



”PUUTTUA PALANEN”

Kristillinen päihdehoito päihdeasiakkaan näkökulmasta

Sari Nygård

**Opinnäytetyö
Huhtikuu 2008**

Sosiaali- ja terveysala



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) NYGÅRD, Sari	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 84	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/>	
Työn nimi ”PUUTTUVA PALANEN” – Kristillinen päihdehoito päihdeasiakkaan näkökulmasta.		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma: hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) JAKOBSSON, Maarit		
Toimeksiantaja(t) Hoitokoti Seukkala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa kristillinen päihdehoito on saamassa yhä enemmän jalansijaa suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä. Kysyntä laadukkaasta päihdehoidosta kasvaa ja tämän takia on tärkeää saada tutkittua tietoa aiheesta. Kristillisestä päihdehoidosta tutkimusta on tehty melko vähän verrattuna tavanomaiseen päihdehoitotyöhön.</p> <p>Opinnäytetyö on tehty Hoitokoti Seukkalaan, joka hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä kristillisiä periaatteita kunnioittaen. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää päihdeasiakkaan näkökulmaa kristillisestä päihdehoidosta. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita päihdeasiakkaan aikaisemmista kristillisistä kokemuksista, asenteista/ajatuksista kristillisyyttä kohtaan sekä tämänhetkisestä suhtautumisesta kristillisyyteen. Tutkimuksessa selvitetään myös mahdollisia kristilliseen päihdehoitoon liittyviä odotuksia. Tavoitteena on antaa lisätietoa hoitajille asiakkaan kohtaamiseen kristillisessä päihdehoitopaikassa ja antaa palautetta hoitokodille. Samoin tavoitteena on lisätä tietoa päihdehoitotyöhön ja erityisesti kristilliseen päihdehoitotyöhön.</p> <p>Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeilla ja kahdella teemahaastattelulla. Kohdejoukkona oli erään kuukauden aikana hoitokodissa olevat asiakkaat. Aineistoa analysoitiin sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin keinoin.</p> <p>Tulosten mukaan kokemusta kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen hoitoa on kaikilla vastaajilla. Lisäksi suurin osa mieltävät kokemukset myönteisiksi. Hoitokotiin tullessa enemmistöllä oli myönteiset ajatukset ja asenteet kristillisyyttä kohtaan, ja selkeästi enemmistöllä on myönteinen suhtautuminen kristillisiin asioihin. Iso osa vastaajista kokee kristilliset asiat uusina. Kristillisiä asioita suurin osa vastaajista toivoo sisältyvän hoitoon usein, ja erityisesti rukous, kristilliset tapahtumat, sielunhoito ja hartaudet nousevat toiveiden kohteiksi.</p> <p>Kristillisessä päihdehoidossa on tärkeää hoitajan huomioida asiakkaan aikaisemmat kokemukset kristillisyydestä/hengellisyydestä, ja tätä kautta selvittää mahdollisia ajatuksia ja asenteita kristillisyyttä kohtaan. Hoidon onnistumisen kannalta on hyvä tiedostaa, onko suhtautuminen myönteistä vai onko taustalla pelkoja tai varauksellisuutta. Laadukasta hoitoa voidaan antaa huomioimalla asiakkaan odotukset ja toiveet kristillisyyden/hengellisyyden suhteen hoidossa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Hoitokoti Seukkala, päihdehuolto, päihdetyö, kristillisuus, hengellisyys, asenteet, suhtautuminen, odotukset, toiveet		
Muut tiedot		

Author(s) NYGÅRD, Sari	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 84	Language finnish
	Confidential Until <input type="text"/>	
Title “Missing piece” – Christian addiction nursing from clients viewpoint in addiction nursing.		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) JAKOBSSON, Maarit		
Assigned by Hoitokoti Seukkala		
Abstract <p>There is increasingly place for christian addiction nursing in Finnish addiction service system. There is also more call for good quality substance abuse treatment and because of this we need more research about the issue. It has been done quite little research about christian addiction nursing compared with so to say conventional addiction nursing.</p> <p>This Bachelor´s Thesis has been done to Seukkala nursing home. Nursing home takes care of people who suffer from different mental and addiction problems. The Seukkala uses christian principles basis of the nursing. Purpose of the Bachelor´s Thesis is to find out these client´s viewpoint of christian addiction nursing. Client´s previous experiences of christianity/spirituality, thoughts/attitudes toward christianity berofe nursing are taken interest in this survey. It is paid attention for client´s present view of christianity and potential expectations for christian addiction nursing in the survey. The goal is to give more information for nurses to meet clients in christian nursing home. The survey´s goal is also to give feedback to Seukkala. In addition there is goal to give more knowledge to addiction nursing, and specially to christian addiction nursing.</p> <p>The material of the survey was collected by questionnaire forms and two theme interviews. These were collected during one month. The material was analysed using quantitative and qualitative methods.</p> <p>According to results all participants of this survey have previous experience of christianity/ spirituality. Most respondents consider experiences as quite positive. The survey tells clients arriving to Seukkala thoughts/attitude toward christianity were mostly positive. Also present view of christianity was mostly positive. Still most clients regard the christian things as new things. Most participants of survey hope christian things to include nursing many times in a week, and especially prayer, christian happenings, pastoral care and devotions were desired.</p> <p>As nurse in christian addiction nursing it´s important to observe client´s previous christian/spiritual experiences, and in this way to clarify present thoughts and attitudes toward christianity. It´s good to know if the client´s view of christianity is positive or if there are some fears or reserve. We can give good quality care if we take account of clients aspirations and expectations for christianity in care.</p>		
Keywords Seukkala nursing home, substance abuse treatment Centers, Christianity, Spirituality, attitude, aspiration		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 PÄIHTEET JA PÄIHDEHOITO.....	4
2.1 Päihteiden käyttäjä	4
2.2 Riippuvuus ja eri päihteet	5
2.4 Päihteidenkäytön syitä.....	10
2.5 Tilastoja alkoholista ja huumeista vuosilta 2004-2005	12
2.6 Päihteisiin liittyvä lainsäädäntö, alkoholi- ja huumepolitiikka ja päihdepalvelujen laatusuositukset.....	13
2.8 Päihdehoidon järjestelmät ja palvelut Suomessa	15
2.9 Ennalta ehkäisevä päihdetyö, varhaisvaiheen päihdetyö, hoitava ja kuntouttava päihdehoitotyö.....	18
2.10 Hoitotyön periaatteet, hoitoprosessi ja hoitotyön mallit	22
2.11 Päihdeprosessista toipuminen	24
2.12 Sairaanhoidajan edellytykset päihdehoitotyössä.....	26
3 KRISTILLISYYS JA PÄIHDEHOITO.....	27
3.1 Kristillinen päihdehoito Suomessa.....	27
3.2 Kristillisyyden näkyminen päihdealan kirjallisuudessa	28
3.3 Hengellisyys, uskonnollisuus, hoitoteologia, kristillinen ihmiskäsitys - käsitteiden määrittelyä.....	31
3.4 Hengellisyyden huomiointi hoitotyössä	34
3.5 Aikaisemmat tutkimukset tutkimuskysymyksiini liittyen	36
4 HOITOKOTI SEUKKALA	43
5 YHTEENVETOA TEORIAPOHJASTA.....	44
6 TUTKIMUSKYSYMYKSET	46
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	46
7.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus – triangulaatio	46
7.2 Tutkimusaineiston hankkiminen	47
7.3 Aineiston analysointikeinoja ja tuloksien saaminen	47
8 TUTKIMUSAINIESTON PURKU	49
8.1 Kyselylomakkeet.....	49
8.2 Teemahaastattelut.....	59
9 TULOKSET	60
10 POHDINTA.....	65

	2
10.1 Teoriapohjan ja tutkimuksen tuloksien yhdistämistä	65
10.2 Tutkimuksen tehtävän ja tavoitteiden toteutuminen ja sen hyöty hoitokoti Seukkalalle.....	69
10.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	70
10.4 Jatkotutkimusideoita	72
LÄHTEET	73
LIITTEET	77
LIITE 1. Yhteistyösopimus	77
LIITE 2. Kyselylomake	79

KUVIOT

KUVIO 1. Miten asiakas tulee Seukkalaan?	50
KUVIO 2. Aikaisemmat kokemukset kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaan	51
KUVIO 3. Minkälaista kristillistä/hengellistä kokemusta ennen Seukkalaan?.....	51
KUVIO 4. Ajatukset kristillisyydestä ensimmäisen kerran asiakkaaksi Seukkalaan tullessa	52
KUVIO 5. Asenne kristillisyyttä kohtaan ensimmäisen kerran asiakkaaksi Seukkalaan tullessa	53
KUVIO 6. Onko Seukkalassa ollessa ajatuksissa/asenteissa kristillisyyttä kohtaan tapahtunut muutosta?.....	54
KUVIO 7. Odotukset hoidon kristilliselle toiminnalle	56
KUVIO 8. Kuinka paljon kristillistä toimintaa toivotaan hoidon aikana?.....	57
KUVIO 9. Toivomukset henkilökunnalle kristillisen hoidon suhteen.....	57
KUVIO 10. Kokemus Seukkalalan hengellisestä/kristillisestä toiminnasta	58

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Suhtautuminen kristillisyyteen hoidon aikana.....	55
---	----

1 JOHDANTO

Tehdessä ensimmäistä päihdehoitotyön harjoittelua Hoitokoti Seukkalaan ei tutkija vielä tiennyt tulevansa tekemään opinnäytetyötä samaan paikkaan. Harjoittelussa tuli pohdittua paljon päihdeasiakkaan ja kristillisen hoidon yhdistelmää. Vähän myöhemmin tuli idea, että tässä on oiva tilaisuus tutkia päihdeasiakkaan kristillistä hoitoa, josta on tehty melko vähän tutkimusta.

Hoitotyön prosessissa korostetaan yksilöllisten tarpeiden huomioonottamista (ks. esim. Inkinen, Partanen & Sutinen 2000). Tällöin hoitotyössä tarpeisiin kuuluvat myös potilaan hengelliset tarpeet. On perusteltua ottaa huomioon potilaan mahdolliset hengelliset tarpeet, sillä useissa tutkimuksissa on todettu esimerkiksi uskolla olevan myönteinen vaikutus terveyteen, ja lisäksi joissakin tutkimuksissa on todettu uskon vaikuttavan myönteisesti päihdekierteestä selviytymiseen. (Ks. esim. Auranen, Eerikäinen, Holopainen-Jänis, Iivarinen, Ketolainen, Kolehmainen, Piippo, Svahn & Valopaasi. 1996; Harju 2004; Tamminen 2000; Wilding, Muir-Cochranen & Mayn 2006.)

Tavanomaisten päihdehoitopaikkojen rinnalle ovat vakiintumassa yhä enemmän kristillisten periaatteiden omaavat päihdehoitopaikat. Tämän vuoksi on tärkeää saada tutkittua tietoa lisää toiminnan tueksi. Niemelä (1999) on tutkinut laajassa väitöskirjassaan Suomen kristillisiä päihdehoitopaikkoja, niiden perusarvoja ja toimintaa.

Päihteiden käyttö on kasvava ongelma, ja etenkin nuortenaikuisten ja keski-ikäisten parissa alkoholia käytetään eniten (ks. päihdetilastollinen vuosikirja 2006). Lisäksi yhä enemmän on sekakäyttöä ja yhä useampia päihteitä tarjolla (ks. Dahl & Hirschovits). Tähän valtio on reagoinut muun muassa alkoholiohjelmalla, huumausainepoliittisella toimenpideohjelmalla ja lainsäädännöllä. Laadukasta päihdehoitoa tarvitaan yhä enemmän. Päihdepalveluita olisi yhdenmukaistettava, sillä palveluissa on vielä hajanaisuutta (ks. Valkonen 2005). Päihdeasiakkaan auttamiseen on panostettava, jotta päästään hyviin hoitotuloksiin.

Ihmiset ovat hyvin erilaisia ja käsitykset kristillisyyttä/hengellisyyttä kohtaan vaihtelevat. Tämän takia tässä tutkimuksessa halutaan selvittää päihdeasiakkaan aikaisempia kokemuksia, ajatuksia ja asenteita kristillisyydestä ennen kristilliseen päihdehoito-

paikkaan saapumista. Tutkitaan, minkälainen suhtautuminen heillä on tällä hetkellä kristillisyyttä kohtaan kristillisessä hoitopaikassa ja lisäksi kartoitetaan mahdollisia odotuksia kristilliselle hoidolle.

Aihe tutkijan ammatillisuudelle on kehittävä, sillä tutkija suuntautuu mielenterveys- ja päihdehoitotyön. On hyvä syventää osaamistaan keskittämällä opinnäytetyö samaan aihepiiriin. Lisäksi aihe on ajankohtainen ja tärkeä.

Tärkeänä tehtävänä on selvittää päihdeasiakkaan näkökulma kristillisestä päihdehoidosta. Tavoitteena on antaa lisätietoa hoitajille päihdeasiakkaan kohtaamiseen kristillisessä hoitopaikassa ja antaa palautetta kristilliselle päihdehoitopaikalle, Seukkalalle. Tavoitteena on myös lisätä tutkittua tietoa kristillisestä päihdehoidosta.

Tutkimus on tehty Hoitokoti Seukkalaan, jossa toimintaa ohjaavat kristilliset arvot. Tutkimus on sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen tutkimus. Tarkoituksena on keskittää tulokset Hoitokoti Seukkalaan eivätkä ne ole suoraan sovellettavissa muihin päihdehoitopaikkoihin. Laajalla kirjallisuuskatsauksella ja teoriapohjalla pyritään tutkimusaineiston ohella tuomaan tukevaa tietoa sekä kristilliselle että tavanomaiselle päihdehoidolle.

2 PÄIHTEET JA PÄIHDEHOITO

2.1 Päihteiden käyttäjä

Päihteenkäyttäjä on ihminen, asiakas tai potilas, joka käyttää jotakin päihdettä tai useampaa päihdettä. Käyttö voi olla kokeilu-, satunnaiskäyttöä, säännöllistä tai ongelmakäyttöä. Kokeilukäytössä käyttäjä ei tunnista aineen riskejä, eikä ymmärrä miellyttävien ominaisuuksien tavoittelussa olevan mitään pahaa. Mikäli kokeilu vaikuttaa positiiviselta, riski satunnaiskäyttöön kasvaa. Tällöin päihdettä käytetään satunnaisesti, esimerkiksi juhlapyhinä. Säännölliseen käyttöön liittyy jo suurikäytön piirteet, jolloin sopeutumisvaihe käynnistyy: ainetta on saatava yhä enemmän, mutta silti käyttäjä kokee hän ”hallitsevansa” käytön. Tässä vaiheessa kovat vieroitusoireet ovat nähtävissä. Ongelmakäytössä muun muassa käyttäjän persoonallisuus muuttuu, yksilö syrjäytyy ja läheiset kärsivät, kun aineesta tulee riippuvuuden kohde. (Dahl & Hirschovits

2002, 211-213; Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 12; Saarelainen, Stengård & Vuorikemilä 2001, 39-40; Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 221.)

Humanistisessa ihmiskäsityksessä päihteenkäyttäjää nähdään olevan jatkuvassa muutosprosessissa, joka kykenee osallistumaan muutokseen ja kykenee tiedostamaan itsensä ja ympäristönsä. Vaikka voidaan tarkastella jokaisen ihmisen tarinaa erilaisena kokonaisuutena, siitä huolimatta on todettu päihdeongelmaisilla olevan joitakin samoja piirteitä. Näitä ovat heikko itsearvostus, psyykkisten itsesääätelykeinojen niukkuus, sosiaalisten taitojen puutteellisuus, kärsimyksen ja ahdistuksen tunteminen, häpeän ja syyllisyyden tunteet. Toisaalta yksilöllä on usein myös ihmeellisiä voimavaroja ja selviytymiskeinoja. (Inkinen ym. 2000, 15; Saarelainen ym. 2001, 64-66.)

Ongelmakäyttö johtaa päihderiippuvuuteen, joka voidaan diagnosoida ICD-10 tai DSM-IV:n mukaan. Näistä lisää seuraavassa kappaleessa. Päihdekuntoutuja on taas yksilö, joka hakeutuu vapaaehtoisesti hoitoon päihteiden käytön aiheuttaman haitan takia (Suvikas ym. 2006, 222).

2.2 Riippuvuus ja eri päihteet

Riippuvuutta voidaan tutkia useasta näkökulmasta esimerkiksi aivotutkijalla, psykologilla, sosiaalialan työntekijällä ja papilla on kullakin oma näkemysensä riippuvuudesta. Toisaalta riippuvuutta voidaan ajatella elinehtona, jota ilman ei ole elämää. Puhutaan muun muassa riippuvuutta hapestä, ravinnosta, tai sosiaalisesta riippuvuudesta ja kulttuurillisesta riippuvuudesta. Riippuvuus muuttuu negatiiviseksi, kun se ehdollistaa muuta elämää aiheuttaen monenlaisia ongelmia. Positiivinen riippuvuus liiallisena kääntyy negatiiviseksi. (Dahl & Hirschovits 2002, 263; Heikkilä 2005, 18.)

Riippuvuutta voi olla aineriippuvuutta ja systeemiriippuvuutta. Aineriippuvuus liittyy kemialliseen aineeseen, joka aiheuttaa riippuvuuden. Systeemiriippuvuudessa on kyse toiminnan aiheuttamasta riippuvuudesta kuten seksiriippuvuus. Periaatteessa riippuvuus voi kuitenkin kehittyä melkein mihin tahansa asiaan, joka tuo käyttäjälleen mielialan kohotusta. ”Päihde” voidaan ymmärtää täten myös laajemmassa merkityksessä. Riippuvuus voidaan jaotella myös psyykkiseen (henkinen/sielullinen), sosiaaliseen ja fyysiseen riippuvuuteen. Psyykkisessä riippuvuudessa yksilö on riippuvainen tunnetilasta, jonka hän saa päihteellä aikaan. Tällöin aineen jatkuvaa käyttöä tavoitellaan, että

vieroitusoireet eivät iskisi päälle. Usein päihteidenkäyttäjät kuuluu johonkin tiettyyn ryhmään, hakee seuraa tai torjuu masennusta, jolloin voidaan puhua sosiaalisen puolen riippuvuudesta. Fyysisessä riippuvuudessa elimistö tottuu päihteeseen ja toleranssi kasvaa. Tällöin lopettaminen johtaa vieroitusoireisiin. (Dahl & Hirschovits 2002, 265-267; Heikkilä 2005, 17; Hellsten 2003, 125.)

Riippuvainen ihminen on yleensä hyvin jääräpäinen ja tietynlainen luonteen lujuus ylläpitää riippuvuutta. Riippuvuudessa sisäinen pakko hallitsee elämää ja ihminen on voimaton riippuvuutensa suhteen. Jokaisella riippuvaiselle on tyypillistä, että alkuaan toiminta on tuottanut nautintoa, ja on pystynyt toiminnan loppuessa vielä jatkamaan normaalia elämää. Mutta kun elämyksiä toistuvasti haetaan toiminnan/aineen käytön avulla, tästä tulee itsetarkoitus. Pikkuhiljaa ihminen jää yksin ongelmansa kanssa ja normaaliin elämään takaisinpääsemiseksi on ponnisteltava paljon. Riippuvaiselle normaali elämä ei tuo riittäviä tunteita. Riippuvuuskäyttäytyminen on keinotekoinen tunteiden lähde. Riippuvuus ikään kuin peittää alleen aidot tunteet ja oman itsemme. Todellinen vuorovaikutus ympäristön kanssa estyy. Lisäksi riippuvuuteen kuuluu muutoksen pelko. Riippuvuus voi johtaa jopa kuolemaan. Toisaalta meistä kaikista ei tule riippuvaisia koskaan. (Heikkilä 2005, 17, 18, 20, 21, 26-27.)

On myös pohdittu, määritteleekö yhteiskunta ei-toivottavan riippuvuuden, esimerkiksi alkoholisteja helposti tuomitaan, kun taas kahvinjuojia ei. Puhutaan myös läheisriippuvuudesta, joka liittyy hyvin päihderiippuvuuteen. Läheisriippuvuus ilmenee päihdeongelmaisen läheisissä, jotka pyrkivät sopeutumaan päihdeongelmaan. Läheiset voivat jopa vahvistaa käyttäytymisellään päihdeongelmaa. Läheisriippuvuus voidaan tulkita sairaudeksi tai sen kaltaiseksi tilaksi, jossa läheinen on kykenemätön käsittelemään tilannetta. On tutkittu, millainen ihminen ylipäätään voi jäädä johonkin riippuvaiseksi. Tällaisia ennakoivia piirteitä ovat muun muassa alhaisen turhauman sietokyky, levoton ja elämyksiä etsivä luonne, halu kokea asiat heti ja impulsiivisuus. Tällöin addiktin persoonallisuus ei ole kehittynyt kovin suotuisasti, jolloin myöskään tunnekoke-
muksien kanssa ei ole niin helppoa tulla toimeen. (Dahl & Hirschovits 2002, 273-274; Heikkilä 2005, 23; Hellsten 2003, 82-83.)

Lääketieteessä riippuvuus diagnosoidaan joko ICD-10 luokituksen tai DSM-IV:n mukaan. ICD-10 luokituksen mukaan kuudesta kriteeristä kolmen tai useamman on esiinnyttävä yhtäjaksoisesti kuukauden ajan viimeisempien 12 kuukauden aikana

tai toistuvasti, jos jaksot ovat kuukautta lyhyempiä. Näitä kriteereitä ovat muun muassa: voimakas himo ottaa päihdettä, heikentynyt kyky hallita päihteen käytön lopettamista, aloittamista tai määrää, sietokyvyn kasvu ja vieroitusoireiden esiintyminen käytön päättyessä tai vähentyessä. DSM-IV:ssä riittää, että vähintään kolme kriteeriä seitsemästä esiintyy 12 kuukauden aikana, ja samaan aikaan niiden ei tarvitse esiintyä. Kriteerit ovat tässäkin luokituksessa melko samanlaiset kuin ICD-10:ssä. (Poikolainen 2003, 77.)

Dahlin ja Hirschovitsin (2002, 5) mukaan päihteet voidaan jaotella seuraavasti: **kofeiini, tupakka, alkoholi ja huumausaineet**, jotka jaetaan vielä kannabikseen, hallusinoogeneihin, keskushermostoa kiihottaviin ja keskushermostoa lamaaviin. Lisäksi eri **lääkkeitä** (neuroosi-, uni-, masennus-, särky- ja kipulääkkeitä) käytetään huumeruokituksessa. **Efedriini** väärinkäytettynä luetaan myös huumausaineisiin. Päihteiden käytöksi voidaan luokitella myös **doping, imppaus, yrttihuumeet, korvikealkoholit ja energiajuomat**. Päihteet vaikuttavat kehoon hyvin erin tavoin riippuen muun muassa aineesta, sen epäpuhtaudesta, käyttötavasta ja määrästä. (Dahl & Hirschovits 2002, 5, 81, 94, 97, 109, 115, 120; Inkinen ym. 2000, 57.) Keskityn seuraavaksi tarkemmin vain alkoholiin ja huumeisiin.

Alkoholi on monissa maissa yleisesti hyväksytty aikuisten laillinen päihde. Sitä voidaan käyttää monessa tarkoituksessa: haetaan mielihyvää, rentoudutaan, poistetaan jännitystä ja laukaistaan estoja. Alkoholi on käytetty aine myös teollisuudessa (esimerkiksi puhdistusaineet). Alkoholin juomisen seurauksia on monia. Välitön seuraus on päihtymys, joka ilmenee ensin nousuhumalana. Jos juomista jatketaan tulevat keskittymiskyvynhäiriön esiin, vähitellen myös liikkeet hidastuvat ja kömpelyyttä esiintyy. Mikäli veren alkoholipitoisuus nousee yli kahden promillen, alkaa alkoholi vaikuttaa kuten nukutusaine. Tajunta heikentyy ja ihminen sammuu. Alkoholimyrkytys seuraa, mikäli veren alkoholipitoisuus nousee yli neljän promillen. Tällöin hengityskeskus voi lamaantua. Tappava veren alkoholipitoisuus vaihtelee riippuen käyttäjästä. Lapsen maksa ei pysty polttamaan alkoholia samoin kuin aikuisen ihmisen ja vanhuk- sella kehon vesipitoisuus on pienentynyt, jolloin humalluttava vaikutus on kasvanut. Alkoholin kielteisiä vaikutuksia ovat muun muassa häiriöt aivojen verenkierrossa, rytmihäiriöt, sydäninfarktit, akuutit haimatulehdukset, pinnetilat, unen häiriöt ja erilaiset tapaturmat. Alkoholi aiheuttaa myös maksasairauksia, ruuansulatuskanavan ongelmia, iho-ongelmia, vitamiinipuutoksia, muutoksia hormonitoiminnassa ja viina-

kramppeja (vieroitusvaiheessa epileptiakohtauksen kaltainen). (Dahl & Hirschovits 2002, 133-136; Inkinen ym. 2000, 61-63.)

Juomisen aikana elimistö pyrkii sopeutumaan alkoholiin, jolloin niin sanottu toleranssi kasvaa. Tällöin myös krapula ja vieroitusoireet ilmenevät. Krapula- nimitystä käytetään silloin, kun henkilö kärsii tyypillisistä oireista alle 3 vuorokautta kestäneen juomisen jälkeen. Mikäli juominen on kestänyt kauemmin, puhutaan jälkitilasta vieroitusoireina. Krapulaoireita ovat muun muassa suolisto-oireet, väsymys, ahdistus, oksentelu, pulssin kiihtyminen ja pahoinvointi. Riittävänä hoitona on yleensä lepo. Varsinaiset vieroitusoireet viittaavat fyysiseen riippuvuuteen. Oireisiin kuuluu muun muassa levottomuutta, vapinaa, kouristuskohtauksia, psykoosia, näkö- ja kuuloharhoja. Oireet alkavat noin puoli vuorokautta juomisen jälkeen ja 2-3 vuorokauden raittiuden jälkeen tila voi vielä äkillisesti huonontua. Kyseessä voi olla juoppohulluus, joka hyvin hoidettuna on hyväennusteinen. Tilaan liittyy kiihtymystä, pelkoa, verenpaineen nousua, hikoilua, ripulia ja harha-aistimuksia. Yhtenä hoitona on lääkehoito. Välittömistä vieroitusoireista toipuu yleensä suurin piirtein viikossa. (Dahl & Hirschovits 2002, 138-139.) Alkoholilla on monia muitakin seuraamuksia fyysisten lisäksi kuten sosiaaliset ongelmat (perheiden hajoaminen, syrjäytyneisyys ym.), taloudelliset ongelmat ja psyykkiset ongelmat.

Alkoholien lisäksi ovat korvikealkoholit, joita ovat pirttu, glykoli, isopropanoli ja metanoli. Korvikkeita käytetään yleensä pitkälle alkoholisoituneiden keskuudessa. Käytön syynä on usein helppo saatavuus, halpa hinta ja korkea alkoholipitoisuus. (Dahl & Hirschovits 2002, 142-143.) Korvikealkoholit voivat aiheuttaa hyvinkin kohtalokkaita seurauksia.

Kannabistuotteita on hasis, marihuana ja kannabisöljy (Dahl & Hirschovits 2002, 7). Kannabis pysyy elimistössä pitkään vaikuttaen keskushermostoon monin tavoin. Huume vaikuttaa monina fyysisinä oireina (kuten pulssin nousu, verenpaineen vaihtelu, painon nousu) ja psyykkisinä oireina (vetäytyminen, illuusiot, tokkuraisuus). Hallusinogeenit aiheuttavat muun muassa aistiharhoja ja näihin luetaan LSD, DMT, jotkin sienet, Meskaliini ja PCP. DMT:n vaikutukset ovat samanlaisia kuin LSD:n, mutta usein rajumpia. Huumesienet otetaan joko syömällä, juomalla tai polttamalla. Meskaliini on kapselin tai nesteenmuodossa, ja sitä esiintyy tietyissä kaktuksissa. Käyttö on lähinnä Keski- ja Etelä-Amerikassa. PCP:tä myydään katukaupassa usein sekoitettuna

muihin huumeisiin tai myydään sellaisenaan LSD:nä tai ekstaasina. Tämä aine vaikuttaa stimuloivana, lamaavana, hallusinogeenisenä tai kipua lievittävänä. Oireet voivat vaihdella annoksesta riippuen aistiharhoista hengityksen lamaantumiseen. (Dahl & Hirschovits 2002, 7, 8, 9, 17, 21, 22, 25, 26, 27.)

Keskushermostoa kiihdyttäviä aineita ovat amfetamiini ja sen johdannaiset, hallusinogeeniset amfetamiinijohdannaiset, kokaiini ja sen johdannaiset sekä khat. Amfetamiini vapauttaa varsinkin dopamiini - välittäjäainetta keskushermostossa. Aineen seurauksia ovat muun muassa väsymys, ahdistus, masennus, tulehdukset, keskushermostovauriot. Amfetamiini johdannaista ovat metamfetamiini, ice ja cat. Hallusinogeenisiin amfetamiinijohdannaisiin kuuluvat taas ekstaasi, BDB, 2-CB, 2-CT-7, DOB, DOM, MBDB, MDA, MDEA, MDOH, MMDA, 4-MTA, PMA ja TMA. (Dahl & Hirschovits 2002, 31, 33, 37, 38, 40, 46-49.)

Kokaiini vaikutus perustuu monoamiinin toiminnan vahvistumiseen. Tätä käytetään huumaamistarkoituksessa nuuskaamalla, suonensisäisesti tai polttamalla. Vaikutukset ovat monenlaiset kuten rintakivut, hengitysvaikeudet, vapina, lihasnykäykset, euforia, itsevarmuus. Johdannaiset ovat crack, free-base, cocabase. Khat saadaan catha edulis -kasvista. Tämän puun lehtien pureskelu on perinteinen tapa Itäisessä Afrikassa ja Arabian niemimaan lounaisosissa. Aine aiheuttaa esimerkiksi sympaattisen hermoston kiihottumista, päänsärkyä, kasvojen punoitusta, ummetusta, aggressiivisuutta, psyykoottisia oireita ja aistiharjoja. (Dahl & Hirschovits 2002, 51, 52, 55, 57, 58.)

Keskushermostoa lamaavia aineita ovat opiaatit ja GHB. Opiaatit eli opioidit ovat muun muassa oopiumi, morfiini ja heroini. Opiaateista päihtymistarkoituksessa pyritään hakemaan hyvänolontunnetta ja kivun lievitystä. Sietokyky opiaatteihin kehittyy nopeasti ja oireita ovat esimerkiksi pulssin hidastuminen ja rytmihäiriöt. Opiaatteihin luetaan myös buprenorfiini, joka väärinkäytettynä on riippuvuutta aiheuttava huume. Buprenorfiini on ollut vuosia käytössä vahvana kipulääkkeenä. GHB luokitellaan Suomessa lääkeaineeksi, jonka toimittamiseen apteekista tarvitaan erityislupa. Väärinkäytettynä aine on huumetta, jonka vaikutuksia ovat muun muassa sekavuus, muistihäiriöt, euforia, hallusinaatiot ja hengitysvaikeudet. (Dahl & Hirschovits 2002, 61, 63, 65, 67, 75, 76.)

Sekakäytöksi kutsutaan tilaa, jolloin käyttäjä käyttää vuorotellen tai sekaisin eri päihkeitä. Henkilö voi käyttää esimerkiksi välillä kiihdyttäviä ja välillä lamaavia aineita, tai tarkoituksena voi olla vain ”pään sekaisin saaminen”. Yleisempää on lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö, joka on aina hyvin arveluttavaa. Lääkkeillä voidaan yrittää vahvistaa päihtymystä tai lievittää pahanolon tunnetta. Sekakäytössä saattaa syntyä päinvastaisia vaikutuksia kuin on odotettu, lisäksi vaikutus voi kestää pitempään kuin haluaisi, ja vieroitusoireet voivat vaihdella ja ilmaantua eri aikoihin. (Dahl & Hirschovits 2002, 147-150.)

Tarkoituksena ei ole lähteä tarkemmin kuvaamaan jokaista päihdettä erikseen vaan keskitytään työn kannalta enemmän itse päihdehoitoon. Toisaalta päihdehoitotyössä toimivan sairaanhoitajan on hyvä tietää eri päihteistä ja niiden vaikutuksista voidakseen auttaa ja ymmärtää päihdeasiakasta paremmin.

2.4 Päihteidenkäytön syitä

Tamminen (2000) kirjoittaa päihteiden käytön syistä viitaten Fingaretteen (1989) sekä Valianttiin (1983), joiden mukaan alkoholismien syitä voidaan tutkia biologisen, psykologisen ja sosiaalis-kulttuurisen näkökulman kautta. Valiantin ja Fingaretin mukaan geneettisellä perimällä on osoitettu olevan vaikutusta alkoholisoitumisriskiin. Tästä esimerkkinä mainitaan miehet, joiden biologisissa vanhemmissa on alkoholisteja, saavat melkein nelinkertaisen riskin alkoholistiin sairastumiseen kuin ne miehet, joilla ei ole biologisissa vanhemmissa alkoholisteja. Psykologian puolella syiksi on löydetty esimerkiksi sosiopaattisuus, egosentrisyys, kyvyttömyys sietää psyykkistä jännitystä, itsetunnon ja latentti homoseksuaalisuus. Lisäksi alkoholisteilla on noin kaksi kertaa suurempi riski saada psyykkisiä ongelmia verrattuna väestöön, jolla ei ole alkoholiongelmia. (Mts. 18-19.) Tamminen (2000) viittaa Leontjeviin (1977) tarkentaessaan psykologian osuutta päihderiippuvuuden synnyssä. Alkoholin juominen voi olla biologisesti täysin järjetöntä, mutta psykologisesti se voi tuottaa hyvää. Tällöin tiukan paikan tullen psykologinen hyvä voi voittaa biologisen hyvän. (Mts. 25.) Tamminsen (2000) mukaan päihderiippuvuuden yleisyys on myös sidoksissa vallitsevan kulttuurin merkityksiin ja päihteiden saatavuuden helppouteen/vaikeuteen. Nämä syyteoriat ovat vain yksi muista eikä välttämättä sen todempia kuin muutkaan teoriat. (Mts. 17, 20.)

Mielenkiintoinen malli päihdekeskeisestä elämästä kerrotaan myös Halosen (2006) tutkimuksessa, jossa viitataan Fabriukseen, Seppänen-Leimaseen, Ahokakseen ja Kanerva (2005). Fabriuksen ja muiden (2005) mallissa alkoholin käytön vaiheita kuvataan riskitilanteesta seurauksiin. Päihteenkäyttö alkaa riskitilanteen myötä ja aktiivisia ärsykeitä voivat olla sisäiset tai ulkoiset tekijät esimerkiksi raha, väsymys, epäonnistuminen. Tilanne synnyttää myönteisiä ajatuksia päihteiden käyttöön liittyen, ja erilaiset mielikuvat ja tunteet voivat voimakkuutensa takia johtaa siihen, että yksilö myöntää luvan itselleen aineen käyttöön. Luvan ”saatuaan” yksilö hankkii päihdettä ja aloittaa sen käyttämisen. Tällöin kyseessä on relapsi raittiin kauden jälkeen tai käytön jatkuminen. Käyttämisestä koituvat kuitenkin seuraukset, jotka voivat välittömästi tai viiveellä vaikuttaa ja hankaloittaa elämää. Hankaluudet taas altistavat lisää riskitilanteille ja näin käytön kehä umpeutuu. (Mts. 17, 18.)

Niemelä (1999) tutkii päihdeongelman luonnetta ihmisen eri olemuksista käsin. Kehollisuudella, tajunnallisuudella, henkisyudellä ja elämäntilanteisuudella on vastaava problematiikkatyypinsä. Kehollisuus viittaa fyysisyyteen, tajunnallisuus psyykkiseen puoleen ja henkisyys todellistumiseen kokonaispersoonana. Tämä kokonaisuus on taas suhteessa ympäröivään todellisuuteen, jolloin puhutaan elämäntilanteisuudesta eli situaatiosta. (Mts. 38, 50-51.) Niemelä (1999, 52) viittaa Rauhalan (1983), jonka mukaan on olemassa päihdeongelmaa, joka liittyy ensisijaisesti joko kehollisuuteen, situationaalisuuteen, tajunnallisuuteen tai henkiseen puoleen. Rauhala korostaa, että otettava huomioon olemuksien vuorovaikutus keskenään ja tuskin ikään päihdeongelma voi esiintyä pelkästään jossakin olemismuodossa. Niemelä (1999) kirjoittaa, että usein juuri henkinen himo unohdetaan. Henkisen puolen tavoitteena on ylläpitää kokonaispersoonan eheyttä, hyvinvointia sekä tasapainoa. Päihteiden liikkakäyttö voi liittyä esimerkiksi elämän tyhjyyteen, tarkoituksettomuuteen ja päämäärättömyyteen. Samoin esimerkiksi alkoholin liikkakäyttö voi tarkoittaa ihmisen henkisen puolen ohjauksen siirtymistä johonkin toiseen jäljellä oleviin olemispuoliin. Tällöin alkoholikäyttöön voi syntyä ”pakottavia” merkityssuhteita ilman, että henkinen kokonaispersoonan kykenisi puuttumaan peliin. Vaikka hengellisyys on sidottu muihin olemisen muotoihin (tajunnallisuus, situationaalisuus ja kehollisuus), on se silti aidosti oma problematiikkatyypinsä. (Mts. 53, 55-56.)

2.5 Tilastoja alkoholista ja huumeista vuosilta 2004-2005

Vuonna 2005 alkoholijuomien kokonaiskulutus lisääntyi vuodesta 2004 2,5 prosenttia. Lähes 93 prosenttia aikuisväestöstä käyttää alkoholijuomia, joista suurkuluttajia arvioidaan olevan 6-12 prosenttia. 2005 vuonna kirjattiin 26 667 alkoholiin liittyvää hoitajaksoa sairaaloista ja terveyskeskuksien vuodeosastoilta. Tämä määrä oli noin prosentin suurempi kuin vuonna 2004. Alkoholisairauksiin ja myrkytyksiin kuoli 2033 henkilöä vuonna 2005, joka oli edellistä vuotta 173 henkilöä suurempi lukumäärä. Asukasta kohden laskettuna alkoholijuomia ostettiin 718 eurolla vuonna 2005. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 17, 21, 22.) Lisäksi Lock, Kaner, Heather, Doughty, Crawshaw, Namee, Purdy ja Pearson (2006, 427) viittaavat artikkelissaan WHO:n (2004), jonka mukaan alkoholi on yksi kymmenestä tärkeimmästä vammaan johtavista syistä.

Kokonaiskulutus sisältää sekä tilastoidun että tilastoimattoman alkoholikulutuksen. Tilastoitu alkoholinkulutus sisältää myynnin Alkosta, tukkumyynnin elintarvikeliikkeisiin, kioskeihin, huoltoasemille ja anniskeluravintoloille. Tilastoimaton kattaa alkoholijuomien laillisen ja laittoman kotivalmistuksen, matkustajien alkoholin tuonnin, salakuljetuksen, korvikkeet ja suomalaisten kuluttaman alkoholin Suomen rajojen ulkopuolella. Vuonna 2005 tilastoitu alkoholin kulutus oli henkeä kohden 8,2 litraa. Vuoden 2004 veroalennuksen myötä kulutus kasvoi eniten samana vuonna väkevien juomien, välituotteiden ja oluen kohdalla. Tilastoimaton kulutus kohosi vuonna 2005 noin 2,3 litraan 100 prosentin alkoholia per asukas. Vuonna 2004 sama luku oli noin 2.1 litraa. Alkoholijuomien matkustajatuonti lisääntyi vuonna 2004 noin kahdella kolmasosalla verrattuna 2003 vuoteen, ja taas vuonna 2005 lisääntyi edelleen noin 12 prosentilla. Kotiviinien sekä kotiolen valmistus on kuitenkin ollut vähenemässä 1990-luvun puolivälin jälkeen, ja sama kehitys on jatkunut myös vuonna 2005. Alkoholin kokonaiskulutus on jopa yli kaksinkertaistunut kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana, ja samalla aikaa mietoja juomia on alettu suosia enemmän. Edelleen Suomessa alkoholia käytetään harvemmin aterialla, mutta useammin humalahakuisesti. Alkoholia käytetään eniten nuorten aikuisten ja keski-ikäisten parissa, ja sukupuolten välinen ero käyttömäärissä on enää vähäinen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 18-19.)

Huumausaineiden kokeilu sekä käyttö 1990-luvulla lisääntyivät maassamme, varsinkin nuorten ja nuorten aikuisten parissa. Kasvu tasaantui vuosituhaten vaihteen jälkeen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 23.) Päihdetilastollisessa vuosikirjassa (2006, 23) viitataan myös Hakkaraiseen ja Metsoon (2005) ja huumehoidon tietojärjestelmään, joiden mukaan buprenorfiinin käytön lisääntyminen näkyy hoitoon hakeutuneiden keskuudessa, sekä nuorista aikuisista noin joka viidennes on joskus elämänsä vaiheessa kokeillut kannabista. Huumeiden käyttö yleensä on kuitenkin selvästi korkeammalla kuin 1990-luvun alussa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 23).

Vuonna 2005 5899 huumehoitojaksoa rekisteröitiin terveydenhuollon vuodeosastoilla, ja näissä tapauksissa huumesairaus oli päädiagnoosina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 25). Vuosikirjassa (2006, 25) viitataan myös KTL:n tartuntatautirekisteriin, jonka mukaan vuoden 2005 aikana 11 prosenttia uusista HIV-tartunnoista johtui pistoskäytöstä, ja taas sama osuus vuonna 1999 oli yli puolet. Uusia C-hepatiittitartuntoja rekisterin mukaan vuonna 2005 oli 1236. Vuosikirjassa (Mts. 2006, 25) viitataan myös Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitokseen, jonka mukaan huumekuolema löydöksiä oli vuonna 2005 174. EU:n alueella on arvioitu, että aikuisväestön keskuudessa ainakin kerran huumeita kokeilleiden määrä vaihtelee Suomen 10 %:sta Tanskan jonkin verran yli 30 prosenttiin. EU:n alueella arvioidaan olevan suurin piirtein 1-1,5 miljoonaa huumeiden ongelma käyttäjää. (Dahl ym. 2002, 456.)

2.6 Päihteisiin liittyvä lainsäädäntö, alkoholi- ja huume politiikka ja päihdepalvelujen laatusuosituks

Huumeisiin, alkoholiin ja tupakkaan on säädetty omat lakinsa. Huumausaineiden käytön ehkäisemiseksi ja väärinkäyttäjien huollosta ja hoidosta säädetään useassa laissa samoin kuin yleensä päihdehoidosta säädetään: esimerkiksi raittiuslaki, kansanterveyslaki, sosiaalihuoltolaki, päihdehuoltolaki, lastensuojelulaki, mielenterveyslaki ja julkisuuslaki (Dahl & Hirschovits 2002, 301, 302, 303, 307, 312, 427). Erilaiset lait pyrkivät varmistamaan oikeuden hoitoon, myös vastentahtoiseen hoitoon, turvaa lastensuojelutoimenpiteet ja esimerkiksi lähestymiskiellon. (Dahl & Hirschovits 2002, 302, 303, 307, 312.)

Huumeisiin liittyy myös lainsäädäntöä. Vuonna 1961, 1971 ja 1988 on tehty erilaisia YK:n huumausaineyleissopimuksia valvomaan muun muassa huumeiden tuotantoa, myyntiä ja käyttöä. Erikseen on huumausainelaki ja asetus, ja huumausainerikoksesta säädetään rikoslaissa. Huumausainerikos voi olla esimerkiksi törkeä huumausainerikos, huumausaineen käyttörikos ja huumausainerikoksin edistäminen. Tupakkalaissa säädetään esimerkiksi seuraavaa: tupakkatuotteita tai tupakointivälineitä ei saa myydä tai välittää alle kahdeksantoistavuotiaalle, tupakkatuotteen mainonta ja epäsuora mainonta on kielletty ja tupakointi on kielletty tietyissä paikoissa muun muassa päiväkodeissa ja virastoissa ja yleisten kulkuneuvojen sisätiloissa. Alkoholiiin liittyy erilaisia säännöksiä ja lakeja kuten nauttimiskielto (muun muassa julkiset paikat), anniskelupaikan järjestys, erilaiset vähittäismyyntikiellot (esimerkiksi ei saa myydä päihtyneelle), alkoholijuomien mainonta (esimerkiksi väkevien alkoholijuomien mainonta, epäsuora mainonta ja muu myynninedistäminen on kiellettyä), alkoholituotevalvonta, alkoholilupa- ja valvontahallinto ja alkoholijuomien valmistus, maahantuonti, tukkumyynti ja teknillinen käyttö (esimerkiksi Tuotevalvontakeskus myöntää maahantuontilupia). Myös dopingvalmisteiden ja teknisten liuottimien myyntiin liittyy erilaisia säädöksiä. Muita päihteisiin liittyviä lakeja ovat muun muassa ilmoitusvelvollisuus, ja kiinniotto-oikeus vangitseminen. (Dahl & Hirschovits 2002, 427, 430-431, 435-439, 441; Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 27-29.) Hiljattain on tullut myös laki ravintoloihin, joissa on oltava erikseen tupakkakopit tupakoitsijoita varten.

2003 valtionneuvoston periaatepäätöksessä vahvistettiin, että Suomen alkoholipolitiikan tavoitteena on alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Tavoitteena on alkoholin kokonaiskulutuksen kääntyminen laskuun. Sosiaali- ja terveysministeriön alkoholiohjelma 2004-2007- yhteistyön lähtökohdat valmistuivat vuonna 2004. Tämä ohjelma tukee valtionneuvoston periaatepäätöstä. Valtioneuvosto on antanut myös periaatepäätöksen huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004-2007, ja tämä ohjelma koostuu 14 toimenpidekokonaisuudesta. Tavoitteena on yhteistyöllä vähentää huumausaineiden kysyntää, estää tarjontaa, vähentää käytön aiheuttamia haittoja, saattaa väärinkäyttäjät hoitoon ja laittomaan toimintaa osallistuneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 17, 23.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliiton yhteiset päihdepalveluiden laatusuosituksen tukevat laadukkaiden päihdepalvelujen järjestämisessä. Suositukset on laadittu Stakesin asettamassa asiantuntijatyöryhmässä, jossa on edustettuina sosiaali-

ja terveystministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes, kunnallisia ja yksityisiä palvelujen tuottajia sekä asiakastahon edustajia. Tavoitteena on tukea päihdepalveluja koskevaa suunnittelua, päätöksentekoa, järjestämistä, tuottamista ja kehittämistä, ja pääajatuksena on, että päihdehaittojen ehkäisy tulisi huomioida kaikessa kunnan päätöksenteossa. Suositukset antavat yleistä suuntaviivaa päihdepalveluille, ja näitä suosituksia voidaan hyödyntää kunkin kunnan ja kuntalaisten omista tarpeista lähtien. Suosituksissa pureudutaan palvelujärjestelmän toimivuuteen, henkilöstön osaamiseen ja jaksamiseen, asiakastyön laatuun, seurantaan ja arviointiin. (Päihdepalveluiden laatusuosituksset 2002, 3, 15, 16, 19, 20, 22.) Päihdepalveluihin liittyvät läheisesti myös mielenterveyspalvelut. Mielenterveyspotilaan oikeudet kirjassa (2001) kuvataan suositukset mielenterveyspotilaiden hoidosta. Hoidon keskeisinä periaatteina ovat hyvä hoito, hyvä kohtelu, hyvä elämä, hoidon turvaaminen sekä valvonta ja muutoksen haku. Tärkeitä teemoja ovat muun muassa hoidon suunnittelu, yhteistyö, läheisten huomiointi ja tasa-arvoisuus. (Mielenterveyspotilaan oikeudet 2001, 11-14, 17, 20, 26, 27.)

Lavikainen, Lahtinen ja Lehtinen (Public Health Approach on Mental Health in Europe 2001) raportissaan esittelevät Euroopan lähestymistapaa mielenterveyteen. Raportti on syntynyt projektin ”Putting Mental Health on the European Agenda” tuloksena. Eurooppalaisessa lähestymistavassa otetaan kantaa mielenterveyden tärkeyteen. Raportin mukaan ei ole olemassa terveyttä ilman mielenterveyttä. Lisäksi mielenterveyden ongelmat aiheuttavat kustannuksia, lisäävät kuolleisuutta ja inhimillistä kärsimystä. Mielenterveydenongelmiin on saatava luotettavia hoitoja ja Euroopan jäsenmaat täytyy jokainen kehittää omaa mielenterveysstrategiaan. Mielenterveyden edistäminen pitää näkyä niin yhteiskunnan, eri kuntien kuin yksilöidenkin kohdalla. (Mts. 3, 5, 19.)

2.8 Päihdehoidon järjestelmät ja palvelut Suomessa

Päihdepuolen hoitopalvelut riippuvat pitkälti kunnasta. Joissakin kunnissa löytyy avo- ja laitosmuotoista palvelua, ja muut kuntoutuspalvelut saatetaan ostaa esimerkiksi jostain lähiseudun kuntoutusyksiköstä. Toisessa paikassa palveluja on tarjolla runsaasti. Päihdejärjestelmä voidaan jakaa muun muassa seuraavasti: avohoito, asumis- ja muut tukipalvelut, matalan kynnyksen hoitopalvelut, laitoshoido, vankiloiden päihdepalvelut ja tahdosta riippumaton hoito. Palvelut voidaan jakaa myös yleis- ja erityis- palveluihin. Yleis- ja erityis- palveluihin kuuluvat sosiaalitoimet, terveyskeskukset, sairaalat ja

taas erityispalveluihin luetaan A-klinikat, nuorisoasemat, päiväkeskukset, kuntoutuslaitokset, perheneuvola ja mielenterveystoimistot. Myös kolmannen sektorin toimijat tuottavat päihdepalveluita. Näitä toimijoita ovat esimerkiksi kansalaisjärjestöt, päihdejärjestöt, kristilliset kirkot ja seurakunnat ja omaisjärjestöt. Päihdepalvelujärjestöt voidaan jakaa yleisaatteellisiin (esimerkkinä A-klinikat), AA-pohjaisiin (Myllyhoito) ja kristillisiin (Sininauhaliitto). Suomessa on kaiken kaikkiaan varsin monipuolinen palvelujärjestelmä päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen. (Inkinen ym. 2000, 89-91; Niemelä 1999, 34; Saarelainen ym. 2001, 50-51.) Huumehoito kuuluu omana osanaan päihdehoitoon, ja puutteelliset resurssit, taidot ja asenteet huumeidenkäyttäjää kohtaan kaventavat edellytyksiä vastata sosiaali- ja terveydenhuollossa huumehoidon tarpeisiin (Hakkarainen, Kekki, Mustalampi, Muuri, Nuorvala, Partanen, Virtanen & Virtanen 2000, 13, 38).

Avohoitoon kuuluvat muun muassa A-klinikat ja nuorisoasemat. A-klinikan hoito perustuu vapaaehtoisuuteen ja palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia. Apua voi hakea alkoholi-, huume- ja muihin päihdeongelmiin. Myös toiminnallisiin riippuvuuksiin saa apua. Työmuotoina ovat yksilö-, pari, perhe- ja verkostotyö. Hoitomuotoja on useita kuten katkaisuhuolto, keskustelu- tai toiminnallinen terapia ja neuvontapalvelut. Nuorisoasemat on tarkoitettu alle 25-vuotiaille, ja palvelut ovat vapaaehtoisia sekä maksuttomia. Palveluita tarjotaan päihdeongelmallisille, mielenterveysongelmallisille, tai muille kriisiongelmallisille nuorille. Hoitomuotoina ovat erilaiset toiminnat ja terapia. Muita avohoidon palveluita ovat muun muassa erityispalvelut nuorille kuten Tampereen kaupungin huumeopysäkki. (Inkinen ym. 2000, 89.) Hengellistä toimintaa on saatavilla avohoidon puolella kuten katulähetyksen toiminta (Niemelä 1999, 32).

Kun akuutti päihdekierteen katkaiseminen on tapahtunut, tarvitsee päihdeongelmainen yleensä suurta tukea tässä vaiheessa palatakseen normaaliin elämään. Erilaiset asumis- ja tukipalvelut voivat olla avuksi estämässä houkutusia palata päihdekeskeiseen elämään. Monet kunnat järjestävät erilaisia asumispalvelumuotoja. Hoitokodit ovat työikäisten päihdeongelmaisten lyhytaikaiseen asumiseen tarkoitettuja kuntoutumista edistävää asumispalvelua. Huoltokodit on tarkoitettu taas eläkeläisille päihdeongelmallisille. Tukiasuminen on itsenäistä asumista, johon saa tarvittaessa ohjausta ja sosiaalipalveluja. Ensisuoja on taas akuutti turva tilapäismajoitusta tarvitseville. Päiväkeskustoiminta ja A-killat tukevat myös päihdeongelmaisen kuntoutuksessa. Päiväkeskustoiminnassa asiakas saa mahdollisuuden muun muassa sosiaalisiin kontakteihin,

neuvontaan ja perustarpeiden tyydyttämiseen. Nimettömät alkoholistit AA ja nimettömät narkomaanit NA- ryhmämuotoinen toiminta perustuu vertaistukeen. Vertaistuen hyödyntäminen on levinnyt myös alkoholiongelmaisten läheisten, toiminnallisten riippuvuuksien uhrien keskuuteen. Matalan kynnyksen hoitopalvelut tarjoavat muun muassa huumeongelmallisille terveysneuvontaa, puhtaita injisointivälineitä, B-hepatiitti rokotuksia ja hoitoonohjausta. (Inkinen ym. 2000, 90; Suvikas ym. 2006, 230.)

Laitoshoidoita ovat lyhytaikainen katkaisuhoido tai pitkäaikainen kuntoutushoido. Laitosmuotoinen katkaisuhoido on yleensä 1-2 viikon pituinen. Tämän aikana pyritään katkaisemaan kierre, ehkäisemään sekä hoitamaan vieroitusoireet ja luodaan edellytyksiä fyysiselle sekä sosiaaliselle kuntoutumiselle. Katkaisuhoidoon pääseminen riippuu kunnasta. Joissakin paikoissa on omat katkaisuhoidoasemansa, toisessa kunnassa hoitoa annetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kolmannessa saatetaan palvelut ostaa yksityiseltä puolelta kuten A-klinikalta. Katkaisuhoidoon hakeudutaan usein A-klinikan tai terveyskeskuksen kautta. Kuntoutuslaitokset tarjoavat pitempiäaikaista jatko-hoidoita, jolloin hoitoaika määräytyy yksilöllisesti. Myös intervallijaksot ovat mahdollisia. Kuntoutus voi sisältää yksilö- ja ryhmäkeskusteluja, lääkinnällistä hoitoa ja vapaa-ajantoimintaa. Uusintarikollisuutta pyritään vähentämään erilaisilla vankiloiden päihdepalveluilla. Samalla pyritään lisäämään vankien elämäntaitoja ja vähentämään päihteiden käyttöä. Joskus voi olla niin, että avohoido/tavanomainen laitoshoido ei ole riittävä. Tällöin tietyin edellytyksin tulee voimaan tahdosta riippumaton hoito. (Inkinen ym. 2000, 91; Suvikas ym. 2006, 229.)

Valkosen (2005) artikkelissa on kerrottu, että päihdetyö- ja mielenterveystyö pitäisi yhdistää yhdeksi kokonaisuudeksi. Artikkelin mukaan päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Valkonen viittaa artikkeleissaan myös Kärkkäiseen, jonka mukaan kunnat hoitavat päihdeasioita hyvin eri tavalla, jolloin yhteisiä käytäntöjä ei ole. Samoin Valkonen viittaa myös Holopaiseen, jonka mukaan taas hajautetun hoitokäytännön sijaan on tehokkaampaa hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmaa yhtäaikaaisesti. Järvenpäässä on jo päästy toteuttamaan uutta toimintamallia ja mielenterveystyön yksikkö sekä A-klinikka toimivat yhteisissä tiloissa. (Mts. 17-19.)

2.9 Ennalta ehkäisevä päihdetyö, varhaisvaiheen päihdetyö, hoitava ja kuntouttava päihdehoitotyö

Ennalta ehkäisevä päihdetyö voidaan jakaa primaari-, sekundaari ja tertiääritason päihdetyöhön. Primaaritason työssä ennalta ehkäisy on keskeisintä, sekundaaritasossa päihteiden käytön haittojen pyritään ehkäisemään ja taas tertiääritasossa korjataan ja kuntoutetaan päihdehaittoja. On myös ennaltaehkäisyä, joka on kohdistettu koko väestölle. Tarkoituksena on ehkäistä päihteiden käyttöä ja vähentää päihteiden kokonaiskulutusta. Ennaltaehkäisevän päihdetyön keinoja on monia kuten: alkoholi- ja huumevalvonta, alkoholin hintapolitiikka, päihdetiedotus, terveyskasvatus, päihteille vaihtoehtoisten toimintamallien tarjoaminen, päihteettömyyttä tukevan ympäristön suosiminen ja elinolojen kehittäminen. Ennalta ehkäisevässä päihdetyössä pitkäjänteisyys, monialaisuus ja tavoitteellinen yhteistyö ovat tärkeitä. Jotta väestö motivoituu ja tavoitteet saavutetaan, tarvitaan monta tahoja mukaan. (Inkinen ym. 2000, 103.)

Varhaisvaiheen päihdehoitotyössä on tarkoituksena vaikuttaa sellaiseen päihteenkäyttöön, joka on varhaista suurkulutusta, riskikäyttöä, tai jonka seurauksena päihteenkäyttäjällä on varsinaisia päihdehaittoja. Riippuvuus ei ole vielä vaikea ja auttaminen perustuu pitkälti neuvontaan ja itsehoidon tukemiseen. Tärkeää on saada käyttäjä tunnistamaan ja ehkäisemään varhaisvaiheessa päihteiden haittoja. Päihteenkäyttäjää autetaan tiedostamaan oma tilanteensa ja sitä kautta motivoidaan muuttamaan myös päihteiden käyttöään. On huomioitava, että varhaisvaihe päihteiden käytössä on liukuva käsite. Nimittäin esimerkiksi laittomien päihteiden kohdalla haittariski on jo olemassa kokeilukäytössä tai niin sanotusti kohtuuskäytössä. Varhaisvaiheen työvälineitä ovat mini-interventio ja motivoiva haastattelu. (Inkinen ym. 2000, 115, 116, 117, 122.)

Päihdehoitotyön merkittävä osa-alue on hoitava ja kuntouttava päihdehoitotyö, jota toteutetaan monessa eri paikassa kuten vuodeosastoilla, sairaaloissa ja psykiatrisessa yksikössä. Asiakkaana voi olla vaikeasti päihderiippuvainen, varhaisvaiheen ongelmakäyttäjä, suurkuluttaja tai ihminen, jonka päihteidenkäyttö on lisääntynyt elämän kriisitilanteessa. Hoidollinen kohtaaminen on osa päihdehoitotyötä. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitajan suhtautumista päihteenkäyttäjään kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. Lisäksi kohtamiseen kuuluu luottamuksellisuus, neutraalius, rytmisyys ja kärsivällisyys, rehellisyys ja rohkeus, nöyryys sekä toivo ja voimavarakeskei-

syys. Luottamuksellinen hoitosuhde perustuu asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaiselle huomioimiselle sekä ihmisen ainutlaatuisuuden kohtaamiselle. Hoitosuhteessa päihteenkäyttäjän on mahdollista olla oma itsensä, hän tuntee itsensä hyväksytyksi ja pystyy puhumaan asioistaan. Asiakas myös tuntee, että sairaanhoitajalla on halu auttaa. Tieto, mistä saa apua, mihin voi soittaa ja kenen puoleen kääntyä silloin, kun oma hoitaja on lomalla, auttaa rakentamaan luottamusta. Luottamuksen kasvaessa voidaan sopia enemmän rajoja ja muita sopimuksia. Luottamus ei kuitenkaan välttämättä synny hetkessä vaan siihen voi mennä jopa vuosia. Luottamuksen rakentaminen ei ole aina helppoa päihteenkäyttäjän kanssa, sillä muun muassa kieltäminen, pelot ja monet edelliset pettymykset päihteenkäyttäjällä tuovat haasteita uuden hoitosuhteen luomiseen. (Inkinen ym. 2000, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135.)

Neutraalius tarkoittaa esimerkiksi sairaanhoitajan fyysistä etäisyyttä, inhimillistä lämmintä asennoitumista, rauhallista käyttäytymistä, kunnioitusta sekä levollisuutta. Neutraalius viittaa myös sairaanhoitajan kykyyn käsitellä omat tunnetilat ja sairaanhoitajan kykyyn pidättäytyä päihteenkäyttäjän läheisten tai muun elämänympäristön sekä yhteiskunnan syyttämisestä. Rytmisyys sisältää päihteenkäyttäjän elämän rytmisyyden havainnointia, jolloin päihdehoitotyössä sairaanhoitaja käyttää hyväksi oman toimintansa rytmistä säätelyä ja päihteenkäyttäjän elämän rytmisyyttä. Kärsivällisyyttä tarvitaan hoitosuhteessa myös paljon. Kärsivällisyys on tilan ja ajan antamista päihteenkäyttäjälle. Suora, rehellinen ja kuitenkin kunnioittava palautteen antaminen lisää päihteenkäyttäjän tunnetta siitä, että hänestä välitetään. Hyvä on muistaa, että rehellisyys ei tarkoita kielteisten tunteiden ilmaisemista tavalla, joka tuhoaa hoitosuhteen. Toisaalta rehellisyys ei tarkoita myöskään hoitosuhteen sisältävän pelkästään myönteistä palautetta. Rohkeus auttaa sairaanhoitajaa kohtaamaan uusi päihteenkäyttäjä ja tarttumaan tilanteeseen ja ottamaan asiat puheeksi. Nöyryys liittyy siihen ajatukseen, että päihteenkäyttäjä voi palata päihde-elämäänsä hyvistä suunnitelmista huolimatta. Nöyryys auttaa sairaanhoitajaa huomaamaan oma rajallisuutensa. Myös toivo on hyvä elementti hoitosuhteessa. Aito toivo antaa rohkeutta ja voimia. Toivon ylläpitäminen liittyy voimavarojen löytämiseen. (Inkinen ym. 2000, 132, 133, 134, 135.)

Inkisen ja muiden (2000, 136) mukaan hoitosuhteeseen kuuluu neljä eri vaihetta: tutustumisvaihe, orientoitumisvaihe, työskentelyvaihe ja lopettamisvaihe. Tutustumisvaiheessa tavataan ensi kerran ja sairaanhoitaja on aktiivisesti yhteistyösuhdetta luova osapuoli. Orientoitumisvaiheessa tarkoituksena on luoda luottamuksellinen hoitosuh-

de, hankkia tietoa ja suunnitella hoitoa. Työskentelyvaiheessa muun muassa tutkitaan päihteenkäyttäjän elämäntilannetta useista eri näkökulmista ja tuetaan päihteenkäyttäjän itsetutkistelua. Tarkoituksena on selvittää päihteenkäyttäjän elämäntilannetta ja ratkaista terveysongelmia. Lopetusvaihe on viimeinen vaihe. Hoitosuhde voi päättyä sovitusti tai yllättäen. Joka tapauksessa tavoitteena on puhua jo etukäteen hoitosuhteen päättymisestä. Samoin on tärkeää suunnitella tulevaisuutta ja mahdollista jatkohoitoa. Tässä vaiheessa on tärkeää tukea myös päihteenkäyttäjän omia voimavaroja. Mikäli suhde on päättynyt yllättäen, esimerkiksi asiakas ei saavu viimeisille käynneille, päihteenkäyttäjää pyritään tavoittamaan vaikka kirjeitse. (Inkinen ym. 2000, 136, 139.)

Näiden eri vaiheiden lisäksi hoitosuhteen vuorovaikutukseen liittyy myös seuraavat peruselementit: transferenssi-, vastatransferenssi- ja vastarintailmiö. Transferenssi liittyy tunteensiirtoon, jolloin päihteenkäyttäjä tunnistaa sairaanhoitajassa samoja piirteitä kuin jossakin aikaisemmassa ihmissuhteessa. Ilmiö on hyvä sairaanhoitajan tunnistaa. Vastatransferenssissa sairaanhoitaja tunnistaa päihteenkäyttäjässä sellaisia ominaisuuksia, jotka muistattavat hoitajaa hänen aikaisemmasta ihmissuhteesta. Tätä asiaa on hyvä käsitellä muun muassa työryhmässä. Vastarintailmiö voi ilmetä monin tavoin esimerkiksi kieltämisenä, hoidon mitätöintinä ja torjuntana. Tällöin on hyvä muistaa, että uuden elämäntapamuutoksen kohtaamiseen liittyy luonnollinen puolustusmekanismi. Sairaanhoitaja tarvitsee myös rohkeutta puhua asioista. (Inkinen ym. 2000, 137, 138.)

Hoitavassa ja kuntouttavassa päihdehoitotyössä hoitavan kohtaamisen ja hoitosuhteen lisäksi tärkeänä osa-alueena on itse vieroitustilan hoito ja hoitoprosessi. Vieroitustilan hoito voi olla alkoholi-, lääke- tai huumevieroitushoitoa. Sairaanhoitajan on osattava tunnistaa erilaisia vieroitusoireita ja osattava vastata niihin. Alkoholin vieroitusoireet voidaan jakaa lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin. Lievät menevät yleensä ohi itseltään muutaman päivän aikana. Keskivaikeita ja vaikeita oireita ovat muun muassa hikoilu, sydämen tykytys, pahoinvointi, oksentelu, levottomuus ja masennus. Vakaviin vieroitusoireisiin voi kuulua myös kouristuksia, näkö- ja kuuloharhoja ja sekaavuutta. Vieroitusoireet riippuvat käytetystä päihdeestä, yksilöllisistä ominaisuuksista ja käyttäjaksosta. Vieroitusoireiden hoitotyössä on tärkeää oireiden arvioiminen, hoitaminen ja vaikeiden vieroitusoireiden ehkäiseminen. Samoin tavoitteena on päihdekierteen katkaiseminen. Tilan arvioinnissa voidaan käyttää apuna valmiita lomakkeita. Samoin on tärkeää aina selvittää potilaan mahdolliset itsetuhoajatukset. Vieroit-

tusoireiden lievittyä on hyvä selvittää potilaan terveydentila tarkemmin ja miettiä jatkohoitoa. Vieroitusoireita voidaan hoitaa monissa hoitoympäristöissä kuten terveyskeskuksissa, sairaaloissa, A-klinikoilla ja katkaisuhuoltoasemilla. Tärkeää on aina arvioida potilaan tarve, jolloin esimerkiksi psyykkisistä ongelmista kärsivää on hyvä hoitaa psykiatrisessa sairaalassa. Vieroitushoidon yhtenä osa-alueena on lääkitys, joka oikein toteutettuna poistaa oireita ja lievittää niitä. (Inkinen ym. 2000, 147-151, 154, 155.)

Katkaisuhuolto on suunnattu päihteenkäyttäjille ja se voi sisältää myös vieroitustilan hoidon. Katkaisuhuoltoa annetaan esimerkiksi vuodeosastoilla. Katkaisuhoidossa lähdetään ensiksi liikkeelle perushoidosta kuten oikeasta ravitsemuksesta, riittävästä levosta ja hygieniasta. Ensimmäiset päivät levätään ja toivutaan. Kolmannesta päivästä lähtien työstetään hoitosuunnitelmaa. Katkaisuhoidossa on tärkeää aina kannustaa mahdolliseen jatkohoitoon. Vaikea päihderiippuvuus vaatii pitkäjänteisyyttä ja sen hoito voi kestää vuosiakin. Kuitenkin on hyvä muistaa, että aina on mahdollisuus, että juuri tämä hoitokerta johtaa muutokseen ja auttaa potilasta jättämään taakseen päihdekeskeisen elämänsä. (Inkinen ym. 2000, 151-154.)

Päihderiippuvuudesta toipuminen on pitkäjänteinen muutosprosessi, mutta moni vaikeasta päihderiippuvuudesta kärsivä pystyy lopettamaan elämää hallitsevan päihteen käytön. Sen sijaan harva päihteenkäyttäjä pystyy palaamaan kohtuukäyttöön. Monet tarvitsevat lopettamiseen ulkopuolista apua, mutta taas jotkut pystyvät siihen ilman ulkopuolista tukea. Päihteettömän elämän alkaminen on uusi vaihe ihmiselle, ja tällöin hän tarvitsee usein paljon uusia taitoja ja totuttautumista tilanteeseen. Tukea tarvitaan hoidon jälkeen myös, ja erityisesti silloin kun laitoshoidosta siirrytään takaisin omaan asuinympäristöön. Mitä vaikeammasta päihderiippuvuudesta on kyse sitä enemmän ja monipuolisemmin jatkohoitoa ja tukimuotoja tarvitaan. On todettu, että myös uskonnollinen herääminen voi olla merkittävä apu päihderiippuvuudesta toipumisesta. Toipumisen jatkuessa päihde menettää merkityksen päihteenkäyttäjän elämässä ja elämä alkaa saada uutta sisältöä. Päihteenkäyttäjän itsetunto kohenee, ihmissuhteita muodostuu ja rohkeus omiin mielipiteisiin nimenomaan selvin päin kasvaa. Uuden päihteettömän elämän aloitus tuo toivoa niin asiakkaalle kuin hoitajille. (Inkinen ym. 2000, 163-165.)

2.10 Hoitotyön periaatteet, hoitoprosessi ja hoitotyön mallit

Hoitotyön periaatteisiin kuuluvat yksilöllisyys, terveys- ja voimavarakeskeisyys, omatoimisuus, jatkuvuus, turvallisuus, perhekeskeisyys, verkostokeskeisyys, yhteisöllisyys ja kokonaishoito. Päihdehoitotyössä yksilöllisyys merkitsee potilaan elämäntilanteen ottamista vastaan rauhallisesti, aidosti kuunnellen ja ymmärtävästi. Hoitajalla on kyky nähdä päihteenkäyttäjä ihmisenä ja yksilöllisenä. Terveys ja voimavarakeskeisyys näkyvät hoitotyössä muun muassa ohjaus- ja neuvontatilanteissa. Voimavarakeskeisyudessa uskotaan päihteenkäyttäjän omiin voimavaroihin ja autetaan löytämään niitä. Omatoimisuuden periaate sisältää päihteenkäyttäjän itsemääräämiskyvyn ja itsemääräämismahdollisuuksien sekä oikeuksien kunnioittamista aina silloin, kun se ei ole taas päihteenkäyttäjän edun vastaista. Lisäksi potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan ja hoitovaihtoehdoista, jotta hänellä on mahdollisuus tehdä hoitoa koskevia päätöksiään. Jatkuvuus takaa hoitopaikkojen selvittelyn ja joustavan siirtymisen hoitopaikkojen välillä. Jatkuvuuden onnistuminen edellyttää esimerkiksi hyvää kirjaamista, hyvää hoitosuunnitelmaa ja erilaisia hoitopalavereita. Turvallisuuden periaate on tärkeä, sillä usein päihdeasiakkaalla on paljon pelkoja esimerkiksi huumeveloista tai vieroitusoireista. Perhekeskeisyyden mukaan täytyy huomioida päihteenkäyttäjän perhe ja muu sosiaalinen verkosto. Perhekeskeisyys toteutuu esimerkiksi perhetapaamisissa. Verkostokeskeisyys tarjoaa päihteenkäyttäjälle mahdollisuuden tutustua omaan sosiaaliseen verkostoon, josta voi löytyä myös voimavaroja. Yhteisöllisyydessä taas tarkastelukulma siirretään laajempaan näkökulmaan, jolloin huomioidaan muun muassa asiakkaan lähiyhteisö, asumisyhteisö, vapaa-aika ja harrastetoiminta. Kokonaishoidon periaate on yhteenveto kaikista edellisistä periaatteista. Tällöin yhdistetään kaikki hyvät periaatteet hoitoon, jolloin pystytään auttamaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Inkinen ym. 2000, 19-22.)

Hoitotyön prosessi on tärkeimpiä hoitotyön työvälineitä. Tässä mallissa lähdetään liikkeelle ensin hoidon tarpeen määrittelystä, jonka jälkeen tulee suunnitteluvaihe. Sitten hoitotyötä lähdetään toteuttamaan ja tehdään arviointia jatkuvasti. Hoitotyön tarpeen määrittelyssä kartoitetaan perustiedot, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne. Apuna kartoittamisessa voi olla muun muassa havainnointi, erilaiset mittaukset ja päihteenkäyttäjän omat kertomukset. Tärkeää on huomioida yksilölliset tarpeet ja voimavarat. Päihteenkäyttäjällä voi olla myös monia fyysisiä ongelmia kuten vieroitusoireet, akuutit loukkaantumiset ja myrkytystilat. Huumeiden käyttäjillä on taas

suuri riski sairastua erilaisiin infektioihin ja veriteitse tarttuviin sairauksiin kuten HI-virukseen, B- ja C-hepatiittiin. Lisäksi huumeiden käyttäjillä saattaa olla kudosis- ja tukikudosisvaurioita ja sisäelinvaurioita. Päihteenkäyttäjät usein kärsivät myös psyykepuolen ongelmista. Tällaisia ovat esimerkiksi pelot, turhautuneisuus, masentuneisuus, itsetuhoisuus ja päihdepsykoosi. Sosiaaliset ongelmat liittyvät asunto-, toimeentulo- ja työttömyysongelmiin sekä ihmissuhdevaikeuksiin. Nämä kaikki ongelmat ovat lähtökohdina tarpeiden määrittelylle. (Inkinen ym. 2000, 22, 140-142.)

Tavoitteet on hyvä laatia hoitosuunnitelmassa, sillä ne selkeyttävät hoitoprosessia. Tavoitteiden on tärkeitä olla riittävän realistisia, saavutettavissa olevia, yhteistyössä laadittuja. Yhteistyötä on hyvä tehdä päihteenkäyttäjän lisäksi hänen läheistensä kanssa. Toisaalta tavoitteiden tulee olla joustavia, sillä usein ne muuttuvat hoidon kuluessa. Tavoitteet asetetaan myös fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle puolelle. Asiakkaasta riippuen vastuuta jaetaan hoitajan ja päihdeasiakkaan kesken. Oleellista on asiakkaan tietoisuus päihteen käytöstä ja motivointi muutokseen. Varsinaista hoitotyön prosessia toteutetaan erilaisilla auttamismenetelmillä. On tärkeää perussairaudesta lisäksi hoitaa ja lievittää akuutteja ja pitkäaikaisia fyysisiä sairauksia, turvata perustarpeet ja hoitaa vieroitusoireet. Lääkityksen tarvetta arvioidaan yhdessä päihteenkäyttäjän ja lääkärin kanssa. Usein lääkehoito on tukena esimerkiksi vieroitusoireissa. Erilaisia hoitomuotoja ovat muun muassa keskustelu, ryhmä- ja yhteisohoidot, verkostokeskeisyys ja tukeminen. Päihdehoitotyössä prosessi on perusta hoidolliselle kohtaamiselle ja sen avulla voi jäsentää yhteistyösuhdetta. Arviointivaihe on hyvä toteuttaa koko hoitoprosessin ajan, jolloin voi tarkkailla hoitotyön tuloksia kokonaisvaltaisesti. (Inkinen ym. 2000, 22, 142, 143, 144, 145, 146, 147.)

Päihdehoitotyön varsinaisia malleja ja teorioita ovat vielä kehittämisen asteella Suomessa. Hoitotieteellisestä tiedosta ollaan enemmän kiinnostuneita ja muutenkin erilaiset teorit tukevat ja ohjaavat hoitotyötä. Inkinen ja muut (2000, 24) viittaavat Rassooliin (1998), jonka mukaan taas päihdehoitotyössä on käytetty joitakin malleja kuten Rope-rin, Loganin ja Tierneyn mallia ja Penderin terveyden edistämisen mallia. Nämä eivät ilmeisesti ole kovin sovelluttuja suomalaisessa päihdehoitotyössä. (Inkinen ym. 2000, 24.)

2.11 Päihdeprosessista toipuminen

Tamminen (2000) on tehnyt tutkimuksen toipumistarinaista haastatteleamalla kymmeniä eri päihdetaustaista ihmistä. Tutkimuksen otanta on pieni ja tutkija painottaa, ettei yleistyksiä voida tehdä (Mts. 91). Tutkimus on suuntaa antava ja tulokset ovat hyvin mielenkiintoisia. Tietenkin selviytymiset ovat yksilöllisiä tarinoita, mutta näiden kymmenen ihmisten tarinoissa oli kuitenkin joitakin samoja piirteitä (Mts. 43).

Tamminen (2000) tuo ilmi seuraavat kokemukset, jotka toipumisprosessiin liittyvät: kriisiytyminen, pohjakokemus, ymmärtäminen, itsekkyyden, nöyrytyminen, hoitoon hakeutuminen, aktiivinen muutos, normaaliuden etsintä, keskusaktiviteetit, hyväksyminen ja menneisyys voimavarana. Kriisiytymisvaiheessa päihteiden käyttö on yleensä rajuimmillaan ja koetut haitat kasvavat entiseen verrattuna.

Pohjakokemuksessa päihteenkäyttäjän arvoja järsittää niin syvästi, että ihminen kokee joutuvansa umpikujaan ja halu muutokseen syntyy. Ymmärtämisessä tila nähdään uutena ja raittiuden mahdollisuudet houkuttelevat. Itsekkyyden näkyminen tahtona raitistua itsensä eikä muiden takia. Nöyrytyminen antaa taas tilaa ottaa apua vastaan muiltakin. Aktiivisessa muutoksessa aletaan etsiä innokkaasti uusia ratkaisumalleja ja normaaliuden etsinnässä pyritään erottamaan niin sanottu epänormaali päihdekeskeinen elämä normaalista. Normaalius ja epänormaalius vilahtelee ihmisten tarinoissa usein. Keskusaktiviteetit tarkoittavat hakeutumista takaisin niin sanottuun normaaliuuteen. Tällöin keinoina voivat esimerkiksi AA-ryhmät, uskonnolliseen toimintaan osallistuminen, perhe tai liikunta. Hyväksymisessä ihmiset kertovat hyväksyneensä oman paikkansa ja suurten kuvitelmiensa sijaan iloitaan pienistä asioista. Lopuksi menneisyys koetaan voimavaraksi. Menneisyydestä ammennetaan rikkautta ajatteluun ja halutaan ehkä auttaa muita samassa tilanteessa olevia potilaita. Kaikkien vaiheiden lisäksi on vielä syyllisyys, joka kulkee tarinoissa mukana. Prosessin aikana ihminen tuntee syyllisyyttä ja hyvittämisen tarvetta. (Mts. 43-46.)

Tutkimuksessa todetaan muiden toimintojen eli keskusaktiviteettien tärkeyden lisääntyvän aina mitä pidemmälle uuden elämäntavan luominen ja vakiinnuttaminen on edennyt. Alkuvaiheessa pelkkä raittiina pysyminen on mielekäs keskusaktiviteetti. Pelkkä tämä hyve ei riitä vaan vähitellen haastateltavat lähtivät etsimään muutakin sisältöä elämälle. Tällöin saattoi tulla uusi harrastus tai löydettiin usko uudeksi elämän

tarkoitukseksi. Usko toteutui tutkimuksessa kahden ihmisen kohdalla. Tosin saatettiin myös kiinnostua opiskelusta tai perheestä. Tutkimuksessa on myös kartoitettu tarkemmin, mitä näiden päihteistä irti päässeiden ihmisten hyvään elämään luetaan. Ensinnäkin kertojat kokevat arvojensa muuttuneen merkittävästi. Päihteiden käyttö jätetään, mutta myös omaa persoonallisuutta muokataan. Hyväksymisen myötä kertojat sanovat saaneensa realistisen asenteen elämään. Myös toimiva arki luettiin elämään kuuluvaksi, toisille arki oli nautintoa ja toisille ehkä vähemmän nautintoa ja enemmän välttämätöntä rutiinia. Vapaudentunteeseen liitettiin mahdollisuus itsetutkisteluun ja oman paikan löytämiselle. Vapaudentunne näytetään saavutettavan usein olemalla yksin itsensä kanssa. Tutkimuksessa todetaan lisäksi, että vapaus vaatii hallitsevan kulttuurin tuntemista ja kykyä sen muokkaukseen, ja tällöin päihteiden käyttö ei lopulta tuonut tavoiteltua vapautta, vaan johti alistaiseen poikkeavuuden läsnäoloon. Myös keskusaktiviteetit kuuluivat hyvän elämän osaan. (Mts. 47-50, 63, 67, 72, 73, 76, 79, 83, 93.)

Niemelä (1999) kirjoittaa tutkimuksessaan toipumistapahtumista, joihin liittyy uskonnollisen itesuhteen muutos. Tutkija määrittelee toipumistapahtumassa tapahtuvan uuden mallin avautuminen henkisessä sfäärissä. Tällöin toipumisessa on kyse henkisestä uudelleen orientoitumisesta. Tutkija kirjoittaa viitaten Holmesiin (1986), että toipumisen keskeisiä lähtökohtia yksilömuutoksen kohdalla ovat eri osatekijät: tila, kieli ja oivallus. Tila viittaa yksilön tilaan, joka voi olla enemmän tai vähemmän altis muutokselle. Ihmisen elämässä voidaan nähdä jaksoja, joissa altis muutokseen on suuri ja jaksoja, jotka eivät ole alttiina niin paljon muutoksen toteutumiseksi. Kun muutokseen ollaan valmiita, puhutaan uskonnollisessa kielessä tällöin esimerkiksi ”herätyksen ajasta”. Mikäli ihminen kokee tajunnallisuuden (psykyen) epäsuotuisuutta, pyrkii hän yleensä kielellisesti jäsentämään tajunnallisuuttaan. (Mts. 61-64.) Niemelä (1999, 65) viittaa Hakuliseen (1987), jonka mukaan kieli voi muodostua tilanteen mukaan eri tavalla esimerkiksi uskonnollisessa etsinnässä pyritään saamaan uskonnollinen kieli haltuun ja terapeutisessa tapahtumassa kieli mahdollistaa kommunikoinnin terapeutin ja potilaan välillä. Samoin Hakulinen on sitä mieltä, että asianomaisen on siis löydettävä oma kielensä asian käsittelylle. Niemelä (1999, 69) kirjoittaa oivalluksen keskeisen idean olevan jäsentää tajunnan osatekijöitä. Oivallus on tällöin henkinen tapahtuma, jossa ihmisen henkinen puoli ottaa tajunnan aineksia ja järjestää niitä uusiksi. Kaaokseen saadaan uudenlainen jäsenitys.

2.12 Sairaanhoitajan edellytykset päihdehoitotyössä

Aikaisemmin tarkasteltiin eri päihdehoidon muotoja. Voidaan siis olettaa, että sairaanhoitajan työnkuva ja siihen liittyvät vaatimukset vaihtelevat jonkin verran hoitopaikasta riippuen. Hoidollista kohtaamista ja hoitotyön prosessia ollaan myös käsitelty. Hoidolliseen kohtaamiseen liittyy omat piirteensä, jota hoitajalta vaadittiin kuten luottamus, neutraalius, kuunteleminen ja ajan antaminen. Hoitotyön prosessin mahdollistaminen vaatii jo sinänsä ammattitaitoa ja kykyä hahmottaa potilaan tilanne.

Levänen (2006) tutkimuksessaan on selvittänyt muun muassa päihdetyötä tekevien sairaanhoitajien kompetensseja. Kompetenssit jakautuvat tuloksien mukaan kolmeen isompaan osa-alueeseen: hoitotyön yleiset taidot, mielenterveystyön osaaminen ja päihdetyön osaaminen. Hoitotyön yleiset taidot liittyvät esimerkiksi potilaslähtöisyyteen, vuorovaikutustaitoihin, neuvottelutaitoihin, terveyden edistämiseen, uuden tiedon etsintään, toivon vahvistamiseen ja tavoitteellisuuteen. Mielenterveyden osaamiseen kuuluu itsetuntemus ja tietoperusta, sillä usein päihdepotilailla on taustalla myös mielenterveydellisiä ongelmia. Päihdehoitotyön osaamiseen liittyy taas erityinen osaaminen ja asennoituminen päihdehoitotyöhön. Tarvitaan perustietoa päihteistä, päihdesairaudesta ja riippuvuuden ilmiöstä. Vaaditaan rohkeutta, aitoutta ja rehellisyyttä puhua asioista, tarvitaan lähimmäisen rakkautta ja uskoa ihmisen kykyyn muuttua. Työ ennakoimattomuuden ja yllätyksellisyyden vuoksi kysytään lisäksi muun muassa ennakkoluulottomuutta, luovuutta, joustavuutta ja periksiantamattomuutta. Kaiken päälle sairaanhoitajan pitää huolehtia myös omasta työkunnosta, jotta potilaat voivat saada laadukasta hoitoa. (Mts. 33-38, 41-42.)

Inkinen (2004) käsittelee päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältöä ja viittaa muun muassa Conti-O'Hareen (1996) kirjoittaessaan sairaanhoitajan terapeuttisesta vuorovaikutuksesta. Tällaiseen vuorovaikutukseen kuuluu viisi keskeistä teemaa. Ensimmäisenä on terapeuttisuuden kuuluminen hoitoyhteisön prosessiin ja sitä luodaan yhteistyössä muiden kanssa. Tähän luettiin myös ammatilliseen päätöksentekoon liittyvä erilaisuus, joka koettiin ”riskin ottona”. Toisena teemana on intensiivinen ja tietoinen läsnäolo sekä avoimuus toisen persoonalle, ja nämä liittyvät terapeuttisuuteen. Kolmas asia on terapeuttisuuden syntyminen ammatillisen reflektion ja päätöksenteon avulla. Neljäntenä tekijänä terapeuttisuudessa voi vaikuttaa hoitajan henkilökohtainen työsty trauma, joka toimii terapeuttisen ymmärtämisen työväliseinä (esimerkiksi hoitaja

itse kasvanut alkoholistiperheessä). Viides kohta huomioi terapeuttisuuden muodostuvan vuorovaikutuksessa, jossa sekä hoitaja että potilas saavat mahdollisuuden kasvamiselle. (Mts. 12-13.)

Inkinen (2004) viittaa myös Happeliin ja Tayloriin (1999) sekä Sutiseen (2007) kertossaan sairaanhoitajien tarvitsevan kykyä kohdata aggressiivinen potilas, ja lisäksi hoitaja tarvitsee arviointi-, ryhmä- ja kommunikaatiotaitoja. Hoitajan päihdetyö voi koostua esimerkiksi hoitotyön toteuttamisen lisäksi terveystottumuksiin vaikuttamisesta, yhteistyön tekemisestä, kouluttamisesta, konsultoimisesta, työnohjauksen antamisesta sekä päihdehoitotyön kehittämisestä. (Mts. 13-15.)

Sairaanhoitajan eri rooleja päihdehoitotyössä on myös tutkittu. Behmin (2005) tutkimuksessa todettiin varhaisvaiheen päihdehoitotyössä sairaanhoitajalla ja terveydenhoitajalla olevan seuraavia rooleja: tunnistaja, puheeksiottaja, herättelijä, kontrolloija, tilaisuuden antaja, tavoittaja, seuloja, tiedon antaja, asenteisiin vaikuttaja, tukija, auttaja ja ehkäisijä. (Mts. 74.) Myös Clancyn, Oyefeson ja Ghodsen (2007, 161) artikkelissa kerrotaan päihdetyön sairaanhoitajan roolikehityksestä ja eri ammatti tasoista. Artikkelissa mainitaan, että hoitajilla on viisi rooli kehittymisen osa-alueita: kohtaaminen, esiintyminen, tukeminen, pätevyys ja osaaminen. Näiden roolien tunnistaminen taas tarjoaa mahdollisuuden esimerkiksi työnantajille, hoitajille ja kouluttajille tutustua tarkemmin pätevyyksiin, joita hoitajilta päihdetyössä vaaditaan.

Edellytyksien lisäksi sairaanhoitajan on hyvä miettiä päihdehoitotyössä omaa ja mahdollisten läheisten päihteiden käyttöä. Oman tai läheisen päihteenkäyttämisen tunnistaminen ja arviointi on tärkeää päihdetyössä toimivalla sairaanhoitajalla. Sairaanhoitaja ei pysty antamaan toiselle tehokasta ammatillista apua, mikäli hän joutuu peittelemään omaa tai läheisen päihdeongelmaa. (Inkinen ym. 2000, 227.)

3 KRISTILLISYYS JA PÄIHDEHOITO

3.1 Kristillinen päihdehoito Suomessa

Päihdejärjestöihin kuuluu Kristilliset järjestöt, joista suuri päihdepalveluita tuottava liitto on Sininauhaliitto. Sininauhaliitto on kristillisten päihdejärjestöjen keskusliitto,

johon kuuluu 100 jäsenjärjestöä. Sininauhaliiton sivuilta löytyy niin sanotusti kristillisyyden koko kirjo. Sen jäsenjärjestöt poikkeavat toisistaan ratkaisevasti, ja jäsenjärjestöjen taustayhteisöistä löytyvät melkein kaikki tunnetut herätysliikkeet, hengelliset liikkeet sekä kirkkokunnat. Pelastusarmeijan ja katulähetyksen toiminta ovat luettavissa myös kristillisiin järjestöihin. Katulähetyksiin edustaa luterilaista perinnettä, ja osa Sininauhaliittoon kuuluvista yhdistyksistä ovat myös Suomen katulähetyksessä. Samoin taas Sininauhaliittoon kuuluu katulähetyksen yhdistyksen piiriin luettavia yhdistyksiä, jotka eivät siis ole katulähetyksen liitossa. Pelastusarmeijan työ on viime vuosikymmeninä muuttanut työmuotoaan, mutta sen toiminta on edelleen vireätä varsinkin suuremmissa kaupungeissa. Kristilliset kirkot ja seurakunnat tarjoavat myös apua päihdeongelmiin. Kirkon ja seurakuntien päihdetyö on merkityksellistä ja kirkko omalla toiminnallaan tukee vahvasti kristillisiä päihdejärjestöjä. Evankelisluterilainen kirkko järjestää muun muassa diakoniatyötä ja päihde- ja kriminaalityötä. Uskonollista näkökulmaa päihdeongelmiin voidaan antaa myös muissa seurakunnissa, kirkkoissa ja herätysliikkeissä. (Liiton toiminta n.d.; Saarelainen ym. 2001, 51; Valkoniemi 2006, 39, 40.)

Kunnat ja valtiot ovat aloittaneet tiiviin yhteistyön kristillisten päihdejärjestöjen kanssa. Yli 20 vuoden ajan ovat kristilliset päihdejärjestöt toimineet kiinteästi ja harjoittaneet toimintaansa valtakunnan tasolla yhteistoimintana. Kristilliset päihdejärjestöt antavat laajaa sekä laadukasta päihdepalvelua sadoissa kunnissa joka vuosi. (Valkoniemi 2006, 18, 19.)

3.2 Kristillisyyden näkyminen päihdealan kirjallisuudessa

Kristillisyyden viittaa kristinuskoon kuuluvaa sellaista, joka soveltaa kristinuskon oppia. Itse kristillisyyden tulee sanasta Kristus, joka on Jeesuksen kunnianimi. Kristus tarkoittaa voideltua kuningasta. Taustalla on ajatus kristillisestä ihmiskäsityksestä. (Huitinen & Jefimoff 2007; Valkoniemi 2006, 4.)

Lukiessa päihdetyön ja päihdehoitotyön perusteoksia ja hakiessa alan artikkeleita voi todeta, ettei niistä löydy kovinkaan paljon viitteitä tai tutkimuksia liittyen kristillisyyteen tai uskoon. Uskonto tai kristillisyyden saatetaan joissakin teoksissa mainita esimerkiksi päihderiippuvuuden syntymisen tai siitä toipumisen yhteydessä. Weckroth (2001, 30, 44) kirjoittaa huumeongelmien kulttuurisesta tulkinnoista, joista yhtenä

tulkintakehyksenä on hengellinen kehys Hengellisen kehysten mukaan päihdeongelma voidaan tulkita ihmisen uskonnollisen elämän häiriötilana. On kysymys himosta, joka johtuu rikkoutuneesta suhteesta Jumalaan, lähimmäisiin ja myös itseän. Tällöin kokemus elämän tarkoituksesta on kadonnut ja yksilön vapaus sekä subjektiivisuus on jäänyt pakonomaisten mieltymysten varjoon. Muutos voi alkaa, kun Jumalasuhteet korjataan, ja tähän tarvitaan hengellisen elämän parantamista.

Purhonen (2000, 32, 33) viittaa Koski-Jännekseen, Jussilaan ja Hänniseen (1998) kertoessaan katkaisuhoidon lopettamiseen, jonka voi synnyttää esimerkiksi uskonnollinen herääminen ja kokemus ”korkeammasta voimasta”. Purhosen (2000, 43, 71) tutkimuksessa myös todetaan, että tutkimuksen kohteena olevissa terveyskeskuksissa, osa sairaanhoitajista motivoi katkaisuhoidossa olevaa potilasta muutokseen hakemalla apua uskosta Tammisen (2000 33, 50) tutkimuksessa on saatu tuloksia uskon vaikutuksesta parantumiseen. Tutkimuksen aineistossa kymmenestä tutkimushenkilöstä kahdella on raitistumista tapahtumassa uskonnolla merkittävä asema. Samoin Taiton (1998, 24, 25, 63, 84) tutkimuksessa on todettu hengellisyyden vaikutus riippuvuuden toipumisprosessissa. Taiton tutkimuskohteena on ollut viisi aikuista, joiden toipumisprosessia eri riippuvuuksista on tutkittu. Tutkittavista osa mainitsee hengellisyyden tärkeyttä tai merkityksellisuutta ja yksi heistä näkee hengellisyyden syvänä Johdatuksena elämässään.

Uskontoon on viitattu erilaisissa teoksissa ja kirjoituksissa muissakin yhteyksissä kuin pelkästään päihderiippuvuuden syntymisen ja toipumisen yhteydessä. Saarelainen ja muut (2001, 156) kirjoittavat päihdeasiakkaan uskosta ihmeratkaisuihin. Kirjoittajien mukaan riippuvuus vaikuttaa yksilön ongelmanratkaisukykyihin, jotka voivat romahdtaa kokonaan tai sitten ongelmakäyttäjällä ne eivät ole päässeet harjaantumaan. Tällöin itseluottamus vähenee ja päihteidenkäyttäjä voi uskoa parantuvansa vain jonkin ihmeen avulla. Ihme voi olla esimerkiksi uskonto. Tämä uskomus voi taas vaikeuttaa varsinaista päihdeasiakkaan tukemista. Ratkaisuna on yksinkertaisten tavallisten ongelmaratkaisukykyjen harjoittaminen asiakkaan kanssa. Lisäksi Saarelainen ja muut (2000, 157) viittaavat Jumalaan toisen kerran kertoessaan päihdeasiakkaan samaistumisesta ryhmään tai vastuun kantamisesta. Päihdeasiakkaan auttamisessa on huomioitava, että asiakkaalla voi olla ongelmia liittyä ryhmään tai kantaa vastuuta, koska hän ei ole välttämättä kasvanut tällaiseen. Samaistuminen tovereihin, ihmiskuntaa tai saati Jumalaan ei ole helppoa tällaiselle ihmiselle.

Toisaalta Hyypän (2003) artikkeli ”Mielenterveyttä kirkkokuorosta” antaa mielenkiintoisen näkökulman uskonnollisten tapahtumien vaikutuksesta ihmisen hyvinvointiin. Hyypä viittaa joihinkin tutkimuksiin, joiden mukaan erityisesti uskontokulttuurin harjoittaminen, kuten jumalanpalveluksiin osallistuminen tai kirkkokuorossa laulaminen, näyttää liittyvän itsellisenä hyvää mielenterveyteen tai terveyteen. Tässä on huomioitu tavanomaiset terveyden haitta- ja myötätekijät. (Mts. 87, 91.) Scanlon (2004, 13) kirjoittaa myös uskonnon vaikutuksesta terveyteen viittaamalla Koenigiin. Koenigin mukaan viimeisen 25 vuoden aikana on tehty satoja tieteellisiä tutkimuksia siitä, että uskonnolliset ihmiset, jotka rukoilevat ja käyvät säännöllisesti jumalanpalveluksissa sairastuvat epätodennäköisemmin. Lisäksi nämä ihmiset sairastuessaan selviävät paremmin. Koenig myös kertoo, että kirkossa käyvillä ihmisillä on myös parempi immuunijärjestelmä. Ihmiset, jotka ovat aktiivisia uskonnollisessa yhteisössä selviävät paremmin erilaisista leikkauksista, elävät pidempään, elävät terveellisempää elämää ja ovat vähemmän alttiina aineiden väärinkäytölle. Koenigin mukaan uskonnolliset aktiiviset ihmiset kestävät stressiä paremmin, kärsivät muita vähemmän masennuksesta, tuntevat voivansa hyvin ovat optimistisempia ja toiveikkaampia.

Hellsten (2005) kirjoittaa Jumalasta useassakin kohtaa teoksessaan ”Virtahepo olohuoneessa”. Teos kuvaa läheisriippuvuuden syntyä erilaisissa riippuvuusongelmissa. Hellsten kuvaa mielenkiintoisella tavalla sisäisen lapsen syväjäädytystä, valeminän ja häpeän roolia riippuvuusperheessä. Hän nostaa hengellisyyden monessa kohtaa teoksessaan esiin. Hellsten (2005 18, 64-65) pohtii esimerkiksi sisäisen lapsen ominaisuuksia miettimällä Kristuksen kehotusta: ”Tulkaa lasten kaltaisiksi”. Samoin hän pohtii häpeä käsitettä viittaamalla Aatamiin ja Eevaan ja perisyntiin. Hellsten (2005, 165) käsittelee riippuvuutta myös filosofisesta näkökulmasta. Hän pohdiskelee, pitääkö oman vahvuuden ensin muuttua voimattomuudeksi ennen kuin varsinainen pelastus voi tapahtua. Tässä kohtaa hän viittaa Jeesukseen, joka sanoi etteivät terveet tarvitse parantajaa vaan sairaat. Hengellinen kasvu voi siis kirjoittajan mukaan syntyä oman voimattomuutensa ja pahuutensa kohtaamisesta.

Asiaa voidaan tarkastella myös toisesta näkökulmasta, eli kuinka kirkollisissa lehdissä ilmenee uskon vaikutus terveyteen. Tätä aihetta on tutkinut Teinonen (2004), joka kertoo artikkelissaan tuloksistaan. Teinonen (2004) on tutkinut vuonna 2000 kolmea laajalevikkeistä kirkollista lehteä, Kotimaa, Sana, sekä Kirkko ja kaupunki. Hän on

selvittänyt, kuinka paljon näissä lehdissä kyseisen vuoden aikana kirjoitettiin uskon vaikutuksesta terveyteen. Tuloksena saatiin muun muassa, että terveysaiheinen kirjoittaminen oli melko vähäistä. Lehtien pohjalta syntyy ajatuksia, että usko auttaa sairauden aiheuttamassa ahdistuksessa, tukee elämään terveellisesti ja usko antaa voimia elämiseen sairauksista huolimatta. Terveysongelmia ei siis nähty myöskään merkinä uskon heikkoudesta, tai seurauksena synnistä. Myös Ylikarjulan (2006) artikkeli tukee Teinosen tutkimusta. Ylikarjulan (2006) mukaan terveys on lahja, mutta huonokaan terveys ei tarkoita Jumalan hylkäämistä. Ylikarjula (2006) viittaa luterilaisen maailmanliiton yleiskokoukseen (2003), jossa todettiin, että parantuminen on Jumalan lahja, mutta inhimilliset voimat voivat osallistua sen tekemiseen todeksi. (Teinonen 2004, 67, 68; Ylikarjula 2006, 2138-2139.)

Päihteiden ja päihdehoitotyön perusteokset ja artikkelit antavat melko vähän tietoa kristillisyyden näkökulmasta. Kuitenkin on joitakin aikaisempia tutkimuksia/kirjoja, jotka tukevat opinnäytetyön aihetta hyvin. Näistä teoksista kerrotaan erikseen kappaleissa ”hengellisyyden huomiointi hoitotyössä” ja ”aikaisemmat tutkimukset tutkimuskysymyksiin liittyen”.

3.3 Hengellisyys, uskonnollisuus, hoitoteologia, kristillinen ihmiskäsitys - käsitteiden määrittelyä

Kirjallisuudessa hengellisyys ja uskonnollisuus usein limittyvät, ja välillä ne ovat eri asioita ja välillä toistensa synonyymeja. Cook (2004) on tutkinut 265 hengellisyyteen ja riippuvuuteen liittyvää kirjaa ja dokumenttia ja toteaa, että hengellisyyden määritelmä on puutteellinen. Epäselvät määritelmät ovat ongelmallisia alan tutkijoille. Hengellisyyteen liitetään Cookin tutkimuksen mukaan useita eri asioita kuten: ihmisyyys, liittyminen, sielu, arvot, uskonnollisuus/ei-uskonnollisuus, itsetuntemus, luovuus. (Mts. 539, 543, 546.)

Auraniemi, Eerikäinen, Holopainen-Jänis, Iivarinen, Ketolainen, Kolehmainen, Piippo, Svahn ja Valopaasi (1996a) kirjoittavat henkisyuden, hengellisyyden tai spirituaaliteetin olevan inhimillinen ulottuvuus, joka koostuu uskonnollisista ja psykologisista tekijöistä. Henkisyys on yksilön kiinnostus elämän perustarkoitukseen ja elämänarvoihin. Tämän ulottuvuuden uskonnollinen puoli eli hengellisyys voi näyttää elämän

suuntaa niille, jotka ovat hengellisesti orientoituneita. Auranemi ja muut (1996a) viittaavat myös Mölsään, Krogerus-Thermaniin, Raatikaiseen ja Toivaseen (1985) tarkentaessaan hengellisyyden tarvetta, joka tarkoittaa ihmisen syvällistä toivetta olla yhteydessä Jumalaan ja saada sitä kautta turvallisuutta ja rauhaa. (Mts. 13.)

Uskonnollisuutta voidaan määritellä teologisesta näkökulmasta, jolloin lähdetään siitä että ihminen on luotu Jumalan kuvaksi. Uskonnollisuus on siis sama kuin jumalasuhteemme ja siihen liittyy Jumalan palvominen ja oleminen yhteydessä häneen. Uskonnollisuuttamme todistaa esimerkiksi moraalijattelumme ja omatuntomme. Uskonnollisuuteemme vaikuttavat muun muassa perinteet, lapsuuden kokemukset, vanhemmat, koulu ja yhteisö. Ihminen syntyy johonkin uskontoon, mutta uskonnollisuuteen kehittää elämän aikana. Tässä vaiheessa on hyvä erottaa hengellinen ja uskonnollinen kehitys. Hengellinen kasvu on kaksiosainen prosessi, jossa tiedostetaan elämän tarkoitus, päämäärä ja arvot. Toinen prosessi lisää tietoa tuonpuoleisista arvoista, jotka voidaan liittää kaikkiin ihmissuhteisiin ja elämän toimintoihin. Sen sijaan toinen prosessi vie ihmisen lähemmäksi suhdetta ”Korkeamman Olennon” kanssa ja ”Korkeampi” voidaan ymmärtää eri tavoin. Ihminen voi tällöin määritellä omaan hengellisyytään tavalla olla suhteessa johonkin, esimerkiksi musiikkiin, ilman että määrittelyyn kuuluu suhde Jumalaan. Sen sijaan toinen voi määritellä hengellisyyden suhteessa ”Korkeampaan”, ja jättää tällöin muun hengellisen ilmaisun pois. (Auranemi ym. 1996a, 14-15.)

Hellsten (2005) pyrkii myös määrittelemään hengellisyyden ja uskonnollisuuden eroavaisuuden. Hänen mukaan jokaisella meistä on tarve hengellisyyteen, kun taas kaikilla meistä ei ole tarvetta ilmentää hengellisyyttä jonkin uskonnon kautta. Hengellisyys on ihmisen tarve kokea olevansa osa jotakin itseä suurempaa. Hengellisyys on oman voimattomuutensa tajuamista ja halua tarvita voimaa, joka on oman itsen ulkopuolella. Voima on toisille Jumala ja toiselle jokin korkeampi voima, mutta oleellista on, että voimaan on yhteys. Tämä yhteys muokkaa meidän ajatuksia, tekoja ja tunteita. (Mts. 104-106.) Millerin ja Bogenschutzin (2007, 433) artikkelissa kerrotaan hyvin hengellisyyden ja uskonnollisuuden ydin: vaikka on hengellinen ei välttämättä ole uskonnollinen, ja uskonnollisuus voi olla osa hengellisyyttä.

Hoitoteologian tehtävänä on selvittää ihmisen hengellistä ulottuvuutta hoidossa sen eri tasoilla, joita ovat potilaan taso ja hoitajan sekä tutkimuksen tasot. Hoitoteologiaa voidaan pitää hoitotieteen osatieteenä. Hoitoteologia voidaan määrittää myös tieteelli-

seksi tutkimukseksi kristillisestä uskosta ja sen merkityksestä hoidossa sekä hoitonäkemyksen syntymisessä. Hoitoteologia tutkii, miten hengelliset halut tai tarpeet vaikuttavat terveyteen ja elämään. Samoin hoitoteologia pyrkii tutkimaan, kuinka ihmistä hoidetaan kokonaisvaltaisesti huomioimalla myös uskonnolliset tarpeet. Pyritään luomaan kokonaihoitoa, jolloin hoito perustuu olettamukseen, että ihminen käsittää hengen, ruumiin ja sielun. Hoitoteologiassa käytetään kristillistä ihmiskäsitystä. (Da Silva & Eriksson 1994, 26-27, 32; Kurtén 1994, 21.)

Kristillisessä ihmiskäsityksessä ihminen nähdään kokonaisuutena, joka kattaa ruumiillisen, henkisen, sielullisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Ruumiillisuus viittaa ihmisen biologiaan ja fysiikkaan. Henkinen tarkoittaa ihmisen mieltä ja psyykkisiä toimintoja, ja sosiaalinen puoli vuorovaikutusta yhteiskunnan ja toisten ihmisten kanssa. Tarkastelun kohteeksi nostetaan usein henkinen puoli, johon kuuluu hengellisyys. Hengellisyteen kuuluu taas uskonnolliset kokemukset. Lähtökohtana on, että kaikki nämä ulottuvuudet vaikuttavat toisiinsa. Kristilliseen ihmiskäsitykseen liittyy myös hoidollinen rakkaus. (Auraniemi ym. 1996b, 29, 30.) Hoitaminen perustuu rakkauteen (*caritas*). Hoitaja, joka perustaa toimintansa rakkauteen, välittää rakkauden voimaa ja iloa. Kristinuskossa on hyvin keskeisessä asemassa rakkaus. Kristillinen rakkaudessa ihminen on rakkautta ja tahtoo rakkautta, ja hoitamisessa on kyse aitoon rakkaudesta liittyvästä teosta. Rakkauden soveltamista hoitoon voidaan ajatella rakkauden käskyn kautta: ”rakasta lähimmäistäsi niin kuin itseäsi”. Jos halutaan osoittaa huolenpitoa ja kunnioitusta tarvitsee olla kärsivällisiä, lempeitä, hienotunteisia. Nämä kaikki ovat myös rakkauden ilmenemisen muotoja. (Da Silva 1994 59, 69; Eriksson 1987, 26, 37, 39.) On siis huomattava, että eroottinen rakkaus on eri kuin hoidollinen rakkaus ja hoitosuhteessa on kyse hoidollisesta rakkaudesta. Lisäksi hoitosuhde on aina ammatillinen. Toisaalta on syytä muistaa, vaikka hoitajilla olisi kaikki tieto sairauksista ja he osaisivat kaikki hoitotoimenpiteet, mutta jos heillä ei ole olisi rakkautta, (esimerkiksi kunnioitusta, huomaavaisuutta tai hienotunteisuutta potilasta kohtaan) he eivät olisi potilaalle avuksi (Da Silva 1994, 67).

Kristillisessä käsityksessä ihmisellä on loukkaamaton arvo, ja ihminen on Jumalan rakkauden kohde. Tällöin ihminen ei ole itse hankkinut tai ansainnut arvoaan, vaan se on annettu jo hänelle lahjana. (Valkoniemi 2006, 12.) Tämä arvo lienee monen kristillisen päihdejärjestön tausta-arvoja. On kuitenkin muistettava, että ihmiskäsitys voi olla kokonaisvaltainen, vaikkei se olisi kristillinen (Auraniemi ym. 1996b, 30).

3.4 Hengellisyden huomiointi hoitotyössä

On pohdittu, pitääkö hengellisyys huomioida potilaan hoidossa. Auraniemi ja muiden (1996c) tutkimuksessa on mietitty, miksi uskonnolliset kysymykset olisi hyvä ottaa huomioon hoitotyössä. Hengellisiä tarpeita potilaat voivat kokea elämän kriisivaiheissa ilman akuuttia hengenvaaraa. Tällöin hengelliset tarpeet eivät liity ainoastaan kuolevan potilaan hoitoon. (Mts. 10.) Toisekseen on tärkeää muistaa kokonaisvastuun ottaminen ihmisestä. Vaikka sairaala ei ole ruokkimista varten, potilaat saavat ruokaa. Samoin siis niille, joilla on hengellisyden tarve, on tarjottava mahdollisuus näiden kysymysten selvittämiseen. (Auraniemi ym. 1996d, 49.) Maassamme ja muualla on potilaita, joilla on jonkinlaisia hengellisiä tarpeita. Näiden huomiotta jättäminen voi vaikuttaa kielteisesti potilaan paranemiseen ja hyvinvointiin. (Da Silva & Eriksson 1994, 47.) Lisäksi laitoksissa työskentelevien sairaalasielunhoitajat eivät ehdi millään vastaamaan yksin kaikkiin tarpeisiin ja tämän takia on tärkeää vahvistaa hoitotyön kristillistä arvopohjaa (Harju 2004, 30).

On tärkeää, että hoitajana osaa huomioida potilaan hengelliset tarpeet. Erikssonin (1989) mukaan potilaan uskon kunnioittaminen ja sen käyttäminen yhtenä voimavarana hoitosuhteessa on hoitoetiikan mukaista toimintaa. Hoitajan on kehitettävä kykyään tunnistaa ja huomioida potilaan omaa uskonnollista viitekehystä potilasanalyysin aikana. Saattaa olla, että hoitaja pystyy ”hoitamaan” heikon potilaan uskoa teologisen tietojen avulla samalla tavalla kuin hän ”hoitaisi” potilaan hengitystä (Mts. 48, 82.) Hoitotyössä hengellisten tarpeiden huomioiminen helpottuu laatimalla hoitotyön suunnitelma, jonka eri vaiheissa hengellisyys huomioidaan. Ensimmäiseksi lähdetään liikkeelle tarpeiden huomioimisesta. Hengelliset tarpeet tulisi kuulla ja nähdä hoitosuhteessa esimerkiksi potilaiden tarjoaminen vihjeiden kautta. Hoitotyön diagnoosivaiheessa saadaan konkreettisesti esiin ne asiat, joihin halutaan hoidon aikana muutoksia. Tavoitteiden asettaminen johdetaan tarpeista ja diagnooseista. Tämän jälkeen hoitotoiminta voi alkaa. Tässä vaiheessa hengellinen huolenpito voi ilmetä yksilöllisesti suunnitelman mukaan. Hengellistä huolenpitoa on esimerkiksi potilaan kuunteleminen, potilaan arvostaminen, puhuminen potilaalle tärkeistä uskonnollisista asioista ja hoitajan omien ennakoasenteiden sivuun laittaminen. (Auraniemi ym. 1996d, 46, 47, 53, 58, 59, 60, 62, 63, 64.) Myös rukous voi tuoda lääkettä hengelliseen kipuun ja luoda turvallisuuden tunnetta (Harju 2004, 32). Auraniemi ja muut (1996d, 67) viit-

taavat Hellströmiin ja Svahnströmiin (1989), joiden mukaan käännättäminen ei ole luvallista ja ammatillisuutta on, kun hoitaja ei sekoita omia uskonnollisia ongelmia potilaan vastaaviin.

Hammond (2003) artikkelissaan kirjoittaa ihmisistä, joilla on sekä mielenterveys- ja päihdeongelma. Hammond pohtii hengellisyyden huomioimista hoidossa. Artikkelissa mainitaan, että hengellisyys voi olla mielenterveys- ja päihdehoidon perusolemus. Tällöin hoitajien on helpompi kohdata asia, jos hän on itse hengellisyyden kanssa tasapainossa. (Hammond 2003, 33, 38.) Myös Wilding, Muir-Cochranen ja Mayn (2006, 150, 151.) artikkelissa puhutaan hengellisyyden asioiden merkityksestä mielenterveyshoidossa. Tutkimuksen mukaan terveysalan ammattilaisten pitäisi olla avoimempia asiakkaiden hengellisille kokemuksille ja ottaa ne tosissaan.

Karvinen (2006) on tutkinut sairaanhoitajien kokemuksia hengellisyydestä hoitamissa monikulttuuristen potilaiden keskuudessa. Karvisen (2006) mukaan on tutkittu sairaanhoitajien valmiuksia hengelliseen hoitotyöhön, sen sijaan monikulttuurisuuteen ja hengellisyyteen liittyvä tutkimus on niukkaa. Tämän takia on tärkeää perehtyä monikulttuuristen potilaiden hengelliseen hoitotyöhön. (Mts. 21, 22, 23.) Karvinen (2006) tutkii hengellisyyden toteutumista hoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta, ja yhtenä tärkeänä tuloksena osoitetaan koulutuksen tarve. Sairaanhoitajat kaipaivat enemmän koulutusta hengellisen puolen asioista, esimerkiksi mikä on tervettä hengellisyyttä ja miten potilaan hengellisyyttä voisi tukea. Samoin haastatellut sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä on tärkeää, ja hengellisyys pitäisi tulla ilmi jo koulutuksen aikana. (Mts. 58, 59.)

Hengellisyyden merkitystä yksittäisten ihmisten kohdalla on tutkinut Häkkinen (1999). Hän on rajannut tutkimuksensa traumaattisen kriisin läpikäyneisiin ihmisiin, ja tutkinut mitä hengellisyys merkitsee kriisin kohtaamisessa. Tutkimuksessa mukana olleet ihmiset olivat hyötynneet hengellisyydestä trauman käsittelyssä. He olivat saaneet hengellisyydestä myönteisiä kokemuksia. Hengellisyys toi muun muassa toivoa, luottamusta, lohdutusta ja rauhaa. Samoin tapahtuneelle löydettiin merkitys ja ymmärrys. (Häkkinen 1999, 24, 34, 42.) Voidaan ajatella, että päihdeongelman syntyminen yksilölle on myös tietyn tapainen kriisi, tai toisaalta jokin tietty kriisi voi laukaista päihdekierteen. Tällöin Häkkisen tutkimus tukee ajatusta hengellisyyden merkityksestä myös päihdeongelmasta toipumisessa.

3.5 Aikaisemmat tutkimukset tutkimuskysymyksiini liittyen

Niemelä (1999) on tutkinut laajassa väitöskirjassaan uskoon kääntyneiden ihmisten selviämistä päihdeongelmastaan haastatteleamalla ympäri Suomea 34 ihmistä vuonna 1988. Samoin hän on tutkinut 19 kristillisen päihdehuollon piiriin kuuluvaa hoito- ja kuntoutusyhteisöä vuonna 1997. Niemelä tutkii, kuinka nämä hoitoyhteisöt vahvistavat ja virittävät uskonnollista itesuhteen muutosta toipumisen yhteydessä. Tutkija on jakanut tulosten perusteella hoitoyhteisöt neljään eri malliin, jotka ovat: elämäkatsomusmalli, yhdistelmämalli, palvelumalli ja ammatillinen malli. Elämäkatsomusmallissa uskonnollinen sisältö on selkeä, ammatillisessa mallissa sisältö muodostuu terapiasta ja taas yhdistelmämallissa on yhdistetty sekä ammatillinen että uskonnollinen lähestymistapa. Palvelumallissa pyritään huolehtimaan asiakkaan elämän perusedellytyksistä, ja tällöin terapeutin ja uskonnollinen palvelu jää asiakkaan omatoimisuuden varaan. Päihdehoidon tyyppiyksiköiden mukaan Niemelä on myös tutkinut yhtenä kysymyksenä asiakkaiden **uskonnollista taustaa**. Hän on tutkinut, miten aktiivisia uskonnollisesti asiakkaat ovat olleet ennen hoitoa. Onko lapsuudessa ollut uskonnollisesti merkittäviä ihmisiä, uskonnollista osallistumista ynnä muuta. Taustalla Niemelällä on ajatus, että **aikaisemmat kokemukset** luovat pohjaa uskonnollisen kielen ymmärtämiselle. Niemelä kuitenkin haluaa vielä sanoa, että uskonnollinen tausta ei välttämättä ole ehdoton edellytys uskonnolliselle muutokselle. (Mts. 61, 86, 179, 194, 203, 296.)

Niemelä (1999) on saanut paljon tuloksia uskonnolliseen taustaan liittyen. Hän on tutkinut päihdeyksikön tyyppiluokituksen mukaan (4 mallia) jokaisen asiakaskunnan uskonnollisen taustan. Samoin hän on tutkinut toipumisprosessia uskoon kääntyneillä ihmisillä ja myös täältä nousee aikaisempia kokemuksia, **ajatuksia ja asenteita** asiakkailta esiin. Niemelä (1999) kirjoittaa viitaten Sipilään (1989), että hoitoon tullessaan asiakas jäsentää ja testaa kokemaansa tullessaan hoitoon. Tilanne on aina yksilöllinen ja hoitoavaruus voi tulkkiutua ensin kielteisenä, epäluotettavana sekä epäilyttävänä. Asiakas kohtaa hoitoyhteisön aina omine prosesseineen. Varsinaiseen kääntymiseen tarvitaan juuri kielteiseksi leimatun uskovaisuuden sijasta uutta uskovaisuuden positiivista sisältöä. Lisäksi ennen raitistumiseen johtavaa käännettä yksilöllä saattaa olla takanaan useita uskonyrityksiä. (Mts. 78-79, 107, 129.)

Tutkija on kirjoittanut asioista, jotka vaikuttivat tutkittujen kiinnostuksen syntyymiseen uskonasioita kohtaan (Niemelä 1999, 91-92.) Näistä asioista nousee myös joitakin tärkeitä ajatuksia, mitä ihmisillä voi olla kristillisyydestä. Kiinnostuksen uskonasioita kohtaa herätti muun muassa seuraavat asiat: halu päästä yhteyteen Jumalan kanssa, kaipuu parempaan elämään, johon liittyisi kokemuksia hyvydestä ja rakkaudesta, uskovien esimerkki ja huolenpito. (Mts. 91-92.) Ilmeisesti asiakkaat siis liittivät uskonihmisiin rakkauden ja hyveen kokemuksia ja ajatuksia. Yksi tutkimushenkilön suora lainaus Niemelän tutkimuksessa kertoo tämän: ”Ne otti mua vastaan ihmisenä ja semmonen rakkaus loisti heistä, vaikka olin sellainen haiseva paskanen ukko. (M8)” (Mts. 143).

Niemelän (1999) tutkimuskohteena oli otanta ihmisiä, jotka ovat kääntyneet uskoon ja jolla on ollut jotakin yhteyttä päihdeongelmasta toipumiseen. Niemelä kokoaa vielä lopuksi yhteen osallistujien uskonnollisen taustan. 53 %:lla oli niin sanotusti tavallinen luterilainen koti, jossa uskonnolla ei ollut merkittävää roolia. Vajaalla kolmannelle oli joko toinen tai molemmat vanhemmista uskovaisia. Joka kymmenennellä oli ollut ateistinen, jumalakielainen tai täysin välinpitämätön koti uskonnon suhteen. Neljällä kymmenestä oli ollut joku läheinen, jolla oli suuri uskonnollinen merkitys lapsuudessa. Kuusi kymmenestä oli aikoinaan osallistunut pyhäkouluun tai seurakunnan kerhoon. Seurakunnallinen aktiviteetti oli lopahtanut 18 prosenttiin nuoruusiässä, ja joka kymmenes oli kokenut kuitenkin nuoruudessa uskoontulon esimerkiksi rippikoulussa ollessaan. (Mts. 332-333.) Niemelä kuitenkin kirjoittaa, että kaikki eivät koe hengellistä herätystä eikä ne päihdeongelmaiset, jotka ovat sen kokeneet, hakeudu välttämättä kristilliseen hoitoon (Mts. 85).

Päihdeyksiköiden tyyppiyksiköissä uskonnollisen taustan todetaan olevan samantyyppinen kuin uskonratkaisun kautta toipuneilla ihmisillä. Enemmistöllä oli tavallinen koti ja kirkkoon kuului 92 %. Myös täällä vajaalla kolmanneksella oli toinen tai molemmat vanhemmista oli uskovaisia. Neljällä kymmenestä oli myös jokin tärkeä uskonnollinen vaikuttaja elämässään. Runsas puolet oli osallistunut pyhäkouluun ja noin joka kymmenes oli kokenut uskonnollisen herätyksen lapsuudessa tai nuoruudessa. Mikäli otetaan huomioon kaikki virikkeet, jotka ovat uskonnollisia ja joita on lapsuudessa ja nuoruudessa saatu, niin tyyppiyksiköistä elämäntutkimusmallissa, yhdistelmämallissa ja ammatillisessa mallissa asiakkailla on hyvin samanlaiset uskonnolliset lähtökohdat. Elämäntutkimusmallin asiakkailla on kuitenkin enemmän hengellistä

aktivoitumista jo ennen hoitoa ja tämän tyyppin hoitopaikoissa asiakkaat mielsivät itsensä enemmän uskovaiseksi. Toisaalta mielenkiintoinen asia elämäkatsomusmallissa Niemelän tutkimuksessa on myös, että asiakkaat tullessa hoitoon ovat usein varautuneita ja niin sanotusti ”päähänpotkittuja”. Kuitenkin tutkimuksessa todetaan, että yhteisön uskonnolliseen tarjontaa kohtaan asiakkailla on yleismyönteinen asenne. (Niemelä 1999, 208, 213, 218, 225.)

Yhdistelmämallissa uskonnollinen tausta oli hyvin samankaltaista kuin elämäkatsomusmallissa. Useilla oli jotakin aikaisempaa kokemusta myös kristillisestä päihdehoidosta. Asiakkaista runsaat puolet mielsivät itsensä uskovaisiksi, runsas kolmannes tunsivat olevansa etsijöitä tai uskonnollisessa kriisissä olevia ja viidennes tuli hoitoaikanaan uskoon. Ammatillisessa mallissa kuten jo todettiin, uskonnollinen tausta oli myös varsin samantyyppinen kahden edellisen kanssa. Hoitoon hakeutumisessa uskonnollisuudella ei ollut kuitenkaan merkittävä motiivi. Vain neljännes oli ennen hoitoa ollut aktiivinen uskonnollisessa tai hengellisessä elämässä. Vajaa kolmanneksella ei ollut minkäänlaista kosketusta hengellisiin ja uskonnollisiin asioihin. Asiakkailta puuttuu uskonnollinen aktivoituminen ennen hoitoa ja uskonnollinen motivoituminen tämän tyyppiseen hoitoon. Apua tultiin hakemaan päihdeongelmaan ilman erityistä toivetta uskonnollisuudesta. Uskonnollinen tausta asiakkailla loisi kuitenkin mahdollisuuden uskonnolliselle toiminnalle laajemminkin. (Niemelä 1999, 229, 241, 244, 245, 256, 258.)

Palvelumallin tyyppiseen hoitoon tulee pääasiassa asiakkaita, joilla on uskontoon välinpitämätön tai kielteinen suhtautuminen. Asiakasaines ei erityisemmin etsi uskonnollista puolta, eikä taustalla ole sisäistä hengellistä etsintää eikä uskonnollista osallistumista. Palvelumallin asiakkaat ovat uskonnolliselta taustaltaan vähävirikkeisiä. Palvelumalli ei aseta uskonnollisesta taustasta huolimatta perustavoitteeksi uskonnollisen muutoksen syntymistä vaan ihmisen auttamisen hänen vaikeassa elämäntilanteessaan. (Niemelä 1999, 261, 266, 271.)

Eri päihdetyyppiyksiköiden mukaan asiakkailla on erilaisia kokemuksia, ajatuksia ja asenteita kristillistä tai ylipäätään uskonnollista toimintaa kohtaan. Toisessa päässä ovat hyvin uskonnolliset ja toisessa päässä uskontoon varautuneesti ja kieltäytyvästi suhtautuvat ihmiset. Merkittävä tulos Niemelän (1999, 297) tutkimuksessa on kuitenkin, että kristillisen päihdehuollon asiakkaat eivät merkittäväällä tavalla poikenneet

suomalaisen päihdehuollon asiakaskunnasta. Niemelän teos on tehty vuosina 1988 ja 1997 ja on syytä muistaa, että tieto on jo yli kymmenen vuotta vanhaa. Perusasiat oletettavasti ovat pysyneet tähän päivään asti samana.

Auraniemen ja muiden tutkimuksessa (1996e) on mielenkiintoisia kohtia, jotka liittyvät potilaan mahdollisiin kokemuksiin, ajatuksiin ja asenteisiin kristillisyydestä. Auraniemi ja muut (1996e, 21) kirjoittavat viitaten Schärfeen (1988), että hoitajan asenne voi ratkaista, minkälaisia seurauksia syntyy uskonasioiden esille ottamisessa potilaan kohdalla. Pidättyväinen asenne viestittää potilaalle ahdistusta, ja tunteen, että uskonto on tabu, josta ei puhuta. Odottava asenne tuo epävarmuutta ja voi vahvistaa potilaan ujoutta ilmaista uskonnollisia tarpeitaan. Asiaa edistävä tyyli kasvattaa luottamusta hoitajaan ja tuo varmuutta.

Lisäksi Auraniemi ja muut (1996d, 54) viittaavat Oatesiin, joka on laatinut uskonnollisuuden tasot, jolloin potilaan uskonnollisia tarpeita voi olla helpompi määrittää. Tasot ovat: pinnallinen uskonnollisuus, sovinnainen uskonnollisuus, pakonomainen uskonnollisuus, persoonallisella tavalla häiriintynyt uskonnollisuus, aito ja eheä uskonnollisuus. Tässä voi huomata, että uskonnollinen tausta vaihtelee aiheuttaen erilaisia kokemuksia ja ajatuksia uskonnollisuudesta. Uskonto voi siis myös tuoda pahaa oloa, jos kyseessä on esimerkiksi pakonomaiset tiukat rituaalit. Auraniemi ja muut (1996d, 58-59) pohtivat myös hoitotyön diagnoosivaiheessa hengellisten asioiden huomioonottamista. Kirjoittajat viittaavat Fishiin ja Shellyyn (1983) kirjoittaessaan erilaisista diagnooseista, joita voivat olla esimerkiksi hengellinen huolestuneisuus, hengellinen ahdistuneisuus, hengellinen epätoivo.

Häkkisen (1999) tutkimuksessa nousee esiin hengellisen kokemuksen kriisi ihmisillä, jotka olivat kokeneet jonkin traumaattisen tapahtuman. Tässä vaiheessa traumaattisen tapahtuma sai aikaan monenlaista kokemusta, tuntemusta ja kysymystä hengellisyyteen liittyen. Jumalasta luotiin trauman yhteydessä uudenlaista käsitystä. Mietittiin Jumalan tarkoitusta, kohdistettiin Häneen epätoivoa ja kapinointia ja oltiin pettyneitä. Ihmiset olivat miettineet myös Jumalan mahdollista rankaisua ja hylkäämistä. Lopulta kuitenkin saatiin hengellisyydestä tutkimuksen mukaan myönteisiä kokemuksia. (Mts. 32, 33, 34.) Voidaan siis ajatella, että oletettavasti myös päihdeasiakkailta on näitä ajatuksia Jumalasta siinä vaiheessa, kun elämä tuntuu olevan täysin pohjalla ja toipumisprosessi on vasta alussa.

Valkoniemi (2006) nostaa tutkimuksessaan esille joitakin ihmisten asenteita kristillisyyttä kohtaan. Hän viittaa Yeungiin (2003), jonka mukaan ihmiset, jotka kokevat Jumalan ja rukouksen tärkeäksi, osallistuvat kristilliseen vapaaehtoistoimintaan. Samoin kirjoittaja viittaa Lappalaiseen (2005), joka on tehnyt tutkimuksen kristillisen päihdeyhteisön merkityksestä päihteenkäyttäjille. Yhtenä tuloksena saatiin, että kristillisen sanoman merkitys koettiin myönteisenä, vaikka joku oli myös alussa vastustanut hengellistä tarjonnan puolta. (Mts. 23, 27.)

Lehikoisen (1997) tekemässä tutkimuksessa on haastateltu Jyväskylän Katulähetyksessä toimivaa kahdeksaa ihmistä. Nämä kaikki ihmiset olivat kokeneet päihderiippuvuuden ja ovat nyt työskentelemässä päihdeongelmaisten kanssa. Haastateltavista yhtä lukuun ottamatta kenelläkään ei ollut erityisen uskonnollinen tausta eikä hengelliset asiat olleet kovin tuttuja ennestään. Uskosta haettiin apua päihdeongelmaan ensisijaisesti. Kuusi kahdeksasta kuitenkin koki uskoontulon aikanaan ja ne, jotka eivät sitä kokeneet uskoivat kuitenkin Jumalan vaikutuksen läsnäoloon. Uskoontulon kohdalla tapahtui nopeasti myös asennemuutosta esimerkiksi moraalikäsitteiden suhteen. (Lehikoinen 1997, 26, 69, 73.)

Suhtautuminen kristillisyyteen nousee hyvin esiin Valkoniemen (2006) tutkimuksessa. Hän on tutkinut yhtenä tutkimuskysymyksenä, miten kristilliseen päihdetyöhön kansalaisyhteiskunta ja yksityiset ihmiset suhtautuvat (Mts. 5). Ensin hän on selvittänyt kristillisen päihdehoitotyön historiaa, ja voidaan sen perusteella todeta, että kristillinen päihdehoitotyö on ajan kuluessa jäsentynyt ja laajentunut. Samoin Valkoniemi toteaa, että kristillisten päihdejärjestöjen syntyminen ja kehitys on sidoksissa ympäristön tapahtumiin, jolloin esimerkiksi alkoholilainsäädäntö vaikuttaa yhtenä tekijänä. Valkoniemi kirjoittaa, että kristillinen päihdehoitotyöhön suhtaudutaan hyväksyttävällä asenteella sekä seurakunnissa että kansalaisten keskuudessa. Suhtautuminen ilmenee muun muassa vapaaehtoisten ihmisten kokoontumista lähimmäisen auttamistyöhön. (Mts. 5-10, 18.) Valkoniemi (2006) viittaa myös Yeungiin (2003) puhuessaan lähimmäisenrakkaudesta ja talkooperinteestä, joka muodostaa meidän maassamme perinteen. Tällöin meillä on tietynlaista uskonnollista yhtenäisyyttä. (Mts. 22.)

Kristillisyyteen suhtautumiseen vaikuttaa todennäköisesti myös hoitopaikan kristillisyyden ilmeneminen. Valkoniemen (2006) tutkimuksessa tuloksena saatiinkin, että

tutkituista kristillisistä päihdejärjestöistä noin puolet näyttää kristillisyyden selkeästi. Jos kristillisyyttä näkyy vain merkintänä säännöissä, korostuu ammatillinen työote ja osaaminen aineistossa. Tutkijan mukaan jako ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, vaikka joissakin järjestöissä korostetaan ammatillisuutta, niin korostetaan rinnalla myös kristillisyyttä. Valkoniemien mukaan olisikin tärkeää miettiä, miten kristillisyyttä tulisi näkyä ja ilmetä. (Mts. 40.)

Valkoniemi (2006) viittaa Laakson (2003) tekemään opinnäytetyöhön, jossa tutkitaan muun muassa, kuinka päiväkeskustyön kristillisyyttä tuli esiin työskentelyssä. Taustalla päiväkeskuksella oli kristilliset toimintaperiaatteet. Tutkimuksen yhtenä tuloksena oli, että osa asiakkaista ei edes tunnistanut kristillisyyttä, sillä se oli niin arkista. Parhaana oli koettu ruokailumahdollisuus, toisten tapaaminen, tunne siitä että joku välittää ja että päihitteettömyyttä tuetaan. Toisaalta taas Valkoniemen esiin nostamassa Lappalaisen (2005) tutkimuksessa todettiin kristillisen päihdeyhteisön vaikuttavan kristillisen sanoman merkityksen kokemiseen. Tässä tutkimuksessa Korkeampi voima koettiin tukena ja apuna elämässä. Aluksi jotkut suhtautuivat vastustavasti hengelliseen toimintaan, mutta kristillinen sanoma lopulta koettiin myönteiseksi. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet olivat kokeneet, että jonkinlaista muutosta hengellisyys oli saanut aikaan. Yksi kuvasi, että hengellinen sanoma tuo iloa ja rauhaa, ja toisen kohdalla pelkotilat olivat hävinneet. Lappalaisen tutkimuksessa kuitenkin todetaan, että ei ole tarkoituksenmukaista asettaa rinnakkain kristillisiä ja ns. maallisia päihdejärjestöjä vaan molempia tarvitaan. (Mts. 23, 24, 26, 27.)

Suhtautuminen kristillisyyteen käy ilmi myös Helamon (2004) tutkimuksesta, johon Valkoniemi (2006) viittaa myös. Tutkimuksessa on tutkittu Väentupa ry:n (Seukkala kuuluu tähän) toiminnassa mukana olevia laitoshoidettuja asiakkaita kristillisessä hoitopaikassa. Tutkimuksen mukaan raitistumistekijöitä nimetessä Jumalan/ Korkeamman voiman ja hengellisyyden kokeminen oli ylivoimainen tekijä raitistumiskokemuksessa ja raittiina pysymisessä. Vain kolme viidestätoista ihmisestä ei ajatellut Jumalan/Korkeamman voiman tai hengellisyyden olevan ratkaisevasti merkityksellinen. (Valkoniemi 2006, 25.)

Lehikoisen (1997) tutkimuksessa voidaan myös löytää päihdeongelman toipumisprosessista viittauksia suhtautumiseen. Tutkimuksessa osa tuli uskoon toipumisen aikana pitkän etsinnän jälkeen. Kaksi haastateltavista ei kokenut selvää ratkaisua us-

kon suhteen, mutta toinen heistä suhtautui koko ajan myönteisemmin hengellisen puolen asioihin. (Mts. 65.)

Suhtautumiseen vaikuttaa myös kulttuurisidonnaisuus. Ihminen on voinut kokea lapsuuden aikana tiettyjä perinteitä, vanhemmat, koulu ja yhteiskunta muokkaavat yksilön uskonnollisuutta (Auraniemi ym. 1996a, 15). Aikaisemmista kokemuksista, ajatuksista ja asenteista voi muodostua suhtautumisen aste. Sen sijaan on huomattava, että suhtautuminen voi muuttua hoidon aikana, kuten Lappalaisen tutkimuksessa tämä todettiin.

Mitä **odotuksia** päihdeasiakas asettaa kristillisyyden suhteen hoidossa? Niemelä (1999) viittaa Holmilaan, Ahtolaan ja Steniukseen (1989) sekä Keinäseen (1989) puheessaan asiakkaan odotuksista hakeutuessaan hoitoon. Hoidolta odotetaan muun muassa lepoa, fyysistä hyvää ja sosiaalista hyväksyntää. Tällöin odotuksiin kuuluvat itsensä kokoaminen, rauhoittuminen, kuntoutuminen sekä henkisestä että fyysisesti. (Mts. 78.) Aikaisemmin mainittiin asioita, jotka vahvistavat yksilön kiinnostuksen heräämisen uskonasioita kohtaan. Näistä asioista nousee Niemelän tutkimuksessa esiin myös joitakin odotuksia: halu ratkaista ongelmia/elämän umpikuja, halu päästä Jumalan luo, odotukset parempaan elämään ja halu päästä eroon viinan himosta (Niemelä 1999, 92). Asiakas voi olla myös tilassa, jolloin hän etsii pelkkää fyysistä eheytymistä ja sosiaalista hyväksyntää, muttei välitä erilaisista terapioista, luennoista tai hartauksista. Tila voi kuitenkin muuttua fyysisen kuntoutumisen ja sosiaalisen hyväksynnän seurauksena ja tällöin voi olla hyvä hetki myös muiden alueiden työskentelylle. (Niemelä 1999, 172.) Lehikoisen tutkimuksessa kävi taas ilmi, että päihdeprosesista selviytyneet haastateltavat etsivät kristinuskosta vastausta pelkoihin, ahdistukseen ja päihdekierteeseen. (Lehikoinen 1997, 68.)

Mielenkiintoinen odotus saattaa olla myös uskoontulon yhteydessä. Tässä vaiheessa, jotkut voivat asettaa odotuksen ihmeparantumisesta. Jos ihmeparantumista ei tapahdu, koetaan masennusta ja pettymystä. (Niemelä 1999, 234.) Usko ihmeparantumiseen todettiin Saarelainen ja muut (2000) teoksessa päihdeasiakkaan kohdalla ongelmaksi, silloin kun uskomus jarruttaa hoidon vastaanottamista tai etenemistä.

Laakson (2004) tutkimuksen mukaan jotkin asiakkaat päiväkeskustoiminnassa asettavat odotuksia enemmän hengellisen ohjelman suhteen. Osa toivoi esimerkiksi enem-

män aamuhartauksia tai muuta vastaavaa toimintaa. (Valkoniemi 2006, 23-24.) Samoin Hirvin ja Lyhdyn (2006, 47) opinnäytetyössä, joka on toteutettu toiminnallisena naisten ryhmänä Katulähetyksessä, nousee palautteena esiin ainakin yhdellä henkilöllä toive hengellisestä toiminnasta. Lisäksi Auraniemin ja muiden mukaan (1996c, 11) potilaat odottavat henkilökunnalta ymmärrystä ja ammatillisuutta omien uskonnon-pohdintojen suhteen. Toisaalta taas samassa tutkimuksessa todetaan, että potilaat eivät odottaneet hoitajien paneutuvan uskonnollisten kysymyksiin käsittelyyn, eikä moni potilas edes tullut ajatelleeksi mahdollisuutta puhua hoitajalle uskonasioista. Potilaat uskoivat myös hoitajien kiireen vaikuttavan siihen, että hengellisille tarpeille ei ole aikaa, kun taas henkilökunnasta enemmistö piti tärkeitä asioiden huomioimisen hoidossa. (Auraniemi ym.1996e, 23.)

Odotukset riippuvat paljon myös aikaisemmista kokemuksista, ajatuksista, asenteista ja suhtautumisesta kristillisyyteen. Paljon kristillisyyttä pohdiskellut voi asettaa enemmän odotuksia henkilökunnalle kristillisyyden osuudelle myös hoidossa. Vähemmän kristillisyyttä ajatellut voi asettaa ensisijaiseksi tavoitteeksi perushoidon ja sosiaalisen hyväksynnän tavoittamisen.

4 HOITOKOTI SEUKKALA

Kohderymänä ovat ihmiset, joilla on erilaisia mielenterveys- ja riippuvuusongelmia. Kuntouttamisen arvoina pidetään ihmisen ainutlaatuisuutta, tasa-arvoista kohtaamista, kristillistä ihmiskäsitystä ja verkostotyötä. Tarkoituksena on vahvistaa ihmisen identiteettiä, jotta luottamus omiin kykyihin kasvaisi. Hoidossa huomioidaan aikaisemmat hoidot ja pyritään turvamaan mahdollinen jatkohoidon tarve. (Kuntoutus n.d.)

Hoitoyhteisö perustuu yhteisöhoitoon, jolloin erilaiset vertaisryhmät, osallistuminen käytännön tehtäviin ja toiminnallisiin muotoihin ovat tärkeitä. Asiakkaalla on mahdollisuus esimerkiksi punttisaliin, käsitöiden tekemiseen, luentoihin osallistumiseen ja liikunnalliseen toimintaan. Lisäksi hoitokodilla on käytettävissä yksityisen lääkäriaseman palvelut. Varsinainen psykososiaalinen kuntoutus muodostuu aloitusjaksosta, perusjaksosta ja syventävästä jaksosta. Tavoitteena on, että asiakas kohtaa omat ongelmansa rehellisesti ja identiteetin vahvistumisen myötä ottaa vastuuta omasta

tulevaisuudestaan. Käytännön jakso on vielä mahdollinen edellisten jälkeen. Kuntoutuksen jatkona on mahdollisuus työkokeiluun tai -toimintaan. (Hoitoyhteisö n.d.)

Hoitoyhteisössä kunnioitetaan hengellisyyttä. Lähimmäisen rakkautta korostetaan ja myös työntekijöillä on valmiudet rukoukseen ja sielunhoitoon. Hengellisiin tilaisuuksiin voidaan osallistua talon ulkopuolellakin ja hoitokodissa vierailee ihmisiä eri seurakunnista. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja täten myös hengellinen osallistuminen on vapaaehtoista. (Hoitoyhteisö n.d.)

Hänninen (2007) on haastatellut Kaipiota yhteisöhoidosta. Kaipion mukaan yhteisöhoidossa on kyse käytännön menetelmästä, jossa tavoitellaan kuntoutettavan käyttäytymisen muutosta. Mikäli taas halutaan muutosta käyttäytymiseen, tarvitaan muutosta arvoissa, asenteissa ja tunteissa. Yhteisöhoitoa on sovellettu esimerkiksi päivähoidossa, koulussa, vammaishuollossa, mutta eniten on tutkittu ja kirjoitettu psykiatrisesta ja päihdehuollon puolesta. Yhteisöhoidossa yhdistetään psykologisia menetelmiä ja psykologista teoriaperustaa sosiologiseen teoriaperustaan ja yhteisöllisyyteen. Tällöin kuntoutettava on vastuussa paitsi oman itsensä hoidosta niin myös vertaisryhmän jäsenen hoidosta ja yhteisestä hyvinvoinnista. Merkittävä yhteisöhoidon kouluttaja Suomessa on Jyväskylän Koulutuskeskus. (Hänninen 2007.)

5 YHTEENVETOA TEORIAPOHJASTA

1. Tilastojen mukaan on yhä enemmän päihteitä ja päihteenkäyttöä. On tehty alkoholiohjelmia, huumausainepoliittista toimenpideohjelmia, päihdepalvelujen laatusuosituksia ja erilaisia lakeja parantamaan tilannetta. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006.)
2. Suomalainen hoitojärjestelmä monipuolinen, kirkot ja kunnat tekevät yhteistyötä. (Valkoniemi 2006.)
3. Ajankohtaisena teemana päihdehoitopalvelujen ja mielenterveyspalvelujen jonkinasteista yhdistämistä/selkiyttämistä (Valkonen 2005).
4. Kristillinen päihdehoito on lisääntynyt ja vakiinnuttanut asemaansa (esim. Sininauhaliiton toiminta).
5. Molempia sekä kristillisiä että niin sanottuja tavanomaisia päihdehoitopaikkoja tarvitaan (Valkoniemi 2006).

6. Hengellisyys yhä ajankohtaisempi myös sairaanhoitajan työssä, potilaan yksi tarve on myös hengellisyys. (Auraniemi ym. 1996.)
7. Hoitoteologia tutkii muun muassa potilaan hengellisiä tarpeita ja korostaa kristillisen ihmiskäsityksen kautta hoitotyössä esiintyvän rakkauden tärkeyttä (Da Silva 1994; Kurtén 1994).
8. Kristillisen päihdehuollon asiakkaat eivät merkittävästi poikkea Suomen päihdeasiakaskunnasta (Niemelä 1999).
9. Kristillisissä hoitopaikoissa kristillisuus ilmenee hyvin eri tavoin, toisissa enemmän ja toisissa vähemmän. (Valkoniemi 2006; Niemelä 1999.)
10. Uskonnollinen tausta voi vaihdella aidosta ja eheästä uskonnollisuudesta, pinnalliseen tai pakonomaiseen uskontoon (Auraniemi ym. 1996). Täältä voi tulla hyvin erilaisia kokemuksia, asenteita ja ajatuksia. Uskonnollinen tausta ei kuitenkaan välttämätön edellytys uskonnolliselle muutokselle (Niemelä 1999). Lisäksi kaikki eivät koe hengellistä herätystä, eivätkä kaikki sen kokeneet päihdeongelmaiset välttämättä hakeudu kristilliseen hoitoon (Niemelä 1999).
11. Kun ihminen tulee kristilliseen hoitoyhteisöön, voi hoitoavaruus tulkkiiutua kielteisenä, epäilyttävänä tai epäluotettavana (Niemelä 1999).
12. Kristillisuus voi kuitenkin herättää monia ajatuksia kuten: halu päästä Jumalan yhteyteen, rakkauden ajatukset ja uskovaisten huolenpito (Niemelä 1999).
13. Kristilliseen päihdehoitotyöhön suhtautuminen on hyvää ja näkyy mm. vapaaehtoistyönä (Valkoniemi 2006).
14. Suhtautuminen kristillisyyteen voi muodostua kulttuurin vaikutuksesta, mutta suhtautuminen voi siitä huolimatta muuttua (Auraniemi ym. 1996, Lappalainen 2005).
15. Odotukset kristillisyydestä vaihtelevat. Osa haluaa päihdeongelmaansa syvämmiin apua uskonasioiden avulla, toiset taas haluavat alkuvaiheessa vain sosiaalista/fyysistä eheytymistä ilman hartauksia/ hartaampia terapioita (Niemelä 1999). Toiset taas odottavat ihmeperantumista, joka voi jarruttaa koko toipumistapahtumaa (Saarelainen ym. 2000).
16. Syvää päihdeongelmaa voi verrata kriisiin. Kriisistä toipumisessa on todettu olevan uskonnolla/hengellisyydellä merkitystä (esim. Häkkinen 1999).
17. Uskolla/hengellisyydellä on useissa tutkimuksissa todettu olevan positiivinen vaikutus terveyteen.

6 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksessa tarkastellaan kolmea tutkimuskysymystä. Ensimmäinen tutkimuskysymys on samantyyppinen, kuin Niemelän (1999) tutkimuksessa. Niemelä on kysynyt yhtenä kysymyksenä uskonnollista taustaa laajassa väitöskirjassaan noin kymmenen vuotta sitten. Muut kysymykset pohjautuvat ensimmäiseen kysymykseen.

1. Mitä aikaisempia kokemuksia, ajatuksia ja asenteita päihdeasiakkailta on kristillisyydestä?
2. Miten asiakas suhtautuu kristillisyyteen/hengellisyyteen hoidon aikana?
3. Mitä odotuksia asiakkailta on kristillisestä hoidosta? Mahdolliset odotukset henkilökunnalle, hoitomuodoille, kristillisyyden osuuteen hoidossa.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus – triangulaatio

Survey-tutkimuksen ideana on kerätä tietoa standardoidussa muodossa joltakin ihmisjoukosta ja tämän perusteella selittää, kuvailla tai vertailla ilmiöitä. Tapaustutkimuksessa kerätään yksityiskohtaista tietoa joko yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta. Tutkimus voi olla määrällistä eli kvantitatiivista (survey) tai laadullista eli kvalitatiivista (tapaustutkimus). Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus voivat olla toisiaan täydentävinä kokonaisuuksina, jolloin puhutaan triangulaatiosta. Näin voidaan saada paljon kattavampaa tietoa tutkimusongelmista. Yksi keino on käyttää kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta rinnakkain. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 122, 123, 125; Tutkimuksen teon prosessi.)

Tutkimuksessa käytetään triangulaation menetelmää. Tutkimuksessa on sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa. Tällä tavoin päästään vielä lähemmäksi tutkimuskysymyksiä. Aineiston avulla pyritään kuvailemaan ja selittämään ilmiöitä. Tuodaan esiin selkeitä taulukoita, mutta myös ilmaistaan yksittäisiä ihmisten ajatuksia aiheesta.

7.2 Tutkimusaineiston hankkiminen

Tutkimuksen aineiston kerääminen tapahtui Seukkalan hoitoyhteisöstä erään kuukauden aikana. Aineistokeruu tehtiin kyselylomakkeella (ks. liite 2) ja kahdella teemahaastattelulla. Kyselylomakkeen kysymystyyppejä ovat esimerkiksi avoimet kysymykset, suljetut kysymykset, sekamuotoiset kysymykset ja asenneasteikot muun muassa likertin asteikko ja osgoodin asteikko (Heikkilä 2002, 49-55). Kyselylomakkeessa käytettiin kaikkia näitä kysymystyyppejä. Tällä tavoin saatiin monipuolisesti tietoa tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake jaettiin hoitoyhteisölle aamuhartauden yhteydessä. Lisäksi henkilökunnasta eräs työntekijä varmistti kyselylomakkeen toimittamisen myös taloon tuleville mahdollisille uusille asiakkaille. Kyselylomakkeen otti vastaan 14 asiakasta. Kyselylomakkeen annon yhteydessä korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Lisäksi annettiin tarvittavat ohjeet täyttämiseen. Kuukauden jälkeen lomake kerättiin pois. Vastauksia tuli 8. Vastausprosentti on noin 57 %.

Teemahaastattelu on välimuoto lomakehaastattelulle ja avoimelle haastattelulle. Haastattelun aihepiirit ovat usein tiedossa, mutta tarkkoja kysymyksiä ja järjestystä ei yleensä ole. Teemahaastattelu sopii sekä kvalitatiiviseen että kvantitatiiviseen tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 195.) Kaksi teemahaastattelua tehtiin kyselylomakkeiden jättämisen aikaan. Haastateltavat ehdotettiin työyhteisön taholta. Haastattelu perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Teemoina haastatteluissa olivat seuraavat asiat: taustatiedot, aikaisemmat kokemukset hengellisyydestä/kristillisyydestä, ajatukset/asenteet hengellisyydestä/kristillisyydestä, suhtautuminen kristillisyyteen, odotukset kristillisyyden osuudelle hoidossa ja kokemus Seukkalan kristillisestä hoidosta. Teemahaastattelun avulla saatiin syventävää tietoa kysymyslomakkeen rinnalle. Yksi haastattelu kesti noin 45 minuuttia.

7.3 Aineiston analysointikeinoja ja tuloksien saaminen

Yleisohjeena on, että analysointiin kannattaa ryhtyä pian aineiston keruuvaiheen jälkeen, jolloin tutkija vielä inspiroituu asiasta. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa raja ei ole näin selkeä, vaan tässä tutkimuksessa analyysia voidaan tehdä pitkin matkaa. (Hirsjärvi ym. 2000, 208, 209.)

Kvantitatiivista aineistoa käsitellään usein numeraalisesti. Aineisto voi vastata kysymyksiin, kuinka paljon/ kuinka monta/kuinka usein ja niin edelleen. Kun havaintoaineistoa on kerätty ja sen pohjalta on saatu jonkinlaista mahdollista numeroaineistoa, on syytä miettiä aineiston tiivistämistä selkeämpään muotoon. Tämä voidaan tehdä monin keinoin esimerkiksi luokittelemalla, taulukoimalla, esittämällä kuvioita tai kaavioita. (Karjalainen 2000, 29, 55.)

Tutkimuksessa saatiin selkeää numeroaineistoa laadullisen aineiston lisäksi. Tämän takia käytettiin apuna kvantitatiivisen analyysin keinoja esittämällä selkeitä kuvioita ja taulukoita excel-ohjelman avulla.

Kvalitatiivisen aineiston tulkintatapoja on useita ja näitä analyysimenetelmiä kehitellään koko ajan. Usein eri analyysitavat käytännössä sitoutuvat toisiinsa eikä selkeää rajaa ole menetelmien välillä. Tässä on myös kvalitatiivisen tutkimuksen rikkaus, analyysimenetelmistä voi valita seuraavan, jos toinen ei tuota tulosta. Kvalitatiivisen tutkimusta voidaan viedä eteenpäin muun muassa teorialähtöisellä analyysillä, jolloin aikaisempi teoria ohjaa analyysia. Aineistolähtöinen analyysissa taas luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Eskola & Suoranta 1998, 161-163; Tuomi & Sarajärvi 2002, 97, 99.)

Laadullisen aineiston analyysi on monivaiheinen prosessi, johon sisältyy usein myös synteesiä. Ensin aineistoa voidaan luokitella, kuvailla, yhdistellä, eritellä ja lopuksi ilmiö esitetään uudesta näkökulmasta ja tehdään tulkinnat. Tällaisia vaiheita voi sisältyä esimerkiksi diskurssianalyysiin ja sisällönanalyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143, 145, 147, 149, 151, 156; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-107.)

Tutkimusaineistoon kuului vain kaksi teemahaastattelua kvalitatiivisen aineiston osalta. Tämän takia ei ole mielekäästä analysoida haastatteluista varsinaisesti minkään teoreettisen viitekehyksen alla. Sen sijaan analysoimisessa ja tulkinnassa käytettiin laadullisen tutkimuksen analyysikeinoja kuten kuvailua ja yhdistelyjä. Näiden pohjalta esitettiin tulkinnat. Samoin tuotiin ilmi, joitakin suoria lainauksia haastatteluista elävöittämään tekstiä. Lisäksi keskityttiin teorialähtöiseen analyysitapaan, eli teoria on vahvana pohjana tuloksien hahmottamisessa.

On muistettava, että pelkkä analyysi ei riitä, vaan tarvitaan myös johtopäätöksiä. Tuloksia on hyvä tulkita ja selittää. Myös tuloksien tarkastelu suhteessa teoriapohjaan tai mahdollisiin hypoteeseihin on tärkeää. Lisäksi jokaista tutkimuskysymystä on tarkasteltava, vaikka vastauksia ei jokaiseen olisi. (Hirsjärvi ym. 2000, 211, 242, 243.)

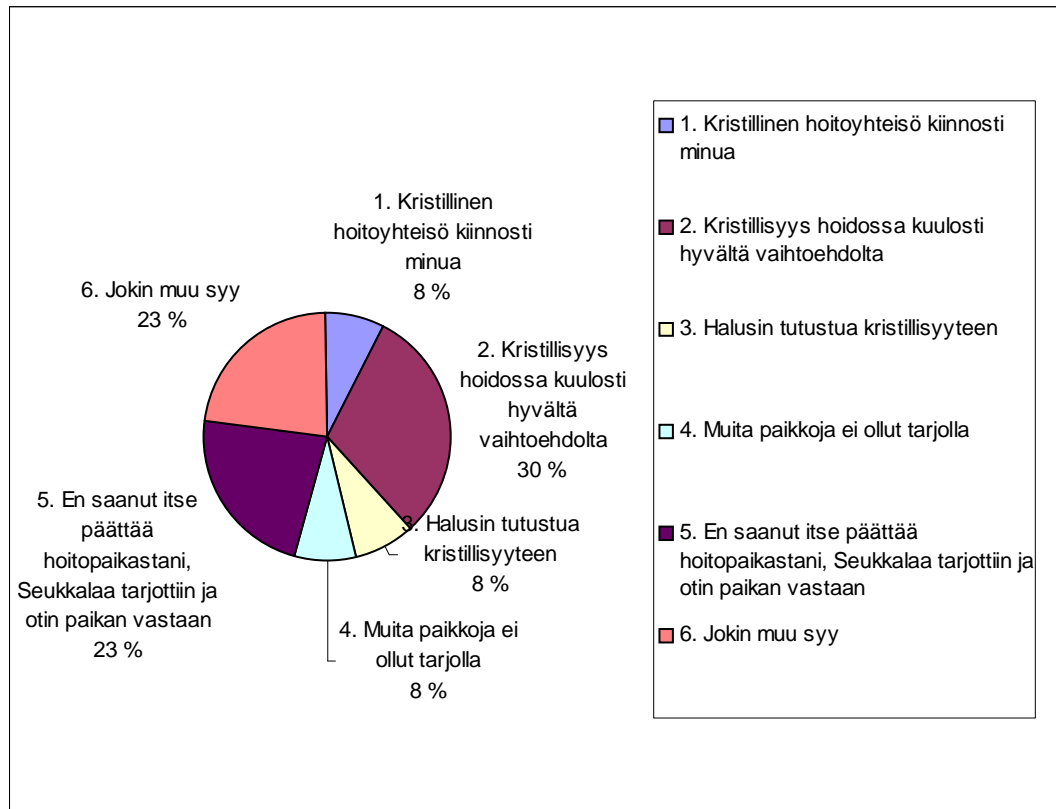
8 TUTKIMUSAINEISTON PURKU

8.1 Kyselylomakkeet

Puretaan ensin kyselylomakkeiden vastausaineisto. Vastauksia saatiin kahdeksalta asiakkaalta, ja tämä on huomioitava myös tuloksissa. Vastaajaryhmä on melko pieni, eikä ole mielekästä soveltaa tutkimusta suoraan johonkin muuhun päihdehoitopaikkaan. Samoin eri kuvioissa on syytä muistaa vastaajien määrä, etteivät pylväävät ja prosentit ja muut havaintomateriaalit vääristä tulkintaa.

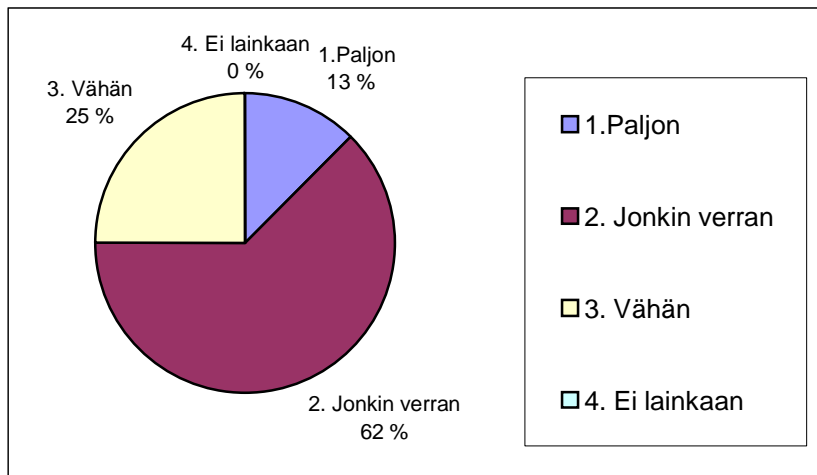
Vastaajista enemmistö on miehiä (75 %) ja naisia on vähemmän (25 %). Keskimääräinen vastaajien ikä on 42 vuotta. Viisi vastaajaa sijoittuvat 40-49-vuotiaisiin, yksi 20-29-vuotiaisiin, yksi 30-39-vuotiaisiin ja yksi 50-59-vuotiaisiin. Seukkalassa suurin osa on ollut 0-4 kk, sillä kuusi vastaajaa sijoittuvat tähän aikaväliin. Yksi on ollut Seukkalassa noin puoli vuotta ja yksi yli vuoden.

Ihmiset Seukkalaan ovat tulleet hyvin eri tavoin. Kristillinen hoitoyhteisö on kiinnostanut, kuulostanut hyvältä vaihtoehdolta, ja ihminen on halunnut myös mahdollisesti tutustua kristillisyyteen. On myös niitä, jotka eivät ole saaneet itse päättää hoitopaikastaan aikoinaan ja tarjouksesta on ottanut Seukkalaa vastaan. Lisäksi on voinut olla yksinkertaisesti sellainen syy, että muita paikkoja ei ollut lähistöllä. Seuraavassa kuviossa (1) on havainnollistettu näitä asioita prosentein. Lisäksi muita syitä Seukkalaan tulon oli vapaaehtoisuus, paikan miellyttävyys ja entisen Seukkalaa asiakkaan antama hyvä palaute, joka sai kiinnostumaan Seukkalasta. Näitä asioita selvittää kysymys numero 4:ssä, jossa sai valita useampiakin vaihtoehtoja.

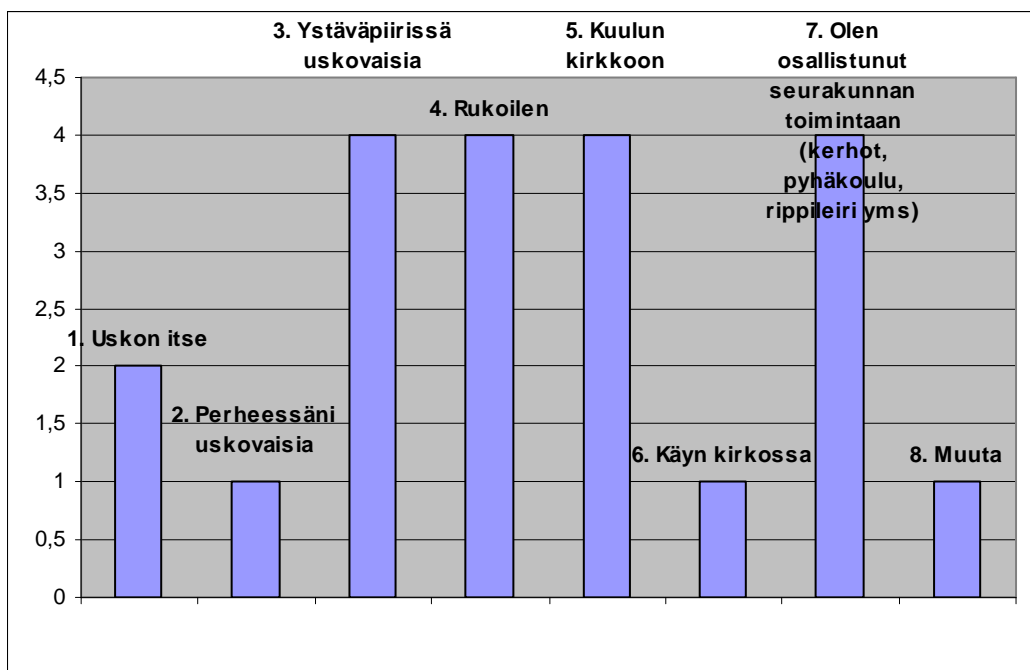


KUVIO 1. Miten asiakas tulee Seukkalaan?

Aikaisempaa kokemusta asiakkailta kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaan on jokaisella vastaajalla. Suurimmalla osalla sitä on jonkin verran ja neljänneksellä on vähän. Kuviossa 2 asia on ilmaistu prosenttein. Tätä selvitetään kysymyksessä 5, ja vastaaja sai valita vain yhden vaihtoehdon. Lisäksi kuviossa 3 on tarkemmin nähtävissä, minkälaista aikaisempaa kristillistä/hengellistä kokemusta asiakkailta on. Eniten kokemusta on uskovaisista ystäväistä, rukoilemisesta, kirkkoon kuulumisesta ja seurakunnan toiminnasta, jossa esimerkiksi lapsena on oltu mukana. Muuta kokemusta oli kokouksiin osallistuminen. Tässä kysymyksessä (6) sai vastaaja valita useampia eri vaihtoehtoja.



KUVIO 2. Aikaisemmat kokemukset kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaa.

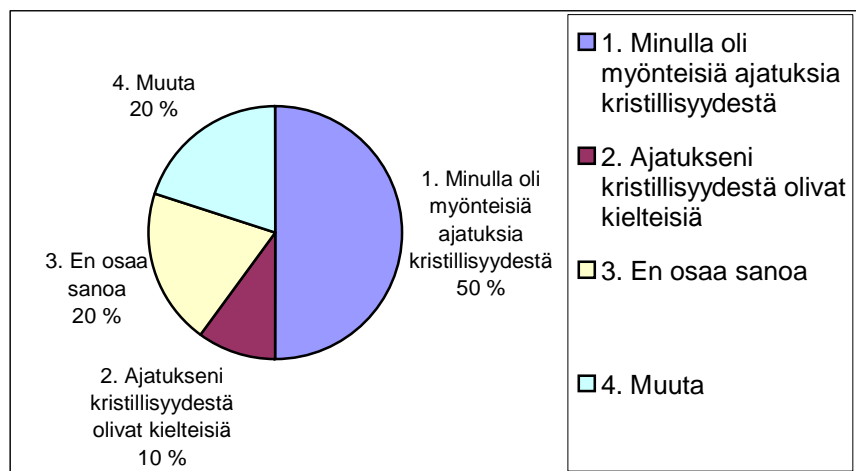


KUVIO 3. Minkälaista kristillistä/hengellistä kokemusta ennen Seukkalaa?

Aikaisemmat kokemukset kristillisyydestä/hengellisyydestä koettiin suhteellisen myönteisinä. Tätä selvitetään osgoodin asteikolla laittamalla vaihtoehdot myönteinen ja kielteinen vastakkain. Numerot 1 ja 2 ovat lähellä myönteistä ja 3 ja 4 lähempänä

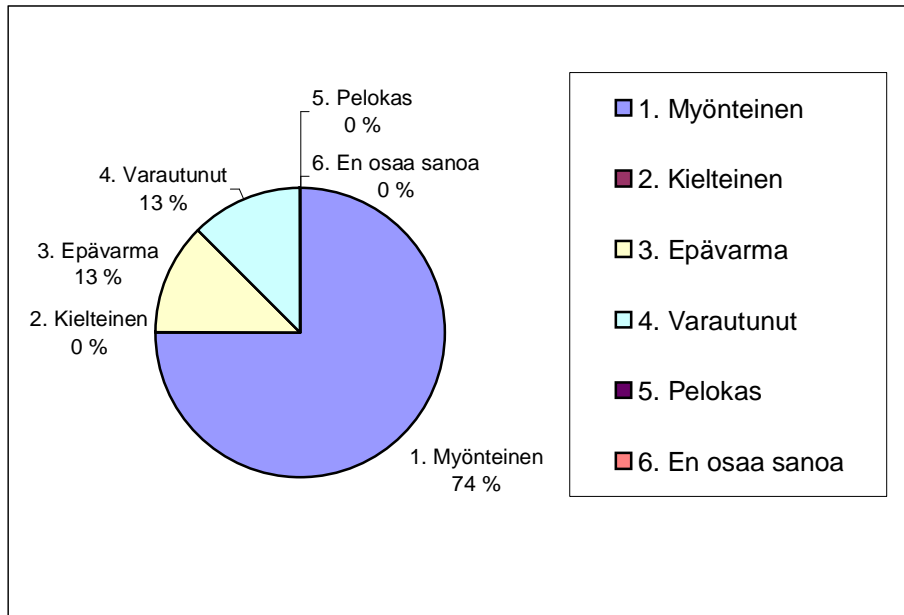
kielteistä kokemusta. Kaksi vastaajaa valitsi numeron 1 ja neljä numeron 2. Vaihtoehtoa numero 3 ei ollut kukaan valinnut. Numero 4 oli valinnut kaksi. Numero neljän valinnassa, toisessa vastauspaperissa oli viivattu yli kielteinen sana, ja toisessa taas alleviivattu myönteinen sana. Nämä kaksi vastausta jäivät kuitenkin tutkijan tulkittavaksi ja ne on laitettu numero neljän vastausvaihtoehtoiksi joka tapauksessa.

Ensimmäisen kerran tullessaan Seukkalaan vastaajilla oli suurimmalla osalla myönteisiä ajatuksia kristillisyydestä (katso kuvio 4). Osa vastaajista ei osannut sanonut, mikä ajatus tällaisista asioista oli tuolla hetkellä. Lisäksi avoimessa kohdassa oli vastauksina nostettu esiin koulussa saatu opetus ja avoin suhtautuminen kristillisyyteen. Kysymys numero 8 kartoitetaan näitä asioita, ja tässäkin kohtaa asiakas sai valita useampiakin vaihtoehtoja.



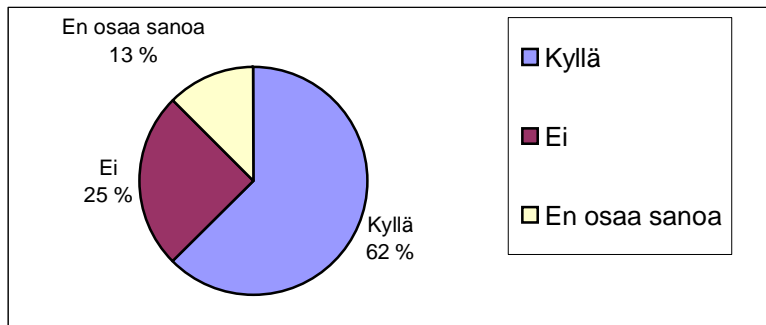
KUVIO 4. Ajatukset kristillisyydestä ensimmäisen kerran asiakkaaksi Seukkalaan tullessa

Kysymyksessä 9 kartoitetaan asennetta, ja valita sai useamman vaihtoehdon. Asenne kristillisyyttä kohtaan ensimmäisen kerran Seukkalan asiakkaaksi tullessa oli myös ajatusten tavoin suurimmalla osalla vastaajista myönteinen, kuten kuvio 5 osoittaa. Kielteistä ja pelokasta asennetta ei ollut kellään. Muita asenteita olivat varautunut ja epävarma.



KUVIO 5. Asenne kristillisyyttä kohtaan ensimmäisen kerran asiakkaaksi Seukkalaan tullessa

Muutosta asenteissa ja ajatuksissa Seukkalassa oloaikana on tapahtunut monella vastaajista. Osa vastaajista kertoo muutoksen tapahtuneen positiivisempaan ja myönteisempään suuntaan. Tällöin on alettu kiinnostumaan enemmän hengellisistä hetkistä, sanasta ja myös usko erilaisiin toipumismahdollisuuksiin mainittiin. Muutosta on tapahtunut myös täysin kristillisten asioiden kieltämisestä myönteiseen suuntaan. Eräs vastaaja kertoo ymmärtävänsä, että elämän eri vaikeudet kuuluvat niin uskovaisille kuin muillekin. Tarkemmin havainnollistettu kysymyksen vastaukset kuviossa 6.



KUVIO 6. Onko Seukkalassa ollessa ajatuksissa/asenteissa kristillisyyttä kohtaan tapahtunut muutosta?

Suhtautumista kristillisyyteen/hengellisyteen hoidon aikana on selvitelty kysymyksessä numero 11. Tässä käytetään likertin asteikkoa ja monia vaihtoehtoja. Yleensä suhtautumista määritellään myös muidenkin kysymyksien lomassa ja teemahaastattelussa. Kysymys numero 11 on purettu vastaajakohtaisesti. Lopuksi tehtiin vastauksista taulukko (TAULUKKO 1), jossa numeroilla ilmoitetaan valittujen vaihtoehtojen lukumäärä.

Taulukon 1 perusteella voidaan huomata, että yli puolet (62,5 %) vastaajista ovat jokseenkin samaa mieltä tai samaa mieltä, että kristillisyyttä kiinnostaa, on voimavara tai voisi auttaa asiakasta. Myös 62,5 % vastaajista kokee kristilliset asiat uusina. 87,5 % vastaajista on eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, että kristilliset asiat ahdistavat. Kaikki vastaajat vastasivat joko eri mieltä/jokseenkin eri mieltä väitteeseen, että kristillisyyttä pelottaa. 62,5 % on eri mieltä siitä, että kristillisyyttä ei ole ajankohtainen.

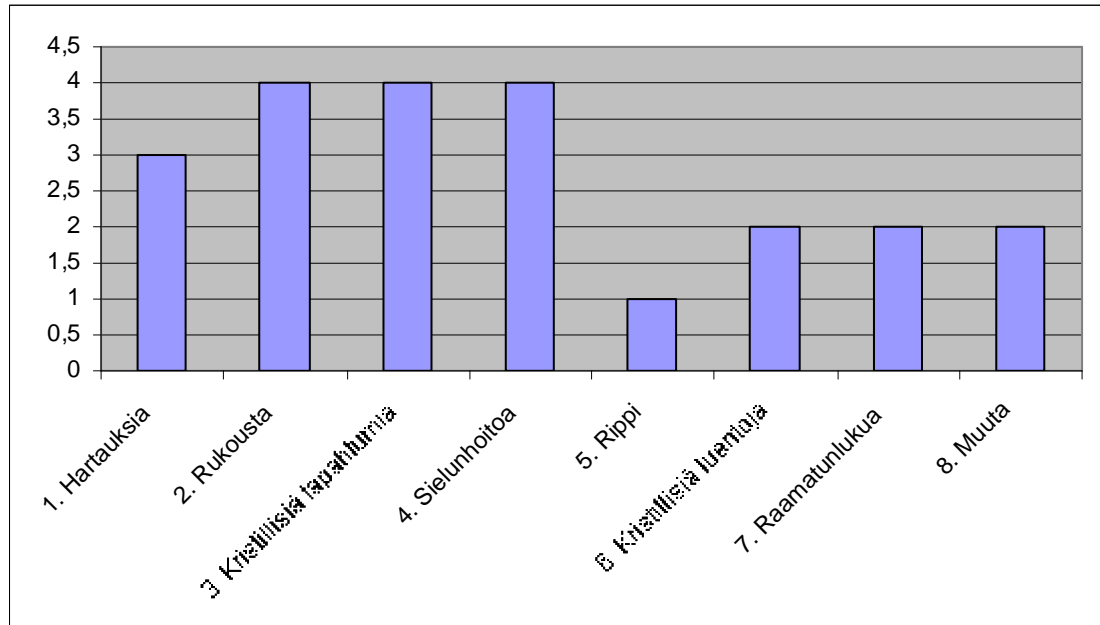
TAULUKKO 1. Suhtautuminen kristillisyyteen hoidon aikana

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
Kristillisyyden kiinnostaa minua	1	1		2	3
Kristillisyyden on tärkeä voimavara minulle	2		1	2	3
Uskon kristillisyyden auttavan minua	2		1	1	4
Kristilliset asiat ovat minulle uusia	1	1	1		5
Kristilliset asiat ahdistavat minua	3	4	1		
Kristillisyyden pelottaa minua	6	2			
Kristillisyyden asiat eivät ole minulle ajankohtaisia	5		2	1	

Tutkimuksessa koottiin myös kysymykset 2,3, 5-10 vastaajakohtaiseksi omaksi taulukoksi, mutta sitä ei ole mielekästä laittaa opinnäytetyöhön. Taulukon avulla saatiin kuitenkin paremmin yhdistettyjä vastauksia vastaajakohtaisesti, esimerkiksi nähtiin kuinka vastaajan ikä voisi vaikuttaa kristillisten/hengellisten kokemusten määrään, onko esimerkiksi vanhemmilla vastaajilla enemmän kokemusta. Tässä kohtaa oli kuitenkin vaihtelua paljon, eikä vastaajakannan perusteella saanut yhtenäistä analyysia iän vaikutuksesta kokemukseen.

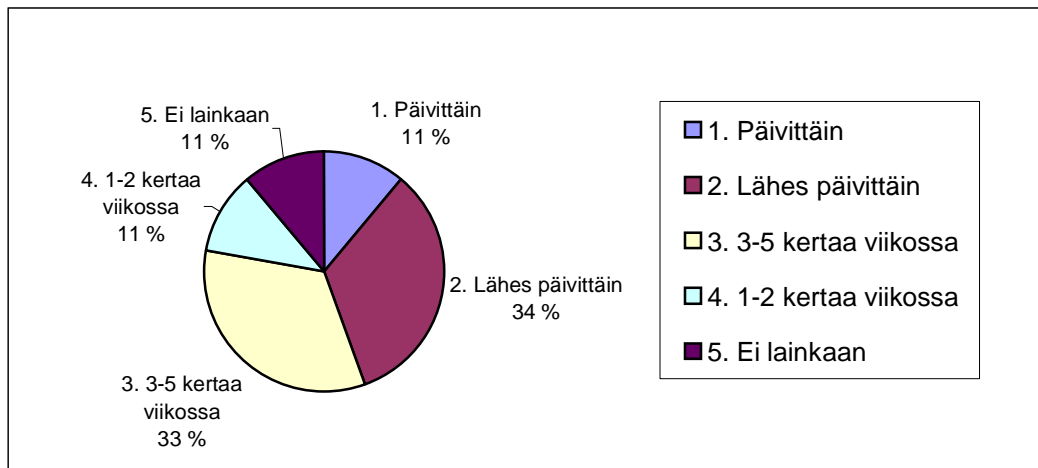
Viimeinen tutkimuskysymys liittyi odotuksiin, joita asiakkailla voisi olla. Tätä selvittämään kysymyksillä 12, 13, 14 ja avoimella 16 kysymyksellä. Kysymyksessä numero 12 selvittämään, minkälaista kristillistä toimintaa asiakkaat hoidon aikana haluaisivat ja tässä kohtaa sai valita useampia vaihtoehtoja. Tätä havainnollistetaan kuviolla 7. Ruokous, kristilliset tapahtumat, sielunhoito ja hartaudet saavat eniten kannatusta. Avoi-

meen kysymyskohtaan mitä muuta tuli ehdotuksina uskonnon historia ja tutustuminen kristilliseen toipumisohjelmaan esim. Ron Rossin kirjan avulla.



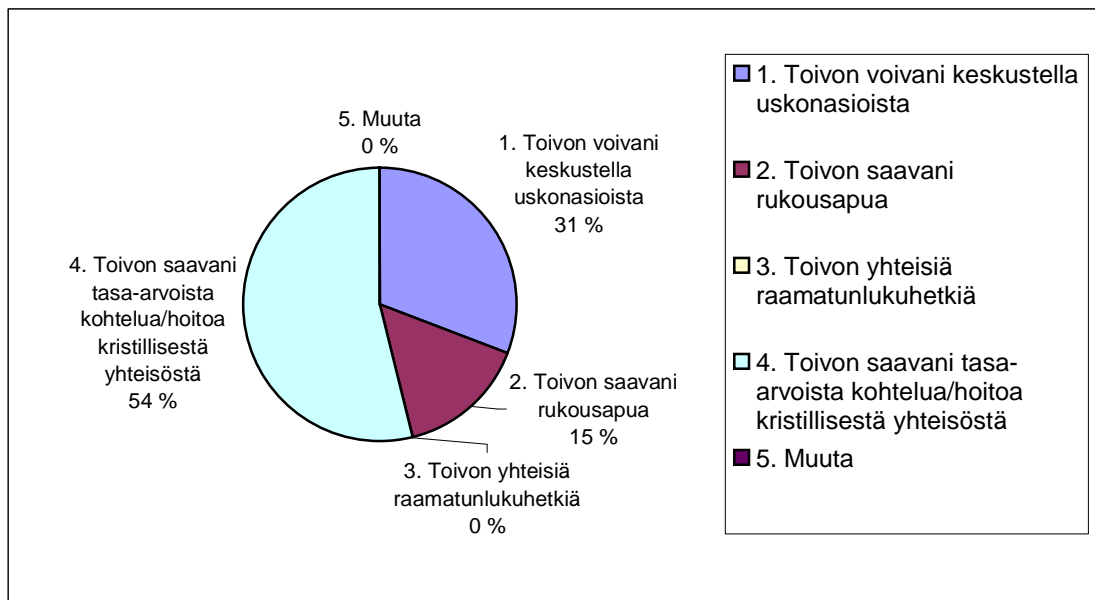
KUVIO 7. Odotukset hoidon kristilliselle toiminnalle

Kristillistä toimintaa toivotaan lähes päivittäin tai 3-5 kertaa viikossa yhteensä 67 % vastaajista. Loput vastaajista sijoittuu tasan vaihtoehtojen päivittäin, 1-2 kertaa viikossa ja ei lainkaan. Katso kuvio 8. Vain yksi vastaus piti valita, mutta yksi vastaaja oli valinnut sekä ”lähes päivittäin” –vaihtoehdon että ”3-5” viikossa vastausvaihtoehdon. Vastaus hyväksytään kuitenkin mukaan.



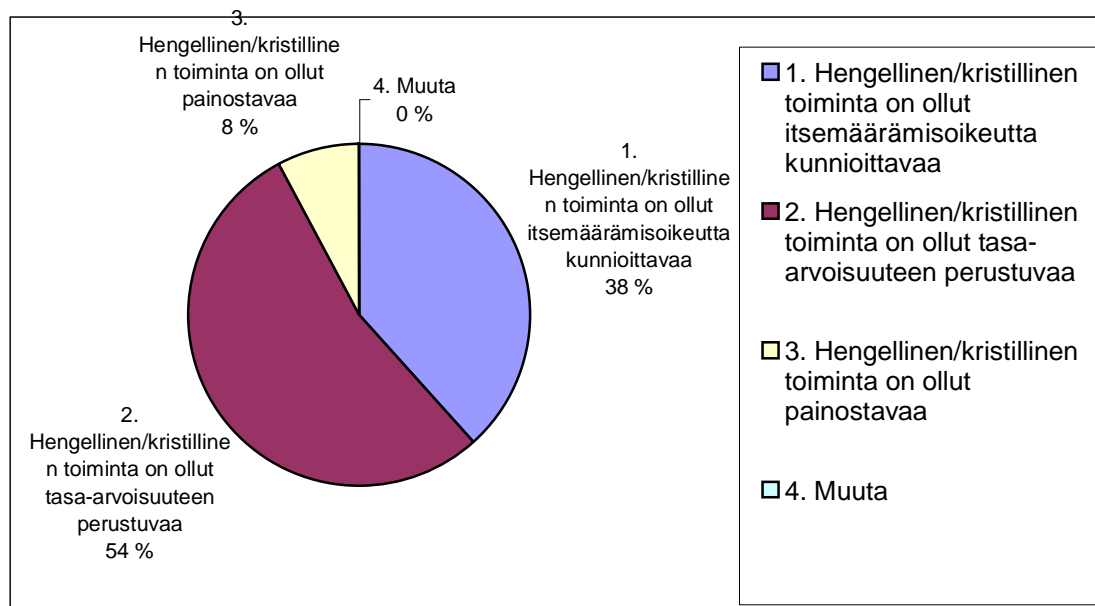
KUVIO 8. Kuinka paljon kristillistä toimintaa toivotaan hoidon aikana?

Asiakkaiden odotuksia tutkittiin henkilökunnalle kysymyksellä numero 14, ja tämän vastauksista tarkemmin kuviossa 9. Tässäkin oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja. Keskustelu uskonasioista ja tasa-arvoinen kohtelu kristillisestä yhteisöstä korostuivat. Yhteisiä raamatunlukuhetkiä ei toivonut vastaajista kukaan. Rukousapua kaivattiin jonkin verran.



KUVIO 9. Toivomukset henkilökunnalle kristillisen hoidon suhteen

Kysymyksessä 15 kartoitetaan asiakkaiden yleistä kokemusta Seukkalan kristillisestä päihdehoidosta. Itsemääräämisoikeus ja tasa-arvo ovat toteutuneet vastaajien mukaan enemmistön kohdalla. Yksi vastaaja koki hengellisen/kristillisen toiminnan olleen painostavaa. Katso tarkemmin kuvio 10. Vaihtoehtoja sai jälleen valita useamman.



KUVIO 10. Kokemus Seukkalan hengellisestä/kristillisestä toiminnasta

Viimeisessä kysymyksessä numero 16 tarkoituksena oli antaa vapaa tila asiakkaan toivomuksille ja odotuksille kristilliselle hoidolle hoitokoti Seukkalassa. Neljä oli vastannut tähän kohtaan. Vastaukset olivat lähinnä palautetta Seukkalan toiminnalle. Eräs toivoi viikonloppuisin kirkossakäyntiä. Yksi vastaajista kertoi, ettei ole tällä hetkellä mitään toivomuksia ja hoito on ollut hyvää sekä kohtuullista. Palautetta annettiin myös kristillisen hoidon sopivasta määrästä, sillä vastaaja koki että kaikki ei pysty sisäistämään kristillistä hoitoa ja siksi on hyvä että Seukkalassa on sopiva määrä tällaista hoitoa. Lisäksi vastaaja on erittäin tyytyväinen saamansa hoitoon Seukkalassa. Neljäs vastaaja kertoi, kuinka Seukkalassa ei ole asioita ”tuputettu” vaan rohkaistu enemmän etsimään. Samoin hän koki saaneensa tukea, turvaa, ymmärrystä, rohkaisua, ihmisseläisyyttä ja rakkaudellisuutta. On saanut myös tunteen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta ja kokenut Seukkalassa ”kodin lämmön” tunnetta.

8.2 Teemahaastattelut

Tutkimuksessa tehtiin kaksi teemahaastattelua. Teemoja haastatteluissa olivat taustatiedot, aikaisemmat kokemukset, ajatukset ja asenteet hengellisyydestä/kristillisyydestä, suhtautuminen kristillisyyteen, odotukset kristillisyyden osuudelle hoidossa ja kokemus Seukkalan kristillisestä hoidosta. Haastateltavat olivat 28-vuotias mies ja 43-vuotias nainen. Molemmat ovat Seukkalassa ensimmäistä kertaa, mies on ollut yli vuoden ja nainen vähän reilun kuukauden. Molemmilla on päihdetausta ja kokemusta myös muista hoitopaikoista.

Molemmat haastateltavat ovat tulleet Seukkalaan toisesta hoitopaikasta ja molemmilla Seukkalaan tulon vaikutti sijainti. Lisäksi haastateltava nainen uskoo aikaisempien hengellisten asioiden käsittelyn vaikuttavan jonkun verran Seukkalaan tulon. Hänen kohdallaan oli aikoinaan terveystieteiden keskuksen hoitaja ehdottanut Seukkalaa, sillä hän luultavasti tiesi, ettei asiakkaalla ollut mitään paikan kristillisyyttä vastaan. Molemmilla on aikaisempaa kokemusta hengellisestä/kristillisistä asioista. Kokemuksina mainittiin muun muassa kirkkoon kuuluminen, kirkossa käyminen, pyhäkoulu, rippileiri, seurakunnan sähly, teebussi ja uskova läheinen ystävä. Kumpikaan ei kokenut aikaisempia kokemuksia vastenmielisinä tai negatiivisina.

Seukkalaan tullessa ilmeni toisella jonkinlaista pelkoa, epävarmuutta ja tunnettomuutta tulevaa hoitopaikkaa kohtaan. Toinen haastateltava mainitsee oman väsymyksen hoidon alkutilanteessa, ja väsymys ei antanut mahdollisuutta ajatella sen tarkemmin hengellisiä asioita. Kuitenkin haastateltava kertoo omasta avoimuudestaan ja halustaan aistia erilaisia ilmapiirejä, mutta samalla hän sanoo olevansa myös tietyllä tavalla varauksellinen uusien asioiden suhteen. Hän kertoo lähtevänsä varovaisesti liikkeelle.

Ajatuksissa ja asenteissa kristillisyyttä kohtaan molemmilla on tapahtunut muutosta. Toisella muutos on ilmeisesti tapahtunut Seukkalassa oloaikana. Hänellä on ollut hyvin kapinoiva suhde kristillisiin asioihin, mutta nyt asenteet ja ajatukset ovat hyvin myönteiset. Toinen haastateltava kertoo taas muutoksen tapahtuneen pitkän prosessin tuloksena, ei pelkästään Seukkalan hoitajakson aikana. Hän on saanut vahvistusta uskon tunteeseen ja tietynlaista vapaudentunnetta.

Molemmat suhtautuvat tällä hetkellä kristillisyyteen positiivisesti. Toinen haastateltavista korostaa vielä kuitenkin olevansa etsijävaiheessa. Haastatteluissa kristillisyyteen yhdistettiin muun muassa seuraavia käsitteitä: voimavara, turvallisuus, rauhallisuus, halu auttaa muita, iloisuus, vapauttavuus ja tasapainoisuus. Molemmissa haastatteluissa nousi myös luottamuksen käsite esiin. Haastateltavat kokevat saaneensa luottamusta kristillisessä hoidossa.

Haastatteluissa Seukkala sai hyvää palautetta. Molemmat mainitsevat keskustelut, joita voi käydä henkilökunnan kanssa. Myös omaa aikaa ja tilaa Seukkalassa on haastateltavien mukaan mahdollista saada. Haastateltavat kokevat hoitopaikan kotoisaksi ja turvalliseksi. Lisäksi molemmat tuntevat itsemääräämisoikeuden Seukkalassa toteutuneen. Erityisiä toivomuksia ei tullut juuri esiin. Toinen toivoo lisää jonkinlaista kristillistä toimintaa esimerkiksi osallistumista seurakunnan tapahtumiin tai muuta vastaavaa (tätä hän ei osannut tarkemmin määrittää). Toiminnasta nousee molemmissa haastatteluissa esiin aamuhartauden mielekkyys. Kristilliset puitteet ja kristillinen toiminta Seukkalassa koetaan sopiviksi.

9 TULOKSET

Tulokset käsitellään tutkimuskysymyksien mukaisessa järjestyksessä ja tehdyn aineiston purun pohjalta. Suurin osa vastaajista on miehiä ja keskimääräinen ikä sijoittuu neljänkymmenen ikävuoden paikkeille. Enemmistö on ollut Seukkalassa alle puoli vuotta. Mielenkiintoista on huomata, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet Seukkalaan tuloon. Tässä kohtaa on siis sama vastaaja saanut valita useamman vaihtoehdon. 46 % vastauksista kertoo, että asiakkaat ovat olleet joko kiinnostuneita kristillisestä hoitoyhteisöstä, kristillisyyden hoidossa on kuulostanut hyvältä tai on halunnut tutustua kristillisyyteen. Lisäksi 23 % vastauksista on tullut avoimeen kohtaan, ja kaikki näistä olivat hyvin positiivisia vastauksia, kuten Seukkala koettiin hyvänä paikkana, oltiin tulossa vapaaehtoisesti tai tultiin ystävän hyvän palautteen saattamana. Sijainti on ilmeisesti myös ratkaiseva tekijä ja myös muiden paikkojen vähäinen tarjonta.

Toki on huomioitava, että 23 % ei ole saanut itse päättää hoitopaikasta aikanaan. Nämä, jotka eivät olleet saaneet päättää hoitopaikastaan, kokivat kuitenkin Seukkalaan tulonsa vapaaehtoisena tai kokivat kiinnostusta kristilliseen hoitoyhteisöön tai kristilli-

syys kuulosti hyvältä vaihtoehdolta hoidossa. **Yhteenvedona voitaisiin todeta, että kaikille Seukkalaan tulo on jollain tavalla ollut mielekäs asia ja monelle kristillisyydessä tässä vaiheessa on ollut positiivisena vaikuttavana asiana.** Seuraavat lainaukset teemahaastatteluista vahvistavat tulosta:

”Mulle vaan tuli se tunne, että nyt on turvassa”

”Kyllä se tuntu alusta lähtien kodilta ja perheeltä”

Mitä aikaisempia kokemuksia päihdeasiakkailta on kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaan tuloa? Kaikilla on jonkinlaista kokemusta, sillä kukaan ei vastannut ”ei lainkaan” kohtaan. **Kristillisyydessä/hengellisyydessä on siis ollut jotakin kanavaa tuttu asia Seukkalaan tullessa.** Lisäksi melkein kaikki kokevat aikaisemmat kokemukset suhteellisen hyvinä kokemuksina, kuten seuraavat kaksi lainausta teemahaastatteluista osoittavat:

”Kyllä ne oli ihan mukavia kokemuksia... (katkaistu) ei ollut mitenkään vastenmielinen”

”Oma usko piti mua ehkä hengissä ja jollain lailla järjissä vaikka mä ryyppäsin aika lailla.”

Eniten kristillisyyden ja hengellisyyden kokemukset liittyvät ystäväpiiriin uskovaan, rukoilemiseen, kirkkoon kuulumiseen ja seurakunnan toimintaan. Kaksi vastaajista myös kertoi uskovansa itse. Kirkossa käyminen oli vastaajien kesken vähäisempää, mutta toivomuksia kartoittaessa viikonloppuisin kirkossakäynti nousi esiin yhdeltä vastaajalta.

Monella on ollut myönteiset ajatukset kristillisyydestä Seukkalaan tullessaan. Jopa puolet vastauksista sijoittuu kohtaan ”minulla oli myönteisiä ajatuksia kristillisyydestä”. **Kielteiset ajatukset kristillisyydestä Seukkalaan tullessa on ollut yhdellä vastaajista ja pari vastaajaa eivät osanneet sanoa, mitä ajatuksia tuolloin on ollut.** Kaksi vastaajaa vielä täydensi vastausvaihtoehtoaan avoimella kohdalla. Toinen kertoi suhtautuvan kristillisyyteen avoimin mielin Seukkalaan tullessa ja toinen kertoi aikoinaan saadun koulun opetuksen määrittävän ajatuksia. Teemahaastattelussa nousi myös esiin ajatuksia kristillisyydestä. Toisella haastateltavista oli hyvin alussa **epävarma ja tunnoton olo** kristillisyyttä kohtaan. Toisella taas oli odottavaiset ajatukset.

”Silloin olin epävarma... (katkaistu). Ei ollut oikein minkäänlaista selkeää tunnetta...”

”Täysin uupuneena juomiseen ja elämäntilanteeseen, ei mulla ollut mitään sitä kristillisyyttä vastaan...”

Kielteinen asenne kristillisyyttä kohtaan ei ollut kenelläkään vastaajista Seukkalaan saapuessaan. **Suurimmalla osalla on ollut siis myönteinen asenne ja vain parilla vastaajilla on ollut varauksellinen tai epävarma asenne.** Teemahaastattelussa nousi esiin myös **pelon** tunne, vaikka kyselylomakkeessa sitä ei ollut valinnut kukaan:

”Pelkäsin mitä tulee...(katkaistu) mutta en tiennyt että se on tällanen hoitopaikka, jossa tosiaan viihtyykin.”

Lisäksi kaikki osasivat jotenkin määrittää oman asenteensa kristillisyyttä kohtaan, sillä kukaan ei valinnut kohtaa ”en osaa sanoa”. Sen sijaan ajatuksia oli vaikeampi muistella ja siellä osa valitsikin kohdan ”en osaa sanoa”.

Selkeästi enemmistöllä vastaajista on tapahtunut asenteissa ja ajatuksissa kristillisyyttä kohtaan jonkinlaista muutosta Seukkalassa ollessaan. Suurimmalla osalla ajatukset ja asenteet ovat muuttuneet enemmän kristillisyyden myönteisimmiksi. Toisaalta muutosta on tapahtunut myös vaikeuksien ymmärtämisessä, sillä eräs vastaaja ymmärtää nyt paremmin että vaikeuksia on kaikilla eikä vain uskovaisilla tai ei uskovaisilla. Yksi vastaajista ei osaa sanoa, onko muutosta tapahtunut, ja kaksi ei usko muutosta tapahtuneen. Molemmilla teemahaastateltavilla oli tapahtunut muutosta:

”On uskon itse... (katkaistu) mää oon monesti pohtinut näitä jälkeensä, että miten yht’äkkiä tuli se stoppi (tarkoittaa yhtä-äkkistä juomaputken lopettamista)”

”Kyllä mää oon saanu vahvistusta ainakin omalla kohdalla, se on ehkä se puuttuva palanen...”

Kristillisyyteen/hengellisyteen suhtautuminen on keskimäärin positiivista/myönteistä. Suurin osaa vastaajista näkee kristillisyyden tällä hetkellä voimavarana, auttavana ja kiinnostavana asiana. **Toisaalta suurin osa myös kokee kristillisten asioiden olevan uusia. Silti suurin osa ajattelee, että kristillisyyden on jollakin tavalla myös ajankohtainen asia elämässä. Kukaan vastaajista ei pidä kristillisiä asioita juurikaan pelottavina. Kristilliset asiat eivät tunnu myöskään ketään kovin-kaan ahdistavan,** tosin yksi vastaajista ei osaa sanoa mielipidettä tähän kohtaan ollenkaan. Toisaalta myös pari vastaajaa on sitä mieltä, että kristillisyyden ei kiinnosta, ei auta tai ei ole voimavara tällä hetkellä. Suhtautuminen kuitenkin pääasiassa noudattelee samoja linjoja kuin ajatukset ja asenteet, eli **suhtautuminen on enemmistöllä myönteistä kristillisyyden asioita kohtaan hoidossa.** Lisäksi teemahaastattelussa nousi esiin joitakin suhtautumiseen liittyviä puheenvuoroja. Toinen haastateltavista suhtautuu kristilliseen päihdehoitoon ”tosi positiivisesti”, ja yhdistää turvallisuuden ja rauhallisuuden kristillisyyteen. Samoin **halu auttaa** muita liittyy myös haastateltavan mukaan kristillisyyden vaikutukseen. Samalla haastateltava kokee, että kristillisyyden voimavara ja auttaa selviytymään. Myös luottamus myös mainitaan olevan osa tällaista hoitoa.

”Täällä on kaikki sillai niin kuin tavallaan läheisiä, ei ole riitaa...”

Toinen haastateltava kertoo kristillisyyden olevan iloinen asia hänen elämässään, joka ei kahlitse. Hän kertoo, ettei hae kristillisyydellä mitään hyväksyntää. Kristillisyyden näkyy tasapainoisuutena ja jaksamisena olla ja hoitaa eri elämän asioita. Haastateltava myös kertoo, että kristillinen hoito on henkilökohtainen valinta ja ketään ei voi pakottaa mihinkään. Hän kokee olevansa henkilökohtaisesti valmis tämäntyyppiseen hoitoon. Toisaalta hän korostaa myös omaa varovaisuuttaan ja varauksellisuuttaan uusiin asioihin.

”Aika varauksella suhtaudun aina kaikkeen, olen vielä niin etsijä, pidän itseäni etsijänä, haluan käydä ortodoksi kirkossa ja haluan nähdä tuntea ja aistia erilaisia ilmapiirejä, ja ehkä se on jokin heräävä mielenkiinto asioihin... (katkaistu) yritän pitää jalat maassa.”

Tärkeää oli kartoittaa myös päihdeasiakkaiden odotuksia henkilökunnalle, kristillisyyden osuudelle hoidossa ja kristillisille hoitomuodoille. **Kristillistä toimintaa suuri**

osa vastaajista toivoo joko 3-5 kertaa viikossa tai lähes päivittäin. Suosituimpia toiminnanmuotoja olivat rukous, kristilliset tapahtumat, sielunhoito ja hartaudet. Rippi saa vähiten kannatusta, mutta kuitenkin yksi toivoo tätäkin mahdollisuutta. Kiinnostusta osoitetaan myös uskonnon historiaa kohtaan, ja toivotaan tutustumista kristilliseen toipumisohjelmaan. Kristilliset luennot ja raamatunluku saavat kannatusta jonkin verran. Myös teemahaastattelussa kristillisestä toiminnasta keskusteltiin ja molemmissa haastatteluissa mainittiin aamuhartauden mielekkyys ja tärkeys:

”Ehkä mukana jossain seurakunnan tapahtumissa, vois olla hyödyllistä tulevaisuuden kannalta...”

”Hartaudet rauhoittavat heti aamusta...”

Haastattelija: ”kuinka paljon toivoisit kristillistä toimintaa?”

Haastateltava: ”Koen sen täällä koko ajan... sopiva määrä” (sopiva määrä kristillistä toimintaa)

Kristillisestä yhteisöstä odotetaan erityisesti tasa-arvoista kohtelua, henkilökunnalta noin kolmas osa odottaa voivansa keskustella uskonasioista ja lisäksi toivotaan rukousapua. Toisessa teemahaastattelussa ei noussut erityisempiä toivomuksia henkilökunnalle, mutta toisessa haastattelussa tätä pohdittiin jonkin verran.

”Sitä on riittävästi (tarkoittaa henkilökuntaa). Keskusteluita on ja aina on aikaa. Välittömyys, avoimuus ja uskaltaa henkilökuntakin olla oma persoona...”

Avointa palautetta Seukkalalle tuli paljon esille teemahaastattelussa ja neljässä kyselylomakkeessakin. **Lisäksi myös kokemus Seukkalan hengellisestä/kristillisestä toiminnasta on suurimmalla osalla koettu tasa-arvoisena ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava toimintana. Vain yksi on kokenut kristillisen/hengellisen toiminnan painostavana.** Toivomuksista mainitsin jo aikaisemmin kirkossakäynnin viikonloppuisin. Muuta avointa palautetta tuli kristillisen hoidon sopivasta määrästä ja sopivasta rohkaisusta tuputtamisen sijaan. Seukkalaa keuhuttiin myös hyvästä ja kohtuullisesta hoidosta, johon liittyy kodin lämpöä, rakkaudellisuutta, tukea, turvaa, ymmärrystä,

ihmisläheisyyttä. **Seukkala saa varsin hyvää palautetta.** Tämä näkyy myös teema-haastatteluissa.

”Tarpeen mukaan saa olla rauhassa, välillä kaipaa omaa rauhaa...(katkaistu) saa tarvittaessa keskusteluapua”

Haastattelija: ”Mikä on ollut erityisen hyvää kristillisessä hoidossa täällä?”

Haastateltava: ”...(katkaistu) syvällisempi hengenelämä...(katkaistu) Seukkala vahvistanut toipumisprosessiani...(katkaistu) annetaan tilaa ihmiselle...”

”Pystytään puhumaan rennosti oikeista asioista niiden oikeilla nimillä kaunistelematta”

10 POHDINTA

10.1 Teoriapohjan ja tutkimuksen tuloksien yhdistämistä

Tarkastellessa teoriapohjaa ja varsinaista kerättyä tutkimusaineistoa voi huomata niiden tukevan toisiaan melko hyvin. Teoriapohjassa on viitattu lukuisiin tutkimuksiin ja muihin teoksiin, ja ne ovat osittain yhdenmukaisia tutkimustuloksien kanssa. Tosin on huomattavaa, että suurin osa aikaisemmista tutkimuksista on myös pienimuotoisia, eivätkö kaikki ole välttämättä yleistettävissä. Joka tapauksessa teoria vahvistaa tuloksia. Teoriapohjassa oli tärkeää tutustua yleensä päihteisiin, päihdeasiakkaaseen, päihteenkäytön syihin ja päihdehoitoon ennen kuin lähdettiin tekemään tutkimustyötä päihdeasiakkaiden pariin. Nimittäin päihdesairaanhoitajanakin toimiessa on hyvä osata perusasiat päihteistä kohtaamistaitojen lisäksi (Levänen 2006). Tutkimuskysymysten tutkiminen sai uutta näkökulmaa perusteoriapohjasta.

Niemelä (1999) on tutkinut erilaisia kristillisiä päihdehoitopaikkoja Suomessa ja jakanut yksiköt neljään eri tyyppiyksikköön. Tyyppiyksiköstä riippuen kristillisuus näkyy enemmän tai vähemmän päihdeasiakkaan hoidossa. Hoitokoti Seukkalassa kuitenkin

toimintaa ohjaa vahvasti kristillisyys ja tutkimusaineiston perusteella myös asiakkaat tiedostavat hyvin paikan kristillisyyden. Toisaalta myös Niemelään (1999) viitaten kristillisyyden näkyessä hoidossa usein myös asiakkailla on jonkinlaista uskonnollista taustaa hoitoon tullessa. Näin oli myös tutkittujen asiakkaiden kohdalla. Jokaisella oli jonkinlaista kokemusta kristillisestä/hengellisestä toiminnasta. Suurin osa mielsi kokemukset myös suhteellisen myönteisinä. Lisäksi kokemukset olivat hyvin samankaltaisia kuin Niemelän (1999) tutkimuksessa on esitetty.

Seukkalan asiakkailla hoitoon saapuessaan ajatukset ja asenteet kristillisyyttä kohtaan ovat pääosin myönteiset. Niemelän (1999) tutkimuksessakin tämä käy ilmi useamman päihdetyyppiyksikön kohdalla. Niemelä puhuu yleismyönteisestä asenteesta uskonnollista tarjontaa kohtaan. Toisaalta Niemelä kirjoittaa myös varauksellisuudesta, hoitovaruuden tulkkiutumisesta kielteisenä ja epäilyttävänä. Nimittäin väitöskirjassaan Niemelä toteaa, että vaikka asiakkaalla olisi uskonnollista taustaa voi silti kristillinen hoitopaikka herättää varauksellisuutta, sillä usein asiakkaat ovat niin sanotusti ”päähän potkittuja”. Tämä on varmasti jossain määrin vaikuttava tekijä myös Seukkalan asiakkailla. Ainakin teemahaastatteluissa nousi esille varauksellisuus uusiin asioihin ja hoitoon saapuessa ilmennyt väsymys omaan tilanteeseen.

Jos vertaa päihdekierrettä kriisinkaltaiseksi tilaksi, voidaan tukeutua Häkkisen (1999) tutkimukseen. Hän kertoo ihmisen hakevan kokemusta kriisitilanteessa myös hengellisyydestä. Tällöin voidaan pohtia Jumalan tarkoitusta, kohdistetaan Jumalaan kapinointia tai epätoivoa. Lopulta kuitenkin Häkkisen tutkimuksen mukaan saatiin hengellisyydestä myönteisiä ajatuksia. Hengellisyys toi muun muassa toivoa, luottamusta ja rauhaa. Samoin myös Lappalaisen (2005) tutkimus nostaa esiin ihmisten ajatuksia hengellisyydestä kristillisessä päihdehoitopaikassa. Täällä mainittiin muun muassa sanoman tuovan iloa, rauhaa ja jollakin myös pelkotilat olivat väistyneet. Nämä asiat näkyivät myös tutkimusaineiston kohdalla. Teemahaastatteluissa nousi esiin aikaisempi kapinointi Jumalaa kohtaan ja pelko hoitoa kohtaan. Pelko kuitenkin hävisi ja kapinointi muuttui positiiviseksi suhtautumiseksi Jumalaan. Lisäksi useimmilla vastaajilla asenteissa ja ajatuksissa oli tapahtunut muutosta kristillisyyssmyönteisemmäksi. Myös rauha, ilo ja luottamus nousivat esiin teemahaastatteluissa. Luottamus mainitaankin keskeisenä tekijänä myös hoitosuhteen luomisessa (Inkinen ym. 2000).

Suhtautuminen kristillisyyteen Seukkalan päihdeasiakkailta on pääosin myönteistä tutkimuksen mukaan. Valkoniemi (2006) kirjoittaa muun muassa siitä, kuinka yleensä ottaen ihmisten suhtautuminen on hyvää kristilliseen päihdehoitotyöhön. Niemelä (1999) mainitsee tutkimuksessaan joidenkin päihdeasiakkaiden olevan myös niin sanotusti etsijöitä uskonnon suhteen. Tämä tuli ilmi myös tutkimusaineistossa yhden tutkittavan kohdalla. Suurin osa tutkittavistani pitää kristillisyyttä myös voimavarana, joka kertoo myös myönteisestä suhtautumisesta. Osin sama asia todettiin myös Teinosen (2004) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa todettiin yhtenä tuloksena, että usko antaa voimaa elämiseen sairauksista huolimatta.

Helamon (2004) Väentupa ry:lle tekemä tutkimus, johon Valkoniemi (2006) viittaa, vahvistuu entisestään. Tutkimuksen mukaan Jumalan/Korkeamman voiman kokeminen oli suurimmalla osalla ylivertainen tekijä päihdeprosessista selviytymiseen. Tämä näkyi myös kyselylomakkeiden vastauksissa, joissa ainakin puolet uskoo kristillisyyden auttavan. Lisäksi myönteinen suhtautuminen näkyy myös Seukkalaan tulemisessa, sillä useat ovat kokeneet Seukkalan kristillisyyden kiinnostavana, hyvänä vaihtoehtona tai tutustumisen arvoisena. Toisaalta tärkeänä tuloksena on, että suurin osa kokee aikaisemmista kokemuksista huolimatta kristilliset asiat uusina.

Suhtautumisesta puhuttiin myös teemahaastatteluissa, ja täällä nousivat esiin turvallisuus ja vapaudentunne, jotka yhdistettiin kristilliseen hoitopaikkaan. Inkinen ja muut (2000) kertovatkin turvallisuuden olevan yksi hoitotyön periaatteista. Vapaudentunne nousi esille taas Tammisen (2000) tutkimuksessa, jossa kartoitettiin päihdekierteestä selviytyneiden ihmisten kokemuksia. Tamminen kirjassa todetaan, että jos selviytymisen oli jo pitkällä, niin koettiin vapaudentunnetta, joka antoi tilaa itsetutkisteluun. Parilla Tammisen tutkimukseen osallistuneista tämä oli johtanut uskonasioiden käsittelyyn. Myös Niemelä (1999) kirjoittaa toipumisprosessista, jossa voi tulla niin sanotusti henkinen uudelleen orientoituminen. Toisaalta Niemelä kuitenkin kertoo, että ihmisellä on jaksoja elämässä, jotka eivät ole alttiina muutoksille. Jos muutoksille ollaan alttiina, voidaan puhua hengellisestä ”herätyksen ajasta”. Tutkimusaineistossa oli myös niitä vastauksia, että kristillisuus ei ole niin kovin ajankohtainen ja kristillisuus ei kiinnosta tällä hetkellä, vaikka suurin osa oli jollain tasolla kiinnostuneita näistä asioista ja kokivat ne ajankohtaisiksi.

Toisaalta suhtautumiseen saattaa vaikuttaa myös oma vaikea elämäntilanne hoitoon tullessa. Tällöin ei välttämättä pystytä heti paneutumaan uskonasioihin vaan on saatava aikaa ja vähän kerrallaan. Tämä tuli ilmi yhdessä kyselylomakkeessa ja myös teemahaastatteluissa. Tätä vahvistaa myös Saarelaisten ja muiden (2000) kirja, jossa kerrotaan päihdeasiakkaan samaistumisen vaikeudesta. Päihdeasiakkaan voi olla hankalaa nopeasti samaistua tovereihin tai Jumalaan vaikean menneisyytensä vuoksi.

Tutkimusaineistossani saatiin myös asiakkailta paljon odotuksia kristillisyyden suhteen. Toiminnalta eniten odotettiin rukousta, kristillisiä tapahtumia, sielunhoitoa ja hartauksia. Lisäksi kristillistä toimintaa suurin osa toivoi olevan useita kertoja viikossa. Harju (2004) mainitsee myös rukouksen tärkeyden, joka voi olla mahdollisuus auttaa hengellisessä kivussa ja turvallisuuden tunteen luomisessa. Valkoniemi (2006) viittaa Laakson (2003) opinnäytetyöhön, jossa selvitettiin erään kristillisen päiväkeskustyon asiakkaita. Täältä nousi esiin myös toiveena aamuhartaudet tai muu vastaava toiminta.

Toivomuksia ja odotuksia henkilökunnalle tuli myös esiin. Ehdottomasti eniten toivottiin tasa-arvoista kohtelua/hoitoa kristillisestä yhteisöstä ja keskustelumahdollisuutta uskonasioiden suhteen. Lisäksi kaivattiin jonkin verran rukousapua. Auraniemen ja muiden (1996) kirjassa on kerrottu myös, kuinka potilaat voivat odottaa henkilökunnalta ymmärrystä ja ammatillisuutta omien uskonnonpohdintojen suhteen. Samassa kirjassa puhutaan, kuinka hengellistä huolenpitoa voidaan osoittaa. Tähän keinoja ovat kirjan mukaan esimerkiksi potilaan kuunteleminen, arvostaminen, puhuminen potilaalle tärkeistä uskonnollisista asioista ja hoitajan omien ennakkoasenteiden sivuuntallattaminen. Kuitenkin kirjassa mainitaan, että käännyttäminen ei ole luvallista. Seukkala sai yhdeltä tutkittavalta palautetta juuri siitä, että Seukkalassa asioita ei tuputeta vaan annetaan mahdollisuus pohtia asioita.

Niemelä (1999) nostaa esiin väitöskirjassaan joitakin odotuksia, joita päihdeasiakkaalla voi olla. Näitä ovat muun muassa halu ratkaista oma elämän umpikuja, halu päästä Jumalan luo, odotukset parempaan elämään ja halu päästä eroon viinan himosta. Lisäksi Lehikoisen tutkimuksessa (1997) kävi ilmi, että päihdeongelmaiset ihmiset hakiivat uskosta apua ensisijaisesti päihdeongelmaan. Vastaavanlaisia ajatuksia tuli ilmi myös tutkimukseni teemahaastatteluissa. Haluttiin pois päihdekierteestä ja haluttiin jotakin parempaa elämältä.

Suurin osa tutkimukseen osallistujista kokivat Seukkalan hengellisen/kristillisen toiminnan olleen tasa-arvoista ja itsemääräämisoikeuteen perustuvaa. Inkisen ja muiden (2000) teoksessa korostetaankin päihteenkäyttäjän itsemääräämisoikeuden tärkeyttä, ja sitä että potilas saa mahdollisuuden vaikuttaa hoitoon liittyvien päätöksiensä tekoon.

10.2 Tutkimuksen tehtävän ja tavoitteiden toteutuminen ja sen hyöty hoitokoti Seukkalalle

Tutkimuksen yhtenä tehtävänä oli huomioida päihdeasiakkaan näkökulma kristillisestä päihdehoidosta. Tässä oletettavasti onnistuttiin. Monipuolisen kysymyslomakkeen ja vapaamuotoisten teemahaastatteluiden avulla saatiin kerättyä päihdeasiakkaan mielipiteitä ja ajatuksia monesta eri näkökulmasta. Voidaan uskoa, että tutkimus antoi hyvän mahdollisuuden asiakkaan omille ajatuksille ja mielipiteille. Yli puolet asiakkaista lähti mukaan ja osallistuminen koettiin myönteisenä.

Tavoitteena oli lisätä tietoa kristillisestä päihdehoidosta ja tässä myös aika hyvin onnistuttiin, tuotiin muun muassa hyvää palautetta toiminnasta. Lisäksi tutkimuksella tuotiin lisää huomiota myös siihen, että potilaan hengelliset tarpeet hoitotyössä ovat yhtä tärkeitä kuin muutkin tarpeet. Tutkimuksella pystytään myös osoittamaan päihdesairaanhoidajan työn arvokkuutta ja haasteellisuutta, ja samalla myös sitä kuinka tärkeää on panostaa laadukkaaseen päihdehoitoon yhä enemmän.

Tavoitteena oli antaa lisätietoa hoitajille päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Opinnäytetyössä saatiin tuotua uusia näkökulmia ja ajatuksia asiakkaan kohtaamiseen hoitokoti Seukkalassa työskenteleville hoitajille. Tutkimuksesta on todennäköisesti tulevaisuudessa hyötyä asiakkaan hoidossa.

Yleinen hyvä palaute Seukkalan kristillisestä toiminnasta varmasti kannustaa ja motivoi työntekijöitä antamaan hyvää hoitoa. On ilo huomata, että oma toiminta tuottaa hyvää tulosta ja auttaa monta asiakasta. Toisekseen tutkimuskysymykset jo itsessään herättävät luultavasti hoitajassa monia pohdintoja asiakasta kohdatessa. Hoitajan olisi hyvä tietää, että todennäköisesti Seukkalaan tuleva asiakas on kokenut aikaisemmin jotakin kristillistä/hengellistä toimintaa elämässä. Mutta vaikka kristillistä toimintaa olisi ollut, asiakas voi kokea kristillisyyden kuitenkin uutena asiana. Tällöin olisi var-

masti hyvä miettiä, kuinka kristillisiä asioita voisi käsitellä hoidon aikana. Auttaisiko esimerkiksi juttelu aikaisemmista kokemuksista? Juttelun avulla voitaisiin ymmärtää myös paremmin asiakkaan suhtautumista kristillisyyteen. Tutkimus osoittaa, että yleisesti asiakkaat kokevat kristillisyyden asiat hyvinä ja aikaisemmat kokemukset ovat olleet myönteisiä, mutta aina on joukossa myös toisen mielipiteen omaavia. Taustalla saattaa olla pelkoa, kielteisyyttä, varauksellisuutta ja epävarmuutta. Nämä tunteet voivat jarruttaakin hoidon alkua, jos niitä ei käsitellä mitenkään. Kielteisen tunteiden kohdalla olisi varmaan hyvä miettiä, mistä tällaiset tunteet saavat alkunsa ja kuinka niiden kanssa voisi toimia.

Saatiin myös kerättyä asiakkaan odotuksia, toivomuksia ja palautetta Seukkalan kristillistä toiminnasta, ja palautteesta on jo mainittu. Asiakkaan odotukset ovat tärkeitä huomioida. Kunnioittamalla asiakkaan odotuksia/toivomuksia lisätään myös hoidon onnistumismahdollisuutta. Samalla pystytään lisäämään itsemääräämisoikeuden tunnetta ja tasa-arvoisuutta. Kristillistä toimintaa toivotaan jatkossakin ja useampina kertoina viikossa. Lisäksi muutaman vastauksen mukaan, toimintaa on sopivasti. Toisaalta tuli myös päinvastaista mielipidettä yhdeltä vastaajalta. Tällöin kristillistä toimintaa ei toivottu ja kokemus tällaisesta toiminnasta koettiin painostavana. Tällöin hoitajien olisi hyvä olla jokaisen potilaan kohdalla niin sanotusti ”tuntusarvet koholla”, miten asiakas kokee kristillisyyden, miten häntä voisi auttaa kristillisin keinoin, miten asiasta voitaisiin puhua jne. Toisaalta olisi hyvä varmistaa, että asiakas myös ymmärtää paikan kristilliset periaatteet, mutta toisaalta asiakas varmasti myös kaipaa ymmärrystä hoitajalta vaikeassa elämäntilanteessa yleensäkin.

Tutkimus on vastannut tutkimuskysymyksiin, tehtävään ja tavoitteisiin kokonaisuudessaan hyvin, ja se on toivottavasti hyödyllinen myös Seukkalalle. Tämän lisäksi tutkimus on kasvattanut tutkijan omaa ammatillisuutta päihdehoitotyön puolella. Proessin jälkeen tutkija ymmärtää paljon enemmän päihdeasiakasta ja päihdehoitotyötä. Kristillisen päihdehoitotyön aseman hahmottaminen yhteiskunnassa on myös tutkijalle tullut selkeämmäksi.

10.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä on tärkeä pohtia, sillä aihe on hyvin henkilökohtainen ja monelle arkaluonteinen asia. Omasta uskosta, kristillisyydestä ja hengellisyyden aiheista

puhuminen ei ole välttämättä helppoa. Tämän takia kysymyslomakkeessa on käytetty monipuolisia kysymystyyppejä. Eettisyys huomioitiin myös kysymyslomakkeen vapaaehtoisuudella. Kerrottaessa Seukkalan asiakkaille tutkimuksesta korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Toisaalta kerrottiin myös, että tutkimus on osa hoidon laadullista kehittämistä.

Teemahaastattelut perustuivat myös vapaaehtoisuudelle. Työyhteisön taholta kahta asiakasta ehdotettiin tähän mukaan ja tutkija henkilökohtaisesti kysyi asiakkailta, haluaisivatko he osallistua. Molemmat suostuivat ja kokivat mukavana asiana tällaisen mahdollisuuden. Lisäksi vielä haastattelun alussa kerrottiin vapaaehtoisuudesta uudestaan.

Kaikki kyselyt tehtiin nimettömänä ja teemahaastatteluissa säilytetään potilaan henkilöllisyys vain tutkijan ja työyhteisön tiedettäväksi. Tutkimuksessa kenenkään asiakkaan henkilöllisyys ei tule ilmi. Lisäksi kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali on hävitetty polttamalla.

Tutkimuksen luotettavuutta on pohdittu jatkuvasti tutkimuksen aikana. Ensinnäkin laajalla teoriapohjalla pyrittiin löytämään luotettavaa tietoa ja aikaisempia tutkimuksia tutkimuskysymyksiin liittyen. Haettiin tietoa esimerkiksi eri tietokannoista, sanomalehdistä ja kirjastoista. Tällöin lähteet ovat monipuoliset. Valitettavasti osa lähteistä on melko vanhoja ja lisäksi suoraan aiheeseen liittyvää materiaalia ei ollut paljon saatavilla ainakaan tällä tiedonhaulla. Tämän takia panostettiin päihdehoitotyön perusteoriaan myös tutkimuskysymyksien lisäksi. Perustieto antoi jonkin verran täydentävää tietoa tutkimukselle.

Kyselylomaketta laatiessa pyrittiin miettimään selviä ja yhdenmukaisia kysymyksiä. Kuitenkin haluttiin kysyä samaa asiaa hiukan eri näkökulmista, ja näin saada laajasti tietoa. Haasteelliseksi osoittautuivat osgoodin ja likertin asteikko ja nämä tuntuivat antavan hiukan ristiriitaista tietoa. Nimittäin vastaaja oli saattanut esimerkiksi kertoa, kuinka tärkeänä hän kokee kristillisyyden elämässään, mutta oli kuitenkin toisessa kysymyksessä valinnut likertin asteikolla jokseenkin eri mieltä vaihtoehdon ”kristillisyyttä kiinnostaa minua” - väitteen kohdalle. Samoin kysymyksessä numero seitsemän oli tehty alleviivauksia ja yliviiivauksia sanojen ”myönteinen” ja ”kielteinen” kohdalle. Tässä oli siis jonkin verran epäselvyyttä vastaajalle, mitä numeroilla haetaan. Tekni-

sistä ongelmista johtuen kyselylomakkeista tulostusvaiheessa hävisivät vastausneliöt (johon piti laittaa rasti), ja tämä varmasti myös vaikuttaa jonkin verran luotettavuuteen. Pääasiassa vastausvaihtoehdot oli merkattu selvästi ja ymmärrettävästi, mutta parissa kohtaa tutkija joutui tekemään tulkintaa. Todennäköisesti tällä ei ole suurempaa vaikutusta lopullisiin tuloksiin.

Teemahaastattelun osalta luotettavuus valitettavasti kärsi huonon nauhurin mikin takia. Kuunnellessa äänitteitä tutkija huomasi, kuinka pahasti mikki särisee ja humisee. Tämän takia haastattelut purettiin heti haastatteluiden jälkeen, ja kuunneltiin nauhat vielä uudestaan myöhemmin. Lisäksi soitettiin Seukkalaan ja puhelimitse tarkennettiin haastateltavilta epäselviä kohtia. Sanasta sanaan haastatteluiden kirjoittaminen ei kuitenkaan onnistunut. Toisaalta tarkoituksena oli saada vain tukevaa materiaalia haastateluista kyselylomakkeen rinnalle ja tähän päästiin.

Tutkimuksen luotettavuudessa on huomioitava myös otanta. Tarkoituksena ei ole yleistää tuloksia laajemmin vaan pääasia on antaa tutkimuksella lisätietoa ja palautetta hoitokoti Seukkalalle.

10.4 Jatkotutkimusideoita

Tutkimusta kristillisestä päihdehoitotyöstä on tehty vähän ja täältä nousee varmasti monenlaisia aiheita tutkittavaksi. Yksi tärkeä aihe voisi löytyä kristillisen päihdehoidon sisällöstä. Kuinka kristillisyyttä pitäisi näkyä, pitäisikö kristillisissä päihdehoitopaikoissa olla enemmän yhdenmukaisuutta kristillisyyden osuuden suhteen? Olisi myös mielenkiintoista tutkia syvällisemmin ihmisten kokemuksia siitä, miten kristillisyyttä on auttanut heitä päihdeprosessissa tai mielenterveysongelmissa, vaikka tästä on jo tehty jonkin verran tutkimusta.

Tärkeää olisi tutkia, miten hyvin potilaan hengelliset tarpeet huomioidaan niin sanotusti tavanomaisessa päihdehoitotyössä tai muuten hoitotyössä. Toisaalta tämän tutkimuksen kysymyksiä voisi tutkia jossain toisessa kristillisessä päihdehoitopaikassa. Toisaalta olisi hyvä myös tutkia, miten hengellisyyden tarpeiden huomioiminen opetetaan sairaanhoitajan koulutuksessa. Luodaanko koulutuksessa valmiutta potilaan kokonaisvaltaisten tarpeiden kohtaamiselle?

LÄHTEET

Auraniemi, M-L., Eerikäinen, S., Holopainen-Jänis, S., Iivarinen, M-L., Ketolainen, E., Kolehmainen, V., Piippo, M-L., Svahn, H. & Valopaasi, M. 1996a. Uskonnollisuus ja hengellisyys käsitteinä. Teoksessa uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Näkökulmia hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Toim. M. Valopaasi. Tampere: Tammerpaino, 13-17.

Auraniemi, M-L., Eerikäinen, S., Holopainen-Jänis, S., Iivarinen, M-L., Ketolainen, E., Kolehmainen, V., Piippo, M-L., Svahn, H. & Valopaasi, M. 1996b. Kristillinen ihmiskäsitys osana hoitotyön kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä. Näkökulmia hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Toim. M. Valopaasi. Tampere: Tammerpaino, 29-32.

Auraniemi, M-L., Eerikäinen, S., Holopainen-Jänis, S., Iivarinen, M-L., Ketolainen, E., Kolehmainen, V., Piippo, M-L., Svahn, H. & Valopaasi, M. 1996c. Miksi uskonnokysymyksistä pitää puhua hoitotyössä. Toim. M. Valopaasi. Tampere: Tammerpaino, 9-11.

Auraniemi, M-L., Eerikäinen, S., Holopainen-Jänis, S., Iivarinen, M-L., Ketolainen, E., Kolehmainen, V., Piippo, M-L., Svahn, H. & Valopaasi, M. 1996d. Hoitotyön vastaus potilaan hengellisiin tarpeisiin - miten hoitajan tulisi toimia? Toim. M. Valopaasi. Tampere: Tammerpaino, 45-71.

Auraniemi, M-L., Eerikäinen, S., Holopainen-Jänis, S., Iivarinen, M-L., Ketolainen, E., Kolehmainen, V., Piippo, M-L., Svahn, H. & Valopaasi, M. 1996e. Uskonnollisuus hoitotieteen tutkimuskohteena. Toim. M. Valopaasi. Tampere: Tammerpaino, 19-28.

Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. 2007. Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of advanced nursing* 57, 2, 161-171.

Cook, C.C.H. 2004. Addiction and spirituality. Viitattu 25.9.2007.
<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse- tietoa päihteistä. 4.uud.p. Helsinki: Hakapaino.

Da Silva, A.B. & Eriksson, K. 1994. Hoitoteologia hoitotieteen osa-alueena. Teoksessa usko ja terveys. Johdatus hoitoteologiaan. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Toim. K. Eriksson & A. B. da Silva. Vaasa: Ykkös-Offset, 26-50.

Da Silva, A.B. 1994. Rakkaus välttämätöntä hoidon perusedellytyksenä. Hoitoeettinen näkökulma. Teoksessa usko ja terveys. Johdatus hoitoteologiaan. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Toim. K. Eriksson & A. B. da Silva. Vaasa: Ykkös-Offset, 51-70.

Eriksson, K. 1987. Caritas-idea. Hämeenlinna: Karisto.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Hakkarainen, P., Kekki, T., Mustalampi, S., Muuri, A., Nuorvala, Y., Partanen, A., Virtanen, A. & Virtanen, P. 2000. Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. 31/2000. Stakes aiheita. Helsinki: Stakesin monistamo.

Halonen, P. 2006. Päihdehoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhuito-osastolla - asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteiden laitos.

Hammond, A. 2003. Substance misuse and serious mental illness: spiritual care. Viitattu 25.9.2007. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Journals@Ovid.

Harju, A. 2004. Sairaanhoidaja ja hengellisyys – kuinka kohtaamme itsemme ja lähimmäisemme? Sairaanhoidaja 77, 2, 30-32.

Heikkilä, A. 2005. Riippuvuus. Valheiden verkko. 4.p. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. 4.p. Helsinki: Edita.

Hellsten, T. 2005. Virtahepo olohuoneessa. 2.p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6.p. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.

Hirvi, J. & Lyhty, T. Torstai on toivoa täynnä – päihderiippuvaisten naisten avoin toiminnallinen ryhmä Katulähetyksen Ensiaskeleessa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, toimintaterapian ja hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 21.10.2007. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), opinnäytetyöt, elektroniset opinnäytetyöt, sosiaali- ja terveysala.

Hoitoyhteisö n.d. Laukaan väentupa sivut. Viitattu 17.10.2007.

<http://www.vaentupa.fi/seukkala/index.html>, toimintaperiaatteet, psykososiaalinen kuntoutus, toiminnallinen kuntoutus, hengellisyys.

Huittinen, H & Jefimoff, L. 2007. Kristillinen alkoholisti- ja narkomaanityö eli KAN-työ. Viitattu 15.10.2007.

http://www.kan.fi/julkaisut_materiaalit/tutkimukset_ja_esitelmat/?session=22096628, kan.ppt.

Hyyppä, M.T. 2003. Mielenterveyttä kirkkokuorosta. Teoksessa mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Toim. M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen. Helsinki: yliopistopaino, 87-98.

Häkkinen, M. 1999. Hoitotieteellinen tutkimus hengellisyyden merkityksestä traumaattisen kriisin kohtaamisessa. Elämän järkkyyssä. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteiden laitos.

Hänninen, A. 2007. Tiesitkö tämän yhteisöhoidosta? Viitattu 17.10.2007.

<http://www.jyvaskylankoulutuskeskus.fi/>, Yksilöstä yhteisöön -lehti, lehtikirjasto, haastattelut.

- Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammerpaino.
- Karjalainen, L. 2000. Tilastomatemiikka. 7. uud. p. Jyväskylä: Gummerus.
- Karvinen, I. Sairaanhoidajien kuvaus hengellisestä hoitotyöstä monikulttuuristen potilaiden hoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Kuntoutus n.d. Laukaan väentupa sivut. Viitattu 17.10.2007.
<http://www.vaentupa.fi/seukkala/index.html>, kohderyhmä, arvot, psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteet.
- Kurtén, T. 1994. Näkemyksiä hoitoteologiasta. Liite 1a. Teoksessa usko ja terveys. Johdatus hoitoteologiaan. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Toim. K. Eriksson & A. B. da Silva. Vaasa: Ykkös-Offset, 21-24.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2001. Public Health approach on Mental Health in Europe. 2.p. Saarijärvi: Gummerus.
- Lehikoinen, T. 1997. Ex-käyttäjän expertiisi – kokemuksellinen asiantuntijuus kristillisessä päihdetyössä. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Levänen, K. 2006. Päihdetyötä tekevän sairaanhoidajan toivo – ”koskaan ei tiedä mistä se kipinä lähtee”. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Liiton toiminta n.d. Sininauhaliiton internet-sivut. Viitattu 15.10.2007.
http://www.sininauhaliitto.fi/liiton_toiminta/.
- Mielenterveyspotilaan oikeudet. Suomen mielenterveysseura 2001. 2.p. Erikoispaino.
- Miller, W.R. & Bogenschutz, M.P. 2007. Spirituality and Addiction. Viitattu 25.9.2007. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO.
- Niemelä, J. 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Stakes tutkimuksia 96. Jyväskylä: Gummerus.
- Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa päihdelääketiede. 2.uud.p. Toim. M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä. Jyväskylä: Gummerus, 76-82.
- Purhonen, H. 2000. Hoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoidossa olevan potilaan voimavarojen vahvistamiseksi –kysely sairaanhoidajille. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Päihdepalvelujen laatusuosituksen. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. 2002. Helsinki:Edita.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2006. Alkoholi ja huumeet. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino.

- Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2001. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 1-2. p. Porvoo: WSOY.
- Scanlon, L. 2004. Faith healing. The unexpected spiritual journey of illness. Viitattu 25.9.2007. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Taitto, A. 1998. Kuka minä sitten olen. Riippuvuus ja siitä toipuminen. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 24. Saarijärvi: Gummerus.
- Tamminen, M. 2000. Paluu normaaliin. Tutkimus addiktiivisen päihteenkäytön lopettamisesta. Stakes raportteja 247. Saarijärvi: Gummerus.
- Teinonen, T. 2004. Uskon vaikutus terveyteen kolmen kirkollisen lehden artikkeleissa vuonna 2000. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41, 1, 59-70.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Tutkimuksen teon prosessi. 2007. Luentomateriaali, tutkimusopinnot, R5-oppimisympäristö.
- Valkonen, L. 2005. Päihde- ja mielenterveystyöhön etsitään uutta toimintamallia. Sairaanhoidtaja 78, 4, 17-19.
- Valkoniemi, I. 2006. Kristillinen päihdetyö – kristillisyyden arjessa. Seminaariesitelmä. Helsingin avoin yliopisto. Viitattu 15.10.2007. http://www.kan.fi/julkaisut_materiaalit/tutkimukset_ja_esitelmat/, Ismo Valkoniemen Seminaaritutkimus kristillisestä päihdetyöstä 2006.
- Weckroth, A. 2001. Päihdeestä huumeeksi – huumeongelman kulttuuriset tulkinnat. Teoksessa huumeet. Toim. R. Piisi. Tampere: Tammer-paino, 30-47.
- Wilding, C., Muir-Cochrane, E. & May, E. 2006. Treading lightly: Spirituality issues in mental health nursing. Viitattu 25.9.2007. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.
- Ylikarjula, S. 2006. Uskonto ja lääketiede. Parantaminen luterilaisuudessa. Suomen lääkäri-lehti 19, 2137-2139.

LIITTEET

LIITE 1. Yhteistyösopimus

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olen Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelija. Pyydän lupaa toteuttaa opinnäytetyöni yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Päihdeasiakkaan suhtautuminen kristillisyyteen kristillisessä päihdehoidossa. Asiakaan ajatuksia kristillisyydestä ja odotukset kristillisestä päihdehoidosta.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimusongelmat:

1. Mitä aikaisempia kokemuksia, ajatuksia ja asenteita päihdeasiakkailla on kristillisyydestä?
2. Miten asiakas suhtautuu kristillisyyteen/hengellisyyteen hoidon aikana?
3. Mitä odotuksia asiakkailla on kristillisestä hoidosta? Mahdolliset odotukset henkilökunnalle, hoitomuodoille, kristillisyyden osuuteen hoidossa.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Kesäkuu 2008

Opinnäytetyön tekijä sitoutuu

Pidän työyhteisön ajan tasalla. Kuuntelen työyhteisön mielipiteitä, ehdotuksia ym. Teen työni määräaikaan mennessä.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

22.10.2007 hyväksytty koulussa opettaja Maarit Jakobsson. 5.11.2007 hyväksytty yhteistyötaholta johtaja Risto Virtanen.

Ohjaava opettaja

Maarit Jakobsson

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Hyväksymme opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme hyödyntämään työtä työelämässä. Tuemme opinnäytetyön edistymistä yhteistyön avulla.

Opinnäytetyön tekijä veloitetaan raportoimaan opinnäytetyön edistymisestä ja sen lopputuloksista. Huomioidaan yhteistyö.

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

Asiakkaat osallistuvat vapaaehtoisesti.

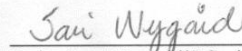
Paikka ja aika 5/11.2007



Yhteistyötaho: Johtaja Risto Virtanen



Ohjaava opettaja Maarit Jakobsson



Opinnäytetyön tekijä Sari Nygård

LIITE 2. Kyselylomake

Hei Seukkalan asiakas!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Jyväskylästä ja valmistun syyskuussa 2008. Teen opinnäytetyöni pienimuotoisena tutkimuksena hoitokoti Seukkalaan. Tarkoitukseni on selvittää asiakkaiden aikaisempia kokemuksia, ajatuksia ja asenteita kristillisyydestä. Lisäksi tavoitteenani on tutkia asiakkaiden suhtautumista kristillisyyteen ja selvittää mahdolliset odotukset kristillisyyden osuudelle hoidossa. Toivon tutkimuksellani antavan arvokasta tietoa henkilökunnalle, jotta hoidon laatua voidaan edelleen kehittää. Haluan myös tuoda lisää tutkittua tietoa kristillisestä päihdehoidosta, sillä tätä aluetta ei ole vielä kovin paljon tutkittu.

Tutkimusmateriaali koostuu kyselylomakkeiden vastauksista ja kahdesta teemahaastattelusta. Kysely tehdään nimettömänä eikä henkilöllisyytesi paljastu tutkimuksessa missään vaiheessa. Kysely on täysin **vapaaehtoinen**. Toivon, että vastaat kysymyksiin rehellisesti ja omassa rauhassa. **Palauta kyselylomake viimeistään 1.2.2008 mennessä kirjekuoreen suljettuna toimistoon.**

Juuri sinun vastauksesi on arvokas!

Kiitos vastauksistasi.

Ystävällisin terveisin Sari Nygård

Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto:

1. Sukupuoleni Mies Nainen

2. Ikäni alle 20v. 20-29v. 30-39v.

40-49v. 50-59v. 60v. tai yli

3. Kuinka kauan olet ollut Seukkalan hoitokodissa asiakkaana? Tähän voit laskea myös mahdolliset aikaisemmat hoitajaksot. Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto.

0-2 kk 3-4 kk 5-6 kk 7-8 kk 9-10 kk 11-12 kk

Enemmän kuin vuosi

4. Miksi sinä päädyit Seukkalan hoitokotiin? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

1. Kristillinen hoitoyhteisö kiinnosti minua 2. Kristillisuus hoidossa kuulosti hyvältä vaihtoehdolta 3. Halusin tutustua kristillisyyteen 4. Muita paikkoja ei ollut tarjolla 5. En saanut itse päättää hoitopaikastani, Seukkala tarjottiin ja otin paikan vastaan
6. Jokin muu syy, mikä? (Jos haluat tarkentaa jotakin kohtaa, tai mikään vaihtoehdoista ei sopinut sinulle.)

5. Onko sinulla aikaisempaa kokemusta kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkala? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto.

1. Paljon 2. Jonkin verran 3. Vähän 4. Ei lainkaan

6. Jos sinulla on aikaisempaa kokemusta kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaa, niin minkälaista se on? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

1. Uskon itse 2. Perheessäni on uskovaisia 3. Ystäväpiirissäni on uskovaisia
4. Rukoilen 5. Kuulun kirkkoon 6. Käyn kirkossa 7. Olen osallistunut seurakunnan toimintaan (kerhot, pyhäkoulu, rippileiri, nuortenillat yms.)

8. Muuta, mitä? (Jos haluat tarkentaa jotakin kohtaa, tai mikään vaihtoehdoista ei sopinut sinulle.)

7. Jos sinulla on aikaisempaa kokemusta kristillisyydestä/hengellisyydestä ennen Seukkalaa, niin koetko kokemukset myönteisinä vai kielteisinä? Valitse itsellesi sopiva numero ympyröimällä numero.

Myönteisiä 1 2 3 4 Kielteisiä

8. Kun tulit Seukkalaan asiakkaaksi ensimmäisen kerran, minkälaisia ajatuksia sinulla oli kristillisyydestä? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

1. Minulla oli myönteisiä ajatuksia kristillisyydestä
2. Ajatukseni kristillisyydestä olivat kielteisiä
3. En osaa sanoa

4. Muuta, mitä? (Voit tarkentaa jotakin kohtaa tai kertoa avoimesti ajatuksistasi.)

12. Minkälaisia odotuksia sinulla on hoidon kristilliselle toiminnalle? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

Toivon seuraavia asioita kristillisyyden osalta

1. Hartauksia 2. Rukousta 3. Kristillisiä tapahtumia (esim. Jumalanpalvelus tai muut tapahtumat) 4. Sielunhoitoa 5. Rippi
6. Kristillisiä luentoja 7. Raamatunlukua
8. Muuta, mitä?

13. Kuinka paljon toivoisit kristillistä toimintaa hoidon aikana? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto.

1. Päivittäin 2. Lähes päivittäin 3. 3-5 kertaa viikossa
4. 1-2 kertaa viikossa 5. ei lainkaan

14. Onko sinulla toivomuksia henkilökunnalle kristillisyyden suhteen hoidon aikana? Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

1. Toivon voivani keskustella uskonasioista
2. Toivon saavani rukousapua
3. Toivon yhteisiä raamatunlukuhetkiä
4. Toivon saavani tasa-arvoista kohtelua/hoitoa kristillisestä yhteisöstä

5. Muuta, mitä? (Jos haluat tarkentaa jotakin kohtaa, tai mikään vaihtoehdoista ei sopinut sinulle.) _____

15. Mikä on kokemuksesi hengellisestä/kristillisestä toiminnasta hoitokoti Seukkalassa?

Valitse rastilla sinulle sopiva vaihtoehto/vaihtoehdot.

1. Hengellinen/kristillinen toiminta on ollut itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa
2. Hengellinen/kristillinen toiminta on ollut tasa-arvoisuuteen perustuvaa
3. Hengellinen/kristillinen toiminta on ollut painostavaa
4. Muuta, mitä? (Voit tarkentaa jotakin kohtaa tai kertoa avoimesti ajatuksistasi.)

16. Tähän kohtaan voit kertoa vapaasti toivomuksistasi ja odotuksistasi kristilliselle hoidolle hoitokoti Seukkalassa.
