



# **Nainen päihdehoitotyön asiakkaana**

Raija-Liisa Kämäräinen

Opinnäytetyö  
Tammikuu 2011  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KÄMÄRÄINEN, RAIJA-LIISA:  
Nainen päihdehoitotyön asiakkaana

Opinnäytetyö 57 s., 4 liitettä  
Tammikuu 2011

---

Viimeisten vuosikymmenien aikana suomalaisen naisen päihteiden käyttö on lisääntynyt suhteellisesti enemmän kuin miesten. Naisen päihdeongelma ei ole samanlainen kuin miehen, mistä syystä naiset asettavat päihdehoitotyölle omat erityiset haasteensa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa naisen päihderiippuvuuden erosta verrattuna miehen vastaavaan riippuvuuteen. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää sitä, mitä erityistä sairaanhoitajan tulee tietää ja huomioida, kun hänen asiakkaanaan on päihdeongelmainen nainen. Työn tavoitteena oli koota yhteenveto tekijöistä, joissa naisen päihderiippuvuus eroaa miehen vastaavasta. Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä narratiivista kirjallisuuskatsausta. Aineistomateriaali koostui kirjallisista lähteistä, joiden sisältö analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.

Tulokset osoittivat, että naisen päihdeongelma poikkeaa miehen vastaavasta fyysisesti, psyykkisesti ja sosiokulttuurisesti. Naisen ja miehen fysiologia on erilainen, ja sen vuoksi päihdekäytön elimistölle aiheuttamat fysiologiset vaikutukset ja muutokset poikkeavat sukupuolen mukaan. Tutkimusten mukaan nainen on haavoittuvaisempi kuin mies saamaan fyysisiä haittoja päihteiden käytöstä ja hänelle päihderiippuvuus kehittyy nopeammin. Naisen päihdeongelma myös koskettaa fysiologisesti seuraavaa sukupolvea merkittävämmän kuin miehen, sillä sikiölle äidin päihdekäyttö on vaarallista. Tulokset osoittivat lisäksi, että päihdeongelmaisella naisella on miestä enemmän mielenterveysongelmia. Päihdekäyttö jo itsessään lisää käyttäjän mielenterveysongelmia, mutta naisilla on miehiä runsaammin psykiatrisia sairaustiloja jo ennen päihderiippuvuutta. Tavallisimpia mielenterveysongelmia päihderiippuvaisella naisella ovat masennus, ahdistus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, pelkotilat, psykoseksuaaliset häiriöt, syömishäiriöt ja traumaperäinen stressihäiriö (PTSD). Opinnäytetyön tuloksista käy lisäksi ilmi, että naisen päihdeongelmalla on yhä vahva sosiaalinen stigma eli leima. Sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat esimerkiksi siihen, miten herkästi nainen lähtee hakemaan apua päihdeongelmaansa.

---

Avainsanat: nainen, päihdeongelmaiset, riippuvuus, hoitotyö, päihdetyö, sukupuoli

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

KÄMÄRÄINEN, RAIJA-LIISA:

Female Patient in Addiction Nursing

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 4 pages

January 2011

---

The purpose of this study was to provide information for nurses on the differences in female alcohol and drug addiction. Furthermore, the study was concerned with what a nurse should specifically know or perceive when dealing with female substance abusers. The goal of the study was to provide a summary of all the factors that make female alcohol and drug addiction unique. The research method used in the study was narrative literature review.

The results indicated that a female's alcohol and drug addiction differs from a male's physiologically, psychologically, and socio-culturally. According to clinical research, women are more susceptible to the physical damage caused by substance abuse. In addition women become dependent on alcohol and drugs more rapidly than men. A woman's alcohol and drug consumption also affects the next generation more negatively due to the harm substance abuse causes to the fetus. The results also showed that women with substance abuse disorder suffer more from mental health problems compared to men. The most common mental health problems for addicted women included depression, anxiety, bipolar affective disorder, phobias, psychosexual disorders, posttraumatic stress disorder (PTSD), and eating disorders. Finally, the results of the study illustrated the powerful stigma that still exists for women with substance abuse problems in all Western societies.

---

Keywords: woman, substance abuse, addiction, nursing, substance abuse treatment, gender

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE .....	7
3 SUOMALAINEN NAINEN JA PÄIHTEET .....	8
4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET.....	11
4.1 Päihdehoitotyö .....	11
4.2 Riippuvuus .....	13
4.3 Sukupuoli.....	16
5 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA.....	18
5.1 Kirjallisuuskatsaus .....	18
5.2 Aineistonkeruu ja aineiston kuvaus .....	20
5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	21
6 TULOKSET .....	24
6.1 Naisen fysiologia ja päihteet.....	24
6.2 Raskaus ja päihteet .....	27
6.3 Naisen psyyke ja päihteet .....	29
6.4 Naisen sosiokulttuurinen asema ja päihteet .....	32
7 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA .....	37
7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	37
7.2 Opinnäytetyön yhteenveto .....	39
7.3 Pohdinta ja kehittämissuhteet.....	42
LÄHTEET .....	45
LIITTEET.....	51

## 1 JOHDANTO

Viimeisten neljän vuosikymmenen aikana naisten ja päihteiden välinen suhde on muuttunut raittiuden vaalimisesta päihteiden arkipäiväiseen kulutukseen. Suomessa esimerkiksi alkoholin käyttö oli vielä lähes täysin miehistä 1960-luvun loppuun saakka, josta alkaen naisten osuus käytetystä alkoholista on lisääntynyt suhteellisesti enemmän kuin miesten. (Mustonen 2003, 243–237.) Naisten päihdekäytön lisääntyminen on merkinnyt kulttuurista murrosta, jossa nainen on vähitellen muuttunut miehen päihdekäytön kontrolloijasta hänen käyttäjäkumppanikseen (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 78). Tähän kulttuuriseen murrokseen on myötävaikuttanut erilaiset yhteiskunnalliset prosessit – muun muassa varallisuuden kasvu, alkoholipolitiikan muutokset, tasa-arvoistumiskehitys, sukupuoliroolien muutos, asenteiden muuttuminen naisten alkoholinkäyttöä kohtaan, muutokset päihdekäytön ja sukupuoliroolien suhteissa, työelämän lisääntynyt stressi ja naisten lisääntynyt henkilökohtainen liikkumavara sekä taloudellisesti että sosiaalisesti. Naisten arkipäiväistynyt päihteiden käyttö on luonnollisesti samanaikaisesti myös lisännyt päihdeongelmaisten naisten lukumäärää. (Mäkelä ym. 2010, 288–290.)

Naisen päihteiden käyttöön suhtaudutaan toisin kuin miesten ja naisen päihdepolku on erilainen kuin miehen (Dahl & Hirschovits 2007, 192). Naisten päihteiden käytölle oman erityisluonteensa antaa naisen rooli perheessä äitinä ja vaimona. Huolimatta siitä, että kulttuuriamme voidaan tällä hetkellä pitää päihdemyönteisenä ja päihdekäyttöä ymmärtävänä, niin yleinen suhtautuminen päihdeongelmaisiin naisiin on yhä varsin kielteinen. Naisten päihdeongelmalla on omat erityispiirteensä, jonka vuoksi naiset asettavat päihdehoitotyölle ja -kuntoutukselle omat erityiset haasteensa. (Haavio, Inkinen & Partanen 2009, 171–172; Oksanen 2006, 12–14.)

Naisten päihteiden käytöstä alettiin kiinnostua 70-luvulla naisliikkeen ansiosta, jolloin keskustelu naisille tarkoitetuista päihdeohjelmista sai myös alkunsa. Tuolloin yleisesti todettiin, että käytössä olevat päihdeohjelmat olivat pääasiassa miehille suunnattuja. Mies oli päihdeongelmaisen mitta. 1980-luvulla keskustelu naisen päihdeongelman hoidosta siirtyi enemmän raskaana oleviin päihteitä käyttäviin naisiin. Äitien päihdeongelma sai tuolloin yhteiskunnallista huomiota mm. USA:ssa meneillään olevan ns. crack–vauva -epidemian ja FAS–vauva tutkimustulosten ansiosta. Varsinaisia

naiserityisiä eli naisille suunnattuja päihdeohjelmia on ollut tarjolla vasta 1990–2000 -luvulta lähtien. (Greenfield & Grella 2009, 880.)

Tämän opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus siitä, miten naisen päihderiippuvuus eroaa miehen vastaavasta. Opinnäytetyön rakenne jakaantuu neljään osaan. Ensin esitellään opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet, jonka jälkeen kuvataan tilastojen valossa naisten päihdekäyttöä Suomessa. Tämän jälkeen määritellään työssä käytettävät käsitteet ja menetelmällinen lähtökohta. Lopuksi vielä raportoidaan kirjallisuuskatsauksen tulokset ja pohditaan niitä yleisesti.

Opinnäytetyössä päihteillä tarkoitetaan alkoholia, laittomia huumeita ja lääkkeiden väärinkäyttöä, joten tupakointi jää työn ulkopuolelle. Tarkastelussa pääpaino on alkoholilla, joka on yleisin käytössä oleva päihdeaine sekä naisilla että miehillä. Opinnäytetyö kartoittaa tämän hetkisen tutkimustiedon valossa sukupuolien välistä eroa päihdeongelman synnyssä ja kehityksessä. Työ ei käsittele päihdehoitotyön erilaisia sisältöjä, käytäntöjä tai tuloksia eikä hoidon vaikuttavuutta sukupuolen mukaan.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa naisen päihderiippuvuuden erosta verrattuna miehen vastaavaan riippuvuuteen.

Opinnäytetyön tehtävänä oli:

Mitä erityistä sairaanhoitajan tulee tietää ja huomioida, kun hänen asiakkaanaan on päihderiippuvainen nainen?

Opinnäytteen tavoitteena oli tuottaa yleinen yhteenveto tekijöistä, joissa naisen päihderiippuvuus eroaa miehen vastaavasta. Opinnäytetyön aineisto koostuu kirjallisista lähteistä, joten se analysoi jo olemassa olevaa tietoa ja tutkimuksia naisten päihderiippuvuudesta.

### 3 SUOMALAINEN NAINEN JA PÄIHTEET

Suomalainen päihdeongelmainen on tyypillisesti mies, mutta naisten osuus on noussut 1960-luvulta lähtien. Suomalaisten pääasiallinen päihde on yhä alkoholi, jonka kulutus kolminkertaistui vuosien 1968–2008 välillä. Alkoholia käyttävien naisten määrä kasvaa Suomessa enemmän kuin missään muussa Euroopan maassa. Kun vuonna 1968 naiset joivat kaikesta kulutetusta alkoholista 12 prosenttia, niin nykyisin tuo luku on noussut 25 prosenttiin. Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli siten vuonna 1968 sataprosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna noin 3,6 litraa asukasta kohti, kun se tänään on jo yli 10 litraa per asukas. (Mäkelä ym. 2010, 14.) Suomi ei enää kuulu alkoholia vähän kuluttaviin maihin vaan tänä päivänä meillä juodaan enemmän kuin esimerkiksi Italiassa tai Tanskassa (Mäkelä ym. 2010, 284). Vuonna 2008 90 prosenttia suomalaisista ilmoitti käyttävänsä alkoholia (Mäkelä ym. 2009, 275). Raittiiden naisten osuus 15–69-vuotiaista naisista väheni 27 prosentista 9 prosenttiin vuosien 1984 ja 2000 välillä, miehillä vastaava muutos oli 12 prosentista 8 prosenttiin (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 43). On arvioitu, että Suomessa on 300 000–600 000 alkoholin suurkuluttajaa. 2000-luvulla sekä suurkuluttajien määrä että kulutetun alkoholin määrä on kasvanut ja kehitystä parempaan suuntaan ei ole näkyvissä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 15.) Toki on muistettava, että suomalaisten miesten ja naisten keskuudessa alkoholin suurkulutus jakaantuu pienelle paljon juovalle ryhmälle (Mustonen 2003, 240).

Suomalaiset tytöt kokeilevat ja käyttävät alkoholia saman verran kuin pojat. Missään muussa Euroopan maassa kuin Suomessa tyttöjen humalakokeilut eivät ole yhtä yleisiä kuin poikien. 2000-luvun kyselytutkimukset kertovat, että humalaan juomista, 13-vuotiaana tai sitä nuorempana, on kokeillut noin kolmasosa 15-16-vuotiaista tytöistä. Osuus on sama kuin pojilla. Vasta myöhemmin 18-vuotiaana pojat juovat enemmän kuin samanikäiset tytöt. Vuonna 2003 18-vuotiaista tytöistä 33 prosenttia ja pojista 40 prosenttia ilmoitti juoneensa itsensä tosi humalaan ainakin kerran kuukaudessa. (Ahlström 2005, 9.) Alkoholinkulutuksen kasvu näkyy luonnollisesti myös siihen liittyvien haittailmiöiden kasvuna, jotka vuosittain rasittavat sosiaali- ja terveyspalveluja, sairaanhoitoa, pelastuslaitosta ja poliisitoimea sekä päihdehuollon erikoispalveluja (Mäkelä ym. 2010, 284–285). Terveystenhuollon naispotilaista noin 10



prosenttia ja miespotilaista lähes 20 prosenttia on alkoholin ongelmakäyttäjiä (Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito 2010). Esimerkiksi vuonna 2008 erilaisia alkoholisairauksien hoitajaksoja oli 37 600 ja hoitopäiviä kertyi reilusti yli 200 000. Samana vuonna alkoholin aiheuttamaan sairauteen tai alkoholimyrkytykseen kuoli yli 3000 henkilöä ja työkyvyttömyyseläkkeellä alkoholin vuoksi oli yli 12 000 suomalaista. (Mäkelä ym. 2010, 284–285.) Tällä hetkellä suomalaisten työikäisten naisten ja miesten yleisin kuolinsyy on alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 15). Vuonna 2007 alkoholin käyttö aiheutti 0,7–0,9 miljardin euron välittömät kustannukset ja 3,2–6,0 miljardin euron välilliset kustannukset. Välittömistä kustannuksista terveydenhuollon osuus oli neljännes ja sosiaalihuollon reilu viidennes. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 21.)

Huumausaineiden kokeilu ja käyttö lisääntyivät 1990-luvulla koko maassa, mutta vuosituhaten vaihteen jälkeen kasvuvauhti näyttää vakiintuneen (Hakkarainen & Metso 2007, 545). Täsmällistä tietoa ei ole saatavilla huumeikäyttäjien ja huumeriippuvaisten määristä Suomessa, koska käytettävissä on vain arvioita, jotka perustuvat sekä kyselytutkimuksiin että viranomaisten ja hoitoyksiköiden raportteihin ja rekistereihin (Mikkonen, Rantala & Saarijärvi 2010, 2943). Yleisin käytetty huumausaine on kannabis, jota miltei kaikki huumeita käyttäneet olivat jossain vaiheessa vähintäänkin kokeilleet. Laittomia huumeita kokeilevat ja käyttävät pääasiassa nuoret ja nuoret aikuiset, esimerkiksi kannabiksen käyttö aloitetaan lähes aina alle 25-vuotiaana. (Hakkarainen & Metso 2007, 545.)

Arviot suomalaisen väestön huumausainekokeiluista ja -käytöstä liikkuvat 12–16 prosentin välillä. Päihdetilastollisen vuosikirjan (2009, 21) kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2008 noin 13 prosenttia suomalaisista 15–69-vuotiaista ilmoitti käyttäneensä tai kokeilleensa joskus elämänsä aikana jotain huumausainetta. Hakkaraisen ja Metson (2007) tutkimuksessa puolestaan 16 prosenttia suomalaisista miehistä ja 12 prosenttia naisista ilmoitti käyttäneensä joskus elämässään laittomia huumeita. Amfetamiineja on joskus kokeillut 2 prosenttia ja ekstaasia 1,5 prosenttia aikuisväestöstä. Kokaiinia, LSD:tä ja sieniä kokeilleita on yksi prosentti väestöstä. Vuonna 2008 aikuisväestöstä ilmoitti lääkkeitä elinaikanaan päihtymistarkoituksessa käyttäneensä seitsemän prosenttia ja viimeksi kuluneen vuoden aikana noin kolme prosenttia. (Hakkarainen & Metso 2007, 543.) Naisten huumausainekokeilut ovat yleisimpiä ikäryhmässä 15–19-vuotiaat, jonka jälkeen kokeilut vähenevät jyrkästi (Hakkarainen 2003, 255).

Huumeiden käytön kasvu on lisännyt päihdepalvelujen kysyntää ja asettanut uudenlaisia vaatimuksia päihdehoitotyölle. Päihdehuollon huumeasiakkaiden keskuudessa suurin muutos 2000-luvulla on ollut ensisijaisesti buprenorfiinin päihdekäytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuuden voimakas kasvu. Vuonna 2008 buprenorfiini oli ensisijainen päihde 34 prosentilla päihdehuollon huumeasiakkaista, kun vastaava luku vuonna 2000 oli vain seitsemän prosenttia. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuus 15–54-vuotiaiden ikäluokasta arvioitiin koko maassa noin 0,5–0,7 prosentiksi ja pääkaupunkiseudulla 0,9–1,4 prosentiksi. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 21–22.) Opioidien käyttö on yleisintä 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja huumeriippuvaisista nuorista puolella on lisäksi mielenterveyshäiriö. Vuoden 2009 lopussa Suomessa opioidikorvaushoitopotilaita oli noin 1700. (Mikkonen ym. 2010, 2944–6.)

Tutkimusten mukaan näyttää siltä, että sukupuolten välinen ero huumeiden käyttäjien välillä on tasa-arvoisempi kuin alkoholin käyttäjien parissa. Naiset käyttävät huumeita lähes yhtä paljon kuin miehet. Eroja sukupuolten välillä syntyy lähinnä päihdemieltymyksissä. Esimerkiksi naiset suosivat miehiä enemmän lääkkeiden väärinkäyttöä, kun taas miehet polttavat enemmän kannabista. (Hakkarainen & Metso 2007, 546–550; Hakkarainen 2003; 252.) Uusi ilmiö 2000-luvulla alkaen on reseptilääkkeiden väärinkäyttö ja niiden laitton kauppa, joka kaikkialla länsimaissa on vähitellen kasvanut yhtä suureksi ongelmaksi kuin perinteisten huumausaineiden käyttö (Mikkonen ym. 2010, 2943).

Vuonna 2008 huumehoitoon hakeutuneet olivat nuoria aikuisia. Suurin osa heistä oli syrjäytyneitä, alhaisen koulutustason omaavia työttömiä nuoria, joista 11 prosenttia oli lisäksi asunnottomia. Vuonna 2008 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin 6668 hoitojaksoa, joissa huumesairaus eli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus oli päädiagnoosina ja 9508 hoitojaksoa, joissa huumesairaus oli pää- tai sivudiagnoosina. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 23.) Vuonna 2007 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 0,2–0,3 miljardin euron välittömät haittakustannukset ja 0,5–1,0 miljardin euron välilliset haittakustannukset, joista terveydenhuoltokulujen osuus oli noin 16 prosenttia (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 24). Suurin osa välittömiä kustannuksia muodostui sosiaalitoimen menoista sekä rikollisuuskontrollista. 2000-luvulla huumeisiin liittyvät kuolemat lisäsivät välillisiä menoja, joista ylivoimaisesti suurin menoerä oli menetetyn elämän arvo ennenaikaisen kuoleman johdosta. (Huumaustilanne Suomessa 2006, 14.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

### 4.1 Päihdehoitotyö

Päihdehoitotyö on sairaanhoitajan toteuttamaa terveyttä edistävää ja päihteiden käyttöä ja sen haittoja niin ehkäisevää kuin korjaavaakin päihdehoitoa. Päihdehoitotyö sijoittuu sekä päihdehoidon että hoitotyön osa-alueille. Päihdehoitotyötä toteutetaan erityisen päihdehoidon ja -huollon palveluiden lisäksi kaikkialla terveydenhuollon eri toimipisteissä, joissa sairaanhoitaja kohtaa potilaita, joilla on päihdeongelma. (Haavio ym. 2009, 9–11.)

Sairaanhoitajan tehtävänä päihdetyössä on toimia hoitotyön toteuttajana. Päihdehuollon erityispalveluissa sairaanhoitajan suorittama hoitotyö on päihdetyötä, joka kohdistuu päihdeongelmaisten hoitoon ja neuvontaan. Päihdesairaanhoitajat ovat sairaanhoitajia, joiden työyhteisö on päihdehuollon erityispalveluissa tai muutoin päätoimisesti päihdetyössä. Päihdesairaanhoitajan monipuoliseen ja vaihtelevaan toimenkuvaan kuuluu päihderiippuvuutta sairastavan terveiden elämäntapojen tukeminen, riskikäyttäytymisen vähentäminen sekä päihdekuntoutus ja -hoitotyö. Tämä merkitsee hyvin laaja-alaista ja monipuolista toimenkuvaa, jossa työtehtävät vaihtelevat terveyden edistäjästä ja terveystottumuksiin vaikuttajasta tukijan, tiedonantajan, neuvojan, ohjaajan, motivoijan, kouluttajan, työnohjaajan ja kehittäjän rooleihin. (Haavio ym. 2009, 11–12.)

Päihdehoitotyön eräs keskeinen osaamisalue on mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja hoito päihdeongelman rinnalla. Päihde- ja mielenterveysongelman samanaikainen hoitotyö on erittäin haasteellista, sillä ongelmien samanaikaisuus lisää potilaan oireita, pidentää hoitoaikoja ja heikentää huomattavasti potilaan kykyä hallita ympäristöään (Holmberg 2008, 24).

Hoitotyön peruseriaatteet toteutuvat luonnollisesti myös päihdehoitotyössä. Päihdesairaanhoitaja toteuttaa työssään hoitotyön peruseriaatteita, joita ovat hoitotyön ongelman määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Päihdehoitotyön ongelma määritellään potilaan ainutkertaisesta yksilöllisestä elämän-

tilanteesta, sen voimavaroista ja ongelmista käsin. Päihdehoitotyön prosessissa on tärkeää koko ajan muistaa ylläpitää potilaan riippumattomuutta ja vahvistaa hänen voimavarojaan. Keskeistä päihdehoitotyössä on se, että sairaanhoitaja kykenee luomaan luottamuksellisen ilmapiirin ja sellaiset käytännölliset olosuhteet, joissa potilas voi tasavertaisesti ja aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitosuunnitelma laaditaan ja toteutetaan potilaan lisäksi myös perheen ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Päihdepotilaan hoidon koordinointi on sairaanhoitajan yksi keskeisistä tehtävistä. Tämä merkitsee sekä hoidon ja ohjauksen seurantaan että niiden onnistumisen arviointia potilaan kokonaisvoinnissa. Päihdehoitosuhteen keskiössä ovat aina toivon ylläpitäminen ja jatkuvuuden turvaaminen. Sairanhoitajan tärkeimmät työvälineet päihdehoitotyössä ovat motivoiva haastattelu ja verkostokeskeinen työote. Tuloksellinen päihdehoitotyö edellyttää aina kiinteää hoitosuhdetta ja turvattua jatkohoitoa. (Holmberg 2008, 20–21.)

Päihdehoitotyön tietoperusta nojaa hoitotyön keskeisiin käsitteisiin ja se on aina kokonaisvaltaista. Hoitotyön keskeisiä käsitteitä ovat ihminen, terveys, hoitotyön toiminta ja ympäristö. (Haavio ym. 2009, 14; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 27.) ”Päihdehoitotyössä ihminen määrittellään yksilön itsensä, perheen, ryhmän tai yhteisön näkökulmasta” (Haavio ym. 2009, 14). Hoitotyön ihminen on aktiivinen omia merkityksiä luova muutosprosessissa oleva yksilö, joka kykenee osallistumaan muutoksen aikaansaamiseen omassa elämässään. Muistettava on se, että aina päihderiippuvaisen ihmisen ja sairaanhoitajan kohdatessa toisensa he tuovat molemmat tilanteeseen oman taustansa, nykyisyyden ja mahdollisen tulevaisuuden sekä niiden kaikki erilaiset merkitykset. Terveys hoitotyössä puolestaan käsitetään laaja-alaisesti, koska se on paljon enemmän kuin pelkästään sairauden puuttumista. Hoitotyössä terveys on mahdollista ymmärtää hyvinvoinnintilana, inhimillisenä voimavarana, mahdollisuutena, hyvänä olona, tasapainoisuutena, tietoisuuden kasvuna ja kykynä toimia ja suoriutua itsenäisesti. (Haavio ym. 2009, 14.)

Hoitotyön toiminta on vuorovaikutussuhde, prosessi ja auttamismenetelmä, joka on ammatillista ja inhimillistä. Yhteistoiminnallinen hoitotyö on aina potilaslähtöistä ja se pohjautuu tasavertaiseen, kuuntelemaan ja avoimeen vuoropuheluun eli dialogiin. (Haavio ym. 2009, 15; Holmberg 2008, 8.) Yhteistoiminnallisessa hoitosuhteessa sairaanhoitaja toimii asiakkaan tai potilaan kanssa yhteistyössä, jonka päämääränä on myönteinen terveydentilan muutos. Myönteinen terveydentilan muutos pohjautuu aina

asiakkaan tai potilaan todellisiin voimavaroihin. (Haavio ym. 2009, 15.) Päihdehoitotyön hoitosuhteen ydin koostuu luottamuksellisuudesta, neutraaliudesta, rytmisyydestä, kärsivällisyydestä, rehellisyydestä, rohkeudesta, nöyryydestä, toivosta ja voimavarakeskeisyydestä (Haavio ym. 2009, 24–30; Holmberg 2008, 20).

Hoitotyön ympäristö on laaja ja monitasoinen käsite. Se on mahdollista ymmärtää potilaan elämäntilanteena ja hänen elämis- ja asuinympäristönä tai sillä voi olla jopa laajempi yhteiskunnallinen ulottuvuus. Yhteiskunnallinen ulottuvuus voi merkitä esimerkiksi sairaanhoitajan aktiivista ja yleistä yhteiskunnallista roolia päihdehoidon herättämien ajatusten ja epäkohtien esiintuojana ja vaikuttajana. (Haavio ym. 2009, 15.) Päihdepotilaiden hoitaminen koskettaa sekä kansalaisia että yhteiskunnan rakenteita ja käytäntöjä monella tavalla, jonka vuoksi tarvitsemme enemmän innovatiivista päihdehoitotyön kehitystyötä ja tutkimusta. (Holmberg 2008, 22–24.)

## 4.2 Riippuvuus

Riippuvuus on hyvin inhimillistä ja yleismaailmallista, sillä me kaikki synnymme maailmaan riippuvaisina toisista ihmisistä. Olemme jokainen kokeneet elämämme aikana omakohtaisesti riippuvuuden ja riippumattomuuden fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Elämä ei käytännössä ole mahdollista ilman riippuvuutta toisista ihmisistä. (Haavio ym. 2009, 41.)

Riippuvuus jaetaan yleisesti fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin riippuvuuksiin, ja nämä kaikki edellä mainitut riippuvuuden muodot jakaantuvat vielä myönteisiin ja kielteisiin riippuvuuksiin. Biologinen eli fyysinen riippuvuus (esimerkiksi seksuaalisuus, ravinto ja happi) mahdollistaa myönteisenä riippuvuutena lajin ja elämän jatkumisen. Kielteisenä riippuvuutena se puolestaan on elimistön mukautumista toistuvaan pitkäaikaisen kemiallisen aineen käyttöön. Psyykkisen riippuvuuden syntyminen on myönteistä ja välttämätöntä esimerkiksi vauvan ja äidin välisessä varhaisessa vuorovaikutuksessa, mutta kielteisenä se ilmenee päihteiden käyttöhaluina, kontrolloimattomuutena ja pakonomaisena toimintana. Terve sosiaalinen riippuvuus merkitsee ihmisen kykyä ja halua olla kielellisesti yhteydessä toisiin lajitovereihin ja jakaa heidän kanssa samoja kulttuurisia arvoja, kun taas kielteisessä

sosiaalisessa riippuvuudessa yksilö tulkitsee ja rationalisoi väärin suhdettaan ulkomaailmaan. (Hirschovits 2008, 28; Dahl & Hirschovits 2007, 263.) Riippuvuuden henkisellä ulottuvuudella halutaan usein kuvata eksistentiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilössä. Näitä ovat muun muassa arvokysymykset, uskomukset, ihanteet, elämänfilosofia, merkitykset, luovuus ja hengellisyys. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 19.) Hengellinen riippuvuusongelma merkitsee yleensä ihmisen rikkoutumista suhteessa omaan itseensä, lähimmäisiinsä ja Jumalaan (Hirschovits 2008, 36).

Riippuvuuskäyttäytymistä voi olla siis sekä myönteistä että kielteistä. Myönteinen riippuvuuskäyttäytyminen merkitsee yksilön kykyä oma-aloitteellisuuteen omien tarpeiden tyydyttämisessä, kykyä arvioida omaa tilannettaan ja turvautua tarvittaessa toisten apuun. Kielteinen riippuvuuskäyttäytyminen puolestaan on avun ja tuen hakemisen este, vaikka ihmisen tilanne olisi kuinka vaikea. Tällöin ihminen on kykenemätön ilmaisemaan omia todellisia tunteitaan ja oman avuttomuuden myöntäminen muille on vaikeaa. (Haavio ym. 2009, 42.) Dahlin ja Hirschovitsin (2007) mukaan noin 10 prosenttia ihmisistä on psyykkiseltä rakenteeltaan häiritsevästi riippuvaisia jostakin (Dahl & Hirschovits 2007, 263). Kielteinen riippuvuus on mahdollista yksinkertaisimmillaan ymmärtää yksilön motivaatiojärjestelmän pitkäkestoisena häiriötilana, missä ”yksilö alkaa kohtuuttomasti suosia jotain välittömästi palkitsevaa mutta seurauksiltaan haitallista käyttäytymistä” (Hirschovits 2008, 28).

Riippuvuus syntyy vähitellen ja sitä on mahdollista kuvata myös sairautena. Sairautena riippuvuutta on määritelty hyvin erilaisista teoreettisista lähtökohdista käsin muun muassa lääketieteellisestä, psykodynaamisesta ja konstruktionistisesta näkökulmasta. Erilaiset tieteelliset tutkimuslähtökohdat tuottavat luonnollisesti toisistaan hyvin poikkeavia näkemyksiä riippuvuusongelmasta ja näin vaikuttavat siihen, kuinka riippuvuus yleensä ymmärretään ja kuinka esimerkiksi päihdehoitoa yhteiskunnassa suunnitellaan ja toteutetaan käytännössä. (Hirschovits 2008, 28-29, 35.)

Lääketieteellisen näkemyksen mukaan riippuvuus on tietynlainen oireyhtymä, jota voidaan lähestyä neurokemiallisin tutkimuksin. Viime vuosina lääketieteellinen tutkimus on muun muassa keskittynyt aivojen välittäjäaineisiin ja mielihyvakeskuksen merkitykseen riippuvuuden kehitysprosessissa. (Haavio ym. 2009, 31–32; Hirschovits 2008, 28–29, 35.) Psykodynaaminen viitekehys painottaa ihmisen psyykettä, joka tämän näkemyksen mukaan ohjaa yksilön toimintaa. Tällöin kielteistä riippuvuutta tuottavat

aineet ja toiminnot ovat tulosta yksilön kyvyttömyydestä ylläpitää psyykkistä tasapainoa. Psykodynaamisen näkemyksen mukaan päihteitä saatetaan käyttää myös itselääkintäkeinoina, jolloin aineella peitetään ikäviä tuntemuksia. Konstruktionistisessa teoreettisessa lähtökohdassa kielteinen riippuvuus nähdään poikkeavana sosiaalisesti rakentuneena käyttäytymismallina. (Koski-Jännes 2008, 7) Nykyjään yritetään yhdistää erilaisia teoreettisia lähestymistapoja kokonaiskäsitteeksi riippuvuudesta, jolloin sekä psykologiset, fysiologiset, sosiaaliset että ympäristötekijät tulisivat huomioonotetuksi riippuvuuden määrittelyssä (Hirschovits 2008, 28–29, 35).

Arkikielessä riippuvuuden ja addiktion käsitteitä käytetään synonyymeinä toisilleen, vaikka addiktio merkitsee vain kielteistä riippuvuutta (Koski-Jännes 1998, 24). ”Sana ”riippuvuus” on ongelmallinen, sillä suomen kieli ei tee eroa terveen ja sairaan riippuvuuden välille” (Hirschovits 2008, 36). Addiktio- käsitettä käytetään kuvaamaan nimenomaan sairasta eli kielteistä riippuvuutta, joka tuottaa välitöntä tyydytystä (Duodecim: addiktio 2010). Addiktion tunnusmerkkeinä ovat voimakas sisäinen pakko ja halu toimia tietyllä tavalla, toiminnan hallinnan heikkeneminen, toleranssin kehittyminen, haitallisen toiminnan muodostuminen elämän keskipisteeksi, vieroitusoireet ja toiminnan jatkaminen haitoista huolimatta (Dahl & Hirschovits 2007, 265; Koski-Jännes 1998, 28). Päihdeaineiden lisäksi ihmiset voivat kehittää voimakkaan addiktion eli kielteisen riippuvuuden myös esimerkiksi peleihin, Internettiin, ruokiin, liikuntaan, rahapeleihin, työntekoon, parisuhteeseen, pörssikeinotteluun ja sukupuoliseen kanssakäymiseen. Keskustellaan myös läheisriippuvuudesta, jolloin toinen ihmissuhteen osapuoli elää elämäänsä toisen kautta ehkäisten oman kasvun, kehityksen, mielenterveyden ja arjen. (Hirschovits 2008, 36–40.)

Yksilö voi siten kehittää addiktion eli kielteisen riippuvuuden mihin tahansa asiaan, toimintaan tai aineeseen, josta muodostuu vähitellen pakkomielle. Päihderiippuvuudella tarkoitetaan pakonomaista tarvetta saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain, tilannetta, jossa yksilö ei enää kykene hallitsemaan suhdettaan päihteeseen. Päihderiippuvuus on krooninen ja relapsoiva sairaus, joka voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista tai kaikkia näitä eri yhdistelmissä tai yhdessä. (Haavio ym. 2009, 42.)

### 4.3 Sukupuoli

Naistutkimus on 1970-luvulta lähtien teoreettisesti tarkastellut sukupuolen käsitettä jakamalla käsitteen kahteen ulottuvuuteen: biologiseen (sex) ja sosiaaliseen (gender) sukupuoleen. Huomioitava on se, että englannin kielessä on kaksi sukupuolta osoittavaa sanaa sex ja gender. Suomenkielinen käännös molemmille sanoille on täysin sama eli sukupuoli. Sex eli biologinen sukupuoli tarkoittaa naisen ja miehen välisiä anatomis-fysiologisia eroja, kun taas gender eli sosiaalinen sukupuoli merkitsee biologisten sukupuolierojen kulttuurista tulkintaa. Toisin sanoen biologinen sukupuoli muodostaa seksuaalisuuden maailman ja sosiaalinen sukupuoli on taas kaikkia niitä tapoja, joilla tämä edellä mainittu seksuaalisuuden maailma on yhteiskunnassa järjestetty. (Liljeström 1996, 115–116.)

Itse asiassa jako biologiseen ja sosiaaliseen sukupuoleen palvelee lähinnä tutkimuksen käytännöllistä analyttistä tarkoitusta asettamalla vastakkain joukon biologisia ja kulttuurisia tosiasioita. Dikotomia eli kahtiajako ei siis ole löydettävissä sellaisenaan arkielämän käytännöissä vaan se toimii lähinnä tutkimuksessa käytettävänä abstraktina ideaalikäsitteenä. Naistutkimuksessa biologisesta sukupuolesta puhutaan silloin, kun halutaan korostaa miesten ja naisten välisiä fysiologisia eroja. Sosiaaliseen sukupuolen käsite taas viittaa puolestaan kaikkiin sosiaalisiin, kulttuurisiin ja psykologisiin rakenteisiin, jotka on tuotettu biologisten sukupuolierojen pohjalta. Kaikki naistutkijat eivät ole yksimielisiä siitä, kuinka tämä sex–gender-suhde tulisi määritellä. Esimerkiksi osalle naistutkijoista myös biologinen sukupuoli tuotetaan kulttuurisesti seksuaalisuuden kulttuuristen tulkintojen kautta. (Liljeström 1996, 113–115.)

Sosiaalisen sukupuolen käsite on mahdollista ymmärtää kolmella ulottuvuudella tai tasolla: sukupuolisymboliikka, sukupuolistrukturi ja yksilöllinen sukupuoli. Sukupuolisymboliikassa on kysymys maskuliinisuuden ja feminiinisyiden tuottamisesta arvoissa, asenteissa ja ajatusrakennelmissa. Sukupuolistrukturi kuvaa puolestaan sukupuolen rakenteellista materialisoitumista ja käytäntöjä sellaisissa asioissa kuin työ, talous, politiikka, oikeusjärjestelmä ja erilaiset sosiaaliset instituutiot (esimerkiksi koulutus ja perhe). Kolmas eli yksilöllisen sukupuolen ulottuvuus merkitsee sukupuoli-identiteettiä ja subjektin muotoutumista. (Liljeström 1996, 121.)



Sosiaalinen sukupuoli tuleekin ymmärtää lähinnä sukupuolijärjestelmän kuin yksilön ominaisuudeksi tai muuttujaksi. Sosiaalinen sukupuoli kuvaa tällöin osapuolten välistä suhdetta enemmän kuin yksilöä. Sukupuoliroolit tällöin ilmentävät sitä, millaisessa suhteessa tietyssä yhteiskunnassa naisten ja miesten tulisi olla toisiinsa nähden. (Holmila 2001, 55). Sukupuolijärjestelmä (sex–gender -järjestelmä) muuttuu ajassa ja paikassa, joten jokaisella yhteiskunnalla on sille ominainen sukupuolijärjestelmä, jossa sosiaalinen sukupuoli tuotetaan kulttuurin välityksellä (Liljeström 1995, 113). Holmilan mukaan (2001) sukupuolesta puhuttaessa tulisi nimenomaan puhua feminiinisistä ja maskuliinisista piirteistä tai symboleista, ”ei niinkään miehistä ja naisista, sillä yksilöissä nämä piirteet ilmenevät erilaisina kombinaatioina” (Holmila, 2001, 56). Esimerkiksi alkoholin käyttö on perinteisesti ollut miehisyyden ja raittius naisellisuuden symboli (Holmila, 2001, 56).

Naiskulttuuri-termiä naistutkimus käyttää kuvatessaan naisille ominaisia kulttuurin muovaamia suhtautumis- ja toimintatapoja sekä arvoja (Hytinen 1990, 14). Toisissa naiskulttuureissa on enemmän paineita toimia yhdenmukaisesti oman biologisen sukupuoliryhmän mallin mukaan kuin toisissa, jotka tarjoavat enemmän joustavuutta ja liikkumavaraa sosiaalisen sukupuolen repertuaarille. Suomalainen yhteiskunta on suhteellisen salliva tässä mielessä, (Holmila 2001, 55) joten esimerkiksi naisen humala on nykyään kulttuurisesti sallitumpaa kuin ennen (Mustonen, 2003, 244). Holmilan mukaan (2001, 56) pohjoismaalaisten naisten maskuliininen juomistapa on paljolti kytkeytynyt ajatukseen naisen emansipaatiosta, vapautumisesta, jossa naisen oikeus käyttää alkoholia on nähty itsenäisyyden merkinä.

## 5 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

### 5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä on aikaisemman olemassa olevan tutkimustiedon yhdistämistä yhtenäiseksi katsaukseksi, ja se on mahdollista tehdä eri tavoin. Kirjallisuuskatsaus käy analyttisesti läpi tietyn aihepiirin aiemman tutkimuksen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39.) Kirjallisuuskatsaus on täten tutkimustyypiltään teoreettista tutkimusta, ns. toiseen asteen tutkimusta eli tutkimustiedon tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Koska kirjallisuuskatsauksen tekijä arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi olennaista aiempaa tietoa, niin sen perusedellytys on, että aiheesta löytyy edes jonkin verran aikaisempaa tutkimustietoa. Kirjallisuuskatsaus voi olla joko narratiivinen (perinteinen, kertomuksellinen, tarinallinen) tai systemaattinen. (Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson ym. 2007, 3–5; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on hoitotieteissä ollut perinteisesti tavanomaisin, mutta systemaattisen menetelmän käyttäminen on lisääntynyt varsinkin 2000-luvulle tultaessa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lisääntyminen hoitotieteissä johtuu hoitotieteellisen alkuperäistutkimusten määrän kasvusta tieteenalan vakiintumisen myötä. Yleisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kehittämistyö kytkeytyy sekä narratiivisen kirjallisuuskatsauksen puutteisiin ja heikkouksiin että tietotekniikan kehityksen avaamiin mahdollisuuksiin tiedonhaussa ja tiedon järjestämisessä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kehitys on saanut näkyvyyttä näyttöön perustuvan toiminnan myötä ja sitä pidetään eräänä mahdollisuutena löytää korkealaatuisia tutkimustuloksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39; Malmivaara 2002, 877.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kehitettiin poistamaan narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessissa mahdollisesti syntyvä systemaattinen harha, joka muuttaa tutkimustulosta tai päätelmiä. Pyrkimyksenä oli lisätä tutkijan ja katsauksen objektiivisuutta ja arvioida tehokkaammin alkuperäistutkimusten tieteellistä vahvuutta ja näyttöä. Nimensä mukaisesti systemaattinen kirjallisuuskatsaus jäsentyy tutkimussuunnitelman mukaisesti tarkoin kuvattuihin ja valmisteltuihin vaiheisiin, jotka kokoavat ja yhdistävät alkuperäistutkimusten tarjoamaa käytännön kliiniseen tietopoh-

jaan vaikuttavaa näyttöä (Malmivaara 2002, 877). Sinällään näyttöön perustuvan toiminnan ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteet, käyttö ja laajuus poikkeavat toisistaan, sillä ”näyttöön perustuva toiminta on tarkoitettu käytännöllisen työn apuvälineeksi, kun taas systemaattisen kirjallisuuskatsaus tieteellisen tutkimuksen menetelmäksi” (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38). Ideaalissa tilanteessa systemaattisen katsauksen alkuperäistutkimukset voidaan jopa yhdistää tilastollisesti meta-analyysillä. Meta-analyysin ehtona on kuitenkin vaatimus siitä, että alkuperäistutkimukset ovat aineistoltaan ja mittareiltaan samankaltaisia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39; Malmivaara 2002, 877–878.)

Kääriäisen ja Lahtisen (2004, 39) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat: tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. Vaikka narratiivisen kirjallisuuskatsauksen prosessi sisältää periaatteellisesti samat vaiheet kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, merkittävin ero menetelmien välillä liittyy vaatimukseen alkuperäistutkimuksista ja niiden sisäänotto-kriteereistä. Narratiivista kirjallisuuskatsausta on menetelmänä kritisoitu tieteellisestä epätäsmällisyydestä, koska tutkija ei ensinnäkin vaiheista tutkimusaineistonsa hakua tarpeeksi kattavasti (keskeisiä alkuperäistutkimuksia jää kenties pois), toiseksi tutkija voi jopa tietoisesti jättää valitsemasta tutkimuksia, jotka ovat hänen tutkimuksen kannalta epäedullisia ja kolmanneksi narratiivisessa katsauksessa ei yleensä ole systemaattista valittujen tieteellisten tutkimusten laaduntarkkailua. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38; Mäkelä, Varonen & Teperi 1996,1999–2000.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kuvaileva tiivistelmä jostakin tutkimuksen kannalta kiinnostavasta aiheesta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38). Narratiiviset kirjallisuuskatsaukset ovat toimivia esimerkiksi kuvailtaessa jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä, kuvailtaessa teoreettista tai käsitteellistä taustaa tai yhdisteltäessä eri tutkimusalueita (Johansson 2007, 4). Sen pyrkimyksenä on siis luoda kokonaiskuva käsiteltävästä aiheesta. Opinnäytetyöni olen tehnyt narratiivista kirjallisuuskatsausta soveltaen, koska narratiivinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä vastaa opinnäytetyöni tavoitetta paremmin kuin systemaattinen. Pyrin työn alussa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, mutta käytännössä valitsemani aihe ei mahdollistanut kyseisen menetelmän käyttämistä. Alkuperäisiä toisiinsa verrattavia tutkimuksia aihepiiristä oli hyvin vähän saatavilla, varsinkin hoitotieteellisiä ja suomenkielisiä. Tämän lisäksi opinnäyte-

työn ongelma oli yleinen ja laaja-alainen. Työssäni pyrin yleisesti kartoittamaan niitä tekijöitä, joissa naisen päihdeongelma poikkeaa miehen vastaavasta. Opinnäytetyön ongelma siis valitsi menetelmän eikä päinvastoin. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pääsin systemaattista paremmin kartoittamaan kokonaisvaltaisen kuvan siitä, mitä eroa on päihdeongelmaisella naisella ja miehellä.

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen laatua on kritisoitu vaihtelevaksi, koska se ei yleisesti kuvaa haku-, valinta- ja käsittelyprosessia yhtä tarkasti ja läpinäkyvästi kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Menetelmän läpinäkymättömyys luonnollisesti ei usein mahdollista lukijalle mahdollisuutta arvioida riittävän hyvin työtä ja sen tuloksia (Johansson 2007, 4). Tätä valitsemani tutkimusmenetelmään liittyvää ongelmaa olen pyrkinyt ratkaisemaan siten, että kuvaan aineistonkeruu- ja valintaprosessini mahdollisimman tarkasti.

## 5.2 Aineistonkeruu ja aineiston kuvaus

Opinnäytetyön aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa tein tietokantahakuja tutkimuksista ja artikkeleista, jotka käsittelevät naisen päihdeongelmaa. Tietokantahakujen käsittelyprosessi ja sen eteneminen ilmenee liitteestä 1 (katso LIITE 1, Kuvio 1, Kirjallisuushaun valinnan ja poissulkemisen eteneminen). Edellisen lisäksi kävin oppilaitoksen kirjastossa läpi Hoitotiede -, Sairaanhoidaja -, Tiimi -, Yhteiskuntapolitiikka- ja Promo-lehtien viimeisen kymmenen vuoden aikana ilmestyneet julkaisut. Näistä julkaisuista etsin aiheeseeni liittyviä kirjoituksia, jotka ovat kenties jääneet tekemieni tietokantahakujen ulkopuolelle. Sairaanhoidaja-lehdestä otin talteen kaikki päihdehoitotyötä käsittelevät lehtikirjoitukset.

Keräämääni aineistoa läpikäydessäni huomioin myös aineiston kirjallisuusviitteet, joista sain usein viitteitä tietokantahakujen ulkopuolelle jääneisiin keskeisiin tutkimuksiin. Samanaikaisesti kasvoi ymmärtämykseni siitä, ketkä ovat tällä hetkellä alan nimekkäimpiä tutkijoita. Seurasin tarkasti sitä, miten ja paljonko tutkimukset viittasivat toisiinsa.

Opinnäytetyöhöni valitsin tutkimuksia ensinnäkin sen mukaan, miten hyvin ne kartoittivat ongelma-aluetta, johon työni pyrki etsimään vastauksia. Toiseksi, varsinkin englanninkielisessä aineistossa, pyrin varmistamaan valitsemiini tutkimuksien laadun tarkkailemalla sitä, kuinka paljon tiedeyhteisö oli viitannut valitsemiini tutkimuksiin. Sisällytin aineistoon myös vähemmän tunnettuja tai vähemmän tieteellisiä kirjoituksia, mikäli ne eivät olleet ristiriidassa muun valitsemiäni aineiston kanssa ja niissä oli edellisiä tukevaa tai syventävää tietoa. Varsinkin suomenkielisen aineiston kohdalla en voinut toteuttaa yhtä tiukkoja aineiston valintakriteereitä, koska suomalaisen naisen päihdeongelmasta ei ole tehty ole tehty kattavasti tutkimusta. Englanninkielisessä aineistossa pääpaino oli päihdepsykiatrisilla ja hoitotieteellisillä julkaisuilla. Sisällytin englanninkielistä sosiaalitieteellistä tutkimusta erittäin valikoiden mukaan, sillä sitä löytyi maailmalta runsaasti.

Lopulta rajasin vielä pois hankalasti saatavilla olevan aineiston, koska työn tehtävänanto, käytettävissä oleva aika ja taloudelliset voimavarat eivät sitä mahdollistaneet. Työstäni puuttuvat mm. kaikki aineistot, jotka olisin joutunut ostamaan tai lainaamaan Suomen rajojen ulkopuolelta. Aineistoni lopulta koostui 53:sta eri lähteestä, joista 29 kokosin tietokantahauilla (katso LIITE 1, Kuvio 1: Tietokantahaut valittujen hakusanojen mukaan ja LIITE 2, Luettelo 1: Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja muu aineisto). Loput 24 aineistoviitettä sain lukemani aineiston lähdeviiteluetteloista, Internet-hauilla ja selaamistani lehtiartikkeleista. Aineiston sisällönanalyysin tein tieteellisten artikkeleiden ja julkaisujen pohjalta, joita Internet ja lehtiaineisto tukivat.

### 5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jolla järjestäytymätön aineisto tutkittavasta ilmiöstä tiivistetään ja yleistetään systemaattisesti. Aineiston tiivistäminen ja yleistäminen on puolestaan välttämätöntä, jotta voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voi olla sekä tutkimusmenetelmä että väljä teoreettinen viitekehys, ja sen avulla voidaan tehdä hyvin erilaisia laadullisia tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi

2009, 91). Sisällönanalyysia voidaan käyttää hyvinkin erityyppisten aineistojen järjestämiseen, luokitteluun ja ryhmittelyyn esim. päiväkirjat, kirjeet, puheet, dialogit, raportit, kirjat ja artikkelit (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi on menetelmä, jolla kirjallisuuskatsauksen aineisto on analysoitu eli pelkistetty ja ryhmitelty opinnäytetyön tehtävän mukaisesti. Käsillä olevassa työssä sisällönanalyysi on aineistolähtöistä, jolloin aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei ole vaikutusta analyysin toteuttamiseen ja lopputulokseen. Toisin sanoen opinnäytetyössä ei ole lähtökohtaisesti teoreettisia oletuksia päihdeongelmaisten miesten ja naisten välillä mahdollisesti vallitsevista eroista vaan työ analysoi kirjallisuuskatsauksen aineistosta ylösnousevia eroja sukupuolten välillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Huomioitava on kuitenkin se, että käytännössä puhdasta aineistolähtöistä analyysia on mahdotonta tehdä, sillä yleisesti on hyväksytty periaate havaintojen teoriapitoisuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Tämä tarkoittaa sitä, että meidän havaintomme eivät koskaan ole täysin puhtaita, vaan jo pelkästään ”käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja aina vaikuttavat tuloksiin” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 108) aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ensimmäisessä, aineiston redusointivaiheessa, aineistosta poistetaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois, jolloin aineiston informaatiotulvasta valitaan ainoastaan tutkimuskysymykseen vastaavaa informaatiota. Käytännössä opinnäytetyössä tämä merkitsi sitä, että ensimmäisessä vaiheessa alleviivasin aineistosta vain ne osiot, joissa puhuttiin päihdeongelmaisen naisen ja miesten eroista. Toisessa vaiheessa ryhmittelin alleviivaamani aineiston kokoamalla sen etsien sukupuolten välisiä yhtäläisyyksiä ja /tai eroavuuksia kuvaavia tosiasioita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Tässä vaiheessa työtäni päädyin etsimään vain sellaisia sukupuolten välisiä eroja, joista kaikki kirjoittajat olivat ainakin pääpiirteittäin samaa mieltä. Tavoitteenani oli etsiä laajoja yhtäläisyyksiä päihderiippuvuuden sukupuolieroista, joten hylkäsin aluksi sellaiset sukupuolten väliset erot, joista ei yleisesti ollut tutkimustietoon pohjautuvaa yksimielisyyttä kirjoittajien välillä. Myöhemmin kirjoitusvaiheessa otin mukaan myös eroavia näkökulmia, mikäli sillä oli merkitystä työlleni. Tässä vaiheessa yhdistin siis aineistoon alleviivaamani

käsitykset sukupuolten välisissä eroissa yhteen niin, että samasta asiasta/erosta kertovat huomiot ryhmittäytyivät samaan luokkaan. Kolmannessa eli abstrahointivaiheessa, jossa on pyrkimys kohti käsitteellisempää tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä, laadin yleiskäsitteet kuvaamaan tekemiäni luokkia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Näistä yleiskäsitteistä, joilla aineistoluokat nimesin, muodostui myös suoraan opinnäytetyön tulososion sisältöluvut: naisen fysiologia ja päihteet, raskaus ja päihteet, naisen psyyke ja päihteet ja naisen sosiokulttuurinen asema ja päihteet.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Naisen fysiologia ja päihteet

Naisen ja miehen fysiologia on erilainen, ja sen vuoksi päihdekäytön elimistölle aiheuttamat fysiologiset vaikutukset ja muutokset poikkeavat sukupuolen mukaan (Brady, Back & Greenfield, 2009, xi-xiii). Suomessa päihdekäytön haitat ovat yleistyneet naisilla suhteellisesti nopeammin kuin miehillä, vaikka miesten absoluuttinen lisäys on ollut suurempi (Mustonen 2003, 242). Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana lääketieteellinen tutkimus on osoittanut, että nainen on haavoituvaisempi kuin mies saamaan fyysisiä haittoja päihteiden käytöstä ja naiselle päihderiippuvuus kehittyy nopeammin kuin miehelle. Naisen tarvitsee käyttää esimerkiksi alkoholia lyhyemmän aikaa ja pienempiä määriä saadakseen samat terveystaitat kuin juova mies. Päihderiippuvuudesta, joka etenee nopeasti käytön aloittamisesta ongelmien ilmenemiseen, käytetään nimitystä teleskooppinen (telescoping) eteneminen. (Greenfield ym. 2010, 339; Zilberman 2009, 3–10; Steward, Gavric & Collins 2009, 341; Greenfield ym. 2007, 2; Brady & Ashley 2005, 10–11; Green 2006, 56; Walitzer & Darling 2006, 134; Greenfield 2002, 76–79; Angove & Fothergill 2003, 214; Brady & Randall 1999, 247–8; Salaspuro, Kiiänmaa & Seppä 1998, 159.) Ruotsalainen 20 vuotta kestänyt pitkittäistutkimus osoitti, että alkoholiriippuvuus lisäsi naisten sairastumisriskiä kolminkertaiseksi verrattuna alkoholiriippuvaisiin miehiin (Greenfield 2002, 78). Tutkimusten mukaan erityisesti hormonaaliset tekijät ovat keskeisiä naisen miestä nopeampaan päihderiippuvuuden syntyyn (Greenfield ym. 2010, 340; Newman & Mello 2009, 35; Kovalesky 2004, 207; Greenfield 2002, 79).

Tutkimukset viittaavat siihen, että stressihormonit lisäävät naisten päihdekäyttöä helpommin kuin miesten. Kuukautiskierron normaali hormonaalinen vaihtelu muuttaa naisen stressinsietokykyä siten, että kuukautiskierron loppupuoliskolla stressihormonien vaikutus on suurempi kuin kuukautiskierron alkupuoliskolla. (Reed & Evans 2009, 18; Kovalesky 2004, 207.) Päihteen vaikuttavuus voi myös vaihdella naisella kuukautiskierron mukaan. Esimerkiksi kokaiinin päihdevaikutus on alhaisempi naisilla kierron jälkipuoliskolla eli luterallisessa vaiheessa kuin kierron alussa eli follikkeli-



vaiheessa tai kuin miehellä. Kliinisillä tutkimuksilla on osoitettu, että estrogeenitason noustessa ja progesteronitason laskiessa päihteen stimuloiva vaikutus kohoaa. Kliiniset tutkimukset antavat näyttöä myös siitä, että päihdeongelman hoidossa naisten hoitovaste poikkeaa miesten vasteesta ainakin osaan päihdehoidossa käytettyihin lääkeaineisiin. Esimerkiksi naltreksoni ja bupropion (esimerkiksi lääkevalmiste Zyban) näyttävät tutkimusten mukaan tehokkaammilta mies- kuin naispotilailla. (Greenfield ym. 2010, 340–43.) Ylipäätään päihteen päihdevaikutus voi poiketa sukupuolen mukaan. Esimerkiksi kannabiksen neuropsykologinen vaikutusprosessi on erilainen miehillä ja naisilla. Tutkimukset osoittavat muun muassa, että runsaasti kannabista polttavilla naisilla oli heikompi visuaalis-spatiaalinen muisti (visual-spatial memory) kuin samalla tavoin kannabista käyttävillä miehillä. Yhdysvaltalaisen tutkimusten mukaan naisilla teleskooppinen eteneminen kannabisiippuvuuteen oli nopeaa, ja sen vuoksi naiset hakeutuvat hoitoon lyhyemmän käyttöhistorian jälkeen kuin miehet. (Greenfield ym. 2010, 344.) Huolimatta siitä, että viime vuosikymmenten aikana tutkimustietoa erilaisten päihteiden pitkäaikaisista vaikutuksista ja elimistön kohdistuneista muutoksista naisiin on jo saatavilla, ei sitä ole vielä riittävästi, koska usein pitkittäistutkimusten aineistot ovat muodostuneet miehistä. Eniten on tutkittu alkoholin vaikutuksia naisen elimistöön. (Mäkelä 1998, 159.)

Naiset sietävät alkoholia huonommin kuin miehet. Alkoholin imeytyminen elimistöön poikkeaa sukupuolten välillä. Ero johtuu naisten pienemmästä kehonpainosta, kehon suuremmasta rasvan suhteellisesta osuudesta, kehon pienemmästä vesimäärästä ja osittain hitaammasta alkoholin aineenvaihdunnasta. Tärkein alkoholin aineenvaihdunnasta huolehtiva entsyymi on alkoholidehydrogenaasi (ADH). Naisilla mahan ADH-entsyymi toimii suhteellisesti heikommin kuin miehellä, jolloin naiset altistuvat suuremmalle maksavaurioriskille aineenvaihdunnan suuntautuessa enemmän maksan kautta. (Brady & Ashley 2005, 10–11; Kovalesky 2004, 206–7; Mustonen 2003, 238; Brady ym. 1999, 245–7.) Tämän vuoksi vallitsevat lääketieteelliset suositukset alkoholin kohtuukäytölle ovat erilaiset naisille ja miehille. Suomessa naisten alkoholinkäytön riskirajana pidetään kahta alkoholiannosta päivittäin tai humalaa kerran viikossa (vähintään viisi annosta kerralla) ja miehillä neljää annosta päivittäin tai seitsemän annosta kerralla. Mikäli naisella alkoholiannokset ylittävät jatkuvasti 16:sta ja miehellä 24 annosta viikossa on syytä huolestua alkoholinkulutuksesta. Nuorilla, ikääntyneillä ja sairauksien yhteydessä haittoja voi ilmaantua jo alemmalla kulutustasolla. Yksi

alkoholiannos on esimerkiksi pieni pullo keskioletta tai siideriä. (Käypä hoito: alkoholi-ongelman hoito 2010.)

Alkoholin ongelmakäyttö voi vaurioittaa lähes jokaista elintä sekä miehillä että naisilla, mutta naisten elimistö vaurioituu nopeammin kuin miehellä. Alkoholin aiheuttamien haittojen lista on hyvin pitkä: aivovammoista alkoholimaksasairauteen, pikkuaivojen surkastumisesta suvunjatkokyvykkyyteen ja kohonneesta verenpaineesta sydänsairauksiin. Alkoholin suurkulutus lisää myös aivoverenvuotojen sekä tapaturmien ja vammojen määrää. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 85–104; Salaspuro ym. 1998, 42–47.) Kliiniset tutkimukset osoittavat, että runsas ja pitkittynyt alkoholinkäyttö aiheuttaa naisille nopeammin maksasairauksia kuin miehille (Kovalesky 2004, 207). Useimmat tutkimukset myös puoltavat ajatusta siitä, että päihderiippuvainen nainen saa nopeammin kuin päihderiippuvainen mies alkoholiin liitettyjä aivovaurioita. Vastaavanlaisia tutkimustuloksia sukupuolten erosta on saatu myös alkoholin aiheuttamista sydänvaurioista. (Brady & Ashley 2005, 10.) Runsas pitkittynyt alkoholin käyttö aiheuttaa myös sukupuolihormonihäiriöitä molemmille sukupuolille. Alkoholi lamaa sukupuoli-hormonien tuotantoa niin, että miehillä testosteronin ja naisille estrogeenin tuotanto laskee ja antaa tällöin samanaikaisesti toissijaiselle hormonille merkittävämmän aseman. Naisille tämä merkitsee sitä, että estrogeenitason laskiessa testosteronin suhteellisen osuus kasvaa elimistössä ja näin nainen alkaa maskulinisoitua. Miehelle tapahtuu vastaavanlainen hormonaalinen muutos, mutta päinvastainen, mies feminisoi-tuu. (Laitinen & Välimäki 1998, 338.)

Selvä tutkimusnäyttö on siitä, että päihderiippuvuus on perinnöllistä. Suuri joukko sekä perhe- ja riskiryhmä- että kaksois- ja adoptiotutkimuksia osoittavat geneettisten tekijöiden vaikuttavan päihderiippuvuuden syntyyn. Kaksoistutkimusten mukaan alkoholismien periytyvyys vaihtelee 50–60 prosentin välillä. (Becker & Walton-Moss 2001, 15.) Alkoholistien jälkeläisistä tulee siis alkoholisteja useammin kuin raittiiden lapsista. Perintötekijöiden vaikutus on havaittavissa myös juomistavoissa ja humaltumisessa. Identtiset kaksoset ovat juomatavoiltaan enemmän toistensa kaltaisia kuin epäidenttiset kaksoset. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan he saattoivat jopa mieltä samoihin juomamerkkeihin. Identtiset kaksoset myös humaltuvat samalla tavalla. Geneettinen perimä ei kuitenkaan ole deterministinen, sillä ympäristön mallilla ja päihteiden saatavuudella on myös vaikutusta päihderiippuvuuden syntyyn. Esimerkiksi päihderiippuvaisten naisten alhainen lukumäärä verrattuna miesten määrään ei selity

perinnöllisillä vaan nimenomaan ympäristötekijöillä. (Päihdelinkki 2010. Alkoholin periytyvyys; Kalaydjian & Merikangas 2009, 93-94; Pelissier & Jones 2005, 351; Brady ym. 1999, 247; Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore 1995, 45.).

## 6.2 Raskaus ja päihteet

Sikiölle äidin päihdekäyttö on vaarallista. Raskauden aikana äidin nauttimat päihteet läpäisevät istukan ja kulkeutuvat napanuoran kautta sikiöön ja imetyksen aikana päihteet erittyvät äidistä lapseen äidinmaidon välityksellä (Haavio ym. 2009, 172). Suomessa varsinainen päihdeäitiongelmia koskee lähinnä alkoholin kuluttajia, sillä vaikka huumeet ovat haitallisia sikiön kehitykselle, sikiölle alkoholi aiheuttaa huumeita vakavampia kehityshäiriöitä. FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) eli sikiöaikainen alkoholi-altistusvaurio on maailmanlaajuisesti käytössä oleva kattotermi kaikille erilaisille alkoholin sikiölle aiheuttamille vaurioille (katso LIITE 2, Taulukko 1: Päihteiden mahdollisia vaikutuksia sikiöön). (Vernerin.net 2010; Bhuvaneshwar & Chang 2009, 432-452.) Halmesmäen mukaan (2004) raskaudenaikaisena kohtuuskäyttönä pidetään 1–2 alkoholiannosta viikossa, ja arvioidaan, että noin 10 prosenttia suomalaisista raskaana olevista naisista ylittää tämän kulutuksen. Raskaudenaikaisena alkoholin suurkulutuksena pidetään yli 10 alkoholiannosta viikossa, joka ei kuitenkaan vielä täytä alkoholismien kriteeriä. (Halmesmäki 2004, 566.) Mikäli raskaana oleva nainen juo humalahakuisesti (yli viisi annosta kerrallaan) on erittäin todennäköistä, että juominen hidastaa sikiön kasvua ja myöhempää neurologista kehitystä. Asiantuntijat suosittelevat naisille täysraittiutta raskausaikana ja imettäessä, sillä hyvinkin pieni alkoholi-altistus voi olla haitallista sikiölle. (Päihdelinkki 2010. Raskaus ja päihteet.)

FAS-oireyhtymä (Fetal Alcohol Syndrome), joka nykyisin on eräs FASD-yleiskategorian alainen ja vaikein alkoholin aiheuttama kehitysvamma vastasyntyneellä, kuvattiin ensimmäisen kerran Ranskassa vuonna 1968 (Halmesmäki 1998, 378). Tarkkoja lukuja FASD:in kirjoon kuuluvien oireyhtymien esiintyvyydestä on vaikea saada, koska raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä ja sen tarkkaa määrää ei lapsen äiti helposti kerro jälkeenpäin. Tiedetään, että alkoholin käytön vaurioittamien lapsen lukumäärä on lisääntynyt Suomessa. (Mustonen 2003, 243.) FASD lasten hoidon ja kuntoutuksen aloittamista sekä diagnosointia vaikeuttaa edellisen lisäksi myös se, että usein

kehityshäiriöt ilmenevät lapsella vasta myöhäisemmässä kasvu- ja kouluiässä. Edellisten lisäksi luotettavan tiedon saantia FASD-lapsista heikentää myös sairastuneiden puutteellinen ilmoittaminen valtakunnallisiin rekistereihin. (Alho & Kankkunen 2006, 36.) Mäkelän (2009, 195) mukaan tarvitsemme alkoholiehoitoisten sikiövaurioiden arvioimiseksi tietoja eriaisteisten vaurioiden ilmaantuvuudesta, tietoa odottavien äitien todellisesta alkoholinkäytöstä, sikiön alkoholi-altistuksen riskikäyriä siitä, millä todennäköisyydellä eriasteinen käyttö aiheuttaa vaurioita ja tietoa erilaisten hoito- ja valvontakeinojen vaikuttavuudesta.

Raskausajan alkoholi-altistus on merkittävin kehitysvammaisuuden syy Suomessa ja muualla. Kansainvälisten arvioiden mukaan alkoholivaurioita esiintyy noin yhdellä vastasyntyneellä 110:stä. Suomessa yksi tapaus 110 syntyvää lasta kohden merkitsee noin 600 sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen vaurioittamaa lasta vuosittain. Tämä lukumäärä sisältää myös lievät kehitysvauriot. Arvioiden mukaan Suomessa syntyvistä alkoholivaurion saaneista lapsista noin 70:llä on FAS, 130:llä on PFAS (Partial Fetal Alcohol Syndrome) ja noin 400:lla on joko keskushermoston toimintahäiriö tai vain alkoholi-altistuksen aiheuttama epämuodostuma. (Alho & Kankkunen 2006, 36; Becker & Walton-Moss 2001, 15.) Mäkelä (2009) suhtautuu edellä esitettyihin sikiövaurioiden insidenssilukuihin kriittisesti, koska hänen mukaan laskelmat alkoholin aiheuttamista sikiövaurioista esitetään ilman lähdeviitteitä ja laskentaperusteita. Tämän lisäksi tutkimukset, joihin sikiövaurio insidenssilaskelmat perustuvat on tehty muualla kuin Suomessa. Mäkelä toteaa, että kansainvälisiä arvioita ei voida suoraan siirtää Suomeen. (Mäkelä 2009, 195.) Keskustelu on myös herännyt miehen päihdekäytön vaikuttavuudesta syntyvän lapsen terveyteen. Babcockin (2008, 88–89) mukaan runsas jatkuva päihteiden käyttö muuttaa ja huonontaa miehen siittiöiden kuntoa ja aiheuttaa niille geneettisiä muutoksia.

Lapsen syntymä tai raskaus voi naiselle olla mahdollisuus raitistumiselle. Päihderiippuvaiset äidit ovat usein huolissaan sikiön ja vastasyntyneen terveydestä, mikä motivoi heitä tehokkaasti päiheteettömyyteen. Hyvin kohdennetun hoidon ja avun antaminen raskaana olevalle päihteitä käyttävälle naiselle on todettu lisäävän äitien mahdollisuuksia päiheteettömyyteen. (Ojanen 2006, 119–135; Taipale 2005, 4; Nelson-Zlupko ym. 1995, 47.) Toisaalta jotkut päihdeongelmaiset naiset voivat tiedostamattaan käyttää hyväksi syntymätöntä lastaan oman hyvinvoinnin ja toivon edistäjänä. Raskaana oleva päihteitä käyttävä nainen saattaa hankkiutua raskaaksi vakaassa uskossa siihen,

että syntyvä lapsi ja äitiys irrottavat hänet päihdeongelmasta. Syntyvän lapsen toivotaan tuovan mukanaan sekä uuden paremman elämän että palauttavan äidin itsekunnon. Osa päihderiippuvaisista naisista saattaa jopa addiktoitua lapsen saamiseen ja synnyttää lapsen toisensa perään, huolimatta siitä, että edelliset lapset ovat aina syntymän jälkeen huostaanotettu. (Nätkin 2006, 29.)

### 6.3 Naisen psyyke ja päihteet

Päihderiippuvuuden kehittymisessä psykologiset tekijät näyttelevät keskeistä roolia sekä naisilla että miehillä. Emotionaaliset ongelmat ja psykiatristen sairauksien samanaikaisuus päihdeongelman rinnalla on kuitenkin yleisempää naisilla kuin miehillä. Viimeaikaisten ulkomaalaisten tutkimusten mukaan esimerkiksi mieliala- ja ahdistushäiriöitä on noin 30 prosentilla päihderiippuvaisista naisista. (Greenfield ym. 2010, 340; Zilberman 2009, 4–10; Greenfield & Grella 2009, 880; Pelissier & Jones 2005, 352; Angove & Fothergill 2003, 21; Hakkarainen 2003, 255–256; Becker & Walton-Moss 2001, 16; Salaspuro ym. 1998, 159.) Holmbergin (2008) mukaan myös Suomessa päihderiippuvaisille naisille tyypillisiä mielenterveysongelmia ovat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Poiketen muista muista vastaavista tutkimuksista, Holmberg väittää, että mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyys on runsaampaa suomalaisilla miehillä kuin naisilla. Päihderiippuvaiset suomalaismiehet myös sairastavat vakavampia mielenterveyshäiriöitä kuin naiset, muun muassa persoonallisuushäiriöitä. (Holmberg 2008, 17.)

Päihdekäyttö itsessään lisää käyttäjän mielenterveysongelmia, mutta naisilla on miehiä runsaammin psykiatrisia sairaustiloja jo ennen päihderiippuvuutta. Tavallisimpia mielenterveysongelmia päihderiippuvaisella naisella ovat masennus, ahdistus, kaksi-suuntainen mielialahäiriö, pelkotilat, psykoseksuaaliset häiriöt, syömishäiriöt ja traumaperäinen stressihäiriö (PTSD). Mielenterveysongelman ja päihdeongelman samanaikainen läsnäolo vaikeuttaa naisten mahdollisuutta onnistua päihdehoidossa ja pysymistä päihteettömänä. (Greenfield & Grella 2009, 880; Brady & Ashley 2005, 11; Pelissier & Jones 2005, 345; Kovalesky 2004, 206–7; Gerolamo 2004, 182; Cowan ym. 2003, 49; Greenfield 2002, 76–79; Brady & Randall 1999, 241; Salaspuro ym. 1998, 159.)

Päihderiippuvaisilla amerikkalaisilla naisilla syömishäiriöiden osuus on tutkimusten mukaan 40 prosenttia. Päihderiippuvaisilla naisilla, jotka olivat joutuneet seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi, oli enemmän syömishäiriöitä kuin niillä päihderiippuvaisilla naisilla, joilla ei ollut vastaavaa seksuaalisen hyväksikäytön historiaa. (Greenfield ym. 2010, 341.)

Walitzerin ja Dearingin (2006: 135) tutkimuksessa kävi ilmi, että päihdekuntoutuksen läpikäyneet naiset ilmoittivat kärsivänsä psyykkisiä ongelmia enemmän kuin miehet, joiden ongelmat puolestaan liittyivät lähinnä rikosasioihin ja työn saantiin. Päihdeongelmaisilla miehillä onkin todettu olevan enemmän kriminaalitaustaa kun vastaavasti päihdeongelmaisilla naisilla on enemmän mielenterveyshäiriöitä (Pelissier & Jones 2005, 352).

Australialaisen tutkimuksen mukaan 34,4 prosentilla traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) sairastavilla oli samanaikaisesti päihdeongelma. On arvioitu, että traumaperäistä stressihäiriötä sairastavilla on 1,4–5 -kertaisesti enemmän päihdeongelmaa verrattuna yleisväestöön. (Greenfield ym. 2010, 341.) Yhdysvaltalainen tutkimus lisäksi osoittaa, että trauman kokeneet naiset käyttävät päihteitä enemmän kuin vastaavan kokeneet miehet (Reed & Evans 2009, 18). Naisen päihdeongelman taustalta löytyykin usein traumaattisia kokemuksia, kuten esimerkiksi seksuaalista ja fyysistä/psyykkistä hyväksikäyttöä ja väkivaltaa, itsemurhayrityksiä, huonoa itsetuntoa, lapsuudenkodin emotionaalista turvattomuutta, isän ja/tai äidin alkoholiongelmaa, äkillisiä sairastumisia ja oman perhe-elämän mullistuksia. Lisäksi naiset kokevat miestä enemmän voimakasta syyllisyyden tunnetta taustoistaan, mikä ajaa heitä käyttämään päihteitä itselääkinnällisesti helpottaakseen trauman aiheuttamaa psyykkistä pahoinvointia. (Walitzer & Dearing 2006, 139; Brady & Ashley 2005, 11; Nelson-Zlupko ym. 1995, 46.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan päihdeongelmaa edeltänyt seksuaalinen hyväksikäyttö ja insesti ovat paljon yleisempiä päihderiippuvaisilla naisilla kuin miehillä (Pelissier & Jones 2005, 351; Gerolamo 2004, 182). Esimerkiksi lapsuuden aikaista seksuaalista hyväksikäyttöä on amerikkalaisissa lähteissä arvioitu olevan jopa 70 prosentilla alkoholismista kärsivillä naisilla (Becker & Walton-Moss 2001, 19).

Naisen alkoholiriippuvuuden kulku näyttää nykytutkimusten valossa poikkeavan miehen vastaavasta. Yleisesti naiset juovat eri tavalla ja eri syistä kuin miehet. (Walitzer & Dearing 2006, 13; Salaspuro ym. 1998, 159.) Naiset käyttävät esimerkiksi alkoholia miestä enemmän stressin ja kielteisten tunteiden sammuttamiseen, ja he juovat miehiä enemmän yksin. Alkoholiriippuvaisista naisista tehdyissä tutkimuksissa eräänä yhteisenä naisten luonteenpiirteenä löytyi huono itsetunto. Nainen etsii usein ongelmissa vikaa itsestään kun mies on taas taipuvaisempi syyttämään ympäristöään. Usealle alkoholiriippuvaisille naisille on jäänyt pysyvästi alitajuntaan lapsuusajan kokemus siitä, ettei heitä oltu koskaan hyväksytty. He ovat jo varhaislapsuudessa tunteneet turvattomuutta, yksinäisyyttä ja tuhoutumisen pelkoa. (Greenfield ym. 2010, 342; Becker & Walton-Moss 2001, 21; Salaspuro ym. 1998, 159; Nelson-Zlupko ym. 1995, 47–8.)

Nainen peittää miestä paljon paremmin päihdekäyttöään pitkään ja päihdeongelmaansa naiset lähtevät selvittelemään paljon harvemmin kuin miehet. Päihdeongelmaiset naiset hakivat useammin apua ensisijaisesti mielenterveyspalveluista ja perusterveydenhuollosta kuin päihdepalveluista. Nainen, jolla on päihderiippuvuus, lähtee hakemaan hoitoa lähinnä psyykkiseen ahdistukseen kuin päihdeongelmaan lääkäriltä ja lääkkeistä. (Greenfield ym. 2010, 342; Greenfield ym. 2007, 4–6; Becker & Walton-Moss 2001, 21.) Tutkimusten mukaan sukupuolet eroavat myös siinä, mistä syistä lopulta päihdehoitoon hakeuduttiin. Miehet hakivat hoitoa enemmän ulkopuolisen tahon painostuksesta, kun taas naiset omasta sisäisestä tarpeestaan. (Greenfield 2002, 80.) Tutkimuksissa ilmenee myös, että naiset hakeutuvat hoitoon usein huomattavasti huonokuntoisempina kuin miehet. Heillä oli hoitoon tullessa miehiä enemmän fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja käytökseen liittyviä häiriöitä, vaikka heidän päihdekäyttönsä oli ollut vähäisempää ja päihdehistoria lyhyempi kuin vastaavien miesten. (Greenfield ym. 2010, 340; Greenfield ym. 2007, 4.)

Molemmat sukupuolet hyötyvät tutkimusten valossa päihdehoidosta, mutta naisten kohdalla tulisi harkita omia naisryhmiä ja heille räätälöityjä hoito-ohjelmia, erityisesti silloin, kun päihderiippuvainen nainen on joutunut fyysisen-, psyykkisen –ja/tai seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Nais erityisiä päihdeohjelmia suositellaan myös raskaana oleville naisille ja alaikäisten lasten äideille. (Greenfield ym. 2010, 346.) Naisten erilainen tapa ilmaista itseään tulisi myös huomioida päihdehoidossa. Haavio, Inkinen ja Partanen (2009) toteavat, että sukupuolten välillä on ilmaisueroa. Naiset ovat

kielellisesti parempia ilmaisemaan omia tunnetilojaan ja kokemuksiaan, kun taas miehet puhuvat naisia enemmän asiakieltä, jossa painottuu elämän ulkoiset asiat. Naiset puhuvat miestä enemmän tunteista, miettivät menneisyyttä, elämän käännekohtia ja ihmissuhteitaan. Naisen käsittelemät asiat usein ovat kiinni hänen identiteettissään, seksuaalisuudessaan ja äitinä olemisessaan. (Haavio ym. 2009, 171–172.)

Päihteidenkäytön on todettu lisäävän väkivaltaista käyttäytymistä sekä naisilla että miehillä. Itse asiassa Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että alkoholinkäyttö lisää nuorten naisten aggressiivista käyttäytymistä nuoria miehiä enemmän. (Zilberman 2009, 4.) Weizmann-Heneliuksen (2007) mukaan Suomessa väkivaltatilanteissa valtaosa tekijöistä ja uhreista on ollut päihteiden vaikutuksen alaisena. Naisten aggressiivisuus ja väkivaltaisuus on ollut pitkälti kielletty ja torjuttu asia yhteiskunnassa. Naisen roolia äitinä on idealisoitu, eikä aggressiivinen käyttäytyminen sovi siihen kuvaan. Päihteiden käyttö lisää naisen väkivaltaisuutta jos sen vuoksi, että päihteitä käyttävät naiset solmivat enemmän sellaisia suhteita, joissa esiintyy väkivallan riskin mahdollisuus. Weizmann-Heneliuksen tutkimuksen mukaan päihteet lisäsivät naisen riskiä syyllistyä henkirikoksiin jopa 49-kertaisesti yleisväestöön verrattuna. (Weizmann-Henelius 2007, 9.)

#### 6.4 Naisen sosiokulttuurinen asema ja päihteet

Suomalaisessa kulttuurissa, kuten myös kaikissa tutkituissa länsimaalaisissa kulttuureissa, miehet käyttävät enemmän päihteitä kuin naiset ja miesten päihteidenkäyttö hyväksytään helpommin kuin naisten. Yleisesti naisen päihdeongelmalla on vahva sosiaalinen stigma eli leima kaikissa yhteiskunnissa. (Haavio ym. 2009, 171; Brady & Ashley 2005, 11; Angove & Fothergill 2003, 215; Brady & Randall 1999, 241.) Päihdeongelmainen nainen leimataan helpommin pahaksi ja huonoksi yksilöksi kuin päihdeongelmainen mies. Nainen pelkää leimaantumansa sosiaalisesti, minkä vuoksi hänen on paljon vaikeampaa lähteä hakemaan apua päihderiippuvuutensa. (Haavio ym. 2009, 171; Greenfield & Grella 2009, 881; Green 2006, 58.) Päihdeongelmaisen naisen hoitoon hakeutumisen esteenä ovat leimaantumisen lisäksi usein myös häpeä päihderiippuvuudesta ja pelko lasten huostaanotosta (Greenfield & Grella 2009, 881; Angove & Fothergill 2003, 215). Eräiden tutkimusten mukaan nainen epäonnistuu



päihdehoidossaan miestä useammin pitkällä aikavälillä. Siitä huolimatta, että nainen usein onnistui päihdekatkaisu- ja kuntoutushoitojaksolla miestä paremmin, niin hän ei kuitenkaan kyennyt arkielämässä ylläpitämään saavuttamaansa päihteettömyyttä yhtä hyvin kuin mies. (Walitzer & Dearing 2005, 134; Pelissier & Jones 2005, 347; Gerolamo 2004, 182; Salaspuro ym 1998, 159.)

Naisten lukumääräinen osuus päihteiden ongelmakäyttäjistä on Suomessa vähäisempi kuin miesten. Tästä huolimatta naisen päihdekäytön vaikutukset voivat kuitenkin olla yhteiskunnallisesti erittäin laajat, sillä ihmiset elävät perheissä, joissa naisten rooli hoivaajana on yleensä merkittävämpi kuin miehen. Äidin päihderiippuvuus koskettaa lapsia toisella tavalla kuin isän. (Nätkin 2006, 9; Oksanen 2006, 14.) Sosiaalinen ympäristö myös reagoi eri tavoin päihteitä käyttävään äitiin kuin päihteitä käyttävään isään; päihdeongelmaisen miehen käyttäytymistä siedetään ja jopa hyväksytään suhteellisesti pidemmälle kuin päihdeongelmaisen naisen. Päihdeongelma rikkookin naisen äitiyden sekä yksilöiden että yhteiskunnan tasolla. (Nätkin 2006, 16.)

Perinteisen käsityksen mukaan päihteiden käyttö on naiselle sopimatonta, rumaa ja lapsia ajatellen vastuutonta. Äitiys onkin tärkein syy siihen, että naisten päihteiden käyttö on yhteiskunnan eritystarkkailussa. (Nätkin 2006, 5–21.) Äidin ja vaimon rooleissa nainen edustaa yhteiskunnan perustana olevia moraalisia ja kulttuurisia arvoja eli yhteiskunnan jatkuvuutta. Yleisesti ajatellaan, että päihderiippuvainen nainen ei ole kunniallinen kansalainen, vaan halveksittava olento. Tämä stereotyyppinen näkemys päihdeongelmaisesta naisesta on yleistä ja usein nainen on itsekin sisäistänyt sen. (Hyttinen 1990, 51.) Suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsee yhä, tasa-arvoistumisesta huolimatta, voimakas myytti naiseudesta ja äitiydestä, joka ihanteellisesti määrittelee naisen lasten, kodin ja ansiotyön tunnolliseksi hoitajaksi (Haavio ym. 2009, 171). Niinpä naisen päihteiden käyttöön sisältyy paljon piilottelua, häpeää ja lasten menettämisen pelkoa. Syyllisyyden tunteista keskustellaankin paljon naisten päihdeongelman yhteydessä. Se näyttää olevan eräs keskeinen teema naisen päihdeongelman kuvauksessa ja päihdehoidossa. (Haavio ym. 2009, 171; Salaspuro ym. 1998, 159.) Hakkaraisen (2003) mukaan naisten paluu päihteettömään elämään saattaa olla naiselle miestä vaikeampaa, koska he ovat nimenomaan yhteiskunnan mielestä epäonnistuneet tärkeissä perherooleissa vaimoina ja äiteinä. Erityisesti mahdolliset prostituutiokokemukset ja lasten huostaanotot vaikeuttavat naisen päihdeongelman läpikäyntiä. (Hakkarainen 2003, 257.)

Lasten huostaanotto on päihdeongelmaiselle äidille uhka ja samalla myös este omalle hoitoon hakeutumiselle. Tämä ja syyllisyyden tunteet lisäävät päihdeongelmista kärsivien äitien eristäytymistä ja yksinäisyyttä tutkimusten mukaan kaksinkertaisesti. Tutkimukset osoittavat myös, että usein naisen päihteiden käyttö lisääntyy voimakkaasti huostaanoton jälkeen. (Greenfied ym. 2007, 5; Walitzer & Dearling 2006, 136; Greenfied 2002, 80.) Ojasen mukaan (2006) lasten huostaanotto on naiselle kaksinkertainen menetys. Nainen menettää tällöin samanaikaisesti sekä lapsen että oman ideaaliminänsä eli kykenevän äidin kuvan. (Ojanen 2006, 130.) Päihdeongelmaisen naisen huoli lasten huostaanotosta on todellinen. Lasten huostaanottotilanteet ovat kuitenkin usein välttämättömiä, sillä silloin kun äidin ja lapsen hyvinvoinnin välillä ilmenee ristiriita, on usein pakko erottaa heidän hyvinvointinsa toisistaan. (Nätkin 1997, 253.)

Päihdeongelmaisia äitejä, varsinkin kovia huumeita käyttäviä, pidetään poikkeavina ja erilaisina, mutta yhteiskunnan asenteista huolimatta nämä naiset ovat toiveissaan ja odotuksissaan kuten "tavalliset" äidit. Käytännössä kuitenkin päihdeongelmaisten äitien tavoitteet eivät usein toteudu ja heidän kärsivällisyytensä loppuu lapsen tarpeiden edessä. Suurin osa näistä äideistä elää yksin tai lapsen isä on myös päihdeongelmainen, vankilassa tai kenties väkivaltainen. Aina ei edes tiedetä, kuka lapsen isä on. Lähes kaikille päihdeongelmaiselle äidille lapset ovat tärkeitä, vaikka he aiheuttavat myös tuskaa ja syyllisyyttä ilon ja vastuun ohessa. (Ojanen 2006, 129–130.) Suomessa käydään parhaillaan julkista keskustelua raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten tahdosta riippumattomasta hoidosta. Päihdeäitien palvelujen tarvetta kartoitti sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä, jonka raportti julkistettiin tammikuussa 2009. Raportissaan työryhmä esitti pakkohoidon käyttöä sellaisissa päihderaskaustapauksissa, joissa vapaaehtoiset keinot eivät riitä. (Helsingin Sanomat artikkeli 5.1.2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Päihdekäyttö vaikuttaa parisuhteessa päinvastaisesti sukupuolen mukaan. Avioliitto ei suojaa naista päihteiltä samalla tavalla kuin se suojaa miehiä. Itse asiassa naimisissa olevat naiset retkahtavat hoidon jälkeen miehiä useammin, koska päihderiippuvaisella naisella on miestä useammin myös päihderiippuvainen puoliso. Yleisesti avioeron on todettu vähentävän naisten juomista, mutta vastaavasti lisäävän miesten juomista. Lisäksi naisen päihdeongelma johtaa herkemmin avioeroon kuin miehen vastaava. Tähän lienee syynä se, ettei mies kestä päihderiippuvaista puolisoa yhtä hyvin kuin

nainen, varsinkin jos hänellä itsellään ei ole päihdeongelmaa. (Green 2006, 57; Walitzer & Dearing 2006, 134–5; Mustonen 2003, 240; Hakkarainen 2003, 257; Greenfield 2002, 80; Holmila 2001, 57; Salaspuro ym. 1998, 159; Nelson-Zlupko ym. 1995, 46.) Taipaleen (2006, 204) huumeäitejä käsittelevässä tutkimusaineistossa 73 prosenttia isistä oli myös päihteiden väärinkäyttäjiä. Naiset aloittavat päihteiden käytön yleensä miesystäviensä kanssa ja ilmoittavat usein ihmissuhdeongelmat ja mielialan syyksi retkahdukseen (Green 2006, 58; Walitzer & Dearling, 136). ”Puolisoiden juominen ja juomiskumppanuus on usein nimetty yhdeksi naisen alkoholisoitumisriskiksi” (Nätkin 2006, 16). Holmilan mukaan (2001) naisen juomiseen vaikuttaakin miehen juominen enemmän kuin päinvastoin. Nainen muun muassa nostaa omia alkoholiannoksiaan miehen annosten noustessa. Runsaasti alkoholia juovalla naisella onkin usein vielä enemmän juova puoliso. (Holmila 2001, 58-59.) Viimeaikaiset suomalaiset tutkimukset puolestaan osoittavat sen, kuinka alkoholin käyttö on yhä enenevässä määrin siirtynyt ravintoloista koteihin (Mäkelä ym. 2010, 75).

Yhteiskunnallinen modernisaatioprosessi on lisännyt naisten alkoholin käyttöä kaikkialla maailmassa, mutta kulttuurisia eroja ilmenee runsaasti. (Rahav ym. 2006, i47). Kuntsche, Gmel, Knibbe, Kuendig, Bloomfield, Kramer, & Grittner (2006) kuvaavat tätä laajassa kyselytutkimuksessa, joka tutki naisten alkoholinkäytön eroja Euroopan eri valtioissa. Tutkimus osoittaa, että yhteiskunnalla ja sen harjoittamalla politiikalla on vaikutusta väestön päihdekäyttäytymiseen. Kyselytutkimuksessa vahvan sosiaaliturvan ja tasa-arvon maiden naisten alkoholin käyttö poikkesi heikon sosiaaliturvan ja alhaisen tasa-arvon maista. Tutkimuksen mukaan Pohjoismaissa naiset joivat enemmän kuin muualla Euroopassa. (Kuntsche ym. 2006, i44.)

Eräs kyselytutkimustulos oli, että pohjoismaalaisten, saksalaisten ja sveitsiläisten koulutettujen ja johtavassa asemassa olevien naisten alkoholinkäyttö poikkesi toisistaan. Eniten pohjoismaalaisista naisista joivat vähän koulutetut, työssäkäyvät ja ei-perinteisissä perhemuodoissa asuvat naiset ja vähiten korkeakoulutetut, ja sama ilmiö toistui tutkimustuloksissa myös miesten kohdalla. Sveitsin ja Saksan aineistossa puolestaan naisten juominen on sitä runsaampaa, mitä koulutetumpia, korkeammassa johtoasemassa ja ei-traditionaalisemmassa suhteessa eläviä naiset ovat. Tutkijat tulkit-sivat maiden välisiä eroja pohjoismaalaisella sosiaaliturvalla ja tasa-arvokehityksellä. Saksalaisen ja sveitsiläisen johtavassa asemassa olevan koulutetun naisen täytyy menes-tyäkseen työelämässä olla ”hyvä jätkä” miesten joukossa. Saksassa ja Sveitsissä suku-

puolten tasa-arvo on vähäisempää kuin Pohjoismaissa, jolloin korkeasti koulutettujen johtavassa olevien naisten on osoittava olevansa ”yksi miehistä”. Feminiinisyys ja sen kulttuuriset toimintamallit ja -piirteet eivät ole yhtä sallittuja ja hyväksytyjä Saksassa ja Sveitsissä kuin tasa-arvokehitykseltään edistyneisimmässä Pohjoismaissa. Toisin sanoen pohjoismaalaisen naisjohtajan ei tarvitse muuttua yhtä maskuliiniseksi kuin saksalaisen tai sveitsiläisen kanssaisaren voidakseen toimia uskottavana johtajana organisaatiossa. Saksalainen ja sveitsiläinen koulutettu johtavassa asemassa oleva nainen joutuu myös useammin kuin pohjoismaalainen nainen luopumaan äitiydestä, mikäli haluaa edetä urallaan. Pohjoismaalaisille hyvin koulutetuille johtoasemassa oleville naisille ei äitiys tuota yhtä raskaita ristiriitoja kuin saksalaisille ja sveitsiläisille kanssaisarille. Pohjoismaalaiselle naiselle äitiys on siis mahdollinen valinta, koska yhteiskunta huolehtii yleisestä ja yhtäläisestä lasten päivähoidosta ja sosiaaliturvasta. (Kuntsche ym. 2006, i44.)

Keskieurooppalaiset työyhteisöt ja yhteiskunnat eivät ole tämän tutkimuksen mukaan pohjoismaalaisiin verrattuna yhtä perhekeskeisiä, joustavia ja tasa-arvoisia. Tutkimustulokset osoittavat, että poliittiset päätökset ja prosessit, joilla pohjoismaista hyvinvointiyhteiskuntaa on vuosikymmenten saatossa rakennettu, ovat samanaikaisesti olleet myös vaikuttamassa naisten päihdekäyttöön. (Kuntsche ym. 2006, i44.)

## 7 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka tarkastelee kysymyksiä siitä, mitä pidämme inhimillisesti hyvänä tai pahana. Eettinen ongelma puolestaan määritellään tilanteeksi tai ristiriidaksi vallitsevien arvojen välillä. Tutkimusprosessissa eettisten kysymysten pohtiminen ja tiedostaminen on tärkeä osa toimintaa, koska tutkijalla on aina vastuu tutkimuksestaan yhteiskunnalle, tutkimuksen kohteena oleville tutkittaville ja itselleen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 361; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23.)

Tutkimuksen ja etiikan suhde toisiinsa on kahtalainen. ”Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Jälkimmäistä etiikan ja tutkimuksen yhteyttä kutsutaan varsinaiseksi tieteen etiikaksi”. (Tuomi 2007, 143.) Lyhyesti sanottuna hyvä tutkimusetiikka edellyttää aina tieteellisten pelisääntöjen eli normien hyvää hallitsemista ja noudattamista. Viimeisten vuosikymmenien aikana tutkimusetiikkaan onkin alettu kiinnittää yhä enenevässä määrin huomiota. (Tuomi 2007, 143.) Nykyisin tutkimusetiikkaa seuraa ja ohjaa yhteiskunnassa useat eri tahot ja lainsäädäntö. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362; Kankkunen, & Vehviläinen 2009, 172–184; Erikson ym. 2008, 30.)

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkija pohtii tutkimuksen eettisiä ratkaisuja ja omaa moraaliaan. Tutkimusta tehdessä tulee muistaa, että ihmisoikeudet muodostavat tutkimuksen yleisen eettisen perustan. (Tuomi 2007,145.) Tutkimus toteutetaan aina ilman, että siitä koituu haittaa tutkimukseen osallistujille fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tällöin tutkimuksen tekijä joutuu pohtimaan omia tutkimusvalintojaan ja esittämään itselleen muun muassa seuraavia eettisiä kysymyksiä: Onko oikein tutkia tätä aihetta? Millaisia päämääriä tutkimus edistää? Mikä on vastuuni siitä, miten tuottamaani tutkimustietoa käytetään? Millaista on hyvän tieteellisen käytännön mukainen tutkimus? Mitä erityistä minun tulisi huomioida, kun tutkimuskohteeni on ihminen? Kysymys on siis hyvin erilaisten asioiden pohtimisesta rinnakkain, esimerkiksi tutkimukseen

osallistuvien tutkittavien inhimillisten oikeuksien suojelusta verrattuna tutkimuksen tuottamaan hyötyyn. Varsinkin laadullinen haastattelututkimus tulee hyvin lähelle arkipäiväistä vuorovaikutussuhdetta, jossa tutkimuseettiset kysymykset korostuvat erityisellä tavalla. Sen vuoksi varsinkin ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkijalta aina hyvän tutkimuskäytännön noudattamista, jolloin ensi sijaista on tutkittavan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 361–364; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125; Kankkunen, & Vehviläinen 2009, 172–184; Hirsjärvi ym. 2008, 23.) Käsillä oleva opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jolloin välitöntä laadullisen tutkimuksen vuorovaikutussuhdetta ei ole ollut tekijän ja tutkimuskohteen välillä. Tästä syystä opinnäytetyön eettisyys linkittyy tässä työssä vahvasti tutkimuksen luotettavuuteen.

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuus tähtää virheiden minimointiin ja sen määrittely poikkeaa erilaisissa tutkimusperinteissä liittyen keskeisesti erilaisten mittareiden ja tutkimusmenetelmien käyttöön (Tuomi 2007, 149). Yleisesti tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttavat tutkimuksen mittausvirheettömyys (reliabiliteetti) ja pätevyys (validiteetti). Tutkimuksen mittausvirheettömyydellä tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Pätevyys puolestaan merkitsee ”mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitettu mitata” (Hirsjärvi ym. 2008, 226). Mittausvirheettömyys- ja pätevyystermit syntyivät määrällisen tutkimusmenetelmän piirissä ja niiden arviointiin on tässä tutkimusperinteessä kiinnitetty paljon huomiota. Laadullisen tutkimusperinteen parissa mittausvirheettömyyden ja pätevyyden arviointi on huomattavasti haasteellisempaa kuin määrällisen. Tutkimusprosessin ja aineiston mahdollisimman tarkka ja totuudenmukainen kuvaaminen on keskeisin keino, jolla laadullisen tutkimuksen mittausvirheettömyyttä ja pätevyyttä on mahdollista lisätä. (Hirsjärvi ym. 2008, 226-228.)

Opinnäytetyöhön ei ollut saatavilla riittävästi alkuperäistutkimuksia, joita olisi ollut mahdollista verrata toisiinsa. Lisäksi saatavilla olevat alkuperäiset tutkimukset poikkesivat toisistaan sen mukaan, missä maassa ja millä tieteenalalla tutkimus oli tehty, millainen päihderiippuvuus oli tutkimuksen kohteena, keitä tutkimukseen osallistui ja mihin heitä verrattiin, miten suuresta tutkimusjoukosta oli kysymys ja millaisia tutkimusmenetelmiä oli käytössä. Edellä mainitusta syystä johtuen, ei opinnäytetyössä voinut käyttää sisäänottokriteerinä alkuperäistutkimuksen vaatimusta, vaan lähdeaineistona oli myös kirjallisuutta, joka reflektoi jo aikaisempaa tutkimusta.

Opinnäytetyössä tämä merkitsi sitä, että ensinnäkin opinnäytetyön ongelma muotoutui hyvin yleiseksi ja toiseksi sitä, että opinnäytetyössä nostettiin esille vain sellaisia eroja naisen ja miehen päihderiippuvuuden välillä, joista useat nimekkäät tutkijat olivat yksimielisiä.

Käsillä olevan opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus kytkeytyy ensisijaisesti lähdeaineiston luotettavaan ja riittävään kuvaamiseen sekä hyväksytyjen tieteellisten pelisääntöjen eli normien hallitsemiseen ja noudattamiseen. Lähdeaineisto on työssä kuvattu mahdollisimman tarkasti ja huolellisesti, jotta lukija voi seurata lähteiden valintaa ja lähdeviittauksia sekä tarvittaessa tarkastaa lähteiden paikkansapitävyyden. Lähdehakuprosessi on dokumentoitu huolellisesti ja siitä on muodostettu myös prosessikuvio, joka on liitteenä opinnäytetyössä. (katso LIITE 1, Kuvio 1: Tietokantahaut valittujen hakusanojen mukaan) Tämän lisäksi opinnäytetyössä ei ole mukana julkaisematonta aineistoa. Opinnäytetyöprosessissa on kunnioitettu lähdeaineiston tutkijoiden tutkimustöitä ja saavutuksia ketään vähättelemättä. Raportointi on tehty niin tarkasti ja objektiivisesti kuin tekijälle on ollut mahdollista. Tieteellisten pelisääntöjen eli normien noudattamista on varmistanut ja kehittänyt opinnäytetyöprosessissa samanaikaisesti saatu ohjaus ja seminaaripalautteet.

## 7.2 Opinnäytetyön yhteenveto

Opinnäytetyön lähtökohtana oli kuvata sitä, mitä erityistä sairaanhoitajan täytyy tietää ja huomioida, kun hänen asiakkaanaan on päihderiippuvainen nainen. Pyrkimyksenä oli muotoilla yleinen yhteenveto niistä tekijöistä, joissa naisen päihdeongelma poikkeaa miehen vastaavasta. Keskeisinä käsitteinä opinnäytetyössä olivat päihdehoitotyö, riippuvuus ja sukupuoli. Kirjallisuuskatsaus toimi parhaiten opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä, koska tavoitteena oli tutustua aikaisempaan tutkimukseen ja tutkimustuloksiin naisen päihderiippuvuudesta. Tutkimustulokset tiivistyivät neljään luokkaan, joissa pitkittynyt ja runsas päihdekäyttö poikkesi vaikutuksiltaan sukupuolen mukaan. Opinnäytetyössä nämä luokat nimettiin seuraavasti: naisen fysiologia ja päihteet, raskaus ja päihteet, naisen psyyke ja päihteet ja naisen sosiokulttuurinen asema ja päihteet.

Ensimmäinen luokka opinnäytetyön tuloksissa muodostui päihdekäytön ja riippuvuuden fysiologista eroista sukupuolten välillä. Lähdeaineisto osoitti kiistattomasti sen, että päihdekäytön elimistölle aiheuttamat fysiologiset vaikutukset ja muutokset poikkeavat sukupuolen mukaan. (Brady ym. 2009, xi-xiii.) Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana lääketieteellinen tutkimus on osoittanut, että nainen on haavoittuvaisempi kuin mies saamaan fyysisiä haittoja päihteiden käytöstä ja naiselle päihderiippuvuus kehittyy nopeammin kuin miehelle. Päihderiippuvuudesta, joka etenee nopeasti käytön aloittamisesta ongelmien ilmenemiseen, käytetään nimitystä teleskoop-pinen (telescoping) eteneminen. (Greenfield ym. 2010, 339; Zilberman 2009, 3–10; Steward ym. 2009, 341; Greenfield ym. 2007, 2; Green 2006, 56; Walitzer & Dearing 2006, 134; Brady & Ashley 2005, 10–11; Angove & Fothergill 2003, 214; Greenfield 2002, 76–79; Brady ym. 1999, 247–8; Salaspuro ym. 1998, 159.) Esimerkiksi alkoholin ongelmakäyttö vaurioittaa naisen elimistöä nopeammin kuin miehen (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 85–104; Salaspuro ym. 1998, 42–47).

Tutkimukset viittaavat siihen, että stressihormonit lisäävät naisten päihdekäyttöä helpommin kuin miesten. Kuukautiskierron normaali hormonaalinen vaihtelu muuttaa naisen stressinsietokykyä siten, että kuukautiskierron loppupuoliskolla stressihormonien vaikutus on suurempi kuin kuukautiskierron alkupuoliskolla. (Reed & Evans 2009, 18; Kovalesky 2004, 207.) Päihteen vaikuttavuus voi myös vaihdella naisella kuukautiskierron mukaan (Greenfield ym. 2010, 340–43). Ylipäätään päihteen päihdevaikutus voi poiketa sukupuolen mukaan (Greenfield ym. 2010, 344). Selvää tutkimusnäyttöä on lisäksi siitä, että päihderiippuvuus on perinnöllistä. Suuri joukko sekä perhe- ja riskiryhmä- että kaksois- ja adoptiotutkimuksia osoittavat geneettisten tekijöiden vaikuttavan päihderiippuvuuden syntyyn. Kaksoistutkimusten mukaan alkoholismien periytyvyys vaihtelee 50–60 prosentin välillä. (Becker & Walton-Moss 2001, 15.)

Toinen luokka tutkimustuloksissa oli raskauden aikainen äidin päihdekäyttö. Sikiölle äidin päihdekäyttö on vaarallista. Raskauden aikana äidin nauttimat päihteet läpäisevät istukan ja kulkeutuvat napanuoran kautta sikiöön ja imetyksen aikana päihteet erittyvät äidistä lapsen äidinmaidon välityksellä (Haavio ym. 2009, 172). Suomessa varsinainen päihdeäitiongelmia koskee lähinnä alkoholin kuluttajia, sillä vaikka huumeet ovat haitallisia sikiön kehitykselle, sikiölle alkoholi aiheuttaa huumeita vakavampia kehityshäiriöitä. FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) eli sikiöaikainen alkoholi-



altistusvaurio on maailmanlaajuisesti käytössä oleva kattotermi kaikille erilaisille alkoholin sikiölle aiheuttamille vaurioille. (Verner. net. 2010; Bhuvaneswar & Chang 2009, 432-452.) Lapsen syntymä tai raskaus voi naiselle olla myös mahdollisuus raitistumiselle. Päihderiippuvaiset äidit ovat usein huolissaan sikiön ja vastasyntyneen terveydestä, mikä motivoi heitä tehokkaasti päihdeettömyyteen. Hyvin kohdennetun hoidon ja avun antaminen raskaana olevalle päihdeitä käyttävälle naiselle on todettu lisäävän äitien mahdollisuuksia päihdeettömyyteen. (Ojanen 2006, 119–135; Taipale 2005, 4; Nelson-Zlupko ym. 1995, 47.)

Kolmannen luokan tutkimustuloksissa muodosti päihdeongelmaisten naisten mielenterveysongelmat. Päihderiippuvuuden kehittämisessä psykologiset tekijät näyttelevät keskeistä roolia sekä naisilla että miehillä. Emotionaaliset ongelmat ja psykiatristen sairauksien samanaikaisuus päihdeongelman rinnalla on kuitenkin yleisempää naisilla kuin miehillä. Viimeaikaisten amerikkalaisten tutkimusten mukaan esimerkiksi mieliala- ja ahdistushäiriöitä on noin 30 prosentilla päihderiippuvaisista naisista. (Greenfield ym. 2010, 340; Zilberman 2009, 4–10; Greenfield & Grella 2009, 880; Pelissier & Jones 2005, 352; Angove & Fothergill 2003, 21; Hakkarainen 2003, 255–256; Becker & Walton-Moss 2001, 16; Salaspuro ym. 1998, 159.) Holmbergin (2008,17) mukaan myös Suomessa päihderiippuvaisille naisille tyypillisiä mielenterveysongelmia ovat nimenomaan mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt.

Huolimatta siitä, että päihdekäytön tiedetään itsessään lisäävän käyttäjän mielenterveysongelmia, niin naisilla on miehiä runsaammin psykiatrisia sairaustiloja jo ennen päihderiippuvuutta. Tavallisimpia mielenterveysongelmia päihderiippuvaisella naisella ovat masennus, ahdistus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, pelkotilat, psykoseksuaaliset häiriöt, syömishäiriöt ja traumaperäinen stressihäiriö (PTSD). Mielenterveysongelman ja päihdeongelman samanaikainen läsnäolo vaikeuttaa naisten mahdollisuutta onnistua päihdehoidossa ja pysymistä päihdeettömänä. (Greenfield & Grella 2009, 880; Brady & Ashley 2005, 11; Pelissier & Jones 2005, 345; Kovalesky 2004, 206–7; Gerolamo 2004, 182; Cowan ym. 2003, 49; Greenfield 2002, 76–79; Brady ym. 1999, 241; Salaspuro ym. 1998, 159.)

Tutkimustulosten viimeinen luokka käsitteli sosiokulttuurisia eroja päihdeongelmaisten naisten ja miesten välillä. Kaikissa tutkituissa länsimaalaisissa kulttuureissa miehet käyttävät enemmän päihdeitä kuin naiset ja heidän päihdeidenkäyttönsä hyväksytään

helpommin kuin naisten. Yleisesti naisen päihdeongelmalla on vahva sosiaalinen stigma eli leima kaikissa yhteiskunnissa. (Haavio ym. 2009, 171; Brady & Ashley 2005, 11; Angove & Fothergill 2003, 215; Brady & Randall 1999, 241.) Perinteisen käsityksen mukaan päihteiden käyttö on naiselle sopimatonta, rumaa ja lapsia ajatellen vastuutonta. Äitiys onkin tärkein syy siihen, että naisten päihteiden käyttö on yhteiskunnan eritystarkkailussa. (Nätkin 2006, 5–21.) Äidin ja vaimon rooleissa nainen edustaa yhteiskunnan perustana olevia moraalisia ja kulttuurisia arvoja eli yhteiskunnan jatkuvuutta. Yleisesti usein ajatellaankin, että päihderiippuvainen nainen ei ole kunniallinen kansalainen, vaan halveksittava olento. Tämä stereotyyppinen näkemys päihdeongelmallisesta naisesta on niin yleistä, että usein nainen on itsekin sisäistänyt sen. (Hyttinen 1990, 51.) Pelko sosiaalisesta leimaantumisesta on eräs syy sille, miksi naisen on vaikeampaa lähteä hakemaan apua päihderiippuvuutensa (Haavio ym. 2009, 171; Greenfield & Grella 2009, 881; Green 2006, 58). Muistettava on myös se, että vaikka naisten lukumääräinen osuus päihteiden ongelmakäyttäjistä on Suomessa vähäisempi kuin miesten, niin naisen päihdekäytön vaikutukset voivat kuitenkin olla yhteiskunnallisesti erittäin laajat. Tämä johtuu siitä, että ihmiset elävät yhä perheissä, joissa naisten rooli hoivaajana on yleensä merkittävämpi kuin miehen. Äidin päihderiippuvuus koskettaa lapsia ja tulevia sukupolvia toisella tavalla kuin isän. (Nätkin 2006, 9; Oksanen 2006, 14.)

### 7.3 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

Tarvitsemme enemmän tutkimusta päihdehoitotyön alueelta, erityisesti naisten päihdehoitoon liittyen suomalaista kirjallisuutta on liian vähän. Esimerkiksi päihdehoitotyön yksiselitteistä määritelmää en löytänyt lukemani kirjallisuuden pohjalta. Päihdehoitotyötä käsittelevän kirjallisuuteen nojaten tulkitsin, että päihdehoitotyö hoitotyön erikoisosaamisen alueena sisältää kolme ulottuvuutta, joita ovat hoitotyön osaaminen, päihdeosaaminen ja psykiatrinen osaaminen. Päihdehoitotyön osaamisulottuvuudet näyttävät lisäksi olevan kerrosteisia toisiinsa nähden, mikä merkitsee sitä, että sairaanhoitajan ammattitaidon kehittyminen päihdehoitotyössä etenee ideaalitalanteessa portaittaisesti hoitotyön perusteiden hallitsemisen jälkeen päihdeosaamisen kautta psykiatriseen osaamiseen. (katso LIITE 4, Kuvio 2)

Lukemani kirjallisuuden pohjalta näyttää siltä, että suomalaisessa päihdehoidossa kiinnitetään hyvin vähän huomiota sukupuoleen, ja vielä vähemmän pohditaan sukupuolen vaikutuksia päihdehoidon sisältöihin ja sen vaikuttavuuteen. Kuitenkin sukupuoli näyttää tulosten pohjalta vaikuttavan monella eri tavalla päihderiippuvuuden syntyyn, päihdeongelmiin, päihdehoitoon ja lopulta myös päihdehoidon tuloksiin. Opinnäytetyön lähdeaineistona käytin paljon ulkomaalaisia lähteitä, sillä suomalaisia ei valitettavasti ollut riittävästi tarjolla. Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat kuitenkin selvästi sen, että tarvitsemme lisää suomalaista tutkimusta naisten päihdeongelmasta. Muissa kulttuuriympäristöissä tehdyt päihdeongelmaisia käsittelevät tutkimustulokset eivät ole välttämättä suoraan siirrettävissä suomalaiseen yhteiskuntaan.

Tarvitsemme lisää tutkimusta päihdehoidon vaikuttavuudesta sukupuolen mukaan. Nais erityisestä päihdehoidosta, hoidon sisällöistä ja sen vaikuttavuudesta käydään tällä hetkellä keskustelua länsimaissa ja vertaillaan tutkimustuloksia. Varsinaisia naisille suunnattuja päihdehuollon palveluita on Suomessa vielä vähän (Hiltunen 2006, 13). Nais erityistä, vain naisille suunnattua, päihdehoitoa on perusteltu muun muassa sillä, että päihdeongelmainen nainen on usein kokenut fyysistä, psyykkistä ja seksuaalista hyväksikäyttöä miesten taholta ja sen vuoksi kuntoutuminen sekaryhmissä ei palvele naista. Miesvaltaisissa yhteisöissä naisen on vaikea ottaa puheeksi esimerkiksi hyväksikäytön kokemuksia, äitiyteen tai yleensä naiseuteen liittyviä asioita. Nainen alistuu helposti miesyhteisöissä odotuksiin, asenteisiin ja rooleihin, jotka voivat estää hänen toipumistaan. Naisyhteisöiden on katsottu antavan naiselle paremmat mahdollisuudet käsitellä omia kokemuksiaan ja rohkeutta olla oma itsensä. (Hiltunen 2006, 13.)

Raskaana olevista päihteitä käyttävistä naisista ja päihdeongelmaista äideistä tarvitaan lisää tutkimustietoa. Naisen päihdeongelma poikkeaa miehen vastaavasta ja koskettaa syvästi seuraavia sukupolvia. Mies ei uusinnalla seuraavaa sukupolvea samalla tavalla kuin nainen. Vaikka modernisaation myötä naisen sosiaalinen sukupuoli on vapautunut traditionaalisen yhteiskunnan normeista, asenteista ja arvoista, niin silti naisen biologinen sukupuoli on säilynyt samana (Rahav ym. 2006, 147; Mäkelä ym. 2010, 288-290). Tämä ristiriita sosiaalisen ja biologisen sukupuolen välillä synnyttää vakavia riskejä seuraavalle sukupolvelle ja on eräänä syynä sille, miksi yhteiskunnan on panostettava

raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten ja päihderiippuvaisten äitien päihdehoitotyöhön ja tutkimukseen.

Tutkimuksellinen aukko löytyy edellä mainittujen aukkojen lisäksi myös päihdeongelmaisten suomalaisten naisten samanaikaisesta psyykkisestä sairastavuudesta. Varsinkin yhdysvaltalaiset tutkimukset painottavat päihderiippuvaisten naisten suurempaa ja vakavampaa psyykkistä sairastavuutta, jonka hoitaminen päihdeongelman rinnalla asettaa hoidolle erityisiä haasteita. (Greenfied ym. 2007). Suomalaisissa lähteissä mainitaan myös päinvastainen kehitys. Holmbergin (2008, 17) mukaan suomalaisella päihderiippuvaisella miehellä olisi enemmän ja vakavampia mielenterveysongelmia kuin naisella. Tarvitsemme sen vuoksi paljon enemmän kliiniseen näyttöön perustuvaa tutkimusta kaksoisdiagnoosia (samanaikainen päihderiippuvuus ja psyykinen sairaus) sairastavista naisista. Edellä mainittu tutkimustulosten ristiriitaisuus herättää esimerkiksi kysymyksen siitä, onko todella niin, että suomalaisilla päihderiippuvaisilla naisilla on suhteellisesti vähemmän mielenterveyshäiriöitä kuin kanssasisarilla muualla maailmassa vai onko kenties kysymys siitä, että suomalaisilla päihderiippuvaisilla miehillä on enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin miehillä muissa maissa. Mikäli eroja on, niin mikä sitten selittää maiden välisiä eroja? Toimivatko muun muassa suomalainen tasa-arvoistumiskehitys ja/tai sosiaaliturva selittävinä tekijöinä?

## LÄHTEET

Ahlström, S. 2005. Alkoholiksi osana naisen elämänkaarta. *Tiimi* 3-4, 8-9.

Alho, L. & Kankkunen, P. 2006. Naisten lisääntyvä alkoholin käyttö – haaste syntyvän lapsen ja äidin hoitotyölle. *Sairaanhoitaja* 8 (79), 36-39.

Angove, R. & Fothergill, A. 2003. Women and Alcohol: misrepresented and misunderstood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 213-219.

Babcock, M. 2008. Substance-Using Mothers: Bias in Culture and Research, *Journal of Addictions Nursing* 19:2, 87 – 91.

Becker, K.L. & Walton-Moss, B. 2001. Detecting and Addressing Alcohol Abuse in Women. *The Nurse Practitioner* Oct., 13-23.

Bhuvanewar, C. & Chang, G. 2009. Substance Use in Pregnancy. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 432-452.

Brady, K.T. & Randall, C.L. 1999. Gender Differences in Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 22(2), 241-252.

Brady, T.M. & Ashley, S.O. 2005. Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). <http://www.oas.samhsa.gov/womenTX/womenTX.pdf>. Luettu 12.1.2010.

Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. 2009. Preface. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, xi-xiii.

Bride, B. E. 2001. Single-gender treatment of substance abuse: Effect on treatment retention and completion. *Social Work Research* 25 (4), 223-232.

Cowan, L., Deering, D., Crowe, M., Sellman, D., Futterman-Collier, A. & Adamson, S. 2003. Alcohol and drug treatment for women: Clinicians' beliefs and practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 48-55.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2007. Tästä on kyse - tietoa päihteistä. 4 uudistettu painos. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.

Duodecim: addiktio 2010. [http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt00011](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00011). Luettu 16.11.2010

Erikson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindstöm, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen K. & Åstedt- Kurki P. 2008. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.

Gerolamo, A.M. 2004. State of the Science: Woman and the Nonpharmacological Treatment of Substance Abuse. *American Psychiatric Nurses Association* 10(4), 181-189.

Green, C.A. 2006. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research & Health* 29(1), 55-62.

Greenfield, S.F. 2002. Woman and Alcohol Use Disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 10(2), 76-85.

Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F., McHugh, R.K., Lincoln, M., Hein, D. & Miele, G.M. 2007. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* 86, 1-21.

Greenfield, S.F. & Grella, C.F. 2009. What is "Woman-Focused" Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric Services* 60(7), 880-882.

Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K.L. & Brady, K. 2010. Substance Abuse in Women. *Psychiatric Clinics of North America* 33, 339-355.

Grupp, K. 2008. Woman with Co-Occurring Substance Abuse Disorders and PTSD: How Woman Understand their Illness. *Journal of Addiction Nursing* 19(2), 49-54.

Haavio, M, Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. *Päihdehoitotyö*. Tampere: Tammi.

Hakkarainen, P. 2003. Sukupuolierot huumeiden käytössä. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 251-259.

Hakkarainen, P. & Metso, L. 2007. Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 541-552.

Halmesmäki E. 1998. Raskaus ja alkoholi. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Duodecim.

Halmesmäki, E. 2004. Päihteet ja raskaus. Salapuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki : Duodecim, 566-576.

Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54-61.

Hiltunen, T. 2006. Naisten tarpeet huomioitava päihdehuollossa. *Tiimi*, 12-14.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Tammi.

Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 27-45.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) *Tämä potilas kuuluu meille*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 11-26.

Holmila, M. 2001. Perhe, päihteet ja sukupuoli. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(1), 55-62.

Helsingin Sanomat 5.1.2009. Artikkel. Elonen P. Päihteitä käyttäville äideille suunnitellaan pakollista hoitoa. <http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/P%C3%A4ihteit%C3%A4+k%C3%A4ytt%C3%A4ville+%C3%A4ideille+suunnitellaan+pakollista+hoitoa/1135242505196>. Luettu 19.1.2011.

Huume-tilanne Suomessa 2006. Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES). <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/reitox.htm>. Luettu 15.5.2010

Hyttinen, I. 1990. *Kun nainen juo*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopiston julkaisusarja.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopiston julkaisusarja, 3-9.

Kalaydjian A. & Merikangas K.R. 2009. Sex Differences in the Transmission of Substance Use Disorders. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield, S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 84-98.

Kankkunen, P. & Vehviläinen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro

Koski-Jännes, A. 1998. *Miten riippuvuus voitetaan*. Helsinki: Otava.

Koski-Jännes, A. 2008. Johdanto. Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi, 7-15.

Kovalesky, A. 2004. Woman with substance abuse concerns. *The Nursing Clinics of North America* 39, 205-217.

Kuntsche, S., Gmel, G., Knibbe, R., Kuendig, H., Bloomfield, K., Kramer, S. & Grittner, U. 2006. Gender and Cultural Differences in the Association between Family Roles, Social Stratification, and Alcohol Use: A European Cross-Cultural Analysis. *Alcohol & Alcoholism* 41(Supplement 1) i37-i46.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1),37-45.

Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito 2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s1>. Luettu 10.12.2010.

Laitinen K. & Välimäki M. 1998. Alkoholien hormonaaliset ja luustovaikutukset. Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Duodecim, 336-342.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki:WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus- tärkeää tiedon siirtoa. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopiston julkaisusarja, 2-2.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Liljeström, M. 1996. Sukupuolijärjestelmä. Koivunen, A. & Liljeström, M. (toim.) Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 111-138.

Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. Duodecim 118, 877-9.

Mikkonen, A., Rantala, V. & Saarijärvi, S. 2010. Nuorten huumeriippuvuus- tarvitaanko opioidikorvaushoitoa. Suomen Lääkärilehti 37, 2943-47.

Mustonen, H. 2003. Sukupuolierot alkoholin käytössä. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 236-250.

Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim 112(21), 1999-2006.

Mäkelä, P., Mustonen, P. & Huhtanen, P. 2009. Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (3), 268–289.

Mäkelä P., Mustonen H. & Christoffer T. (toim.) 2010. Suomi juo. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c). Luettu 15.5.2010

Mäkelä, R. 1998. Alkoholiriippuvuuden kulkuun vaikuttavat tekijät. Salaspuro M., Kiiänmaa K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim, 156-161.

Mäkelä, K. 2009. Päihdeäitien hoito ja valvonta. Yhteiskuntapolitiikka 74(2), 195-201.

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Dore, M. M. 1995. Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. Social Work 40 (1), 45-54.

Newman, J.L. & Mello, N. K. 2009. Neuroactive Gonadal Steroid Hormones and Drug Addiction in Woman. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook. New York, London: The Guilford Press, 35-64.

Nätkin, R. 1997, Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Helsinki: Gaudeamus.

Nätkin, R. 2006. Johdanto kulttuurisista merkityksistä hoidon tutkimukseen. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, 5-21.



Nätkin, R. 2006. Äitiys ja päihteet – kertomus ja politiikka. Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, 23-53.

Ojanen, M. 2006. Äiti korvaushoidossa. Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Juva: PS-kustannus, 107-136.

Oksanen, S. 2006. Alkoholiperheen äiti – raittiista hoivaajasta alkoholiongelmaiseksi. Tiimi 2, 12-14.

Pelissier, B. & Jones, N. 2005. A Review of Gender Differences among Substance Abusers. *Crime & Delinquency* 51(3), 343-372.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[http://www.valvira.fi/files/Paihdetilastollinen\\_vuosikirja\\_2009\\_nettiversio.pdf](http://www.valvira.fi/files/Paihdetilastollinen_vuosikirja_2009_nettiversio.pdf) Luettu 15.5.2010

Rahav, G., Wilsnack, R., Bloomfield, K., Gmel, G. & Kuntsche, S. 2006. The Influence of Societal Level Factors on Men's and Women's Alcohol Consumption and Alcohol Problems. *Alcohol & Alcoholism* 41(Supplement 1) i47-i55.

Päihdelinkki 2010. Raskaus ja päihteet. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/244-alkoholi-ja-raskaus>. Luettu 19.1.2011.

Päihdelinkki 2010. Alkoholin periytyvyys . <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/246-alkoholismin-periytyvyys>. Luettu 7.11.2010.

Reed, S.C. & Evans, S.M. 2009. Research Design and Methodology in Studies of Woman and Addiction. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 14-31.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 1998. *Päihdelääketeiede*. Jyväskylä: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Raskaana olevien päihdeongelmaisten nasten hoidon varmistaminen . Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys. Helsinki.

Steward, S.H., Gavric, D. & Collins, P. 2009. Women, Girls, and Alcohol. Brady, K.T., Back, S. E. & Greenfield, S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 341-359.

Taipale, S. 2005. Päihderiippuvainen raskaana oleva nainen, sosiaalinen tuki ja masennus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma.

Taipale, S. 2006. Sairaalan tuella raitis perhe? Projektikokemuksia sairaalasta. Nätkin, R. (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Juva: PS-kustannus, 189-211.

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

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

Vernerinetti.net. 2010. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. FASD:n eri muodot. <http://verneri.net/yleis/fasd/fas-ja-muut-fasdin-muodot.html>. Luettu 19.1.2011.

Walitzer, K.S. & Dearing, R.L. 2006. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review* 26, 128-142.

Weizmann-Henelius, G. 2007. Päihteidenkäyttö lisää keskeisesti naisten väkivaltaisuutta. *Tiimi* 2, 9-10.

Zilberman, M.L. 2009. Substance Abuse across the Lifespan in Women. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 3-13.

## LIITTEET

## LIITE 1

## 1. Vaihe : tietokantahaut valittujen hakusanojen mukaan

Linda	Arto	Medic	CINAHL	PubMed	Medline	ScienceDirect
haut ja hakusanat: 1)päih?AND nain? →10 viitettä  2)päih?AND sukup? →24 viitettä  molemmissa rajaus: sanahaut	haut ja hakusanat: 1)päih?AND nain? →105 viitettä  2)päih?AND sukup? →22 viitettä  molemmissa rajaus: sanahaut	haut ja hakusanat: 1)päih*AND sukup* →14 viitettä  2)nai*AND päih* (rajaus: vv.2000-2010) →30 viitettä  molemmissa rajaus: tekijä/otsikko/ asiasanat haku)	haut ja hakusanat: 1)substance ANDabuse ANDgender ANDnursing (all text) →292 viitettä  2)womenORwo manOR genderAND substance abuse (rajaus: title, years 2000- 2010,linked full text, abstract available) →2010 viitettä	haut ja hakusanat: 1)genderAND substance abuseAND nursing →136 viitettä  2) gender OR womanOR women AND substance abuse (rajaus: otsikko ) →256 viitettä	haku ja hakusanat: 1)womanOR womenOR genderAND substance abuse (rajaus: keyword, all journals, English language, years 2000-2010) →77 viitettä	haut ja hakusanat: 1)wom*AND substance abuse (rajaus: title, in journals, subject: Nursing and health professions, years 2000- present) →11 viitettä
Yhteensä 34 viitettä	Yhteensä 127 viitettä	Yhteensä 44 viitettä	Yhteensä 2302 viitettä	Yhteensä 392 viitettä	Yhteensä 77 viitettä	Yhteensä 11 viitettä

## 2. Vaihe: Otsikkojen perusteella edellisen haun pohjalta tietokannan mukaisesti on valittu seuraava määrä viitteitä:

Linda	Arto	Medic	CINAHL	PubMed	Medline	ScienceDirect
3 viitettä 34:stä	17 viitettä 127:stä	18 viitettä 44:stä	32 viitettä 2302:sta	26 viitettä 392:sta	8 viitettä 77:stä	3 viitettä 11:sta

Yhteensä käyty läpi 107 viitettä tietokantahakujen pohjalta. Osa viitteistä päällekkäisiä ts. samoja eri tietokantojen välillä.

## 3. Vaihe: Analysoitavaksi otetut artikkelit, kirjat ja lehtikirjoitukset. Valinta tehty joko saatavissa olevan abstraktin ja/tai julkaisun otsikon perusteella. Lisäksi julkaisu on täytynyt olla saatavilla Suomessa ja lisäksi viitteiden päällekkäisyys poistettu tässä vaiheessa.

Linda	Arto	Medic	CINAHL	PubMed	Medline	ScienceDirect
→ 3 analysoi- tavaa	→4 analysoi- tavaa	→ 6 analysoita- vaa	→ 7 analysoita- vaa	→4 analysoita- vaa	→4 analysoita-vaa	→1 analysoitava

4. Vaihe: Tietokantahaun pohjalta kertyi analysoitavaksi yhteensä **29 viitettä**.

## KUVIO 1. Kirjallisuushaun valinnan ja poissulkemisen eteneminen

## LUETTELO 1 Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja muu aineisto:

- 1) Alho, L. & Kankkunen, P. 2006. Naisten lisääntyvä alkoholin käyttö – haaste syntyvän lapsen ja äidin hoitotyölle. *Sairaanhoitaja* 8 (79), 36-39.
- 2) Angove, R. & Fothergill, A. 2003. Women and Alcohol: misrepresented and misunderstood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 213-219.
- 3) Alkoholin periytyvyys 2010. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/246-alkoholismien-periytyvyys>. Luettu 7.11.2010.
- 4) Babcock, M. 2008. Substance-Using Mothers: Bias in Culture and Research, *Journal of Addictions Nursing* 19:2, 87 – 91.
- 5) Becker, K.L. & Walton-Moss, B. 2001. Detecting and Addressing Alcohol Abuse in Women. *The Nurse Practitioner* Oct., 13-23.
- 6) Bhuvaneshwar, C. & Chang, G. 2009. Substance Use in Pregnancy in Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 432-452.
- 7) Brady, K.T. & Randall, C.L. 1999. Gender Differences in Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 22(2), 241-252.
- 8) Brady, T.M. & Ashley, S.O. 2005. Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). <http://www.oas.samhsa.gov/womenTX/womenTX.pdf>. Luettu 12.1.2010.
- 9) Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) 2009. *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press.
- 10) Cowan, L., Deering, D., Crowe, M., Sellman, D., Futterman-Collier, A. & Adamson, S. 2003. Alcohol and drug treatment for women: Clinicians' beliefs and practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 48-55.
- 11) Vernerinetti. 2010. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. FASD:n eri muodot 2010. <http://verneri.net/yleis/fasd/fasd-ja-muut-fasdin-muodot.html>. Luettu 19.1.2011.
- 12) Gerolamo, A.M. 2004. State of the Science: Woman and the Nonpharmacological Treatment of Substance Abuse. *American Psychiatric Nurses Association* 10(4), 181-189.
- 13) Green, C.A. 2006. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research & Health* 29(1), 55-62.
- 14) Greenfield, S.F. 2002. Woman and Alcohol Use Disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 10(2), 76-85.
- 15) Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F., McHugh, R.K., Lincoln, M., Hein, D. & Miele, G.M. 2007. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* 86, 1-21.
- 16) Greenfield, S.F. & Grella, C.F. 2009. What is "Woman-Focused" Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric Services* 60(7), 880-882.
- 17) Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K.L. & Brady, K. 2010. Substance Abuse in Women. *Psychiatric Clinics of North America* 33, 339-355.
- 18) Haavio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. *Päihdehoitotyö*. Tampere: Tammi.
- 19) Hakkarainen, P. 2003. Sukupuolierot huumeiden käytössä. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 251-259.
- 20) Halmesmäki, E. 2004. Päihteet ja raskaus. Teoksessa Salapuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki : Duodecim, 566-576

## LIITE 2: 2 (3)

- 21) Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. (2005) Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54–61.
- 22) Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 11-26.
- 23) Holmila, M. 2001. Perhe, päihteet ja sukupuoli. *Yhteiskuntapolitiikka* 66(1), 55-62.
- 24) Helsingin Sanomat 5.1.2009. Artikkel. Elonen P. Päihteitä käyttäville äideille suunnitellaan pakollista hoitoa. <http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/P%C3%A4ihteit%C3%A4+k%C3%A4ytt%C3%A4ville+%C3%A4ideille+suunnitellaan+pakollista+hoitoa/1135242505196>. Luettu 19.1.2011.
- 25) Hyttinen, I. 1990. Kun nainen juo. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- 26) Kalaydjian A. & Merikangas K.R. 2009. Sex Differences in the Transmission of Substance Use Disorders. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield, S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 84-98.
- 27) Kovalesky, A. 2004. Woman with substance abuse concerns. *The Nursing Clinics of North America* 39, 205-217.
- 28) Kuntsche, S., Gmel, G., Knibbe, R., Kuendig, H., Bloomfield, K., Kramer, S. & Grittner, U. 2006. Gender and Cultural Differences in the Association between Family Roles, Social Stratification, and Alcohol Use: A European Cross-Cultural Analysis. *Alcohol & Alcoholism* 41(Supplement 1) i37-i46.
- 29) Käypä hoito: alkoholiongelmaisen hoito 2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s1>. Luettu 10.12.2010.
- 30) Laitinen K. & Välimäki M. 1998. Alkoholin hormonaaliset ja luustovaikutukset. Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: *Duodecim*, 336-342.
- 31) Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- 32) Mustonen, H. 2003. Sukupuolierot alkoholin käytössä. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 236-250.
- 33) Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 112(21), 1999-2006.
- 34) Mäkelä, P., Mustonen, P. & Huhtanen, P. 2009. Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (3), 268–289.
- 35) Mäkelä P., Mustonen H. & Christoffer T. (toim.) 2010. Suomi juo. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c). Luettu 15.5.2010
- 36) Mäkelä, R. 1998. Alkoholiriippuvuuden kulkuun vaikuttavat tekijät. Salaspuro M., Kiianmaa K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: *Duodecim*, 156-161.
- 37) Mäkelä, K. 2009. Päihdeäitien hoito ja valvonta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(2), 195-201.
- 38) Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Dore, M. M. 1995. Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work* 40 (1), 45-54.

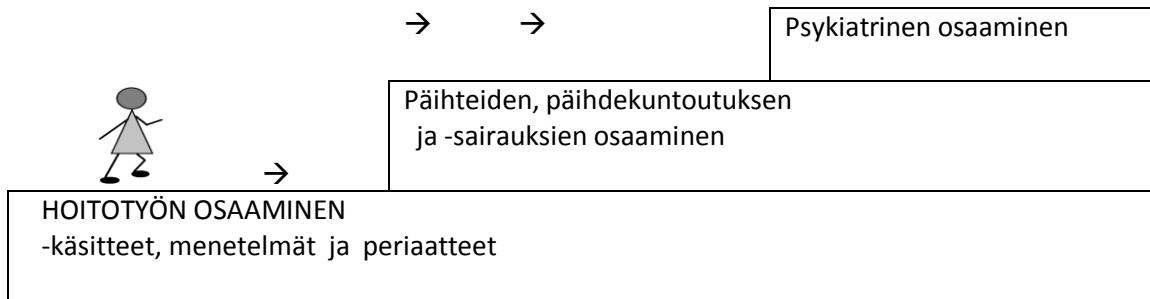
## LIITE 2: 3 (3)

- 39) Newman, J.L. & Mello, N. K. 2009. Neuroactive Gonadal Steroid Hormones and Drug Addiction in Woman. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 35-64.
- 40) Nätkin, R. 1997, Kamppailu suomalaisesta äitiydestä. Maternalismi, väestöpolitiikka ja naisten kertomukset. Helsinki: Gaudeamus.
- 41) Nätkin, R. 2006. Johdanto kulttuurisista merkityksistä hoidon tutkimukseen. Teoksessa Nätkin, R. (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. Jyväskylä: PS-kustannus
- 42) Ojanen, M. 2006. Äiti korvaushoidossa. Nätkin, R. (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. Juva: PS-kustannus, 107-136.
- 43) Oksanen, S. 2006. Alkoholiperheen äiti – raittiista hoivaajasta alkoholiongelmaiseksi. *Tiimi 2*, 12-14.
- 44) Pelissier, B. & Jones, N. 2005. A Review of Gender Differences among Substance Abusers. *Crime & Delinquency* 51(3), 343-372.
- 45) Päihdelinkki 2010. Raskaus ja päihteet. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/244-alkoholi-ja-raskaus>. Luettu 7.11.2010.
- 46) Reed, S.C. & Evans, S.M. 2009. Research Design and Methodology in Studies of Woman and Addiction. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 14-31.
- 47) Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 1998. *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Duodecim.
- 48) Steward, S.H., Gavric, D. & Collins, P. 2009. Women, Girls, and Alcohol. Brady, K.T., Back, S. E. & Greenfield, S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 341-359.
- 49) Taipale, S. 2005. Päihderiippuvainen raskaana oleva nainen, sosiaalinen tuki ja masennus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma.
- 50) Taipale, S. 2006. Sairaalan tuella raitis perhe? Projektikokemuksia sairaalasta. Nätkin, R. (toim.) *Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat*. Juva: PS-kustannus, 189-211.
- 51) Walitzer, K.S. & Dearing, R.L. 2006. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review* 26, 128-142.
- 52) Weizmann-Henelius, G. 2007. Päihteidenkäyttö lisää keskeisesti naisten väkivaltaisuutta. *Tiimi 2*, 9-10.
- 53) Zilberman, M.L. 2009. Substance Abuse across the Lifespan in Women. Brady, K.T., Back S. E. & Greenfield S.F. (toim.) *Woman and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York, London: The Guilford Press, 3-13.

## TAULUKKO 1 Päihteiden mahdollisia vaikutuksia sikiöön

<p><b>ALKOHOLI</b></p> <p><b>FASD</b> (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) pitää sisällään neljä eri diagnoosia:</p> <p><b>1)FAS</b> (fetal alcohol syndrome) eli sikiön alkoholioireyhtymä (kaikkein vakavimmin vaurioituneet lapset)  -<b>Kallo–kasvo muutokset:</b> pieni pää (mikrokefalia, päänympäryys alle kolme prosenttiä), pienet silmät ja pienet luomiraot, ohut sileä ylähuuli, ylähuulen ja nenän välimatka suhteellisen pitkä, matalat poskipää ja pieni leuka  -<b>Neurologiset muutokset:</b> kehitysvammasta lieviin oppimisvaikeuksiin, kehitysviivästymät (kielellisen kehityksen viivästymä ja kielellisen muistin vaikeuksia), hypersensitiivisyys, ärtyisyys, kouristelu  -<b>Luustorakenteelliset muutokset:</b> varttinä- ja kyynärluiden yhteenkasvu, kontraktuurat, skolioosi, hemivertebra (epätäydellinen luutuminen)</p> <p><b>2)PFAS</b> (partial fetal alcohol syndrome) eli osittainen sikiön alkoholioireyhtymä.  FAS-diagnoosiin vaadittavat kriteerit eivät täyty, mutta lapsella on kuitenkin alkoholialtistuksen aiheuttamat tyypilliset kasvopiiirteet. Tämän lisäksi on joko kasvun hidastuma, aivojen kasvun häiriö tai rakennepoikkeama, monimuotoisia oppimiskyvyn häiriöitä tai käyttäytymiseen liittyviä erityispiirteitä. Tätä diagnoosia on aikaisemmin kutsuttu lyhenteellä FAE (fetal alcohol effects).</p> <p><b>3)ARND</b> (alcohol related neurobehavioral disorder)  -alkoholialtistuksen aiheuttama pysyvä keskushermoston vaurio: ADHD, käytösongelmia</p> <p><b>4)ARBD</b> (alcohol related birth defect) eli alkoholin aiheuttama epämuodostuma  -alkoholialtistuksesta johtuvia eilinepämuodostumia (sydän, munuaiset, silmä) sekä oireyhtymälle tyypilliset kasvopiiirteet.</p>
<p><b>KANNABIS</b>  -napanuoran verenvirtauksen heikentyminen, hyönteistuhoinemyrkytys, vastasyntyneen hermostuminen ja tärinä, motoriset kasvuviiheet</p>
<p><b>OPIOIDIT</b>  - raskauden aikaiset verenvuodot ja istukan irtoamisen riski, infektiot (maksa-, HIV-, sepsis, iho- ja silmätulehdukset), ennenaikaisen lapsivedenmenon ja ennenaikaisen synnytyksen riski, sikiön hidas kasvu, yliannostuksesta johtuvat komplikaatiot sikiölle (sikiön sydämen lyöntitiheyden nousu, hengityslama), NAS (neonatal abstinence syndrome) eli vastasyntyneen huumevieroitusoireet, hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin (HPA) muutokset, virtsateiden ja aivojen kehitysanomalioita, synnynnäiset sydänviat, kivun sietokyvyn muutokset, kätkytkuolema</p>
<p><b>KOKAIINI</b>  -pienipainoisuus ja kasvuhidastumat (intrauterine growth retardation, IUGR), sydän –ja verenkierohäiriöitä, istukan ennenaikaisen irtoamisen riski ja muut verenvuodot, näköhermon surkastumista, karsastusta ja taittovirheet, vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriöitä, migreeni, ADHD, hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin (HPA) muutokset, infektiot (maksa-, HIV-, sepsis, iho- ja silmätulehdukset)</p>
<p><b>AMFETAMIINI</b>  - sydänvikoja, pienipäisyys, henkinen jälkeenjääneisyys, istukan ennenaikainen irtoaminen, vastasyntyneen vierotusoireet (koe-eläimillä: luuston ja nivelten kehityshäiriöitä, aivoanomalioita ja kitalakihalkioita), infektiot (maksa-, HIV-,sepsis, iho- ja silmätulehdukset)</p>

Lähteet: Halmesmäki E. 2004, Bhuvanewar C. & Chang G. 2009, 432-452, Vernerin. net. 2010



Kuvio 2 Päihdehoitotyön osaamisen portaat