

Opinnäytetyö (AMK)
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalvelutyö
2013

Päivi Kauppinen

HOIDON SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN TURUN KATKAISUHOITOASEMAN ALKOHOLIVIEROITUKSESSA OLEVILLE ASIAKKAILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma | Sosiaalipalvelutyö

2013 | 44 + 11

Heidi Ristseppä

Päivi Kauppinen

HOIDON SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN TURUN KATKAISUHOITOASEMAN ALKOHOLIVIEROITUKSESSA OLEVILLE ASIAKKAILLE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden halukkuutta osallistua ohjattuun ryhmätoimintaan Turun katkaisuhuoltoasemalla kevään 2013 aikana. Tutkimuksella haluttiin kartoittaa, minkälaista ohjattua toimintaa alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat toivoisivat katkaisu-hoidon aikana. Tutkimuksessa kysyttiin myös alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden tarvetta tukikeskusteluihin. Tilaus tutkimukseen tuli A-klinikasäätiön Turun katkaisuhuoltoasemalta. Tutkimuksen tulokset on hyödynnettävissä kehitettäessä Turun katkaisuhuoltoaseman alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden hoidon sisältöä.

Teoreettinen viitekehys koostuu käypähoitosuosituksen, hoitojärjestelmän, ryhmädynamiikan, katkaisuhoidon ja alkoholiriippuvuuden aihepiireistä, koska ne liittyvät merkityksellisesti tutkimukseni aihealueeseen ja empiiriseen osioon tukien tuloksia ja tutkimustani kokonaisuudessaan. Tutkimuksessani tarkastelen alkoholiongelmia ja sen hoitokäytäntöjä, sitä miten asiakas itse voi olla osallisena alkoholiongelmansa hoidossa. Kirjallisuutena käytin sosiaali-, terveys-, yhteiskunta-alan teoksia jotka käsittelevät päihdeongelmia, ryhmätoimintaa sekä teoksia tutkimuskirjallisuudesta. Tutkimusaineisto kerättiin kvantitatiivisella osittain strukturoiduilla kyselylomakkeilla, joihin alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat saivat halutessaan nimettöminä vastata.

Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan kyselyyn vastanneista suurin osa alkoholivieroituksessa oleva toivoo ryhmätoimintaa katkaisuhoidon ajalle. Myös tukikeskustelut koettiin tarpeellisiksi alkoholivieroituksen aikana. Ryhmätoiminnalla ja tukikeskustelujen avulla pyritään parantamaan alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden hoidon laatua Turun katkaisuhuoltoasemalla. Tavoitteena on käsitellä tutkimuksen tulokset työryhmässä 2014 alussa ja jalkauttaa ne perustyöhön. Haasteena ryhmien järjestämiselle koetaan uusien toimintojen sisällyttäminen nykyiseen päiväohjelmaan.

ASIASANAT:

Päihdehoitotyö, katkaisuhuolto, alkoholi, ryhmätoiminta

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Social Services| Social Service Work

2013 | 44 + 11

Heidi Ristseppä

Päivi Kauppinen

TREATMENT IMPROVEMENT FOR CUSTOMERS IN ALCOHOL REHABILITATION IN TURKU DETOXIFICATION CENTER

The purpose of this thesis is to find out the willingness of detoxification customers to participate in supervised group activities at the detoxification center of Turku during the spring 2013. By this study I wanted to clear out what kind of supervised group activity the customers are wishing for during their detoxification period. On the survey customers were inquired if they needed supportive discussions. Order for this research came from A-clinic foundations detoxification center of Turku.

Theoretic framework consists of current care guideline, treatment system, group dynamics, detoxification and alcohol addiction because those are closely and significantly related to the field of my study. In this survey I research drinking problem and its treatment practice and how customer can participate to the treatment of his/her problem. I used the works of literature on social, health and society that deal with substance abuse and group activity. I also used research literature. The research data were collected on quantitative, partly structured forms in which the customers of alcohol withdrawal were offered the option to answer anonymously.

According to the results the majority of survey respondents in alcohol withdrawal would like a group activity during detoxification. Also supportive conversations were considered necessary during alcohol withdrawal. Based on the results of the thesis it's possible to develop the content of the treatment in alcohol withdrawal at the detoxification center of Turku. The aim is to deal with the results of the study in working group in the beginning of the year 2014 and put them into practice in work. The inclusion of new functions to the daily program is perceived as a challenge for organizing groups.

KEYWORDS:

Addiction care, detoxification, alcohol, group activities

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ALKOHOLI PÄIHTEENÄ	7
2.1 Alkoholiriippuvuus	7
2.2 Alkoholin ongelmakäyttö	8
2.3 Alkoholin ongelmakäytön yleisyys	10
3 HOITOJÄRJESTELMÄT JA KÄYPÄHOITOSUOSITUS	11
3.1 Päihdehuollon hoitomuodot	11
3.2 Alkoholiriippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet	12
3.3 Lainsäädäntö päihdehuollossa	12
3.4 Hoidon onnistumisen edellytykset	13
4 KATKAISUHOITO	15
4.1 Katkaisuhuito vieroituksen tukena	15
4.2 Turun katkaisuhuitoaseman hoitokäytännöt	16
4.3 Katkaisuhoidon sisältö	17
4.4 Psykososiaalinen kuntoutus	18
4.5 Päihdeongelmaisen asiakkaan kuntoutussuunnitelma	21
5 RYHMÄTOIMINNAN MÄÄRITELMÄ	22
5.1 Ryhmän muodostuminen	22
5.2 Tavoitteelliset ryhmät	23
5.3 Ryhmän merkitys	24
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
6.1 Tutkimuksen tausta ja aikataulu	26
6.2 Tutkimuksen tavoite	27
6.3 Tutkimusongelmat	28
6.4 Tutkimuksen haasteet	28
6.5 Tutkimusaineiston hankinta	29
6.6 Kvantitatiiviset analyysimenetelmät	30
7 TUTKIMUSTULOKSET	31

7.1 Vastaajien taustatiedot	31
7.2 Toiminnallisten ryhmien teemat ja osallistumishalukkuus	33
7.3 Informatiivisten ryhmien teemat ja osallistumishalukkuus	35
7.4 Vastaajien toiveet ryhmien kokoonpanosta ja ikäryhmistä	36
7.5 Vastaajien osallistumishalukkuus tukikeskusteluihin	38
8 YHTEENVETOA JA POHDINTAA	39
LÄHTEET	43

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupapyyntö
- Liite 2. Tutkimuslupa
- Liite 3. Informaatiokirje
- Liite 4. Kyselylomake

KUVIOT

Kuvio 1. Aineiston sukupuolijakauma	31
Kuvio 2. Hoitokertojen määrä ja asumistilanne.	32
Kuvio 3. Vastaajien työllisyystilanne.	32
Kuvio 4. Aineiston vastausprosentti.	33
Kuvio 5. Vastaajien osallistumishalukkuus ryhmiin.	33
Kuvio 6. Vastaajien osallistumishalukkuus toiminnalliseen ryhmään.	34
Kuvio 7. Toiminnallisen ryhmän teemat.	35
Kuvio 8. Vastaajien osallisuushalukkuus informatiiviseen ryhmään.	35
Kuvio 9. Informatiivisen ryhmän teemat.	36
Kuvio 10. Ryhmän kokoonpano.	37
Kuvio 11. Ryhmien kokoonpano ikäryhmittäin.	37
Kuvio 12. Tukikeskustelut henkilökunnan kanssa.	38

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aiheeksi valikoitui itselleni luonnolliseksi jatkoksi päihdetyötä tehneenä kehittää päihdetyön hoidon sisältöä Turun katkaisuhuoltoasemalla. Tutkimus on kvantitatiivinen kyselytutkimus. Empiirinen aineisto koostuu pääosin tutkimusaineistosta, joka on koottu strukturoidulla kyselymenetelmällä. Lisäksi apuna käytän teoreettista aineistoa. Palveluja Turun kaupungille ja sopimuskunnille tuottaa A-klinikkasäätiön Länsi-Suomen aluehallintokeskuksen Turun katkaisuhuoltoasema.

Tutkimuksessa selvitetään, miten hoidon laatua ja sisältöä voisi kehittää Turun katkaisuhuoltoasemalla. Kyselytutkimuksen tavoitteena on selvittää, minkälaista ohjattua ryhmätoimintaa Turun A-klinikan katkaisuhuoltoaseman alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat toivoisivat hoidon tueksi. Lähitulevaisuudessa on tarkoitus aloittaa hoitoon sisällytetty ohjattu ryhmätoiminta alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille. Lisäksi kyselytutkimuksen tehtävänä on selvittää alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden tarvetta tukikeskusteluihin. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää myös mahdollisten tukikeskustelujen määrää hoidon aikana. Näiden tulosten perusteella on tarkoitus parantaa alkoholivieroituksen hoidon sisältöä Turun katkaisuhuoltoasemalla.

Tutkimusaineiston hankinta tapahtuu keräämällä kyselystä saadut vastaukset sille varattuun laatikkoon Turun katkaisuhuoltoasemalla. Laatikko sijaitsee henkilökunnan tilassa, johon asiakkailla ei ole pääsyä ilman henkilökuntaa. Alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat vastaavat kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin katkaisuhoidon aikana. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytän apuna SPSS-tilastollista analyysiohjelmaa. Tulososassa tarkastelen kyselyaineistosta saatuja jakaumia graafisesti ja taulukoituna.

Ennalta arvelin haasteelliseksi tulevan asiakkaiden halukkuuden osallistua kyselytutkimukseen. Katkaisuhuoltoaseman päivärytmin tuntevana henkilönä pohdin myös, ehtiikö muu henkilökunta aktivoida/ motivoida asiakkaita kyselytutkimukseen.

2 ALKOHOLI PÄIHTEENÄ

2.1 Alkoholiriippuvuus

Alkoholin käyttö koskee meitä kaikkia ja kuuluu arkipäiväämme. Suurin osa suomalaisista, noin 90 % on alkoholin käyttäjä. Suurella osalla käyttö pysyy kohtuudessa, eikä aiheuta ongelmia. (Seppä ym. 2010, 6).

Päihderiippuvuuden kehittyminen alkaa aina satunnaisesta päihteiden käytöstä. Ennen riippuvuuden kehittymistä on päihteiden käyttö käyttäjän oma valinta ja hänen omassa hallinnassaan. Ihmiset käyttävät päihteitä eri tarkoitukseen, yleensä kuitenkin rentoutuakseen ja usein myös sosiaalisuuden lisäämiseen. Tosin päihteitä käytetään myös lievittämään yksinäisyyttä ja helpottamaan uniongelmia. Jotkut käyttävät päihteitä vieroitusoireita lieventämään ja varsinkin nuoret jännityksen ja kokeilunhalun vuoksi. Satunnaiskäytöstä voi kehittyä riippuvuus. Päihderiippuvuudelle tyypillistä on, että hallitsematon päihteidenkäyttö on jaksottaista ja uusiutuu selvien jaksojen jälkeen. Päihderiippuvuus on usein krooninen häiriö ja siksi päihderiippuvainen voi tarvita useita hoitjaksoja. Se, että ymmärtää riippuvuuden monisyisen ja yksilöllisen luonteen on lähes välttämätöntä jos työskentelee päihdekuntoutuksen parissa. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 11–12.)

Addiktiota kuvaillaan ”oireyhtymänä, jossa palkkionhakuinen käytös muuttuu hallitsemattomaksi”. (West Robert, 2006.10.) Päihderiippuvuudelle voivat altistaa masennus ja ahdistus. Huonolla itsetunnolla voi myös olla vaikutusta riippuvuuden syntyyn. (Heinonen 2010, 158.)

Alkoholihaitat ovat yleistyneet viime vuosina. Alkoholi on nykyään työikäisten suomalaisten naisten ja miesten tärkein kuolinsyy. Läheisetkin kärsivät ongelmallisesta alkoholinkäytöstä. Heillä ei ole käytettävissä tarpeeksi tietoa, miten toimia tilanteissa kun alkoholinkäyttö aiheuttaa ongelmia. Jatkuvan alkoholin käytön on todettu voivan johtaa alkoholiriippuvuuden kehittymiseen. Riippuvuus

voi olla fyysinen että psyykinen. Taipumus alkoholiriippuvuuteen on perinnöllistä. (Seppä ym. 2010, 16).

Päihderiippuvuus voidaan jakaa neljään eri ulottuvuuteen. Ne ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen riippuvuus. Fyysisessä riippuvuudessa on käyttäjän elimistä tottunut käytettävään aineeseen ja fyysinen sietokyky kasvaa kun päihdettä käytetään pitkään. Fyysisiä vieroitusoireita ilmenee päihteen käytön loputtua. Psyykinen riippuvuus käy ilmi pakonomaisena tarpeena käyttää päihdettä. Tähän ei välttämättä liity fyysisiä vieroitusoireita. Käyttäjä ei välttämättä pidä päihteen käyttötavasta tai päihteen mausta vaan odottaa sen nauttimisen tuomaa helpotuksen tunnetta. Sosiaalinen riippuvuus merkitsee riippuvuutta sosiaalisista suhteista jotka vahvistavat päihteidenkäyttöä. Tähän liittyy vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Päihteitä käyttävät ihmiset vetävät puoleensa ja heidän kanssaan vietetään yhä enemmän aikaa ympäristössä, jossa päihteidenkäyttö on sallivampaa, kun taas vanhat, ei niin runsaasti päihdettä käyttävät ystävät jäävät pois. Henkinen riippuvuus viestii käyttäjän ajatusmaailmasta ja elämäkatsomuksesta. (Holmberg 2010, 40.)

2.2 Alkoholin ongelmakäyttö

Riskikäyttö kasvattaa huomattavasti vaaraa saada alkoholista aiheutuvia haittoja. Riskikäytössä ylitetään riskikulutuksen rajat jotka Suomessa ovat miehillä 24 alkoholiannosta viikossa tai vähintään 7 annosta kerralla. Naisilla rajat ovat 16 alkoholiannosta viikossa ja 5 annosta kerralla. Suomessa yksi alkoholiannos vastaa 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Nämä rajat ovat ohjeellisia eivätkä määrittele turvallisen juomisen rajoja, eivätkä alkoholihaittojen syntymistä. Riskikäyttö ei ole riippuvuus, joten riskikäyttäjä pystyy halutessaan vähentämään alkoholinkäyttöä. (Seppä ym. 2010, 8-10).

Haitallinen käyttö. Riskijuomisen jatkuessa on mahdollista saada alkoholin käytöstä aiheutuneita fyysisiä ja psyykkisiä haittoja. Haitat ovat selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä. Mikäli henkilö ei kärsi alkoholiriippuvuudesta eikä vähennä alkoholinkäyttöään haittojen ilmettyä siinä määrin että haitat häviävät, on

kyseessä alkoholin haitallinen käyttö. Useimmilla alkoholia haitallisesti käyttävillä täyttyvät myös riippuvuuden kriteerit, siksi, ainakin Suomessa, haitallinen käyttö on melko harvinaista. Noin puolella alkoholin haitallinen käyttö on pitkäaikaista ja alkoholin käytön vähentämiseen tai opettamiseen liittyy samanlaisia ongelmia kuin riskikäytön yhteydessä. Jos muutos ei yrityksistä huolimatta onnistu, voidaan epäillä alkoholiriippuvuutta. (Seppä ym. 2010, 9.)

Päihdeongelman vakavuutta ja luonnetta kuvaa käsite haitallinen alkoholinkäyttö. Haitallista alkoholinkäyttöä on silloin, kun käytöstä koituu alkoholinkäyttäjälle itselleen tai hänen läheisilleen haittoja tai ongelmia. Haitallista se on myös silloin kun ympäristö kärsii. (Julkunen & Nyberg- Hakala 2010, 11.)

Kuten myös Jaakko Holmberg (2010, 36) toteaa, alkoholin ongelma käytössä käytetään päihdettä silti, vaikka käyttö vaarantaa terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaaliset suhteet. Käytöllä on haitallisia vaikutuksia ihmiseen useammalla elämäntilanteella. (Holmberg 2010, 36.)

Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä jonka piirteet ilmenevät eri tavalla yksilöstä riippuen. Riippuvuus ilmenee muuttuvana käytöksenä. Alkoholi aiheuttaa muutoksia aivojen toiminnassa sekä henkilön tavassa havainnoida, tuntea ja ajatella. Alkoholiriippuvuus on ensisijaisesti psyykinen riippuvuus, joka ilmenee pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia. Käyttämisen halu jatkuu vieroitusoireidenkin mentyä. Juomisen merkitys on voimakkaasti korostunut ja alkoholin käyttöä jatketaan haitoista välittämättä. (Seppä ym. 2010, 9.)

Kuten myös Holmberg (2010, 36) kirjassaan Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan toteaa, riippuvuuskäytössä päihdettä käytetään pakonomaisesti. Sietokyky on kasvanut, eikä päihteen käyttö ole enää käyttäjän hallittavissa. Päihteen käytön vähentäminen tai lopettaminen aiheuttaa käyttäjälle vieroitusoireita. (Holmberg 2010, 36.)

Alkoholin ongelmakäytöstä aiheutuu monia haittoja. Päihdeongelman haitat eivät esiinny vain henkilölle jolla päihdeongelma on, vaan usein niistä kärsii myös muut perheenjäsenet, naapurit, sukulaiset ja työpaikat, koko yhteiskuntaa unohtamatta. Myös rikollisuus ja varsinkin väkivaltarikollisuus lisääntyy runsaan päih-

teidenkäytön seurauksena. Runsas humalutila voi aiheuttaa aggressiivista käyttäytymistä, vaikka ei muuten väkivaltaisesti käyttäytyisikään. (Heinonen 2012, 88–126.)

2.3 Alkoholin ongelmakäytön yleisyys

Alkoholin runsas kertakäyttö ns. humalajuominen on ominaista suomalaisille, vaikka alkoholin kokonaiskulutus onkin suunnilleen samalla tasolla Euroopan muiden maiden kanssa. (Simpura & Karlsson 2001; Käypä hoito 2010.) Suomessa on arviolta noin 300 000- 600 000 alkoholin suurkuluttajaa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009). Alkoholiperäinen sairaus tai alkoholimyrkytys on työikäisten yleisin kuolinsyy. Arvioiden mukaan alkoholikuolemat ovat kaksinkertaistuneet 1990-luvun lopulta. (Holmberg 2100, 21.)

Jarmo Heinonen toteaa *Kuin kala verkossa* -kirjassaan, että alkoholin käytöstä aiheutuu ongelmia. Tavallisimmat näistä ovat ilmenevät parisuhteessa ja muissa riidoissa. Ongelmia alkoholinkäyttö aiheuttaa myös työsuhteessa poissaolojen ja krapulan vuoksi. Tapaturmat, onnettomuudet sekä erilaiset sairaudet lisäävät alkoholin käytön haitallisuutta. (Heinonen 2012, 52.)

Alkoholin ongelmakäytön tutkimuksista on ilmennyt käytön lisääntyminen verrattaessa sitä kokonaiskulutukseen. Ongelmakäyttö lisääntyy 50 % kun alkoholin kulutus kasvaa 30 %. Ei ole kuitenkaan eroteltu sitä, miten alkoholin käytön lisääntyminen jakautuu riskikäyttäjien, haitallisesti käyttävien ja alkoholiriippuvaisten kesken. Terveystieteissä ongelmakäytön lisääntyminen näkyy sillä, että terveyskeskuksissa on paljon päihtyneitä ja alkoholia liiallisesti käyttäviä (naiset 10- 20 %), (miehet 20- 40 %). Joissakin toimipisteissä päihtyneitä on jopa 20 %, tämä riippuu kuitenkin alueesta. (Seppä ym. 2010, 11).

Suomessa alkoholi on yleisemmin käytetty päihde. Alkoholikulutus on kasvanut pääosin 2000-luvulla jolla on selkeä syy-yhteys alkoholinkäyttöön liittyvien sairaus- ja kuolemantapausten määrän kasvuun. Suomessa ollaan reilusti alle Maailman terveysjärjestön määrittelemän vaarallisen kulutuksen rajan, joka on kahdeksan litraa vuodessa, yläpuolella. (Holmberg 2010, 19.)

3 HOITAJÄRJESTELMÄT JA KÄYPÄHOITOSUOSITUS

3.1 Päihdehuollon hoitomuodot

Tällä hetkellä alkoholin ongelmakäyttäjien hoitojärjestelmä on hakemassa uutta muotoaan. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten asiakkaiden lisääntynyt määrä elinikää lyhentävien sairauksien, työ- ja toimintakykyä heikentävien sekä psykososiaalista syrjäytymistä aiheuttavien sairauksien aiheuttaa haasteita ennalta ehkäisyyn, hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi lähivuosikymmeninä. (Heinonen 2012, 189.)

Alkoholiongelman käypähoitosuosituksen (24.3.2005) mukaan hoitomuotoja ovat psykososiaaliset hoitomuodot, keskustelut, yhdessä tekeminen, perhe- ja verkostotyö sekä vertaistukiryhmät (AA, Al- anon ja muut itsehoitoryhmät). Dynaamisen psykoterapian tai taide- ja musiikkiterapian katsotaan tukevan kuntoutusta. 12- askeleen hoitoa, Myllyhoitoa® sekä muita yhteisöhoitoja on tarjolla niin avo- kuin laituskuntoutuksena. Ratkaisukeskeinen, kognitiivinen ja voimavarakeskeinen hoitomalli ovat suosiossa päihdekuntoutuksessa. Päihteidenkäyttäjän on tärkeää päästä eroon haitallisista alakulttuureista ja se onkin yhtenä kuntoutuksen tavoitteena. Päihdekuntoutusprosessi voi viedä aikaa jopa useita vuosia. (Heikkinen- Peltonen ym. 2008, 193–194.)

Alkuvaiheen kuntoutus on asiakkaalle usein vaikeaa, toisaalta halua päästä irti päihteidenkäytöstä ja toisaalta ei halua luopua siitä. Monille myös entisistä ystävistä luopuminen on tuskallista. Tässä kysytään motivaatiota ja siinä on työntekijän rooli tärkeä. Vertaistuki ja –ryhmät ovat toipumisen tässä vaiheessa tärkeitä voiman ja motivaation antajia. Tunnettyöskentely kuuluu osana päihdekuntoutukseen ja kuntoutuksessa opetellaan käsittelemään tunteita. Se on mahdollisuutta tulla kuulluksi, hyväksytyksi ja ymmärretyksi sekä kriisitilanteessa välitöntä avun saamista. Myöhemmässä vaiheessa suositellaan pidempi- aikaista terapiaa. (Heikkinen- Peltonen ym. 2008, 193–194.)

3.2 Alkoholiriippuvuuden yleiset hoitoperiaatteet

Kuten Seppä (2010, 13–14) toteaa, alkoholiriippuvuudesta toipua voi kokonaan ilman hoitotoimenpiteitä kuten läheisten ja vertaisryhmien avulla. Ilman ammat-
tiapua toipuminen ei kuitenkaan usein onnistu. Hoito jakautuu vieroitus-, lääke-
ja psykososiaaliseen hoitoon. Lisäksi on itsehoitoryhmiä, joissa saa vertaistukea
muilta samoista ongelmista kärsiviltä. Hoitoa voi saada tilanteesta riippuen joko
avo- tai laitoshoidona. (Seppä ym. 2010, 13- 14).

Vastuu päihdehuollon toteuttamiselle voimassa olevan päihdehoitolain mukaan
on kunnilla. Terveyspalvelujärjestelmä vastaa päihteidenkäyttöön liittyvien ter-
veysongelmien hoidosta ja sosiaalipalvelujärjestelmä vastaa päihteidenkäytöstä
johtuvien sosiaalisten ongelmien hoidosta. Kaikissa kunnissa ei terveyskeskuk-
sen vuodeosastot ole ottaneet katkaisu- ja vieroitushoidoista vastuuta niin A-
klinikkaverkosto on ottanut katkaisuhoidon hoitaakseen. A- klinikat ovat kehittä-
neet lisäksi toimivan avokatkaisumenetelmän. (Heinonen 2012, 191- 192.)

Kehittynyt avohoitojärjestelmä on vaikuttanut laitospainotteinen hoito- ja kuntou-
tusmalli on supistunut vahvasti. 1990-luvun alussa lakkautettiin useita päihde-
huollon laitospaikkoja. Tämä linja jatkuu edelleen. Tämä näkyy päihdepalvelu-
jen kustannusten siirtymisenä muualle yhteiskuntaan kasvattaen akuuttisai-
raanhoitokuluja sekä poliisin- ja oikeuslaitoksen murheeksi kasvaneena päihde-
ja huumerikollisuutena sekä päihdehäiriöisten vankien määrän lisääntymisenä.
Yhteiskunta epäonnistui päihdeongelmien hallintaan saattamisessa ja tämä on
nähtävissä myös 25 edellisen vuoden aikana lisääntyneenä päihdeongelmista
johtuvana kuolleisuutena. (Heinonen 2010, 193–194.)

3.3 Lainsäädäntö päihdehuollossa

Päihdehuoltolaki (1986/ 41) velvoittaa kunnat järjestämään tarpeenmukaista
päihdehoitoa asukkailleen. Akuuttivaiheen hoitoa saa terveyskeskuksista, kunti-
en omilta päihdeyksiköiltä ja päihdehuollon erityispalveluista, kuten A-klinikoilta.
Ennen laituskuntoutuksen aloittamista pitää yleensä olla avohuollon tukitoimen-

piteet todettuina riittämättömiksi. Pitkäjänteinen päihdekuntoutus, jossa pyritään ylläpitämään tai lisäämään asiakkaan toimintakykyä tai edellytyksiä järjestetään avo- tai laitospalveluksena. Näitä palveluja tarjoavat pääasiassa päihdehuollon erityispalvelut. Akuutin katkaisuhoidon jälkeen arvioidaan asiakkaan jatkokuntoutuksen tarve. Avohuollossa toteutuu suuri osa päihdekuntoutuksesta, joka on usein vaativaa ja pitkäkestoista. Ympäri vuorokautisen tuen tarpeessa oleville tarjolla on laitospalveluspaikkoja, joissa pyritään pitämään asiakkaan motivaatio ongelmansa hoitamiseen yllä ja jossa asiakas saa tukea arkipäivän asioihin.

Terveystieteiden tutkimuslaitoksen 28§:ssä säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää päihdetyö. Lain mukaan tarkoituksena on ”vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä”. (Heinonen 2010, 194.) Päihdehoitotyötä ohjaavat monet lait ja asetukset.

Päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Lisäksi mainitaan, että terveydenhuollon päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveyden kanssa. (Heinonen 2010, 194.)

3.4 Hoidon onnistumisen edellytykset

Useiden tutkimusten mukaan onnistuneeseen hoitoon vaaditaan riittävä motivaatio sekä kyky sitoutua hoitoon. Joissakin tapauksissa vaikea-asteinen alkoholiriippuvuus vaatii useamman hoitokerran. On tärkeää, että hoito jatkuu retkahduksesta huolimatta. On tutkittu, että hoidon aloittamisesta noin 30 % on raittiina vuoden päästä ja 20- 30 % tilanne on parantunut. Tällaisiin tuloksiin päästään kuitenkin vain asianmukaisia tieteellisesti tehokkaiksi osoitettuja hoitokeinoja käyttämällä. (Nätkin 2006, 166–167.)

Päihdehoitotyö vaatii laajaa yhteistyötä asiakkaiden läheisten ja sekä muiden häntä hoitavien tahojen kanssa. Lisäksi järjestöt (ehkäisevä ja etsivä päihdetyö) ja seurakunnat (diakonia- ja nuorisotyö) sekä itseapu- ja vertaisryhmät voivat olla mukana asiakkaan hoidossa. Tällöin yhteistyötä voidaan kutsua monitoimijuudeksi. (Holmberg 2010, 25.)

Arja Ruisniemi on tehnyt sosiaalityön väitöskirjassaan, Tampereen yliopistossa 2006 tutkimuksen aiheesta Minäkuvan muuttuminen päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus on tehty eräässä yhteisöllisessä päihdekuntoutuspaikassa. Tutkimuksen tulokset tukevat omaa käsitystäni asiasta jonka mukaan päihderiippuvuus on koko perheen sairaus ja koskettaa jollain lailla koko perhettä. Silti useimmissa päihdehoidon hoitolaitoksissa päihdekuntoutus toteutetaan yksilöllisenä kuntoutuksena ja vanhemmat ja lapset joutuvat olemaan erossa toisistaan kuntoutuksen ajan. Se on joissain tapauksissa lapsen edun mukaista, ei kuitenkaan kaikissa tapauksissa. Päihdeongelman vakavuudesta riippuen voi kuntoutus olla niin rankkaa, ettei voimia vastata lapsen tarpeisiin ole. Joissain kuntoutuspaikoissa on kuitenkin mahdollista pitää yllä vanhemman ja lapsen välistä suhdetta. Kun hoito etenee ja vanhemman voimavarat antavat myöden, voi hän alkaa jälleen huolehtia lapsestaan ja rakentaa suhdettaan lapseen. Silloin lapset viettävät päivät päiväkodissa tai koulussa ja iltaisin ja viikonloppuisin lapset ovat yhdessä vanhempiensa kanssa yhteisössä. Näin tuetaan vanhempia vanhemmuuteen ja vastuuseen. Joissain yhteisöhoitopaikoissa kokoontuu myös vanhempainryhmiä joissa vanhemmat saavat vertaistukea vanhemmuuden kysymyksissä. (Nätkin 2006, 166–167). Katkaisuhuolto on yleensä (3-14 vrk) lyhytaikaista, eikä sinne ole mahdollista lapsia tuoda, muuta kuin valvottuihin hoidollisiin tapaamisiin.

4 KATKAISUHOITO

4.1 Katkaisuhuolto vieroituksen tukena

Katkaisuhuolto on tarkoitettu runsaan, pitkäkestoisen alkoholin käytön lopettamiseen hoitotoimien tueksi. Vieroitusvaiheessa tyypillistä ovat elimelliset ja psyykkiset oireet. Oireiden syntyyn ja lievittämiseen pyritään vaikuttamaan suunnitellulla ja oikein annetulla katkaisuhoidolla. Katkaisuhuolto on mahdollista saada sairaalassa, A-klinikan katkaisuhuoltoasemilla, muissa päihdehoitolaitoksissa tai päivittäisinä avohoitokäynteinä esim. A- klinikalla, terveyskeskuksissa tai työterveysasemilla. Katkaisuhoidon välitön tavoite on lievittää alkoholinkäytön lopettamisen jälkeisiä vieroitusoireita. Hoidon kokonaistavoitteena on turvata potilaan somaattinen ja psyykinen hyvinvointi sekä luoda pohja myöhemmälle alkoholi-ongelman hoidolle. Katkaisuhuolto tulee ajankohtaiseksi silloin, kun käytön jatkaminen samalla tasolla vaarantaa ihmisen somaattisen, psyykkisen tai sosiaalisen terveytensä. (Salaspuro ym. 1998, 179).

Jos päihteidenkäyttäjä ei saa päihteidenkäyttöä lopetettua omin voimin tai avohoidon tuen turvin, on hänelle tarjolla katkaisu- ja vieroitushoitoa. Hoitoa voi saada terveyskeskuksessa ja A-klinikalla avohoitona, laitoshoidon saa katkaisuhuoltoasemalla, sairaalassa tai selviämisasemalla. Laitoskuntoutuksesta peritään sairaalan vuorokausimaksua vastaava maksu, avohoitopalvelut ovat pääsääntöisesti maksuttomia. Katkaisuhoidon tavoitteena on pysäyttää päihteidenkäyttö, lievittää vieroitusoireita sekä seurata asiakkaan psyykkistä ja fyysistä tilaa. Vieroitusoireiden hoidossa käytetään usein apuna lääkkeitä. Psykososiaalisia elementtejä sisältävät yksilö- ja ryhmätapaamiset sisältyvät usein hoitoon. Vaihtoehtoisista hoitomuodoista akupunktio on joissakin paikoissa mahdollisia. Kun asiakkaan kunto sallii, tehdään hoidon tarpeen arviointi sekä jatkokuntoutussuunnitelma. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 18.)

4.2 Turun katkaisuhuitoaseman hoitokäytännöt

Turun katkaisuhuitoasema on yli 18-vuotiaille tarkoitettu hoitolaitos jossa on 21 asiakaspaikkaa + 5 asiakaspaikkaa selviämisasemalla. Hoidon tavoitteena katkaisuhuitoasemalla on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen ja jatkohoidon suunnittelu. Yhdessä asiakkaan kanssa arvioidaan hoidolliset tavoitteet. Asiakas saa apua elämäntilanteeseen liittyvissä kysymyksissä sekä apua yhteydenotossa eri viranomaisiin. Hoidon sisältö katkaisuhuitoasemalla koostuu hoitosuunnitelmasta, lääkehoidosta, yksilökeskusteluista, akupunktiohoidosta ja rentoutuksesta. Hoidon periaatteina ovat vapaaehtoisuus, yksilöllisyys, vastuullisuus, luottamuksellisuus sekä tavoitteellinen yhteistyö. (A-klinikkasäätiö.)

Turun katkaisuhuitoasemalla työskentelee useita päihdealan ammattilaisia; johtaja, lääkäri, vastaava sairaanhoitaja, palveluohjaaja, sairaanhoitajia, ohjaajia sekä keittiö- ja siivoushenkilökuntaa. Lääkäri ottaa vastaan uudet asiakkaat arkipäivisin virka-aikana. Katkaisuhuitoasemalle voi tulla myös terveyskeskuksen päivystyksen kautta iltaisin ja viikonloppuisin jolloin katkaisulääkitys määrätään sieltä. (A-klinikkasäätiö.)

Johtajan tehtävät ovat pääosin hallinnollisia. Palveluohjaaja selvittelee ja hoitaa haasteellisimpien asiakkaiden asioita kartoittamalla mm. toimeentulo ja jatkohoitopaikkojen tarvetta. Hän järjestää pääasiassa myös verkostopalaverit asiakasta hoitavien tahojen kanssa, mikäli asiakkaan tilanne sitä vaatii. Vastaavan sairaanhoitajan vastuulla on lääke- ja korvaushoitoasiakkaat sekä näiden asiakkaiden tukikeskustelut. Sairaanhoitajien päävastuu koostuu lääkinnällisestä hoidosta. Ohjaajat ja sairaanhoitajat yhdessä tekevät tulohaastattelut ja hoitosuunnitelmat. Keittiöhenkilökunta valmistaa terveellistä ja maukasta ruokaa ja siivoushenkilökunta luonnollisesti siivoaa.

4.3 Katkaisuhoidon sisältö

Päihdepalveluihin erikoistuneet kuntien omat tai A-klinikkasäätiön sekä seudullisten päihdepalvelusäätiöiden yllä pitämät A-klinikat ovat muodostaneet valtakunnallisen avohoitoverkoston. A-klinikoilla asioi 50 000 asiakasta vuosittain ja katkaisuhuoltoasemilla 10 000 laitostatkaisussa. Vuosina 2005- 2009 on laitostuntoutusta käyttävien asiakkaiden määrä laskenut 12 %. Vastaavasti ensisuojiin asiakkaiden määrä on lisääntynyt lähes puolella samalla aikavälillä. (Heinonen 2010, 195.) Julkiselle sektorille alkoholin käytön aiheuttamat haitat maksoivat vuonna 2010 arviolta 0,9–1,1 miljardia euroa. (THL. 2010.)

Katkaisuhoito koostuu lääkinnällisestä ja psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Hoidon sisältö koostuu katkaisuhoidossa oireiden mittaamisesta ja seurannasta. Siihen kuuluu farmakologinen katkaisuhuolto jolla tarkoitetaan vieroitushoitoa, millä pyritään helpottamaan potilaan tilaa mm. nestetasapainoa korjaamalla sekä vitamiineilla. Alkoholvieroituksessa diatsepiinit kuuluvat useasti osana katkaisuhoidon ajan lääkitykseen. Niillä ehkäistään muun muassa alkoholiepileptisiä kouristuksia. (Salaspuro ym. 1998, 183- 186.)

Turun katkaisuhuoltoaseman palveluohjaaja Marika Bulasoffin kertoman mukaan A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoasema tarjoaa palveluita yli 40 kunnalle. Kukin kunta on tehnyt omanlaisensa sopimuksen palveluista joita säätiöltä ostavat. Kunnat päättävät itse jatkohoitopaikoista mikä aiheuttaa eriarvoisuutta asiakkaiden kesken. Osa kunnista suosii pelkkää avohoittoa kun taas jotkin kunnat suosivat pitkiäkin laitostuntoutusjaksoja. Palveluohjaaja Marika Bulasoff toivookin, että kunnat huomioisivat nykyistä enemmän asiakkaan oman elämänsä subjektina ja täysivaltaisena toimijana sekä ottaisivat jokaisen asiakkaan huomioon yksilönä. Joissain tapauksissa avohoitto on kuitenkin riittävä tuki. (Marika Bulasoff 1.11.2013).

Myös päihdetyön erikoislehti Tiimi kirjoittaa artikkelissaan, että katkaisuhuolto toteutetaan Suomessa erilaisissa paikoissa ja eri tavoin toteutettuna. Artikkelisiin on koottu katkaisuhuoltoasiakkaiden ajatuksia ja mielipiteitä katkaisuhoidon kehittämistä eli siitä minkälaista hyvä katkaisuhuolto heidän mielestään on. Artik-

kelin mukaan katkaisuhuito ei ole pelkkää vieroitusoireiden hoitamista eikä fyysisen tilan korjaamista, vaan siihen liittyy vahvasti myös sosiaalinen kuntoutuminen. Asiakkaan oma motivaatio auttaa asiakasta pääsemään kohti muutosta. Yksi hoidon tavoitteista on asiakkaan elämänlaadun parantaminen, joka sisältää irtaantumisen entisestä vahingollisista käyttäytymistavoista. (Tiimi 2013, 6.)

4.4 Psykososiaalinen kuntoutus

Psykososiaalista hoitoa käytetään osana katkaisuhoidon. Sen avulla potilas saa tarvitsemaansa tukea hoitohenkilökunnalta että jaksaisi katkaisuhoidon loppuun asti. Yksilö- ja ryhmäkeskustelut kuuluvat myös katkaisuhoidon. Jatkohoidon suunnitelman tekemisen yhteydessä asiakas miettii tavoitteitaan. Siinä käydään läpi tukimuotoja ja niiden tarvetta. Tarvitaanko mahdollisesti lääkehoitoa, minkälaista ja kuinka kauan, tuntee asiakas mahdollisesti hyötyvänsä terapiasta, onko kiinnostusta itsehoitoryhmiin ja onko asiakkaalla kiinnostusta hakeutua jatkokuntoutukseen. Käydään läpi myös mahdollista retkahdusta sekä suositellaan pikaisesti uudelleen hoitoon hakeutumista jos tarvetta. (Salaspuro ym. 1998, 183- 186.)

Yksilöllisiin hoidollisiin tavoitteisiin pääsemisessä käytetään vuorovaikutuksen keinoja. Asiakkaan voimavaroja pyritään vahvistamaan keskusteluilla. Keskusteluissa käydään läpi keinoja, millä asiakas saa voimaantumisen kokemuksia ja oppii käyttämään hänelle sopivia keinoja selviytyä. Asiakkaan kanssa voidaan myös tehdä esimerkiksi erilaisia tehtäviä, jotka vahvistavat hänen selviytymistään ja joiden avulla hän saa mahdollisesti uusia toimintamalleja. Menetelmänä usein ratkaisukeskeisyyteen perustuvat tehtävät ja keskustelut. Yksilökeskustelut voivat olla luonteeltaan supportiivisia eli tukea antavia, silloin kun työntekijällä ei ole terapeutin koulutusta. Näissä keskusteluissa tavoitteena on tuottaa asiakkaalle myönteisiä kokemuksia. (Punkanen 2001, 84.)

Arvostava suhtautuminen asiakkaaseen on erittäin tärkeää työssä, jossa ihmisiä kohdataan heidän ollessaan heikoimmillaan. Henkilökunnan aito läsnäolo sekä kiinnostuksen osoitus asiakkaan asioita kohtaan sisältyvät hyvään päihdehoi-

toon. Kun asiakkaat ovat kauan turruttaneet tunteitaan päihteillä, niiden esiintuleminen voi olla rankkaa. Tämä vaatii riittävän määrän henkilökuntaa. Valitettavasti monissa paikoissa työskennellään minimimiehityksellä eikä silloin aina ole asiakkaalle aikaa riittävästi. Yksilöhoito on koettu hyväksi niille, joille ryhmähoito ei sovi. On kuitenkin tärkeää, että tarjolla on useampia vaihtoehtoja. Silloin hoidosta tulee yksilöllisempää. (Tiimi 2013, 7.)

Kuten Kalliolan Nurmijärven klinikan johtaja Jyrki Lausvaara (Heinonen 2010, 222) toteaa, ”hyssyttely ei auta vaan päihdeasioista on puhuttava suoraan”. Tarvitaan rohkeutta puuttua asiaan ja osaamista asiaan puuttumisessa. Lausvaaran mielestä päihdeongelmalliselle pitää tarjota tukea ja mahdollisuus kuntoutumiseen. (Heinonen 2010, 222.)

Vertaistyohtekijä/-ohjaaja päihdehoidossa on ilmiö, joka tulee yhä useammin vastaan päihdetyössä. Hän on henkilö, jolla on oma kokemus asiasta, puhutaan alkoholiongelmasta toipujasta. Tutkimuksen mukaan asiakkaat kokevat, että saman ongelman kokeneella olisi kyky kohdata alkoholiongelman kanssa painiva ihminen paremmin. Myös moniammatillinen henkilökunta pystyy asiakkaiden mukaan monipuolisemmin vastaamaan heidän monisyiseen ongelmaansa. (Tiimi, 2013, 8.)

Verkostokeskustelut ovat yksi ryhmäkeskustelun muoto. Verkostokeskeisen työn tavoitteena on kokonaisuuden hallinta. Verkostokeskeinen työ mahdollistaa kohtaamisen laajempien ongelmien kanssa sekä auttaa eri organisaatioissa työskenteleviä yhteisen hoitolinjan luomisessa. Katkaisuhoidoasemalla on mahdollisuus myös hoidollisiin tukikeskusteluihin, joissa perheenjäsenet voivat osallistua päihdeasiakkaan tukemiseen sekä saada neuvoja ja ohjeita siihen, miten ja mistä hakea apua ja tukea omaan jaksamiseensa. (Punkanen 2001, 82.)

Kuten Pölönen ja Sitolahti (2003, 226) toteavat, ryhmäpsykoterapia korostaa ryhmän tarkastelua kokonaisuutena. Välillä on vaikea ”nähdä metsää puilta” eli saada selkoa ryhmän kokonaisuudesta. Kulttuurissamme vallalla ovat olleet yksilöön keskittyvät tavat tarkastella ihmisiä, joten voi olla hankala muuttaa näkökulmaa toiseksi. Tämä saattaa vaikuttaa yksilön ja ryhmän välisiin suhteisiin

vaikeuttaen ryhmässä työskentelyä. (Pölönen & Sitolahti 2003, 226.) Ryhmässä tapahtuu melko varhaisessa vaiheessa ”työnjako”, jossa ryhmä huomaa jäsenissään erilaisia kykyjä ja rooleja. Tämä tapahtuu ryhmässä tiedostamattomana ja kertoo usein ryhmän toimivuudesta. (Kajamaa 1998, 54.)

Päihdekuntoutuksessa käytetään ryhmähoitoa eräänä hoitomallina. Ryhmät ovat tavoitteellisia. Psykologinen sisältää kuntoutujan halun ja mahdollisuudet toteuttaa tarpeitaan ja asioita joilla päästä henkilökohtaisiin päämääriinsä. Toisena sosiaalinen, joka sisältää ryhmän yhteisen halun ja tarpeen muuttaa sosiaalista tai fyysistä ympäristöään ja päästä näin ryhmän yhteiseen päämäärään. Tavoitteellisen ryhmän keskeinen tunnusmerkki on toimiminen yhdessä kohti yhteistä päämäärää. (Jauhiainen & Eskola 1994, 52.)

Ohjattu toiminta katkaisuhuoltoasemalla koetaan pääasiassa hyväksi. Asiakkaan mukaan tuleminen on välillä vaikeaa ja tässä henkilökunta voi olla apuna. He voivat motivoida asiakkaita osallistumaan ja käydä huoneesta kutsumassa asiakasta mukaan toimintaan. Toimintaa ei kuitenkaan pidä olla liikaa, sillä katkaisuhuoltoon tullaan lepäämään, eikä kaikkien asiakkaiden kunto kestä suurta osallistumista. On tärkeää, että tarjolla on erilaista toimintaa, kuten keskusteluryhmiä ja toiminnallisia ryhmiä. Näin jokainen voi valita itselleen ja kunnolleen sopivimman ryhmätoiminnan. (Tiimi 2013, 9.)

Tärkeässä osassa vaikeasti kuntoutettavien alkoholiongelmaisten kanssa ovat erilaiset vertaisryhmät, kuten nimettömät alkoholistit (AA). Se on kansainvälinen 12-askeleen toipumisohjelmaan pohjautuva yhteisöllinen ryhmä, joita kokoontuu useita satoja viikoittain Suomessa. (Salaspuro ym. 1998, 245.)

Päihdeongelmista toipumisessa yhtenä hyvänä tukena ammattiavun lisäksi on vertaistuki, jota parhaiten saa vertaisryhmistä. Vertaisryhmiin osallistuvilla ihmisillä on kaikilla sama ongelma, samanlainen menneisyys. Kukin ryhmässä oleva henkilö tietää mistä puhutaan, koska on itse kokenut saman. Hänen on myös itse helppo puhua kun tietää, että kaikki läsnäolijat tietävät ja ymmärtävät, mistä hän puhuu, toteaa Jaana Elonen Kankaanpään vastaanottoyksiköstä. (Kaipio & Ruisniemi 2009, 108–109.)

Alkoholiongelman hoidossa suurena apuna voivat olla sukulaiset, tuttavat ja ystävät. Joissain tapauksissa alkoholiongelma kärsivä voi toipua ilman ammattiapua tai jopa ilman läheisten tukea, mutta tällainen vaatii suurta sisua. Alkoholiongelmansa kanssa painiva voi pyytää avuksi läheisiään. Heille voi kertoa toiveen siitä, ettei ongelmaiselle tyrkyttäisi alkoholia ja että häntä voi pyytää mukaan päihdeettömiin tapahtumiin. Itse alkoholiongelma kärsineet ja siitä toipuneet ovat perustaneet vertaisryhmiä, kuten AA-ryhmät. Niissä ryhmissä alkoholiongelma kärsivä voi keskustella ongelmastaan saman kokeneen vertaisen kanssa. Heiltä voi saada myös omaan selviytymiskokemukseen perustuvaa tukea. Myös ammattiauttajat suosittelevat ja ohjaavat alkoholiongelmaisille vertaistukiryhmiin osallistumista. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 52–53.)

4.5 Päihdeongelmaisen asiakkaan kuntoutussuunnitelma

Asiakas ja työntekijä laativat yhdessä kuntoutussuunnitelman, (katkaisuhoido- toasemalla käytetään nimeä hoitosuunnitelma) jonka tekemiseen voivat osallistua perheenjäsenet, lähiverkosto sekä ammatillinen verkosto. Kuntoutussuunnitelma auttaa palauttamaan mieleen lähtökohdat ja toiminnan perusteet. Se toimii myös perustana kuntoutujan motivaatiolle. Ensiarvoisen tärkeää kuntoutumisen prosessissa on työntekijän kyky tukea asiakasta ongelmanratkaisussa sekä luotaessa uskoa tulevaisuuteen. Kuntoutusvastuun siirtäminen työntekijältä asiakkaalle on tärkeä vaihe ja tavoite kuntoutuksen prosessissa. Kuntoutumissuunnitelmassa huomioidaan asiakkaan omat voimavarat ja varaudutaan ajoittaisiin kompastumisiin. Eteneminen asiakkaan omien voimavarojen ja kykyjen mukaan on ensiarvoisen tärkeää kuntoutumisen prosessissa. (Lehtinen, 2005). Tavoitteisiin päästään useiden pienempien välitavoitteiden kautta. Oli tavoitteena sitten täysraittius tai kohtuukäyttö, tavoitteiden tulee olla asiakkaan omia, joihin hän pystyy sitoutumaan. Kun asetettu tavoite saavutetaan ja asiakas saa kokea onnistumisen tunteen, motivoi se häntä eteenpäin, kohti suurempaa päätavoitetta. Tavoitteet tulee olla selkeästi asetettu, niin että asiakkaan on ne helppo ymmärtää. (Heikkinen- Peltonen ym. 2008, 195.)

5 RYHMÄTOIMINNAN MÄÄRITELMÄ

5.1 Ryhmän muodostuminen

Sosiaalipsykologiassa ryhmä erotetaan satunnaisesta ihmismäärästä tai suuresta joukosta. Ryhmä koostuu tietyistä määrästä ihmisiä jotka ovat jotain tarkoitusta varten kokoontuneet yhteen. Heillä on yhteiset säännöt tapaamisten puitteissa ja he ovat vuorovaikutuksessa muiden ryhmässä olevien ihmisten kanssa. He ovat luoneet tai ryhmälle on joku luonut yhteiset säännöt joita kaikkien tulee noudattaa, ryhmässä on jokaisella oma rooli sekä johtaja. Ryhmän koko on noin 2-20 henkeä, tarkkaa lukumäärää on vaikea sanoa. Pehr Charpentier (1981) mainitsee, että samassa junavaunussa istuvat, keskenään tuntemattomat ihmiset muodostavat ryhmän vasta kun heillä on keskenään vuorovaikutusta, yhteinen tavoite, tietyt säännöt ja tietty työnjako. (Niemistö 1998, 16.)

Keskustelu ja silmäpeli kertovat vuorovaikutuksesta, kaikkien yhteinen tavoite on ajan tappaminen, sääntönä harmittomien tarinoiden kertominen ja roolit jakautuvat niin, että yksi puhuu ja muut ovat kuuntelevinaan. Ryhmän esimies, ohjaaja tai terapeutti vastaa ryhmän virallisesta johtamisesta. Ryhmässä voi olla myös jäsen, jolla on valtaa suhteessa toisiin. Tällöin hän on ryhmän epävirallinen johtaja. (Niemistö 1998, 16.)

Ryhmähoidon kokeilu aloitettiin jo 1950 A- klinikalla Marjatta Eskolan aloitettua työnsä siellä. Hän kiinnostui ryhmätyöstä Chicagon yliopistossa opiskellessaan. (Lindroos & Segercrantz 2009, 253). Myöhemmin ryhmähoitomuoto ymmärrettiin olennaiseksi osaksi klinikkahoitoa. (Kaila 1998, 15–16).

Helkama, Myllyniemi ja Liebkind (1998) esittävät kirjassaan 1960-luvulta peräisin olevan mallin, jossa ilmenee ryhmätoiminnan oleelliset tekijät. He ovat nimenneet lähtötekijöiksi ryhmän tarkoituksen, ympäristötekijät ja ryhmän jäsenet. Ryhmässä syntyneet ilmiöt he rajaavat osallistumisen ja viestinnän jakautumiseen, normeihin ja rooleihin, johtajuuteen, kiinteyteen ja ryhmämotivaatioon. Tulokset kertovat ryhmäkokemuksista, terapeuttisyydestä, oppimiskokemuksis-

ta, tuloksellisuudesta, tuottavuudesta, jäsenten hyvinvoinnista sekä työtyytyväisyydestä. (Niemistö 1998, 21.)

Ryhmän kehitysvaiheet Tuckmanin ja Jensenin 1977 mukaan ovat muodostusvaihe (forming), kuohuntavaihe (storming), yhdenmukaisuusvaihe (norming), hyvin toimiva ryhmä (performing) ja lopetusvaihe (adjourning). Nämä mallit ovat kuitenkin teoreettisia yleistyksiä ja kukin ryhmä kehittyy yksilöllisesti. Ensiksi kannattaa keskittyä siihen mitä ryhmässä tapahtuu ja vasta sen jälkeen miettiä mikä ryhmän kehitysvaiheista on menossa. On olemassa myös toinen vaihtoehto ryhmän kehitysvaiheille kuten Whitaker (1989) kuvaa. Jotkut kuvaavat terapeuttien ryhmien kehitysvaiheita seuraavasti. Ensin tulee alkuvaihe, seuraavaksi keksivaihe ja lopuksi loppuvaihe. (Niemistö 1998, 160–167.)

Tuckmanin malli sopii ehkä paremmin tehtäväkeskeisiin ja Whitakerin malli paremmin terapeutteihin ryhmiin. Ryhmän kehitysmalleja on kuitenkin muitakin ja niissä vaiheiden erottelu tapahtuu toisella tavalla. Kehitysvaihemallit auttavat ymmärtämään ryhmien muuttumista, eikä niihin suositella suhtauduttavan liian vakavasti. (Niemistö 1998, 160- 167.)

5.2 Tavoitteelliset ryhmät

Kun ryhmä ihmisiä on kiinnostunut samoista asioista, voivat he muodostaa tavoitteellisen ryhmän. Ryhmä voi olla vaikka päiväkodin vanhempainyhdistys tai talotoimikunta. Tavoitteellinen ryhmä voi olla myös terapiaryhmä tai kerho. Tavoitteellisen ryhmän keskeisin tavoite on yhteinen toiminta kohti päämäärää. (Jauhiainen & Eskola 1994, 49–52.)

Alkoholikuntoutuksessa voidaan käyttää yhtenä hoitomuotona toimintaterapeuttisia ryhmiä. Toimintaterapia on tavoitteellista ja teorianperustuvaa kuntoutusta joka sopii hyvin myös päihdekuntoutujille. Yleisimmin päihdekuntoutujille käytössä ovat erilaiset toiminnalliset ryhmät. Kuntoutujan toimintakyky arvioidaan ja näin hänelle voidaan tarjota sopiva toiminnallinen ryhmä. Toimintakykyyn vaikuttavat asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne, hänen yksilölliset teki-

jänsä, kuten kyky keskittyä kirjallisiin tehtäviin sekä toimintaympäristö, jossa on tarkoitus toimia. (Julkunen & Nyberg-Hakala 2010, 35- 42.)

5.3 Ryhmän merkitys

Ryhmien merkitys on valtava. Niissä kohtaamme ihmisiä ja tulemme peilauksen kautta voimme oppia paljon omasta itsestämme ja toiminnastamme. Aidon vuoropuhelun lisäksi myös ryhmän koolla on merkitystä. Pienryhmässä (6-8 henkilöä) on mahdollisuus käsitellä henkilökohtaisia ongelmia ja ihmissuhteita lähipiirissä ryhmän sisällä. Kesikokoisessa ryhmässä (noin 10 henkilöä) on laajemmat mahdollisuudet käsitellä vaikka oman työpaikan tai lähisuvun suhteita. Yhteiskunnallisia kysymyksiä voidaan käsitellä edellisiä suuremmissa ryhmissä (10–15 henkilöä). Ryhmän koolla on merkitystä suunniteltaessa ryhmän tavoitteita tai käyttöä. (Lindroos & Segercrantz 2009, 18–21.)

Ryhmän alussa on ryhmän ohjaajalla suurempi merkitys ryhmän jäsenelle kuin ryhmätapaamisten edetessä. Silloin ryhmän jäsenet ovat tulleet tutuiksi ja he miettivät väliajoilla toisiaan ja sitä, minkälaisia ihmisiä ja minkälaista elämäntilanteista muut ryhmän jäsenet tulevat. Jäsenet alkavat sisäistää olevansa ryhmän jäseniä ja alkavat hankalan tilanteen tulen miettiä, miten ryhmä asiaan suhtautuisi. Ryhmän turvallisuudella on merkitystä sille milloin mitäkin asiaa voidaan ryhmässä käsitellä. Ryhmä on jatkuvassa prosessissa mikä näkyy siinä että edellisen kerran aihe näkyy tulevissa tapaamisissa. Ryhmän lopettaminen on tärkeä osa ryhmän toimimista. Sille on annettava oma aikansa. Ryhmän lopetus herättää lähes aina voimakkaita tunnetiloja ja niihin tuleekin varautua ajoissa. Ryhmän alkuvaiheessa on hyvä keskustella siitä, kuinka pitkään ryhmätapaamisia on tarkoitus jatkaa. (Lindroos & Segercrantz 2009, 208- 210.)

Tein lyhyen haastattelun 23.8.2013 A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoaseman Preikki- huumevieroitusyksikön ohjaajille Anne Jussilalle ja Paavo Järvelle kyselemällä ryhmätoiminnan merkityksestä heidän työssään. Haastattelussa he kertovat kokemuksiaan ryhmätoiminnasta huumevieroitusyksikössä. He pitävät tärkeänä, että ryhmässä voidaan kohdata monta asiakasta samalla kertaa. Näin

säästy resursseja. Vertaistuki on tärkeä osa toipumista varsinkin päihdeongelmaisten kanssa työskennellessä. Heidän mukaansa ryhmässä tunnetyöskentely on hedelmällisempää. Ryhmätoiminnan puolesta puhuu myös se että ryhmän yhteiset säännöt sitovat ryhmäläisiä noudattamaan niitä. Kun jäsenet ovat sitoutuneet yhteisiin sääntöihin, se pitää ryhmän jäsenet puhtaana, mikä tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, ettei katkaisuhoidossa käytetä huumeita. Jatkokuntoutukseen lähtijät saavat kokemusta ryhmätyöskentelystä, mikä on nykyisin pääasiallinen hoitomuoto päihdekuntoutuslaitoksissa. Preikki- huumevieroitusyksikössä ryhmätoimin periaatteina ovat luottamus, vastuullisuus ja turvallisuus.

Kun mietitään sitä, pitäisikö ryhmät sisällyttää hoitopakettiin myös alkoholivieroituksessa vai olisivatko ne vapaaehtoisia, päädyttiin siihen, että ryhmät pitäisi sisällyttää hoitopakettiin. Tästä on hyviä kokemuksia huumevieroitusyksikössä. Aika harva jättää tulematta hoitoon sen vuoksi että siinä veloitetaan osallistumaan ryhmätoimintaan. Riskinä kuitenkin on, että joku saattaa jäädä pois hoidosta osallistumisveloitteen vuoksi.

Haasteena ryhmätoiminnan aloittamiselle alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille voi olla henkilökunnan motivoiminen ja sitoutuminen ryhmien ohjaamiseen sekä mahdollisuudet lisäkoulutuksiin. Ryhmänohjaajan tulee olla tietoinen omista tunteistaan ja hyväksyä ryhmältä tuleva palaute, ei saa ottaa itseensä. Ohjaajan täytyy kestää ryhmässä vastustusta ja aggressioita. Haasteelliseksi haasteltavat kokivat myös hoidon lyhyen keston, joka on huumevieroitusyksikössä 14 vrk ja alkoholivieroituksessa 3-9 vrk.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen tausta ja aikataulu

Turun katkaisuhuoltoasemalla ei ole omaa ohjattua toimintaa alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille. Lähitulevaisuudessa on suunnitteilla työryhmän perustaminen, jossa suunnitellaan ryhmiä teettämäni kyselytutkimuksen vastausten perusteella. Tilaus opinnäytetyön aiheeksi tuli A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoaseman palveluohjaajalta ja vastaavalta sairaanhoitajalta. Katkaisuhuoltoasemalle ollaan perustamassa työryhmää kehittämään hoidon sisältöä katkaisuhuoltoaseman alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden toiveet ohjatuista ryhmistä. Aluksi selvitetään, minkälaista ryhmätoimintaa asiakkaat toivoisivat ja minkälaista ryhmätoimintaa pystytään tarjoamaan. Päädyttiin kyselylomakkeeseen, jossa muutamilla kysymyksillä pyritään kartoittamaan asiakkaiden toiveet siitä, minkälaisia ryhmien tulisi olla. Lähtökohtaisesti tuli huomioida alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden fyysinen kunto ja keskittymiskyky, toisaalta Turun AMK:n vaatimukset opinnäytetyön riittävän korkeasta tasosta.

Opinnäytetyö toteutuu kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Olen kehittänyt A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoaseman alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille osittain strukturoidun kyselykaavakkeen. Kysely sisältää monivalintakysymyksiä. Kysymykset ovat teemoiteltu taustatietoihin, toiveisiin ohjatuista ryhmistä sekä tukikeskustelujen tarpeesta.

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu alkoholivieroituksessa olevan asiakkaan toimesta itsenäisesti. Kyselyyn voi vastata nimettömänä ja osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyn muoto, joka on tässä tapauksessa informoitu kysely. (Uusitalo 1995, 91.) Tämä tarkoittaa sitä, että kyselylomakkeet jaetaan henkilökohtaisesti vastaajille. Samalla tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksen ja vastaa asiasta heränneisiin kysymyksiin. Vastaajat täyttävät kyselyn omalla ajallaan ja palauttavat sen sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi 1997, 192–193.) Silloin kun tutki-

mus kohdistuu ihmisiin, täytyy selvittää miten suostumus tutkimukseen hankitaan ja sisältykö heidän osallistumisensa riskejä. (Hirsjärvi 1997, 28.)

Valitsin tutkimusaiheekseni alkoholiriippuvaisten katkaisuhoidon hoidon sisällön kehittämisen. Tilaus tutkimukseen tuli Turun katkaisuhuoltoasemalta. Olen suorittanut viiden viikon A3- harjoittelun vuonna 2011 sekä 10 viikon syventävän harjoittelun keväällä 2013. Lisäksi olen tehnyt sijaisuuksia katkaisuhuoltoasemalla vuoden 2011 lopusta. A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoasemalle on perustettu vuonna 2011 Preikki- ryhmä huumehoidossa oleville asiakkaille. Ohjatussa ryhmässä on kahden viikon hoito-ohjelma joka pyörii tauottomana (non stop) kahden viikon jaksoissa. Alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille ei ole vastaavaa. Kaikki Turun katkaisuhuoltoaseman asiakkaat voivat halutessaan saada korva-akupunktiota helpottamaan vieroitusoireita. Tammikuussa 2013 aloitti toimintansa myös kerran kuukaudessa kokoontuva ulkopuolisen ohjaajan vetämä ohjattu joogaryhmä, johon on vapaaehtoinen osallistuminen. Lisäksi kaikille on tarjolla ulkoilua, mahdollisuus porekylpyyn sekä sauna lämmitetään neljä kertaa viikossa. Hoitosuunnitelmat ja hoidolliset keskustelut sisältyvät hoitoon. Aiemmin mainittujen lisäksi Turun katkaisuhuoltoasemalla kokoontuu myös AA- ja Na- vertaistukiryhmät, molemmat kaksi kertaa viikossa.

Tammikuussa tein alustavan tutkimussuunnitelman ja alustavan aikataulutuksen koko opinnäytetyölle. Hankin myös tutkimusluvan ja laadin strukturoidun kyselylomakkeen. Helmikuussa kokosin aiheesta kirjallisuutta ja rajasin aiheen. Maaliskuussa kokosin teoriapohjaa. Huhti- ja toukokuussa olin opinnäytetyöpäivässä työharjoittelussa ja keräsin kyselytutkimuksen aineistoa. Syyskuussa lisäsin aineiston SPSS- ohjelmaan. Lokakuussa tein aineiston analyysin ja yhteenvedon. Marraskuussa palautan opinnäytetyön.

6.2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkimuksellista pohjatietoa ryhmätoimintaa kehittävälle työryhmälle. Tutkimuksesta saatujen tulosten tarkoituksena on selvittää, millaista toimintaa alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat toivoisivat ja

haluavatko asiakkaat ylipäättään osallistua ryhmätoimintaan. Mikä on heidän toiveensa toiminnallisesta ryhmästä, jos se ei ole jokin valmiiksi annetuista vaihtoehdoista ja minkälaista informaatiota päihteiden käyttöön liittyen he toivoisivat. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko lisätarvetta kahdenkeskisiin tukikeskusteluihin henkilökunnan kanssa ja kuinka usein.

6.3 Tutkimusongelmat

1. Millainen alkoholivieroituksessa olevan asiakkaan toiminnallisen ryhmän sisällön tulisi olla?
2. Minkälaisia odotuksia alkoholivieroituksessa olevalla asiakkaalla on ryhmien koostumuksen suhteen?
3. Miten tarjolla olevat vaihtoehdot ohjatuista ryhmistä ja alkoholivieroituksessa olevan asiakkaan toiveet kohtaavat?
4. Millainen on alkoholivieroituksessa olevan asiakkaan tukikeskustelujen tarve?
5. Minkälaista päihdetietoa alkoholivieroituksessa oleva asiakas tarvitsee?

6.4 Tutkimuksen haasteet

Kyselylomakkeiden kysymysten lukumäärä on vähäinen, vain 50 kappaletta. Tämä on perusteltu sillä, että koska useiden katkaisuhoidossa olevien asiakkaiden keskittymiskyky on heikentynyt krapulaoireiden tai muun syyn vuoksi, he eivät jaksaa vastata liian moniin kysymyksiin.

Haasteeksi muodostui myös asiakkaiden suostuminen tutkimukseen. Asiaa auttoi kun heille kertoi, että kyselytutkimukseen osallistuja voi osallistua nimettömänä. Lisäksi joidenkin asiakkaiden kohdalla muodostui ongelmalliseksi yleinen haluttomuus osallistua.

6.5 Tutkimusaineiston hankinta

Kyselytutkimukseen tein 50 kappaletta kyselykaavakkeita, joista palautettiin 44 kappaletta. Palautetuista oli vastattu kysymyksiin 39 kappaleessa. Näistä osassa oli vastattu vain osaan kysymyksistä. Kokonaan tyhjinä palautettiin viisi kappaletta. Kuusi kappaletta jäi kokonaan palauttamatta.

Aineistonhankinnan menetelmäni on osittain strukturoitu informoitu kysely Turun katkaisuhuoltoaseman alkoholivieroitusasiakkaille. Tutkimusmenetelmän valitsin tilaajan toiveiden ja tutkimuksen sisällön mukaan. Käytän teoriaa kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä sekä hyvästä kyselylomakkeesta apuna tutkimuksen tekemisessä. (Hirsjärvi ym. 1997, 137- 156, 191- 200.)

Tavoitteena oli saada asiakkaat vastaamaan kyselyyn itsenäisesti. Aineiston analyysissä tutkin pääasiassa aineisto absoluuttisia ja suhteellisia jakaumia taulukkomuodossa ja graafisesti esitettynä.

Empiirinen aineisto koostuu strukturoidusta kyselystä saadusta tutkimusaineistosta. Kerään henkilöistä tietoa liittyen asiakkaan ikään, sukupuoleen, elämän- ja työtilanteeseen, hoitoaikaan, toiveisiin ohjatuista ryhmistä (toiminnallinen vai informatiivinen) ja toiveisiin ryhmien kokoontumistiheydestä sekä mahdollisista tukikeskusteluiden tarpeesta.

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu strukturoidusta kyselystä saadusta tuloksesta. Tuotettu aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään sille varatussa laatikossa henkilökunnan tiloissa ja valvonnassa.

Aineisto kerätään Turun katkaisuhuoltoasemalla joko jatkohoitosuunnitelman teon yhteydessä niin, että asiakas täyttää kyselyn ja palauttaa sen palautuslaatikkoon. Halutessaan hän voi täyttää kyselyn huoneessaan ja palauttaa valmiin kyselylomakkeen sille varattuun laatikkoon. Tarvittaessa ja asiakkaan niin halutessa (huomioiden käsien kova vapina) henkilökunta voi toimia kirjurina.

6.6 Kvantitatiiviset analyysimenetelmät

Tutkimus on kvantitatiivinen. Analysoinnissa käytän apuna SPSS- tilastollista analyysiohjelmaa. Tarkastelen aineistosta saatavia absoluuttisia ja suhteellisia jakautumia ja kuvailen ne kirjallisessa tuotoksessani graafisesti ja taulukkomuotoisesti.

Kyselytutkimuksen tuloksilla halutaan selvittää asiakkaiden näkemykset ja saattaa ne ryhmätyön kehittämisen tiedoksi ja voimavaraksi. Tutkimustuloksia käytetään Turun katkaisuhuoltoaseman hoidon sisällön kehittämisessä. Tarkoitus on, että tulosten pohjalta tarkoitusta varten perustettu työryhmä pystyy suunnittelemaan ja toteuttamaan asiakkaiden toiveiden ja tarjolla olevien resurssien pohjalta sisällöllistä ohjattua ryhmätoimintaa sekä tukikeskusteluja henkilökunnan kanssa Turun katkaisuhuoltoasemalle.

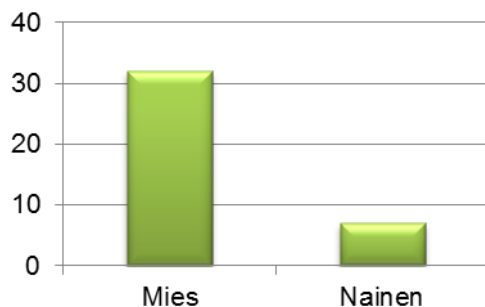
Tutkimusaineisto koostuu kyselylomakkeista saadusta tuotoksesta, joihin asiakas on vapaaehtoisesti ja omatoimisesti vastannut. Täytetyt kyselykaavakkeet eli paperiversio aineistosta hävitetään välittömästi, sen jälkeen kun se on syötetty SPSS- tilastolliseen analyysiohjelmaan.

Ennen dokumentointia tarkastetaan onko aineistossa virheellisyyksiä ja puuttuuko aineistosta tietoja. Seuraavaksi vuorossa on tietojen täydentäminen. Aineisto järjestetään tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta muodostaa muuttujia ja aineiston koodaus tapahtuu laaditun muuttujaluokituksen mukaan. (Hirsjärvi 1997, 217- 218.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

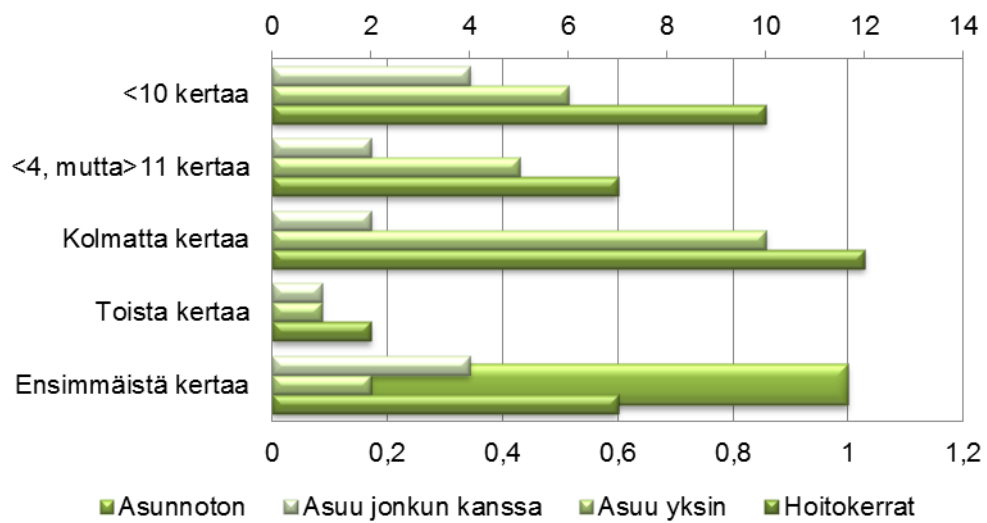
7.1 Vastaajien taustatiedot

Aineiston analyysissä tutkin absoluuttisia ja suhteellisia jakaumia taulukkomuodossa ja graafisesti esitettynä. Kyselyyn osallistuneet olivat iältään 25- 66 vuotta. Kuten kuvioista 1 nähdään, naisia heistä oli seitsemän ja miehiä 32. Heistä ensimmäistä kertaa katkaisuhoidossa oli seitsemän henkilöä. Näistä henkilöistä yksi oli asunnoton, kaksi asui yksin ja neljä asuu jonkun kanssa. Toista kertaa hoidossa oli kaksi henkilöä ja heistä yksi asuu yksin, yksi jonkun kanssa. Kolmatta kertaa hoidossa oli 12 henkilöä, joista 10 asuu yksin ja kaksi asuu jonkun kanssa. Enemmän kuin neljä, mutta alle 11 hoitokertaa oli seitsemällä henkilöllä. Heistä viisi asuu yksin ja kaksi asuu jonkun kanssa. 10 henkilöä oli ollut hoidossa enemmän kuin 10 kertaa. Heistä kuusi asuu yksin ja neljä asuu jonkun kanssa. Kuten tekstistä ja kuvioista 2 ilmenee, asunnottomuus ei näytä vaikuttavan hoitokertojen määrään.



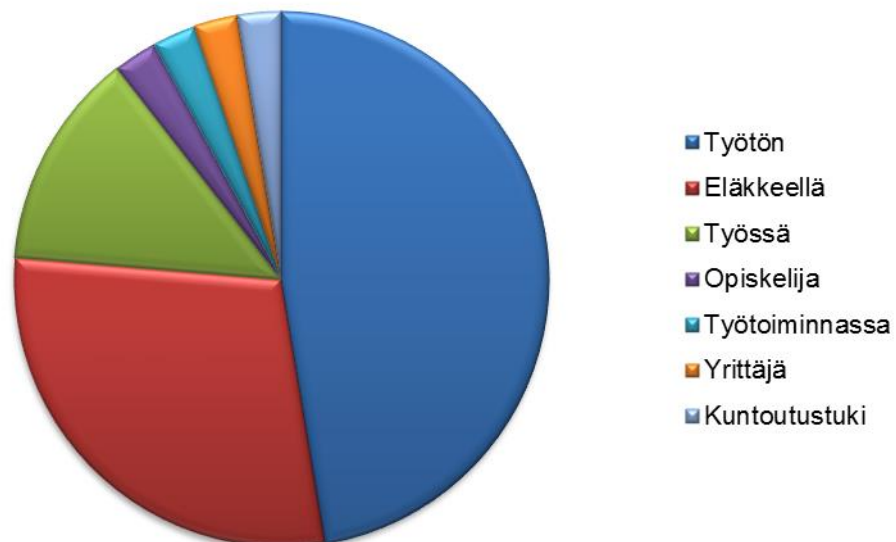
Kuvio 1. Aineiston sukupuolijakauma.

Tämän kysymyksen, kuten koko tutkimuksen aktiivisempia vastaajia ovat olleet miehet. Tämä saattaa osittain olla seurausta siitä, että kaikista tutkimukseen osallistujista suurin osa oli miehiä. Tästä voidaan tulkita, että alkoholikatkaisussa olevista asiakkaista suuri osa on miehiä.



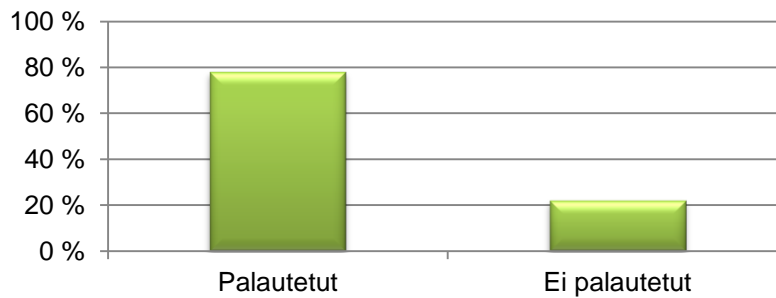
Kuvio 2. Hoitokertojen määrä ja asumistilanne.

Kuten kuviosta 2 ilmenee, suurin osa vastanneista elää työttöminä tai ovat eläkkeellä. Työttöminä on 18 henkilöä ja eläkkeellä 11 henkilöä. Työssä käyviä vastanneista on viisi henkilöä. Vain yksi opiskelee. Työtoiminnassa on yksi henkilö, yrittäjänä toimii yksi henkilö ja kuntoutustuella on yksi vastaaja. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen.



Kuvio 3. Vastaajien työllisyystilanne.

Palautuneiden kyselykaavakkeiden määrä oli yllättävän suuri 39 kappaletta eli 78 %, mikä ilmenee oheisesta kuviosta 4, kun kaavakkeita oli kaikkiaan 50 kappaletta, huomioiden paikka missä tutkimus on tehty ja se missä fyysisessä ja psyykkisessä kunnossa ihmiset ovat katkaisuhoidon aikana.

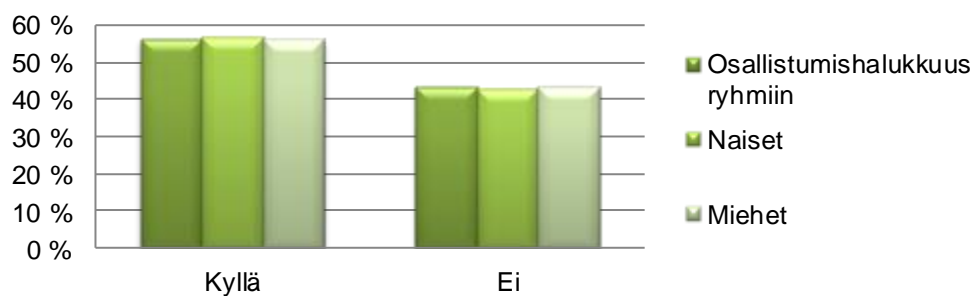


Kuvio 4. Aineiston vastausprosentti.

7.2 Toiminnallisten ryhmien teemat ja osallistumishalukkuus

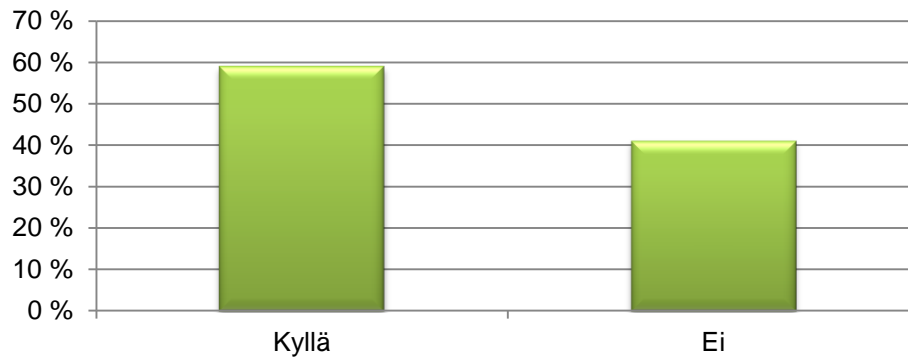
Kysyttäessä alkoholivieroituksessa olevilta asiakkailta heidän halukkuuttaan osallistua ohjattuihin ryhmiin, 38 henkilöä eli 97,4 % ilmoitti mielipiteensä halukkuudestaan osallistua ja yksi henkilö eli 2,6 % ei vastannut kysymykseen.

Naisia vastasi seitsemän, joista neljä henkilöä on halukas osallistumaan ja kolme henkilöä ei ole halukas osallistumaan ohjattuihin ryhmiin. Miehestä kysymykseen vastasi 32 henkilöä. Heistä 18 on halukas osallistumaan ohjattuihin ryhmiin ja 14 ilmoitti, ettei ole halukas osallistumaan. Allaoleva kuvio 5 ilmaisee tämän.



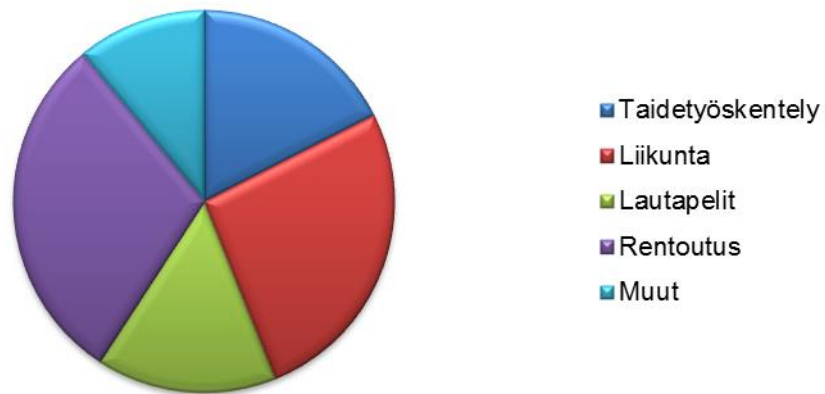
Kuvio 5. Vastaajien osallistumishalukkuus ryhmiin.

Kuten alla olevasta kuviosta 6 ilmenee, vastanneista 23 ilmoitti halukkuutensa osallistua toiminnallisiin ryhmiin ja 16 ilmoitti, ettei ole kiinnostunut osallistumaan toiminnallisiin ryhmiin.



Kuvio 6. Vastaajien osallistumishalukkuus toiminnalliseen ryhmään.

Toiminnallisissa ryhmissä rentoutukseen halusi osallistua 23 henkilöä, 64,1 % vastanneista ja 16 henkilöä, 34,9 % vastanneista ei ollut kiinnostunut rentoutusryhmistä. Kysyttäessä halukkuutta osallistua liikunnalliseen ryhmään, halukkaita oli 12 henkilöä, 30,8 % vastanneista. 69,3 % vastanneista eli 30,8 % ilmoitti, ettei ole kiinnostunut liikunnallisesta ryhmästä. Taidetyöskentelyryhmään halukkaita osallistujia oli kahdeksan henkilöä, joka on 20,5 % vastanneista. Niitä, jotka eivät halunneet osallistua, oli 31 henkilöä, eli 79,5 % vastanneista. Lautapeliin pelaamiseen halukkaita osallistujia oli seitsemän henkilöä, joka on 17,9 % vastanneista. Lautapeliin pelaaminen ei kiinnostanut 32 vastaajaa eli 82,1 % ei halunnut osallistua lautapeliin pelaamiseen. Alla oleva kuvio 7 havainnollistaa ryhmien kiinnostavuuden vastaajien kesken.

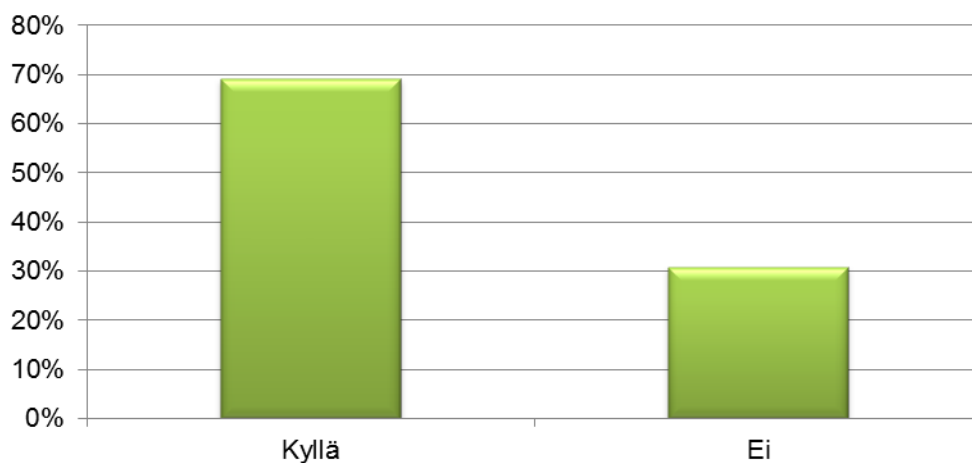


Kuvio 7. Toiminnallisen ryhmän teemat.

Myös muita toiminnallisia ryhmiä ehdotettiin. Näitä olivat musiikin soittaminen, jota kannatti yksi vastaaja. Keskustelua toivoi kaksi vastaajaa. Pasienssin pelaamista toivoi yksi vastaaja. Kirjallinen ryhmä kiinnosti yhtä vastaajaa.

7.3 Informatiivisten ryhmien teemat ja osallistumishalukkuus

Informatiivisiin ryhmiin halukkaita osallistujia oli 69 % eli 27 henkilöä ja heitä jotka eivät olleet halukkaita osallistumaan, oli 31 % eli 12 henkilöä.



Kuvio 8. vastaajien osallistumishalukkuus informatiiviseen ryhmään.

Alla olevasta kuviosta 9 voidaan todeta, informatiiviseen ryhmään osallistuneista 10 henkilöä 25.6 % ilmoitti olevansa halukas osallistumaan ryhmään jossa jaetaan tietoa päihteidenkäytön haitoista. 29 vastaajaa eli 74.4 % ilmoitti, ettei ole kiinnostunut osallistumaan. Terveysvalistusryhmään halukkaita osallistujia oli 11 vastanneista eli 28.2 %. Heitä, jotka eivät olleet kiinnostuneita, osallistumaan oli 28 vastaajaa, eli 71.8 %. Ryhmään, jossa jaetaan tietoa alkoholivieroituksen lääkehoidosta, halukkaita osallistujia oli 13 henkilöä, eli 33.3 % vastanneista. 26 vastaajaa eli 66.7 % ei ollut kiinnostunut osallistumaan. Ryhmään, jossa jaetaan tietoa jatkohoitomahdollisuuksista, oli halukkaita osallistumaan 12 henkilöä, eli 30.8 % vastanneista. Heitä, jotka eivät halunneet osallistua, oli 26 henkilöä eli 66.7 %. Vastaajista yksi jätti vastaamatta kokonaan kysymykseen.



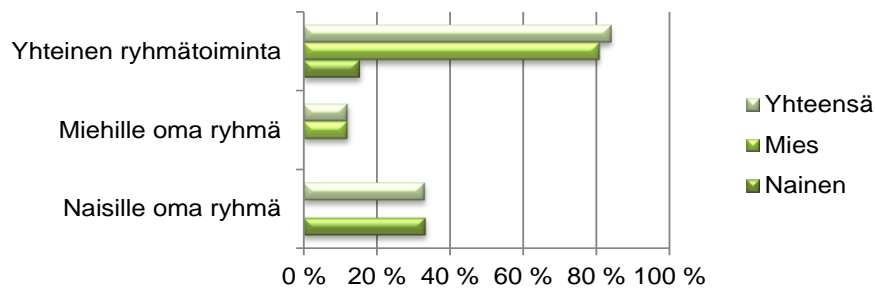
Kuvio 9. Informatiivisen ryhmän teemat.

Informatiivisen ryhmän aiheiksi nousi myös muita ehdotuksia. Informaatiota ahdistuksesta toivoo yksi vastanneista. Tietoa pitkäaikaisista vieroitusoireista toivoo yksi vastanneista. Psykologin vastaanottoa toivoo yksi vastanneista.

7.4 Vastaajien toiveet ryhmien kokoonpanosta ja ikäryhmistä

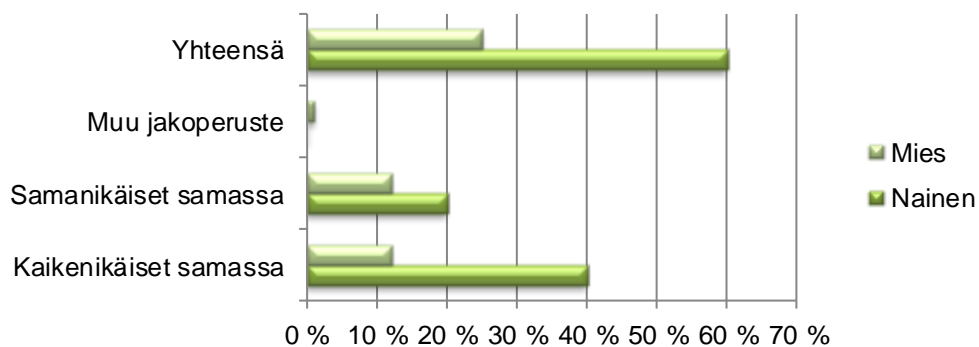
Ryhmän kokoonpanosta, tarkemmin siitä, pitäisikö naisille ja miehille olla oma ryhmänsä vai voisivatko he olla samassa ryhmässä, kaikkien 31 vastanneen kesken mielipiteet jakautuivat siten, että 33,33 % naisista eli kaksi vastasi toivo-

vansa naisille omaa ryhmää. Miehistä ei kukaan toivonut naisille omaa ryhmää. Miehillä omaa ryhmää toivoi 12 % eli kolme miespuolista vastaajaa, vastaavasti yhtään naista ei toivonut miehille omaa ryhmää. Naisille ja miehille yhteistä ryhmätoimintaa toivoi 83,87 % eli suurin osa, 26 vastaajaa, joista naisia oli 15,38 % eli neljä ja 84,6 % eli miehiä 22. Kaikista vastaajista naisia oli 19,35 % eli kuusi ja 80,64 % miehiä eli 25 henkilöä. Tähän kysymykseen jätti vastaamatta jätti kahdeksan henkilöä.



Kuvio 10. Ryhmän kokoonpano.

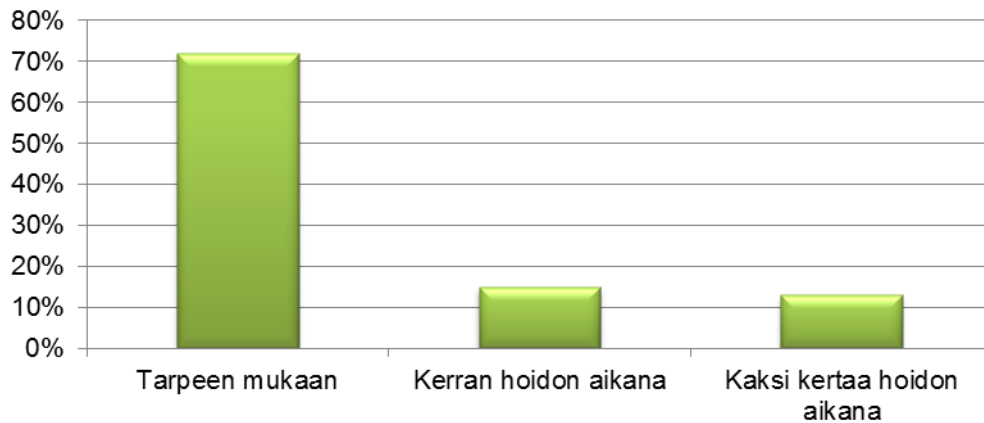
Alla olevasta kuviosta 12 voidaan todeta, toiveet ryhmien ikäjakaumasta jakautuivat siten, että naisista neljä eli 80 % ja miehistä 12 eli 48 % toivoivat kaikenikäisten olevan samassa ryhmässä. Samaan ikäryhmään kuuluviin ryhmiin jakautumista toivoi 40 % naisista kaksi ja 48 % miehistä 12 vastaajaa. Muu jakoperuste oli yhden miehen toiveena. Vastanneita tähän kysymykseen oli 31. Naisia kuusi eli 19,35 % ja miehiä 25 henkilöä eli 80,64 %



Kuvio 11. Ryhmien kokoonpano ikäryhmittäin.

7.5 Vastaajien osallistumishalukkuus tukikeskusteluihin

Alla olevasta kuviosta 10 selviää, että tarpeen mukaan tukikeskusteluja henkilökunnan kanssa toivoo suurin osa, yli 60 % vastaajista. Kerran, tai kaksi kertaa hoitojakson aikana tukikeskusteluja kaippaa alle 20 % vastanneista.



Kuvio 12. Tukikeskustelut henkilökunnan kanssa.

Tukikeskustelujen aiheen vaihtoehtoina olivat elämäntilanne, ihmissuhteet, päihteidenkäyttö ja muu, mikä? vaihtoehdot. Useimmat vastasivat haluavansa keskustella kaikista valmiina olevista aiheista. Lähes jokainen vastasi haluavansa keskustella päihteiden käytöstään ja ihmissuhteistaan. Vain muutama jätti vastaamatta tähän kysymykseen kokonaan. Tästä voidaan päätellä että keskustelujen tarvetta on, varsinkin päihteiden käytön ja ihmissuhdeasioiden alueella.

8 YHTEENVETOA JA POHDINTAA

Opinnäytetyössä haettiin vastausta siihen, pitäisikö A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhuoltoasemalle perustaa ohjattuja ryhmiä sekä tukikeskusteluja alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille. Olisivatko asiakkaat kiinnostuneita osallistumaan toiminnallisiin vai informatiivisiin ryhmiin. Kyselyssä haettiin vastausta myös siihen, mistä aiheista alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat haluaisivat tukikeskusteluja.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että suuri osa alkoholivieroituksessa olevista asiakkaista asuu yksin. Ohjattu ryhmätoiminta mahdollistaa yksin asuvalle henkilölle kokemuksen olla kanssakäymisestä muiden ihmisten kanssa ja saada vertaistukea alkoholiongelmaansa. Tuloksista selviää, että yksin asuvista suurin osa on miehiä. Tästä voidaan päätellä että yksin asuvat miehet ovat juuri niitä, jotka ovat vaarassa syrjäytyä ja jäädä yksin. Yksinasuvista vastaajista suurella osalla hoitokertoja katkaisuhuoltoasemalla on enemmän kuin kymmenen kertaa.

Työttömänä tai eläkkeellä elää suurin osa vastaajista. Tämä voi vaikuttaa aktiivisuuteen osallistua ohjattuihin ryhmiin. Kun ihmiseltä puuttuu sosiaalinen verkosto, hän on vaarassa erakoitua ja kanssakäyminen ihmisten kanssa vaikeutuu. Tähän saattaa osasyynä olla vähäinen varallisuus ja alkoholiongelmat.

Toiminnallisista ryhmistä kiinnostuneita oli selkeä enemmistö. Suosituimmaksi ryhmäksi nousi rentoutus, seuraavana liikunta. Lautapelit ja taidetyöskentely saivat keskenään lähes yhtä paljon kannatusta. Muutama vastaaja toivoi keskustelua. Myös muita vaihtoehtoja ehdotettiin, kuten kirjallinen ryhmä ja patientssin pelaamista.

Informatiivisiin ryhmiin halukkaita osallistujia oli huomattavasti vähemmän kuin toiminnallisiin ryhmiin halukkaita osallistujia. Informatiivisista ryhmistä suosituimmaksi muodostui ryhmä, jossa jaetaan tietoa alkoholivieroituksen lääkehoidosta. Tästä voidaan päätellä, että lääkitys on merkittävä osa katkaisuhuolto.

Tutkimuksen tulosten tulkintaa hankaloitti hieman se, että osa vastaajista oli vastannut, etteivät ole kiinnostuneita osallistumaan ohjattuihin ryhmiin ja silti he olivat vastanneet haluavansa osallistua esim. toiminnallisista ryhmistä lautapeliin pelaamiseen.

Kyselytutkimuksen tuloksista voidaan havaita, että ryhmätoiminta Turun katkaisuhoidon osastolle on toivottavaa. Ryhmien sisällön vaihtoehtoisista toiminnallisista ryhmistä keräsi vastanneiden enemmän kiinnostuneita. Onkin ollut mielenkiintoista huomata, miten nopeasti alkoholinvieroitus ja krapulaoireet hellittävät, kun tiedossa on jotain tekemistä. Juuri tekemisen puute ja tyhjä aika on monelle alkoholi-ongelmien kanssa kamppailevalle ”myrkkyä”. Toiveena olisikin, että asiakas saisi positiivisen kokemuksen ohjatussa ryhmässä tekemiseen. Tämä voisi olla kimmokkeena asiakkaalle aloittaa joku ryhmätoiminta tai harrastaminen ryhmässä katkaisuhoidosta kotiututtuaan.

Kyselytutkimusta varten varattu laatikko sijaitsi sairaanhoitajien huoneessa, jonne halukkaat vastaajat saivat täytetyn kaavakkeen palauttaa. Tämä tapahtui usein lääkkeenjaon yhteydessä. Tällä varmistettiin, etteivät muut asiakkaat pääse lukemaan vastauksia ja näin vastaajien nimettömyys säilyi. Vapaaehtoisuus sekä nimettömyys uskoakseni auttoivat näinkin suuren vastausmäärän saamisessa. Asiakkaat, jotka vastasivat kyselyyn, olivat aidon kiinnostuneita siitä, tulevatko ohjatut ryhmät todella katkaisuhoidon sisältöön ja milloin. Joillakin oli ajatuksena, etteivät vastaa koska he eivät ole hoidossa enää silloin, kun ryhmät tulevat päiväohjelmaan. Kuitenkin joillain heistä oli aiempia käyntikertoja katkaisuhoidon osastolla useita, jopa kymmeniä. Tämä taas kertoo melko mittavasta alkoholi-ongelmasta ja siitä, ettei asiakkaalla ole halua tai hän ei kykene näkemään päihdeongelmaansa. Asiakas saattaa olla sitä mieltä, että tämä hoito viimeinen eikä hoitoa enää tulevaisuudessa tarvitse.

Aiempien vastaavien tutkimustulosten vastaukset ovat samansuuntaisia. Ohjattua ryhmätoimintaa ja tukikeskusteluja saisi olla nykyistä enemmän katkaisuhoidon aikana. Kuten Uravuori ja Vuorinen opinnäytetyössään ”Juttelu tuokioita saisi olla enemmän” Akuuttikatkaisuhoidon potilaiden mielipiteitä päihdehoitotyön auttamismenetelmien toteuttamisesta ovat tutkineet, keskustelut hoitajien kans-

sa osoittautuivat tärkeäksi osaksi katkaisuhuhoitoa. Elämäntilanteesta keskusteleminen varsinkin nousi esiin. (Uravuori & Vuorinen 2009, 28.)

Kuten Hasanen 2008 opinnäytetyössään; A-klinikan katkaisuhoidon asiakkaiden kokemuksia A-klinikan ryhmistä Espoon Leppävaarassa toteaa, katkaisuhoidoasiakkaat kokivat ryhmässä käymisen mahdollisuutena toteuttaa itseään, ryhmien maksuttomuus sekä raittiina olemisen keinojen saaminen. Sosiaalisiksi syiksi muodostuivat erilaiset ihmiset ja heidän tarinansa, jotka koettiin voimauttavana. Asiakkaat kokivat pystyvänsä peilaamaan omia kokemuksiaan päihteiden käytöstään ja elämästään. Keskustelut koettiin myös tärkeäksi osaksi hoidon sisältöä. Useat asiakkaat kokevat itsensä ajoittain yksinäiseksi ja keskustelutuokiot auttoivat lievittämään yksinäisyyden tunteita. Ryhmässä käymisestä nousi esiin osallistuminen ryhmään selvin päin, joka kokemuksena oli monelle uusi. (Hasanen 2008, 36). Tämänkaltaiset tulokset tukevat tutkimukseni tarpeellisuutta. Oman tutkimukseni tulokset ovat samansuuntaisia. Vaikka Hasanen tutki jo toiminnassa olevia ryhmiä ja minä asiakkaiden halukkuutta osallistua ohjattuun ryhmätoimintaan ja/tai tukikeskusteluihin.

Tutkimuksen luotettavuutta koskevaa havainnointia on ainakin se, että aineistoa kerätessä tuli vaikutelma, että asiakkaat jotka vastasivat kyselyyn, pitivät erittäin tärkeänä sitä, että kyselyyn saa vastata nimettömänä. Suurin osa vastaajista kykeni vastaamaan täysin itsenäisesti, osa vastaajista keskusteli muiden asiakkaiden kanssa lähinnä siitä, olivatko he ymmärtäneet kysymykset oikein. Keskustelua vastaajien kesken tuntui herättävän myös se, onko kaikkiin kysymyksiin vastattava. Aikaa vastaamiseen oli riittävästi, jopa useita päiviä. Vastaajille kerrottiin että apua kyselyn täyttämiseen saa henkilökunnalta, mikäli sitä tarvitsee. Suurin osa vastasi itsenäisesti kysymyksiin.

Tutkimusaineiston laajuus, 39 kappaletta vastattuja kyselykaavakkeita on riittävä määrä vastaamaan siihen, mitä tutkittiin. Vastauksista ilmeni että ohjattu ryhmätoiminnalle sekä tukikeskusteluille on tarve.

Tutkimuksen tulokset eivät yllätä. Oma ajatukseni kokemukseni perusteella oli juuri saatujen tulosten kaltainen. Olen työskennellessäni Turun katkaisuhoi-

toasemalla keskustellut usein alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden kanssa hoidon sisällöstä. Keskusteluissa on tullut ilmi tutkimuksen aiheena olevan toiminnan puuttuminen.

Tutkimukseen vastaajien määrä yllätti positiivisesti. Ajatuksissani oli, etteivät alkoholivieroituksessa olevat asiakkaat jaksa vastata monisivuiseen kysymyslomakkeeseen, vaan toisin kävi. Asiaa saattoi auttaa henkilökunnan motivointi.

Kysymysten vähäinen määrä, 50 kyselykaavaketta ei kovin suuria tieteellisiä tuloksia anna, mutta tarvittavan tuloksen tähän tutkimukseen. Vastausten määrä, 78 % oli kuitenkin melko runsas, huomioiden alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden kunto.

LÄHTEET

Kirjallisuus

Ahonen, J. 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 51. Jyväskylä: Gummerus Oy.

A-klinikkasäätiön Turun A-klinikkatoimi. Katkaisuhuoltoasema. Viitattu 17.2.2013 http://www.turunaklinikka.fi/site/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

Hasanen, S. 2008. A-klinikan katkaisuhoidon asiakkaiden kokemuksia A-klinikan ryhmistä Espoon Leppävaarassa. Opinnäytetyö. DiakEteläHelsinki.

Heikkinen-Peltonen, R.; Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.

Heinonen, J. (toim.) 2012. Kuin kala verkossa. Helsinki: Promentheus kustannus Oy

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

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy

Jauhiainen, R. & Eskola, M. 1993. Ryhmäilmiö. WSOY:n graafiset laitokset

Kaila, H. 1998. Terapiaa ryhmätyönä. Historiaa Suomesta. Helsinki: Ryhmätyö ry, Seurakuntaopisto, Mielenterveyden Keskusliitto.

Kaipio, K & Ruisniemi, A. 2009. Ihan oikea ihme. kirjoituksia päihdetyöstä. Vapaan Alkoholisti-huollon Kannatusyhdistys- VAK ry.

Kajamaa, R. 1998. Projektiivinen identifikaatio ihmissuhteissa ja psykoterapiassa. Teoksessa Arppo, M. ; Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmäpsykoterapian perusteet. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino, Gummerus Oy.

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

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

Lindroos, H. & Segercrantz, U. 2009. Yksilöksi ryhmässä. Ryhmäanalyysi suomalaisessa terapiatyössä. Oy Yliopistokustannus, HYYYYhtymä.

Niemistö, R. 1998. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Nätkin, R.(toim.). 2006. Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS.kustannus.)

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pyörälä, E. 1991. Nuorten aikuisten juomakulttuuri Suomessa ja Espanjassa. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste n:o 183. Helsinki: Hakapaino Oy.

Pölönen, R. & Sitolahti, T. 2003. Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino.

Ruusuvuori, J & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Salaspuro, M. (Toim.); Kiianmaa, K. (Toim.) & Seppä, K. (Toim.). 1998. Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Seppä, K.; Alho, H & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Soinila, S. 2009. Aivot. Pidä huolta pääomastasi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tammi, T.; Aalto, M. & Koski- Jännes, A. 2009. Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisyn menetelmistä. Porvoo: Ws Bookwell.

Uravuori, A. & Vuorinen, T. 2009. ”Juttelu tuokioita saisi olla enemmän.” Akuuttikatkaisuhoitopöytätilaisten mielipiteitä päihdehoitotyön auttamismenetelmien toteutumisesta. Hoitotyön ammattikorkeakoulututkimnon opinnäytetyö, Hämeen Ammattikorkeakoulu.

Wets, R. 2010. Theory of Addiction. Oxford, UK: Blackwell Publishing: Addiction Press.

Artikkelit

Østhus, S. 2012. Nordic alcohol statistics 2007- 2011. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. Vol.29, no 6, 611- 612.

Tiimi, Päihdetyön erikoislehti 2013. Asiakkaiden ajatuksia hyvästä katkaisuhoidosta. numero 3/2013, 6-11.

Haastattelut

Paavo Järvi & Anne Jussila, A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhoidon Preikki- huumevieroitusyksikön ohjaajat 22.8.2013.

Marika Bulasoff, A-klinikkasäätiön Turun katkaisuhoidon palveluohjaaja 1.11.2013.

Internet

THL. 2010. Päihdehaittakustannukset 2010. Viitattu 1.11.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/paihdehaittakustannukset.

Tutkimuslupapyyntö

24.1.2013

Hyvä Hannu Ranta ja Tanja Kauppinen,

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa sosiaalialan koulutusohjelmassa. Valmistun vuoden 2013 jouluna sosionomiksi (AMK) ja tutkimuslupapyyntö koskee opinnäytetyötäni.

Olen ollut harjoittelussa Turun katkaisuhuoltoasemalla loppuvuodesta 2011 sekä tehnyt sijaisuuksia 2011 alkaen katkaisuhuoltoasemalle, toimien siellä ohjaajana niin katkon kuin Preikin puolella. Lisäksi olen sijaistanut palveluohjaajaa kesällä 2012 kaksi viikkoa. Näillä tiedoilla ja keskusteltuani katkaisuhuoltoaseman henkilökunnan kanssa heräsi ajatus kehittää myös alkoholiasiakkaille jonkinlaista ryhmätoimintaa.

Tarkoituksena on järjestää asiakaskysely alkoholivieroituksen asiakkaille siitä, minkälaista ohjattua ryhmätoimintaa he toivoisivat katkaisuhoidon ajalle. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Uskon tutkimuksestani olevan hyötyä työryhmälle ohjatun toiminnan sisällön suunnittelussa.

Olen keskustellut opinnäytetyön aiheesta opettajani kanssa ja hän on hyväksynyt aiheen.

Lähetän tämän lupapyyntöni sähköisesti, jotta se tulee perille mahdollisimman nopeasti.

Ystävällisin terveisin

Päivi Kauppinen

Puistokatu 12 A 19

20100 Turku

p. 040-9631272

paivi.s.kauppinen@a-klinikka.fi

TUTKIMUSLUPA

<https://keskuststo.a-klinik>

A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

Kauppinen Päivi

TUTKIMUSLUPA

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön *Hoidon sisällön kehittäminen Turun katkaisuhoidon alkoholivieroituksessa oleville asiakkaille - asiakaskysely*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 24.01.2013, toteuttamiselle Länsi-Suomen palvelualueella myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta on puoltanut aluejohtaja Hannu Ranta.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

Tutkittaville asiakkaille on korostettava, että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteluja. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, eikä kieltäytyminen vaikuta asiakkaan oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemiaan palveluja.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämäänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päättyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 01.02.2013

Olavi Kaukonen
VTT, dos., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämissjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 0 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta
Turun A-klinikkatoimi

Informaatiokirje

Informaatiokirje alkoholikatkaisussa oleville asiakkaille kyselytutkimukseen osallistumisesta

Olen Päivi Kauppinen Turun ammattikorkeakoulusta ja etsin vapaaehtoisia tutkimukseen, jonka teen opinnäytetyönäni. Tavoitteena on Turun katkaisuhoidon alkoholivieroituksessa olevien asiakkaiden hoidon sisällön kehittäminen ja asiakkaiden toiveiden huomioiminen ohjatusta ryhmätoiminnasta sekä tukikeskusteluiden tarpeesta.

Tutkimusta varten olen laatinut muutaman kysymyksen, joihin toivon sinun vastaavan. Aikaa vastaamiseen kuluu noin 5-10 minuuttia. Voit osallistua tutkimukseen 21.4.2013 saakka.

On tärkeää, että vastaat. Vain siten saan tietooni juuri sinun toiveesi katkaisuhoidon sisällön suhteen. Kyselylomakkeessa on kuusi sivua ja ne sisältävät yhteensä yhdeksäntoista (19) monivalintaista kysymystä. Valitset haluamasi vaihtoehdon/vaihtoehdot rastittamalla sinulle kussakin kohdassa parhaiten sopivan vaihtoehdon tai vaihtoehdot. Tarvittaessa voit pyytää apua henkilökunnalta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun vastaat nimettömänä ja tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Terveisin ja yhteistyöstäsi kiittäen

Päivi

KYSELYLOMAKE

Turun ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kyselylomake
Kauppinen Päivi

Kevät 2013

TAUSTATIEDOT

Laita rasti valitsemasi vaihtoehdon/vaihtoehtojen kohdalla olevaan ruutuun.

1.
Ikä _____ v

2.
Sukupuoli

nainen

mies

3.
Elämäntilanne

asun jonkun kanssa

asun yksin

asunnoton

4.
Työtilanne (Rastita vain yksi tämänhetkistä tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto)

työssä

työtön

opiskelen

eläkkeellä

muu, mikä? _____

5.

Tämänkertainen katkaisuhuotoaika

- 1 -3 vrk tai lyhyempi
- 3 -6 vrk
- pidempi kuin 6 vrk

6.

Oletko nyt tulossa katkaisuhuutoon

- ensimmäisen kerran
- toista kertaa
- kolmatta kertaa
- 4-10 kertaa
- useammin

7.

Oletko koskaan osallistunut minkäänlaiseen ryhmätoimintaan missään?

- kyllä
- en

TOIVEET OHJATUISTA RYHMISTÄ

8.

Olisitko halukas osallistumaan ohjattuihin ryhmiin katkaisuhoidon aikana?

(Rastita tilannettasi kuvaava vaihtoehto)

- kyllä
- en

9.

Mitkä asiat motivoivat sinua osallistumaan ohjattuihin ryhmiin? Rastita seuraavista vaihtoehdoista mieleisesi. Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Osallistuminen tuo sisältöä katkaisuhuoltoon
- Osallistuminen tuo uusia ajatuksia elämäni
- Minulla on hyviä kokemuksia ohjattuihin ryhmiin osallistumisesta
- Minulle on suositeltu ryhmämuotoista toimintaa
- Hoito katkaisuhuoltoasemalla velvoittaa osallistumaan ryhmiin
- muu, mikä? _____

10.

Mitkä asiat estävät osallistumiseni ohjattuihin ryhmiin? Rastita seuraavista vaihtoehdoista mieleisesi. Voit valita useamman vaihtoehdon.

- olen liian huonokuntoinen osallistuakseni
- heikentynyt keskittymiskyky
- ryhmätoiminta ei tunnu minulle sopivalta toiminnalta
- en koe hyötyväni ryhmätoiminnasta millään lailla
- en halua käsitellä asioitani muiden asiakkaiden kanssa
- muu, mikä? _____

11.

Jos vastasit kysymykseen 8 kyllä, eli haluat osallistua ryhmiin, rastita seuraavista vaihtoehtoista mieleisesi. Voit valita useamman vaihtoehdon toiminnallisista ja/tai informatiivisista ryhmävaihtoehtoista.

- toiminnallinen ryhmä
- taidetyöskentely (esim. maalaus)
- liikunta (esim. Mөлkky, tikanheitto)
- lautapelit (esim. Afrikan tähti, Alias)
- rentoutus (esim. jooga)
- muu, mikä? _____

informatiivinen ryhmä

- tietoa päihteidenkäytön haitoista
- terveysvalistusta
- tietoa alkoholivieroituksen lääkehoidosta
- tietoa jatkohoidon mahdollisuuksista
- muu, mikä? _____

12.

Kuinka usein toivoisit ryhmien kokoontuvan? (Rastita vain yksi annetuista vaihtoehtoista)

- kerran viikossa
- kaksi kertaa viikossa
- kolme kertaa viikossa tai useammin

13.

Kuinka kauan toivoisit ryhmien kerrallaan kestävän? (Rastita vain yksi annetuista vaihtoehdoista)

- 1 tunnin ajan
- 2 tunnin ajan
- joku muu aika, mikä? _____

14.

Ryhmän kokoonpano: (Rastita vain yksi annetuista vaihtoehdoista)

- naisille omaa ryhmätoimintaa
- miehille omaa ryhmätoimintaa
- naisille ja miehille yhteistä ryhmätoimintaa

15.

Toiveesi ryhmien ikäjakaumasta? (Rastita vain yksi annetuista vaihtoehdoista)

- kaikenikäiset samassa ryhmässä
- samaan ikäryhmään kuuluvat omassa ryhmässään
(esim. alle 40-vuotiaat ja yli 40-vuotiaat)
- muu jakoperuste,
mikä? _____

16.

Minkälaisia odotuksia sinulle on ryhmätoiminnan suhteen?

TUKIKESKUSTELUT

17.

Toivoisitko tukikeskusteluja henkilökunnan kanssa? (Rastita vain yksi annetuista vaihtoehdoista)

- kerran hoitajakson aikana
- kaksi kertaa hoitajakson aikana
- tarpeen mukaan

18.

Millaisista asioista toivoisit keskustelua? (Rastita haluamasi vaihtoehdot. Voit valita useamman vaihtoehdon)

- elämäntilanteestani
- ihmissuhteistani
- päihteidenkäytöstäni
- Muusta, mistä?

19.

Minkälaisia odotuksia sinulla on tukikeskustelujen suhteen?

KIITOS VASTAUKSESTASI !!!
