



Katri Paakkanen ja Ida Syrjä

Sosiaalisten suhteiden merkitys ja vertaisuuden voima

Helsingin Avominne klinikalla riippuvuushoidossa
olleiden kokemuksia

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi (AMK)

Sosiaalialan tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

27.10.2022

Tekijä	Katri Paakkanen & Ida Syrjä
Otsikko	Sosiaalisten suhteiden merkitys ja vertaisuuden voima
Sivumäärä	48 sivua + 2 liitettä
Aika	27.10.2022
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sosiaalialan tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Katja Ihamäki Lehtori Taina Valkeapää

Päihderiippuvuudet ja päihteiden käytöstä aiheutuvat haitat ovat laajasti esillä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Päihdepalveluiden kirjo on jakautunut julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välille. Työelämän yhteistyökumppanina ja opinnäytetyön tilaajana on Avominne, joka on yksityinen Minnesota-malliin perustuva riippuvuuskuntoutusta tuottava yritys. STM:n alainen Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) on antanut suosituksen alkoholi-riippuvuuden hoidossa tai kuntoutuksessa käytettävistä vaikuttaviksi todetuista psykososiaalisista menetelmistä. 12 askeleen ohjelma, jollaiseen Minnesota-hoitokin perustuu, on mukana näissä suosituksissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Avominnen Helsingin klinikalla vuosina 2016–2021 olleiden potilaiden kokemuksia hoidosta sekä tuottaa tietoa raittiuden ylläpitämisestä ja vaikutuksista koettuun elämänlaatuun.

Työssämme teoreettisen viitekehyksen muodostavat hyvinvoinnin sosiaaliset ulottuvuudet: sosiaaliset suhteet ja niistä saatava tuki sekä vertaisuus ja vertaistuki. Opinnäytetyö toteutettiin pääsääntöisesti laadullisena tutkimuksena, ja tutkimusmenetelmänä oli lomakekysely. Aineiston kerääminen aloitettiin lähettämällä kirjeitse 131:lle Avominnen asiakkaalle osallistumiskutsu sähköiseen kyselyyn, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Suljetuilla kysymyksillä saatiin vastaajien raittiuteen ja elämänlaatuun liittyvää numeerista tietoa. Avoimilla kysymyksillä saatiin aineistoa heidän kokemuksistaan ja erilaisten sosiaalisten suhteiden merkityksestä. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin keinoin teemoittelemalla. Työskentelyssä yhdistyivät aineistolähtöinen ja teoriaohjaava lähestymistapa.

Tekemämme kyselyn perusteella Avominnen riippuvuushoito on pidetty ja se koetaan toimivaksi. Kaikki vastanneet kokevat elämänlaatussa parantuneen hoidon aloittamisen jälkeen. Tieto riippuvuudesta sairautena ja vertaisuus näyttäytyvät merkittävänä osana toipumisprosessia. Oman tarinan kertominen, toisten tarinoiden kuuleminen ja ryhmästä saatu tuki ja vertaissuhteet koetaan hoidossa vaikuttaviksi tekijöiksi. Myös läheispäivä koetaan tärkeäksi osaksi hoitojaksoa. Silloin potilaan läheiset saavat tietoa riippuvuudesta sairautena sekä mahdollisuuden kertoa, miten potilaan riippuvuus on heihin vaikuttanut. Sosiaalisten suhteiden korjaantumisella on suuri vaikutus koettuun hyvinvointiin.

Opinnäytetyössämme tuotimme Avominnelle tietoa siitä, kuinka suuri osa hoitojakson käyneistä on pysynyt raittiina. Työmme myös lisää tietoutta avohoitona toteutettavasta Minnesota-mallisesta hoitomenetelmästä. Ennen kaikkea työ antaa äänen riippuvuudesta toipuvien kokemuksille. Tulokset tekevät näkyväksi vertaisuuden merkityksen ja läheisten mukaan ottamisen tärkeyden riippuvuudesta toipumisessa. Kokemusten kuuleminen on tärkeää ilmiöiden ymmärtämisen kannalta, ja niitä voidaan hyödyntää esimerkiksi palveluiden kehittämisessä. Toipumistarinat, mutta myös tarinat retkahtamisesta, ovat tärkeitä siksi, että ne luovat toivoa toipumisen mahdollisuudesta ja lieventävät riippuvuuteen liittyvää stigmaa osoittamalla, että epäonnistuminen on inhimillistä. Kokemusten tutkiminen on kiinnostavaa, ja sitä voisi jatkaa monesta lähtökohdasta, esimerkiksi nais erityisesti näkökulmasta.

Avainsanat	sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki, vertaisuus, vertaistuki, päihderiippuvuus, päihdekuntoutus, Minnesota-hoito
------------	--

Author	Katri Paakkanen & Ida Syrjä
Title	The Significance of Social Ties and the Power of Peers
Number of Pages	48 pages + 2 appendices
Date	27 October 2022
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Instructors	Katja Ihamäki, Senior Lecturer Taina Valkeapää, Senior Lecturer
<p>Alcohol and drug related harm and addictions play a significant role in Finnish health care and social services. The service system is scattered into three sectors which are municipalities, NGOs and private providers. This thesis is produced in collaboration with Avominne, a company providing addiction treatment based on the Minnesota model of recovery. The purpose of this thesis is to bring to light the experiences of patients recovering in a group treatment model based on the 12-step principles. The Council for Choices in Health Care in Finland recommends psychosocial interventions, such as 12-step programs, in the treatment of substance use disorders.</p> <p>Theoretical framework of this qualitative study is based on social elements of well-being including social ties, social support, peers and peer support. Our research method was survey, and the material was collected with an online questionnaire. An invite to take part in the survey was sent to 131 patients who were customers at Avominne Helsinki clinic during years 2016–2021. The survey consisted of both closed and open-ended questions. Closed questions collected quantitative data of the patients' maintaining sobriety and their experiences of quality of life. Information about the respondents' thoughts and experiences was gathered with open-ended questions. The study used content analysis as a tool to identify themes in the qualitative data. Approach to analyzing the material was both theory-guided and material-based.</p> <p>According to our survey Avominne's treatment is well-liked and effective. All the respondents felt that their quality of life was better after starting the treatment. A remarkable part of the recovery process lies within understanding that addiction is a disease. The study also reflects the importance of peers and the support they provide. Sharing one's personal history and listening to other patients' life-stories is an important and meaningful part of the recovery process. The family day is a highly regarded part of the treatment, where family members and other significant others get to learn about the addiction as a disease. In addition, it serves as an opportunity to share thoughts and feelings about how addiction affects them. Rebuilding a broken relationship is very important to a person's well-being.</p> <p>The study provided statistical data to Avominne about the quantity of patients who were able to maintain sobriety after attending treatment. This thesis also gives further awareness about the Minnesota model of recovery. Furthermore, it highlights the importance of peer support as well as including loved ones in the treatment process. Learning about experiences of addiction and recovery are a key factor in understanding the subject. They should be acknowledged when developing services for people with addiction. Above all, stories of recovery and relapse reduce the stigma of addiction and bring hope that a change is possible. Studying experiences is fascinating, and further research could be done from several points of view, for example from a female-specific perspective.</p>	
Keywords	social ties, social support, peer support, addiction, addiction recovery, Minnesota model of recovery

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Päihteidenkäyttö ja päihderiippuvuus ilmiönä	3
2.1	Päihderiippuvuus	3
2.2	Ongelmakäytön vaikutukset yksilöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan	4
3	Toimintaympäristönä suomalainen päihdehuolto	6
3.1	Päihdehuoltoa säätelevät lait	6
3.2	Palvelupolku	6
3.3	Ihmisen arvostava kohtaaminen	7
3.4	Ideaalina moniammatillinen ja sektorirajat ylittävä yhteistyö	8
4	Avominne ja Minnesota-malli	9
4.1	Minnesota-malli	10
4.2	Hoidon keskeiset elementit ja hoito käytännössä	11
5	Teoreettisena viitekehyksenä hyvinvoinnin sosiaaliset ulottuvuudet	13
5.1	Sosiaaliset suhteet ja niistä saatava tuki	14
5.2	Vertaisuus ja vertaistuki	15
5.3	Poimintoja päihderiippuvuuden tutkimuksesta meiltä ja muualta	18
6	Opinnäytetyön toteutus	20
6.1	Tutkimuskysymys ja kohderyhmä	20
6.2	Laadullinen tutkimus opinnäytetyössä	21
6.3	Eettisyys	22
6.4	Tutkimusprosessi	23
7	Tulokset	25
7.1	Elämänlaatuun vaikuttavat asiat	27
7.2	Merkitykselliset asiat elämässä	29
7.3	Sosiaalisten suhteiden merkitys	30
7.4	Vertaisuus ja sen merkitys	33
7.5	Raittiutta tukevat keinot	36
7.6	Palautetta Avominnelle	37
8	Johtopäätökset	39
9	Pohdinta	41

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

1 Johdanto

Suomalaisen päihdekulttuurin keskiössä on alkoholi: sen käyttö on runsasta, humalahakuista, ja päihtyneenä olemiseen suhtaudutaan melko suopeasti. Etelä- ja Keski-Euroopan viinimaiden juomatavoista poiketen, alkoholia ei tyypillisesti käytetä ruokajuomana, vaan nimenomaan sen päihdyttävien vaikutusten takia. Suomalaisessa juomakulttuurissa alkoholinkäyttö kytkeytyy vahvasti vuodenkiertoon liittyviin juhliin, lomiin sekä työviikon jälkeiseen rentoutumiseen. (Karlsson & Kotovirta & Tigerstedt & Warpenius 2013: 12, 20–22.) Alkoholismia esiintyy kaikissa yhteiskuntaluokissa, mutta juomisen tavoissa on perinteisesti ollut eroja parempiosaisten ja huono-osaisten sosioekonomisten ryhmien välillä. Huono-osaisten ryhmässä humalajuominen ja alkoholin suurkuluttaminen on ollut yleisempää. (Mäkelä 2018: 169.)

Alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholiin liittyvät kuolemantapaukset ovat väestötasolla vähentyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta alkoholiriippuvuus on edelleen merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Miehistä noin 10–15 % sairastuu alkoholiriippuvuuteen jossain vaiheessa elämäänsä, ja myös naisilla alkoholiriippuvuus on lisääntynyt. (Huttunen 2018.) Lisäksi sen rinnalle on tullut eri huumeusaineiden, kuten kannabiksen, amfetamiinin tai ekstaasin sekä huumeopioidien kasvava käyttö (Warpenius 2021: 11–12, 19–20). Kasvun merkittävyyttä kuvaa esimerkiksi se, että vuoden 2020 alussa rattijuopumusepäilyistä huume- ja lääkerattijuopumusepäilyjä oli ensimmäistä kertaa enemmän kuin alkoholirattijuopumusepäilyjä (Rönkä & Markkula 2020: 97).

Julkisessa keskustelussa päihteiden käyttö on esillä usein siihen liittyvien tai siitä aiheutuvien ongelmien kautta; tapaturmiin, järjestyshäiriöihin, väkivaltaan ja rikollisuuteen on helppo tarttua. Valtiolle ja kunnille aiheutuu vuositasolla runsaasti suoria ja epäsuoria kustannuksia päihteiden ongelmakäytön vuoksi. Viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollolle, järjestystä ylläpitäville tahoille, oikeuslaitokselle, vankeinhoollolle sekä erilaisten sosiaaliturvan tukien, sairauspäivärahojen tai eläkkeiden maksuna kustannusten määrä on laskennallisten arvioiden mukaan ollut 1,1–1,4 miljardia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: 92–93.)

Yksilötasolla päihteiden ongelmakäyttö tuottaa paljon sosiaalista huono-osaisuutta ja inhimillistä kärsimystä. Ilmiö on läsnä kaikissa sosiaalialan toimintaympäristöissä, ja sen ymmärtäminen on sosionomin ammatillisen osaamisen kannalta keskeistä.

Päihdepalvelut jakautuvat usealle sektorille, joilla toimii niin pieniä, keskikokoisia kuin suuriakin palveluntuottajia erilaisine toimintamuotoineen. Halusimme ennen työelämään siirtymistä hahmottaa ilmiötä paremmin sekä piirtää itsellemme karttaa päihdepalveluista.

Ennen opinnäytetyöprosessin alkamista meille tarjoutui mahdollisuus tehdä opinnäytetyö yhteistyössä Avominnen kanssa. Avominne on yksityinen palveluntuottaja, joka tarjoaa Minnesota-malliin perustuvaa päihdehoitoa, jossa keskeisinä toipumista tukevina elementteinä ovat vertaisuus ja käsitys päihderiippuvuudesta sairautena. Hoitomallissa otetaan huomioon myös läheiset, sillä päihdesairaus koskettaa myös heidän elämäänsä.

Minnesota-mallinen päihdehoito ja -kuntoutus on ollut viime aikoina vahvasti esillä mediassa toipumistarinoiden kautta. Meitä kiinnosti tutustua tähän hoitomalliin ja eritoten sen toteuttamiseen avopalveluna, johon edellä mainitun palvelun kehittäneen Avominnen nimikin viittaa. Hoito perustuu AA:n 12 askeleen ohjelmaan, jossa keskustelu, kuunteleminen ja itsetutkiskelu ovat isossa osassa. 12 askeleen ohjelma on mukana Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston suosituksissa alkoholiriippuvuuden hoidossa tai kuntoutuksessa käytettävistä vaikuttaviksi todetuista menetelmistä (Uusikylä & Laine 2020: 27).

Opinnäytetyömme käsittelee riippuvuudesta kuntoutuvien kokemuksia. Ihminen on sosiaalinen olento ja meitä kiinnosti toipumisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin välinen yhteys. Tarkoituksena oli kerätä kyselyn avulla Avominnen Helsingin klinikalla hoidossa vuosina 2016–2021 olleiden päihdekuntoutujien kokemuksia hoidosta. Avominnella oli tarve saada tilastollista tietoa raittiuden ylläpitämisestä ja hoidon vaikutuksista koettuun elämänlaatuun hoidon tuloksellisuuden esittämisen tueksi. Hyödynsimme osittain valmista kyselyä, jota oli vuonna 2017 käytetty Tampereen Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyössä *Potilaiden tyytyväisyys hoitoon Tampereen Avominnessä*. Muokkasimme kyselyä vastaamaan paremmin sosiaalialan tutkintoon liittyviin teemoihin lisäämällä kyselyyn uusia avoimia kysymyksiä.

Toteutimme opinnäytetyömme laadullisena tutkimuksena, ja teoreettisena viitekehyksenä olivat sosiaaliset suhteet ja niistä saatu sosiaalinen tuki sekä vertaisuus ja vertaistuki. Kyselyssä oli myös suljettuja kysymyksiä, joista saatiin määrällistä tietoa Avominnen käyttöön. Ne eivät kuitenkaan koskettaneet opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä, joten niistä saatu tieto esitellään graafisesti, eikä tuloksia käsitellä laajemmin. Avoimilla kysymyksillä kerättiin aineistoa kyselyyn osallistuvien

kokemuksista. Erityisesti meitä kiinnosti tarkastella hoidossa olleiden kokemuksia sosiaalisten suhteiden ja niiden merkityksen näkökulmasta. Kerätty aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin.

Vertaisuus ja omakohtaiseen kokemukseen perustuva asiantuntijuus ovat tänä päivänä paljon esillä sosiaalialalla. Palveluiden järjestämisessä pyritään niin kansallisella tasolla kuin eri palvelua tuottavilla sektoreilla asettamaan asiakas ja tämän kokemukset keskiöön (Wahlbeck ym. 2018: 13), ja vertaistyon merkitys asiakkaiden osallisuuden, toimijuuden ja toivon kokemuksen mahdollistajana on tärkeä (Hietala 2018a). Halusimme opinnäytetyössämme tuoda esille asiakkaan ja palvelun käyttäjän oman äänen ja kokemukset.

2 Päihteidenkäyttö ja päihderiippuvuus ilmiöinä

2.1 Päihderiippuvuus

Päihteiden käytöllä ja sen vaikutuksilla on biologinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Päihteitä käytetään eri syistä, usein niiden tuottaman mielihyvän tunteen tai ahdistusta lieventävän vaikutuksen takia. Riippuvuudessa käytetystä aineesta riippuvaiseksi tulevat sekä keho että mieli; aivoissa tapahtuvien neurokemiallisten ja fysiologisten muutosten lisäksi riippuvuutta ylläpitää ajatus siitä, että mikään muu toiminta ei tuota vastaavaa tunnetta. (Koski-Jännes 2005.) Jatkovana päihteiden käyttö aiheuttaa elimistöön keskushermostollisten muutosten lisäksi pitkäaikaisen stressitilan (Huttunen 2018).

Fyysinen riippuvuus ilmenee usein kasvaneena kykynä sietää käytetyn aineen vaikutuksia, eli toleranssina. Lisäksi käytön lopettamisesta aiheutuu eriasteisia vieroitusoireita, joita pyritään lievittämään jatkamalla käyttöä, usein sitä ajan myötä lisäten. Psyykkisen riippuvuuden taustalla puolestaan on usein valtava avuttomuuden tunne, johon vaikuttavat esimerkiksi aiemmat elämäkokemukset ja sen hetkinen elämäntilanne. (Huttunen 2018.)

Riskiä päihteiden ongelmakäyttöön ja riippuvuuden syntyyn lisäävät perinnölliset tekijät sekä monet mielenterveyden häiriöt (Huttunen 2018). On kuitenkin syytä huomioida, että siihen vaikuttaa myös se sosiaalinen todellisuus, jossa elämme. Yksinäisyys,

vieraantuminen yhteisöstä ja yhteiskunnasta, tulevaisuuden epävarmuus ja traditioiden murtuminen muodostavat ympäristön, joka vahvistaa riippuvuuskäyttäytymistä. (Koski-Jännes 2005.)

Alkoholin osalta ongelmakäyttö jakautuu kolmeen luokkaan, jotka ovat riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Riskikäytön rajat ovat terveellä työikäisellä naisella 12–16 annosta viikossa ja miehellä 23–24 annosta viikossa. Riskikäytöstä ei välttämättä aiheudu käyttäjälle haittoja, mutta käyttöä tulisi aina tarkastella yksilökohtaisesti, sillä haittoja voi aiheutua myös sellaisesta käytöstä, jossa riski määritellään kohtalaiseksi. Kun päihdyttävän aineen käyttö määrällisesti tai käyttötavoiltaan aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia haittoja, on kyseessä päihteiden haitallinen käyttö tai päihderiippuvuus. (Seppä 2015.)

ICD-10-tautiluokitus määrittelee päihteiden haitallista käyttöä ja päihderiippuvuusoireyhtymää seuraavin kriteerein: Haitallista käyttöä on päihdyttävän aineen tai aineiden toistuva tai pitkäaikainen käyttö, joka on aiheuttanut tai myötävaikuttanut fyysisen tai psyykkisen haitan syntymiseen, jotka voivat edelleen vaikuttaa haitallisesti henkilön sosiaalisiin suhteisiin. Päihderiippuvuusoireyhtymästä puolestaan on kyse, kun käytöstä on tullut pakonomaista, ja kyky kontrolloida käytön aloittamista, lopettamista tai vähentämistä on heikentynyt. Tällöin päihteen käytöstä, sen hankkimisesta ja sen vaikutuksista toipumiseen kuluu runsaasti aikaa ja se ylittää tärkeysjärjestyksessä muita tärkeänä pidettäviä asioita. Käytön lopettamisesta tai vähentämisestä seuraa eriasteisia fyysisiä vieroitusoireita ja vastaavasti käyttäjän sietokyky on kasvanut ja toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi tarvitaan entistä suurempia annoksia. Käyttäjä myös jatkaa päihteen käyttämistä, vaikka on tietoinen käytön haitallisista vaikutuksista. (WHO 2012: 59–60.)

2.2 Ongelmakäytön vaikutukset yksilöön, yhteisöön ja yhteiskuntaan

Yhteiskunnan näkökulmasta tarkasteltuna päihteiden ongelmakäyttö kuormittaa taloudellisia resursseja ja saattaa rikkoa yhteiskunnassa säädettyä lakia (Warpenius & Tigerstedt 2013: 11–12). Työnantajatahoon se vaikuttaa suorina ja epäsuorina kustannuksina esimerkiksi työn tuottavuuden vähenemisenä ja sairauspoissaoloina. Yhteiskunnallisella tasolla se näkyy lisäämällä riskiä työttömyyteen ja työkyvyttömyyteen. Lisäksi työikäisten verrattain runsaan alkoholikuolleisuuden ja –sairastavuuden vuoksi hukataan suuri määrä työvuosia. Tutkimuksen mukaan alkoholin aiheuttamista syistä kuolleet keski-ikäiset ihmiset olisivat olleet osa tuottavaa ja aktiivista työvoimaa, mikäli alkoholinkulutukseen näiden henkilöiden kohdalla olisi voitu

vaikuttaa varhaisemmin ennen kuin se alkoi haittaamaan työkykyä ja terveyttä. Näin ollen oikea-aikaisuus ja tehokkuus päihdetyössä toisi myös merkittävästi lisätövuosia niin yksilölle kuin yhteiskuntaan. (Paljärvi & Mäkelä 2019:1.)

Käyttäjän itsensä kannalta päihteiden haitalliseen käyttöön liittyy usein niin akuutteja kuin kroonisiakin terveydellisiä ja sosioekonomisia haittoja, kuten erilaisia päihteiden vaikutuksen alaisena sattuvia tapaturmia, aivoihin ja sisäelimiin liittyviä sairauksia, riippuvuutta, mielenterveysongelmia, työkyvyn, toimintakyvyn ja elämänhallinnan heikentymistä sekä taloudellisia ongelmia (Karlsson & Kotovirta & Tigerstedt & Warpenius 2013: 26–28; Warpenius 2021: 15–16). Esimerkiksi työttömyys tai työpaikan menettäminen, taloudelliset vaikeudet ja yleinen toimintakyvyn aleneminen heikentävät koettuun elämänlaatuun (Levola & Aalto 2019: 1267).

Ennen kaikkea päihderiippuvuus kuitenkin voi aiheuttaa tai vahvistaa yksilön syrjäytymistä yhteiskunnasta. Suhtautuminen päihderiippuvaisiin on usein kielteinen sekä siihen liittyvien lieveilmiöiden että yhteiskunnallisten normien vastaisen elämäntavan takia. Arkisessa kanssakäymisessä päihderiippuvaiset kohtaavat usein syrjivää asennetta ja kohtelua. (Särkelä-Kukko 2009.) Riippuvaiseen henkilöön suhtaudutaan usein joko säälien tai moralisoivasti, ja tällä voi olla vaikutuksia päihderiippuvaisten minäkäsitykseen. Kokemus siitä, ettei kuulu yhteiskuntaan tai yhteisöön on yleistä päihteiden ongelmakäyttäjillä. (Romakkaniemi & Väyrynen 2011: 139.)

Päihteiden käyttö vaikuttaa lähes aina haitallisesti myös käyttäjän lähisuhteisiin ja perheeseen. Esimerkiksi lapsiperheessä päihdeongelmat aiheuttavat erityisesti lapsen elämään arjen turvattomuutta, riskiä tulla kaltoin kohdelluksi tai todistaa väkivaltatilanteita kotona. (Raitasalo & Holmila & Jääskeläinen 2016: 87–88.) Lapsuuden ajan haitalliset kokemukset erityisesti pitkäkestoisina kasvattavat tutkimusten mukaan riskiä aikuisiän psyykkiseen ja somaattiseen sairastavuuteen, esimerkiksi päihderiippuvuuteen, jolloin huono-osaisuudesta tulee ylisukupolvista (esim. Anda ym. 2002; Dube ym. 2002; LeTendre & Reed 2017).

3 Toimintaympäristönä suomalainen päihdehuolto

3.1 Päihdehuoltoa säätelevät lait

Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta (Päihdehuoltolaki 1986/41 § 1).

Päihdehuollon palveluiden toteuttaminen on kirjattu Päihdehuoltolakiin, jonka lisäksi päihdetyötä koskevia säädöksiä on muun muassa Sosiaalihuoltolaissa ja Terveystieteidenhuoltolaissa, sillä päihdetyötä tehdään sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluissa. Jotta voitaisiin varmistaa asiakkaan edun toteutuminen, on lainsäädäntöä pyritty yhtenäistämään (Poikonen 2018: 44).

Päihdehuollon järjestäminen on lakisääteisesti kuntien vastuulla, ja kunkin kunnan tulee huolehtia siitä, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvään tarpeeseen (Päihdehuoltolaki 1986/41 § 3). Kunta voi tuottaa palvelut itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostamalla ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta ja järjestöiltä. Palveluiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia ja ne tulee ensisijaisesti järjestää avohuollon palveluina (Päihdehuoltolaki 1986/41 § 6). Esimerkiksi päihdesosiaalityön avohuollon palveluissa keskiössä ovat liikkuvat, neuvontaan liittyvät ja päivystykselliset palvelut (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2017: 74).

Sosiaalihuoltolain mukaan palvelut on suunniteltava ja toteutettava toimivaksi kokonaisuudeksi kunnassa tehtävän muun päihde- ja mielenterveystyön kanssa. Laki painottaa sekä viranomaistahojen, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon, asuntoviranomaisten ja työvoimaviranomaisten keskinäistä yhteistyötä, että viranomaistahon ja järjestöjen välistä yhteistyötä. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 § 25, Päihdehuoltolaki 1986/41 § 9.) Päihdehuoltolaki (1986/41 § 7) myös velvoittaa, että palveluita on tarvittaessa annettava henkilön lisäksi hänen perheelleen sekä muille läheisilleen. Nähdään, että perheen ja läheisten mukaan ottamisella on tärkeä rooli hoitoon sitoutumisessa ja toipumisessa (Mäkelä 2005).

3.2 Palvelupolku

Päihdepalveluihin hakeudutaan yleensä joko terveydenhuollon tai sosiaalihuollon kautta. Terveystieteidenhuollossa tuen ja palveluiden tarvetta arvioidaan kansainvälisen ICD-

10-tautiluokituksen perusteella (Kiiänmaa 2006). ICD10-tautiluokituksen mukainen määritelmä riippuvuussairaudesta on myös useiden riippuvuushoitoa tai kuntoutusta tuottavien toimijoiden teoreettinen ohjenuora; esimerkiksi työelämäyhteistyökumppanimme Avominne perustaa sairauskäsityksensä ICD10-tautiluokitukseen (Arramies 2008). Näiden kriteereiden perusteella lääkäri tekee diagnoosin, joka toimii työkaluna potilaan hoidon suunnittelussa. Lääkäri myös kirjoittaa tarpeen mukaan lähetteen jatkohoitoon, esimerkiksi vieroitus- tai katkaisuhoidon tai päihdekuntoutukseen. Vähävaraisella on mahdollisuus saada kotikuntansa terveys- tai sosiaalitoimelta hoitoon tai kuntoutukseen oikeuttava maksusitoumus, jolloin asiakkaalle itselleen jää maksettavaksi omavastuuosuus. (Päihdelinkki 2022.)

Lääkärin tekemä diagnoosi ei ole edellytys päihdepalveluiden saamiselle, sillä asiakkaalla on lääketieteellisen arvion lisäksi lakisääteinen oikeus palvelutarpeen arviointiin myös sosiaalihuollon puolella (Poikonen 2018: 44–47). Terveydellisten haittojen lisäksi päihteen haitallisen käytön seurauksena syntyy erilaisia sosioekonomisia ongelmia, kuten työttömyyttä, asunnottomuutta, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä sekä elämänhallintaan liittyviä ongelmia (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2017: 47). Asiakkaan tuen tarve voi siis painottaa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen, siksi palvelutarvetta tulee aina arvioida siten, että yksilön tilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. (Poikonen 2018: 92).

3.3 Ihmisen arvostava kohtaaminen

Asiakkaan oikeudesta saada hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittavaa kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa on säädetty sekä Potilaslaissa (1992/ 785 § 3) että Sosiaalihuollon asiakaslaissa (2000/ 812 § 4). Siitä huolimatta yhdenvertainen ja kunnioittava kohtelu ei aina toteudu kaikkien asiakkaiden kohdalla. Päihdepalvelujen asiakkaista erityisesti huumeiden käyttäjiin kohdistuu stereotyyppisiä mielikuvia, jotka vaikuttavat siihen, kuinka hänet kohdataan palveluissa (Eskelinen & Laitinen & Uhlbäck 2017: 117). Sosiaaliset ongelmat voivat jo sinällään aiheuttaa häpeän kokemusta ja itsetunnon heikentymistä, joita epäasiallinen kohtelu vahvistaa. Negatiiviset kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluissa myös vaikeuttavat viranomaisiin ja palveluihin luottamista, mikä nostaa kynnystä hakeutua palveluihin ja kiinnittyä niihin. Kynnys voi myös olla jo valmiiksi korkea heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Poikonen 2018: 26, 39.)

Keväällä 2021 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi kansallisen Päihde- ja riippuvuusstrategian, jonka tarkoituksena on luoda suuntaviivoja Suomessa tehtävän

päihdetyön kehittämiseksi. Strategiassa painottuvat päihteitä käyttävien ihmisten yhdenvertaisen kohtelun edistämisen lisäksi päihdekentällä toimivien tahojen asiantuntijuuden, yhteistyön ja tiedonkulun vahvistaminen. Nähdään, että päihdeongelmiin ja riippuvuuksiin liittyvien ennakkoluulojen ja asenteiden purkamiseen voitaisiin vaikuttaa vahvistamalla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten osaamista asiakkaan ja hänen läheistensä kunnioittavasta kohtaamisesta. (Kotovirta ym. 2021: 14–15.)

Päihderiippuvuuksien hoito ja kuntoutus nojaavat vahvasti psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Psykososiaalisella hoidolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi terapiaa, sosiaalityötä, neuvontaa tai muuta yleistä tukemista, jotka kaikki perustuvat vuorovaikutukseen, joko keskustelun tai yhdessä tekemisen avulla. Eri hoitomuotojen taustalla on erilaisia teoreettisia viitekehyksiä, kuten esimerkiksi ratkaisukeskeinen terapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, verkostoterapia tai 12 askeleen hoitomalli. Keskeistä psykososiaalisessa hoidossa on asiakkaan toimijuuden tukeminen; työntekijän avulla asiakas voi löytää elämästään voimavaroja kuntoutumiseen. (Mäkelä 2005.)

3.4 Ideaalina moniammatillinen ja sektorirajat ylittävä yhteistyö

Päihdepalveluita tuotetaan julkisen sektorin lisäksi yksityisellä ja niin sanotulla kolmannella sektorilla eli voittoa tavoittelemattomissa järjestöissä, jotka tuottavat noin puolet päihdehuollon erityispalveluista. Järjestöjen rooli päihdepalveluiden järjestäjänä on merkittävä sekä hoitoon hakeutumisen että riippuvuudesta toipumisen tuessa, erityisesti niiden tarjoaman vertaistuen ja matalan kynnyksen päivätoiminnan johdosta. (Kotovirta ym. 2021: 24.)

Vertaisasiantuntijuuden ei ole tarkoitus haastaa ammatillista tietoa ja menetelmiä, sillä esimerkiksi ammattilaisen ohjauksella on tärkeä rooli esimerkiksi ryhmäprosessin mahdollistajana (Kippola-Pääkkönen 2018: 185). Vertaistyötä tekevien asiantuntemus ja työpanos tulisi nähdä ammatillisen työn rinnalla osallisuutta vahvistavana. Toipujien kokemukset ovat arvokkaita, sillä henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvan asiantuntijuuden avulla saadaan hiljaista tietoa, jota voidaan hyödyntää päihdepalveluiden järjestämisessä. (Andersson & Pirttimäki & Rajamäki 2011: 70.)

Eri toimialojen ja sektoreiden rajapinnoilla tehtävä moniammatillinen työ on erittäin tärkeää, sillä päihdepalveluiden asiakkaalla ongelmat ovat usein moninaiset, ja palveluntarve voi koskea sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita (Poikonen

2018: 37). Erityisesti päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyö on tärkeää, sillä päihderiippuvuus ja mielenterveyden ongelmat usein kietoutuvat yhteen (Kotovirta ym. 2021: 24–25). Päihteidenkäytön taustalla saattaa olla halu lievittää psyykkistä tuskaa, toisaalta masentuneisuus voi myös olla seurausta päihteidenkäytöstä. Vaikka hoidon kannalta voi olla oleellista selvittää häiriöiden syy-seuraussuhde, on kokonaisuuden hoito keskeistä, sillä yhtäaikaisina päihde- ja mielenterveydenongelmat usein pahentavat toinen toisiaan ja saattavat eriytetysti hoidettuna heikentää hoitotuloksia. (Levola & Aalto 2019: 1267–1268.) Päihde- ja mielenterveysongelman yhtäaikaisen hoidon on myös todettu olevan tehokkaampaa ja tarkoituksenmukaisempaa, kuin jos hoitojärjestelmät ovat eriytetty toisistaan (Wahlbeck ym. 2018: 29).

Toimivalla sektoreiden välisellä yhteistyöllä, jossa eri ammattikuntien osaaminen kohtaa, voitaisiin parhaimmillaan edistää asiakkaan hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. On kuitenkin todettu, että ammattikuntien väliset erot toimintakulttuureissa sekä rakenteelliset erot, kuten toiminnan rahoitus ja työtä ohjaava lainsäädäntö usein hankaloittavat yhteistyön onnistumista (Wahlbeck ym. 2018: 53.) Lisäksi haasteena ammattiryhmien väliselle yhteistyölle ja -ymmärrykselle voi olla moninainen käsitteistön tulkinta ja se, ettei yhtenäistä teoriaa riippuvuuksista ole voitu muodostaa huolimatta vuosikymmenten tutkimuksista. Päihdealan ammattilaiset joutuvat toisin sanoen muodostamaan käsityksensä erilaisista riippuvuuksista ja niiden hoidosta useilta tahoilta tulevien hoitoideologioiden, näkemysten ja erilaisten koulutustensa aiheuttamassa paineessa. (Pennonen 2014: 318.)

4 Avominne ja Minnesota-malli

Avominne on Mika Arramiehen vuonna 2005 Tampereelle perustama yritys, joka tarjoaa päihdekuntoutusta. Avominnan hoito perustuu Minnesota-filosofiaan ja se on tarkoitettu päihde-, läheis- tai peliriippuvaisille ja heidän läheisilleen. Vuonna 2022 Avominnella on klinikoita Helsingissä, Riihimäellä, Lahdessa, Tampereella, Kokkolassa, Oulussa sekä Espanjassa Aurinkorannikolla. (Avominne 2020.) Opinnäytetyömme kysely tehtiin niille Avominnan Helsingin toimipisteen asiakkaille, jotka olivat viimeisen viiden vuoden sisällä osallistuneet hoitojaksolle.

Avominnan hoito-ohjelma soveltaa Minnesota-mallin 12 askeleen ohjelmaa ja toimintaa kuvataan toipumiskeskiseksi. 12 askeleen filosofia toimii työntekijöiden ohjenuorana,

jonka lisäksi hoidossa hyödynnetään uusimpia tutkimustuloksia päihdesairauksista ja niiden hoidosta. Hoitoa toteutetaan yrityksen nimen mukaisesti avohoitona, eli hoidossa käydään kotoa käsin. (Avominne 2020.)

Avominnen hoitofilosofia

1. Päihderiippuvuus on olemassa.
2. Päihderiippuvuus on sairaus.
3. Päihderiippuvuus ei ole kenenkään syytä.
4. Päihderiippuvuus on monitahoinen krooninen ja primäärinen sairaus.
5. Potilaan hoitoon tulohetken motivoituneisuus ei ennusta hoidon tulosta.
6. Päihderiippuvuus koskettaa myös läheisiä – läheisriippuvuus.
7. Päihderiippuvainen kieltää sairautensa, kieltäminen on osa sairautta.
8. Päihderiippuvuus on parantumaton sairaus.
9. Päihderiippuvuus on hoidettavissa, toipuminen jatkohoidossa.
10. Riippuvuussairauksiin liittyvä tiedottaminen, koulutus ja havahduttaminen tulee käynnistää koko yhteiskunnassa.
11. Alkoholista, mielialaan vaikuttavista lääkkeistä, huumausaineista ja peliriippuvuudesta aiheutuvat riippuvuussairaudet ovat hoidettavissa saman perusohjelman puitteissa.
12. Päihderiippuvuus on helppo hoitaa, kun ottaa vastuun itsestään ja hyväksyy raittiin elämän.

(Avominne 2020)

4.1 Minnesota-malli

Minnesota-malli on syntynyt Yhdysvalloissa Minnesotan osavaltiossa 1940 ja -50 lukujen taitteessa, jolloin alkoholismien suhteen vallalla oli pessimismiä ja toivottomuutta. Yleinen ilmapiiri Yhdysvalloissa alkoholiongelmaisia kohtaan oli tuomitseva ja heitä pidettiin moraalisesti selkärangattomina. Suhtautuminen päihdetyötä tekeviin oli myös vähättelevä. Kehitys kohti nykyistä käsitystä alkoholismien luonteesta sekä hoidosta käynnistyi muutamien alkoholi- ja mielenterveystyötä tekevien yksiköiden sisällä Minnesotassa. Yhteistä näille kehitystä eteenpäin vieville laitoksille oli, että myös toipuvia alkoholisteja osallistui työhön. (Kettunen & Leppänen 1994:10–11.)

Suomeen Minnesota-malli tuli 1970- ja -80-lukujen taitteessa Yhdysvalloista ja Kanadasta Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkijan, sosiaalineuvos Toivo Pöysän vaikutuksesta. Pöysä nimesi ja rekisteröi päihdetyömuodon Suomessa Myllyhoidoksi, joka on Minnesota-malliin perustuen yhteisöllistä ja toipumiskeskeistä ja sen keskiössä ovat vertaistuki ja 12 askeleen ammatillinen soveltaminen. (Myllyhoitoyhdistys.)

Minnesota-malli ja suomalainen Myllyhoito nojaavat maailmanlaajuisesti toimivan AA:n eli Alcoholics Anonymous, suomeksi Nimettömät Alkoholistit, periaatteisiin (Kettunen & Leppänen 1994: 10). AA on Yhdysvalloista 1930-luvulta lähtöisin oleva kansainvälinen yhteisö, jonka päämäärä on jäsenten raittiina pysyminen ja toisten alkoholistien auttaminen raittiuden saavuttamisessa. AA:n toiminta perustuu 12 askeleen toipumisohjelmaan, joka on muodostunut ensimmäisten jäsenten kokemuksista siitä, miten he ovat pysyneet raittiina. (Alcoholics Anonymous, Nimettömät alkoholistit.)

Ei ole olemassa yhtä ainoaa Minnesota-mallia, vaan ryhmä malleja, joita yhdistää yhteinen näkemys. Minnesota-mallin teesi on, että päihderiippuvuus on krooninen sairaus, johon sairastuneita tulee kohdella tasavertaisina ihmisinä sekä antaa heille kaikki mahdollinen tarvittava apu. Päihderiippuvaista hoidettaessa on nähtävä tilanne kokonaisvaltaisesti ja tuettava toipumista niin psyykkisesti kuin fyysisesti. Myös sosiaalinen ja hengellinen taso tulee huomioida. Minnesota-mallin tavoitteena on päihentettömyys. (Ekholm 2003: 235–236.)

4.2 Hoidon keskeiset elementit ja hoito käytännössä

Olellainen Minnesota-mallin ja AA:n toimintaa määrittävä tekijä on käsitys riippuvuudesta sairautena. Se perustuu kansainväliseen ICD-10 tautiluokitukseen, jonka mukaan alkoholismi on primaari sairaus, eli sairaus itsessään, eikä oire jostakin muusta sairaudesta. Näin ollen myös Avominnessa toteutettava hoito perustuu sairauskäsitykselle. Minnesota-hoidon mukaisessa kuntoutuksessa toipumisprosessi käynnistyy aina infoluennolla, jossa kerrotaan alkoholismin olevan sairaus. (Arramies & Hakkarainen 2013: 18–19.)

Perushoitajakso suljetussa Minnesota-mallin mukaisessa hoitoyksikössä on kestoaltaan noin neljä viikkoa, jonka aikana vanhoja potilaita poistuu ja uusia tulee tilalle. Tämän tarkoituksena on, että uudet tulokkaat voivat tukeutua vanhempiin potilaisiin, jotka puolestaan saavat ottaa vastuuta tulokkaista. Hoitajaksoilla on tarkkaan strukturoitu päiväohjelma, joka rakentuu tehtäväkeskeisistä pienryhmistä, vertaisryhmistä ja luennoista. Yleisen ohjelman rinnalla potilaalla on henkilökohtainen hoito-ohjelma, jossa on huomioitu yksilön riippuvuuden luonne ja se, mitkä tekijät laukaisevat tarpeen päihtyä. Pienryhmiä ohjaa päihdeohjaajan koulutuksen saanut riippuvuudesta toipunut henkilö, jonka johdolla työstetään omaa ajattelua vaihtelevin teemoin, vertaisryhmissä henkilökuntaa sen sijaan ei ole läsnä. (Ekholm 2003: 237–239.)

Avominnessä nimensä mukaisesti avohoitona toteutettava perushoito on kestoaltaan suljettua hoitomuotoa hieman pidempi, noin viisi tai kuusi viikkoa. Hoitojakso alkaa luennolla, jossa potilas saa tietoa alkoholismista sairautena. Tämän jälkeen hoito jatkuu terapeuttisena ryhmätoimintana kolmena iltana viikossa 3–4 tuntia kerrallaan. Ryhmien vetämisestä vastaavat Avominnen kouluttamat 12 askeleen ohjaajat, joilla on omakohtainen kokemus päihderiippuvuudesta toipumisesta sekä sosiaali- tai terveysalan tutkinto. (Arramies & Hakkarainen 2013: 118.) Ohjaajan oma kokemus toipumisesta edesauttaa molemminpuolista samastumista ja voi motivoida sekä luoda uskoa potilaalle mahdollisuudesta toipumiseen. Oman toipumiskokemuksen ansiosta työntekijää on lisäksi vaikeampi johtaa harhaan ja toipumisen tiellä olevia kipeitäkin asioita voi olla helpompi ottaa puheeksi. (Ekholm 2003: 237.)

Minnesota-mallin mukaisesti Avominnen hoitoa toteutetaan niin sanotulla non-stop-periaatteella (Arramies & Hakkarainen 2013: 119). Non-stop-mallinen, eli täydentyvä ryhmä koostuu eri aikoihin aloittaneista ryhmäläisistä. Uusia jäseniä voi tulla missä tahansa vaiheessa ryhmään ja näin ollen ryhmän koko voi vaihdella. Jäsenen pois jättäytyminen ei aiheuta ryhmän loppumista. (Muhonen 2003: 163–166.) Ryhmässä tapahtuvan terapian tarkoituksena on saada potilaat peilaamaan omaa elämäänsä toistensa kautta (Arramies & Hakkarainen 2013: 119).

Avominnessä tärkeä osa perushoitojaksoa ja toipumisprosessia on läheispäivä, johon kutsutaan vain kaikkein läheisimmät läheiset, kuten puoliso, vanhemmat, sisarukset tai aikuiset lapset. Ennen kohtaamista läheiset osallistuvat Avominnen informatiiviseen luentoan saaden tietoa alkoholismista sairautena. Läheispäivässä käsitellään niitä tunteita, joita läheiset ovat kokeneet potilaan alkoholinkäytön vuoksi. Puheenvuoron saavat ensin läheiset, jolloin potilaan osana on kuunnella. Yleensä potilas ottaa läheisensä tunteet vastaan ja hyväksyy asiat, joita tämä on kertonut. Lopuksi hän saa halutessaan puheenvuoron. (Arramies & Hakkarainen 2013: 129–130.)

Avominnen intensiivisen, raitistumiseen tähtäävän perushoitojakson jälkeen alkaa jatkohoito, jossa alkaa toipuminen. Viikoittaisilla ryhmätapaamisilla käytetään perushoidossa opittuja taitoja – tai työkaluja. Ryhmässä kuunnellaan muiden kertoessa kokemuksistaan ja näin opitaan heiltä. Tapaamisten keskiössä on se, kuinka viikko on sujunut sekä minkälaisia tunteita viikon aikana on herännyt. Merkityksellinen on myös vuodenkierron huomioiminen: eri vuodenaikat tapahtumineen voivat laukaista potilaalle mielikuvia juomisesta. Näiden mielikuvien käsittely tapahtuu ohjaajien tarjoamien omakohtaisten selviytymistarinoiden avulla. (Arramies & Hakkarainen 2013: 135–136.)

Avominnessä uudet ja vanhat toipilaat pitävät yhdessä vuosijuhlan, kun hoitoa ja raittiutta on takana yksi vuosi. Juhla toimii kiitoksena sekä itselle että kanssakulkijoille tehdystä työstä, ja luo uudemmille toipilaille toivoa omasta toipumisesta. Toipuminen alkoholismista kestää pitkään. Siksi vuoden hoidon jälkeen on vielä mahdollista käydä Avominnen ryhmissä ja ihmisiä tuetaan myös käymään muissa vertaisryhmissä. (Arramies & Hakkarainen 2013: 140,144.)

5 Teoreettisena viitekehyksenä hyvinvoinnin sosiaaliset ulottuvuudet

Ihmisen hyvinvointi rakentuu erilaisten fyysisten ja psykologisten tarpeiden toteutumisen kautta. Maslow'n klassisen tarvehierarkian mukaan fyysisten perustarpeiden, kuten ravinnon, lämmön sekä turvan ja suojan täytyttyä tärkeiksi nousevat psykologiset tarpeet, joiden sosiaalisia tekijöitä ovat tarpeemme kokea kuuluvamme johonkin ryhmään, rakastaa ja tulla rakastetuksi tai olla osallisena ystävytydessä. Sosiaalisten tarpeiden lisäksi ihmisellä on tarve kokea tulevansa muiden hyväksymäksi sekä kokea onnistumisen ja pystyvyyden tunnetta, joiden myötä rakentuvat itseluottamus ja -kunnioitus sekä kokemus itsestä tärkeänä, tarpeellisena osana yhteisöä. (Maslow 1943: 380–382.)

Ihmisyuden sosiaalinen ulottuvuus ilmenee ihmiselämän alusta lähtien. Lajimme ominaisuuksista johtuen synnymme tarvitsevina ja liitymme lajitovereidemme laumaan, ensimmäiseen sosiaaliseen vuorovaikutuksen piiriimme, jota ilman emme selviäisi ensimmäisistä elinvuosistamme. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvan vertautumisen ja erottumisen prosessien avulla rakentuu myös ihmisen minäkuva, eli käsitys siitä kuka ja minkälainen hän on sekä ja mihin hän kuuluu. Minäkuvaa, eli identiteettiä, voidaan siis tarkastella sen persoonallisen tai sosiaalisen osan näkökulmasta. Persoonalliseen identiteettiin liittyy ihmisen pyrkimys yksilöityä, erottautua muista ainutlaatuisena yksilönä ja sosiaaliseen identiteettiin puolestaan kokemus samankaltaisuudesta muiden kanssa. (Lahikainen 2010: 90–91.)

Seuraavissa alaluvuissa avaamme ja erittelemme riippuvuudesta kuntoutumisen sosiaalista ulottuvuutta sosiaalisen verkoston, sosiaalisen tuen, vertaisuuden ja vertaistuen käsitteiden kautta. Olemme halunneet tarkastella sosiaalisista suhteista saatavaa tukea ja sen merkitystä erityisesti vertaissuhteessa ja läheissuhteissa.

5.1 Sosiaaliset suhteet ja niistä saatava tuki

Ihmistä ympäröi sosiaalinen verkosto, joka sisältää eri tasoisia sosiaalisia suhteita läheisistä etäisempiin. Läheisiksi sosiaalisiksi suhteiksi luetaan esimerkiksi puoliso, perhe tai ystävät ja etäisemmiksi suhteet muun muassa viranomaisiin. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55–56.) Sosiaalisten suhteiden verkoston avulla yksilö voi ylläpitää sosiaalista identiteettiään, olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa ja muodostaa uusia sosiaalisia suhteita sekä saada niin konkreettista kuin henkistäkin tukea. Nämä ovat tärkeitä osasia ihmisen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemuksen muodostumisessa, sillä ne voivat lisätä turvallisuuden tunnetta ja kokemusta liittymisestä osaksi yhteisöä. (Kippola-Pääkkönen 2018: 175.)

Sosiaalinen tuki on sosiaalisista suhteista saatava voimavara, jonka avulla voidaan ylläpitää terveyttä ja ehkäistä stressiä (Vahtera & Uutela 1994). Ennen kaikkea se voidaan kuitenkin nähdä ihmisen kokemuksena rakastetuksi ja arvostetuksi tulemisesta sekä siitä että hänestä pidetään huolta (Järvikoski & Härkäpää 2018: 112).

Käytännössä sosiaalisella tuella tarkoitetaan vuorovaikutussuhteissa tapahtuvaa tuen antamista tai saamista. Sen avulla ihmisen on helpompi mukautua muutoksiin tai selviytyä kuormittavista tapahtumista. Sosiaalinen tuki ilmentyy useassa muodossa; se voi olla henkistä tukea, rinnalla kulkemista, välittämistä ja toisen kuulemistä sekä mahdollisuutta peilata omaa toimintaansa, saada siitä palautetta ja vahvistusta. Sosiaalinen tuki voi olla lisäksi tiedollista tai aineellista; tiedollinen tuki käsittää tiedon antamisen, neuvonnan ja ohjeet, aineellinen tuki puolestaan voi tarkoittaa taloudellista tukea, etuuksia tai palveluita. (Metteri & Haukka-Wacklin 2004, 55–56.)

Sosiologi Peggy Thoits on tutkimuksissaan vertaillut läheisiltä ja vertaisilta saatua sosiaalista tukea riippuvuudesta toipumisessa. Hän jakaa sosiaaliset suhteet primaari- ja sekundaariryhmiin. Primaariryhmään kuuluvat kaikkein merkityksellisimmät ja läheisimmät henkilöt (*significant others*), kuten perheenjäsenet ja ystävät.

Sekundaariryhmä on yleensä laajempi ja niissä muodostetut suhteet eivät ole ehkä yhtä syviä kuin primaarisissa suhteissa, mutta henkilöillä saattaa olla jokin yhdistävä tekijä (*similar others*) kuten työ, harrastus tai muu vapaa-ajan toimintaan liittyväryhmä. Myös vertaistukiryhmät kuuluvat sekundaarisiin sosiaalisiin suhteisiin. Aineellista sosiaalista tukea on tyypillisempää ja yleisesti hyväksyttävämpää vastaanottaa primaariryhmään kuuluvista sosiaalisista suhteista, kun taas sekundaarisista suhteista saatava tuki on kokemukseen perustuvaa ja tarjoaa ehkä enemmän käytännön työkaluja selviytymiseen. (Thoits 2011: 146.)

Sosiaalista tukea ei kuitenkaan ole aina saatavilla silloin kun sille olisi erityinen tarve. Erityisesti pitkäaikaissairas voi tarvita tukea enemmän kuin terve ihminen, mutta jää siitä paitsi esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen ja siitä johtuvan toivottomuuden tunteen vuoksi, jolloin kynnyksensä ylipäättään hakeutua toisten ihmisten pariin ja pyytää apua voi kasvaa. Toisaalta tilanne voi muodostua hankalaksi, mikäli vain toinen osapuoli saa suhteesta tukea. Tällöin suhde ei ole enää vastavuoroinen vaan saattaa kuormittaa tukea antavaa osapuolta siinä määrin, että hän saattaa alkaa vetäytyä kyseisestä sosiaalisesta suhteesta. Kun sosiaalisia suhteita on vaikea pitää yllä ja uusia sosiaalisia suhteita ei pysty solmimaan, kapenee sosiaalinen verkosto ja sen myötä mahdollisuus sosiaalisen tuen vastaanottamiseen. (Vahtera & Uutela 1994, Järvikoski & Härkäpää 2018: 112.)

Tukea tarvitsevalla voi olla korkea kynnyksensä pyytää apua läheisimmiltä, sillä heitä halutaan suojella ongelmilta ja kuormitukselta. Myös läheisten reaktioita saatetaan pelätä; heissä ei haluta herättää huolta tai suuttumusta. Yksilön ongelmat voivatkin vaikuttaa läheisten elämänlaatuun merkittäväällä tavalla, ja siksi heillä voi olla erittäin voimakas halu auttaa ja ratkaista ongelma nopeasti. Heillä ei kuitenkaan yleensä ole kokemuksen tuomaa ymmärrystä ongelmaa kohtaan, ja apu tai neuvot voivat autettavasta tuntua vääränlaisilta. (Thoits 2011: 152–153.) Läheiset voivat myöskin kokea, etteivät osaa tai pysty auttamaan, ja esimerkiksi toisen sairaus voi herättää pelkoa omasta sairastumisesta, mikä voi johtaa välttelyyn (Vahtera & Uutela 1994). Toisaalta läheisen hyvää tarkoittava auttaminen voi myös hidastaa toipumista vahvistamalla roolia autettavana olemisesta, aiheuttaa riippuvuuden tunnetta auttajaa kohtaan ja heikentää kokemusta pärjäämisestä itse (Kippola-Pääkkönen 2018: 173, Vahtera & Uutela 1994).

5.2 Vertaisuus ja vertaistuki

Vertaisuus syntyy, kun ihmisillä on jokin kokemus tai haaste, joka yhdistää heitä. Vertaistuella puolestaan tarkoitetaan sosiaalista tukea, joka syntyy yhdistävän asian äärellä tapahtuvasta antamisesta ja saamisesta (Kippola-Pääkkönen 2018: 174, 186). Toiminta on luonteeltaan vapaaehtoista ja se perustuu osallistujien tasa-arvoiseen yhdessäoloon, jossa jaetaan kokemuksia ja tietoa (Vanhanen 2011: 37). Vertaisryhmässä käyminen voi olla osa varsinaista hoitoa tai kuntoutusta, mutta myös niistä erillinen, yksilön itsensä valitsema kuntoutumista tukeva toimintamuoto (Romakkaniemi & Väyrynen 2011: 144, Kippola-Pääkkönen 2018: 174, 186).

Vertaisryhmien tarkoituksena on vertaistuen avulla tukea ja mahdollistaa muutosprosessia niin yksilön elämässä kuin ryhmän, yhteisön tai rakenteiden tasolla. Sosiaalisen tuen lisäksi kokemusten jakaminen voi tuottaa emotionaalista ja tiedollista tukea, kohdatuksi tulemisen kokemusta, antaa uusia näkökulmia ja opettaa uusia keinoja selviytyä, sekä edistää voimaantumista ja valtaistumista. Vertaisuuden myötä koettu yhteisyyden ja kuulumisen tunne sekä mahdollisuus edetä kuntoutumisen polulla omien voimavarojensa mukaisessa tahdissa, ovat pohjana muutokselle. Muutoksen osasina voidaan nähdä identiteetin uudelleen rakentamiseen liittyvä työ, elämäntavan muutos sekä oman kuntoutumisen tarinan muodostuminen. (Romakkaniemi & Väyrynen 2011: 140–144, Kippola-Pääkkönen 2018: 176.)

Usein samankaltaisen kokemuksen jakavalla on ammattilaista tai läheistä enemmän syvällistä, hienovaraiset yksityiskohdat huomioivaa ymmärrystä toisen kokemusmaailmasta (Thoits 2011: 154). Erityisesti päihdekuntoutuksessa vertainen voi olla ammattilaista uskottavampi, kun tarkoituksena on haastaa ja motivoida päihteiden käytön lopettamiseen tuomalla puheeseen käytön rankkoja ja kielteisinä pidettyjä puolia (Hietala 2018b: 258). Vertaisten seurassa yhteinen kieli ja empaattinen ymmärrys mahdollistavat sen, että yksilö voi purkaa ajatuksiaan ja tunteitaan vapaasti, ilman pelkoa tuomitukseksi tulemisesta. Kun ihminen kokee tulevansa kuulluksi ja hyväksytyksi kaikkine virheineen, pelkoineen ja tunnereaktioineen, jännitystilä pääsee laukeamaan. Sen myötä mahdollistuvat myös esimerkiksi omanarvontunnon ja itsekunnioituksen vahvistuminen. (Thoits 2011: 154.)

Tyypillisesti kuntoutumisen vertaisryhmässä on eri aikaan kuntoutumisprosessinsa aloittaneita, jolloin kokeneempi vertainen voi luoda uskoa siihen, että kuntoutuminen on mahdollista. Esimerkiksi riippuvuudesta kuntoutuvalla häpeän kokemus voi etenkin alussa olla lamaannuttava, mutta vertaisryhmässä ihminen voi nähdä itsensä toisissa, jolloin kokemusten kertomiseen liittyvä häpeä ei ole niin voimakas. (Hietala 2018b: 258.) Kokemusten jakaminen vertaisryhmässä ja pidemmällä toipumisprosessissa olevien esimerkki voi tuottaa voimaantumisen ja valtaistumisen tunnetta sekä toivoa omaan toipumisprosessiin, mutta vastavuoroisuus voi tuoda mukanaan myös negatiivisia tunteita ja ajatuksia. Muiden kertomukset voivat tuntua kuormittavilta, ja joskus yhden ihmisen kielteinen puhe tai asenne voivat vaikuttaa koko ryhmän vuorovaikutukseen haitallisesti. Sosiaalisessa kanssakäymisessä tapahtuva vertailu voi tuottaa myös kilpailua siitä, kenen tilanne on kaikista kurjin. Oman tilanteen vertaaminen muihin voi aiheuttaa myös ahdistusta, kateutta ja huonommuuden tunnetta, toisaalta samoista syistä omasta edistymisestäkin voi olla vaikea kertoa, jos

tuntee pelkoa toisten kielteisistä reaktioista, tai turhan toiveikkuuden herättämisestä. (Kippola-Pääkkönen 2018: 185.)

Vaikka vertaisryhmään osallistuminen on vapaaehtoista, voi ryhmässä käyminen ja siellä koettu yhteenkuuluvuus muodostua niin tärkeäksi osaksi elämää, että osallistumisen kokee velvollisuudeksi. Tilannetta voidaan kuvata eräänlaiseksi moraaliseksi velvollisuuden tunteeksi, jossa on pakko toimia oikein. (Hokkanen 2014: 194, 204.) Tämän kaltainen pakko voi myös liittyä ryhmien toiminnassa esiintyvään sosiaaliseen kontrolliin, jonka ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi toisten tarkkaileminen, muistuttelu, taivuttelu ja paineen luominen toiselle osallistujalle (Thoits 2011: 148). Sosiaalinen paine voi toisaalta toimia myös voimaa antavana: ääneen lausuttu lupaus raittiudesta ei ole lupaus vain itselle, vaan myös toisille. Päätöksessä pysyminen on kunnia-asia, sillä toisille ei haluta tuottaa pettymystä. (Koski-Jännes & Hänninen 1998: 187.) Vahvan yhteenkuuluvuuden käänköpuolena voi olla, että yksilölle muodostuu riippuvuussuhde ryhmään, jolloin siitä irtautuminen voi olla vaikeaa. Ryhmässä voi myös olla paine vain yhdenlaiseen näkemykseen kuntoutumisesta ja muunlaiset tulkinnat eivät saa riittävästi sijaa. (Hokkanen 2014: 204.)

Kuntoutuksen edetessä kuntoutujan rooli laajenee avun vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi, jonka kokemustiedosta voi olla hyötyä myös toisille kuntoutujille. Kokemus siitä, että omalla toiminnalla on merkitystä, ja että voi olla hyödyksi toisille on tärkeä osa ihmisen psyykkistä hyvinvointia, joten toisille avun tarjoaminen edistää myös omaa kuntoutumista. (esim. Ilomäki, Mäenpää, Hautamäki, Ala-Kauhaluoma 2018 48, Hietala 2018b: 258, Romakkaniemi & Väyrynen 2011:144.) Vertaisena toimivan omalle toipumiselle mahdollisuus muuttua apua vastaanottavasta apua antavaksi on merkittävää, sillä se lisää itsearvostusta ja pystyvyydentunnetta (Wahlbeck ym. 2018: 68).

Päihdehuollon kentällä vertaistoimintaa on ollut pitkään ja vertaistoimijoita on runsaasti. Vertaistoiminnan kenttä on laaja ja siitä hyötyvät sekä palvelujärjestelmä että vertaisena tai kokemusasiantuntijana toimiva yksilö. Nähdään, että kokemusasiantuntijan ja ammattilaisen yhteistyö tuottaa tietoa, joka laajentaa näkemystä esimerkiksi palveluiden toimivuudesta. (Palukka & Tiilikka & Auvinen 2019: 21.)

5.3 Poimintoja päihderiippuvuuden tutkimuksesta meiltä ja muualta

Ennen tutkielman tekemistä, on olennaista kartoittaa, mitä aiheesta on aiemmin tutkittu. Suomessa riippuvuutta tai riippuvuudesta toipumista vertaistuen avulla on tutkittu, mutta nimenomaan Minnesota-hoidossa toipuneiden kokemuksia käsitteleviä akateemisia tai tieteellisiä tutkimuksia on ymmärrettävästi vähän. Esittelemme seuraavaksi niistä kaksi, ja lisäksi nostamme muutamia kiinnostavia, opinnäytetyömme aiheeseen liittyviä tutkimuksia meiltä ja muualta. Keskeisinä teemoina tutkimuksista nousee esille sosiaalisten suhteiden merkitys, jonka tärkeitä osa-alueita ovat esimerkiksi vertaisuus ja läheiset.

Itsekin riippuvuudesta toipumisen Minnesota-hoidon avulla kokenut Heikki Oinas-Kukkonen (2013) on tutkinut väitöskirjassaan Minnesota-hoidossa käyneiden potilaiden ja heidän läheistensä toipumiskokemuksia. Tutkimuksensa yhteenvedossa Oinas-Kukkonen määrittelee Minnesota-mallisen päihderiippuvuudesta toipumisprosessin oppimisprosessiksi, joka on vapauttava, kokemuksellinen ja yhteistoiminnallinen. Toipumisen myötä sekä potilaat että heidän läheisensä vapautuvat häpeän ja syyllisyyden tunteista joutuessaan tarkastelemaan sekä omiaan että toistensa päihdeajan kokemuksia hoitajaksolla annetun tiedon valossa. Tämän Oinas-Kukkonen lukee liittyvän Minnesota-hoidon perusajatuksen sairauskäsityksestä, eli alkoholismiin määrittelyä sairaudeksi. (Oinas-Kukkonen 2013: 276–277.)

Yhteiskuntatieteiden tohtori Arja Ruisniemen väitöskirja (2006) puolestaan kartoittaa yhteisöllisessä Myllyhoito-kuntoutuksessa olleiden toipujien minäkuvan muutosta. Ruisniemen väitöskirjassa tutkimusote on narratiivinen. Hän esittää, että kertojan tapa kertoa itsestään suhteessa maailmaan ja muihin ihmisiin kertoo myös hänen minäkuvastaan. Hän tarkastelee haastateltaviensa identiteetin muodostumista ja elämäntilanteen hahmottamista niin kutsuttuina sisäisinä tarinoina, joihin oleellisesti vaikuttavat ne tarinat, joita sosiaalinen ympäristö tuottaa. Tällaisia tarinoita ovat myös esimerkiksi AA-yhteisön tarjoamat mallitarinat toipumisen prosessista. Tarjoamalla selkeän, joskus tiukankin kehyksen, nämä tarinat tukevat uuden identiteetin kehittymistä addiktin identiteetistä luopuessa. Toipumisen myötä uusi identiteettimalli muuttuu joustavammaksi ja muokkautuu yksilön itsensä näköiseksi. Ruisniemi pohtii, minkälainen vaikutus eri laitoksissa vallitsevilla toipumistarinoilla on ja antavatko ne tilaa myös muunlaisille muutostarinoille. (Ruisniemi 2006: 243–245, 251.)

Tampereen yliopistolla sosiaalityön apulaisprofessorina päihdehoitoa tutkiva Katja Kuusisto (2010) käsittelee väitöskirjassaan alkoholismista toipumisen eri reittejä

rajaamatta tutkimustaan mihinkään tiettyyn hoitomuotoon; tästä tutkimuksesta tarkastelimme vertaistuen avulla raitistuneiden kokemuksia. Kuusiston tutkimustulokset noudattelevat samaa linjaa kuin Oinas-Kukkosella. Hän kirjoittaa, että vertaistuen oli koettu olevan avuksi itsetuntemuksen muodostumisessa ja alkoholiongelman tiedostamisen tukena ja vertaisryhmissä jaetut retkahdustarinat olivat toipujille keino työstää alkoholiongelmaa. Toipujalla, joka ei ole kyennyt hallitsemaan omaa alkoholiongelmaansa, voi käsitys omasta pystyvyydestä tarvita hoidon tai vertaistuen tuomaa turvaa. Ajatus siitä, ettei ikään kuin ole yksin vastuullinen käytön hallinnasta voi tukea toipumisprosessia. (Kuusisto 2010: 214, 225–226, 271.)

Tanskassa Aarhusin yliopistossa on tutkittu alkoholistien toipumistarinoita. Tutkimuskohteena ovat olleet yksin juomisen lopettaneet ja AA-ryhmän avulla toipuneet. AA:n avulla toipuneiden tarinoita yhdisti niin sanottu ”pohjalle putoaminen” ennen avun hakemista ja vastaanottamista ja ajatus siitä, että he ovat sairastuneet alkoholismiin. AA:ssa he noudattivat yhteisiä ohjenuoria alkoholismista toipumiseen ja tukivat toisiaan jakaen kokemuksiaan ja toisiaan kuunnellen. Heillä oli myös tapana jatkaa ryhmässä vielä vuosia sen jälkeen, kun alkoholi oli jäänyt pois heidän elämästään. AA:n avulla toipuneiden ja yksin toipuneiden kertomuksista ilmenee muutos omassa identiteetissä ja arkielämässä alkoholin poisjäämisen jälkeen. Jotkut olivat löytäneet uusia harrastuksia, alkaneet opiskella, vaihtaneet työtä tai asuinympäristöä, saaneet uudet sosiaaliset piirit tai korjanneet rikki menneitä ihmissuhteita. (Christensen & Elmeland 2015.)

Dingle, Cruwys ja Frings (2015) nostavat terapeuttisessa yhteisössä päihderiippuvuudesta toipuneiden haastatteluihin perustuvassa tutkimuksessaan esiin mielenkiintoisen näkökulman ja teorian yksilön sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen identiteetin vaikutuksesta sekä riippuvuuden muodostumiseen että riippuvuudesta toipumiseen. Olennaisena tekijänä molemmissa on kokemus liittymisestä, siitä että kokee kuuluvansa johonkin ja olevansa osa yhteisöä, johon identifioituu. Tutkimuksen johtopäätöksenä Dingle, Cruwys ja Frings esittävät, että riippuvuuteen ja siitä toipumiseen on *kaksi polkua*. Ensimmäisen polun päihderiippuvaisilla oli positiivinen kokemus itsestään, sosiaalisista suhteistaan ja elämästään ajalta ennen päihderiippuvuuden muodostumista. Riippuvuuden aikaisien sosiaalisten suhteiden muodostumista he kuvasivat *joutumisella väärään seuraan*, ja itsestään he käyttivät leimaavia nimityksiä, kuten *narkkari*. He olivat riippuvuuden vuoksi ikään kuin menettäneet identiteettinsä riippuvuuden takia. Toisen polun päihderiippuvaisilla ensimmäinen tai ainoa kokemus liittymisestä ja hyväksytyksi tulemisesta oli saattanut muodostua juuri päihteitä käyttävässä yhteisössä. Tällaisessa sosiaalisessa

ympäristössä muodostunut sosiaalinen identiteetti ja siellä solmitut sosiaaliset suhteet ja niistä saatu sosiaalinen tuki koettiin myönteiseksi. (Dingle & Cruwys & Frings 2015.)

Suurin osa molempien polkujen päihderiippuvaisista piti uusia terapeuttisessa yhteisössä syntyneitä sosiaalisia suhteita positiivisena asiana, ja heidän sosiaalinen identiteettinsä oli kokenut muutoksen päihderiippuvaisesta riippuvuudesta toipuvaksi. Ensimmäisen polun toipujat kokivat saaneensa mahdollisuuden palata entiseen elämäänsä, jatkaa keskeytyneitä opintoja tai tavoitella niitä asioita, joita oli tavoitellut ennen päihderiippuvuuden muodostumista. Toisen polun toipujat, joilla sosiaalinen verkosto ennen päihderiippuvuutta oli ollut heikko, tuntuivat puolestaan tavoittelevan aivan uudenlaista sosiaalista identiteettiä, johon liittyi esimerkiksi perheen perustaminen ja aviopuolisona oleminen. Näiden polkujen tunnistamisesta voisi Dinglen, Cruwys'in ja Fringsin mukaan olla hyötyä kuntoutuksen järjestämisessä ja lopputuloksissa; sillä on merkitystä, lähdetäänkö kuntoutuksessa korjaamaan vaurioitunutta identiteettiä, vai tukemaan ja turvaamaan täysin uuden identiteetin rakentumista. Identiteetin muodostumisen selvittämisessä työkaluiksi voisivat soveltua esimerkiksi verkostokartta ja motivoiva haastattelu. (Dingle & Cruwys & Frings 2015.)

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Tutkimuskysymys ja kohderyhmä

Opinnäytetyömme käsittelee riippuvuudesta kuntoutuvien kokemuksia. Olemme rajanneet tarkasteluun kuntoutuvien kokemukset erilaisista sosiaalisista suhteista, erityisesti vertaisuudesta, ja sosiaalisesta tuesta sekä niiden merkityksestä toipumisprosessissa. Nämä muodostavat myös opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen.

Kyselyn kohderyhmänä on Avominnen Helsingin klinikan asiakaskunta vuosilta 2016–2021. Avominnen asiakkaat ovat täysi-ikäisiä päihde- tai peliriippuvaisia henkilöitä, joista selvä enemmistö on miehiä. Avominnen toiminnan ensimmäisinä vuosina asiakas oli tyypillisesti noin 50-vuotias alkoholiriippuvainen mies, mutta nykyään asiakaskunta on laajentunut; asiakkaissa on sekä miehiä että naisia ja esimerkiksi riippuvuusongelman ylisukupolvisuus näkyy siinä, että vanhempi tuo oman hoitojakson seurauksena myös aikuisen lapsensa hoitoon. (Kanu 2021.)

Asiakkaista arviolta 90 % hakeutuu hoitoon omakustanteisesti, loput noin 10 % saavat maksusitoumuksen kuntien terveystoimelta. Hoitoon hakeudutaan yleensä joko läheisten painostamina tai työnantajan aloitteesta, työnantajat saattavatkin kustantaa työntekijänsä hoitojakson. (Kanu 2021.) Avohoitojakso kestää noin vuoden ja sen hinta on 3400 € (Avominne 2020).

6.2 Laadullinen tutkimus opinnäytetyössä

Opinnäytetyömme on tutkimusmenetelmältään laadullinen tutkimus. Laadullisella, eli *kvalitatiivisella* tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jonka pyrkimyksenä on kuvata ilmiötä, ymmärtää sitä ja tuottaa siitä tulkintoja. Tilastojen, lukujen ja kokeiden sijaan laadullinen tutkimus hyödyntää sanoja ja lauseita, joita analysoimalla pyritään löydöksiin. (Kananen 2008: 24.) Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat kysely, haastattelu, erilaisista dokumenteista koottu tieto ja havainnointi (Tuomi & Sarajärvi 2018: 138).

Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien ihmisten määrä on yleensä verrattain suppea, ei tutkimustietoa voida yleistää kuvaamaan tiettyä ihmisryhmää. Tämä ei myöskään ole laadullisen tutkimuksen tavoite. Tilastoihin yleistämisen sijaan tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan kuitenkin yleistää teoriaan. (Perttula 1996: 88–89.) Erityisesti kokemuksia tutkittaessa tutkittavat edustavat vastauksillaan vain omaa itseään. Niitä tutkimalla voimme kuitenkin muodostaa käsityksiä ja kasvattaa ymmärrystämme asioista ja ilmiöistä. (Koivisto & Kukkola & Latomaa & Sandelin 2014: 14–15.)

Teorian rooli aineiston analyysissä riippuu siitä, mitä tutkimuksella tavoitellaan. Aineistoa voidaan analysoida joko teorialähtöisesti, teoria ohjaavasti tai aineistolähtöisesti. Jos tarkoituksena on esimerkiksi kyseenalaistaa tai testata aikaisempaa tietoa, muodostaa aiempi teoria analyysia ohjaavan viitekehyksen. Aineistolähtöinen lähestymistapa puolestaan pyrkii jäsentämään aineistosta teoreettisen kokonaisuuden ilman, että aikaisemmat havainnot tai teoriat vaikuttavat aineiston analyysiin tai lopputulokseen. Nähdään kuitenkin, että puhtaan aineistolähtöistä tutkimusta on vaikea toteuttaa jos siksikin, että aiheen valinta ja esimerkiksi aineiston hankinnassa käytetyt menetelmät ovat tutkijan tekemiä valintoja, jotka perustuvat tutkijan tietoon tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 95–100.) Opinnäytetyössämme teorian rooli on ollut aineistoa purkaessa ja analysoitaessa ohjaava.

Aineiston analyysi on prosessi, joka aloitetaan purkamalla aineisto teema-alueisiin tai luokkiin. Teemat voivat olla joko aineistosta nousevia aiheita, tai siitä voidaan pyrkiä löytämään tutkimuskysymystä koskevia teemoja. Teemat voidaan järjestää ja nimetä keskeisten piirteiden mukaan, ja teemojen relevanssia ja tärkeysjärjestystä voidaan punnita. Tärkeiksi nousevien teemojen avulla voidaan tehdä tulkintoja ja löytää merkityksiä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2010: 143–152.)

6.3 Eettisyys

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus ja sen tulosten uskottavuus edellyttävät, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuseetiikkaan kuuluvat muun muassa oikeiden ja vastuullisten toimintatapojen noudattaminen ja edistäminen, luottamuksellisuus, anonyymiteetin säilyminen, tarvittavien tutkimuslupien hankkiminen, aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeutta koskevat kysymykset. (TENK 2012: 6.)

Tutkimuseetikassa ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tulee olla lähtökohtaista. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen, joten riittävä tiedonsaanti tutkimuksesta, sen toteuttajista ja käyttötarkoituksesta etukäteen ovat avainasemassa. (Kuula 2011: 61.) Kutsu kyselyyn lähetettiin vain niille, jotka olivat antaneet suostumuksen vastaanottaa postia Avominneltä. Myös kutsussa kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista, eikä kaikkiiin kysymyksiin ollut pakko vastata.

Tutkimuseettisten periaatteiden lähtökohtana on myös yksityisyyden kunnioittaminen ja suojeleminen. Ihmisillä on oikeus määrittää itse, mitä tietoja he haluavat antaa itsestään tutkimuskäyttöön. Tutkimustekstejä kirjoittaessa tulee myös ottaa huomioon, että henkilöt eivät ole tunnistettavissa. (Kuula 2011: 64.) Osallistumiskutsun saaneille henkilöille selvitettiin, kuinka tulisimme vastaamaan heidän anonyymiteetistään ja säilyttämään saamamme aineiston turvallisesti niin, ettei se päädy ulkopuolisten käsiin. Kyselymme e-lomake keräsi aineiston ilman, että aineiston haltija sai tietoonsa kuka tai ketkä siihen ovat vastanneet. Aineisto säilytettiin salasanojen takana ja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Pääsy kyselyn vastauksiin oli vain tämän opinnäytetyön tekijöillä, eikä lopulliseen opinnäytetyöhön valituista sitaateista voi selvittää kirjoittajan henkilöllisyys.

Anonyymiyden lisäksi eettisesti toteutettu tutkimus pyrkii neutraaliuteen tuottamassaan tiedossa. Sekä tutkijalta että tutkimukseen osallistuvilta odotetaan rehellisyyttä ja

vastuullisuutta. Emme kuitenkaan ole riippumattomia meitä ympäröivästä todellisuudesta. Tutkijan on hyvä tiedostaa ja tunnistaa asioita, jotka voivat vaikuttaa hänen tekemiinsä tulkintoihin aineistoa käsitellessä. Niin ikään on huomionarvoista, että tutkittavan vastauksiin voi vaikuttaa vastaushetken mieliala tai tutkimuksen aikainen elämäntilanne, eikä hänen alkuperäinen kokemuksensa ole muuttumaton. Yksilölle kokemus on kuitenkin tosi ja hän itse on oman kokemuksensa paras asiantuntija. (Perttula 1996: 90–105.) Edellä mainitut asiat on hyvä huomioida tutkimuksen validiutta arvioidessa.

6.4 Tutkimusprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi tutustumiskäynnillä Helsingin Avominne-klinikalle, jossa tapasimme Avominnen henkilökuntaa, jolta saimme tietoa sekä asiakaskunnasta ja hoitoprosessista ja saimme tutkimusluvan opinnäytetyötämme varten. Selvitimme myös tarkemmin, mitä Avominne opinnäytetyöltämme haluaa ja minkälaiset reunaehdot sosionomitutkimomme työlle asettaa. Avominnen toiveena oli toteuttaa Helsingin Avominne-klinikan hoidossa olleille kysely hoidon vaikutuksesta. Vastaavanlainen kysely oli aiemmin tehty Avominnen Tampereen klinikalle.

Käytimme kyselymme pohjana Avominnen Tampereen klinikan potilaille sairaanhoitajatutkimuksen opinnäytetyössä käyttämää kyselyä vuodelta 2017. Muokkasimme kyselyä poistaen siitä osan kysymyksiä ja lisäämällä uusia, avoimia kysymyksiä vastaamaan sosiaalialan tutkintosisältöä ja oman opinnäytetyömme tutkimuskysymystä. Osa kysymyksistä oli suljettuja ja osa avoimia: koska olimme selvittämässä vastaajien kokemuksia, olivat avoimet kysymykset tärkeitä, sillä niissä vastaaja voi kertoa kokemuksistaan omin sanoin. Muokatun kyselyn hyväksyimme Avominnellä.

Aineiston keruun välineeksi valitsimme e-lomakkeen, sillä sähköinen asiointi on nykypäivänä yleistä ja arvelimme, että vastaamisen helppous kannustaa kutsuttuja osallistumaan kyselyyn. E-lomakkeessa oli myös mahdollista keskeyttää kyselyn täyttäminen ja palata myöhemmin jatkamaan vastaamista. Sähköisessä muodossa tallentuvat vastaukset ovat myös helpompi ja aikaa säästävä valinta aineiston jatkokäsittelyä ajatellen. Käytimme Metropolia amk:n omaa e-lomaketta, sillä se soveltuu opinnäytetyön sähköiseen tiedonkeruuseen ja on tietoturvaselvillä ominaisuuksiltaan luotettava. Kyselylomake sisälsi tietosuojaselosteen, jonka lisäksi kyselyyn osallistuvia informoitiin jo kutsussa vastausten luottamuksellisesta käsittelystä, aineiston turvallisesta säilytyksestä ja anonymiteetistä.

Aloitimme aineiston keruun lähettämällä Avominnen Helsingin klinikalla vuosina 2016–2021 hoidossa olleille henkilöille kirjeitse kutsun osallistua sähköisesti tehtävään kyselyyn. Kutsuja lähetettiin yhteensä 131 kappaletta, jonka lisäksi parhaillaan hoidossa olleille jaettiin kutsu henkilökohtaisesti ryhmätapaamisissa Avominnen henkilökunnan toimesta. Postilla tehtävän kyselyn heikkoutena voidaan nähdä se, että todellista kontaktia kyselyn tekijöihin ei ole, jolloin vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi (Valli 2010: 103), siksi kävimme myös paikan päällä tutustumassa yhteen ryhmään ja kerroimme opinnäytetyöstämme.

Kysely oli avoinna 1.7.2021–8.8.2021, ja vastaamaan pääsi Avominnen verkkosivuilla olevan linkin kautta kutsukirjeessä olleilla kirjautumistunnuksilla. Koska vastausten määrä oli antamamme ajan puitteissa vähäinen, pidensimme vastausaikaa 31.8.2021 asti, ja pyysimme Avominnea mainostamaan kyselyä sekä ryhmätapaamisissa että Facebook-sivuillaan. Muistutuksista huolimatta emme saaneet enää lisää vastauksia kyselyymme ja vastausten lopullinen määrä oli 20.

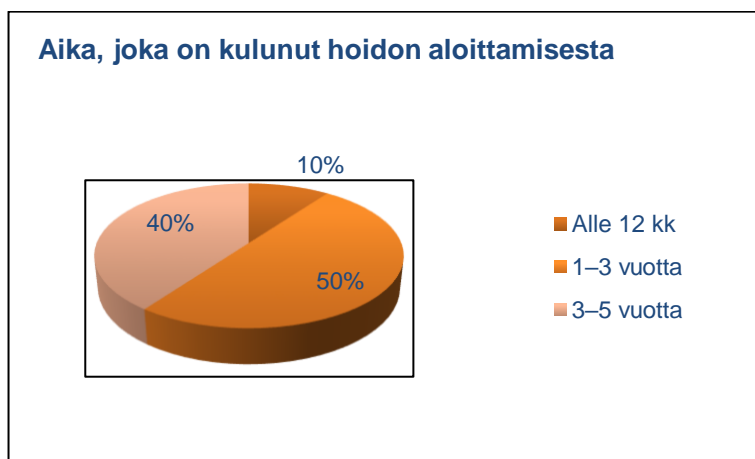
Seuraavana työvaiheena oli aineiston läpi käyminen. Vältimme aikaa vievän ja vaativan työvaiheen, jossa aineisto litteroidaan tai siirretään sähköiseen muotoon, sillä aineistomme oli jo valmiiksi kirjallisessa ja sähköisessä muodossa. Ensin järjestimme aineiston purkamalla vastaukset siten, että kunkin kysymyksen vastaukset kaikilta kyselyyn vastanneilta olivat allekkain. Kysymys kerrallaan pohdimme, nouseeko vastauksista teemoja, ja jos nousee, niin minkälaisia ne ovat. Havainnoimme toistuvia sanavalintoja ja kielikuvia, sekä viittauksia. Hyödynsimme teemoittelun työkaluna aineiston värikoodausta. Teemoja, jotka aineistosta nousivat, olivat esimerkiksi elämänhallinta, fyysinen terveys, psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, vertaisuus, tunnekokemukset, positiivinen muutos tai raitistuminen. Tämän jälkeen teimme lyhyen yhteenvedon kunkin kysymysosion aineistosta ja valitsimme alustavasti sitaatit, joita aioimme käyttää.

Kyselymme sisälsi myös viisi taustoittavaa suljettua kysymystä, joiden vastaukset esitämme diagrammeina, mutta emme opinnäytetyössämme analysoi niitä tai tee niistä johtopäätöksiä. Niistä kuitenkin saimme työelämän yhteistyökumppanillemme tärkeää numeerista dataa potilaiden toipumisesta ja päihteettömän elämän ylläpitämisestä.

7 Tulokset

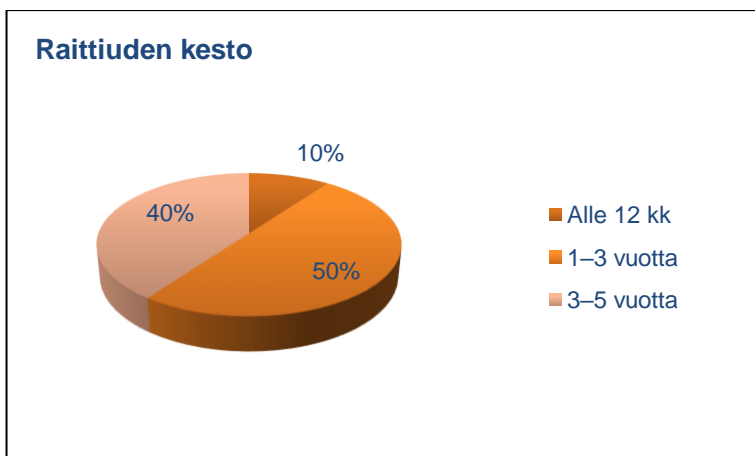
Kyselyn alussa oli viisi taustoittavaa kysymystä, joilla kartoitettiin potilaiden tilannetta vastaushetkellä. Ensimmäisenä kysyttiin, kuinka pitkä aika vastaajalla oli perushoitajakson aloittamisesta ja kuinka pitkä raittius heillä oli takana. Seuraavaksi kysyttiin, olivatko he retkahtaneet ja jos olivat, minkälaista heidän juomisensa oli vastaamishetkellä. Keräsimme vastauksia myös siihen, miten he olivat kokeneet elämänlaatunsa muuttuneet hoitojakson aloittamisen jälkeen.

Vastaajista 10 % (n= 20) oli aloittanut tai käynyt perushoitajakson 12 kuukauden sisällä, 50 % 1–3 vuoden sisällä ja 40 % 3–5 vuoden sisällä.



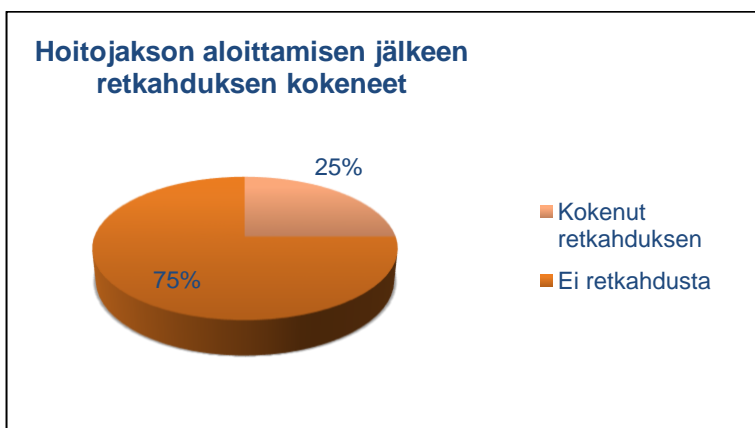
Kuvio 1. Ympyräkaavio, joka kuvaa hoidon aloittamisesta kulunutta aikaa.

Alle 12kk raittius takanaan oli 25 % vastaajista, 1–3 vuoden raittius 40 % vastaajista, 3–5 vuoden raittius oli 35 % vastaajista.



Kuvio 2. Ympyräkaavio, joka kuvaa raittiuden kestoä.

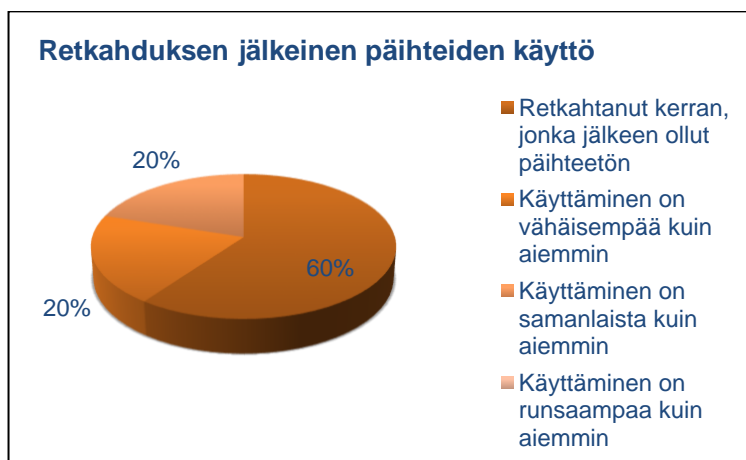
Retkahduksen hoitajakson aloittamisen jälkeen oli kokenut 25 % vastaajista.



Kuvio 3. Ympyräkaavio, joka kuvaa retkahtaneiden määrää.

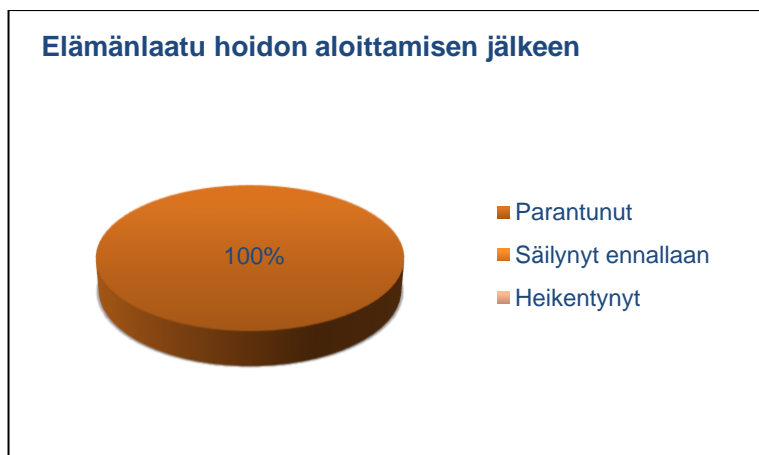
Retkahtaneista (n= 5) 60 % oli retkahtanut vain kerran, eikä ollut käyttänyt sen jälkeen lainkaan. Retkahtaneista 20 % (yksi henkilö) oli retkahtanut, mutta käyttö oli sen jälkeen ollut aiempaa vähäisempää. Niin ikään 20 % (yksi henkilö) oli retkahtanut ja

käyttö oli jatkunut samanlaisena kuin aikaisemmin. Kaiken kaikkiaan, vastaushetkellä päihteitä siis käytti 10 % kaikista kyselyyn vastanneista.



Kuvio 4. Ympyräkaavio, joka kuvaa retkahduksen jälkeistä päihteiden käyttöä.

Vastaajista 100 % koki silti elämänlaatunsa parantuneen hoidon aloittamisen jälkeen.



Kuvio 5. Ympyräkaavio, joka kuvaa koettua elämänlaatua hoidon aloittamisen jälkeen.

7.1 Elämänlaatuun vaikuttavat asiat

Kysyimme kyselyssämme, mitkä asiat vastaajat olivat kokeneet vaikuttaneen elämänlaadun paranemiseen. Fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin lisääntymiseen viitattiin lähes jokaisessa vastauksessa. Vastaajat listasivat useita fyysiseen terveyteen

liittyviä seikkoja, esimerkiksi unen laatu tai vireystila, jaksaminen ja krapulattomuus. Lisäksi esille tuotiin ulkoilun ja liikunnan lisääntyminen. Konkreettisia fyysisen terveyden positiivisia muutoksia nimesi kaksi vastaajaa, joista toinen kertoi pudottaneensa painoa ja toinen kertoi ruuansulatuksellisten oireiden hävinneen.

Fyysinen tasapaino palautui nopeasti, parissa kuukaudessa. Sen sijaan henkisen tasapainon palautuminen kesti pidempään.

Psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen näkyy siinä, miten vastaajat kuvaavat elämäänsä vastaushetkellä. Muun muassa *helpotus, keveys, rauha, ilo, selkeys, voima* ja *tasapaino* olivat sanoja, jotka esiintyivät vastauksissa. Vastauksissa tuotiin esiin mielenterveyden paraneminen sekä ahdistuksen, masennuksen ja stressin väheneminen. Itsearvostuksen ja mielen joustavuuden lisääntyminen näkyvät myös osassa vastauksista: juomisesta johtuva häpeä oli vaihtunut raitistumisen jälkeiseksi itsekunnioitukseksi, ja vastoinkäymisiin suhtautuminen oli saanut *oikeat mittasuhteet*. Kaikki tämä on kuitenkin vaatinut – ja vaatii edelleen – jatkuvaa itsetutkiskelua ja työskentelyä oman mielen parissa.

Kyky suunnitella omaa päivää, viikkoa ja vähän jopa kuukautta ja vuotta.

Neljässä vastauksessa viitattiin lisääntyneeseen aikaan, kolmessa taloudelliseen tilanteeseen. Päivärytmin muuttuminen säännölliseksi ja unen laadun paraneminen vahvistavat esimerkiksi aikaan ja ajankäyttöön tai tulevaisuuteen suuntautuvaan ajatteluun liittyviä elämänhallinnan taitoja. Näillä on usein vaikutus myös taloudellisen tilanteen paranemiseen. Kun päihteiden käyttö loppuu, aikaa jää itse elämiselle, sen sijaan että elämä pyörisi päihteiden ympärillä (Oinas-Kukkonen 2013: 206).

Sosiaalisten suhteiden rooli elämänlaatua tukevana tekijänä on selkeä. Vastauksista ilmenee, että negatiivisia piirteitä, joita oli aiemmin esiintynyt sosiaalisissa suhteissa ei enää ollut tai ne olivat vähentyneet. Vastauksissa mainittiin myös esimerkiksi rehellisyyteen ja luottamukseen liittyviä seikkoja, joita voidaan yleisesti pitää tärkeinä sosiaalisen suhteen ylläpitämisen kannalta. Muutos omassa käytöksessä ja siinä, miten näkee muut ihmiset, oli vähentänyt konfliktitilanteita: toisiin kohdistuva loukkaava käytös ja arvostelu oli loppunut ja rikkinäisetkin ihmissuhteet olivat korjaantuneet, kun *valehtelun, kieroilun* ja *välttelyn* tilalle oli tullut *rehellisyys*.

Suhteet läheisiin ovat parantuneet ihmeellisesti, jopa sellaisiin ihmisiin, joita olen loukannut pahasti

Sosiaalista hyvinvointia vastauksissa edustavat myös viitaukset hoitoryhmässä vertaisilta saatuun tukeen ja ymmärrykseen. Ylipäänsä Avominnen hoitomuotoon liittyviä

tekijöitä pidettiin yhtenä elämänlaatua parantaneena tekijänä. Nimenomaan raitistumiseen tai juomisen loppumiseen viittaavia kohtia oli kuudessa vastauksista.

minulle ainoa tie jatkaa elämää oli täysraittius

Varmaankin ohjelman vertaistuki on suurin apu, mutta kyllä se itse pitää se kovin työ tehdä, eli kyllä sellainen päivittäinen sisäinen kamppailu on olemassa.

Aiemmin tehdyistä tutkimuksista (Kuusisto 2010; Oinas-Kukkonen 2013) selviää, että tyytyväisyys elämään lisääntyy toipumisen myötä. Eritoten ryhmämuotoisen kuntoutuksen avulla toipuneet kokevat muutoksen olevan suuri. (Kuusisto 2010: 273). Myös tunne oman elämän hallinnasta koetaan tärkeäksi. Raittius tuo toipuvien elämään positiivisia muutoksia, jotka myös ylläpitävät ja tukevat raittiutta. Ilmiötä voidaan oikeastaan tarkastella kahdesta näkökulmasta: yhtäältä raitistuminen eheyttää ja toisaalta eheytyminen pitää yllä raittiutta. (Oinas-Kukkonen 2013: 226.)

7.2 Merkitykselliset asiat elämässä

Halusimme myös kysyä, mitkä asiat vastaajat kokevat elämässään merkityksellisiksi. Vahvimmin vastauksista nousi esille sosiaalisten suhteiden merkitys, erityisesti läheisten, kuten puolison, lasten tai muun perheen kanssa. Myös ystävät, tuttavat ja kaveripiiri mainittiin useassa vastauksessa. Sosiaalisten suhteiden lisäksi merkitykselliseksi koettiin oma psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi ja terveys, jonka osa vastaajista oli nostanut tärkeimmäksi.

Tietenkin perhe. Vaimoni kesti juomistani, ei ole unohtanut. Eikä tule koskaan unohtamaan aiheuttamiani traumoja, epävarmuuksia ja jatkuvaa pelkoa retkahduksesta. Juttelemme joskus siitä ja koen syvää onnettomuutta, että elämästämme tuli viimeiset kymmenen vuotta pelkkä helvetti.

Moni myös koki merkitykselliseksi jonkinlaisen omissa arvoissaan ja ajatusmaailmassaan tapahtuneen muutoksen: *henkisyys* ja *rehellisyys* sekä toisten ihmisten huomioiminen. Riippuvuudesta toipumisen kokemusta tutkineet Hänninen ja Koski-Jännes (1999) nostavatkin arvomaailmassa tapahtuneen muutoksen keskeiseksi kannattelevaksi tekijäksi toipumiseen liittyvässä muutosprosessissa (Hänninen & Koski-Jännes 1999: 1847).

Ennen kaikkea oma hyvinvointi. Kun itse jaksan hyvin ja mieli on hyvä, olen kanssaihmisille ystävällinen ja auttavainen.

Raittiuden ylläpitäminen tai raittius elämäntapana nousivat myös hyvin esille vastauksista. Raittiuspäätöksen koettiin näissä vastauksissa ikään kuin olevan avain muiden merkitykselliseksi koettujen asioiden mahdollistumiselle.

Ystävien, tuttavien ja ympärillä olevien ihmisten läheisyys lisääntynyt ja elämän moninaisuuden ja rikkauden näkeminen kasvanut alkoholin poisjäämisen jälkeen.

Muita merkityksellisiksi koettuja asioita vastauksissa oli työ tai muut ulkoiseen elämänhallintaan, taloudelliseen vakauteen sekä kokemukseen aikaansaamisesta liittyvät vastaukset. Vapaa-aikaan liittyvistä asioista oli harrastusten ja liikunnan lisäksi mainittu tarkemmin musiikin kuuntelu, luonto, eläimet ja kesämökin hoitaminen kesäaikaan. Samankaltaisia asioita mainitsivat myös Oinas-Kukkosen (2013) haastattelemat potilaat. Potilaat kokivat työn, harrastukset sekä hengellisen vakaumuksen tärkeinä toipumista tukevina elementteinä. Ne olivat päihteen tilalle tulleita tekijöitä, jotka toivat elämään merkityksellisempää, uutta sisältöä. Oinas-Kukkosen mukaan ne olivat toipumisen mahdollistamisen sijaan ennemminkin seurausta toipumisesta. (Oinas-Kukkonen 2013: 196, 226.)

7.3 Sosiaalisten suhteiden merkitys

Sosiaalisten suhteiden merkitystä pyrimme selvittämään kysymällä, minkälaisia ajatuksia tai tunteita läheisten ottaminen mukaan hoitoprosessiin oli herättänyt. Etukäteen läheispäivä oli askarruttanut montaa vastaajaa ja jopa aiheuttanut pelkoa, mutta lopputulos ja kokemus oli kuitenkin positiivinen. Sana tärkeä toistuu useammassa vastauksessa. Läheispäivä koettiin olennaiseksi osaksi hoitoprosessia esimerkiksi palautteen antamisen ja saamisen takia. Moni vastaajista kertoi läheistensä puhuneen suoraan ja rehellisesti siitä, miten vastaajan toiminta riippuvaisena oli heihin vaikuttanut, sekä minkälaisia tunteita se oli heissä herättänyt. Joillekin vastaajista palautteen kuuleminen oli ollut hyvin vaikeaa, mutta silti toipumisen kannalta välttämätöntä. Tärkeäksi koettiin myös läheispäivänä syventynyt tieto riippuvuudesta sairautena, jonka vaikutukset ulottuvat myös heihin itseensä läheisinä.

Tämä on vaikein osuus ohjelmassa. Minun vaimoni onneksi otti tapaamisen asiallisesti, mutta pelkäsin muuta. Tämä on tärkeä osa hoitoa. Sitä luulee tietävänsä mitä toinen ajattelee, mutta ei tiedä. Läheistapaamisessa sen sitten kuulee.

perhe ymmärtää paljon paremmin nyt addiktiota ja sen vaikutusta minuun ja koko perheeseen

Oinas-Kukkonen (2013) esittelee tutkimuksessaan potilaiden toipumiskokemusten lisäksi läheisten kokemuksia riippuvaisen omaisena. Esille nousevat esimerkiksi huolen kokemus ja kokemus luottamuksen menettämisestä. Rikotut lupaukset juomisen vähentämisestä tai lopettamisesta, sekä ongelman olemassaolon kiistäminen olivat vieneet läheisen uskon potilaan mahdollisuuksiin toipua ilman apua. (Oinas-Kukkonen 2013: 350–351.) Kenties juuri siksi perushoitajakseen kuuluvan läheiskohtaamisen merkityksen koki tärkeäksi jopa 94 % hänen haastattelemistaan potilaista (emt. 187).

Oli tuskallista kuulla omien läheisten arvioita menneisyydestäni ja kuinka alkoholistina käyttäytymiseni on vaikuttanut heihin.

Myös yhteinen ryhmän läheistapaaminen avasi silmiä, miten eri perheissä asioita koetaan. Vastaavia yhteiskokontumisia voisi olla useamminkin.

Läheispäivänä kunkin läheiset saavat puheenvuoron ja mahdollisuuden kuunnella toisten kuntoutujien läheisten puheenvuoroja. Tämä antaa sekä kuntoutujille että heidän läheisilleen mahdollisuuden verrata omia kokemuksiaan toisten kokemuksiin ja tunnistaa niistä yhtymäkohtia tai havaita eroavaisuuksia. Muutamalla kyselyymme vastanneista läheispäivä ei ollut toteutunut tai he kertoivat, etteivät olleet kokeneet läheispäivää erityisen merkittäväksi. Eräs vastaajista myös pohti sitä, että joillekin läheisille saattaisi olla luontevampaa puhua hoidossa olevalle läheiselleen yksityisemmin, pelkän ohjaajan kanssa ja ilman toisia potilaita omaisineen.

Kysyimme myös, millä tavalla sosiaaliset suhteet olivat toipumisprosessin aikana muuttuneet. Sosiaalisilla suhteilla tarkoitimme sekä lähiomaisia, kuten puolisoa tai perhettä, että ystäviä tai esimerkiksi työtovereita. Positiivisia muutoksia kuvaavia esimerkkejä oli lähes jokaisesta vastauksesta. Niissä korostuivat puolison ja lasten merkitys: riippuvuuden rikkomat ihmissuhteet olivat toipumisen myötä korjaantuneet ja jopa muuttuneet aiempaa paremmiksi. Suhteiden muuttumista parempaan suuntaan kuvaavat vastaajien kertomukset suhteiden lähentymisestä, syventymisestä ja sisällöllisesti rikkaammaksi tulemisesta, mutta myös kuntoutujan elämänpiirin avautumisesta, kurottautumisesta kohti ympäröivää yhteiskuntaa.

Ystävien, tuttavien ja ympärillä olevien ihmisten läheisyys lisääntynyt ja elämän moninaisuuden näkeminen kasvanut alkoholin poisjäämisen jälkeen.

Yleisesti suhteet ovat lämmenneet ja olen ollut syvällisemmin kiinnostunut keskustelemaan laajemmin yhteiskunnallisista asioista ja maailman tilanteesta.

Luottamuksen lisääntyminen vastaajien raitistumisen myötä näkyi useassa vastauksessa. Menneisyyden alkoholiongelman käsittelyyn liittyy usein tarve saada läheisten anteeksianto, joka voi vaikuttaa myös henkisen hyvinvoinnin uudelleen rakentumiseen (Kuusisto 2010: 265). Ihmissuhteiden ja eritoten läheissuhteiden merkitystä voi tarkastella kahdelta kannalta; alkoholistin toipumista ja raittiutta edistävät hyvät läheis- ja ihmissuhteet, mutta toipumisen seurauksena ne myös korjaantuvat. Juomisen seurauksena rikkoontuneen luottamuksen korjaantuminen läheisiin ihmisiin on erittäin tärkeässä asemassa raittiuden ylläpitämisessä. (Oinas-Kukkonen 2013: 225.)

Vaimoni on iloisempi kun ei tarvitse jännittää, olenko humalassa, kun hän tulee kotia. Vaimoni luottaa minuun enemmän kuin ennen. Uskaltaa päästää minut kauppaan ja mökille yksin, ilman pelkoa, että juopottelen.

Kaikki sosiaaliset suhteeni ovat parantuneet. Eniten suhde aviomieheen, joka kärsi eniten alkoholismistani. Rehellisyys ja avoimuus ryhmässä on tullut tavaksi myös kotona.

Ruisniemi (2006) havaitsi tutkimuksessaan potilaiden kertomuksissa sosiaalisen identiteetin muuttumisen kuntoutusjakson aikana. Muutoksen tuottama elämän avartuminen ja lisääntynyt itseluottamus näkyi itseä arvostavan puheen lisääntymisenä sekä kokemuksena muista ihmisistä uhkan sijaan voimavarana. Erityisenä kuntoutujien minuutta rakentavana elementtinä nousi vanhemmuus. Ruisniemi pohtikin perhekuntoutuksen merkitystä päihdetyössä. (Ruisniemi 2006: 150–151, 246–249.)

sain lasteni luottamuksen takaisin ja löysin uuden kumppanin rinnalleni itsetuntoni parannuttua

Sosiaalisten suhteiden osittainen hiipuminen tai katkeaminen näkyi kyselymme vastauksissa. Ystäviä oli jäänyt pois kaveripiirin tai vapaa-ajan toiminnan muuttumisen johdosta. Kuusiston (2010) tutkimuksesta selviää, että valtaosa haastatelluista oli tarkoituksella irtautunut vanhasta kaveripiiristään turvatakseen raitistumistaan. Tilalle ja tueksi oli usein tullut jonkinlainen vertaistuen tai uskonnollinen ryhmä. (Kuusisto 2010: 265–266.) Osalle kyselymme vastaajista muutokset sosiaalisissa suhteissa näyttäytyvät positiivisena, mutta joissain vastauksissa erottuu myös haikeuden ja mielihahan kokemusta. Toisaalta toipuminen on myös mahdollistanut uusien tai entistä parempien ihmissuhteiden muodostumista: yksi vastaajista oli päättänyt toimimattoman parisuhteen, ja toinen puolestaan oli löytänyt rinnalleen uuden kumppanin.

Kaveripiiri tai osallistuminen joihinkin juttuihin on jäänyt

minun "juomattomuus" on joillekin hankala asia käsitellä. Ei tiedetä voiko minulle puhua viinasta ja/tai toiset alkavat kontrolloida omaan juomistaan

sosiaalisessa tilanteessa. Tämä vaivaa minua suunnattomasti, siis se, että toiset alkavat muuttamaan omaa käyttäytymistään minun vuokseni.

Kaikkiin ihmissuhteisiin toipuminen tai sitä edeltävä aika ei ole vaikuttanut: jotkut vastaajista kokevat, että suhteet ovat säilyneet ennallaan. Joissakin ihmissuhteissa riippuvuus ei ole vastaajien mukaan myöskään ollut tiedossa. On kuitenkin mahdollista, että esimerkiksi työpaikalla asia on ollut työyhteisön tiedossa, mutta sitä ei ole otettu puheeksi.

Työtoverit ennallaan, töissä ei alkoholismistani tiedetty

7.4 Vertaisuus ja sen merkitys

Kysyimme, mitä ajatuksia tai tunteita oman elämän käsittely ja jakaminen ryhmässä oli herättänyt. Useammassa vastauksessa kävi ilmi, että aluksi oman elämän käsittely tuntui *vaikealta, hirveältä, raskaalta ja oudolta*. Alkuvaiheen jälkeen vastaajat olivat kuitenkin kokeneet oman tarinansa jakamisen helpottavana: *vapauttava, puhdistava* tai *terapeuttinen* esiintyi useassa vastauksessa. Myös vertaisryhmän ja keskustelun merkitys toistuu vastauksissa: muilta saatu *tuki ja ymmärrys* sekä kokemus tilanteen luottamuksellisuudesta oli helpottanut oman tarinan kertomista ja käsittelyä.

Puhdistava, mutta rankka kokemus

Sain tukea ja ymmärrystä, vahvisti toipumistani.

Aiemman tutkimuksen perusteella toisten kuntoutujien läsnäolo koetaan tärkeäksi. Oman juomishistorian ja elämäntarinan jakaminen voidaan kokea alussa vaikeaksi, mutta kertomisen jälkeen olo on kuitenkin ollut helpottunut. Hoitopaikan hyväksyvällä ilmapiirillä voi myös olla vaikutus siihen, miten kuntoutujat kokevat ryhmässä puhumisen. Lisäksi kyky reflektoida omaa toimintaansa kehittyä hoidon edetessä, mikä voi vaikuttaa kokemukseen ryhmätilanteesta. (Oinas-Kukkonen 2013: 176–179.)

Ääneen puhuminen ja ikävien asioiden sanominen ääneen muiden kuullen pelotti paljon, mutta antoi mielenrauhan.

Vastauksissa ilmenee vertaiskokemuksen käänteentekevä vaikutus, jonkinlainen herääminen itsereflektioon: yksi vastaaja kertoo saaneensa herätyksen, toinen kertoo kokemuksen olleen silmiä avaavaa ja kolmas pysäyttävää. Osa vastaajista toi myös esille sairauden tunnistamisen ja tunnustamisen tärkeyden tai sairauden ylisukupolvisuuden käsittelyn.

Alkuun oli hirveätä alkaa purkaa omia tekojaan ja kertoa perinpohjaisesti menneisyydestä: isäni ja isäniä olivat olleet juoppoja- alkoholisteja. Myöhemmin, kun samaa asiaa kerrattiin, niin asiaa analysoi eri tavalla (geenihistoria ja alkoholismi on sairaus) – olen puhunut ongelman luonteesta tältä pohjalta poikieni kanssa, varoituksena heille geeniperimästä.

Halusimme myös kuulla, minkälaisia ajatuksia ja tunteita toisten potilaiden tarinoiden kuuleminen oli herättänyt. Positiivinen kokemus vertaisuudesta, ongelmien samankaltaisuus ja toisten tarinoinhin samastuminen toistuivat useassa vastauksessa. Vertaisuuden kokemuksen lisäksi mainittiin vastakkainen kokemus riippuvuuden kanssa yksin olemisesta, johon vertaisryhmässä oli saanut apua. Erityisesti tunne siitä, ettei ole yksin ongelmansa kanssa toistui useassa vastauksessa. Yksi vastaajista koki kuitenkin, että osa ryhmäläisistä sortui epäoleellisten asioiden kertomiseen; tämäkin on ymmärrettävää, sillä joillekin mahdollisuus kertoa ja tulla kuulluksi voi olla uusi asia ja kerrottavaa riittäisi koko elämän ajalta.

Alussa luulee, että on yksin ongelmiansa kanssa ja olen tuhonnut kaiken. Kun kuulee muiden kertomuksia, asettaa omatkin ongelmansa oikeeseen suhteeseen ja ymmärtää, ettei tämä ole elämän loppu, vaan uuden alku.

ymmärsin, etten kaikkien alkoholin kanssa mekastusten ja töppäilyjen kanssa ole ollut yksin.

Tunnekokemuksia, joita vastauksista erottuu ovat helpotuksen, terapeutisuuden ja myötätunnon kokemukset. Eräs vastaaja kertoo vertaistarinoiden kuulemisen vähentäneen häpeän tunnetta. Toinen vastaaja puolestaan kiittelee luottamuksellista ilmapiiriä ja kolmas kertoo ymmärryksensä laajenemisesta sen suhteen, minkälaiset ihmiset riippuvuutta sairastavat.

Tämä helpotti omaa oloa, kun kuuli että muut alkoholiongelmaiset puhuvat samoista ongelmista. Häpeä alkoi poistumaan.

Laajensi ymmärrystä yllättävän samankaltaisista asioiden kuluista ei pelkästään päihderiippuvuuden kehittymisen vaan ehkä erityisesti sen suhteen minkä tyyppisiä ihmisiä oli tilanteeseen joutunut - osaavia, motivoituneita, työteliäitä, hyvää tarkoittavia.

Hoitojaksolla ryhmässä on sekä uusia tulokkaita että aiemmin aloittaneita. Kysyimme, mitä ajatuksia tämä oli herättänyt. Lähes kaikki vastaajat kokivat tämän hyvänä asiana – jopa koko hoito-ohjelman vahvuutena. Heidän kertomuksistaan oli voitu saada arvokasta tietoa sekä mahdollisuus peilata omia kokemuksia heidän kokemuksiinsa. Uusina hoitojaksolle tulleille pidempään raittiina olleiden läsnäolo oli luonut toivoa, ja vastaavasti myöhemmässä hoitojakson vaiheessa olevat kokivat oman roolinsa

uudempien tulokkaiden *sparraajana* tärkeäksi. Myönteinen kokemus vertaisuudesta välittyi useasta vastauksesta: yksi vastaajista kuvasi toipumisprosessin samassa vaiheessa olevien välistä suhdetta *veljeytenä*. Vertaisilta saatu tuki oli ollut tärkeä voimavara: ryhmäläiset *tsemppasivat* toisiaan.

Hyvä asia ja tukee toipumisessa sekä antaa uskoa, jos alussa ei usko raittiiseen elämään ja onnistumiseensa.

Uusille tulokkaille pystyin olemaan esimerkkinä ja kertomaan omista virheistäni ja siten motivoimaan heitä hoidon jatkamiseen ja jaksamiseen

Auttaa näkemään hoidon prosessina, jossa jokainen etenee omalla portaallaan kohti samaa tavoitetta.

Seniorit herättivät kunnioitusta, samassa vaiheessa olevien kanssa syntyi "veljeys" joka oli valtava voimavara. Retkahtaneiden kokemukset olivat todella tärkeitä varoittavia esimerkkejä.

Vertaisuus on merkittävä tekijä toipumisprosessissa: jaetun kokemuksen myötä syntyy tunne yhteisöön liittymisestä, ja ongelmiinsa voi ryhmässä keskustellessa löytää uusia ratkaisuja (Kippola-Pääkkönen 2018: 176). Kuusisto esittää, että toipumisprosessin tukena voi myös olla ajatus siitä, ettei ikään kuin ole yksin vastuussa käytön hallinnasta. Kun kokee vaikeaksi hallita omaa alkoholinkäyttöään, voi hoidon tai vertaistuen tuoma turva olla tärkeä tuki omalle pystyvyydentunteelle. (Kuusisto 2010: 271.)

Vertaisuuden voima kuntoutumisen tukena nousi myös kysyttäessä, minkälaisia hoitojaksolla opittuja keinoja vastaajat olivat hyödyntäneet raittiutta tukemassa. Moni mainitsi vertaisryhmät ja niistä saadun vertaistuen itselleen tärkeiksi työkaluiksi. Ryhmässä kuntoutujien tarinat toimivat esimerkkinä, samastumisen välineenä sekä mahdollisuutena hahmottaa omaa toipumisen prosessia vertaamalla itseä eri vaiheessa toipumisessa olevien tilanteisiin.

Avominnen tuoma yhteishenki alkoholistien välillä on myös kannustava. Tunnen, että jos ratkean, en petä vain itseäni vaan koko porukan

Vertaistuki eri ihmisten jakamien kokemusten ja kohtaloiden myötä on esimerkkinä antanut voimaa irtautua oravanpyörästä.

Ryhmästä saadun tuen ja kannustuksen lisäksi tärkeää on myös vastavuoroisuus; myös tuen osoittaminen ja omien selviytymiskeinojen jakaminen toisille mainittiin vastauksissa. Vertaisina toimineiden kokemuksia on kartoitettu ainakin vuonna 2019 haastattelututkimuksella. Tutkimuksen mukaan vertaiset olivat kokeneet työssään

voivansa toimia luottamuksen rakentajina, rohkaista kuntoutujaa ja vahvistaa tämän kokemusta kuulluksi tulemisesta. He olivat kokeneet toimivansa toisille esikuvana toipumisessa ja tämä kokemus puolestaan vahvisti heidän motivaatiotaan jatkaa omaa kuntoutumisprosessia. (Palukka & Tiilikka & Auvinen 2019: 25–26.)

7.5 Raittiutta tukevat keinot

Halusimme myös kysyä, minkälaisia hoitajaksolla opittuja keinoja vastaajat ovat hyödyntäneet raittiutta tukemassa. Minnesota-mallisen päihdekuntoutuksen keskeisiin työkaluihin kuuluu sairauskäsityksen hyödyntäminen oman riippuvuuden käsittelyssä (Arramies & Hakkarainen 2019: 104). Vastauksissa toistuivat hoitomuodolle tyypilliset käsitteet tai ilmaisut, jotka viittasivat alkoholismiin *parantumattomana sairautena*, johon ainoa ratkaisu on *raittius*. Olennaisena osana toipumista ja kuntoutumista on vastaajien mukaan *tietoisuus* alkoholismista sairautena, sairauden *tunnistaminen* ja sen *hyväksyminen* osana itseä sekä *avun pyytäminen*.

Nöyrytyminen sairauden edessä ja rehellisyys niin itseä kuin muita kohtaan ovat toistuvia teemoja myös AA-kirjallisuudessa. Jotkut voivat kuitenkin kokea sairauskäsityksen loukkaavana tai jopa pelottavana. Toisaalta se voidaan kokea myös helpotuksena, koska sen avulla ongelmalle on viimein saatu selitys: päihderiippuvuus on sairaus. (Oinas-Kukkonen 2013: 175.) Sairauskäsityksen omaksuminen voikin olla omanarvontunnon kannalta eheyttävä (Kuusisto 2010: 234).

Eräs kyselyyn vastanneista kertoi erityisesti kuivan juomisen käsitteeseen tutustumisen olleen itselleen ratkaiseva. Kuivalla juomisella tarkoitetaan tilaa, jossa alkoholiriippuvainen henkilö on luopunut alkoholin käytöstä, mutta ei ole käsitellyt riippuvuuttaan tunnetasolla, ja toimii siksi yhä vanhojen ajatus- ja toimintamallien mukaisesti (Arramies & Hakkarainen 2019: 41–42). Muutamalla vastaajalla sairauskäsityksen omaksuminen ilmenee tekoina: kotiin ei hankita alkoholia lainkaan ja omaa rajaa ei kokeilla edes yhdellä annoksella.

Alkoholismi on kuitenkin sairaus, jossa tulee vain olla raittiina. Koska aika on sen näyttänyt, ettei se ole minun hallittavissani. Olen raitis tai alkoholisti. Minusta ei tule kohtuukäyttäjää koskaan.

Hoitojakson konkreettisiin materiaaleihin perustuvia työkaluja ovat AA-kirjallisuus, kuten Päivä kerrallaan -kirja, jonka tekstejä moni vastaaja kertoi lukevansa säännöllisesti. Vastauksista heijastuvat opitut tunnetaidot ja joustavuuden lisääntyminen. Usea vastaaja mainitsi itsessään tapahtuneen asennemuutoksen vastoinkäymisiä

kohdatessa; joillakin oli arjessaan ohjenuorana hoitajaksolta oppimiaan voimallauseita, kuten tämäkin vaikeus menee ohi, mikään tunnetila ei vaadi välitöntä reagoitua tai Tyyneysrukousta. Tyyneysrukous on vanha rukous, jonka alkuperästä ei ole täyttä varmuutta: ”Jumala suokoon minulle tyyneyttä hyväksyä asiat, joita en voi muuttaa, rohkeutta muuttaa, mitkä voin, ja viisautta erottaa nämä toisistaan.” Tyyneysrukouksella on tärkeä osa ja perinne AA:n toiminnassa (Alcoholics Anonymous, Nimettömät alkoholistit), ja siksi se on keskeinen työkalu myös Avominnan hoito-ohjelmassa.

Hoito-ohjelman teesi ”tänään en juo” aloitti päiväni.

Tyyneysrukous ja ”mantrat” kuten ”päivä kerrallaan” ovat arkisia työkaluja ajattelutyössäni.

Muita ajattelun työkaluja, jotka esiintyvät vastauksissa ovat vertaaminen entiseen ja menneisyyden muistelu ja toisaalta raittiuden positiivisten vaikutusten ajattelemine. Joku saattaa palauttaa mieleen kamalimpia hetkiä juomisen ajalta tai muistella pahinta tilannetta ennen raitistumista, toinen taas miettii, kuinka hyvää elämä ilman alkoholia on ja mitä asioita raittiina olo mahdollistaa.

Ehkä olennaisin on toisaalta karmeimpien hetkien ja toisaalta Avominnehoidossa oivaltamishetken asioiden mieleen palauttaminen silloin tällöin.

Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on selvinnyt, että Minnesota-hoidossa olleet ovat kokeneet saaneensa perushoidon aikana erittäin hyviä työkaluja toipumistaan tukemaan. Arkielämässä hyödyllisiä ajatuksellisia työkaluja ovat olleet esimerkiksi opittu nöyryys ja rehellisyys sekä eläminen niin sanotusti *päivä kerrallaan*. (Oinas-Kukkonen 2013: 194–196.) Ajatuksellisia työkaluja puolestaan voivat olla raittiuden myönteisten vaikutusten ajattelu, ikävien seurausten muistelu sekä tukeutuva ajattelu. Tukeutuvalla ajattelulla tarkoitetaan tässä sitä, että ajattelussa esiintyy jokin tekijä, johon henkilö kohdistaa toiveita ja johon hän tukeutuu. Tällainen tekijä voi olla esimerkiksi luottamus hoitomenetelmään, AA:han, hengellisyyteen tai jumalaan. Niihin turvautuvat nimenomaan ryhmässä toipuneet muilla tavoin toipuneita useammin. (Kuusisto 2010: 232–233.)

7.6 Palautetta Avominnelle

Olisinpa tiennyt Avominnesta jo aiemmin. Elämä ilman alkoholia on sittenkin mahdollista ja se on ihanaa! Nyt takana on 5,5 vuotta raitista elämää.

Kyselymme viimeisessä kysymyksessä pyysimme vastaajia kertomaan vapaasti kokemuksiaan hoidosta. Kokemukset Avominnen hoito-ohjelmasta olivat lähes yksinomaan positiivisia. Kiitosta saivat hoitomalli kokonaisuutena ja hoitojakson alun intensiivinen vaihe, joka koettiin toimivaksi. Maaliskuussa 2020 alkanut Covid19-pandemia näkyi myös vastauksissa: Avominne oli muokannut ripeästi toimintaansa äkillisesti muuttuneessa tilanteessa ja mahdollistanut ryhmien tapaamiset Zoom-yhteydellä. Etäyhteydellä toteutetut tapaamiset eivät kuitenkaan ole sama asia kuin ihmisten tapaaminen kasvokkain samassa tilassa. Eräs vastaaja koki, että fyysinen läsnäolo ryhmässä on antoisampaa, kun muiden osallistujien ilmeitä ja eleitä on helpompi aistia. Vastauksista nouseekin erityisesti ryhmässä muodostuneiden sosiaalisten suhteiden merkitys: osa kertoi saaneensa uusia ystäviä tai kokeneensa syvää kumppanuutta toisten kanssa.

Löysin niin sanotusti oman ryhmäni. Se tuntui kotiryhmältä.

Avominnessa toteutettava hoitomalli on mielestäni erittäin toimiva ja hyvin mietitty. Faktojen kertominen addiktioista ja sairausajattelu toimivat itselläni hyvin.

Vaikka palaute oli lähes yksinomaan positiivista, olivat jotkut vastaajista kokeneet hoitojaksolla käytetyn Päivä kerrallaan -kirjan olevan kirjoitustavaltaan vanhanaikainen ja uskonnollissävyyteisyydessään suomalaisesta kulttuurista poikkeava. Muutama vastaajista toivoi, että kirjaa tai sen käännöstä päivitetäisi nykyaikaisemmaksi. Koska hoito-ohjelma on kaikille sama, mutta ihmiset edistyvät yksilöinä eri tahtiin, tuntui etenemistähti yhdelle liian hitaalta ja toiselle liian nopealta. Muutamasta vastauksesta ilmeni myös, että haasteet ryhmän henkilökemioissa voivat joidenkin kohdalla muodostua toipumisen hidasteeksi.

Päivä kerrallaan-kirja on kirjoitustavaltaan vanha ja sisältää kiusallisia uskonnollisia viestejä tämän päivän maailmaan, -kirja tulisi uusia

joskus ryhmässä eivät kemiat joidenkin kanssa kohtaa, mutta se lienee myös ihan omasta luonteesta kiinni mistä asioista "loukkaantuu" jne.

Ryhmän vetäjällä koettiin olevan erittäin merkityksellinen rooli, sillä siinä yhdistyy sekä vertaisuus että ammattilaisuus. Tämä sai monilta kiitosta ja arvostusta. Ohjaajan persoonan ja olemuksen koettiin myös olevan erittäin tärkeä. Ryhmätoiminnassa jäsenten henkilökohtaiset ominaisuudet sekä jäsenten suhteet toisiinsa voivat joko tukea tai haitata kuntoutumisen prosessia. Siksi vertaisryhmässäkin ammattitaitoisen ohjaajan rooli onnistuneen ryhmäprosessin ja yhdessä oppimisen kannalta on tärkeä. (Tuulio-Henriksson & Appelqvist-Schmidlechner & Salminen 2015: 99.)

Ohjaajat ovat ammattimaisia ja aivan mahtavia. Tärkeää on myös että he ovat itse addikteja, ymmärtävät ihan eri lailla kuin ne, joilla ei ole omaa kokemusta.

Minulle tuli heti ensitapaamisesta [ohjaajan nimi] kanssa olo että hän nappasi minua ranteesta, kun olin korviani myöten paskassa ja alkoi kiskomaan minua sieltä ylös.

8 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää Avominnen Helsingin klinikalla asiakkaina olleiden päihdekuntoutujien kokemuksia hoidosta. Näkökulmamme kokemuksia tarkastellessa oli se, miten sosiaaliset suhteet ja vertaisuus ilmenevät vastauksissa. Erillisenä tavoitteena oli tuottaa Avominnelle tilastollista tietoa asiakkaiden kokemuksista heidän hoito-ohjelmansa vaikutuksiin liittyen.

Vastausten perusteella hoito-ohjelma koettiin toimivana ja siihen oltiin tyytyväisiä. Kyselyyn vastanneista jokainen koki elämänlaatunsa parantuneen hoidon aloittamisen jälkeen. Merkittävänä osana toipumisprosessin käynnistymistä oli, kun vastaaja oli ymmärtänyt sairastavansa alkoholiriippuvuutta. Sairauskäsitys nähdään Minnesota-mallisessa hoidossa sekä teesinä että työkaluna. Moni vastaajista kertoikin hyödyntävänsä sairausnäkökulmaa oman päihteettömyyteen pyrkivän elämänsä tukena.

Alkoholin käytön lopettamisen seurauksena vastaajien fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi oli lisääntynyt. Tämä näkyi vahvistuneena toimintakyknä ja oman elämänhallintana, mitkä mahdollistivat sen, että voi alkaa löytää merkityksellisyyttä ja uusia sävyjä elämän eri osa-alueilta. Erityisesti sosiaalisen hyvinvoinnin yhteys koettuun elämänlaatuun näkyi vastauksissa. Sosiaalisten suhteiden ja läheisten erityisasemaa yhtenä elämän merkityksellisimmäksi koettuna asiana korosti myös se, että monessa vastauksessa ne oli nimetty ensimmäisenä. Vaikka kysymyksessä ei pyydetty listaamaan asioita tärkeysjärjestyksessä, voi vastausjärjestys kertoa niiden tärkeydestä. Osa vastaajista myös kertoi merkitykselliseksi kokemansa asiat tärkeysjärjestyksessä numeroinnin avulla.

Läheispäivä oli vastaajille merkityksellinen kokemus ja he kokivat, että se auttoi myös läheisiä ymmärtämään päihderiippuvuutta sairautena. Vastajat kokivat tärkeänä myös sen, että läheiset saivat mahdollisuuden kertoa rehellisesti omista tunteistaan ja kokemuksistaan siitä, miten riippuvuus oli vaikuttanut heidän elämäänsä. Vastauksissa moni kertoi, kuinka oma toiminta riippuvuuden aikana oli vaikuttanut negatiivisesti läheisten hyvinvointiin ja horjuttanut luottamusta. Läheispäivänä vertaisuus ikään kuin laajenee koskemaan kuntoutujien lisäksi heidän läheisiään, jotka voivat kokea vertaisuutta toisten läheisten kanssa.

Vertaisuuden voima kuntoutumisen tukena nousi vastauksista esille selkeänä. Toisten kertomuksiin samastuminen ja asioista puhuminen rehellisesti ja kaunistelematta koettiin tärkeänä. Se, että ryhmässä oli eri aikaan aloittaneita, koettiin hyvänä. Pidemmälle hoidossa edenneet olivat herättäneet vasta-alkajissa kunnioitusta ja luoneet toivoa toipumisesta. Heidän läsnäolonsa ja esimerkkinä toimiminen oli lisännyt ymmärrystä toipumisesta prosessina. Hoidon aikana retkahtaneiden kokemukset olivat toimineet muistutuksena siitä, että toipumisen polku on kullakin omanlaisensa edistyneeseen ja takapakkeineen, mutta päämäärä on kaikilla yhteinen.

Vertaiskokemukseen liittyvissä vastauksissa näkyi vastaajien herääminen itsereflektioon. Pohdiskeleva keskustelu toi uusia ajatuksia ja näkökulmia sekä auttoi laittamaan asiat oikeisiin mittasuhteisiin. Oman toiminnan tarkastelu synnytti tarpeen olla rehellinen sekä itseä että muita kohtaan. Rehellisyyden voidaan nähdä olevan pohjana luottamuksen syntymiselle ja kokemus siitä, että sinuun luotetaan, lisää itseluottamusta. jonka avulla sosiaalisissa suhteissa voi tapahtua positiivista kehitystä.

Hoitojakson aikana moni oli ymmärtänyt, ettei olekaan yksin. Sosiaalisen liittymisen kokemus on ihmisen psykologinen tarve, ja sillä on suuri vaikutus hyvinvointiin. Jaettu kokemus toisten kuntoutujien kanssa oli luonut vastaajille tunteen yhteenkuuluvuudesta ja laimentanut häpeän kokemusta. Sairauskäsityksen iskostuminen vastaajien ajatteluun sekä päivä kerrallaan -periaatteen noudattaminen toivat armollisuutta vastaajien minäkäsitykseen. Retkahdukset ovat yleisiä päihderiippuvuudesta toipumisessa, ja sen ymmärtämisen kautta itseensä voi suhtautua armollisemmin.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut prosessina pitkä, mutta myös antoisa. Saimme yhteistyöehdotuksen Avominneltä jo opinnäytetyön aloittamista edeltävänä syksynä toisen kurssin kurssitehtävän yhteydessä. Heidän toiveensa oli, että toteuttaisimme Helsingin klinikalla asiakkaina olleille riippuvuudesta kuntoutuville kyselyn tyytyväisyydestä hoitoon sekä hoidon vaikutuksesta. Aiemmin tällainen kysely oli tehty Avominnan Tampereen klinikalla; kysely sisälsi viisi suljettua kysymystä ja kolme avointa kysymystä. Tarkoituksenamme oli käyttää samaa kyselyä, mutta totesimme pian, ettei se sellaisenaan soveltuisi meidän tavoitteisiimme opinnäytetyön osalta. Halusimme toteuttaa opinnäytetyön laadullisena tutkimuksena, jolloin avoimilla kysymyksillä on suurempi painoarvo. Valitsimme laadullisen menetelmän, koska se soveltuu kokemusten tutkimiseen, ja sen avulla vastaajien oma ääni ja ajatukset pääsevät esille.

Työskentelymme alkuvaiheessa aiheen valinta, rajaaminen ja näkökulman valitseminen olivat vielä epäselviä. Opinnäytetyöseminaareissa koimme vaikeaksi sanoittaa, mitä halusimme tavoitella opinnäytetyössä. Meillä itsellämme oli selkeänä ajatus, että halusimme käsitellä kuntoutumisen kokemuksia näkökulmasta, jossa ihminen on sosiaalinen olento. Meitä kiehtoi Avominnan tarjoamassa ryhmämuotoisessa hoidossa ihmisten välinen vuorovaikutus ja erilaiset vuorovaikutussuhteet. Oli erittäin antoisaa käydä tutustumassa Avominnan Helsingin klinikalle ja saada runsaasti taustoittavaa tietoa heidän toiminnastaan. Saimme myös osallistua ryhmän kokoontumiseen, jonka avulla meille avautui paremmin se, mitä siellä tapahtuu. Tutustuminen Avominnan toimintaan ja itse hoito-ohjelmaan auttoi rajaamaan näkökulmaa vertaisuuteen ja läheissuhteisiin.

Kyselyn kysymyksiä laatiessa mietimme minkälaisilla kysymyksillä, voisimme saada aiheitamme koskevia tai siihen liittyviä vastauksia. Halusimme muun muassa kuulla kokemuksia hoitojaksolla opittujen työkalujen hyödyntämisestä, sillä ajattelimme esimerkiksi vertaissuhteessa tapahtuvan vuorovaikutuksen olevan tietynlainen työkalu toipumisprosessissa. Käytimme paljon aikaa pohtimalla kysymyksen asettelua, sanavalintoja ja kysymysten järjestystä. Emme halunneet, että kysymykset johdattelisivat vastaajia liikaa; kysyessämme esimerkiksi elämässä merkityksellisiksi koettuja asioita tai mitä hoitojaksolla opittuja työkalujen vastaajat olivat hyödyntäneet hoitojakson jälkeen, emme antaneet esimerkkejä niistä. Vastauksista nousi kuitenkin

esille juuri niitä asioita, joita olimme aiemman tutkimuksen perusteella odottaneet, eli sosiaalisiin suhteisiin liittyviä seikkoja.

Koimme tärkeäksi taustoittaa kirjallisessa työssämme riippuvuutta ilmiönä, ja avata suomalaisia päihdepalveluita. Niiden ymmärtäminen on ammatillisen osaamisen ja kasvun kannalta olennaista, sillä päihteiden ongelmakäyttö ja sen vaikutukset ovat todennäköisesti läsnä sosiaalialan työssä, riippumatta siitä, missä työskentelee.

Opinnäytetyön toteuttamiseen liittyvinä haasteina voidaan nostaa esille Avominnen asiakkaiden tavoitettavuus sekä kyselyyn vastaamisen ajankohta. Avominnellä ei ollut sähköistä asiakastietorekisteriä eikä asiakkaidensa sähköpostiosoitteita, joten kutsu tutkimukseen lähetettiin kirjeitse. On siis mahdollista, että kaikkien asiakkaiden osoite- ja yhteystiedot eivät välttämättä ole olleet ajan tasalla. Koska kyselymme oli auki heinä-elokuussa, ovat jotkut kyselyyn kutsutut saattaneet myös olla kesälomalla toisella paikkakunnalla. Kyselylomakkeessamme vastaamisen sai keskeyttää ja siihen saattoi palata myöhemmin, joten vastaaminen tapahtui kuitenkin vastaajan omilla ehdoilla.

Työskentelyn edetessä mielessäme on välillä käynyt ajatus siitä, että olisimme voineet tehdä kyselyn sijaan haastattelun. Tällöin aiheeseen olisi mahdollisesti päässyt syventymään vielä enemmän ja kysymyksiä olisi ollut mahdollista tarkentaa. Osa vastauksista oli niukempia kuin toiset, eikä vastaus ei aina ollut kuvaileva.

Kasvokkaisessa kohtaamisessa haastateltavista olisi voinut saada enemmän irti. Toisaalta nimettömänä vastaaminen voi joillekin toimia paremmin ja mahdollisesti antaa rehellisemmän lopputuloksen. Joissakin vastauksissa vastauksista oli loppunut kesken, ja tuntui, että vastaajalla oli tarve kertoa kokemuksistaan laajasti.

Olisimme myös voineet sisällyttää kyselymme Avominnen ohjaajan merkityksen hoitoprosessissa, sillä hänessä yhdistyy ammattilaisuus ja vertaisuus. Joissakin kyselymme vastauksissa ohjaaja ja hänen merkityksensä kuitenkin mainittiin. Taustoittavissa kysymyksissä olisimme voineet kysyä vastaajien ikää ja sukupuolta, sillä esimerkiksi nais erityisyys on jo useamman vuoden ajan ollut sosiaalialan tutkimisessa ja palveluiden kehittämisessä trendi.

Emme tuottaneet opinnäytetyöllämme uutta tietoa päihdekuntoutuksesta, mutta kokemusten kuuleminen on tärkeää, sillä niiden avulla oppii paljon ihmisyydestä. Kyselyyn osallistuminen on myös voinut tarjota vastaajille mahdollisuuden reflektoida omaa toipumista uudesta näkökulmasta tai tarkastella tehtyä matkaa kokonaisuutena.

Avominnelle kuitenkin tuotimme heidän tilaamaansa tietoa heillä asiakkaina olleiden kokemuksista, sekä hoidon vaikutuksista heidän raitistumiseensa.

On ollut mielenkiintoista saada tutustua tarkemmin ei-lääkinnälliseen hoitomuotoon, jossa keskeistä on sosiaalinen vuorovaikutus. On selvää, että päihdepalveluiden kentällä monipuolisuus ja mahdollisuus valita omaan elämäntilanteeseensa soveltuva hoitomuoto on tärkeää. Oman ammatillisen kasvun kannalta on ollut merkityksellistä huomata, kuinka tärkeää on tukea asiakasta hänelle tärkeiden sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. Lisäksi omassa ajattelussamme vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden merkitys osana erilaisia sosiaalialan palveluita on kirkastunut. Kokemusten kuuleminen antaa tietoa, joka vahvistaa ammattilaisten osaamista, ja on palveluiden kehittämisessä ensisijaisen tärkeää. Se, että antaa palveluiden käyttäjille mahdollisuuden tulla kuulluksi, vahvistaa heidän osallisuuttaan, mikä on jo itsessään arvokasta.

Lähteet

Alcoholics Anonymous. Nimettömät alkoholistit. Tietoa AA:sta. <<https://www.aa.fi/tietoa>>. Viitattu 3.3.2021

Anda, Robert & Whitfield, Charles & Felitti, Vincent & Chapman, Daniel & Edwards, Valerie & Dube, Shanta & Williamson, David 2002. Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services* 53 (8). 1001–1009. <<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>>. Viitattu 20.4.2021

Andersson, Maarit & Pirttijärvi, Eero & Rajamäki, Matti 2011. Kokemusasiantuntijuudesta päihdetyössä. Teoksessa Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. 69–73. <<https://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201205085116>>. Viitattu 1.9.2021

Arramies, Mika 2008. Alkoholismi – Päihderiippuvuus. <<https://www.avominne.fi/riippuvuushoidot/paihderiippuvuus/>>. Viitattu 20.10.2022

Arramies, Mika & Hakkarainen, Tuulikki 2013. Viimeinen pisara. Toipumisen avaimet – tietoa alkoholismista ja läheisriippuvuudesta. Helsinki: Avominne kustannus.

Avominne 2020. <<https://www.avominne.fi/>>. Viitattu 3.3.2021

Christensen, Anne-Sofie & Elmeland, Karen 2015. Former heavy drinkers' multiple narratives of recovery. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 32 (3). 245–257. <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1515/nsad-2015-0024>>. Viitattu 20.4.2021

Dingle, Genevieve & Cruwys, Tegan & Frings, Daniel 2015. Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in Psychology* 6 (1795). <<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>>. Viitattu 18.4.2021

Dube, Shanta & Anda, Robert & Felitti, Vincent & Edwards, Valerie & Croft, Jane 2002. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors* 27 (5). 713–725.

Ekholm, Hannu 2003. Minnesota-malli. Teoksessa Salaspuro, Mikko & Kiiänmaa, Kalervo & Seppä, Katja (toim.). Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 235–241.

Eskelinen, Niko & Laitinen, Kristiina & Uhlbäck, Saara 2017. Luottamus ja stigma. Teoksessa Laitinen, Kristiina & Uhlbäck, Saara & Eskelinen, Niko & Saari, Juho. Sumuisten sielujen hyvinvointi. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointi ja palvelujärjestelmään kiinnittyminen. *Diak työelämä* 9. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu. 117–135. <<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-493-282-0>>. Viitattu 25.4.2021

Hietala, Outi 2018a. Eriarvoisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-343-153-9>>. Viitattu 25.4.2021

Hietala, Outi 2018b. Päihdekuntoutuksen mielekkyys rakentuu sosiaalisissa suhteissa. Teoksessa Lindh, Jari & Härkäpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 239–262. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-310-947-6>>. Viitattu 2.6.2022

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hokkanen, Liisa 2014. Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-484-730-8>>. Viitattu 14.7.2022

Huttunen, Matti 2018. Alkoholiriippuvuus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 30.11.2018. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00196>>. Viitattu 20.10.2022

Hänninen, Vilma & Koski-Jännes, Anja 1999. Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction* 94 (12). 1837–1848.

Ilomäki, Timo & Mäenpää, Elina & Hautamäki, Lotta & Ala-Kauhaluoma, Mika 2018. Vertaisuus ja kokemusasiatuntijuus toipumisen ja kuntoutumisen tukena. *Kuntoutus* 41 (3). 46–51. <<https://journal.fi/kuntoutus/article/view/97467>>. Viitattu 2.6.2022

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2018. Sosiaalinen tuki ja vertaiskokemukset sopeutumisvalmennuksessa. Teoksessa Härkäpää, Kristiina & Kippola-Pääkkönen, Anu (toim.). Sopeutumisvalmennus osallistujien ja toteuttajien arvioimana. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja* 10. Helsinki: Kela. 112–129. <<http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2018062726497>>. Viitattu 17.6.2021

Kananen, Jorma 2008. *Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanu, Marja 2021. Ohjaaja. *Avominne*. Helsinki. Haastattelu 21.6.2021.

Karlsson, Thomas & Kotovirta, Elina & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (toim.) 2013. *Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet*. Raportti 13. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-245-896-4>>. Viitattu 24.10.2022

Kettunen, Raisa & Leppänen, Airi 1994. *Myllyhoito. Alkoholismista päihdeettömään elämäntapaan*. Helsinki: Myllyhoitoyhdistys.

Kiianmaa, Kalervo 2006. *Alkoholiriippuvuus*. Tietopankki. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Päivitetty 8.6.2015.

<<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholiriippuvuus>>. Viitattu 22.10.2022

Kippola-Pääkkönen, Anu 2018. Vertaistuen hyödyt ja haasteet kuntoutuksessa. Teoksessa Lindh, Jari & Härkäpää, Kristiina & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Rovaniemi: Lapland University Press. 174–191. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-310-947-6>>. Viitattu 1.9.2021

Koski-Jännes, Anja 2005. Riippuvuus. Tietopankki. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Päivitetty 4.12.2020. <<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/riippuvuus>>. Viitattu 24.10.2022

Koski-Jännes, Anja & Hänninen, Vilma 1998. Dialogiset prosessit ja riippuvuudesta vapautuminen. Teoksessa Lahikainen, Anja Riitta & Pirttilä-Backman, Anna-Maija (toim.). Sosiaalinen vuorovaikutus. Rauni Myllyniemen juhlakirja. Helsinki: Otava. 173–191.

Koivisto, Kaisa, Kukkola, Jani, Latomaa, Timo & Sandelin, Pirkko (toim.) 2014. Kokemuksen mahdollisuudet. Esipuhe. Kokemuksen tutkimus IV. Annan kokemukselle mahdollisuuden. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Kotovirta, Elina & Markkula, Jaana & Pajula, Mari & Paavola & Meeri & Honkanen, Reetta & Tuominen, Ismo 2021. Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeri. <<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-00-9891-9>>. Viitattu 1.9.2021

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusisto, Katja 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7957-1>>. Viitattu 30.4.2021

Lahikainen, Anja Riitta 2010. Minuuden sosiaalinen rakentuminen. Teoksessa Suoninen, Eero & Pirttilä-Backman, Anna-Maija & Lahikainen, Anja Riitta & Ahokas, Marja. Arjen sosiaalipsykologia. 89–140. Helsinki: WSOYpro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Viitattu 25.4.2021

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Annettu Helsingissä 22.9.2000. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>>. Viitattu 25.4.2021

Levola, Jonna & Aalto, Mauri 2019. Alkoholiongelmat ja masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135 (13). 1264–1270. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15012>>. Viitattu 20.4.2021

LeTendre, McKenzie Lynn & Reed, Mark 2017. The Effect of Adverse Childhood Experience on Clinical Diagnosis of a Substance Use Disorder: Results of a Nationally Representative Study. *Substance Use & Misuse* 52 (6). 689–697.

Maslow, Abraham 1943. A Theory Of Human Motivation. *Psychological Review* 50(4). 370–396.

Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula 2004. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.). *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Tampere: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 53–70. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-245-782-0>>. Viitattu 20.4.2022

Muhonen, Leea. 2003. Täydentyvä ja suljettu ryhmä. Teoksessa Pölönen, Ritva; Sitolahti, Terttu (toim.). *Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä*. Helsinki. Yliopistopaino.

Myllyhoitoyhdistys. Historiaa. <<https://myllyhoitoyhdistys.fi/fi/yhdistys/#historia>>. Viitattu 3.3.2021

Mäkelä, Pia 2018. Miten työikäisten yhteiskunnallinen asema on yhteydessä alkoholinkäyttöön. Teoksessa: Mäkelä, Pia & Härkönen, Janne & Lintonen, Tomi & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina. *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. Helsinki: THL. 168–177. <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>>. Viitattu 20.10.2022

Mäkelä, Rauno 2005. Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. Tietopankki. A-klinikkasäätiä. Päihdelinkki. Päivitetty 12.12.2015. <<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>>. Viitattu 20.10.2022

Oinas-Kukkonen, Heikki 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota-hoidossa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. <<http://urn.fi/urn:isbn:9789526202969>>. Viitattu 3.3.2021

Paljärvi Tapio & Mäkelä Pia 2019. Työikäisten alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Tutkimuksesta tiiviisti 7. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-343-294-9>>. Viitattu 30.4.2021

Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petra 2019. Kokemusasiatuntija mielen terveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? *Janus* 27 (1). 21–37. <<https://doi.org/10.30668/janus.66252>>. Viitattu 20.4.2021

Perttula, Juha 1996. Ihmistieteiden tiedonmuodostus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Palmroth, Aino & Nurmi, Ismo (toim.). *Alttiiksi asettumisen etiikka. Laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta. 83–108.

Pennonen, Marjo 2014. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 79 (3). 318–327. <<https://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2014090444490>>. Viitattu 3.3.2021

Poikonen, Heidi 2018. Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Helsinki: Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry. <https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2020/06/peruspalveluiden_saavutettavuus.pdf>. Viitattu 25.4.2021

Päihdehuoltolaki 1986/41. Annettu Helsingissä 17.1.1986. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>>. Viitattu 3.3.2021

Päihdelinkki 2022. Tietoa päihdehoidosta. Päivitetty 30.6.2022. <<https://paihdelinkki.fi/fi/mista-apua/tietoa-paihdehoidosta>>. Viitattu 20.9.2022

Päihdetilastollinen vuosikirja 2019. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-343-438-7>>. Viitattu 20.4.2021

Raitasalo, Kirsimarja & Holmila, Marja & Jääskeläinen, Marke 2016. Vanhempien päihdeongelmista aiheutuvat haitat lapselle. Teoksessa Holmila, Marja & Raitasalo, Kirsimarja & Tigerstedt, Christer (toim.). Sukupolvien sillat ja kasvamisen karikot – vanhemmat, lapset ja alkoholi. Teema 25. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 83–97. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-302-738-1>>. Viitattu 18.4.2021

Romakkaniemi, Marjo & Väyrynen, Sanna 2011. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Järvikoski, Aila & Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.). Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus. 135–151. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-310-927-8>>. Viitattu 2.6.2022

Ruisniemi, Arja 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto. <<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67597/951-44-6619-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 3.3.2021

Rönkä, Sanna & Markkula, Jaana (toim.) 2020. Huumeisiin liittyvä rikollisuus ja sen torjunta. Huumetilanne Suomessa 2020. Raportti 13. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 97–112. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-343-576-6>>. Viitattu 18.4.2021

Seppä, Kaija 2015. Juomisen riskirajat. Tietopankki. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Päivitetty 8.12.2015. <<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>>. Viitattu 19.10.2022

Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-00-3959-2>>. Viitattu 18.4.2021

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014.
<<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>>. Viitattu 3.3.2021

Särkelä-Kukko, Mona 2009. Päihteidenkäyttö ja yhteiskunnallisen osallisuuden ongelmat. Tietopankki. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Päivitetty 20.11.2020.
<<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-yhteiskunta/paihteidenkaytto-ja-yhteiskunnallisen-osallisuuden>>. Viitattu 18.4.2021

Thoits, Peggy 2011. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* 52(2). 145–161.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: TENK.
<https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Viitattu 3.3.2021

Tuulio-Henriksson, Annamari & Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Salminen, Ulla 2015. AMI-kuntoutus. Ryhmäpainotteinen kuntoutusmalli työelämässä oleville masennuskuntoutujille. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 138. Helsinki: Kela.
<<http://hdl.handle.net/10138/156631>>. Viitattu 14.7.2022

Uusikylä, Petri & Laine, Jyrki 2020. Palvelulabyrintista asiakkaan tarpeisiin. Suomalaisen päihdehuollon nykytilan systeeminen tarkastelu. Myllyhoitoyhdistyksen selvitys. Myllyhoitoyhdistys. <https://myllyhoitoyhdistys.fi/wp/wp-content/uploads/2021/01/Selvitys_Palvelulabyrintista-asiakkaan-tarpeisiin-Suomalaisen-paihdehuollon-nykytilan-systeeminen-tarkastelu-2020.pdf>. Viitattu 16.8.2022

Vahtera, Jussi & Uutela, Antti 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 110 (11). 1054–1060.
<<https://www.duodecimlehti.fi/duo40219>>. Viitattu 17.6.2022

Valli, Raine 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus. 103–127.

Vanhanen, Emma 2011. Vertaistuki verkkokeskustelussa – neuvottelevaa tukea ja autoritääristä auttamista. *Janus* 19 (1). 36–51.
<<https://journal.fi/janus/article/view/50596/15334>>. Viitattu 17.7.2022

Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McNaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja* 89. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia
<<http://urn.fi/urn:isbn:978-952-287-501-3>>. Viitattu 3.3.2021

Warpenius, Katariina & Tigerstedt, Christer 2013. Miten alkoholitutkimus käsitteellistää haitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle? Teoksessa Warpenius, Katariina &

Holmila, Marja & Tigerstedt, Christoffer (toim.). Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 11–21. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-245-519-2>>. Viitattu 22.4.2021

Warpenius, Katariina (toim.) 2021. Alkoholi-, tupakka-, huumaisaine- ja rahapelitilanne Suomessa. Päihde- ja riippuvuusstrategian taustaselvitys. THL Työpaperi 4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-343-622-0>>. Viitattu 22.4.2021

WHO 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1. Suomalainen teos: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Käännös suomeksi: Walter Nienstedt, Rasmus Paetau ja Semantix Lingua Nordica Oy <<https://urn.fi/urn:isbn:978-952-245-549-9>>. Viitattu 25.4.2021



SAATEKIRJE

30.6.2021

Hei Avominnen Helsingin klinikalla hoidon käynyt!

Kutsumme sinut osallistumaan kyselyyn kokemuksistasi Helsingin Avominnen potilaana. Kysely on osana Metropolia ammattikorkeakoulun sosiaalialan tutkinnon opinnäytetyötämme. Kyselystä saatavien vastausten avulla on tuottaa tietoa sekä hoidon tuloksista että yksilöllisistä kokemuksista.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Avominnen kanssa ja tähän liittyen olemme myös tehneet salassapitosopimuksen tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja koskien.

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu sähköisellä e-lomakkeella. Kyselyn yhteydessä ei kerätä henkilötietoja ja vastaukset käsitellään luovuttamatta niitä tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Kyselystä saatua aineistoa säilytetään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla, salasanalla suojattuna ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Vastaamalla kyselyyn annat luvan käyttää vastauksiasi osana opinnäytetyötämme. Valmis opinnäytetyö julkaistaan avoimessa Theseus-tietokannassa.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu arviolta 15 minuuttia, linkki lomakkeeseen löytyy Avominnen verkkosivuilta osoitteessa: www.avominne.fi/yhteystiedot/helsinki

Kyselyyn kirjaudutaan tunnukseella ja salasanalla.

tunnus: xxxxxxxx

salasana: xxxx

Vastausaikaa kyselyyn on 8.8.2021 asti. Vastauksesi on meille arvokas!

Mukavaa kesää toivottaen,

Katri Paakkanen & Ida Syrjä,
Sosionomiopiskelijat, Metropolia AMK

Kyselylomake Helsingin Avominne klinikan asiakkaille

1. Kuinka paljon aikaa on kulunut siitä, kun aloitit perushoitajakson?

alle 12kk

1-3v

3-5v

2. Kuinka pitkä raittius sinulla on takana?

alle 12kk

1-3v

3-5v

3. Oletko retkahtanut hoidon aloittamisen jälkeen?

olen retkahtanut

en ole retkahtanut

4. Jos olet retkahtanut, millaista päihteiden käyttösi on nykyisin?

retkahdin vain kerran, enkä ole käyttänyt sen jälkeen

käyttäminen on vähäisempää kuin aikaisemmin

käyttäminen on samanlaista kuin aikaisemmin

käyttäminen on rankempaa kuin aikaisemmin

ohita tämä kysymys

5. Miten koet elämänlaatusi muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen? Koen elämänlaatuni

parantuneen

säilyneen ennallaan

heikentyneen

6. Mitkä asiat ovat mielestäsi vaikuttaneet siihen?

7. Minkälaisia hoitajaksolla opittuja keinoja olet hyödyntänyt raittiutta tukemassa?

8. Mitkä asiat koet elämässäsi merkityksellisiksi?

9. Mitä ajatuksia tai tunteita sinussa herätti...

A) oman elämän käsittely ryhmässä?

B) toisten potilaiden tarinoiden kuuleminen?

C) läheisten ottaminen mukaan hoitoprosessiin?

10. Miten sosiaaliset suhteesi (esim. puoliso, perhe, ystävät, työtoverit jne.) ovat muuttuneet toipumisprosessin aikana?

11. Hoitajaksolla ryhmässä on sekä uusia tulokkaita että aiemmin aloittaneita. Mitä ajatuksia tämä herätti?

12. Millaisia kokemuksia sinulla on hoidosta? Voit mainita sekä hyviä, että huonoja kokemuksia.