi. (Heloma ym. 2006, 25.)

## 5 PÄIHDEÄIDIN LÄHEISET

### 5.1 Päihteidenkäyttäjän perhe ja puoliso

Päihdeperhe on perhe, jossa toisen tai molempien vanhempien päihteidenkäytöstä muodostuu fyysistä ja psyykkistä haittaa joko heille itselleen tai heidän lapsilleen. Se mikä lasketaan haitaksi, on yksilöllistä ja/tai perhekohtaista. Päihdeperheeksi ei siis lasketa perhettä, jossa otetaan ruoan kera pari lasillista viiniä, tai jossa istutaan silloin tällöin iltaa tuttavien seurassa. Perheelle voi koitua ongelmia hyvin erilaisesta alkoholinkäytöstä. Toiset perheet kärsivät joka viikonloppu toistuvista humalatioista ja toiset taas esimerkiksi arvaamattomasti alkavista pitkistä juomaputkista. Myös huumeiden ja lääkkeiden käyttö vaikuttaa eri tavalla eri perheissä. Jossain perheessä käytetään satunnaisesti mietoja kannabistuotteita, esim. marihuanaa tai hasista, ja toiset taas eivät pärjää päivääkään ilman kovia huumeita, kuten heroiniä. (Holmberg 2003, 10.)

Yleisesti päihteidenkäyttö voidaan jakaa kolmeen eri tasoon:

1. kokeiluvaihe, jolloin kyse on lähinnä uteliaisuudesta tai ystävien kehotuksista
2. vapaa-ajanviettovaihe, jolloin haetaan mielihyvää ja
3. ongelmavaihe, jolloin henkilö ei enää selviä ilman päihdettä, kontrolloimaton halu käyttää lisää. (Holmberg 2003, 10-11.)

Käytön ollessa ongelmavaiheessa, liittyy siihen laaja-alaisia ongelmia. Päihdeongelmainen voi huonosti sekä fyysisesti että psyykkisesti, lähisuhteet kärsivät ja rahaongelmat kasvavat käytön lisääntyttyä. Rahanpuute johtaa joidenkin kohdalla rikolliseen toimintaan. Päihdeongelmaa esiintyy kaikissa yhteiskuntaluokissa. Hyväosaisten on usein helpompi pitää käyttö salassa ja lasten hätää on hankalampi nähdä. Mitä parempiosaisesta perheestä kyse, sitä vaikeampaa heidän on myöntää ongelmansa ja hakea siihen apua. Osassa perheistä pärjätään arjesta kohtuullisen hyvin, päihdejaksojen ollessa vähäisempiä. Päihderiippuvainen pystyy hoitamaan työnsä ja olemaan ainakin ulkoisesti hyvävointisen oloinen, jos raittiit jaksot hallitsevat. (Holmberg 2003, 11.)

Päihderiippuvaisia äitejä on tilastojen mukaan Suomessa n.3600. Tilastot eivät kuitenkaan usein kerro koko totuutta, vaan niiden ulkopuolellakin esiintyy käyttöä. Suurin osa perheiden päihteidenkäyttäjistä on isiä. Huumeiden käytön määrä on epämääräinen, mutta yhteensä käyttäjiä, ei pelkästään äitejä tai isiä, ajatellaan olevan n. 4000-20 000. Arvioidaan, että huumeiden käyttö lisääntyisi jopa n. 10% vuositaitia. (Holmberg 2003, 12.)

Suomen päihteidenkäyttöä hallitsee ns. sekakäyttö, eli alkoholia ja huumeita käytetään sekaisin. Sellaisten perheiden määrä on lisääntynyt, missä molemmat vanhemmat käyttävät päihteitä. Lääkkeitä väärinkäyttävät ja sekakäyttöä tekevät useimmin äidit, ja käyttöä pyritään enemmän salaamaan. Isät taas eivät peittele juomistaan ja ovat väkivaltaisempia kuin äidit. Kymmenien tuhansien lapsien arkea värittää vanhempien päihteiden käyttö. Jokaisella heistä on suurentunut riski psyykkisiin ongelmiin, syrjäytymiseen ja päihteidenkäyttöön kasvaessaan aikuisiksi. (Holmberg 2003, 12.)

Ihmisen kärsiessä päihderiippuvuudesta, tapahtuu hänelle monia muutoksia. Terveystila, käyttäytyminen ja elämäntavat kokevat muutoksia. Hoitotyön kannalta perhe antaa voimavaroja jaksamiseen ja toimii vuorovaikutusverkostona. Yhden perheenjäsenen toimet vaikuttavat kaikkiin perheenjäseniin. Näin ollen yhden päihderiippuvuus aiheuttaa muutoksia koko perhedynamiikkaan. Lapset jäävät usein tässä yhtälössä vähemmälle huomiolle, koska vanhempien keskittyminen menee päihteidenkäytön ympärille. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2006, 181.)

Päihderiippuvaisen naisen lapsuudesta on saattanut puuttua lämpö ja ymmärrys, eikä kiintymystä ole näytetty. Tämä saattaa heijastua naisen tuleviinkin ihmissuhteisiin, ja erityisesti parisuhteeseen, jossa pitäisi antaa eniten itsestään. Käsittelemättömät tunteet, epävarmuus, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet estävät naista olla oma itsensä suhteessa ja luottamaan toiseen. Pari riitelee ja tunteet patoutuvat eikä heillä ole ratkaisun avaimia. Päihdeongelmaisalta naiselta puuttuu tarvittava kärsivällisyys, ja suhteet voivat kariutua nopeasti. Yhtä nopeasti saattaa löytyä uusi kumppani, koska päihdeongelmainen haluaa kuitenkin jonkun vierelleen, joka täyttää loputtomat rakastetuksi ja hyväksytyksi tulemisen toiveet. (Hiltunen ym. 2005, 79-80.)



Päihdeongelmaisen naisen ihmissuhteissa on usein erilaisia ongelmia. Ne saattavat olla alisteisia, hyväksikäyttöä sisältäviä ja riippuvuuteen perustuvia. Suhteista puuttuu rehellisyys ja aitous. Läheisten piiri supistuu usein toisiin päihteidenkäyttäjiin. Pitkäaikaisia ystävyysuhteita voi olla vaikea solmia, ja vanhat ystävät jäävät helposti pois matkan varrella. Läheisistä ihmisistä koostuva sosiaalinen verkosto on kuitenkin kaikkien ihmisten kasvun ja kehityksen edellytys. Verkoston tehtävä on antaa tukea, voimavaroja, rakkautta ja suojaa. (Hiltunen ym. 2005, 78; Inkinen ym. 2006, 180.)

Päihdeongelmaisissa perheissä on usein kommunikaatio- ja vuorovaikutusongelmia. Mieltä painavista asioista ei puhuta tarpeeksi, luottamus puuttuu ja tunteita peitellään. Syitä tähän on monia; syyllisyys, häpeä, pelko päihteiden käytön aloittamisesta, pelko riidasta, väkivallanuhka tai pelko rakkauden menettämisestä. Perheessä ei sanota asioita, mitä tarkoitetaan, ja sanotaan asioita, joita ei tarkoiteta. Perheen päihdeongelmaisen käyttäytymistä, ilmeitä ja eleitä vahditaan jatkuvasti, jotta voitaisiin ennakoida seuraava tapahtuma. Puhumattomuus ja peittely johtaa perheenjäsenten psykosomaattiseen oirehdintaan. Lasten ja puolison luottamus on järkkynyt, koska päihteidenkäytön seurauksena monia lupauksia on jäänyt pitämättä. Päihdeperheessä lapset saattavat joutua liian vastuulliseen asemaan. Yhteydenpito ystäviin ja sukulaisiin voi vähentyä. (Inkinen ym. 2006, 181.)

Toisen vanhemman päihteidenkäytön muuttuessa riippuvuudeksi, kokee myös toisen puolison käytös muutoksia. Raittiimman osapuolen keskittyminen ja mielenkiinto kohdistuu enemmässä määrin puolison päihteidenkäyttöön ja siitä aiheutuviin seurauksiin. Kun puoliso ei käytä päihteitä, alkaa odotus siitä, koska käyttö taas alkaa. Ja kun päihdeidenkäyttö on päällä, tulee tarve peitellä sitä ja puoliso joutuu kantamaan yksin vastuun perheen hyvinvoinnista. Mitä pahemmaksi päihdeongelma tulee, sitä enemmän talouden, kotitöiden sekä ystävyys- ja sukulaissuhteiden hoitamisen vastuu siirtyy raittiille puolisolle. Päihderiippuvaisen on näin ollen helpompi jatkaa käyttöä, koska asiat hoituvat ilman hänen panostaankin. Tällaisia päihteidenkäytön mahdollistajia voivat olla myös sukulaiset, ystävät, työtoverit, ja jopa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Päihteidenkäyttäjän puoliso on ulkopuolisten silmin usein vahvan oloinen ja tuntuu hallitsevan asiat. Totuus on kuitenkin toinen, yksinäisyyden ja lohduttomuuden tunteet jylläävät, ja tuki olisi tarpeen. Häpeä ja syyllisyyden tunteet saattavat kuitenkin

estää avun hakemisen. Avioero voisi olla oikea ratkaisu, mutta päätöksentekoa vaikeuttaa uupumus, masennus tai jopa pelkokin. (Inkinen ym. 2006, 182.)

Hoitaja tarvitsee ammatissaan nykyään paljon tietoa ja ymmärrystä päihteidenkäytön vaikutuksista myös perheenjäseniin, avo- tai aviopuolisoihin, lapsiin sekä muihin läheisiin. Tämän lisäksi täytyy olla taitoa ja rohkeutta puhua ongelmista niin päihteidenkäyttäjän kuin hänen läheistensäkin kanssa. Ymmärtääkseen päihteidenkäyttäjän perhettä ja läheisiä kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti, tulee hoitajan selvittää heidän välillään vallitsevat merkityssuhteet. Tällä tavoin hoitaja pystyy yhdistämään päihteidenkäyttäjän verkoston voimat ja saamaan tarvitsemaansa tukea asioiden selvittämiseen. Merkityssuhteiden selvitys on tietysti tärkeää myös päihteidenkäyttäjän parantumisen kannalta. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2006, 180-181). Huomattava on, että myös isän päihteidenkäyttö vaikuttaa välillisesti sikiöön, koska se edesauttaa äidin käyttöä. Optimaalinen tilanne olisikin se, että molempien vanhempien päihdeongelmaa hoidettaisiin yhtä aikaa. Näin he saisivat tukea toisistaan ja päihdeettömyyteen pyrkiminen olisi helpompaa. (Holmberg 2003, 25).

## 5.2 Päihteidenkäyttäjän läheisten tukeminen

Päihteidenkäyttäjän läheisten tukeminen ja rohkaiseminen ongelmien ratkaisuun on keskeisessä osassa. Asiat tulee ottaa puheeksi, ja usein jo se helpottaa tilannetta. Puolison häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat aivan luonnollisia. Hoitajan tehtävä on kertoa, että he eivät ole ainoa päihdeongelmainen perhe, ja että syy ei ole puolison. Hoitotyön tavoitteena voi olla yksittäisen perheenjäsenen tai koko perheen avuntarpeen kartoittaminen, keskustelumahdollisuuden tarjoaminen, tarvittaessa ohjaaminen ja rohkaiseminen avun piiriin. (Inkinen ym. 2006, 183).

Hoitajan rooli on tilanteen mukaan joko selkeyttää, neutralisoida, kuunnella tai olla puolueeton yhteistyöhenkilö. Yhdessä perheen kanssa koitetaan etsiä parempia ratkaisuja vanhojen tilalle ja tehdään niiden pohjalta suunnitelmia, joita perhe voi alkaa toteuttamaan. Tarvittaessa tukiverkostoa voidaan tiivistää yhteisneuvotteluilla sekä perhe- ja verkostokokouksilla. Hoitajan on silti myös muistettava ottaa perheenjäsenet yksilöinä huomioon sekä auttaa perhettä löytämään heidän yhteiset voimavaransa. Jo yhden

perheenjäsenen muuttuminen voi olla ratkaisu koko perheen yhteiseen ongelmaan. Useissa tapauksissa paranemisprosessi käynnistyy, kun päihdeongelmainen itse lähtee hakemaan apua itselleen tai koko perheelle. Mikäli näin ei käy, jää avunhakeminen puolisolalle. Puolison hakiessa apua, saattaa myös itse päihdeongelmainen havahtua ja kiinnittää huomion päihdeongelmaansa. Hän saattaa lopettaa käytön kokonaan, vähentää sitä tai lähteä hoitoon. (Inkinen ym. 2006, 184).

On todettu, että myös puolison on hyvä ottaa osaa päihdeongelmaisen hoitoon. Näin on helpompi ymmärtää tapahtuvaa muutosta ja löytää uudelleen perheen roolijako. Luottamus lisääntyy pikku hiljaa ja puoliset voivat alkaa keskustelemaan avoimemmin ja ilmaisemaan tunteitaan paremmin. Positiivisen palautteen antaminen ja saaminen on hyväksi, samoin kritiikin antaminen käyttäytymistä, ei ihmistä, kohtaan. Vastuu palaa vanhemmille ja lasten tilanne paranee usein heti päihteidenkäytön loputtua. Lähes kaikki perheet pysyvät koossa onnistuneen hoidon jälkeen. (Inkinen ym. 2006, 184).

### 5.3 Vanhemman päihteidenkäytön vaikutus vauvaan

Vauvan ensimmäinen elinvuosi on erityisen tärkeä kehitystehtävien kannalta. Tänä aikana vauva muodostaa kiintymyssuhteen, ymmärtää olevansa äidistä erillinen yksilö, ja alkaa tunnistamaan ja ilmaisemaan erilaisia tunteita. Myös kielelliset kyvyt kehittyvät. Lapsi saa normaalisti harjoitella erilaisten tunteiden ja ajatusten tuottamista turvallisesti vanhempiensa kanssa. Mikäli vanhempi ei voi itse hyvin, se vaikuttaa myös lapseen. Kehittyminen tapahtuu hitaammin kuin muilla saman ikäisillä ja lapsi jää jälkeen kehitystehtävien suorittamisessa. Varsinkin kiintymyssuhteen vajavaisuus vaikuttaa pitkälle elämään, koska luottamus ja perusturvallisuus ovat avainasemassa terveen persoonallisuuden kehityksessä. Lapsi, joka on kokenut turvallisen lapsuuden luottaa ihmisten ja maailman hyvyyteen, siinä missä turvattomuuden tunteita kokenut lapsi näkee maailman lähinnä pahana eikä luota ihmisiin. (Holmberg 2003, 26-27.)

Päihderiippuvuus ja psyykkiset häiriöt kuuluvat usein yhteen. Äidin masennus, väsymys ja poissaolevuus tekee hänestä mielikuvituksettoman ja passiivisen. Vauva on siten paljon omissa oloissa, ja joutuu keksimään keinoja millä saada äidin mielenkiinto itseensä. Äiti on helposti ärtyneen oloinen, kun vauva yrittää ottaa kontaktia ja hymyillä.

Vauva havainnoi tarkasti äitinsä toimintaa. On tärkeää, että vauva saa paljon kokemuksia siitä, kuinka äiti katsoo ja näkee hänet. Tällaisten vuorovaikutustilanteiden ansiosta vauva itsetunto kasvaa ja kehittyy. Mikäli äiti katsoo paljon vauvan ohi esimerkiksi hoitaessaan häntä tai katse on ilmeetön, aistii vauva sen ja alkaa ajan myötä vältellä katsetta menettäen kiinnostuksen ihmisiin. Turvattomuuden tunteet heräävät, koska äidin mielialat vaihtelevat niin paljon. Äiti saattaa nähdä vauvansa liian vaateliaana, jonain joka vie kaiken ajan. Tällaisiin tilanteisiin liittyy myös riski kaltoin kohtelusta. (Kujasalo & Nykänen 2005, 51-53.)

Päihkeitä käyttävä äiti ei usein jaksaa antaa vauvalle hänen tarvitsemaansa jakamatonta huomiota. Välillä vauva tuntee olevansa rakastettu, ja välillä taas ei. Jos vanhempi ei tule lohduttamaan, vaikka vauva kuinka itkisi, jää turvaton ja merkityksetön olo. Vauvalle puhutaan vähemmän ja yhteinen tekeminen puuttuu. Tästä seurauksena vauvan puheen oppiminen hidastuu ja tunne-elämän kehitys viivästyy. Jos vauvan tarpeet jäävät huomioimatta, myös fyysinen terveys voi kärsiä. Päihdeongelmaisen vauva saattaa olla pienempikokoinen kuin ikätoverinsa ja sairastella enemmän. Unirytmii on myös usein epäsäännöllisempi, johtuen kodin melusta ja vauvan turvattomuuden tunteista. Mitä kauemmin vanhempi on käyttänyt päihkeitä, sitä enemmän lapsi usein kärsii. Enemmän oireita esiintyy lapsilla, joiden molemmat vanhemmat ovat käyttäneet päihkeitä tai perheelle on useita kasautuneita ongelmia. Tällaisia ongelmia ovat mm. rahanpuute, huono sosiaalinen verkosto sekä hoitajan heikko henkinen vointi. (Holmberg 2003, 24, 26-27.)

#### 5.4 Päihdeäidin ja vauvan auttaminen

Avunpyytäminen ja luottamuksen saavuttaminen muihin ei ole helppoa naiselle, joka käyttää päihkeitä. Tuen tarve ja ammattiavun saaminen on kuitenkin hyvin tärkeää vanhemmuuden rakentamisen kannalta. Kun alkoholivaurioinen lapsi syntyy, saattaa äidin päihdeongelma vain pahentua. Syyllisyyden, masennuksen ja unettomuuden tunteet syrjäyttävät ilon ja onnen kokemukset. Vauvaa voi olla vaikeampi hoitaa kuin tervettä, ja näin todellisuus ei vastaakaan epärealistisia kuvitelmia. Paineet vauvan hoidosta aiheuttavat uupumista, ja tämä kaikki vaikuttaa myös vauvaan. Ympäristön tuki on tärkeää, jotta äiti jaksaa ottaa vastuuta vauvastansa ja jaksaa vastata sen fyysisiin ja psyykki-

siin tarpeisiin. Parisuhteen laatu ja äidin yleinen hyvinvointi välittyy myös vauvaan. (FAS-lapsi: raskauden aikaisen alkoholinkäytön riskit 1999, 8; Kujasalo & Nykänen 2005, 54.)

Päihteitä käyttävä raskaana oleva nainen, tai tällainen nainen, jolla on jo lapsi, herättää ihmisissä paljon tunteita. Jos hyvin käy, tilanteeseen puututaan nopeasti, mutta pahimmillaan negatiivisen ilmapiirin myötä äiti vetäytyy eikä halua puhua tilanteestaan muille. Usein tilanteeseen puututaan valitettavan myöhään, esimerkiksi kun ollaan jo suunnittelemassa lapsen huostaanottoa. Kehityksen kannalta tärkeät varhaiset vuodet ovat tässä kohtaa jo menneet. Raskausaika on hyvin motivoivaa aikaa päihteiden käytön lopettamisen kannalta. Riippuvuuden hoito tulisikin aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa raskautta ja tavoitteena tulisi olla päihteettömyys. Hoidon on hyvä jatkaa vielä syntymän jälkeenkin, jotta tulokset olisivat pysyvämpiä. Äidin kanssa tulee keskustella niistä asioista, mitkä saavat hänet sortumaan päihteisiin. Usein taustalla on äidin oman kehityksen keskeneräisyys, jota hän yrittää peitellä tai vältellä. (Kujasalo & Nykänen 2005, 56). Jaksakseen olla hyvä äiti, tulisi päihteidenkäyttäjän kiinnittää huomionsa ainakin seuraaviin asioihin: Raha-asioista huolehtimiseen, päihteettömyyteen sitoutumiseen, elämän ja ajankäytön suunnitteluun, parisuhteesta huolehtimiseen, kokonaisvaltaiseen vastuuseen lapsesta ja turvallisen ympäristön luomiseen, hyvän sosiaalisen verkoston ylläpitämiseen sekä omien tunteidensa ja tarpeidensa huolehtimiseen. (Hiltunen, Kujala & Mattila, 2005, 140-144; Kujasalo & Nykänen 2005, 54,56.)

Ammattilaiset, jotka kohtaavat päihdeongelmaisia näkevät ongelmallisena sen, miten puuttua päihteidenkäyttöön ja tunnistaa se, samalla pitäen äiti mukana asiakassuhteessa. Hyvä hoitosuhde äidin kanssa on ensisijaisen tärkeä, kun ajatellaan sikiön ja lapsen hyvinvointia. Päihdeongelmaisen tilanne nähdään usein toivottomana eikä uskoa riittä tilanteen muuttamiseen. Helpompaa olisi olla puuttumatta ollenkaan, koska hoitoon on vaikea päästä ja hoitopaikkoja ei ole riittävästi. Ongelmana ovat siis sekä asenne että taloudellinen tilanne. (Kujasalo & Nykänen 2005, 55.)

Ensimmäinen vaihe prosessissa, jossa pyritään terveen lapsen syntymään ja alkoholisoituneen naisen ja perheen raitistumiseen, on alkoholiongelmaisen naisen tunnistaminen terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluiden tasolla. Usein alkoholiongelmainen nainen käyttää äitiysneuvolapalveluita muita harvemmin ja epäsäännöllisemmin. Hän il-

maantuu monesti ensikäynnille äitiysneuvolaan myöhemmässä vaiheessa raskautta kuin tavallisesti. Monesti naisen elämää leimaa monenlaisten sosiaalisten ja psyykkisten ongelmien kasautuminen. Tavallista on alkoholinkäytön kieltäminen ja vähättely. Vaikeasti alkoholisoituneen naisen voi usein tunnistaa jo ulkoisista piirteistä, olemuksessa saattaa korostua epäsiisteys, huono hygienia ja käytöksessä korostuu hermostuneisuus ja tietty välinpitämättömyys. Oma lukunsa ovat koulutetut, alkoholisoituneet naiset ja perheet, jotka ovat vielä vaikeammin tunnistettavissa. Heidän ulkoinen olemuksensa ei yhtä selvästi viestitä ongelmista. Hyvä taloudellinen asema takaa edellytykset peittää mahdolliset ongelmat siistin ulkokuoren ja asiallisen käytöksen taakse. (Rautavuori 2001, 32-33.)

Päihdeäitien parissa työskentelevien hoito koetaan erittäin raskaana ja ahdistavana. Hoitohenkilökunta kokee hyvin voimakkaita avuttomuuden, säälin ja raivon tunteita. Työntekijä kokee huolta ja murhetta tulevan lapsen kohtalosta ja hoidon tulokset näkyvät usein hyvässäkin tapauksessa hitaasti. Hoitokeinot ovat myöskin vähissä. Kuitenkin päihdeäitien hoitaminen koetaan tärkeänä juuri syntymättömän lapsen vuoksi, koska koetaan, että jokaisella lapsella olisi oikeus syntyä terveenä. Näin ollen lapsen oikeus usein asetetaan äidin ymmärtämisen edelle. Vaikka äidin elintapojen ja terveyden muuttaminen koetaankin vaikeana, ajatellaan, että lapsen hyväksi voidaan vielä tehdä paljon. (Rautavuori 2001, 33.)

Päihteitä käyttävän naisen ja perheen hoito on ongelman monitahoisuudesta ja laajuudesta johtuen hajanaista. Hoitoa on pirstaloitava eri palvelusektoreille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näin hoidossa on mukana laaja joukko ihmisiä, ja se aiheuttaa hankaluuksia myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä hoidettavalle naiselle ja perheelle itselleen. Hoidon hajanaisuutta voidaan minimoida laatimalla yhteinen hoitosuunnitelma, jonka myös hoidettava taho itse hyväksyy. Suunnitelmaa tehtäessä on lähdettävä liikkeelle naisen ja perheen ehdoilla. Hoidettavan on tärkeää ymmärtää, että suunnitelma on tehty juuri häntä ja hänen perheensä auttamista varten. Hoidossa erittäin olennaista on tukea naista ja perhettä vähentämään runsasta ja ongelmallista päihteiden käyttöä raskauden aikana sekä auttaa naista hänen itsetuntonsa tukemisessa ja kehittämisessä. Tällöin varmimmin tuetaan sikiön tervettä kehittymistä. Äitiyshuollossa merkittävää olisi ottaa huomioon päihdeongelman kaksitahoisuus.

Hoito ei saisi keskittyä pelkästään riskiraskauden hoitoon ja seurantaan, vaan myöskin lasta odottavan naisen ja perheen kannustamiseen ja tukemiseen. (Rautavuori 2001, 34.)

Joissakin päihde-ensikodeissa on äidille ja vauvalle suunnattua hoitoa varhaisen vuorovaikutuksen parantamiseen. Tavoitteena on, että äiti pystyy lukemaan ja vastaamaan vauvan viesteihin mahdollisimman hyvin. Vauva saattaa olla vaikeahoitaisempi, jos hän syntyy päihteiden vaikutuksen alaisena. Näin ollen äidin on vaikea hoitaa vauvaa yksin, psyykkisen tilansa ollessa huono. Äidin ja vauvan vuorovaikutus onnistuu vasta, kun päihteet ovat poissa kuvioista. Vauvasta ei saa tulla äidin terapeutti. Kasvuympäristön merkitys on hyvin tärkeä lapsen elämässä. Jos kehitys on vaarassa, täytyy siihen puuttua ajoissa. Alle kolmivuotiaina sijoitetuilla on paremmat mahdollisuudet hyvään kehitykseen kuin vanhempana sijoitettujen. Äidin päihteettömyyteen tukeminen on tärkeää myös tällöin, jotta häntä voidaan tukea ratkaisun ymmärtämiseen. (Kujasalo & Nykänen 2005, 56-57.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sekä valmistuneiden kättilöiden ja sairaanhoitajien että kättilö- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä ja valmiutta kohdata työssään päihdeäitejä. Lisäksi tavoitteena on tuoda esille päihdeäitien hoitopolkuun kuuluvien näkemyksiä hoidosta ja sen toimivuudesta.

Tarkoituksena on haastatella hoitopolkuun kuuluvia, eri yksiköissä toimivia ammattilaisia. Tulosten pohjalta on tarkoituksena kartoittaa heidän erilaisia näkökulmiaan päihdeäitien hoitamiseen.

Opinnäytetyön tehtävinä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia valmiuksia koulutus antaa päihdeäitien kohtaamiseen?
- Minkälaista on kohdata päihdeäitiä?
- Miten yhteistyö eri tahojen välillä toimii ja miten sitä voisi kehittää?
- Millaisia haasteita ja ongelmia päihdeäitien hoitoon kuuluu haastateltavien mielestä?



## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 7.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, siinä ollaan enemmän kiinnostuneita laadusta kuin määrästä. Tärkeitä ovat ihmisten luomat merkitykset, matemaattinen tiedeihanne kyseenalaistetaan. Mittausvälineitä tärkeämpää ovat tutkijan omat havainnot ja keskustelut tutkittavien kanssa. Joukko, jota tutkitaan, on usein pienempi kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Tarkoitus ei ole yleistää, vaan keskitytään juuri tämän tietyn aineiston tulkintaan. Tutkittavien joukko valitaan tarkasti tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti eikä satunnaisotantaa käytetä. Tutkimussuunnitelma voi muuttua tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaisesti. Tarkoituksena ei ole testata teoriaa tai hypoteesia, vaan tarkastella aineistoa mahdollisimman monipuolisesti ja tuoda esiin yllättäviä seikkoja. (Tuomi 2007, 96-97; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän opinnäytetyöhömmme, koska halusimme kuulla päihdeäitien kanssa työskentelevien ihmisten näkemyksiä työstään. Aiheemme koskee verrattain pientä joukkoa ihmisiä, joten oli loogista valita tutkimusmenetelmä, jolla saadaan syvällisempää tietoa tutkittavasta aiheesta.

### 7.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänämme oli teemahaastattelu. Se ei etene tarkkojen yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan väljemmin kohdentuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelussa pyritään huomioimaan ihmisten tulkinnat ja heidän merkityksenantonsa. Haastatteluun sisältyy sekä kielellinen että ei-kielellinen viestintä ja vuorovaikutus tapahtuu kasvotusten. Haastattelijalla on näin ollen mahdollisuus oikaista väärinkäsityksiä, toistaa kysymyksiä ja selventää käsiteltävää asiaa. Ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa. Teemahaastattelu sopii aiheisiin,

joissa käsitellään emotionaalisesti arkoja aiheita, kuten raskaus ja päihteet. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.)

Teemahaastattelu sopii työhömmä tiedonkeruu menetelmäksi, koska korostamme yksilön omaa kokemusmaailmaa, ja teemahaastattelussa haastateltavien näkökulma ja mielipiteet tutkittavasta aiheesta pääsevät hyvin esille. Teemahaastattelussa keskustelu haastateltavan kanssa pääsi etenemään vapaamuotoisesti ja vastauksia ei ollut sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat pystyivät vastaamaan omin sanoin.

Tutkimusluvan saatuaamme lähestyimme Pshp:n eri yksiköiden osastonhoitajia syksyllä 2008 ja kerroimme tutkimuksestamme. Pyysimme heitä osoittamaan henkilökunnasta sopivat henkilöt haastateltaviksi ja määrittelemään ajankohtaa haastattelulle. Kaikki haastattelut tehtiin joulukuussa 2008. Tutkimushenkilöiksi valikoitui 27-50 -vuotiaita naisia. Heidän ammattinsa on joko sairaanhoitaja tai kättilö. Työkokemusta heillä on vähintään 3,5vuotta. Kaikki heistä ovat Pshp:n työntekijöitä, ja tavalla tai toisella he kaikki kohtaavat päihdeäitejä työssään. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja anonyymia.

Ennen varsinaisia haastatteluja lähetimme kaikille haastattelumme päätteemat, jotta mahdollistui tutustua ennakkoon aiheisiin. Haastattelutilanteissa toinen teki muistiinpanoja ja toinen esitti kysymykset ennalta määrättyjen teemojen ja niiden alle tehtyjen apukysymysten avulla. Kaikki haastateltavat tiesivät, että haastattelut nauhoitettiin. Kaikki haastattelut tapahtuivat haastateltavien työpisteissä. Haastattelut olivat kestoltaan ja syvyydeltään vaihtelevia, riippuen haastateltavan työkokemuksesta ja kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Myöhemmin haastattelut litteroitiin sana sanalta.

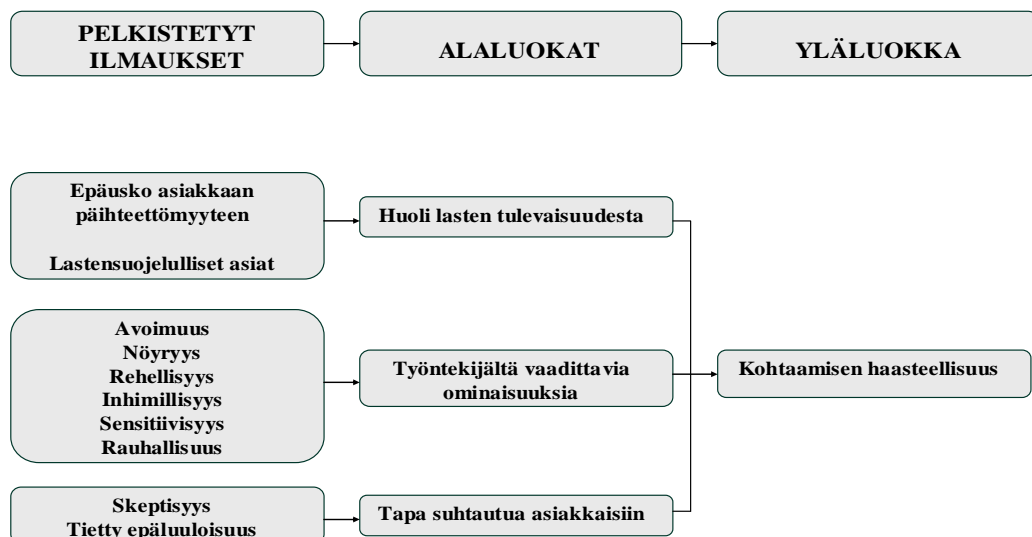
### 7.3 Aineiston analyysimenetelmä

Sisällön analyysi on käyttökelpoinen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää laadullisessa tutkimuksessa. Laadullinen sisällönanalyysi on analyysitapa, jossa aineisto pyritään tiivistämään selkeäksi kadottamatta sen sisällön olennaista informaatiota. Aineisto tulkitaan ennalta asetettujen tutkimusteemojen mukaan. Tutkijalta vaaditaan sy-

vällistä perehtymistä aineistoon, koska tulkinnat eivät saa perustua sattumanvaraisuuksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.)

Sisältöä voidaan lähteä analysoimaan kahdella eri tavalla, induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivinen analysointitapa tarkoittaa, että tuloksia lähdetään purkamaan aineistolähtöisesti. Deduktiivinen taas, että hyödynnetään aikaisempaan tietoon perustuvaa käsitejärjestelmää. Opinnäytetyössämme käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Aineistolähtöiseen analyysiin kuuluu pelkistämisen-, ryhmittely- ja abstrahointivaihe. Pelkistämisenvaiheessa aineistosta etsitään aineistosta tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Ryhmittelyvaiheessa yhdistetään pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahointivaiheessa luodaan yleiskäsitteitä, joiden avulla saadaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-7.)

Lähdimme analysoimaan aineistoa litteroitujen haastattelujen huolellisella lukemisella. Tämän jälkeen lähdimme etsimään teksteistä tutkimuskysymysten kannalta oleellisia ilmauksia alleviivaamalla. Seuraava vaihe oli pelkistäminen, jossa ryhmittelimme samankaltaiset ilmaukset omiin luokkiinsa. Nämä luokat nimettiin niitä kuvaavilla sanoilla. Näin muodostui alaluokat. Samaa asiaa tarkoittavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, kuten kuvioista 1 nähdään.



KUVIO 1.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Koulutuksen riittävyys päihdeäitien kohtaamiseen

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että peruskoulutus ei ole riittävää päihdeäitien kohtaamiseen ja hyvän hoidon hallitsemiseen. Eräs haastateltava kertoi, ettei erikoistumisopinnojen aikana ollut lainkaan päihdepuolen harjoittelua. Yleisesti ajateltiin, että perusopinnoissa ylipäänsä ei painoteta tarpeeksi päihdehoitotyön osuutta. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä, että työ opettaa parhaiten ja työkokemuksen kautta harjaantuu päihdeäitien hoitamisessa.

”...kyllä se on tää työkokemus, mikä mulla on, niin on antanu ne eväät tähän työhön.”

Haastateltavilla oli erilaisia kokemuksia työyhteisön tarjoamista koulutuksista. Toiset olivat käyneet vain parissa tai muutamassa koulutuksessa, joita oli tarjottu. Yksi vastaajista ei ollut saanut lainkaan lisäkoulutusta päihdeasioihin, yksi taas oli käynyt kattavasti erilaisia lisäkoulutuksia, joista osa omakustanteisesti. Yleisesti ottaen oltiin sitä mieltä, että lisäkoulutukset olisivat tervetulleita. Joku kuitenkin mainitsi työn olevan niin raskasta, ettei jaksaisi nyt panostaa lisäkouluttautumiseen. Osalla haastateltavia oli ollut jo hyvin aikaisessa vaiheessa motivaatiota suuntautua tulevaisuudessa työskentelemään päihdeäitien kanssa. Oma aito kiinnostus on ohjannut hankkimaan lisätietoa ja –koulutusta.

### 8.2 Päihdeäitien kohtaaminen

#### 8.2.1 Kohtaamisen onnistuminen

Haastateltavat toivat esille, että tärkeintä kohtaamisessa on luoda turvallinen ja rehellinen luottamussuhde asiakkaan kanssa. On muistettava, että kohtaamisessa molempien osapuolien ihmisarvo on yhtäläinen ja sen tulee näkyä ammattilaisen käyttäytymisessä. Toisaalta täytyy osoittaa tiettyä auktoriteettia, jotta asiakkaalle muodostuu kuva, että

hänen tilanteeseensa suhtaudutaan vakavasti ja sen parantamiseksi tehdään töitä. Onnistunutta kohtaamista kuvailtiin muun muassa seuraavilla sanoilla: avoimuus, inhimillisyys, sensitiivisyys, pieni skeptisyys, nöyryys, rauhallisuus ja ymmärtäväisyys. Kanssakäyminen tulee aloittaa mieluummin varovasti kuin päälle käyden tai liian suoraan. Eräs haastateltava toi esille, että joskus asioista puhuminen saattaa olla vaikeampaa hoitajalle kuin potilaalle, siksi rehellisyys ja suorapuheisuus sopivissa määrin ovat tärkeitä elementtejä kohtaamisessa.

”...jos alussa kohtaa liian ylpeänä tai liian suoraan, niin sitten voi niinku menettää koko pelin...”

”...jotenkin hirmusen silkkihansikkain ja ymmärtävästi, mutta sitten samalla tavallaan jotenkin tuoden sitä turvallisuuden tunnetta...”

”...semmonen pieni epäilyks pitää olla siinä kokoajan takana.”

”Aito kiinnostus päihdeäitejä kohtaan on se paras työväline millä voi tätä työtä niinkun tehdä.”

### 8.2.2 Kohtaamisen haasteet

Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että haasteellisinta on esiin nouseva huoli lasten tulevaisuudesta. Monet päihdeäidit ovat suhteellisen yhteistyökykyisiä, kun on kyse heidän päihdeidenkäytöstään, mutta kun aletaan keskustella lastensuojelullisista asioista, niin yhteistyö vaikeutuu. Eräs haastateltava koki haasteellisena osata analysoida kunkin asiakkaan kohdalla minkälaista apua juuri tämä tarvitsee. Jokainen asiakas on kohdattava omana persoonanaan eikä heitä voi niputtaa yhteen täysin homogeeniseen ryhmään. Vaikeinta on olla täysin rehellinen ja uskaltaa puhua kaikesta avoimesti, jotta turvallinen vuorovaikutussuhde syntyisi. Eräs haastateltava toi esille, että välillä tuntuu vaikealta uskoa asiakkaiden kuivilla pysymiseen.

”.. ite niinku ajattelee et hyvänen aika mikä tän lapsen tulevaisuus on, et se tuntuu niin kauheen epätoivoselta.”

”...samanaikaisesti pitää pystyä tekemään niinku tilanneanalyysi ja kuitenkin jo sitten toimimaan.”

### 8.2.3 Ammattitaidon kehittyminen

Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että ammattitaito on kehittynyt työkokemuksen kautta. Aina, kun kohtaa uuden asiakkaan tulee vastaan uusia asioita ja opittavaa. Haasteiden kautta kehittyä, jatkuvasti on oltava hereillä ja päivitettävä osaamistaan. Yksi haastateltavista kertoi oppineensa, että aina tarinoilla ei ole niin onnellinen loppu kuin ollaan suunniteltu.

”...ei mistään kirjasta lukemalla vaan se, että niitä perheitä on kohdannu yksinkertaisesti.”

”...aina tulee jotai lisätietoo että ei varmaan valmis oo koskaan.”

### 8.3 Moniammatillinen yhteistyö

#### 8.3.1 Moniammatillisuus työssä

Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että moniammatillisuus on tärkeä osa työtä ja näkyy siinä päivittäin. Yksi haastateltu ajatteli, että moniammatillinen yhteistyö on suhteellisen vähäistä heidän yksikössään. Hän koki, että he hoitavat vain oman osa-alueensa olematta yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Mainittuja yhteistyötahoja olivat esimerkiksi sosiaalitoimi, neuvolat, vauvaperheyskikkö, vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto, lapsivuodeosastot, päiväperho, äitiyspoliklinikka sekä psykiatriset yksiköt. Moniammatillisuus koettiin antoisana työmuotona, joka toi eri näkökulmia, mistä tilanteita katsotaan.

”Ja mä ajattelen että me tarvitaan kyllä toisiamme.”

### 8.3.2 Hoitopolun toimivuus

Kaiken kaikkiaan ajateltiin, että yhteistyö eri tahojen välillä toimii melko hyvin, mutta parannettavaakin löytyy. Eräs vastaajista toi esille omassa työyksikössään esiintyvän tiedostamattomuuden liittyen päihdeäitien hoitopolkuun, ei oikein tiedetty kehen ottaa yhteyttä. Tämä aiheutti ongelmatilanteita ajoittain. Yksi vastaaja koki hoitopolun toiminnan vaihtelevaksi riippuen yhteistyötaho edustajan kiinnostuksesta tämän tyyppiin työhön ja asiakaskuntaan. Hänen mielestään myös eri organisaatioiden johtojen intressit vaikuttavat yhteistyön toimivuuteen. Erään haastateltavan mielestä heidän yksikössään hoitopolun toimivuudella ei ole suurta merkitystä, koska esimerkiksi jatkohoidot suunnitellaan kuitenkin toisaalla.

### 8.3.3 Hoitopolun kehittäminen

Hoitopolun kehittämiseen liittyen tuli esiin vaihtelevia kantoja. Yhden vastaajan mielestä tärkeintä olisi luoda, kehittää ja pitää yllä yhteistyökäytäntöjä. Jotta se onnistuisi, organisaatioiden johdot pitäisi saada sitoutumaan yhteistyön suunnitteluun ja ylläpitoon. Ongelmana on se, että kiinnostus hoitopolun kehittämiseen on vaihtelevaa eri tahoilla ja toimiakseen se vaatisi panostusta yhtä paljon kaikilta siihen kuuluvilta. Hän toi esille myös, että hoitopolkuun kuuluvien organisaatioiden nimetyt päihdeyhdyshenkilöt ymmärrettävästi vaihtuvat usein. Tämä hankaloittaa yhteistyön toimivuutta tiedonpuutteen takia. Yksi haastateltava ajatteli, että hoitopolkuun kuuluvien yksiköiden ja niissä työskentelevien henkilöiden pitäisi perehtyä enemmän asiakkaitten asioihin. Hän toi esille myös mahdollisten yhteistyöpalaverien lisäämisen. Yksi vastaaja mainitsi kehitystarpeena sen, että myös synnytysaliin tieto kulkeutuisi paremmin.

## 8.4 Tulevaisuuden näkymiä

### 8.4.1 Päihdeäitien määrä

Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että päihdeäitien määrä on lisääntynyt ja kasvaa edelleen. Yksi vastaajista kuitenkin toi esille eroavan näkökannan. Hänen mukaansa yleinen näkemys, että päihdeäitien määrä on lisääntynyt, johtuu paremmista mahdollisuuksista tunnistaa heitä. On valitettavaa ettei päihdeäitien määrä ole kasvanut, koska se kertoisi siitä, että heitä tunnistettaisiin enemmän.

”Nythän niitä vasta alkaa putkahteleen tässä ja lisääntyy edelleen.”

”...esimerkiks alkoholia läpi raskauden ajan juovia äitejä on tässä valtakunnassa paljon enemmän kuin mitä on missään meidän hoitojärjestelmässä.”

### 8.4.2 Ongelman ennaltaehkäisy

Osa vastaajista toi esille, että tärkeä taho ongelman ennaltaehkäisyyn olisi neuvola. Jos siellä tunnistetaan päihteitä käyttävä odottaja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, voidaan alkaa järjestelemään tarvittavia tukitoimia. Ongelmallista on se, että monet terveydenhoitajat saattavat tavata päihdeongelmaisen raskaana olevan naisen harvoin eikä heidän kokemuksensa kartu. Myös esimerkiksi kätilön tai terveydenhoitajan pohjakoulutuksella heidän mielenkiintonsa kohdistuu neuvolassa pääasiassa muihin kuin päihdeasioihin. Neuvoloissa ei välttämättä omata riittävästi työkaluja puheeksi ottamiseen. Yksi vastaaja ajatteli voivansa omalta osaltaan vaikuttaa ongelman ennaltaehkäisyyn hoitamalla mahdollisimman hyvin tilanteen, jossa ensimmäinen vauva syntyy päihdeperheeseen. Hän ajatteli, että tällöin riittävin tukitoimin voidaan estää ongelman uusiutumista.

”...jos ne jää neuvolassa tunnistamatta, niin sitten ne melkein jää tunnistamatta.”



”Mä luulen, että neuvolassa on paljon semmosia, jotka menee läpi käsien ja varsinkin sellaisia, jotka ei halua apua.”

Kysyttäessä miten estää tällaista ongelmatilannetta alun perinkään syntymästä, vastaajat nostivat esille paremman valistuksen kouluissa päihdeasioihin liittyen. Valistus olisi myös aloitettava hyvissä ajoin. Yksi vastaaja piti merkittävänä asiana sukupolvien ketjun katkaisemista, tarkoittaen, että pääsääntöisesti ongelmat periytyvät elämisen malleista ja lapsuuden kodista. Jos tilanteeseen saataisiin parannusta ajoissa, voisi seuraava sukupolvi pärjätä paremmin elämässään, eikä päihdeongelmia välttämättä kehittyisi niin helposti.

”...meillä on ollu samaan aikaan odotusaulassa raskaana oleva nuori päihdeongelmainen ja hänen äitinsä ja kumpikin on odottanut vastaanotolle pääsyä.”

#### 8.4.3 Mielipiteitä pakkohoidosta

Suurin osa vastaajista puolsi pakkohoidon soveltamista Suomeenkin tietyn edellytyksin. Ajateltiin, että pakkohoidon pitäisi olla äärimmäinen hoitokeino. Ensin olisi annettava mahdollisuus lähteä hoitoon vapaaehtoisesti. Vastentahtoinen hoito voisi kuitenkin pelastaa ne yksittäiset tapaukset joissa raskaana oleva ei kykene lopettamaan käyttöä. Yksi vastaajista ei kannattanut pakkohoitoa. Hän koki, että nekin vähäiset, jotka ovat tähän mennessä hakeutuneet hoitoon, eivät enää uskaltaisi tuoda ongelmiaan julki pakkohoidon pelossa. Lisäksi pahoinvoivien lasten määrä yhteiskunnassa lisääntyisi ja matalan kynnyksen hoitopaikat saattaisivat hävitä. Toinen haastateltava toi myös esille, että jokaisella ihmisellä on olemassa tietty valinnan vapaus.

”...parhaiten sais niinkun autettua niitä lapsiakin, kun auttaa vanhempia.”

”...jos ei se äiti ymmärrä sen lapsen parasta niin silloin se pitää olla joku muu joka sen sanoo.”

”Et jos ajatellaan että pystytään säästämään yksikin alkoholin- tai huumeidenkäytön aiheuttama vakava sikiöhäiriö, niin siis sehän on jo kansantaloudellisesti varsin merkit-

tävä, jos ajattelee jotain neurologista vammaa, jotain sydänvikaa, kehitysvammaisuutta, niin niiden hoitamiset on yhteiskunnalle äärimmäisen kalliita.”

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 9.1 Eettiset kysymykset ja tutkimuksen luotettavuus

Eettiset kysymykset tutkimuksen teossa ovat viime vuosikymmeninä nousseet keskeiseksi kysymyksiksi. Tutkimusta tehtäessä eettisyyden vaikutus on kahtalainen, toisaalta tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettiset arvot vaikuttavat tutkijan työssään muodostamiin johtopäätöksiin ja ratkaisuihin.

(Tuomi 2007, 145.)

Tutkittavien henkilöiden on oltava tietoisia tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja mahdollisista riskeistä. Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen on oltava ehdottomasti vapaaehtoista. Tutkimuksessa saavutettavien tietojen on oltava ehdottomasti luottamuksellisia. Kaikkien tutkimukseen osallistuvien on jäätävä nimettömiksi. Tärkeää on, että tutkija noudattaa lupaamiaan sopimuksia ja takaa sen, ettei tutkimuksen rehellisyyttä missään tilanteessa vaaranneta. Tutkimustulosten raportoinnin on oltava perusteellista. Tutkimuksen eettisyyteen luonnollisesti kuuluu tieteellisen vilpin välttäminen.

(Tuomi 2007, 146.)

Lähetimme virallisen tutkimuslupa-anomuksen Pirkanmaan sairaanhoitopiirille, josta saimme varsinaisen tutkimusluvan. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt saivat ennen teemahaastatteluita saatekirjeen, jossa painotettiin saatavien tietojen luottamuksellisuutta ja henkilöiden anonymiteettiä. Kaikki haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta pyrimme osoittamaan kuvaamalla tarkasti tutkimuksen teon eri vaiheita ja toteutusta. Tutkimustuloksia kirjoittaessamme aineiston luokittelu ja tarkka käsittely on keskeistä. Tulosten tulkinnassa pyrimme yhdistämään aikaisempaa teoria- ja tutkimustietoa. Suorat lainaukset haastateltujen puheesta rikastuttavat tekstiä ja tuovat omalta osaltaan luotettavuutta.

## 9.2 Tutkimuksen arviointia

Tutkimustuloksista käy selkeästi ilmi, ettei peruskoulutus missään koulutusohjelmassa ole riittävää päihdehoitotyön osalta. Tämä hankaloittaa varsinkin nuoren ja kokemattoman työntekijän mahdollisuuksia tehdä työtään riittävän asiantuntevasti. Päihteiden käyttäjät asiakasryhmänä ovat erityisen herkkiä vaistoamaan työntekijän epävarmuuden ja arkuuden. Siksi vahva teoriapohja opinnoista saatuna on ensisijaisen tärkeää. Haastateltujen yksimielinen viesti oli, että paras oppi tulee työtä tekemällä. Lisä- ja täydennuskoulutukset työn ohella lisäisivät työntekijöiden asiantuntemusta ja sitä kautta parantaisivat työn laatua. Nimenomaan päihdetyö vaatii aitoa omaa kiinnostusta aiheeseen, joten perehtyminen saattaa olla myös osittain omaehtoista.

Päihdeäitien kohtaaminen luo myös erilaisia haasteita. Työntekijältä vaaditaan sekä ammatillisia että ihmissuhteisiin liittyviä taitoja, joiden avulla hän pystyy luomaan turvallisen ja rehellisen keskinäisen luottamussuhteen. Vaikka toisaalta täytyy olla hieman epäileväinen ja omata tietynlaista epäluottamusta, on silti muistettava myös uskoa äidin mahdollisuuksiin ja motivaatioon saavuttaa päihteetön elämä. Ammattimaiseen käyttäytymiseen kuuluu ymmärrys siitä, että on täysin samanarvoinen ihminen kuin päihdeidenkäyttäjänkin. Tulee välttää ajatusta, että olisi itse jotenkin yläpuolella, koska omaan elämään ei liity esimerkiksi samanlaisia sosiaalisia ongelmia kuten monen päihdeidenkäyttäjän arkeen. Nämä tutkimustulokset ovat verrattavissa teoriaosuudessa käytettyyn kirjallisuuteen (Inkinen ym. 2003, 130-135, 174-177).

Päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset herättävät työntekijässä oman tilanteensa lisäksi huolen lapsen tulevaisuudesta. Välillä voi olla vaikeaa pitää omat tunteensa ja reaktionsa piilossa, kun on kyse puolustuskyvyttömän pikkuihmisen kohtalosta. Työntekijä tietää päihteiden käyttöön liittyvät riskit raskausaikana; syntyykö lapsi terveenä, kärsiikö hän vieroitusoireista, sallitaanko vanhempien pitää lapsi ja jos, niin millainen hänen kotinsa tulee olemaan. On tuskallista tiedostaa mitä kaikkea liittyy päihteiden käyttöön ja sitä kautta lapsen elämään. Päihdeidenkäytön myötä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat yleensä kietoutuvat yhteen ja vaikuttavat kaikkiin elämisen osa-alueisiin. Tämän kaltaiset haasteet kuuluvat päihdeäitejä hoitavien henkilöiden työnkuvaan. Juuri näiden haasteiden kautta työntekijä kehittyy työssään ja oppii suhtautumaan oikealla tavalla päihdeongelmaisiin.

Moniammatillisuus on työmuotona nykypäivää ja sen osuus tuskin tulee heikkenemään tulevaisuudessakaan. Siten pystytään katsomaan ongelmaa monelta eri kantilta ja muodostamaan parhaita mahdollisia hoitokeinoja. Erityisesti päihdeongelmaisten kanssa tämä on toimiva ja kattava työmuoto, koska itse ongelmakin on hyvin monitahoinen. Moniammatillisuudessa hyödynnetään mahdollisimman monen ammattiryhmän edustajan osaamista ja jokainen heistä tuo oman panoksensa hoitosuunnitelmaan. Myös Isoherrasen (2005, 17-19, 31-32) mukaan kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta moniammatillisuutta tarvitaan.

Päihdeäidin hoitopolku Tampereella on tällä hetkellä muutoksen alla, uutta hoitopolkua työstetään parhaillaan. Pshp:ssa hoitopolkuun osallistuvien työntekoon uudistus ei juurikaan tule vaikuttamaan. Silti hoitopolun sisältö on vaihtelevasti työntekijöiden tietoisuudessa. Kaikki eivät välttämättä tunne käytäntöjä yhtä hyvin kuin toiset, jotka työskentelevät lähes päivittäin näiden asioiden parissa. Tähän vaikuttaa luonnollisesti myös yksittäisten työntekijöiden kiinnostus aiheeseen. Haastateltujen yleinen käsitys oli, että hoitopolku toimii tällä hetkellä kuitenkin melko hyvin. Yhteistyökäytäntöjen kehittäminen ja ylläpitäminen olisi oleellista hoitopolun toimivuuden kannalta. Tässä kohtaa ongelmaksi muodostuu juuri se, että eri tahot ovat eri asteisesti kiinnostuneita päihdeongelmaisten hoidosta. On vaikea luoda yhteistyökäytäntöjä kenenkään kanssa, jos toinen osapuoli ei osoita samanlaista kiinnostusta. Ratkaisuna tähän ongelmaan olisi, että etenkin yksiköiden johdot saataisiin sitoutumaan yhteistyöhön. Myös hoitopolkuun osallistuvien henkilöiden tietoisuutta tulisi lisätä, jotta jokainen tietäisi esimerkiksi mihin tahoon ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.

Yleisesti ajatellaan, että päihdeäitien määrä on kasvussa yhteiskunnassamme. Todellisuudessa on vaikea arvioida johtuuko se varsinaisesta määrän lisääntymisestä vai siitä, että heitä tunnistetaan entistä enemmän. Toisaalta tuntuu, että kaiken kaikkiaan tavalla tai toisella pahoinvoivien ihmisten määrä kasvaa jatkuvasti. Omalta osaltaan myös päihdeidenkäyttö vaikuttaa siihen, ja se päihdeidenkäyttöön. Joka tapauksessa, on päihdeäitien määrä sitten kasvussa tai ei, neuvolassa tapahtuva tunnistaminen on kaikkein tärkeintä. Myös haastateltavamme nostivat tämän asian ratkaisuehdotukseksi ongelman ennaltaehkäisyyn. Neuvolan henkilökunta tarvitsisi enemmän välineitä tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Oikeastaan neuvola on ainoa paikka, jossa päihdeitä käyttävä raskaana oleva nainen voidaan saada kiinni. Nyky-Suomessa neuvolajärjestelmä on

siirtymässä tai jo siirtynyt hyvinvointineuvola-järjestelmään. Tästä syystä pelkkää äitiysneuvolaa pitäviä terveydenhoitajia ei enää ole montaakaan ja tunnistaminen vaikeutuu entisestään. Jos terveydenhoitaja tapaisi jatkuvasti pelkkiä odottavia, hänelle kehittyisi tarkempi silmä havaita päihdeidenkäytöstä kertovia merkkejä.

Toinen päihdeongelman ennaltaehkäisyyn vaikuttava tekijä voisi olla se, että saataisiin ns. sukupolvien ketju katkaistua. Se tarkoittaa sitä, että ongelmat usein ovat lähtöisin lapsuudenkodista. Lapsi ottaa herkästi mallia vanhemmistaan ja ajautuu jo aikaisessa elämänvaiheessa helposti väärille raiteille. Jos jossain vaiheessa saataisiin parannusta perheen tilanteeseen, voitaisiin pysäyttää ongelmien kiertokulku. Ehkä jokaisen olisi ajateltava myös sitä, miten hoitaa työssään omalta osaltaan päihdeäitiä. Jokaisella on vastuu ja mahdollisuus vaikuttaa päihdeäidin elämän suuntaan.

Raskaana olevan päihdeongelmaisen pakkohoito on tunteita herättävä ja ajankohtainen aihe, josta käydään yhteiskunnallista keskustelua. Mielenkiintoista on puolesta ja vastaan, kuten kävi ilmi myös tutkimuksessamme. Yleinen näkemys on helposti se, että pakkohoito tulisi sallia, jotta tulevan lapsen terveys turvattaisiin. Suomessa kuitenkin sikiötä ei ajatella lain puitteissa henkilönä, joten tahdosta riippumatonta hoitoa ei voida toteuttaa sikiön hyvinvointia ajatellen. Lisäksi jokaisella henkilöllä on itsemääräämisoikeus, jota vastaan pakkohoitaminen sotii. Ongelmalliseksi pakkohoidon tekee myös se, että päihdeongelmaiset mahdollisesti salaisivat entistä enemmän käyttöönsä peläten joutuvansa saman tien pakkohoitoon. Haastattelemamme henkilöt toivat myös ilmi sen, että pakkohoidon olisi oltava äärimmäinen hoitokeino. Ensin tarjottaisiin mahdollisuutta vapaaehtoiseen hoitoon. Jos ensimmäisen raskauden aikana päihdeongelmainen joutuisi tahdonvastaiseen hoitoon, vaarana olisi se, että seuraavissa raskauksissa henkilö jättäisi kokonaan tulematta terveydenhuollon piiriin. Kirjallisuudessa esitetään pakkohoitoon liittyen vastaavanlaisia näkemyksiä (Heloma ym. 2006, 25).

Oli kiinnostavaa tutkia päihdeäidin hoitoon liittyviä erilaisia asioita. Työtä tehdessämme ja etenkin tutkimustuloksia läpikäydessämme syntyi monessa kohtaa ajatus siitä, että johonkin aiheeseen olisi mielenkiintoista perehtyä kattavammin. Päihdeäidin kohtaaminen on haasteellista ja moniulotteista. Tästä aiheesta saisi varmasti tehtyä hyödyllisen ja kiinnostavan opinnäytetyön. Toinen ehdotus voisi olla keskittyä pakkohoidon hyötyihin ja haittoihin, varsinkin, jos se tulevaisuudessa sisällytetään Suomen lainsäädäntöön.

däntöön. Lisäksi, jos Tampereen uusi hoitopolku valmistuu, voisi siihen tutustua ja mahdollisesti myöhemmin arvioida sen toimivuutta.

## LÄHTEET

Ahlström, S. 2005. Nainen ja alkoholi. Viimeksi muokattu 20.1.2005. Luettu 26.3.2008. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/291-nainen-ja-alkoholi>

A-Klinikkasäätiö, Lasinen lapsuus –projekti. FAS-lapsi - Raskaudenaikaisen alkoholin-käytön riskit. 1999. Painotalo Auranen.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 1997. Tästä on kyse- tietoa päihteistä. Uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hakkarainen, P. 2008. Huumeiden käyttö Suomessa. Viimeksi muokattu 1.4.2008. Luettu 5.4.2008. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa>

Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa?. *Duodecim*, 121(4):392-9.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heloma, A., Pesonen, S. & Yliruka, J. 2006. Neuvolan terveydenhoitajien käsitykset raskaana olevien naisten päihteidenkäytöstä ja tupakoinnista Etelä-Suomen läänissä. *Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 112*. Helsinki: Multiprint.

Hiltunen, T., Kujala, V. & Mattila, K. 2005. Näkyvä piilo – Päihdeongelmaisen naisen matka haavoittuneesta lapsuudesta eheyteen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmberg, T. 2003. Lapset ja vanhempien päihdeongelma. Saarijärvi: Lastenkeskus.

Huttunen, M. 2008. Päihdepotilaan tahdosta riippumattomat toimenpiteet. Viimeksi muokattu 8.9.2008. Luettu 7.5.2009. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Huumeongelmaisen hoito. Viimeksi muokattu 23.1.2006. *Duodecim*. Luettu 4.3.2008. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50041>

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. 1.-4. painos. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Vantaa: WSOY.

Keski-Kohtamäki, R. 2007. Päihteet ja raskaus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A. (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita Prima, 348-358.

Kujasalo, A. & Nykänen, H. 2005. Viinin viemää - nainen alkoholin ansassa. Hämeenlinna: Karisto Oy.



Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede-lehti*. Vol.11; no 1/99.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteen ammattilaisen päihdetyön perusteita. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Mitä ovat huumeet. Päivitetty 1.2.2008. Kansanterveyslaitos. Luettu 26.3.2008. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta/elintavat/huumeet/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/)

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luettu 4.5.2009. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Rautavuori, M. 2001. Fas-lapsi, nainen, perhe ja yhteiskunta. Helsinki: Hakapaino Oy.

Sairanen, S. 2005. Kannabis (marihuanan ja hasis). Viimeksi muokattu 5.2.2008. Luettu 26.3.2008. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/312-kannabis-marihuana-ja-hasis>

Sairanen, S. 2005. Opiaatit – morfiini ja heroini. Viimeksi muokattu 11.10.2006. Luettu 26.3.2008. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/315-opiaatit-morfiini-ja-heroini>

Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Strengell, P., Vahtola, M., Tammela, O. & Seppä, K. 2005. Raskaudenaikainen buprenorfiinihoito- riskit ja hyöty punnittava tarkkaan. *Duodecim*, 121(4):392-9.

Tammela, O. & Nuutila, M. 2008. Onko sikiöllä oikeuksia?. *Duodecim*, 124(4):356-7.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Valkonen, K. 2003. FAS – kuntoutusopas: näkökulmia fas- ja fae-lasten kuntoutukseen. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Österberg, E. 2006. Alkoholiveron alennus vuonna 2004 ja väkivaltarikollisuus. Luettu 26.3.2008. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/207/alkoholivakivalta.html>