

Katriina Tauriainen ja Josefiina Torppa
PSYKOSOSIAALISEN HOIDON KÄYTTÖ PÄIHDETYÖSSÄ
– KOKKOLAN A-KLINIKAN ASIAKKAIDEN
NÄKÖKULMA

Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma
Joulukuu 2009

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Joulukuu 2009	Tekijä/tekijät Katriina Tauriainen Josefiina Torppa
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn nimi Psykososiaalisen hoidon käyttö päihdetyössä – Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulma		
Työn ohjaaja KK Juha Pekola, KT Pirjo Forss-Pennanen		Sivumäärä 44 + 3
Työelämäohjaaja Saara Lång		
<p>Opinnäytetyön aiheena oli tutkia psykososiaalisen hoidon käyttöä päihdetyössä Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää Kokkolan A-klinikan asiakkaiden kokemuksia A-klinikkakäynneistä ja siitä, miten ne ovat vaikuttaneet asiakkaiden elämäntilanteisiin ja toimintakykyyn. Lisäksi tutkittiin onko A-klinikan antamista psykososiaalisista hoidosta ollut apua, eli vastaavatko ne asiakkaiden tarvetta. Työn tarkoituksena oli tuoda esille asiakkaiden näkökulmaa psykososiaalisten hoitojen hyödyllisyydestä ja auttaa palvelujen tuottajia huomioimaan se palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla huhti-toukokuussa 2009. Tutkimukseen otettiin otos kuukauden aikana A-klinikalla käyviä asiakkaita, joille A-klinikan työntekijät jakoivat kyselyitä asiakaskäyntien yhteydessä. Otannan kooksi muodostui 27. Kysely oli pääosin kvantitatiivinen, mutta sisälsi myös kvalitatiivisia piirteitä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan A-klinikalta saatu apu vastaa asiakkaiden tarvetta sosiaalisten ongelmien, arkielämässä selviytymisen ja psyykkisten ongelmien osalta. Tulosten mukaan A-klinikkakäynnit vaikuttavat lähes pelkästään positiivisesti elämänhallintaan, itsetuntoon, elämän merkityksellisyyteen ja arjessa selviytymiseen. Ihmissuhdeongelmien määrä näyttää suurimmalla osalla pysyvän samana tai vähentyvän käyntien myötä. Eniten ongelmat näyttävät vähentyvän asiakkaiden perhesuhteissa. A-klinikkakäyntien vaikutus asiakkaiden työelämään näkyy parhaiten työmotivaation parantumisena. Lisäksi työteho ja työssä jaksaminen näyttävät paranevan huomattavasti. Tutkimuksen mukaan useimpien asiakkaiden päihteidenkäyttö vähenee ja osalla jopa loppuu kokonaan A-klinikkakäyntien myötä.</p>		
Asiasanat Päihderiippuvuus, päihdetyö, A-klinikka, toimintakyky, psykososiaalinen hoito		

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date December 2009	Author Katriina Tauriainen Josefiina Torppa
Degree programme Degree Programme in Social Services		
Name of thesis Using the Psychosocial Treatment in the Welfare for Intoxicants – Viewpoint of Kokkola’s A-Clinic’s Clients		
Instructor B. A. (Educ.) Juha Pekola, D. Ed. Pirjo Forss-Pennanen		Pages 44 + 3
Supervisor Saara Lång		
<p>The objective of thesis was to examine the use of psychosocial treatment in the welfare work for intoxicants from the viewpoint of Kokkola’s A-clinic’s clients. The target was to find out the experiences of the clients about the A-clinic visits and how they had contributed to the life situations of the clients and their working ability. Another thing that was examined was if the A-clinic’s psychosocial treatments had been helpful and if they had therefore corresponded to the needs of the clients. The purpose of thesis was to bring out the viewpoints of the clients about the usefulness of the psychosocial treatment and help the producers of the services to observe clients’ viewpoints when planning and organizing the services.</p> <p>The research material was gathered by questionnaires in April and May in the year 2009. In the research a sample of clients visiting the A-clinic during a month was taken. The employees of the A-clinic gave the questionnaires to the clients during their A-clinic visits. The size of the sample was 27. The research was mainly quantitative but it also included qualitative features.</p> <p>According to the results the help that the clients got from the A-clinic corresponded to the need of the clients when it came to social issues, managing in everyday life and psychic issues. The visits in the A-clinic influenced almost only positively on life control, self-esteem, the meaning of life and managing in everyday life. The amount of problems in human relationships seemed to remain the same or diminish with the majority of the clients. Mostly the problems seemed to be diminishing in the family relationships of the clients. The impact of the A-clinic visits on the working life of the clients was best shown as improvement in their working motivation. In addition, their work efficiency and resources in work seemed to get notably better. According to the research the intoxicant abuse of the most of the clients diminished or even ended along with the A-clinic visits.</p>		
Key words Intoxicant abuse, welfare for intoxicants, A-clinic, working ability, psychosocial treatment		

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 YLEISIMMÄT PÄIHTEET	3
2.1 Alkoholi	3
2.2 Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet	3
2.3 Huumausaineet	4
2.3.1 Kannabistuotteet	5
2.3.2 Stimulantit	5
2.3.3 Hallusinogeenit	6
2.3.4 Opiaatit	6
2.4 Tekniset liuottimet ja korvikealkoholit	7
2.5 Päihteiden sekakäyttö	7
3 PÄIHDERIIPPUVUUS SUOMESSA	8
3.1 Suomalainen päihteidenkäyttö	8
3.2 Riippuvuuskäyttäytyminen	8
3.3 Motivaatio muutokseen	10
4 PÄIHDETYÖ SUOMESSA	11
4.1 A-klinikkatyö Suomessa	12
4.2 Kokkolan A-klinikka	13
5 TOIMINTAKYKY JA PÄIHTEET	15
5.1 Toimintakyvyn ulottuvuudet	15
5.2 Psykkinen toimintakyky	15
5.3 Sosiaalinen toimintakyky	16
5.4 Päihteidenkäytön vaikutus arkielämään	17
5.5 Päihteidenkäytön vaikutus työskentelyyn	17
6 PSYKOSOSIAALINEN HOITO	19
6.1 Kokkolan A-klinikan käyttämät psykososiaaliset hoitomuodot	20
6.2 Päihderiippuvuudesta toipuminen	21
7 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	23
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
9.1 Tutkimusmenetelmät ja aineiston hankinta	26

9.2 Aineiston analysointi ja tutkimuksen luotettavuus	26
10 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
10.1 Vastaaajien taustatiedot	28
10.2 Avun saaminen ongelmiin, joiden takia asiakkaat hakeutuivat/ joutuivat hakeutumaan A-klinikalle	31
10.3 Miten asiakkaat kokivat A-klinikkakäyntien vaikuttaneen arkielämäänsä	34
10.4 Asiakkaiden sosiaalisten suhteiden muutos	35
10.5 Miten asiakkaat kokivat A-klinikkakäyntien vaikuttaneen työelämäänsä	36
10.6 Vastaaajien päihteidenkäytön muutos	37
10.7 Myönteisimmin vaikuttaneet asiat A-klinikkakäynneillä ja kehittämisehdotukset	37
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	39
12 POHDINTA	41
LÄHTEET	42
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Muuri

*Minua ympäröi iso soikea muuri.
Muurasin joka kivenlohkareen itse
saadakseni olla yksin
turvassa
suojassa pahalta maailmalta.
Nukuin soikean muurin uumenissa
hytisten nuotion niukassa lämmössä.*

*Sain mitä löysin:
rottia
muuta jyrstöitä
koppakuoriaisia.*

*Miksi olin rakentanut tämän kivistykön?
Olihan se ikään kuin kasvun aikaa
viettää yksin alkukantaista elämää.*

*Lyön päätäni kuitenkin kivimuurin seinämään
eikä siihen tule pienintäkään säröä.
Kukaan ei kuule minua.
Haluan pois täältä
takaisin normaaliin
ehkä pelottavaankin elämään.*

Auttakaa minua!

Kirre (Laaksonen 2008, 22.)

Päihderiippuvuus on yksi 2000-luvun merkittävimpiä terveysongelmia. Osa alkoholinkäyttöön liittyvistä somaattisista sairauksista kehittyy vuosien säännöllisen juomisen tuloksena, mutta osaan riittää rankka kertajuominen. Humala altistaa myös tapaturmille. Alkoholitapaturmat ja alkoholisairauksien hoitopäivät ovatkin lisääntyneet viimeisten viiden vuoden aikana samaan tahtiin kulutuksen kanssa. Myös huumeidenkäytön lisääntyminen näkyy muun muassa rikollisuuden ja sairastuvuuden kasvuna, tartuntatautilanteen vaikeutumisenä ja huumekuolemien lisääntymisenä. Päihteiden kulutuksen kasvu lisää siis myös päihdehaittoja, joihin päihdepalveluiden on vastattava. (Sajama 2009.)

Pohjanmaan A-klinikat ovat tehneet kehittämisstrategian vuosille 2008 - 2010. A-klinikoilla käytetään psykososiaalisia hoitomuotoja, jotka ovat päihdekuntoutuksen perusta. Niiden keskeinen elementti on keskustelun ja yhdessä tekemisen kautta tapahtuva vuorovaikutus työntekijöiden ja asiakkaiden välillä. Kehittämisstrategian tavoitteena on kehittää alueella annettavia psykososiaalisia hoitoja ja hoitokäytäntöjä.

Tämän tutkimuksen aihe on noussut edellä mainitun kehittämisstrategian pohjalta. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille Kokkolan A-klinikan asiakkaiden näkökulma psykososiaalisten hoitojen hyödyllisyydestä ja auttaa palvelujen tuottajia huomioimaan se palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Psykososiaalisten hoitojen hyödyllisyyden lisäksi tutkimuksessa selvitetään myös sitä, miten A-klinikkakäynnit ovat vaikuttaneet asiakkaiden elämäntilanteisiin.

Tutkimus rakentuu pääpiirteittäin teoriaosasta, analyysiosasta ja johtopäätöksistä. Teoriaosuudessa käydään läpi tutkimuksen kannalta keskeistä tietoutta, kuten päihderiippuvuutta ja riippuvuuskäyttäytymistä, eri päihteitä ja niiden käyttöä, päihdetyötä ja etenkin A-klinikkatyötä sekä psykososiaalisia hoitoja ja päihderiippuvuudesta toipumista. Tutkimuksen suorittamista, tutkimusmenetelmää ja tutkimustuloksia esitellään työn analyysiosiossa.

Tärkeimpinä lähteinä tutkimusta tehdessä käytettiin Riitta Lappalainen-Lehdon, Maija-Liisa Romun ja Mailis Taskisen teosta Haasteena päihteet – ammatillisen päihdetyön perusteita, Maria Inkisen, Airi Partasen ja Marjaliisa Sutisen toimittamaa Päihdehoitotyö-kirjaa, Anne Vuori-Kemilän, Eija Stengårdin ja Ritva Saarelaisen toimittamaa Mielenterveys- ja päihdetyö-kirjaa sekä Seppo Kähkösen, Irma Karilan ja Nils Holmbergin toimittamaa teosta Kognitiivinen psykoterapia.

2 YLEISIMMÄT PÄIHTEET

2.1 Alkoholi

Alkoholi on Suomessa eniten käytetty, yleisesti hyväksytty ja laillinen päihde. Sillä on mielihyvää tuottavia, huumaavia ja lamaavia keskushermostovaikutuksia. Pitkäaikaisessa käytössä käyttäjälle kehittyy toleranssi sekä psyykinen ja fyysinen riippuvuus. Alkoholi vaikuttaa useimpiin hermosolujärjestelmiin ja viestinkulun mekanismeihin ja sen käyttäytymisvaikutukset syntyvät eri tekijöiden yhteisvaikutuksena. Suomalaisväestöstä kokonaan raittiita on 5 - 15 prosenttia. Kaikista alkoholinkäyttäjistä suurin osa on kohtuukäyttäjiä, suurkuluttajia taas 10 – 20 prosenttia ja vaikeista alkoholiongelmista kärsiviä muutama prosentti. Väestön alkoholinkäyttötapa vaihtelee paljon; eroja on sukupuolten, eri-ikäisten ja eri seudulla asuvien välillä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 67; Partanen & Mattila 2000, 39 - 40.)

Alkoholinkäyttö altistaa monille erilaisille somaattisille, psyykkisille ja sosiaalisille haitoille. Kun viikkoannos ylittää miehillä 36 ja naisilla 26 annosta, on riippuvuus todennäköisesti sitä luokkaa, ettei vähentäminen onnistu. Tuolloin ainoa keino välttää juomisen tuomia ongelmia on pidättäytyä alkoholista kokonaan. Alkoholiriippuvuuden kehittyminen tapahtuu naisilla 5 - 10 vuodessa ja miehillä 8 - 15 vuodessa alkoholia runsaasti käytettäessä. Alkoholiriippuvuuden kehityttyä alkoholin käytölle on ominaista se, että alkoholia käytetään suurempia määriä tai pitempään kuin oli tarkoituksena. Alkoholiriippuvainen ei myöskään kykene vähentämään tai lopettamaan alkoholin käyttöönsä vaikka haluaisi, huolimatta sen aiheuttamista haitoista. Osa alkoholiriippuvuudesta kärsivistä toipuu ilman hoitoa ja raitistuu kokonaan tai siirtyy alkoholin kohtuukäyttöön. Suurin osa kuitenkin tarvitsee intensiivistä hoitoa ja tukea ongelman voittamiseksi. (Partanen & Mattila 2000, 44; Huttunen 2008.)

2.2 Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet

1990-luvulta lähtien lääkkeiden aiheuttamien ongelmien osuus päihdeongelmista on kasvanut. Osa tästä kasvusta liittyy alkoholiongelmien itsehoitoon ja lisääntyneeseen huumeidenkäyttöön. Käyttötapaa ja käyttömääriä muuntelemalla melkein mitä tahansa

psykoaktiivista lääkettä voidaan käyttää päihteenomaisesti. 1960-luvulla markkinoille tulleet bentsodiatsepiinit ja pitkä- ja lyhytvaikutteiset unilääkkeet, joista valtaosa on myös bentsodiatsepiineja, ovat nykyään eniten väärinkäytetyt lääkkeet. (Partanen & Mattila 2000, 71; Lappalainen-Lehto ym. 2007, 71.)

Bentsodiatsepiineja käytetään pääasiassa niiden keskushermostovaikutuksen vuoksi eli jännityksen lieventämiseen, ahdistuksen vähentämiseen, rentoutumiseen sekä nukahtamisen ja nukkumisen helpottamiseen. Niiden turvallisuutta on pidetty parempana kuin aikaisempien lääkkeiden, mutta pitkäaikaiskäytössä ne kuitenkin aiheuttavat fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden, jonka vahvuus vaihtelee annoksien ja käyttöajan mukaan. Sietokyky kehittyy nopeasti ja vieroitusoireet voivat olla vaarallisia ja voimakkaita. Tästä syystä bentsodiatsepiineja suositellaankin lyhytaikaiseen käyttöön ja lääkityksen lopetusaikataulu olisi suunniteltava. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ovat reseptilääkkeitä ja niiden asianmukaista käyttöä on valvottava. (Partanen & Mattila 2000, 71, 73; Lappalainen-Lehto ym. 2007, 71 - 72.)

2.3 Huumausaineet

Huumeiden käyttöä voidaan luokitella esimerkiksi kokeilu-, satunnais-, ajoittais- tai säännölliseksi käytöksi, mietojen tai kovien huumeiden käytöksi tai hallituksi, holtittomaksi tai pakonomaiseksi käytöksi. Vuonna 2006 miehistä 16 prosenttia ja naisista 12 prosenttia ilmoitti kokeilleensa jotain laitonta huumetta joskus elämässään. Yleisimmin käytetty aine oli kannabis, jota seurasivat amfetamiini ja ekstaasi noin kahden prosentin osuuksilla sekä kokaiini, LSD ja sienet noin yhden prosentin osuuksilla. Noin puoli prosenttia ilmoitti kokeilleensa heroiniä tai Subutexia. Huumausaineiden käyttökulttuurille on tyypillistä eri aineiden sekakäyttö ja turvautuminen erilaisiin korvikkeisiin, kun varsinaista huumausainetta ei ole saatavilla. (Partanen & Mattila 2000, 49; Seppälä 2001, 10; Hakkarainen 2008.)

2.3.1 Kannabistuotteet

Kannabis on *Cannabis sativa* –ruohokasvista saatava huumausaine. Siitä on voitu eristää 61 huumaavaa ainesosaa eli kannabinolia, joista psykoaktiivisin on THC eli delta-tetrahydrokannabinoli. Kannabistuotteisiin kuuluu marihuana, hasis ja hasisöljy. Niillä on hallusinogeenisiä, stimuloivia ja sedatiivisiä vaikutuksia. Ne ovat yleisimmin käytettyjä huumausaineita Suomessa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 73.)

2.3.2 Stimulantit

Psykomotoriset stimulantit ovat vahvasti käyttäytymiseen vaikuttavia yhdisteitä. Niistä osa on luonnosta peräisin olevia aineita ja osa kemiallisesti valmistettuja huumeita. Ne lisäävät aktiivisuutta, kiihtymystä, itsetunnon vahvistumista ja euforisuutta. Stimulanteille on ominaista se, että ne aiheuttavat voimakasta psyykkistä mutta vain vähäistä fyysistä riippuvuutta. Stimulantteihin kuuluvat muun muassa amfetamiini ja kokaiini. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 74.)

Amfetamiini ja sen johdannaiset ovat kemiallisia fenyyl dietyyliamiinijohdoksia. Amfetamiinin lisäksi katukaupassa esiintyy metamfetamiinia, joka on vaikutukseltaan voimakkaampaa. Amfetamiinia käytetään nuuskaamalla, suun kautta tai suonensisäisesti. Etenkin suonensisäisesti käytettynä sietokyky aineen vaikutuksille kasvaa nopeasti ja sitä myötä myös kerta-annosten määrät voivat nousta nopeasti jopa 100-kertaisiksi. Suuret amfetamiiniannokset voivat aiheuttaa myös psykoottisia tiloja ja masennusta. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 75; Seppälä 2001, 15.)

Kokaiini saadaan uuttamalla kuivatuista kokapensaan lehdistä tahnaa, jota jalostetaan kokaiinihydrokloridiksi. Huumaamistarkoituksessa sitä käytetään nuuskaamalla, polttamalla tai suonensisäisesti. Kokaiinin vaikutukset muistuttavat amfetamiinin vaikutuksia, mutta ovat lyhytkestoisempia. Intensiivistä käyttöjaksoa seuraavat voimakkaat vieroitusoireet. Muita stimulantteja ovat crack, coca-base, free-base ja kati. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 76; Partanen & Mattila 2000, 77 - 78.)

2.3.3 Hallusinogeenit

Hallusinogeeneihin kuuluu aineita, jotka ovat synteettisesti valmistettuja tuotteita tai eri kasvien ainesosia. Ne ovat tajuntaa laajentavia aineita ja aiheuttavat psykoosia muistuttavan tilan, johon kuuluu voimakkaita aistivääristymiä, näkö- ja kuuloharhoja sekä voimakkaita mielialan ja ajatuksenkulun muutoksia. Reagointi on yksilöllistä ja siihen on vaikutusta myös käyttöpaikalla ja -seuralla. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 76 - 77.)

Tunnetuin hallusinogeeni on LSD eli lysergihapon dietyyliamidi. LSD voi aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja sietokyky siihen kehittyy erittäin nopeasti. Pääasiassa sen aiheuttamat kuolemantapaukset johtuvat väkivallasta, tapaturmista ja itsemurhista. LSD vaikuttaa voimakkaasti aivoihin, joissa se sitoutuu muun muassa tunnetiloja sääteleviin keskuksiin sekä aisteja, havaintoja ja älyllisiä toimintoja koordinoivaan aivokuoreen. Lisäksi se kiihottaa ja paikoitellen myös estää keskushermostossa useita eri välittäjäainejärjestelmiä. Niissä tapahtuvien muutosten katsotaan olevan syynä LSD:n hallusinogeenisiin vaikutuksiin. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 77; Seppälä 2001, 24.)

Ekstaasi eli metyleenidioksimetamfetamiini on hallusinogeeninen amfetamiini. Sen avulla haetaan voimakasta hyvänolon tunnetta, yhtenäisyyden ja läheisyyden tunnetta tai fyysistä suorituskykyä. Käyttäjien voimakas fyysinen ponnistelu ja sen aiheuttama nestehukka sekä elimistön lämmön nousu voivat johtaa henkeä uhkaavaan tilaan. Muita hallusinogeenejä ovat esimerkiksi huumesienet ja gamma eli gammahydroksivoihappo. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 77 - 78.)

2.3.4 Opiaatit

Opiaateiksi nimitetään oopiumista peräisin olevia sekä synteettisesti valmistettuja yhdisteitä. Opiaattien käytöllä on ehkä pisin historia kaikista päihdeistä. Niiden päihdekäytöllä haetaan euforista passiivisuutta, kivun lievitystä ja tuskaisuuden poistoa. Lääkkeinä opiaatteja käytetään niiden kipua poistavan vaikutuksen vuoksi. Oopiumunikosta peräisin olevia luonnon opiaatteja ovat oopiumi, morfiini ja kodeiini. Morfiinista valmistetaan kemiallisen prosessin avulla heroiniä. Synteettisesti valmistettuja opiaatteja ovat muun muassa metadoni, petidiini, buprenorfiini ja dekspropoksifeeni. Opiaatteihin, erityisesti heroiniin, syntyy

riippuvuus nopeammin kuin mihinkään muuhun huumeeseen. Myös sietokyky kehittyy nopeasti ja vieroitusoireet ovat voimakkaita. (Lappalainen-Lehto 2007, 80; Partanen & Mattila 2000, 80 - 81.)

2.4 Tekniset liuottimet ja korvikealkoholit

Imppaukseksi sanotaan haihtuvien aineiden, kuten teknisten liuottimien, bensiinin ja nestekaasujen haistelua ja hengittämistä päihtymistarkoituksessa. Liuottimet ovat halpoja eikä niiden myyntiä kontrolloida. Niihin kehittyy riippuvuus sietokyvyn kohoamisen myötä. Teknisiä liuottimia käyttävät usein 10 - 15 -vuotiaat nuoret. (Partanen & Mattila 2000, 74 - 75.)

Korvikealkoholeja ovat muun muassa huoltoasemilta saatavat tuotteet, esimerkiksi jarru- ja jäähdytinnesteet. Käytön syinä ovat helppo saatavuus, halpa hinta, erittäin korkea alkoholipitoisuus ja varsinkin etanolipohjaisten aineiden vaarattomuus. Korvikealkoholeja käyttävät useimmiten kroonistuneet alkoholistit, joilla ei ole varaa Alkon tuotteisiin. (Partanen & Mattila 2000, 71.)

2.5 Päihteiden sekakäyttö

Päihteiden sekakäyttö on yleistynyt ja lisääntynyt erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmiaisten keskuudessa viime vuosina. Tavallisin sekakäytön muoto on alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden yhteiskäyttö. Monet rauhoittavat lääkkeet voimistavat alkoholin vaikutusta samanaikaisesti käytettyinä. Muisti ja kontrollointikyky huononevat ja nautittujen lääkkeiden määrä ja ajankohta unohtuu. Rauhoittavat lääkkeet ja alkoholi voivat olla hengenvaarallisia yhdessä. (Partanen & Mattila 2000, 83.)

Halusimme esitellä työssä yleisimpiä päihteitä ja niiden ongelmakäytön seurauksia. Koska päihteitä on useita, niiden seurauksissa ja niiden aiheuttamissa haittavaikutuksissa on myös eroja, mikä on hyvä tietää päihderiippuvuuden ja päihdetyön ymmärtämisen kannalta.

3 PÄIHDERIIPPUVUUS SUOMESSA

3.1 Suomalainen päihteidenkäyttö

Alkoholin käytön katsotaan usein kuuluvan suomalaiseen yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Alkoholin rinnalla myös lääkkeiden ja laittomiksi luokiteltujen huumausaineiden käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Alkoholin kokonaiskulutus on jatkuvassa kasvussa. Suurkuluttajien määrä on noussut ja alkoholihaitat kasvaneet. Vuonna 2006 Suomessa kulutettiin 10,3 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohden. Alkoholi on suurin alle 50-vuotiaitten miesten ennenaikaisen kuoleman riskitekijä Suomessa. Se on myös naisten kasvava ongelma. Alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät tapaturmat, liikenneonnettomuudet, väkivalta ja muu rikollisuus, vaikutus sikiön kehitykseen sekä kytkennät fyysisiin ja psyykkisiin samanaikaissairauksiin. (Mattila & Partanen 2000, 37; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 67; Holmberg 2008, 293.)

Alkoholin lisäksi päihteinä käytetään erilaisia rauhoittavia lääkkeitä, uni- ja kipulääkkeitä, huumausainelaisissa määriteltyjä huumausaineita sekä joitakin muita päihdyttäviä aineita, kuten erilaisia liuottimia. Huumausaineiden käyttö aiheuttaa riskejä ja ongelmia sekä käyttäjille ja heidän läheisilleen että yhteiskunnan turvallisuudelle ja taloudelle. (Mattila & Partanen 2000, 37; Soikkeli & Hietaniemi 2001, 88.)

3.2 Riippuvuuskäyttäytyminen

Riippuvuus eli addiktio on pakonomainen, toistuva kulutuskäyttäytymisen malli. Sitä luonnehtii voimakas sisäinen mielihalu tai pakko, toiminnan hallinnan heikentyminen, toiminnan lopettamiseen tai estymiseen liittyvää pelkoa tai ahdistusta ja toiminnan jatkamista ilmiselvistä haitoista huolimatta. Alttius riippuvuuteen voi juontaa juurensa perintötekijöistä, varhaislapsuuden ja sikiökauden kokemuksista tai altistuksista. Ne eivät kuitenkaan sellaisenaan tuota riippuvuutta ilman myötävaikuttavia ympäristötekijöitä ja yksilön omaa toimintaa. Addiktio jaetaan aineriippuvuuksiin, joita ovat alkoholi, huumeet, lääkkeet tai nikotiini ja toiminnallisiin riippuvuuksiin kuten pelihimo, internet-riippuvuus, seksiriippuvuus tai pakonomainen kehonrakennus. Riippuvuus on yksilölle ristiriitainen asia, sillä se sekä

tuottaa välitöntä mielihyvää että lisääntyviä haittoja. Sitä syventää paitsi yksilön omat suojautumismekanismit, myös ympäristön reaktiot. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 23; Kiiänmaa 2000, 12 & Holmberg 2008, 293.)

Päihderiippuvuuden tunnusmerkkeinä pidetään toleranssin kasvua ja vieroitusoireiden ilmaantumista päihteidenkäytön lopettamisyritysten yhteydessä. Ongelmakäytöstä voidaan puhua, kun päihderiippuvuus kattaa laajan alueen käyttäjän elämästä sen laatua heikentäen. Päihderiippuvuus kuuluu Maailman terveysjärjestön tautiluokituksessa (ICD-10) mielenterveyden häiriöiden ryhmään. (Holopainen 2001, 41; Saarelainen & Annala 2007, 35.)

Päihderiippuvuus määritellään ilmiöksi, jota tulee tarkastella kokonaisvaltaisesti. Se on jaettu psyykkiseksi, fyysiseksi ja sosiaaliseksi riippuvuudeksi. Päihteidenkäytön aikana tapahtuu muutoksia samanaikaisesti kaikilla näillä tasoilla. Psykkisellä riippuvuudella tarkoitetaan päihteen koetun vaikutuksen pohjalta kehittyvää psykologista prosessia, joka ilmenee tuntemuksena elämän mahdottomuudesta ilman päihteitä. Se syntyy aineen mielihyväefektin takia sekä opitun käyttäytymisen myötä. Tuolloin päihdehakuisuus on kiinteä osa tärkeitä tunnekokemuksen muotoja, esimerkiksi seuranhakemisen tarvetta, seksuaalisuutta, ikävystyneisyyden torjuntaa, ahdistuneisuutta ja masennustilojen hallintaa. (Holopainen 2001, 41; Saarelainen & Annala 2007, 35.)

Fyysisellä riippuvuudella puolestaan tarkoitetaan aineen vaikutuksesta syntyneitä hermoston muutoksia, jotka vahvistavat tarvetta käyttää ainetta yhä uudestaan. Fyysiseen riippuvuuteen yhdistetään toleranssin kasvu ja vieroitusoireiden ilmaantuminen aineen vaikutuksen vähentyessä. Vieroitusoireiden ilmaantuminen tuo mukanaan myös psykologisen tarpeen yrittää välttää niitä. (Holopainen 2001, 41 - 42.)

Päihderiippuvuuden sosiaalinen ulottuvuus liittyy käyttäjän sosiaalisiin suhteisiin ja toisiin käyttäjiin. Sosiaalinen verkosto valikoituu päihteidenkäyttöön liittyvän elämäntavan mukaan. Päihdehakuisuus ryhmässä voi liittyä ryhmän yhteenkuuluvuuteen tai olla osa sosiaalista tapahtumaa. Monet käyttäjät ovat riippuvaisia yhteisistä käyttöön liittyvistä kokemuksista. Esimerkiksi muistikuvat päihteistä ja käyttötilanteista sosiaalisissa yhteyksissä voivat herättää retkahdukselle alttiin vahvan tunnetilan, himon. (Paatero 2006; Saarelainen & Annala 2007, 35.)

Päihdeongelmien selityksissä yhteiskuntatieteet eli sosiologia, sosiaalipolitiikka, sosiaalipsykologia ja sosiaalityö painottavat yksilöllisiä ja sosiokulttuurisia tekijöitä. Ihmisen oppiminen, hänen toimijana tekemänsä valinnat ja yhteisöjen merkitys korostuvat. Sekä ongelmien synnyssä että ratkaisuissa elämänhistoriaan, elämäntapaan ja elämäntilanteeseen liittyvät ilmiöt ovat keskiössä. Ihmisen toiminta sosiaalisena olentona selittää paljolti hänen päihdekäyttäytymistään, jolloin hoidossa korostuu muun muassa sosiaalisen verkoston merkitys ja osuus. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 23.)

3.3 Motivaatio muutokseen

Ihmisen motivaatiota voidaan pitää hänen sisäisenä tilanaan, johon erilaiset ulkoiset tekijät vaikuttavat. Motivaatio päihteidenkäytön muutoksiin vaihtelee ihmisen elämän eri vaiheissa ja tilanteissa. Päihteidenkäytön aloittaminen, muutokset päihteiden käyttötavoissa tai päihteiden käytön lopettaminen ovat vaiheittaisia muutosprosesseja. Päihteiden käytöstä tai niistä kieltäytymisestä koetut hyvät ja huonot seuraukset vaikuttavat siihen, miten ihminen käyttää päihteitä. Motivaatio muutokseen alkaa herätä silloin, kun ihminen alkaa kyseenalaistaa omaa käyttäytymistään. Ihmisen ajatuksia ja käsityksiä tarkastelemalla voidaan vaikuttaa hänen tunteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Motivaation ytimenä nähdään ristiriita, jonka kanssa työskennellään ja autetaan ihmistä kohti muutosta. Ihmisen senhetkisiä käsityksiä ja toimintatapoja tarkastellaan neutraalissa, kunnioittavassa ja myönteisessä ilmapiirissä. Kolme keskeistä tarkastelun aihetta ovat käsityksen tai ajatuksen todenmukaisuus, hyödyllisyys sekä tavoitteiden kannalta hyödyllisemmän käsityksen tai ajatuksen etsiminen. (Sutinen, Partanen & Havio 2000, 32 - 34.)

Työn alussa on katsaus suomalaiseen päihteidenkäyttöön ja päihderiippuvuuteen, sillä ne muodostavat pohjan psykososiaalisten hoitomuotojen tarpeellisuudelle. Päihderiippuvuuden osa-alueet ovat samat kuin ne alueet, joihin psykososiaalisilla hoidoilla pyritään vaikuttamaan. Päihdeongelma vaikuttaa kokonaisvaltaisesti yksilön elämään, jolloin sitä tulee myös hoitaa kokonaisvaltaisesti. Lisäksi on tärkeää huomioida yksilön oma motivaatio muutokseen päihderiippuvuudesta irrottautuessa. Psykososiaalisten hoitomuotojen avulla käsitellään juuri niitä ristiriitoja, joita muutoksessa tarvittavan motivaation syntyminen edellyttää.

4 PÄIHDETYÖ SUOMESSA

Nykyinen päihdetyö pohjautuu 1980-luvulla aloitettuihin lainsäädäntöuudistuksiin. Päihdehuoltolaki tuli voimaan 1987. Siinä kunnat veloitetaan järjestämään ja rahoittamaan tarpeenmukaiset palvelut päihdeongelmaisille ja heidän läheisilleen. Päihdetyön kohteeksi katsotaan ongelmakäytön ja siitä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy ja vähentäminen sekä päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Merkittävä muutos lainuudistuksessa oli ennalta ehkäisevän työn korostaminen. Siinä tähdätään toimenpiteisiin, joilla estetään päihteiden ongelmakäyttöä suosivien elämänolojen ja elintapojen syntyminen. (Saarelainen & Annala 2007, 40.)

Päihdetyö voidaan jakaa primaaritason ennalta ehkäisevään päihdetyöhön, sekundaaritason päihteidenkäytön haittoja ehkäisevään päihdetyöhön sekä tertiääritason päihdehaittoja korjaavaan ja kuntouttavaan tai kärsimyksiä lievittävään päihdetyöhön. Ennalta ehkäisevän päihdetyön keinoja ovat alkoholi- ja huumevalvonta, alkoholin hintapolitiikka, päihdetiedotus, terveyskasvatus sekä päihteille vaihtoehtoisten toimintamallien tarjoaminen ja päihteettömyyttä suosivan ympäristön tukeminen. (Partanen 2000, 103.)

Sekundaaritason päihdetyöhön voidaan katsoa kuuluvan vaikuttaminen sellaiseen päihteen käyttöön, joka on varhaista suurkulutusta, riskikäyttöä tai jonka seurauksena käyttäjällä on varhaisia päihdehaittoja. Auttaminen on luonteeltaan neuvontaa sekä muutoksen ja itsehoidon tukemista. Sekundaaritason päihdetyön muotoja ovat esimerkiksi terveydenhuollon käyttöön kehitetty mini-interventio sekä motivoiva haastattelu, jossa asiakasta autetaan kysymysten ja aktiivisen kuuntelun avulla tunnistamaan mahdollisia ongelmia. (Inkinen, Partanen, Sinnemäki & Syysmeri 2000, 115, 122.)

Tertiääritason päihdetyön auttamismenetelmät koostuvat päihteidenkäytöstä aiheutuvien akuuttien ja pitkäaikaisten fyysisten sairauksien hoitamisesta, lievittämisestä ja perustarpeiden turvaamisesta sekä katkaisuhoidon liittyvien vieroitusoireiden hoidosta. Lääkehoidon seuranta ja toteuttaminen muodostaa merkittävän osan työstä. Se liittyy päihdekierteen katkaisuhoidon, alkoholikouristusten ja vieroitusoireiden hoitoon, lääke- ja huumevieroitushoitoon tai pitkäaikaisen lääkityksen aloittamiseen ja ylläpitohoitoon. Kuntouttavaa päihdetyötä toteutetaan muun muassa päihdehuollon kuntoutuslaitoksissa,

psykiatrisissa kuntoutusyksiköissä ja erilaisissa päiväkeskustoimintapaikoissa. (Sutinen, Partanen, Havio, Mattila & Syysmeri 2000, 144 - 145, 147.)

Suomessa on monipuolinen ja monitasoinen palvelujärjestelmä päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen. Päihdepalvelut ovat yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita sekä päihdehoitoon erikoistuneita palveluita. Sosiaalihuollon peruspalveluihin kuuluu muun muassa sosiaalityö, lastensuojelu, lasten päivähoido, kasvatusta- ja perheneuvonta ja vanhusten huolto. Yleisistä sosiaalihuollon palveluista sosiaalitoimistot kohtaavat eniten päihdeongelmaisia asiakkaita. Päihdehoitoon erikoistuneet palvelut voidaan jakaa avohoito-, laitoshoido- ja asumispalveluihin sekä vertaistukipalveluihin. (Saarelainen & Annala 2007, 41 - 42.)

4.1 A-klinikkatyö Suomessa

A-klinikkatoiminta Suomessa alkoi 1950-luvulla amerikkalaisen case work -mallin mukaiseksi vaihtoehdoksi aikaisemmalle päihdetyölle. Nykyisin A-klinikkasäätiö on Suomen suurin päihdealan organisaatio. Se tuottaa päihde- ja riippuvuusongelmallisille sekä heidän läheisilleen hoito- ja kuntoutuspalveluita A-klinikoilla, nuorisoasemilla, katkaisuhuoltoasemilla, kuntoutuskeskuksissa, terveysneuvontapisteissä ja tukiasuntotoiminnan avulla. Nykyisin A-klinikkasäätiöllä on 17 hallinnollista yksikköä ja yli 70 toimintayksikköä, joista valtaosa on kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämiä. (A-klinikkasäätiö 2009, Lappalainen-Lehto ym. 2007, 132.)

A-klinikat tarjoavat apua päihdeongelmiin ja niihin liittyviin sosiaalisiin, somaattisiin ja mielenterveydellisiin vaikeuksiin. Ongelmat voivat alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden lisäksi liittyä peli- tai muuhun riippuvuuteen tai näiden yhdistelmiin. A-klinikoilla hoidetaan krapula- ja vieroitusoireita ja annetaan avokatkaisuhoidoa. Lisäksi niissä on mahdollisuus keskusteluhoitoon tai terapiaan. Työmuotoina ovat muun muassa yksilö-, pari-, perhe- ja verkostotyö. Asiakas ei tarvitse lähetystä A-klinikalle ja palvelut ovat maksuttomia. Mikäli paikkakunnalla ei ole nuorille suunnattuja päihdepuolen avohoitopaikkoja, A-klinikalla hoidetaan myös nuoria. (Saarelainen & Annala 2007, 42.)

A-klinikalle hakeutuminen on vapaaehtoista ja hoito perustuu luottamuksellisuuteen ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Hoitoon hakeutumiseen usein kuitenkin kehottaa kolmas osapuoli, kuten läheiset, työnantaja, lastensuojelu tai poliisi. Yhteistyö asiakkaan kanssa käynnistyy alkuhaastattelulla, joka on lähtökohtana käytön ja hoidon tarpeen arvioinnille. Alkuhaastattelussa asiakkaalle tehdään myös hoitosuunnitelma. Keskeisimmät annettavat palvelut ovat hoidon tarpeen arviointi, avovieroitus, kriisityö ja psykososiaalinen kuntoutus yksilö-, perhe- tai ryhmätyönä erilaisin menetelmin. A-klinikat käyttävät työssään erilaisiin teoreettisiin taustoihin pohjaavia vuorovaikutusmenetelmiä ja niiden lisäksi lääkehoitoa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 133.)

4.2 Kokkolan A-klinikka

Kokkolan A-klinikka kuuluu Kokkolan-seudun terveystieteiden keskuslaitoksen alaisuuteen. Sen hoitomuotoja ovat keskusteluhoito, ohjaus ja neuvonta, yksilö-, pari- ja perhetapaamiset, verkostotyö sekä erilaisten sosiaalisten ongelmien ja ihmissuhdeongelmien selvittely. Kokkolan A-klinikka on muuten lääkkeetön yksikkö, mutta Antabus-hoito voidaan aloittaa ja sen seuranta toteuttaa A-klinikalla. Antabuksen käyttö perustuu sen ja samanaikaisesti nautitun alkoholin epämiellyttävään yhteisvaikutukseen. Lääke estää alkoholin aineenvaihduntaa, jolloin elimistöön kertyy asetaldehydiä. Seurauksena on pahoinvointia, ihon punoitusta, huimausta, sydämentykytystä ja päänsärkyä. Tietoisuus näiden jopa hengenvaarallisten oireiden ilmaantumisesta hillitsee alkoholinkäytön aloittamista. Myös korva-akupunktiohoitoa käytetään lievittämään vieroitusoireita ja vähentämään päihdemielitekoja. Lisäksi hoitosuhteessa olevalle asiakkaalle on tarjolla lääkäripalveluja. (Mäkelä 2005; Kokkolan kaupunki 2009.)

Kokkolan A-klinikalla toimii kaksi päihdetyöntekijää, sosiaaliterapeutti, sairaanhoitaja ja Nuotan kanssa yhteinen vastaanottotyöntekijä. Nuorten tuki- ja neuvontapiste Nuotta toimii A-klinikan kanssa samassa organisaatiossa ja tarjoaa apua nuorille ja heidän perheilleen, kun on huoli nuoren päihde- tai riippuvuusasioista. A-klinikalla suorassa asiakastyössä käytetään kognitiivista ja supportiivista terapiaa, motivoivaa haastattelua, NLP:tä, ratkaisukeskeistä lähestymistapaa ja perhekeskeistä työtettä. Klinikalla on mahdollisuus saada myös seksuaalineuvontaa. Asiakasmäärä vuonna 2006 oli 275 ja käyntikertoja 2398. (Kokkolan kaupunki 2009; Laitila & Lång 2008.)

Tässä luvussa paneudumme ensin yleisesti päihdetyöhön Suomessa, koska katsoimme sen muodostavan pohjan A-klinikoilla tehtävän työn ymmärtämiseen osana päihdetyötä. Päihdetyön kaikilla edellä mainituilla tasoilla on käytössä psykososiaalisia hoitomuotoja, mistä syystä halusimme kertoa niistäkin tarkemmin. A-klinikkatyöstä ja Kokkolan A-klinikasta kerroimme, koska tutkimuksemme kohdistui juuri Kokkolan A-klinikan asiakkaisiin.

5 TOIMINTAKYKY JA PÄIHTEET

5.1 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Toimintakykyyn kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Fyysiseen ulottuvuuteen kuuluvat yleiskestävyys, lihaskunto ja liikkeiden hallintakyky. Psyykkistä toimintakykyä kuvataan kognitiivisten kykyjen ja psyykkisten voimavarojen avulla. Sosiaalisella toimintakyvyllä taas tarkoitetaan edellytyksiä toimia toisten ihmisten kanssa. Näitä ihmisen toimintakyvyn ulottuvuuksia ei voida erottaa toisistaan, sillä ihminen toimii kokonaisuutena. Toimintakykyä ei myöskään voida tarkastella erillään siitä ympäristöstä, jossa ihminen elää, koska ihminen ja ympäristö toimivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13 - 14.)

5.2 Psyykinen toimintakyky

Psyykinen toimintakyky kattaa kolme perusaluetta: toiminnan, tunne-elämän ja ajattelun. Sitä voidaan kuvata myös kognitiivisten kykyjen ja psyykkisten voimavarojen avulla. Kognitiivisilla kyvyillä tarkoitetaan esimerkiksi kykyä ottaa vastaan tietoa, käsitellä sitä ja muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee laatimaan elämälleen suunnitelmia sekä tekemään tietoisia ja vastuullisia valintoja. Hän toimii tehokkaasti ja järkevästi, arvostaa itseään, tuntee olonsa hyväksi ja suhtautuu optimistisesti tulevaisuuteen. Kun ihmisellä on mielenterveyden ongelmia, hän kokee, että häntä hallitaan. Hyvän psyykkisen toimintakyvyn omaava ihminen hallitsee tunteensa, toimintansa ja ajatuksensa. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 13; Hiissa 2008.)

Ihmiset perustelevat päihteidenkäyttöään usein mielenterveyssyillä, sillä päihteidenkäyttö muun muassa rentouttaa, helpottaa ahdistusta, antaa mielihyvää ja auttaa unohtamaan ikävät asiat. Päihteiden pidempi ja runsaampi käyttö kuitenkin heikentää mielen ja kehon hyvinvointia ja vaikeuttaa siten arjessa suoriutumista ja sosiaalisia suhteita. Päihteiden ongelmakäyttö voi aiheuttaa mielenterveyden häiriöitä, esimerkiksi masennusta, ahdistusta, persoonallisuuden häiriöitä ja psykooseja. Ne voivat myös olla alkuperäisiä sairauksia, joita itse lääkitään päihteellä. Sairauksien ja ongelmakäytön samanaikaisuus voi johtaa

ristiriitoihin, aggressiiviseen käytökseen tai muihin ongelmiin sosiaalisissa suhteissa. Samalla ongelmakäyttäjän läheiset ihmissuhteet kärsivät ja vaarantuvat, mistä syystä usein päihteiden käyttäjän lisäksi myös hänen läheisensä tarvitsevat apua. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 41.)

5.3 Sosiaalinen toimintakyky

Yksilön sosiaalinen toimintakyky sisältää arkielämän taitoja ja kykyä toimia yhteiskunnan jäsenenä eli suhteessa toisiin ihmisiin. Se muodostuu monista asioista, kuten asumisesta, työstä, opiskelusta, ihmissuhteista, raha-asoiden ja terveyden hoidosta, harrastuksista, päihteidenkäytöstä, arkielämän sujuvuudesta, taloustöistä, asioinnista ja tulevaisuuden suunnittelusta. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy myös syrjäytyminen, eli se, kun yksilö on syrjäytynyt tai syrjäytetty normaalina pidettävästä elämästä. Syrjäytymisessä päihteidenkäytön osuus on usein oleellinen, sillä päihdeongelmien mukana elämä kapenee ja päihde saa siinä yhä keskeisemmän osan. Myöhemmin syrjäytyminen voi pahentua päihteidenkäyttöön liittyvän rikoskierteen, velkaantumisen tai asunnottomuuden takia. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 29.)

Päihteidenkäyttö liittyy usein sosiaaliseen kanssakäymiseen, ja sillä on psykologisia ja sosiokulttuurisia merkityksiä. Käytön tilannekohtaiset perustelut liittyvät usein myönteiseen yhdessäoloon, kuten hauskanpitoon, juhlistamiseen tai rituaaleihin. Näin ollen käytön perustelut ovat siis käyttäjälle sillä hetkellä myönteisiä, eivätkä ihmiset käytä päihteitä haittoja saadakseen. Pitkässä ja runsaassa käytössä niitä kuitenkin lähes aina syntyy. Ongelmakäytön sosiaalisten haittojen vuoksi yhteisö on kautta aikojen säädellyt päihteidenkäyttöä. Suomen aikaisemmassa lainsäädännössä ja päihdetyössä on pidetty lähtökohtana muille aiheuttavia haittoja, mutta viime vuosikymmeninä on alettu painottaa myös terveyshaittoja. Tällöin tarkastelun pääpaino on usein aineessa ja sen kemiallisissa ja fysiologisissa vaikutuksissa, mutta sosiaaliset, kulttuuriset ja psyykkiset tekijät ovat vähintään yhtä merkittäviä. Kun päihteidenkäyttö arkipäiväistyy ja lisääntyy, myös sen haitat lisääntyvät ja sosiaalinen toimintakyky heikkenee. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 31, 33.)

Yksi sosiaalisen toimintakyvyn perusedellytyksistä on asunto. Puutteellinen asuminen tai asunnottomuus on sekä syynä että seurauksena monissa päihdeongelmissa. Myös asuinympäristö, jossa naapurusto käyttää runsaasti päihteitä ja niitä on helposti saatavilla,

lisää riskiä ongelmakäyttöön ja vaikeuttaa päihteettömänä olemista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 42.)

5.4 Päihteidenkäytön vaikutus arkielämään

Nuoruudessa yleensä suhtautuminen päihteisiin muuttuu; aikaisempi kielteinen asenne muuttuu uteliaisuudeksi ja kokeilujen myötä mahdollisesti positiiviseksi. Nuoren runsas päihteidenkäyttö voi pahentaa syrjäytymisriskiä, jolloin uhkana on moniongelmaisuus. Lisäksi se voi jättää nuoren sosiaaliseen kehitykseen aukon, jonka paikkaamiseen tarvitaan hyvin konkreettista sosiaalisten taitojen harjoittelua ja arjessa selviytymisen opettelua. Jos lähtökohdat nuoren lapsuuden kodista ovat jo useamman sukupolven ajan sisältäneet kasautuneita sosiaalisia ongelmia, tarvitaan paljon työtä ja tukea ketjun katkaisemiseksi. Alkoholinkäyttö ja väkivaltarikollisuus ovat vanhastaan liittyneet toisiinsa, joten päihteiden ongelmakäyttäjällä on myös riski ajautua rikollisuuden pariin. Päihtyneenä on altis joutumaan väkivallan kohteeksi tai tekijäksi. Kun rahat kuluvat päihteisiin, käyttäjä voi rahapulassaan syyllistyä omaisuusrikokseen. Huumeiden käyttäjä voi syyllistyä huumausainerikokseen. (Lappalainen-Lehto 2007, 43, 47.)

Runsas ja pitkäaikainen päihteiden ongelmakäyttö vie paljon paitsi aikaa ja energiaa myös rahaa. Vaikeudet ilmenevät arkielämässä monin tavoin. Talousvaikeuksien takana saattaa olla päihdeongelma ja rahapula voi myös johtaa asunnon tai muun omaisuuden menetyksiin, velkaantumiseen, luottotietojen menettämiseen ja tarpeeseen hakea toimeentulotukea. Länsimaisessa kulutusyhteiskunnassa taloudelliset arvot ohjaavat arkielämää, jolloin kova kilpailu aikaansaa kahtiajakautumista: osa väestöstä rikastuu ja osa jää työttömäksi ja syrjäytyy. Päihteidenkäyttö voikin toimeentulovaikeuksissa toimia esimerkiksi lohduttajana, ajankuluna ja seuran antajana. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 57.)

5.5 Päihteidenkäytön vaikutus työskentelyyn

Päihteidenkäyttö vaikuttaa myös työntekoon. Vaikka alkoholi ei kuulu työelämään, työ ja päihteet liittyvät kuitenkin yhteen yllättävän monella tavalla joko suoranaisesti tai välillisesti. Esimerkiksi rentoutuminen, työpaineiden katkaiseminen, stressin laukaiseminen ja

epäviralliset työhön liittyvät tapahtumat voivat olla tavallisia perusteluja alkoholin käytölle. Pelkästään vapaa-ajallakin tapahtuva päihteidenkäyttö vaikuttaa työkykyyn ja kuntoon. Työpaikalla ilmeneviä päihdehaittoja ovat esimerkiksi aamukrapulat, myöhästymiset, poissaolot, epämääräiset sairaslomat, terveyshaitat, tapaturmat, työturvallisuusriskit ja työnteon vaikeutuminen. Työyhteisön ilmapiiri alkoholiin suhtautumisessa vaihtelee, mikä vaikuttaa siihen, miten haitat ilmenevät ja miten ongelmakäyttöön reagoidaan. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 53.)

Päihteet ja ihmisen toimintakyky liittyvät siis toisiinsa elämän eri vaiheissa ja tilanteissa monella tavalla. Näin ollen päihdeongelmista toipumisessa on tärkeää huomioida ihmisen psykososiaalinen toimintakyky. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 58.) Seuraavaksi tarkastelemme psykososiaalista hoitoa, jonka keskeisenä tavoitteena on vaikuttaa päihderiippuvaisen toimintakykyyn.

6 PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Psykososiaalinen hoito on laaja-alaista päihdeasiakkaan kuntouttamista, jonka tavoitteena on psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen, palauttaminen tai saavuttaminen. Kuntouttamisessa huomioidaan muun muassa asuminen, työ ja toimeentulo, rikollisuus ja arkielämän taidot. Tavoitteena on myös tukea asiakkaan ja hänen perheensä elämänhallintaa ja yhteiskuntaan integroitumista. (Laitila & Lång 2008.)

Psykososiaalisten hoitojen keskeinen elementti on keskustelu tai yhdessä tekeminen. Hoito on usein eri teorioihin perustuvien menetelmien ja työtapojen yhdistelmä. Tärkeää on, että asiakkaan ja työntekijän välille muodostuu luottamuksellinen suhde, joka perustuu myönteiseen vuorovaikutukseen. Onnistunut työskentelysuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin ja toimivan työskentelysuhteen luominen on työntekijän tehtävä. Työntekijän onkin arvioitava realistisesti omia vuorovaikutustaitojaan ja pyrittävä kehittämään niitä. Psykososiaalisen hoidon tulokset saattavat vaihdella työntekijän mukaan, mikä johtuu ilmeisesti vuorovaikutustaitojen eroista. Tärkeitä vuorovaikutuksellisia taitoja päihdeongelmaisen hoidossa ovat vastatunteiden hallinta, empaattinen suhtautuminen ja myötäelävä ristiriitojen esille tuominen. Hoidon alussa on selvitettävä asiakkaan valmius muutokseen, sillä vastahankainen asiakas keskeyttää hoidon herkästi jo alkuvaiheessa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2008.)

Alkoholiriippuvuuden psykososiaalisia hoitomuotoja käsittelevien tutkimusten perusteella voidaan osoittaa, että selkeään rakenteeseen perustuvilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla on positiivinen vaikutus hoitotulokseen. Näitä hoitomuotoja ovat esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia ja 12 askeleen hoito-ohjelma. Kahdentoista askeleen hoidossa päihderiippuvuus nähdään sairautena ja tavoitteena on päihdeettömyys oppimisteoreettisin menetelmin ja vertaisryhmän tuella. (Salaspuro 2003, 275; Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2008.)

Ei ole näyttöä siitä, että jokin psykososiaalinen hoitomuoto sopisi tietylle asiakasryhmälle paremmin kuin jokin toinen. Päihderiippuvuuden varhaisvaiheessa vähäinenkin hoito näyttää tuottavan samanlaisen tuloksen kuin laaja hoito. Vaikea päihderiippuvuus vaatii kuitenkin laajaa hoitoa, jossa päihdeongelman lisäksi hoidetaan sekä psyykkistä sairautta että sosiaalisia

ongelmia. Siitä hyötyvät varsinkin asunnottomat ja psyykkisistä ongelmista kärsivät päihdeongelmaiset. (Salaspuro 2003, 275.)

Yleensä psykososiaalisia hoitomuotoja ei pääse valitsemaan, koska kaikkia hoitomuotoja ei ole saatavissa kaikkialla. Asiakasta voidaan tavata monissa eri hoitopaikoissa, joten on syytä laatia kokonaisuhoitosuunnitelma. Hoidon aikana asiakkaan elämäntilanne voi muuttua, jolloin hoito joudutaan sopeuttamaan uuteen tilanteeseen. Kaikissa hoitomuodoissa on tärkeä huomioida hoidon jatkuvuus ja asiakkaan sitouttaminen hoitoon. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2008.)

6.1 Kokkolan A-klinikan käyttämät psykososiaaliset hoitomuodot

Kokkolan A-klinikan psykososiaalisina hoitoina käytetään kognitiivista ja supportiivista terapiaa, motivoivaa haastattelua, NLP:tä, ratkaisukeskeistä lähestymistapaa ja perhekeskeistä työtettä. Kognitiivisessa terapiassa keskeisenä oletuksena on, että kaikki ihmiset ovat rakentaneet kuvan itsestään ja maailmasta omalla tavallaan omassa ainutlaatuisessa elämänhistoriassaan. Tällöin myös omalle ongelmalliselle tilalle annettu merkitys muotoutuu aina yksilökohtaisesti. Vaikka saman diagnoosin saaneilla asiakkailla on yhtäläisyyksiä, on olennaista löytää yksilölliset erot. Asiakkaan ja työntekijän suhteesta pyritään luomaan tasavertainen yhteistyösuhde ja asiakas on se osapuoli, joka parhaiten pystyy kertomaan omasta tilastaan. Työntekijän odotetaan välttävän sitä ajatusta, että hän on potilasta hoitava osapuoli. Sen sijaan työntekijän roolina on tulla asiakkaan kumppaniksi ja kamppailla asiakkaan rinnalla yhteisesti määritellyn ongelman voittamiseksi. (Hakanen 2008, 15 - 16.)

Supportiivinen eli tukea antava terapia auttaa asiakasta ylläpitämään tai palauttamaan parhaan mahdollisen toimintatasonsa. Keskeisiä teemoja ovat arkipäivän ongelmien ratkaisut, asuminen, työ ja talouden hoito sekä perheristiriitojen selvittely. Supportiivinen terapia on vuorovaikutukseen perustuva hoitomuoto, jossa asiakasta tuetaan hänen kriisissään ja ongelmissaan niillä keinoin, jotka ovat jo hänen hallussaan, mutta ehkä tilapäisesti kadoksissa. (Mentoria Oy 2004.)

Motivoiva haastattelu on vuorovaikutustapa, jossa tärkeintä on haastateltavaa arvostava ja kunnioittava asenne. Työntekijä pyrkii pääsemään perille asiakkaan omista tavoitteista,

ydinarvoista ja tavoiteltavan muutoksen merkityksestä. Motivaatio syntyy henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa, eikä ole motivoitavan persoonallinen ominaisuus tai vakiintunut olotila. Motivoivan haastattelun menetelmä on tavoitteellisuus ja voimavarasuuntautunut vuorovaikutusprosessi. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 201.)

NLP eli neurolingvistinen ohjelmointi määritellään malliksi, jolla voi tutkia ja kehittää inhimillistä kommunikaatiota sekä tarpeen mukaan muuttaa reaktioita, ajattelua, taitoja ja tunteita. NLP kuuluu kognitiiviseen psykologiaan ja voimavarakeskeisiin lähestymistapoihin. NLP:n tutkimusmenetelmä, mallintaminen, on hieman erilainen kuin muiden kognitiivisten suuntausten. Se käyttää hyödykseen ihmisten aistikanavia ja erityisesti mielikuvia. Päihdetyössä NLP-menetelmää käytetään monenlaisina sovelluksina sekä yksilö- että ryhmätyössä. Se soveltuu esimerkiksi retkahdusten ehkäisemiseen riskitilanteiden ennakoimisen avulla tai uuden elämäntavan rakentamiseen vaihtoehtoisten ajattelu- tai toimintatapojen mallintamisen avulla. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 217 - 119.)

6.2 Päihderiippuvuudesta toipuminen

Päihderiippuvuudesta toipuminen on muutosprosessi. Siinä on tiettyjä yhteisiä piirteitä riippumatta siitä, onko kyse alkoholista, lääkkeitä vai huumausaineista irrottautumisesta. Vaikeasta päihderiippuvuudesta kärsivät pystyvät usein lopettamaan päihteidenkäytön, mutta voivat harvoin palata kohtuukäyttöön. Päihteiden käyttäjä joutuu riippuvuudesta irrottautuessaan ikään kuin uuden valinnan eteen, ja joutuu tiedostamaan omien aiempien valintojensa ongelmallisuuden sekä riippuvuuden kielteiset seuraukset. Uusia tai unohdettuja taitoja opetellessaan joutuu muuttamaan asenteitaan, elämäntapaansa ja identiteettiään onnistuakseen päihteettömyydessä. Elämäntavan vaihtaminen päihteettömäksi voi tuntua pelottavalta uuden elämäntavan tuntemattomuuden, omien avuttomuuden tunteiden ja osaamattomuuden vuoksi. (Sutinen ym. 2000, 163 - 164.)

Vaativin vaihe vaikeasti päihderiippuvaisen toipumisprosessissa on laitostarkkaisuhoiton jälkeinen siirtyminen omaan asuinympäristöön. Perustana sille on toimiva jälkihoito, johon kuuluvat muun muassa vakaan asumisen ja toimeentulon turvaaminen, päihteettömyyteen tukeva sosiaalinen turvaverkko, pitkäaikainen tuki ja mielekästä toimintaa. Myös uskonnollisen heräämisen on todettu olevan merkittävä apu toipumisessa.

Päihderiippuvuudesta irrottautuminen tapahtuu yksilöllisesti ja siinä on otettava huomioon sekä lyhyen että pitkän aikavälin muutokset ihmisen elämäntilanteessa, fyysisessä ja psyykkisessä kunnossa, ihmissuhteissa, työtilanteessa ja taloudellisissa olosuhteissa. Psykososiaalisen toipumisen kriteereitä ovat motivoituminen hoitokontaktiin, halukkuus keskustella asioistaan, tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen ja edistyminen ongelmanratkaisutaidoissa sekä vastuun ottaminen omasta käyttäytymisestä. Tunnetason toipumista on ahdistuksen ja stressin väheneminen sekä kyky keskustella tunteista ja kokea niitä. Näitä päihdekeskeisyydestä irrottautumisen peruselementtejä ajatellessa psykososiaalisen hoidon merkitys päihdetyössä on suuri. (Sutinen ym. 2000, 164 - 165.)

Aikaisemman päihdetyötä koskevan luvun lisäksi halusimme työssä syventyä vielä tarkemmin psykososiaaliseen hoitoon ja Kokkolan A-klinikan käyttämiin psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Tutkimuksessa selvitimme juuri näiden hoitomuotojen käyttöä, joten katsoimme olevan tarpeen esitellä ne. Psykososiaalisten hoitojen nimikkeet ja toimintojen painotukset vaihtelevat, joten halusimme kertoa, mitä psykososiaalinen hoito yleisellä tasolla tarkoittaa ja mikä kaikkia hoitomuotoja yhdistää. Lopussa selvitimme, mitä päihderiippuvuudesta toipuminen tarkoittaa ja mitä se edellyttää, sillä se on psykososiaalisen hoidon lopullinen tavoite.

7 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Sanna Sarviranta ja Anja Savela ovat vuonna 2001 tehneet tutkimuksen A-klinikalle neljän miehen elämäntilanteesta A-klinikalla hoidossa olon aikana ja sen jälkeen. Tutkimuksessa on selvitetty, miten asiakas koki käynnit A-klinikalla ja oliko käynneillä ollut merkitystä haastatellun päihderiippuvuuteen. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa A-klinikan henkilöstölle hyödynnettäväksi työssä. Tutkimus suoritettiin teemahaastattelemalla neljää henkilöä, joista kunkin viimeisestä hoitokerrasta oli kulunut aikaa vähintään kolme kuukautta. Tulosten mukaan A-klinikkakäynnit koettiin pääasiassa myönteisiksi ja niillä oli myös myönteistä merkitystä päihderiippuvuuteen sekä elämään yleensä liittyen. Johtopäätöksenä todettiin, että haastateltavien elämäntilanteet olivat jokseenkin kunnossa, vaikka varsinaista päihdeongelmaa ei ollut täysin voitettu. (Sarviranta & Savela 2001.)

Tiia Marttila ja Maria Määttänen ovat vuonna 2001 tehneet tutkimuksen alkoholiperheen lapsesta Kokkolan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Sen tarkoituksena oli kartoittaa sitä, miten alkoholiperheen lapsi huomioidaan palvelujärjestelmässä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla harkinnanvaraisesti valituista Kokkolan sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköistä. Aineiston avulla selvitettiin miten usein Kokkolan alueen työntekijä kohtaa alkoholiperheen lapsen, millaisia ongelmia työntekijät kokevat alkoholiperheen lapsen tunnistamisessa ja kohtaamisessa sekä mitä keinoja työntekijällä on lapsen auttamiseen. (Marttila & Määttänen 2001.)

Tutkimustulokset osoittivat, että alkoholiperheen lapsen kanssa oli tekemisissä viikoittain lähes puolet Kokkolan alueen työntekijöistä. Lähes jokainen työntekijä ilmoitti joskus työssään kohdanneen alkoholiperheen lapsen. Alkoholiperheen lapsen tunnistamisen ja kohtaamisen ongelmina työntekijät pitivät muun muassa ongelman peittelyä ja salailua sekä vuorovaikutuksen vaikeutta. Auttamiskeinoiksi työntekijät ilmoittivat muun muassa keskustelun, tuen, rohkaisun, lastensuojelulliset toimet, kotikäynnit, vanhemmuuden arvioinnin ja avunsaantimahdollisuuksista tiedottamisen. (Marttila & Määttänen 2001.)

Minna Kleimola on vuonna 2006 tehnyt tutkimuksen asiakastyytyväisyydestä Asuntokoti Hermannissa, joka toimii Ventuskartano ry:n avopalveluyksikkönä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella ja tavoitteena oli selvittää Asuntokoti Hermannin mahdollisia epäkohtia,

jotta niihin pystyttäisiin jatkossa kiinnittämään huomiota. Tulosten mukaan suurin osa Asuntokoti Hermannin asukkaista oli tyytyväisiä saamaansa palveluun. Muutosta tai kehitystä toivottiin pelkästään Asuntokoti Hermannin päiväkeskuspalveluihin. Erityisen tyytyväisiä oltiin muun muassa henkilökuntaan. (Kleimola 2006.)

Saila Kallio on vuonna 2007 tehnyt pro gradu -tutkielman lapsen näkökulmasta päihdetyössä. Tavoitteena oli tutkia, miten lapsi tulee otetuksi huomioon päihdetyön toimintakäytännöissä laitos- ja avohoidossa. Lisäksi kartoitettiin työntekijöiden kokemuksia yhteistyöstä lastensuojelun kanssa sekä mielipiteitä siitä, miten lapsen huomioon ottamista voitaisiin kehittää päihdetyössä. Tutkimuksessa tarkasteltiin kolmea päihdehuollon laitos- ja avohuollon erityispalveluyksikköä. Tutkimustulosten mukaan yksi keskeisistä kehittämisalueista on päihdetyön ja lastensuojelun välinen yhteistyö. Yhteistön ongelmakohdat ja epäselvyydet estävät lapsen huomioon ottamista, jolloin lapsi pysyy näkymättömänä päihdetyössä. Lapsen hyvinvoinnin turvaamista ei kuitenkaan voi jättää vain lastensuojelun tehtäväksi, vaan vastuu kuuluu myös kaikille niille ammattilaisille, jotka ovat päihdeperheen kanssa tekemisissä. (Kallio 2007.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksessamme halusimme selvittää Kokkolan A-klinikan asiakkaiden kokemuksia A-klinikkakäynneistä ja siitä, miten ne ovat vaikuttaneet asiakkaiden elämäntilanteisiin. Pääpaino tutkimuksessamme on Kokkolan A-klinikalla käytettävissä psykososiaalisissa hoidoissa, joten tutkimme myös, onko A-klinikan antamista psykososiaalisista hoidoista ollut apua eli vastaavatko ne asiakkaiden tarvetta. Työmme tarkoituksena on tuoda esille asiakkaiden näkökulmaa psykososiaalisten hoitojen hyödyllisyydestä ja auttaa palvelujen tuottajia huomioimaan se palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Tutkimusaineisto on kerätty Kokkolan A-klinikan asiakkaille suunnatun kyselylomakkeen avulla.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Ovatko asiakkaat mielestään saaneet apua niihin ongelmiin, joiden takia hakeutuivat/joutuivat hakeutumaan A-klinikalle?
2. Millaista muutosta asiakkaiden arjessa on heidän mielestään tapahtunut A-klinikkakäyntien myötä?
3. Miten asiakkaiden sosiaaliset suhteet ovat heidän mielestään muuttuneet A-klinikkakäyntien myötä?
4. Millaista muutosta asiakkaiden työelämässä on heidän mielestään tapahtunut A-klinikkakäyntien myötä?

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Tutkimusmenetelmät ja aineiston hankinta

Tutkimus on pääosin kvantitatiivinen, mutta se sisältää myös kvalitatiivisia piirteitä. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja, joita on vaikea tarkasti erottaa toisistaan. Niiden voidaan nähdä täydentävän toisiaan. Kvantitatiivinen tutkimus käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen tutkimus merkityksiä. Ne ovat kuitenkin vastavuoroisesti toisistaan riippuvaisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 123 - 125.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoituja kyselylomakkeita, jotka sisälsivät myös viisi avointa kysymystä. Tutkimukseen otettiin otos kuukauden aikana A-klinikalla käyviä asiakkaita, joille A-klinikan työntekijät jakoivat kyselyitä asiakaskäyntien yhteydessä. Vastauksia saatiin takaisin 28 kappaletta, joista yksi hylättiin vastausten puutteellisuuden vuoksi. Tutkimuslupa saatiin Kokkolan kaupungin sosiaalityön palvelujohtajalta Seppo Mattilalta.

9.2 Aineiston analysointi ja tutkimuksen luotettavuus

Kyselyn tulokset kirjoitettiin puhtaaksi koneelle ja vastauksista tehtiin yhteenveto Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla. Analysoinnin apuna käytettiin erilaisia taulukoita ja kuvioita selventämään tuloksia. Myös avoimet kysymykset kirjoitettiin puhtaaksi ja luokiteltiin yhteneväisyyksien perusteella. Luokittelusta eriävät vastaukset kerrottiin erikseen. Tutkimustulosten esittelyn yhteydessä esitetään lainauksia avointen kysymysten vastauksista. Lainaukset on kirjoitettu kursivoidulla fontilla selkeyden vuoksi. Aineiston perusteella pystytään tekemään varovaisia tulkintoja Kokkolan A-klinikan psykososiaalisista hoidoista.

A-klinikalle viedyistä viidestäkymmenestä kyselystä takaisin saatiin 28 kappaletta, joten vastausprosentti on yli 50%. Kuitenkaan luotettavuutta vastausprosentin perusteella on vaikea arvioida, koska kyselylomakkeita jaettiin tietynä ajanjaksona A-klinikalla käyville asiakkaille, eikä meidän tiedossamme ole kaiken kaikkiaan tuona aikana A-klinikalla

käyneiden asiakkaiden määrää. Yhden hylätyn vastauksen lisäksi myös useissa takaisin saaduissa kyselyissä oli puutteita vastauksissa, mikä vaikuttaa luotettavuuteen.

Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa se, että vastaajat saattoivat käsittää jotkin kyselylomakkeen kohdat toisin kuin me, sen laatijat, tarkoitimme. Näin ollen saatuja tuloksia yritettiin käsitellä vastaajien ajattelumallin mukaisesti, jotta niitä voitaisiin pitää pätevinä. Kuitenkin tutkimuksemme validius eli mittarin tai tutkimusmenetelmän kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata, saattoi kärsiä. Tutkimuksen voi mielestämme katsoa olevan luotettava huomioitujen vastausten osalta, koska ne perustuvat vastaajien ajankohtaisiin kokemuksiin ja näkemyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226 - 227)

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen kohteena olivat saadut 27 (N=27) vastausta mutta kaikki osallistuneet eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Tästä syystä kysymyksiin, joihin kaikki eivät vastanneet, on ilmoitettu poikkeavat vastaajamäärät ja tulokset on analysoitu ainoastaan kysymykseen vastanneiden kesken. Tuloksissa esitetyt prosenttiluvut on pyöristetty tasaluvuiksi. Lisäksi tuloksissa on käytetty frekvenssejä (*f*) eli ilmenemiskertoja. Tulosten hahmottamista on pyritty helpottamaan taulukoilla ja kuvioilla. Tulosten esitelyssä etenimme kysymys kerrallaan ja kyselylomake on työmme liitteenä.

10.1 Vastaajien taustatiedot

Kysymyksillä 1 - 3 kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Kysymys yksi koski vastaajien sukupuolta. Vastaajista kuusi (22%) oli naisia ja 21 (78%) miehiä. Kysymys kaksi koski vastaajien ikäjakaumaa (TAULUKKO 1.).

TAULUKKO 1. Vastaajien ikäjakauma.

	<i>f</i>	% kaikista vastaajista
alle 30-vuotias	3	11
30 - 40-vuotias	9	33
41 - 50-vuotias	6	22
51 - 60-vuotias	6	22
yli 60-vuotias	3	11

Enemmistö vastaajista oli 30 - 40-vuotiaita, toiseksi eniten 41 - 50-vuotiaita ja 51 - 60-vuotiaita sekä vähiten alle 30-vuotiaita ja yli 60-vuotiaita (TAULUKKO 1.). Kysymys kolme koski vastaajien parisuhdetilannetta (TAULUKKO 2.).

TAULUKKO 2. Vastaajien parisuhdetilanne.

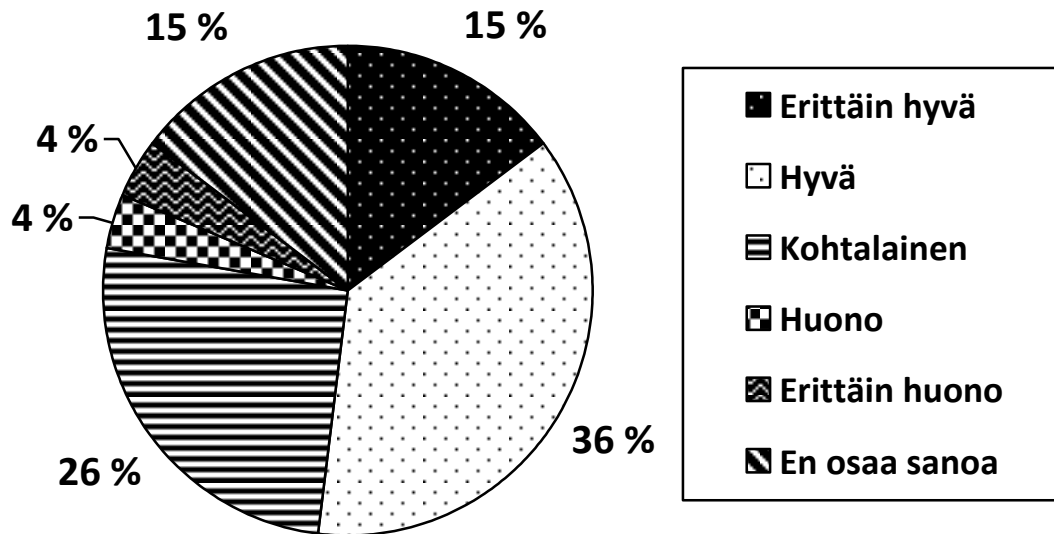
	<i>f</i>	% kaikista vastaajista
avioliitossa	8	30
avoliitossa	3	11
eronnut	5	19
seurustelusuhhteessa	4	15
naimaton	7	26

Vastaajista suurin osa oli avioliitossa tai naimattomia. Toiseksi eniten oli eronneita ja seurustelusuhhteessa olevia ja vähiten avoliitossa olevia. (TAULUKKO 2.)

Kysymyksillä 4 - 7 kartoitettiin sitä, millainen motivaatio vastaajilla on ollut päihteidenkäytön vähentämisen tai lopettamisen suhteen ja kuinka he ovat hakeutuneet A-klinikalle. Vastaajien hakeutumista A-klinikalle selvitettiin kysymyksessä numero neljä. Vastaajista 15 (56%) oli hakeutunut oma-aloitteisesti A-klinikalle, kun taas 10 (37%) vastaajista jonkun muun ohjaamana. Kaksi vastaajaa (7%) oli valinnut molemmat kohdat. Jonkun muun ohjaamana A-klinikalle hakeutuneet 12 vastaajaa ilmoittivat hakeutuneensa puolison, työnantajan tai jonkun viranomaisen ohjaamana. Puolison ohjaamana oli tullut kaksi vastaajaa, työnantajan ohjaamana kaksi vastaajaa ja viranomaisen ohjaamana kolme vastaajaa. Vastaajista viisi ei ollut nimennyt ohjannutta tahoa. Viranomaisista oli mainittu lääkäri ja psykologi.

Vastaajien motivaatiota päihteidenkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen silloin, kun he olivat tulleet A-klinikalle ensimmäistä kertaa, kartoitettiin monivalintakysymyksellä (kysymys 5). Suurin osa, eli kymmenen vastaajaa, oli merkinnyt motivaationsa tasoksi hyvän. Seitsemän vastaajaa oli merkinnyt motivaationsa tasoksi kohtalaisen. Vastaajista neljä oli valinnut kohdan ”en osaa sanoa” ja samoin neljä vastaajaa kohdan ”erittäin hyvä”. Yksi vastaaja oli merkinnyt motivaationsa olleen huono ja yksi erittäin huono. (KUVIO 1.)

KUVIO 1. Vastaaajien motivaation taso A-klinikalle tullessa.



Syytä motivaation tasoon asiakkaan tullessa A-klinikalle kysyttiin avoimella kysymyksellä (kysymys 6, N=24). Monet vastaajista ilmoittivat syyksi motivaation tasoon esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja ongelmat niissä, liiallisen päihteidenkäytön ja sen aiheuttamat ongelmat, halun lopettaa ja yleisen elämäntilanteen. Yksittäisiä vastauksia olivat muun muassa rattijuopumus, työnantajan ohjaus, taloudellinen tilanne ja vankilasta vapautuminen. Lisäksi yksi vastaaja kertoi motivaationsa tasoon syyksi sen, että oli kuullut positiivisia asioita A-klinikasta ja yksi sen, että ei tullut vapaaehtoisesti eikä halunnut lopettaa. Seuraavana on muutama esimerkki tämän avoimen kysymyksen vastauksista.

”Siitä on kauan, muistan että tulin kaverin mukana kun hänellä oli aika. Siinä tuli puheeksi tilanteeni, joka oli huono, kai motivaatiota oli kun aloin käymään. Kaikenlainen sekakäyttö toi paljon harmia.”

”Olin silloin niin nuori ja sekaisin että en tiennyt mitä tein, olin hukassa ja päädyin A-klinikalle, tarvitsin lääkitystä vieroitusoireisiin mitä myös sain. Ilman olisin päätenyt ties minne.”

”Ensimmäisestä kerrasta on noin 12v aikaa ja silloin ei ollut motivaatiota nuoresta iästä johtuen (kai).”

Lähes kaikki vastaajat (93%) kokivat motivaationsa päihteenkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen muuttuneen parempaan A-klinikkakäyntien myötä (kysymys 7). Yhden vastaajan mielestä hänen motivaatiossaan ei ollut tapahtunut muutosta. Yksi vastaaja oli valinnut sekä kohdan ”muuttunut parempaan” että ”ei muutosta”.

Avoimella kysymyksellä selvitettiin asiakkaiden A-klinikan asiakkuuden kestoa. (TAULUKKO 3.)

TAULUKKO 3. Vastaajien asiakkuuden kesto A-klinikalla.

	<i>f</i>	% kaikista vastaajista
1,5 - 6kk	8	31
7 - 12kk	2	8
1 - 5v	9	35
6 - 14v	7	27

Vastaajista kahdeksan oli ollut A-klinikan asiakkaana 1,5 kuukaudesta puoleen vuoteen (kysymys 8, N=26). Vastaajista kaksi oli ollut asiakkaana 7 - 12 kuukautta. Vuodesta viiteen vuoteen A-klinikan asiakkaana oli ollut yhdeksän vastaajista ja 6 - 14 vuotta seitsemän vastaajista. (TAULUKKO 3.)

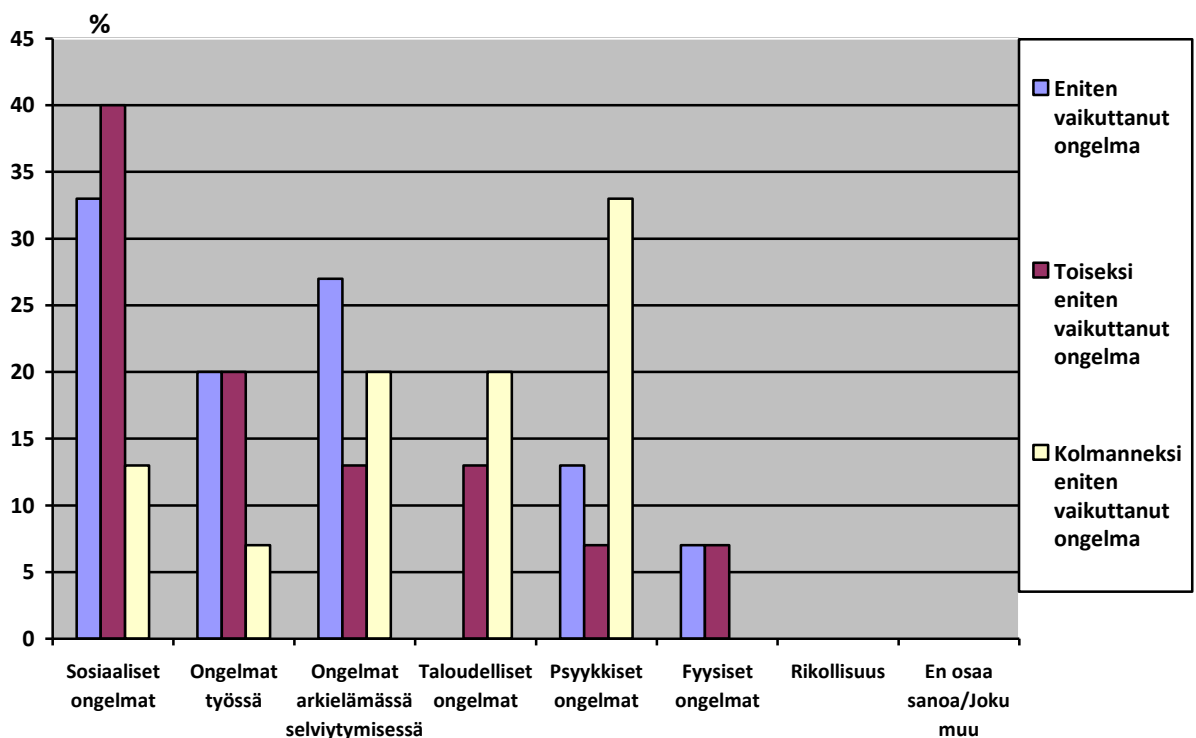
Suurin osa vastaajista ilmoitti käyneensä A-klinikalla asiakkuutensa aikana kerran kuukaudessa (kysymys 9). Toiseksi eniten oli joka toinen viikko käyneitä ja kolmanneksi eniten kerran viikossa käyneitä. Muutama vastaaja ilmoitti käyneensä joka toinen kuukausi ja muutama vaihtelevasti. Yksittäisiä vastauksia olivat ”kolme kertaa kuussa”, ”kolmen viikon välein” ja ”ajoittain harvakseltaan”.

10.2 Avun saaminen ongelmiin, joiden takia asiakkaat hakeutuivat/joutuivat hakeutumaan A-klinikalle

Syitä A-klinikalle hakeutumiseen kartoitettiin puolistrukturoidulla kysymyksellä, jossa vastaaja sai valita kolme eniten vaikuttanutta asiaa, joiden takia hakeutui A-klinikalle (kysymys 10, N=15). Asiat numeroitiin tärkeysjärjestykseen yhdestä kolmeen. Eniten

vaikuttaneeksi viisi vastaajaa oli merkinnyt sosiaaliset ongelmat, neljä vastaajaa ongelmat arkielämässä selviytymisessä, kolme vastaajaa ongelmat työssä, kaksi vastaajaa psyykkiset ongelmat ja yksi vastaaja fyysiset ongelmat. Toiseksi eniten vaikuttaneeksi kuusi vastaajaa oli merkinnyt sosiaaliset ongelmat, kolme vastaajaa ongelmat työssä, kaksi vastaajaa taloudelliset ongelmat sekä ongelmat arkielämässä selviytymisessä. Psyykkiset ongelmat ja fyysiset ongelmat oli kunkin valinnut yksi vastaaja. Yksi vastaaja oli valinnut kohdan ”en osaa sanoa”. Kolmanneksi eniten vaikuttaneeksi viisi vastaajaa oli merkinnyt psyykkiset ongelmat ja kolme vastaajaa taloudelliset ongelmat. Kolme vastaajaa oli merkinnyt ongelmat arkielämässä selviytymisessä, kaksi vastaajaa sosiaaliset ongelmat, yksi vastaaja ongelmat työssä ja yksi oli valinnut kohdan ”joku muu”. Kohtaa ”rikollisuus” ei ollut valittu kertaakaan. (KUVIO 2.)

KUVIO 2. A-klinikalle hakeutumiseen vaikuttaneet ongelmat.



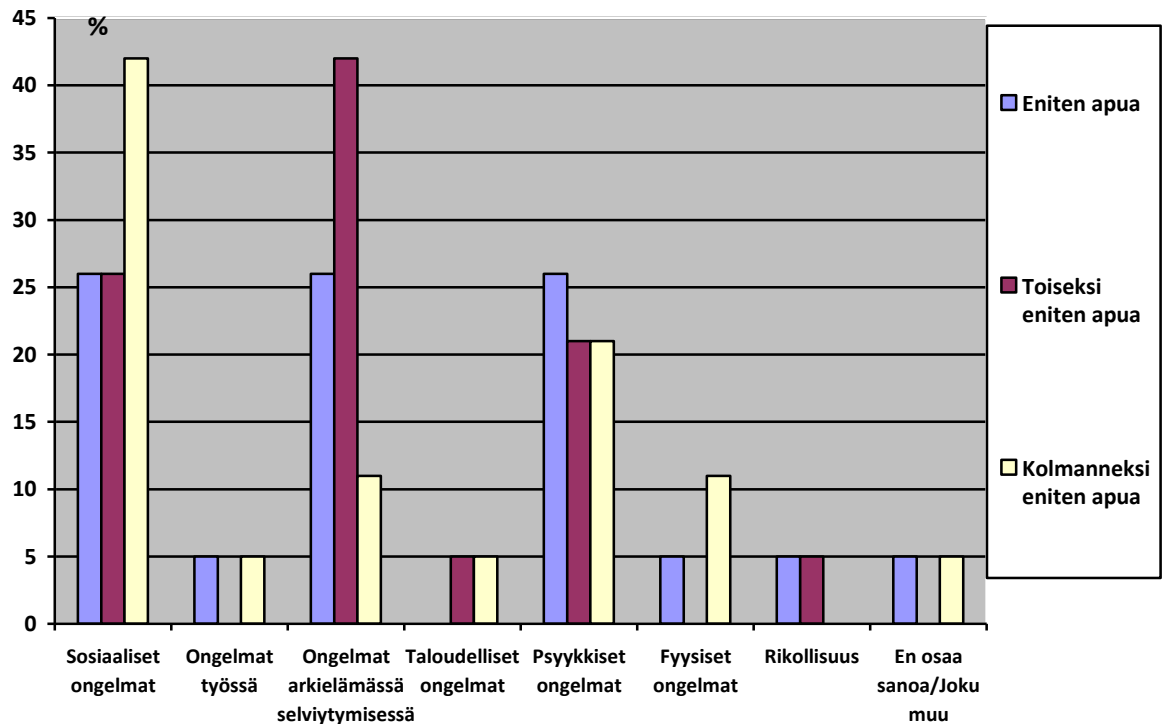
Edellä mainituissa ongelmissa vastaajista 23 (96%) kertoi tapahtuneen muutosta parempaan A-klinikkakäyntien myötä (kysymys 11, N=24). Yksi vastaaja (4%) oli valinnut kohdan ”en osaa sanoa”. Kukaan ei ollut vastannut, että muutosta parempaan ei olisi tapahtunut. Puolistrukturoidulla kysymyksellä kartoitettiin myös sitä, mihin ongelmiin vastaajat ovat saaneet eniten apua A-klinikkakäynneistä (kysymys 12, N=19). Kysymyksessä tuli numeroida

tärkeysjärjestyksessä kolme kohtaa, joihin on saanut eniten apua. Sosiaalisiin ongelmiin, psyykkisiin ongelmiin ja ongelmiin arkielämässä selviytymisessä kuhunkin viisi henkilöä (26%) oli vastannut saaneensa eniten apua. Ongelmiin työssä, fyysisiin ongelmiin sekä rikollisuuteen kuhunkin oli yksi henkilö (5%) vastannut saaneensa eniten apua. Yksi henkilö (5%) oli valinnut kohdan ”joku muu, mikä?” ja vastannut tähän valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitettyyn avoimeen kysymykseen:

”Pääsin 7kk kestävään kuntoutukseen v.2004 ja sen jälkeen en ole tarvinnut A-klinikan apua, vaan ongelmat hoituivat siellä.”

Toiseksi eniten apua vastaajista kahdeksan (42%) koki saaneensa ongelmiin arkielämässä selviytymisessä, viisi vastaajista (26%) sosiaalisiin ongelmiin, neljä (21%) psyykkisiin ongelmiin sekä taloudellisiin ongelmiin ja rikollisuuteen molempiin yksi vastaajista (5%). Kolmanneksi eniten apua vastaajista kahdeksan (42%) koki saaneensa sosiaalisiin ongelmiin, neljä (21%) psyykkisiin ongelmiin, ongelmiin arkielämässä selviytymisessä ja fyysisiin ongelmiin molempiin kaksi vastaajaa (11%). Sekä ongelmiin työssä että taloudellisiin ongelmiin kolmanneksi eniten apua koki saaneensa yksi vastaaja (5%). Lisäksi yksi vastaaja (5%) oli valinnut kohdan ”en osaa sanoa”. (KUVIO 3.)

KUVIO 3. Ongelmat, joihin A-klinikkakäynneistä on ollut eniten apua.



10.3 Miten asiakkaat kokivat A-klinikkakäyntien vaikuttaneen arkielämäänsä

Arkielämään katsottiin kuuluvan tässä tutkimuksessa elämänhallinnan, itsetunnon, elämän merkityksellisyyden ja arjessa selviytymisen. Niitä kartoitettiin kysymyksellä, jossa vaihtoehtoina olivat ”muuttunut parempaan”, ”muuttunut huonompaan” ja ”ei vaikutusta” (kysymys 13). Vastaajista 21 (84%) kertoi elämänhallintansa muuttuneen parempaan. Yhden vastaajan (4%) elämänhallinta oli muuttunut huonompaan ja kolme (12%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=25). Vastaajista 25 (96%) koki itsetuntonsa muuttuneen parempaan A-klinikkakäyntien myötä ja yksi (4%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=26). Elämän merkityksellisyyden vastaajista 19 (73%) koki muuttuneen parempaan. Yksi (4%) kertoi sen muuttuneen huonompaan ja kuusi (23%) oli vastannut ”ei vaikutusta”(N=26). Arjessa selviytymisen vastaajista 22 (85%) koki muuttuneen parempaan A-klinikkakäyntien myötä ja neljän (15%) mielestä käynneillä ei ollut ollut vaikutusta (N=26).

10.4 Asiakkaiden sosiaalisten suhteiden muutos

Myös vastaajien ihmissuhdeongelmien muutosta A-klinikkakäyntien myötä kartoitettiin (kysymys 14). Ongelmien perhesuhteissa vastaajista 14 (56%) koki vähentyneen, yksi (4%) lisääntyneen ja kymmenen (40%) vastasi ”ei muutosta” (N=25). Ongelmien sukulaissuhteissa seitsemän vastaajista (27%) koki vähentyneen, kolme (12%) lisääntyneen ja 16 (62%) vastasi ”ei muutosta” (N=26). Ongelmien suhteissa työ-/opiskelukavereihin vastaajista kuusi (26%) koki vähentyneen, yksi (4%) lisääntyneen ja 16 (70%) vastasi ”ei muutosta” (N=23). Ongelmien muissa tärkeissä ihmissuhteissa vastaajista yhdeksän (35%) koki vähentyneen, kaksi (8%) lisääntyneen ja 15 (58%) vastasi ”ei muutosta” (N=26). Ongelmien suhteissa viranomaisiin vastaajista yhdeksän (36%) koki vähentyneen ja 16 (64%) vastasi ”ei muutosta” (N=25). Yksi vastaaja oli kommentoinut tämän suljetun kysymyksen viereen:

”Kaikki ongelmat vähentyneet tosi paljon.”

Ihmissuhteiden määrän muutosta A-klinikkakäyntien myötä kartoitettiin edellisen kaltaisella kysymyksellä (kysymys 15). Vastaajista yhdeksän (35%) kertoi perheen sisäisten suhteiden määrän lisääntyneen, kaksi (8%) vähentyneen ja 15 (58%) oli valinnut kohdan ”ei muutosta” (N=26). Vastaajista kuusi (23%) kertoi sukulaissuhteiden määrän lisääntyneen, yksi (4%) vähentyneen ja 19 (73%) oli valinnut kohdan ”ei muutosta” (N=26). Vastaajista seitsemän (29%) kertoi suhteiden työ- ja opiskelukavereihin lisääntyneen, yksi (4%) vähentyneen ja 16 (67%) oli valinnut kohdan ”ei muutosta” (N=24). Vastaajista kymmenen (38%) kertoi muiden tärkeiden ihmissuhteiden lisääntyneen, yksi (4%) vähentyneen ja 15 (58%) oli valinnut kohdan ”ei muutosta” (N=26). Vastaajista kaksi (8%) kertoi viranomaissuhteiden lisääntyneen, seitsemän (28%) vähentyneen ja 16 (64%) oli valinnut kohdan ”ei muutosta” (N=25).

10.5 Miten asiakkaat kokivat A-klinikkakäyntien vaikuttaneen työelämäänsä

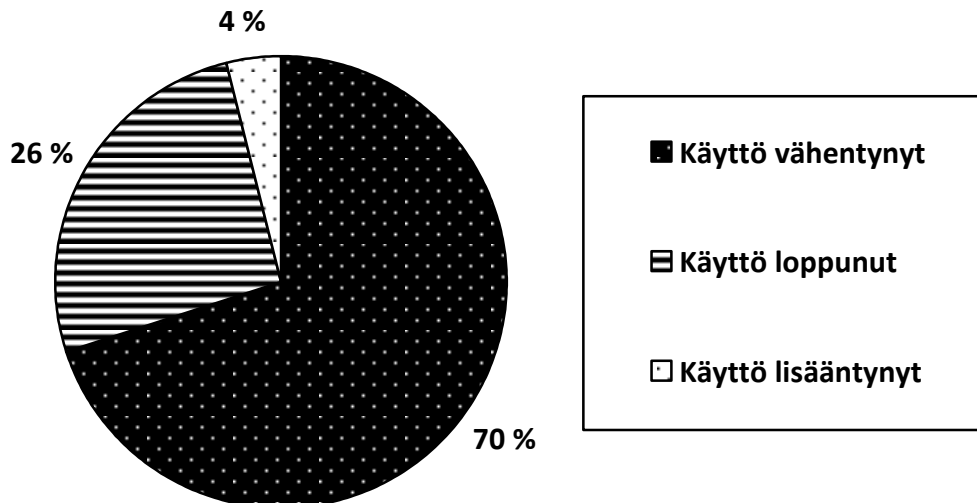
Vastaajista 14 oli kyselyn täyttöhetkellä työssä, yhdeksän työttömänä, kolme eläkkeellä ja yksi sairauslomalla (kysymys 16, N=27). Vain työssä olevilta kysyttiin A-klinikkakäyntien vaikutusta työskentelyyn ja huomioimme myös yhden sairauslomalaisen vastauksen, koska laskimme hänet kuuluvaksi työssä olevien joukkoon (kysymys 17). Työssä olevista 11 (79%) kertoi motivaationsa muuttuneen parempaan A-klinikkakäyntien myötä ja kolme (21%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=14). Työssä olevista kuusi (46%) kertoi poissaolojensa muuttuneen parempaan ja seitsemän (54%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=13). Työssä olevista kahdeksan (62%) kertoi vireytensä muuttuneen parempaan ja viisi (38%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=13). Työssä olevista kymmenen (71%) kertoi työtehonsa muuttuneen parempaan ja neljä (29%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=14). Työssä olevista yhdeksän (69%) kertoi työssä jaksamisensa muuttuneen parempaan ja neljä (31%) oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” (N=13).

Kysymykseen oli vastannut myös kaksi työtöntä ja kaksi eläkeläistä, joiden vastaukset kirjassimme erilleen muista. Työttömistä ja eläkeläisistä yksi kertoi motivaationsa muuttuneen parempaan, yksi muuttuneen huonompaan ja kaksi oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta”. Työttömistä ja eläkeläisistä yksi kertoi poissaolojensa muuttuneen huonompaan ja kolme oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta”. Työttömistä ja eläkeläisistä kolme kertoi vireytensä muuttuneen parempaan ja yksi oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta”. Kaksi kertoi työtehonsa muuttuneen parempaan, yksi huonompaan ja yksi oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta”. Yksi kertoi työssä jaksamisensa muuttuneen parempaan, yksi oli valinnut kohdan ”ei vaikutusta” ja kaksi jätti vastaamatta tähän kohtaan. Johtopäätökset-osiossa huomioidaan vain työssä olleiden vastaukset.

10.6 Vastaajien päihteidenkäytön muutos

Vastaajista seitsemän kertoi päihteidenkäyttönsä loppuneen A-klinikkakäyntien myötä, 19 kertoi käyttönsä vähentyneen ja yksi kertoi käyttönsä lisääntyneen päihteidenkäytön muutosta kartoittavassa kysymyksessä (kysymys 18). (KUVIO 4.)

KUVIO 4. Vastaajien päihteidenkäytön muutos.



10.7 Myönteisimmin vaikuttaneet asiat A-klinikkakäynneillä ja kehittämisehdotukset

Avoimella kysymyksellä selvitettiin, mitkä asiat A-klinikkakäynneillä ovat vaikuttaneet myönteisimmin vastaajien elämään (kysymys 19, N=20). Monet vastaajista kertoivat myönteisimmin vaikuttaneen työntekijän persoonan, vuorovaikutussuhteen ja keskustelun. Kaksi vastaajaa oli maininnut yksilökäynnit. Yksittäisiä vastauksia olivat viranomaisyhteistyö, mahdollisuus puhua omista ajatuksista ja työntekijän nopea toiminta kuntoutushoidon järjestämiseksi. Kolme vastasi tähän kysymykseen A-klinikkakäyntien myönteisiä vaikutuksia olleen itsetunnon kohoamisen, itsetuntemuksen lisääntymisen, vuorovaikutussuhteiden parantumisen ja lääkäriaikojen nopeutumisen. Yksi vastaaja kertoi, ettei käynneistä ole ollut apua. Seuraavana on muutama esimerkki tämän avoimen kysymyksen vastauksista.

”Työntekijän persoona, saanut aina paljon aikaan, ottanut aina asiat tosissaan, voinut täysin luottaa.”

”Vahvistanu vähä ihtenä, osaa hallita omia himoja, ehkä paremmin alkoholin suhteen.”

”Asioista puhuminen. Ei tarvi hautoa asioita omassa päässä. Ei tuu psyykkisiä ongelmia.”

”Parisuhteessa yhdessä käynnit laajentaneet toisen osapuolen näkemystä ongelmaan.”

Avoimella kysymyksellä selvitettiin A-klinikan toiminnan kehittämiskohtia (kysymys 20, N=12). Useat vastaajista kertoivat, etteivät osaa sanoa tai että he ovat tyytyväisiä nykyiseen. Yksi vastaaja kertoi kehittämisehdotukseksi, että esimerkiksi sähköpostin kautta voisi keskustella henkilön kanssa, jonka luona asioi ja toinen toivoi lisää henkilökuntaa ja kertoi verkostotyössä eri instanssien kanssa olevan vielä kehitettävää.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätökset tehtiin tutkimuskysymyksiä apuna käyttäen. Tutkimuskysymyksinä oli selvittää, ovatko asiakkaat saaneet apua niihin ongelmiin, joiden takia hakeutuivat/joutuivat hakeutumaan A-klinikalle ja miten A-klinikkakäynnit ovat vaikuttaneet heidän elämänhallintaansa, itsetuntoonsa, elämänsä merkityksellisyyteen ja arjessa selviytymiseensä. Lisäksi selvitimme miten heidän sosiaaliset suhteensa ovat muuttuneet A-klinikkakäyntien myötä ja miten käynnit ovat vaikuttaneet heidän työelämäänsä. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä laajaa tulkintaa, vaan varovaisia johtopäätöksiä Kokkolan A-klinikan psykososiaalisista hoidoista.

Motivaatioon liittyvien kysymysten perusteella voi todeta, että suurimmalla osalla vastaajista on ollut A-klinikalle tullessa vähintään kohtalainen motivaatio päihteidenkäytön lopettamiseen tai vähentämiseen ja lähes kaikkien motivaatio on muuttunut parempaan käyntien myötä.

Verratessa A-klinikalle hakeutumiseen johtaneita syitä ja avun saantia niihin, huomattiin että avun saanti vastaa hyvin asiakkaiden tarvetta sosiaalisten ongelmien, arkielämässä selviytymisen ja psyykkisten ongelmien osalta. Sen sijaan ongelmiin työssä, taloudellisiin ongelmiin ja jossain määrin myös fyysisiin ongelmiin voisi saada enemmän apua.

A-klinikkakäynnit näyttävät vaikuttavan lähes pelkästään positiivisesti elämänhallintaan, itsetuntoon, elämän merkityksellisyyteen ja arjessa selviytymiseen. Positiivisimmin A-klinikkakäynnit näyttävät vaikuttavan itsetuntoon. Vähäisin vaikutus A-klinikkakäynneillä näyttää olevan elämän merkityksellisyyteen.

Kaikissa sosiaalisissa suhteissa ihmissuhdeongelmien määrä näyttää suurimmalla osalla pysyvän samana tai vähentyvän A-klinikkakäyntien myötä. Eniten ihmissuhdeongelmien määrä näyttää vähentyvän asiakkaiden perhesuhteissa. Vähiten muutosta ihmissuhdeongelmien määrässä näyttää tapahtuvan sukulaissuhteissa sekä suhteissa työ-/opiskelukavereihin ja viranomaisiin. Viranomais-suhteissa ongelmat eivät näytä lisääntyvän ollenkaan A-klinikkakäyntien myötä.

Ihmissuhteiden määrässä ei A-klinikkakäyntien myötä näytä tapahtuvan merkittävää muutosta. Eniten näyttävät lisääntyvän muut tärkeät ihmissuhteet kuin perhe-, suku- ja työkaverisuhteet. Eniten puolestaan näyttävät vähentyvän viranomaissuhteet.

A-klinikkakäyntien myötä etenkin asiakkaiden työmotivaatio näyttää muuttuvan selkeästi parempaan suuntaan. Lisäksi työteho ja työssä jaksaminen näyttävät paranevan huomattavasti. Vireydessä ja poissaoloissa ei näytä tapahtuvan suurta muutosta A-klinikkakäyntien myötä. Mihinkään kysytyyn asiaan työelämässä A-klinikkakäynneillä ei näytä olevan huonontavaa vaikutusta.

Lisäksi tutkimuksen perusteella voitaneen todeta, että useimmilla asiakkailla päihteidenkäyttö vähenee A-klinikkakäyntien myötä ja osalla jopa loppuu kokonaan.

12 POHDINTA

Johdannossa toimme esille Pohjanmaan A-klinikoiden psykososiaalisten hyvien käytäntöjen kehittämisstrategian, jonka tavoitteena on kehittää alueella annettavia psykososiaalisia hoitoja ja hoitokäytäntöjä. Tällä tutkimuksella olemme omalta osaltamme tuoneet esiin asiakkaiden näkökulmaa ja toivomme sen olevan apuna psykososiaalisia hoitoja kehitettäessä ja suunniteltaessa. Psykososiaalisten hoitojen merkitys päihdetyössä korostuu kaiken aikaa, koska päihderiippuvuudesta toipumisessa on nähtävä yksilö ja tämän elämäntilanne kokonaisuudessaan sekä huomioitava toimintakyvyn fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus.

Opinnäytetyö psykososiaalisista hoidoista oli haasteellinen, mutta kuitenkin mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi. Jälkeenpäin ajateltuna kyselylomakkeemme olisi pitänyt olla selkeämpi ja tarkempi, jotta olisimme saaneet luotettavammat ja kattavammat vastaukset. Lisäksi kysymyksemme oli aseteltu liian ongelmalähtöisesti. Kyselylomaketta tehdessä emme vielä osanneet ajatella, mitkä asiat olisivat tärkeimpiä saada selville ja kuinka kysymykset kannattaisi asetella. Lisäksi puolistrukturoidulla kyselylomakkeella tehty aineiston keruu ei varmasti ole paras mahdollinen tapa selvittää psykososiaalisten hoitojen käyttöä päihdehoitotyössä. Tulokset kuitenkin selvensivät asiakkaiden näkökulmaa ja kokemuksia psykososiaalisten hoitojen käytöstä ja hyödyistä.

Opinnäytetyön tekemisen myötä yhteistyötaitomme ovat kehittyneet. Olemme oppineet arvostamaan toistemme näkemyksiä ja kuuntelemaan toista osapuolta. Aikataulujen yhteensovittaminen tosin oli välillä hankalaa ja huomasimme, että ajankäytön suunnittelu etukäteen on yksi opinnäytetyön tekemisen tärkeä osa-alue. Kirjoitimme työn kesällä ja olemme sitä mieltä, että opinnäytetyön tekeminen tulisi sovittaa lukukauden ajalle. Siten pystyisi varmistamaan sen, että työn tekemiselle on aikaa ja ohjausta saatavilla aina tarvittaessa. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön aihe oli meille hyödyllinen ja yhä mielenkiintoinen, sillä olemme molemmat kiinnostuneita työskentelemään tulevaisuudessa päihdepalveluiden parissa.

LÄHTEET

Julkaisut

Hakanen, A. 2008. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Kolmas uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holmberg, N. 2008. Addiktiot. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Holopainen, A. 2001. Riippuvuus. Teoksessa Suomi ja huumeet – tietopaketti huumeista. 3. uudistettu painos. Kirjapaino West Point Oy.

Inkinen, M., Partanen, A., Sinnemäki, T. & Syysmeri L. 2000. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Kallio, S. 2007. Lapsen näkökulma päihdetyössä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma.

Kiianmaa, K. 2000. Alkoholismin periytyvyys. Teoksessa A-klinikkasäätiö: Päihdekansio – selvää tietoa. 2. painos. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.

Kleimola, M. 2006. Asiakastytyväisyys Asuntokoti Hermannissa 2005 - 2006. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Laaksonen, H. (toim.) 2008. Piirileikistä sianpolkka – runoja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Laitila, M. & Lång, S. 2008. Pohjanmaan A-klinikoiden psykososiaalisten hyvien käytäntöjen kehittämisstrategia 2008 - 2010. Päihdepalvelujen laatusuositukset, sosiaali- ja terveysministeriön opas.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihdeet - ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Marttila, T. & Määttänen, M. Kunpa joku huomaisi minutkin – tutkimus alkoholiperheen lapsesta Kokkolan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.

Partanen A. & Mattila, R. 2000. Terveys ja päihteenkäyttö. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Partanen, A. 2000. Terveyttä edistävä ja ennaltaehkäisevä päihdetyö. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Päihdetyö. Teoksessa Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. (toim.) Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Sajama, S. 2009. Riskiraja ei ole turvaraja. Tehy 9. 28 - 31.

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

Sarviranta, S. & Savela, A. 2001. Neljän miehen elämäntilanne A-klinikalla hoidossa olon aikana ja sen jälkeen. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.

Seppälä, T. 2001. Yleisimmin käytettyjä huumausaineita. Teoksessa Suomi ja Huumeet – tietopaketti huumeista. 3. uudistettu painos. Kirjapaino West Point Oy.

Soikkeli, M. & Hietaniemi, T. 2001. Huumausaineiden torjunta: kansallinen ja kansainvälinen näkökulma. Teoksessa Suomi ja Huumeet – tietopaketti huumeista 3. uudistettu painos. Kirjapaino West Point Oy.

Sutinen, T., Partanen, A., Havio, M. 2000. Ihmisen riippuvuusikäytyminen. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sutinen, T., Partanen, A., Havio, M., Mattila, R. & Syysmeri, L. 2000. Hoitava ja kuntouttava päihdetyö. Teoksessa Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sähköinen julkaisu

A-klinikkasäätiö. 2009. A-klinikkasäätiön toimintayksiköt. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.a-klinikka.fi/organisaatio/toimintayksikot.html. Luettu 16.6.2009.

Hakkarainen, P. 2008. Huumeiden käyttö Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa. Luettu 15.6.2009.

Hiissa, J. 2008. Toimintakyvyn kolme ulottuvuutta. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.mielenterveys-taimi.fi/kipunoita/2008_1/11.htm. Luettu 15.6.2009.

Huttunen, M. 2008. Alkoholiriippuvuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196. Luettu 23.9.2009.

Kokkolan kaupunki. 2009. Päihdehuolto. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.kokkola.fi/terveys/paihdehuolto/fi_FI/paihdehuolto. Luettu 16.6.2009.

Mentoria Oy. 2004. Psykoterapiasta. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.mentoria.fi/psykoterapiasta. Luettu 22.6.2009.

Mäkelä, R. 2005. Alkoholiriippuvuuden lääkkeellinen hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/273-alkoholiriippuvuuden-laakkeellinen-hoito. Luettu 16.6.2009.

Paatero, S. 2006. Sosiaalinen riippuvuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.nettineuvo.fi/index.asp?language=1. Luettu 3.6.2009.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2008. Alkoholiongelmaisen hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: www.kaypahoito.fi. Luettu 12.10.2009.