



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

POTILAIKEN TYYTYVÄISYYS HOITOON TAMPE- REEN AVOMINNESSÄ

Emilia Mavrodiev

Tiia Purujoki

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

MAVRODIEV EMILIA & PURUJOKI TIIA:
Potilaiden tyytyväisyys hoitoon Tampereen Avominnessä

Opinnäytetyö 67 sivua, joista liitteitä 16 sivua
Lokakuu 2017

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen Avominnen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Tampereen Avominnen toimipisteen hoitotuloksia. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Avominnen hoitotuloksista potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää: kuinka moni potilas on retkahtanut, kuinka pitkä raittius potilailla on takana, kuinka retkahdus on vaikuttanut potilaiden päihdekäyttöön, millaisia kokemuksia potilailla on hoidosta, miten potilaiden elämä on muuttunut hoidon jälkeen ja millaiset asiat elämänlaatua ovat parantaneet hoidon aloittamisen jälkeen. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

Hoitotulosmittaus tehtiin kaikille Tampereen toimipisteessä hoidon käyneille potilaille. Hoitotulosmittaus toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka oli laadittu Avominnelle ja ollut käytössä jo kertaalleen aiemmin. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Kyselylomakkeen viisi suljettua kysymystä käsiteltiin kvantitatiivisin menetelmin ja lomakkeen kolme avointa kysymystä analysoitiin kvalitatiivisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Kvantitatiivisen menetelmän tuloksista merkittävimpanä nousi esiin hoidossa käyneiden raittina pysyneiden potilaiden määrä, joka oli 75 % kaikista hoidon käyneistä potilaista. Hoito tuottaa siis huomattavan määrän täysraittiita alkoholiriippuvuutta sairastavia henkilöitä. Vastanneista 97 % koki elämänlaatunsa parantuneen hoidon myötä. Kvalitatiivisen menetelmän tuloksista merkittävin oli sairauteen liittyvän tiedon, ryhmän tuen ja ihmisen sisältäpäin tulevan muutoksen merkitys potilaille hoidon edetessä.

Jatkotutkimusehdotuksiksi nousivat Minnesota-mallisen hoidon tuloksellisuuden mittaaminen kattavammalla kvantitatiivisella kyselyllä. Lisäksi tulisi tutkia toipumiseen tähtävien hoitojen tuloksellisuutta verrattuna erilaisiin kunnan tarjoamiin hoitoihin.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences

MAVRODIEV EMILIA & PURUJOKI TIIA:
Patient's experiences from treatment at Avominne Tampere

Bachelor's thesis 67 pages, appendices 16 pages
October 2017

The purpose of this thesis was to measure Avominne Tampere's treatment results. The goal was to produce information about Avominne's treatment results. The goal was to provide information on treatment outcomes from the perspective of patient's experiences. Quantitative and qualitative research methods were used in this thesis.

The treatment result measurement was carried out with all the patients from Tampere clinic. The measurement was accomplished using an electronic questionnaire. The questionnaire's five close-ended questions were handled using quantitative methods, and the three open-ended questions were analysed using qualitative content analysis.

The most notable result from the quantitative method was the number of sober patients that had attended the treatment, 75 % of the total number of patients. That means the treatment results in a significant number of completely sober alcohol-dependent people. 97 % of respondents answered their quality of life with improved care. Elements particularly highlighted in the qualitative results are the importance of information related to the illness, group support, and change from within as the treatment progresses.

An idea for future research would be to measure the results of Minnesota Model treatment with a more comprehensive quantitative survey. In addition, it would be beneficial to examine the success of treatments aiming at recovery compared to different treatments offered by municipalities.

Key words: alcoholism, Minnesota Model, readiness for change

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Riippuvuus	9
3.2	Alkoholiriippuvuus	11
3.3	Muutosvaihemalli	16
3.4	Minnesota-malli	19
3.4.1	Minnesota-malli Tampereen Avominnessä.....	21
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
4.1	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä	24
4.2	Aineiston keruu	25
4.3	Aineiston analysointi	26
5	TULOKSET	29
5.1	Retkahdusten määrä	30
5.2	Retkahduksen vaikutus päihteidenkäyttöön.....	32
5.3	Raittiuden kesto	33
5.4	Elämänlaadun muuttuminen hoidon jälkeen.....	34
5.5	Elämänlaatua parantaneet asiat hoidon aloittamisen jälkeen.....	35
5.5.1	Sisältöpäin tuleva muutos.....	35
5.5.2	Tiedon saamisen merkitys.....	35
5.5.3	Ohjelman sisällön merkitys toipumisessa	35
5.5.4	Ulkopuolinen tuki	36
5.5.5	Vertaistuen merkitys	36
5.5.6	Voinnin paraneminen	36
5.5.7	Toinen hoito ohjelman rinnalla	37
5.6	Potilaiden kokemuksia hoidosta	37
5.6.1	Positiiviset kokemukset.....	37
5.6.2	Negatiiviset kokemukset	38
5.7	Elämän muuttuminen hoidon aloittamisen jälkeen.....	38
5.7.1	Muutokset positiiviseen suuntaan	38
5.7.2	Ei juuri muutosta	39
5.7.3	Muutokset huonompaan suuntaan.....	40
6	POHDINTA.....	41
6.1	Eettisyys.....	41
6.2	Luotettavuus.....	42
6.3	Tulosten tarkastelu	45

6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	47
LÄHTEET	48
LIITTEET	52
Liite 1. Hoitotulosmittaus Tampereen Avominnelle	52
Liite 2. Saatekirje kyselyn vastaajille.....	54
Liite 3. Sisällönanalyysi	55

1 JOHDANTO

Alkoholin kulutus on ollut Pohjoismaista suurimmillaan Suomessa ja Tanskassa vuonna 2011. Tilastoitu kulutus 100- prosenttista alkoholia 15- vuotta täyttäneellä asukasta kohden oli Suomessa 9,8 litraa, kun muissa Pohjoismaissa vastaava tilastoitu kulutus oli 6,6-7,3 litraa henkilöä kohden. Suomessa kulutettiin siis huomattavasti enemmän alkoholia verrattuna muihin Pohjoismaihin. Alkoholiperäiset terveydelliset ja sosiaaliset haitat ovat suoraan verrannollisia alkoholinkulutukseen. Suomi kärsii muita Pohjoismaita huomattavasti suuremmista alkoholin käytöstä johtuvista kuluista. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Suomelle aiheutuu jatkuvasti esimerkiksi sairauskuluja ja kasvavassa määrin lääketieteellisiä kustannuksia (Maltzman 2008, 6). Suomessa alkoholiperäiset maksasairaudet, alkoholimyrkytykset ja alkoholista johtuvat kuolemat ovat muita Pohjoismaita yleisempiä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2016d) tuottamassa vertailussa riippuvuutta aiheuttavista aineista alkoholi sijoittuu selkeästi kärkeen riippuvuuspotentiaalia tarkasteltaessa. Alkoholiriippuvuus on Suomessa kansanterveydellinen ongelma. Suomalaisista miehistä noin 10-15% kärsii jossain elämänsä vaiheessa alkoholiriippuvuudesta. (Huttunen 2016.) Alkoholiriippuvuudessa korostuu ennen kaikkea ihmisen psyykkinen riippuvuus, joka ilmenee pakottavana tarpeena käyttää ainetta myös vieroitusoireiden mentyä ohi (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 9). Seppälä (2015) kuvaa alkoholin psyykkisen riippuvuuden tarkoittavan ennen kaikkea juomishimoa, kykenemättömyyttä olla juomatta ja toleranssin kasvua. Alkoholiriippuvuudesta kärsivät henkilöt sairastuvat myös muita useammin erilaisiin mielenterveyden häiriöihin (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Tampereen Avominnen toimipisteen hoitotuloksia. Avominne tarjoaa potilailleen avohoitoa Minnesota-mallista hoitofilosofiaa noudattaen. Hoidolle ominaisia piirteitä ovat ryhmän ohjaaja, jolla on oma kokemus sairaudesta ja ryhmän vertaistuki. Avominnen hoito pohjautuu 12 askeleen ammatilliseen ohjaukseen ja ryhmäterapiaan. Avominnessä hoito tähtää aina kokonaisvaltaiseen täysraittiuteen ja hoidon aikana pyritään järjestelmällisesti pääsemään eroon myös keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä. (Avominne päihdeinfo 2012.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Tampereen Avominnen toimipisteen hoitotuloksia.

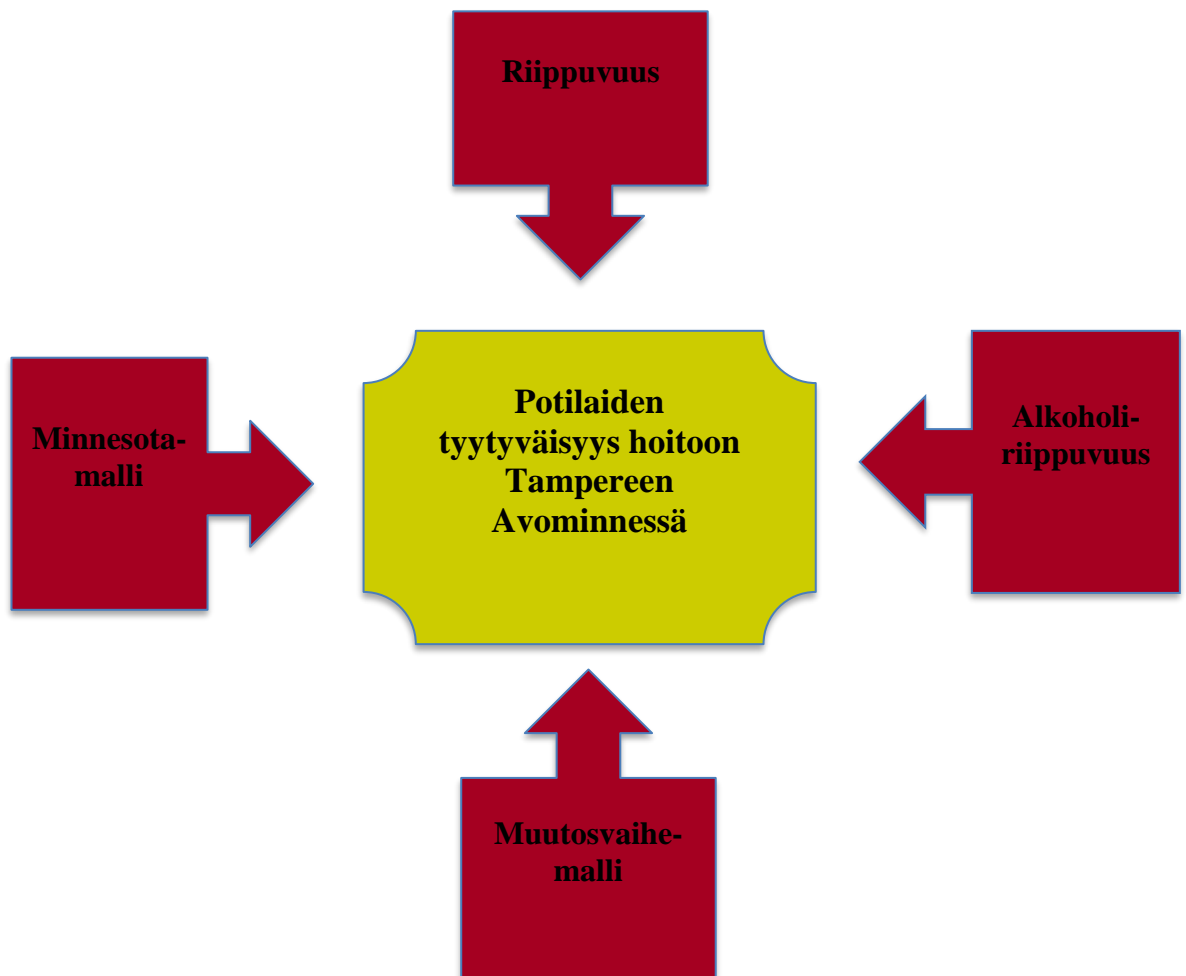
Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Kuinka moni potilas on retkahtanut?
2. Kuinka pitkä raittius potilailla on takana?
3. Kuinka retkahdus on vaikuttanut potilaiden päihdekäyttöön?
4. Miten potilaiden elämänlaatu on muuttunut hoidon jälkeen?
5. Millaiset asiat hoidossa ovat parantaneet potilaiden elämänlaatua hoidon aloittamisen jälkeen?
6. Millaisia kokemuksia potilailla on hoidosta?
7. Miten potilaat kokevat elämän muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen?

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa Avominnen hoitotuloksista potilaiden kokemusten näkökulmasta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme käsittelee Avominnan tarjoamaa Minnesota-mallista hoitoa ja potilaiden kokemuksia siitä. Teoreettisiksi lähtökohdiksi muodostui muutosvaihemalli, Minnesota-malli, riippuvuus ja alkoholiriippuvuus. Riippuvuudessa käsitellään ihmisen erilaisia riippuvuuksia ja riippuvuuskäyttäytymistä paneutumatta tarkemmin mihinkään tiettyyn riippuvuuteen. Alkoholiriippuvuudessa lähdetään tarkemmin käsittelemään kemiallista riippuvuutta ja erilaisia oireita, joita sairaudesta kärsivällä ihmisellä ilmenee. Muutosvaihemallissa käsitellään monessa elämäntilanteessa ihmisen läpikäymää muutoksen toteuttamisen prosessia. Viimeiseksi teoreettiseksi lähtökohdaksi muodostui Minnesota-malli, joka kuvaa hoitofilosofiaa ja ryhmätyöskentelymuotoa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Riippuvuus

Ihmiset ovat riippuvaisia läpi elämänsä. Osa riippuvuuksista on hyödyllisiä, jopa elintärkeitä. Toiset riippuvuudet taas haitallisia ja saattavan heikentää merkittävästi elämänlaatua. Lapsi on riippuvainen heti synnyttyään äitinsä läheisyydestä ja turvasta. Sairaalloinen riippuvuus taas voi kehittyä mihin tahansa toimintaan tai kemialliseen aineeseen. Sairaaloisille riippuvuuksille on yhteistä mielihyvän välitön saaminen toiminnasta tai aineesta. (Suomen mielenterveysseura n.d.) Toiminnalliset riippuvuudet eivät välttämättä näy ihmisessä ulkoapäin yhtä kokonaisvaltaisesti kuin kemialliset riippuvuudet. Negatiivisten toiminnallisten riippuvuuksien myötä syntyvät haitat ovat kuitenkin yhtä todellisia kuin muissakin sairauksissa. (Partanen ym. 2015, 97.)

Riippuvuutta ja riippumattomuutta on myös mahdollista tarkastella omana osa-alueenaan. Myönteinen riippuvuus edeltää riippumattomuuden vaihetta, joka alkaa kehittyä jo varhain lapsuudessa. Ihminen saa onnistumisen kokemuksia tilanteista muiden ihmisten kanssa. Myönteinen riippuvuus ilmenee myöhemmin elämässä kaikissa ihmissuhteissa. Ihminen pystyy oman turvallisuuden tunteen avulla luottamaan toisiin ihmisiin eikä pelkää pyytää apua ja turvaa silloin kun sitä tarvitsee. Hän siis lähtökohtaisesti uskoo saavansa apua ja välittämistä osakseen. (Partanen ym. 2015, 116–117.) Myönteinen riippuvuus kehittyy, kun pieni lapsi oppii luottamaan toisiin ihmisiin ja luottaa saavansa apua sitä tarvitessaan (Inkinen ym. 2006, 27).

Kielteinen riippuvuus ilmenee elämään sopimattomana tapana selviytyä. Kielteinen riippuvuus tarkoittaa ihmisen liiallista takertumista erinäisiin asioihin, ihmisiin ja toimintoihin. Ihmisen kyky hallita omaa käyttäytymistä ja elämäänsä hämärtyy ja pakonomaisuus ja kietoutuneisuus tulevat osaksi elämää. (Partanen ym. 2015, 117.) Tänä päivänä kielteinen riippuvuus voi ilmetä hyvin eri tavoin erilaisten ihmisten keskuudessa. Ihminen saattaa kärsiä liiallisesta pakonomaisesta syömisestä, juomisesta, urheilusta, seksiriippuvuudesta tai liiallisesta työnteosta. Lähestulkoon mikä vain voi olla kielteinen riippuvuus sen hallitessa elämää. (Inkinen ym. 2006, 27.)

Kognitiivisen teorian käsitteeseen sisältyvät ajatukset, muisti, oppiminen ja havaitseminen. Kognitiivisen teorian avulla selitettynä riippuvuus syntyy hiljalleen käyttäytymisen kautta. Hiljalleen mielihyvää tuottava asia aiheuttaa myönteisten kokemusten kautta riippuvuuden. Ihminen oppii haluamaan riippuvuutta aiheuttavaa asiaa kokemusten kautta.

Riippuvuuden alussa kokemukset voivat olla pelkästään myönteisiä, mutta hiljalleen tulee mukaan riippuvuuskäyttäytymiseen kuuluva häpeä ja peittely. Välittömät vaikutukset saattavat pitkällä tähtäimellä olla edelleen positiivisia, mutta välilliset seuraukset ovat usein elämänlaatua heikentäviä. Pidemmän aikaa kuluessa riippuvuuskäyttäytyminen tarjoaa vain hetkellisen helpotuksen vaikeaan olotilaan. Kun riippuvuus etenee, mielihyvän määrä vähenee ja tarvittavan toiminnan tai aineen määrä kasvaa. Riippuvuutta voidaan määrittellä pakonomaisen halun kautta ajatella riippuvuuden kohdetta. Riippuvuutta sairastavan arvomaailma muokkautuu uudelleen riippuvuutta mahdollistavaksi, käyttäytymisen hallinta ja kontrolli pettävät ajoittain. Sairauden edetessä valinnat ja looginen päätely muuttuvat ongelmallisiksi. Lopulta ihmisellä alkaa ilmetä myös fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita. (Partanen ym. 2015, 110–111, 113–115.)

Riippuvuutta käsitellään usein eri ulottuvuuksien kautta. Riippuvuutta voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä. Fyysinen riippuvuus tarkoittaa ihmisen kehossa ilmevästä riippuvuudesta. Kehon on siis muokkautunut esimerkiksi päihteiden käytön myötä, ilman päihdettä keho alkaa reagoimaan ja ihminen alkaa kärsiä vieroitusoireista. (Partanen ym. 2015, 115.) Fyysisestä riippuvuudesta kertoo myös kerralla nautittavan aineen määrän kasvu eli toleranssin kasvu. Toleranssin kasvulla tarkoitetaan ihmisen sietokyvyn kasvua. Aineen toistuvan käytön jälkeen ihmisen kestävyys aineita kohtaan kasvaa. Kestävyyden eli toleranssin kasvaessa ihminen joutuu käyttämään suurempia annoksia kyseistä ainetta saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016d.) Fyysisestä riippuvuudesta kertovat usein vieroitusoireet ja niiden helpottuminen riippuvuutta aiheuttavaa kemikaalia nautittaessa (Havio ym. 2008, 76). Kemiallisessa riippuvuudessa aivojen mielihyväjärjestelmä tottuu nautittavaan aineeseen. Elimistö alkaa kokea aineen saamisen elinehdoksi ja välttämättömäksi selviytymiselle. (Mannerheimin lastensuojeluliitto n.d.)

Psyykinen riippuvuus taas kuvaa ihmisen voimakasta tahtotilaa, pakonomaista tottumusta ja tarvetta riippuvuuden aiheuttajaa kohtaan. Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa nimenomaan ihmissuhteiden ja vuorovaikutuksen kautta koettua riippuvuutta. Riippuvuuden voimakkuus riippuu siitä, kuinka positiivisena ihminen kokee ryhmään tai yhteisöön kuulumisen. Henkinen riippuvuus liittyy ihmisen ajatusmaailmaan, uskoon ja elämäntavoihin. Hän pyrkii oikeuttamaan ja perustelemaan tekojaan ja käyttäytymistään henkisen elämän kautta. (Partanen ym. 2015, 115–116.) Ihminen toimii jatkuvasti mieli-

hyvää tavoitellen. Positiivinen ja negatiivinen vahvistaminen tukevat osaltaan riippuvuuden syntymistä. Positiivisessa vahvistamisessa hyvänolon tavoittelu ohjaa ihmisen käyttämään ainetta. Negatiivinen vahvistaminen taas ohjaa ihmistä välttelemään ahdistuneisuuteen ja vieroitusoireisiin johtavia oloiloja. Molemmat siis ohjaavat esimerkiksi alkoholiriippuvuutta sairastavaa ihmistä käyttämään lisää riippuvuuden lähdettä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016d.)

3.2 Alkoholiriippuvuus

Riippuvuutta aiheuttavista aineista kuten alkoholista, nikotiinista, kofeiinista, kannabiksesta ja kokaiinista, alkoholi omaa kaikista suurimman riippuvuuspotentiaalin. Alkoholi sijoittuu kaikista korkeimmalle vieroitusoireiden aiheuttamisessa ja se myös aiheuttaa merkittävimmän päihtyneisyyden tilan verrattuna muihin mukana oleviin aineisiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016d.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoima alkoholin kulutus on 1970- luvun puolivälin jälkeen useimmissa Euroopan maissa vähentynyt tai pysynyt vakaana. Pohjoismaista Suomessa, Norjassa ja Islannissa alkoholi-juomien kulutus on kuitenkin kasvanut samaan aikaan. Tällä hetkellä väkeviä alkoholi-juomia kulutetaan kaikissa Pohjoismaissa vähemmän kuin 1970- luvun puolessavälissä. Erityisesti viinien, mutta myös oluen kulutus on kasvanut viime vuosikymmenten aikana. (Jääskeläinen, Virtanen & Räikkönen 2016, 24–25.)

Euroopan Unionin puolittain rahoittama Join Action on Reducing Alcohol Related Harms eli RARHA- hanke on koonnut kattavaa tilastotietoa naisten ja miesten alkoholin käytöstä Euroopan maissa vuosina 2014–2016. Hankkeessa selvitettiin alkoholinkäytön matalan riskin tasoa, kerättiin kattavasti tietoa juomatavoista ja koottiin tietoa erilaisista alkoholi-haitoista. Hankkeeseen kuuluivat EU- maiden lisäksi Norja, Sveitsi ja Islanti. Vuonna 2016 puhtaan alkoholin määrä päivää kohden vaihteli naisilla 10 grammasta 32 grammaan ja miehillä 48 grammaan. Miehet käyttivät eniten alkoholia Tšekissä, Virossa, Puolassa ja Espanjassa. Maltalla taas naisten alkoholinkäyttö oli suurimmillaan. Suomalaiset miehet käyttivät puhdasta alkoholia keskimäärin 20 grammaa ja naiset 10 grammaa päivää kohden. (RARHA 2016.)

Alkoholin käyttö Suomessa on keskitasoa muihin Euroopan maihin verrattuna. Alkoholin kokonaiskulutus on viimeisen 10 vuoden aikana pysynyt melko samana, hieman jopa vähentynyt. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2015.) Vuonna 2015 alkoholin riskikäyttäjää oli Suomessa noin 500 000. Silloin tilastoitu alkoholin kulutus oli Suomessa 39,1 miljoonaa litraa sataprosenttista alkoholia. Alkoholijuomien kulutus on kuitenkin vähentynyt 3,4 prosenttia edellisestä vuodesta. (Jääskeläinen, Virtanen & Rääkönen 2016, 20.) Suurin muutos suomalaisessa juomiskulttuurissa on naisten alkoholin käytön lähes kuusinkertaistuminen 40 vuoden aikana (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 6). Suomessa alkoholin käyttöä on alkanut ilmetä enemmän kotiympäristössä. Naiset ja miehet käyttävät alkoholia yhä enemmän yhdessä kotona ja kodin ulkopuolella. Sosiaalisissa tilanteissa humalalla on vakiintunut asema suomalaisessa juomiskulttuurissa. (Mäkelä & Österberg 2016.) Alkoholiriippuvuus kulkee perheissä. Alkoholiriippuvuutta sairastavien lapset alkavat käyttää alkoholia ja sairastuvat alkoholiriippuvuuteen neljä kertaa useammin kuin normaalien aikuisten lapset. (Manzardo 2008, 78.) Suomalaisista alkoholiriippuvuutta sairastavista noin 60 % on työssäkäyviä. (Aalto & Kaarne 2016, 397).

Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Alkoholin riskikäytössä ylittyvät alkoholin riskikäytön rajat, mutta riippuvuutta ja alkoholihaittoja ei vielä ilmene. (Aalto ym. 2015, 9.) Korkean riskin taso naisilla tarkoittaa 20 grammaa puhdasta alkoholia eli noin kaksi annosta päivässä tai yhteensä viikon aikana 12–16 annosta. Miehillä sama raja on 40 grammaa vuorokaudessa eli noin kolme annosta päivässä tai yhteensä 23–24 annosta viikossa. (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito- suositus 2015.) Alkoholin riskikäyttö voi mahdollisesti johtaa haitalliseen käyttöön, mutta ei kuitenkaan väistämättä alkoholiriippuvuuteen. Haitallisen käytön ohella voi alkaa ilmetä psyykkisiä ja fyysisiä haittoja. (Aalto ym. 2015, 9–10.)

Maailman terveysjärjestö on ICD-10 luokituksessaan määritellyt alkoholiriippuvuuden oireyhtymäksi, johon sisältyy seuraavalla sivulla mainitut kriteerit (taulukko 1). Alkoholiriippuvuuden diagnosoimiseksi kolmen kriteerin tulee näkyä käytännössä yhtä aikaa vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti viimeisen vuoden aikana. (Aalto ym. 2015, 13.) Erityisesti alkoholiriippuvuuteen sairastuttaessa nuorena perinnöllisyys on merkittävässä roolissa taudin puhkeamisessa. Vaikeus tunnistaa humaltumisen astetta ja hyvä sietokyky alkoholille ovat molemmat rakenteellisia seikkoja, jotka lisäävät riskiä sairastua. Myös

monet psykiatriset ongelmat lisäävät riskiä alkoholiriippuvuuden puhkeamiselle. (Huttunen 2015b.) Riskitekijöitä sairastumiseen ovat muun muassa aktiivisuuden- ja tarkkavaiisuuden häiriö eli ADHD ja erilaiset lapsuuden käytöshäiriöt (Manzardo 2008, 79).

TAULUKKO 1. Alkoholiriippuvuuden kriteerit (ICD-10 mukaan)

Ensimmäinen kriteeri	Voimakasta tarvetta ja halua käyttää alkoholia. Epämukavat ajatukset ja tunteet -> luulo juomisen tuomasta avusta
Toinen kriteeri	Heikentynyt kyky hallita juotuja alkoholimääriä, lopettamista ja aloittamista
Kolmas kriteeri	Ilmenee vieroitusoireita alkoholinkäyttöä vähennettäessä tai lopetettaessa
Neljäs kriteeri	Kohonnut kyky sietää alkoholia -> nautittujen alkoholimäärien kasvu
Viides kriteeri	Keskittyminen alkoholin käyttöön ja sen aiheuttamista vaikutuksista toipumiseen. Muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun
Kuudes kriteeri	Alkoholinkäytön jatkuminen kaikista haitoista huolimatta

Alkoholin liikakäyttö on yksi suurimmista suomalaisen yhteiskunnan terveydellisistä uhkista. Alkoholi pahentaa monien sairauksien oireita ja lisää sairastuvuutta. Liialliseen alkoholinkäyttöön liittyvät kuolemat ovat nousseet 2000-luvulla yhdeksi yleisimmäksi työikäisten kuolinsyyksi. Vuonna 2014 miesten kokonaiskuolleisuudesta laskettiin 30 prosentin johtuvan alkoholin vaikutuksista. Vastaava luku naisilla oli 17 prosenttia. Suurimman alkoholikuolleisuuden riskin omaavat työikäiset, eläkeläiset ja pitkäaikaistyöttömät. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Alkoholiriippuvuudessa elimistö ja mieli tulevat riippuvaisiksi alkoholin saamisesta. Ominaista alkoholiriippuvuudelle on aineen jatkuva, pakonomainen ja toistuva käyttö riippumatta kiistattomista haitoista, joita siitä seuraa. (Huttunen 2015b.) Alkoholi hallitsee täysin alkoholiriippuvaisen elämää. Siitä tulee keholle yhtä tärkeää kuin ravinnon ja hapen saamisesta. (Manzardo 2008, 33.) Alkoholiriippuvuuteen sairastuvalle on tyypil-

listä koko terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen heikkeneminen (Sepälä 2015). Alkoholiriippuvuutta sairastavalla on suurempi sairastuvuusriski, huonompi elämänlaatu ja lyhyempi elinajanodote kuin niillä, jotka eivät käytä alkoholia (Maltzman 2008, 6). Alkoholiriippuvuuden haittavaikutukset aiheuttavat kuormitusta kaikkialla yhteiskunnassa. Haittavaikutuksia ilmenee työtovereille, perheenjäsenille ja täysin oman elämän ulkopuolisille ihmisille. Alkoholiriippuvuus kuormittaa sosiaali- ja terveyspalveluja ja aiheuttaa valtavia kustannuksia kansantaloudelle. (Warpenius ym. 2013, 5.)

Suomalaisista aikuisista alkoholiriippuvuudesta kärsii naisista kaksi prosenttia ja miehistä seitsemän prosenttia (Aalto ym. 2015, 12). Alkoholiriippuvuus on hiljalleen kehittyvä sekä periytyvä sairaus, jossa henkilö menettää alkoholinkäytön hallinnan (Latvanen 2010). Aiemmin alkoholiriippuvuus on ollut varsinkin miesten keskuudessa yleisempi sairaus, mutta viime vuosina naisten sairastuvuus on selvästi yleistynyt. Jatkuva, pakonomainen, humalahakuinen alkoholinkäyttö on vakava sairaustila, joka johtaa lopulta yleiskunnan ja terveyden romahtamiseen. (Huttunen 2015b.) Alkoholiriippuvuus on sairaus, eikä oire taustalla olevasta häiriöstä. Alkoholiriippuvuus vaikuttaa ihmisiin fyysisesti, psyykkisesti ja hengellisesti. Nämä kaikki kolme näkökantaa tulee ottaa huomioon alkoholiriippuvuutta sairastavan hoidossa. (Huebner & Wolfgang Kantor, 2011.)

Mauri Aalto (2015, 10) kuvaa alkoholiriippuvuudessa olevan ennen kaikkea kyse psyykkisestä riippuvuudesta, jolloin henkilöllä on pakonomainen tarve käyttää alkoholia myös vieroitusoireiden ohi mentyä. Psyykkisessä riippuvuudessa ominaista on kykenemättömyys pidättäytyä alkoholin käytöstä riippumatta terveydellisistä ja muun elämän osa-alueiden haitoista. Alkoholiriippuvuudesta kärsivällä on pakonomainen tarve saada alkoholia. (Aalto ym. 2015, 37.) Alkoholinkäyttö suurentaa psyykkisten ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden riskiä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito-suositus 2015). Alkoholiriippuvaisella voi ilmetä psyykkisiä oireita kuten paranoiaa, mustasukkaisuutta, aggressiivisuutta ja depressiota (Havio ym. 2008, 76). Usein runsaan alkoholinkäytön ja psyykkisen oireilun välillä on löydettävissä yhteys. Alkoholiriippuvuutta sairastavat ihmiset kärsivät useammin psykoottisesta oireilusta, persoonallisuushäiriöistä, ahdistuksesta ja mielialahäiriöistä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Alkoholiriippuvuuden kehittyminen voi olla seurausta alkoholin toistuvasta käytöstä. Alkoholiriippuvuus kehittyy asteittain ja se on itse aiheutettu aivojen sairaus. Runsas ja jatkuva alkoholin käyttö johtaa fyysisen alkoholiriippuvuuden kehittymiseen. Fyysisessä

riippuvuudessa elimistö muokkautuu niin, että se tarvitsee yhä suurempia annoksia alkoholia humalan saavuttamiseksi. Hermosolujen mukautumisen vuoksi juomisen lopettaminen aiheuttaa alkoholiriippuvaiselle vieroitusoireita. Kun veren alkoholipitoisuus laskee lähelle nollaa, alkaa ilmetä vieroitusoireita. (Aalto ym. 2015, 36–37.)

Alkoholiriippuvuudessa ilmenee usein vieroitusoireita, kun käyttöä yritetään lopettaa tai vähentää. Oireet voivat olla voimakasta tärinää, kuulo- ja näköharhoja, rytmihäiriöitä ja pitkäaikaista unettomuutta. (Stenberg ym. 2014, 81.) Lisäksi alkoholi itsessään aiheuttaa käyttäjälle ahdistusta, paniikkihäiriöitä ja unettomuutta (Havio ym. 2008, 76). Vieroitusoireiden vaikeusaste ja esiintymisen ajankohta riippuvat alkoholin käytön ajallisesta kestosta ja nautittujen määrien suuruudesta. Lievimmät vieroitusoireet muistuttavat normaalia krapulaa ja voimakkaimmillaan oireet saattavat aiheuttaa delirium tremensin eli juoppohulluuden. (Aalto ym. 2015, 37.)

Juoppohulluus tarkoittaa muutamasta tunnista 2–3 päivään kestävästä sekavuustilasta, joka johtuu runsaan ja pitkään kestäneen alkoholinkäytön lopettamisesta. Juoppohulluudessa keskittymiskyky, tajunnantaso, ajan ja paikan taju ovat hämärtyneet. Henkilöllä ilmenee usein näkö-, kuulo-, kosketusharhoja, muistihäiriöitä, kiihtyneisyyttä, hikoilua ja pelokkuutta. Tila on hengenvaarallinen, joten se tulee hoitaa sairaalassa lääkityksellä ja hoito henkilökunnan valvonnassa. Tila menee useimmiten ohi muutamassa vuorokaudessa. Perinnöllisesti alttiilla ihmisellä alkoholin jatkuva käyttö johtaa aivojen toiminnan muutokseen ja kontrollin menettämiseen ainetta käytettäessä. (Huttunen 2015a.)

Huttunen (2015b) kuvaa artikkelissaan alkoholin ongelmakäytön vaurioittavan lähes kaikkia ihmiskehon elimiä, nostavan kokonaiskuolleisuutta ja toimivan riskitekijänä monille pitkäaikaissairauksille. Sormien ja suun seudulla saattaa ilmetä hienomotorista vapinaa ja kävely voi muuttua horjuvaksi. Hampaissa ja korvissa voi ilmetä epämääräistä särkyä ja öisin voimakkaita kylmä- ja kuumatuntemuksia. Pitkään jatkuneen käytön seurauksena voivat verenpaine ja rasva-arvot kohota. (Tammi, Aalto & Koski-Jännes 2009, 91.) Suuren alkoholimäärän nopeasta nauttimisesta voi seurata terveyttä ja henkeä uhkaava alkoholimyrkytys. Suomessa siihen kuolee vuosittain noin 600 ihmistä. (Alkoholi-ongelman hoito: Käypä hoito-suositus 2015.)

Alkoholi lisää monien sairauksien riskiä, aiheuttaa sydänlihassairauksia, kihtiä, aivoverenvuotoja ja hermoratasairauksia (Tammi ym. 2009, 91). Maksakirroosia esiintyy alkoholiriippuvaisilla 5–25 % ja kroonista haimatulehdusta 5–10 % (Aalto ym. 2015, 189). Alkoholinkäytön seurauksena rintasyövän, suolistosyövän, maksasyövän, suun ja kurkunpään syövän riski suurenee (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015). Kroonisen haimatulehduksen myötä runsas alkoholinkäyttö lisää myös haimasyövän riskiä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016c). Varsinkin vahvat alkoholijuomat aiheuttavat kurkunpään ja limakalvojen vaurioita. Runsa alkoholinkäyttö lisää syöpäriskiä koko ruuansulatuskanavan yläosissa. Suuret annokset alkoholia kerralla saattavat myös aiheuttaa refluksitautia. Refluksitaudissa vatsan sisältöä nousee jatkuvasti takaisin ruokatorveen, jopa suuhun asti. Ripulioireet ja muut suoliston ongelmat ovat myös tyypillisiä alkoholiriippuvuudesta kärsiville. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Alkoholiriippuvaisilla henkilöillä on kymmenkertainen riski epileptisiin kohtauksiin normaaliväestöön verrattuna. Heillä voi ilmetä myös erilaisia hormonihäiriöitä kuten miehillä kivesten surkastumista, impotenssia, gynekomastiaa eli rintojen kasvua ja hedelmättömyyttä. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015.) Pitkälle edenneenä alkoholista johtuvat maksasairaudet saattavat aiheuttaa veren vuotamista ruokatorveen. Taustalla ruokatorven verenvuodoissa on useimmiten maksasairauksista johtuvat verenkierromuutokset kuten laskimolaajentumat. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

3.3 Muutosvaihemalli

Transteoreettisen muutosvaihemallin keskeinen ajatus on muutos prosessina, joka tapahtuu toisiaan muistuttavien vaiheiden kautta. Prosessiin kuuluu neljä eri vaihetta, jotka ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistelu- ja ylläpitovaihe. (Marttila 2010.) Muutosvaihemallissa on tärkeää huomata ja tiedostaa, että ihmiset usein liikkuvat vaiheiden välillä eikä liike aina ole lineaarista eli suoraviivaista ja eteenpäin suuntautuvaa. Saman henkilön vaiheiden läpikäyminen voi kestää ajallisesti hyvin eri pituisia jaksoja riippuen henkilön omista tavoitteista ja käyttäytymismalleista. (Koski- Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 30–31.) Eri vaiheita läpikäyvät henkilöt hyötyvät erilaisista toimintatavoista ja erilaisesta ohjauksesta (Marttila 2010). Jotkut henkilöt saattavat edetä vaiheesta toiseen erittäinkin nopeaan tahtiin ja toisilla eteneminen voi viedä paljon aikaa. Päihteidenkäytössä

eteneminen on harvoin lineaarista vaan tapahtuu useimmiten spiraalisesti tai sirkulaarisesti. Useimmat päihteiden käyttäjät käyvät läpi koko kehän eli muutosvaihemallin kokonaisuudessaan läpi useammankin kerran ennen kuin välttyään ongelman uusiutumista (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31).

Esiharkintavaiheessa potilaat usein voimakkaastikin väheksyvät ja kieltävät juomisensa haittoja (Hietaharju & Nuutila 2016, 228–229). He eivät tässä vaiheessa harkitsekaan mahdollista muutosta lähitulevaisuudessa vaan saattavat olla täysin tietämättömiä koko ongelmasta. On myös mahdollista, että he tiedostavat tässä vaiheessa ongelman, mutta heillä ei ole rohkeutta muuttaa käytöstään tai he ovat muuten haluttomia niin tekemään. (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31.) Esiharkintavaiheessa toimintaan kehottaminen ei juurikaan tuota haluttua lopputulosta, vaan johtaa usein hoitavan tahon ja henkilön omaan turhautumiseen (Kyngäs ym. 2007, 90–91). Muutos saattaa tuntua henkilöstä myös mahdolltomalta johtuen aikaisemmista epäonnistuneista yrityksistä tai tarvittavien voimavarojen puuttumisesta (Marttila 2010). Usein esiharkintavaiheessa henkilöt eivät ole vielä tiedostaneet heidän käyttöksensä negatiivisia seurauksia ja todellisia haittoja (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31). Esiharkintavaiheessa olevaa henkilöä on mahdollista tukea prosessissa korostamalla hänen pystyvyyttään muuttaa tilannetta. Tuomalla esiin pienienkin muutosten merkitystä henkilön ajatukset omasta pystyvyydestä saattavat muuttua merkittävästi. (Marttila 2010.)

Harkintavaiheessa potilas alkaa tunnistaa juomisensa haittoja jo hieman paremmin ja pohtia syitä mahdolliseen muutokseen (Hietaharju & Nuutila 2016, 228–229). Tässä vaiheessa henkilöt alkavat usein huomata negatiivisia seurauksia, jotka johtuvat heidän omasta toiminnastaan. Ominaista tässä vaiheessa on muutokseen ja muuttumattomuuteen kannustavien seikkojen punnitseminen. (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31.) Usein henkilö pohtii omalla kohdallaan muutoksen etuja ja haittoja ja omia voimavaroja muutoksen toteuttamiseen (Marttila 2010). Henkilö alkaa usein tässä vaiheessa tunnistaa omalle kohdalleen koituvia haittoja päihteiden käytöstä kuten rahan menoa, sosiaalisten suhteiden ongelmia ja työssä jaksamisen heikentymistä. Ihmisellä on sisäinen ristiriita päihteestä saatavien hyvien puolien ja haittojen välillä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 48–49.) Harkintavaiheessa olevat päihteiden käyttäjät käyttävät yleensä edelleen päihteitä, mutta suunnittelevat käytön vähentämistä tai kokonaisvaltaista lopettamista lähitulevaisuudessa (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31). Ihminen saattaa viipyä harkintavaiheessa kauankin

punnitessaan päihteestä saatavia hyötyjä kuten sosiaalisuutta ja hauskuutta. Toisaalta rahanmenoa ja muita alkoholista johtuvia elämää haittaavia seikkoja pyöritellään myös mielessä. (Havio ym. 2008, 48–49.) Vaiheeseen kuuluu olennaisesti myös tiedonhalu ja omien mahdollisuuksien arvioiminen suhteessa muutokseen (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31).

Päätösvaiheessa potilas päättää juomisen vähentämisestä tai lopettamisesta ja on päässyt päätökseen sisäisten ristiriitojen kanssa (Hietaharju & Nuutila 2016, 228–229). Tässä vaiheessa päihteiden käytön haitat muodostuvat mielessä suuremmiksi kuin niistä saata- vat hyödyt. Tulevaisuuden odotukset siirtyvät selkeästi muutoksen puolelle. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.) Läheisten ja ympäristön tuki auttavat siirtymään päätösvaiheeseen (Havio ym. 2008, 48–49). Tässä vaiheessa olevat henkilöt usein käyttävät edelleen päih- teitä, mutta ovat saattaneet yrittää luopua niistä tai yrittävät parhailaan. Tavoitteena on kuitenkin usein pyrkimys päihteistä luopumiseen hyvin pian. Tavoitteita aletaan asettaa tarkemmiksi ja niihin aletaan sitoutua. Tavoitteet konkretisoituvat myös kertomalla suunnitelmistaan ystävilleen. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.)

Kun aloite muutokseen tapahtuu, siirtyy henkilö valmistautumisvaiheeseen. Valmistau- tumisvaiheeseen kuuluu muutoksen yksityiskohtaisempaa suunnittelua ja vaihtoehtojen harkitsemista muutoksen toteuttamiseksi. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.) Tässä vai- heessa henkilö päättää muutoksen toteuttamisesta ja alkaa tehdä asioita sen eteen. Usein vaihe alkaa vähitellen ja pikkuhiljaa suunnitelmaa hioen. (Marttila 2010.) Henkilöt teke- vät tässä vaiheessa suuria elämäntyyli muutoksia ja saattavat haastaa itseään hyvinkin pal- jon. Monet saattavat alkaa arvioida uudelleen minäkuvaa tapahtuneiden suurien muutos- ten takia. Vaihe edeltää entistä haastavampaa vaihetta lopullisen muutoksen saavuttami- ssa. Usein tässä vaiheessa tilanteessa on mukana uutuuden viehätystä, eikä tilanne tunnu tylsältä ja arkiselta. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.)

Ylläpitovaiheessa lopullinen muutos on saavutettu ja sen toteuttamista pyritään vain jat- kamaan omalla toiminnalla (Marttila 2010). Tässä vaiheessa pyritään siis pitämään kiinni jo saavutetuista tavoitteista. Joskus vaiheessa korostetaan varovaisuutta, jotta välttyttäisiin ei toivotun käyttäytymisen uusimiselta. Aluksi saattaa olla tarpeellista varoa ongelmati- lanteita tai jopa välttää niitä. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.) Päihderiippuvaiselle nämä tilanteet voisivat olla esimerkiksi päihtyneiden entisten kavereiden kohtaamisia kaupun-

gilla viikonloppuiltais. Ylläpitovaihe on usein päihteiden käytön lopettamisessa haasteellisin vaihe, koska riski palata entiseen tapaan toimia kasvaa. Arkipäiväisyys ja pettymykset saattavat altistaa henkilöä palaamaan päihteiden käytön piiriin. (Havio ym. 2008, 48–49.) Ohjauksessa korostuu tarve prosessin seurannalle ja kannustavalle palautteelle. Muutos ei tapahdu hetkessä yhden päätöksen pohjalta vaan ihminen joutuu läpikäymään haastavan prosessin oman toimintansa muuttamiseksi. (Marttila 2010.) Oireiden uusimista tarkastellaan joissain tilanteissa osana oppimisprosessia. Raittiina pysyminen vaatii monilla pitkäaikaista tarkkuutta ja oman toiminnan arviointia, ettei päihteidenkäyttö lähde uudestaan vireille. (Koski- Jännes ym. 2008, 32–33.)

Joskus muutosvaihemalliin kuuluu osana retkahdus, koska harva onnistuu päätöksissään heti ensimmäisellä kerralla (Hietaharju & Nuutila 2016, 228–229). Usein retkahtaminen eli vanhaan käyttäytymismalliin palaaminen kuuluu osana muutoksen etenemiseen. Alkoholistilla tämä tarkoittaisi sortumista uudelleen päihteiden käyttöön tehtyään päätöksen täysraittiuudesta. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 36.) Repsahduksiin ei tule kuitenkaan suhtautua epäonnistumisina vaan niistä voi oppia paljon omasta käyttäytymisestäään. Ihmisen on mahdollista tunnistaa vaikeisiin tilanteisiin ja sortumiseen johtaneita piirteitä jälkikäteen. Näiden piirteiden tunnistaminen auttaa vaikeissa tilanteissa toimimista tulevaisuudessa ja seuraavan retkahduksen ennaltaehkäisyä. (Kyngäs ym. 2007, 93.) Jos retkahdusta lähdetään käsittelemään epäonnistumisen saattaa tästä seurata, että koko muutosprosessi pysähtyy (Inkinen ym. 2006, 36). Retkahduksen jälkeen ihmiset useimmiten jatkavat muutosprosessia, mutta palaavat edelliseen vaiheeseen. Ihmisestä riippuen he saattavat palata myös prosessin ensimmäisiin vaiheisiin ja kokea haluttomuutta muutoksen jatkamiselle. Useimmiten retkahdus ei kuitenkaan kerro henkilön haluttomuudesta jatkaa muutosprosessia vaan vaikeuksista edetä sillä hetkellä oikeaan suuntaan. (Koski- Jännes ym. 2008, 33.)

3.4 Minnesota-malli

Minnesota-mallissa ei ole kyse yhdestä ominaisuudesta hoidossa vaan hoitofilosofiasta. Hoito on syntynyt suurimmaksi osaksi spontaanisti AA- liikkeen ajatusten pohjalta. (Oinas- Kukkonen 2013, 63–67.) Uudenlainen riippuvuudenkäsittelymalli syntyi valtion mielisairaalassa Minnesotassa 1950- luvulla. Sitä käytettiin ensin pienessä voittoa tavoittelemattomassa organisaatiossa nimeltä Hazelden- säätiö. (Huebner & Wolfgang Kantor

2011.) Se oli kokonaisvaltainen, moniammatillinen hoitomalli, joissa oli mukana hoitoalan ammattilaisten lisäksi sosiaalityöntekijä, vapaaehtoistyöntekijöitä, pappi ja alkoholineuvoja. Kymmenen vuoden aikana hoitoprosessit muodostivat yhtenevän muodon, jossa potilaat kävivät läpi hoitoa yksilöinä ja osana toipuvaa ryhmää. Ammattilaisten yllätykseksi merkittävimmäksi yksittäiseksi terapiamuodoksi nousi vertaistuki. Tuki ympäröivältä ryhmältä ja kokemusten jakaminen yhteisesti. (Oinas- Kukkonen 2013, 63–67.)

Kehityksen alkaessa hoitomuoto vakiintui kymmenessä vuodessa tiettyyn kaavaan yksilöohjauksessa ja ryhmähoidoissa. Tärkeimmäksi yksittäiseksi osaksi hoitoprosessia muodostui toipuvien alkoholistien vertaisryhmät, joissa he jakoivat kokemuksiaan ja neuvosivat toisiaan vaikeissa tilanteissa. Nimettömien alkoholistien rooli on ollut kokonaisuudessaan hyvin merkittävä Minnesota-mallisen hoidon kehityksessä. (Oinas- Kukkonen 2013, 67.) Minnesota hoitofilosofiassa nousee esille ajatus siitä, että sairastuneen tulee tietää alkoholismista olevan olemassa. Kyseessä ei ole vain oire jostain toisesta sairaudesta. Seuraavaksi tulee myös ymmärtää, että alkoholismi on monitahoinen sairaus. Se ilmenee sairastuneilla ihmisillä kaikilla elämän eri osa-alueilla. Alkoholiriippuvuutta hoidettaessa tulee siis hoitaa ihmistä kokonaisvaltaisesti. (Hazelden Betty Ford Foundation 2017.) Minnesota mallissa pyritään hiljalleen havaitsemaan juomisen aiheuttamat seuraukset, jonka tavoitteena on toimia eräänlaisena todellisuusterapiana. Alkoholiriippuvuutta sairastava henkilö ei ole Minnesota- ajattelun mukaan vastuussa sairastumisestaan vaan toimimisestaan. (Toikkanen 2012.)

Minnesota hoidolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista hoitofilosofiaa, josta jokainen hoitava taho saa määrittellä omat painopisteensä ja sääntönsä omien tarpeidensa mukaan (Oinas- Kukkonen 2013, 71). Minnesota-malli tarkoittaa hoitofilosofiaa, jonka avulla alkoholismista toivutaan. Lisäksi hoidossa painottuvat koko ohjelman lähtökohdaksi ja edellytykseksi täysi päihteettömyys. Ohjauksessa kehitytään ihmisenä kaikkien 12 askelten läpikäymisen aikana. (Arramies & Hakkarainen 2013, 104.) Keskimäärin 12 askeleen hoitopaikat tuottavat muita hoitomuotoja enemmän täysiraittiita alkoholisteja (Simojoki 2015).

Minnesota hoitofilosofiaan kuuluu oleellisena osana kahdeksan aksioomaa koko hoitoprosessin ajan. D.J Andersson kehitteli 1980- luvulla kahdeksan kohtaa määrittelemään

filosofiaa: Alkoholismi on olemassa, alkoholismi on sairaus, alkoholismi ei ole kenenkään syy, alkoholismi on monivaiheinen sairaus, alkoholismi on krooninen ja primääriäinen sairaus, potilaan alun motivoituneisuus ei ennusta hoidon tulosta, alkoholismiin liittyvä tiedottaminen, havahduttaminen ja koulutus tulee käynnistää koko yhteiskunnassa ja kaikkia keskushermostoon vaikuttavia kemikaaleja voidaan hoitaa samana riippuvuuden aiheuttajana. (Avominne päihdeinfo 2012.)

Minnesota-mallisessa hoidossa tärkeään rooliin nousee myös alkoholiriippuvuutta sairastavan perhe. Perhe, läheiset ja yli 12- vuoden ikäiset lapset otetaan mukaan hoitoon ja he saavat tilaisuuden kertoa millaista on elää alkoholistin kanssa. Perushoitojakson aikana pyritään käymään läpi, kuinka alkoholin käyttö on vaikuttanut ihmisen eri elämän osaluilla. Läheisten kanssa käydään läpi riittämättömyyden tunteita, epätoivoa ja pettyämyksiä johtuen läheisen juomisesta. (Toikkanen 2012.) Perushoitojaksoon sisältyy läheisviikonloppu, jolloin läheiset saavat kertoa toipuvalla alkoholiriippuvuutta sairastavalle kokemuksia tämän juomisesta. Perusjaksoa seuraa jatkohoito jatkoryhmissä, joko samassa hoitopaikassa tai mahdollisesti AA- ryhmissä. (Oinas- Kukkonen 2013, 71,75.)

3.4.1 Minnesota-malli Tampereen Avominnessä

Tampereen Avominnessä sovelletaan Minnesota-mallista hoitofilosofiaa avohoidon muodossa. Avominne pyrkii hoidossaan käytännönläheisyyteen ja kokemuksellisen tiedon antamiseen mahdollisimman yksinkertaisessa muodossa. Avominnen hoidon kulmakivenä toimii heidän sairauskäsityksensä, jossa he pyrkivätkin korostamaan alkoholiriippuvuuden ensisijaisuutta sairautena. Alkoholismi on syntymekanismiltaan osittain geneettinen eli perimän vaikutukset ovat myös merkittävä osa sairastumista, eikä ihmistä tule syyllistää sairastumisestaan. (Arramies & Hakkarainen 2013, 103–104.)

Tampereen Avominnessä hoito toteutetaan ryhminä joiden vetäjät ovat koulutettuja 12 askeleen ohjaajia, jotka ohjaavat ryhmäläisiä elämään ohjelman mukaisesti päivä kerrallaan (taulukko 2). Heidän yhtenä merkittävämpänä kulmakivenä on kokonaisvaltainen päihitteettömyys. Avominnen hoidon perustana toimii vertaistuki, joka ei kuitenkaan määritä koko hoidon sisältöä. Hoidossa ei etsitä syyllistä potilaan sen hetkiseen tilaan vaan pyritään suuntaamaan kaikki voimavarat heidän omaan toipumiseensa. Läheisten mukaan

ottaminen alkoholiriippuvuudesta kärsivän hoitoon on myös suuri osa hoitoprosessia. Läheiset pääsevät osallistumaan hoitoon toipumisen eri vaiheissa aina mahdollisuuksien mukaan. Tampereen Avominne tarjoaa myös erillistä hoito- ohjelmaa läheisille, joka sekin tapahtuu Minnesota-mallista hoitofilosofiaa noudattaen. (Arramies & Hakkarainen 2013, 104–106.)

TAULUKKO 2. Avominnen 12 askelta (Arramies & Hakkarainen 2013, 108)

Haluan luovuttaa taistelun. Myönnän voimattomuuteni päihteisiin nähden ja sen, että elämäni on muodostunut sellaiseksi, etten omin voimin kykene selviytymään.
Opin uskomaan, että täältä voisin saada avun, joka palauttaa terveyteni.
Otan avun vastaan ja motivoidun ja asennoidun hoitoon.
Aloitin rehellisen itsetutkiskelun. Opin erottamaan, mikä minussa on ollut sairautta ja mikä todellista itseäni. Käyn läpi elämäni.
Myönnän itsetutkiskelun tulokset ensin itselleni ja puhun sen jälkeen vertaisilleni.
Huomaan itsessäni luonteenpiirteitä, joita haluan muuttaa.
Itsetutkiskelun ja äänenpuhumisen avulla olen valmis luovuttamaa näistä luonteenpiirteistä.
Hyväksyn läheistenni mukaantulon hoitoon. Annamme heille tietoa alkoholismista.
Hyväksyn läheistenni tunteet ja tuen heidän toipumistaan. Pyydän anteeksi ja annan anteeksi. Hoidan itseäni, elän ja annan elää.
Jatkan itsetutkiskelua ja käytän näitä henkisiä työkaluja päivittäin.
Uskon siihen, että elämä kantaa.
Koen hengellisyyttä ja kiitollisuutta saadessani elämäni takaisin näiden askelten tuloksena. Olen valmis jakamaan kokemukseni.

Avominnen infotilaisuuksissa pyritään pääsemään sairastavan ihmisen voimakkaasta kieltoreaktiosta eteenpäin ja motivoimaan häntä mahdolliseen toipumiseen. Avominne järjestää ilmaisia infoja viikoittain. Potilaalle kerrotaan alkoholismin aiheuttamista sairauksista ja erilaisista mekanismeista. Hoitajakson aloitukseen sisältyy viiden- kuuden viikon ajan kolmeen hoitokertaan viikossa. Perushoitajakson eli hoidon aloitukseen kuuluu myös 55–60 tuntia ohjattua terapiaa. Hoito toteutetaan ryhmäterapiana, joita ohjaavat

12 askeleen ohjaajat. Perushoitajaksoon kuuluu myös olennaisena osana läheisten mukaanotto ja läheispäivä, jolloin hoidossa olevan potilaan läheiset saapuvat myös paikalle ja pääsevät kertomaan kokemuksiaan, siitä kuinka sairaus on heidän elämäänsä vaikuttanut. (Arramies & Hakkarainen 2013, 120–121.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä pyrkii yleistämään tietoa. Saatua aineistoa käsitellään tilastollisin menetelmin, eikä ilmiöitä pyritä sen tarkemmin kuvaamaan. (Kananen 2008, 10–11.) Kvantitatiivinen menetelmä vastaa kysymyksiin kuinka usein, kuinka moni ja kuinka paljon. Kvantitatiivinen menetelmä pyrkii selvittämään ja erottelemaan muuttujien eli mitattavien olosuhteiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. (Vilka 2007, 13–14.) Kvantitatiivinen tutkimus selvittää usein lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Mitattavia seikkoja kuvataan numeeristen suureiden avulla ja arvioidaan asioiden välisiä riippuvuuksia. (Heikkilä 2014.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa lähdetään liikkeelle teoriasta ja edetään käytäntöön eli haastatteluun, kyselyyn tai havainnointiin. Tämän jälkeen palataan taas teoriaan analyysin, tulosten ja tulkinnan kautta. Muodostuneilla teoreettisilla käsitteillä on keskeinen rooli. Työn teoriasta muodostetaan mitattavat muuttujat. (Vilka 2007, 13–14.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujien väliset suhteet voivat olla selitettävissä tai täysin toisistaan riippumattomia. Joskus tilastoissa voi esiintyä harha ja kaksi muuttujaa saattavat kasvaa tai kutistua samassa suhteessa, vaikka niiden välillä ei olisikaan suoraa yhteyttä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 41.) Kvantitatiivisista tutkimuksista voi yhteiseksi tekijäksi nimetä vanhan tiedon vahvistamisen. Kvantitatiivinen tutkimus ei niinkään pyri uuden tiedon löytämiseen tai uudenlaisten teorioiden kehittämiseen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 49.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä pyrkii ennemminkin kuvailemaan ja selittämään erilaisia ilmiöitä. Kvalitatiivinen menetelmä valitaan usein, kun aiheesta ei ennestään tiedetä paljoa. Kvalitatiivisin menetelmin on myös mahdollista lähteä hakemaan uusia näkökulmia jo olemassa oleviin tutkimusalueisiin, kun halutaan uusia näkökulmia tai epäillä tutkimustuloksia ja teorioiden merkitystä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 50.)

Opinnäytetyömme menetelmäksi valikoitui määrällinen menetelmä yhteistyössä työelämän yhteyshenkilön kanssa. Lomakkeen suljetut kysymykset määrittivät menetelmän valintaamme. Sähköisellä kyselylomakkeella tulosten käsittely helpottui ja luotettavuus kasvoi. Kolme kyselylomakkeen viimeistä kysymystä oli tarkoitus myös käsitellä määrällisin menetelmin. Kohdejoukon jäädessä hyvin pieneksi määrällisellä menetelmällä tehdylle opinnäytetyölle, päätimme ottaa näiden vastausten käsittelyyn myös laadullisen menetelmän. Näin avoimista vastauksista oli mahdollista saada tarkempaa, syvällisempää ja kuvailevampaa tietoa potilaiden kokemuksista.

4.2 Aineiston keruu

Heikkilän (2014) mukaan kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat henkilökohtaiset haastattelut, lomakekyselyt, puhelinhaastattelut ja internet- kyselyt. Kvantitatiivisessa menetelmässä käytetään usein kyselylomaketta (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 87). Kvantitatiivisen kyselylomakkeen lähtökohtana on aina tutkimusongelma, joka täytyy määritellä ja rajata tarkasti. Varsinaisen kokonaisuongelman voi jakaa eri osiin, jotka tarkentavat pääongelmaa. Ensimmäiseksi ongelma tulee jakaa tutkimuskysymyksiin, joihin haetaan vastauksia käytännön ongelmasta. (Kananen 2008, 14.)

Kvantitatiivinen kyselylomake muodostuu pääosin suljetuista kysymyksistä, joissa vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi rajattuna. Harkinnan mukaan lomakkeessa voi kuitenkin käyttää myös avoimia kysymyksiä. (Vilpas n.d.) Suljetuissa kysymyksissä tulee huomioida, ettei vastausvaihtoehtoja voi olla kovin suurta määrää ja vaihtoehtojen tulee olla toisensa pois sulkevia. Avoimet kysymykset saattavat houkutella jättämään vastaamatta ja siksi ne sijoitellaan usein lomakkeen loppupuolelle. (Heikkilä 2014.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmänä käytetty kysely voidaan täyttää joko kotona tai ryhmätilanteessa. Lomakehaastattelussa kysytään ainoastaan tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asettelu kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle pitää löytyä perustelu tutkimuksen viitekehuksesta, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 73, 75.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeena hyödynnettiin Avominnessä aiemmin käytettyä kyselylomaketta. Kyselylomakkeen kysymykset saatiin pienillä muutoksilla vastaamaan kohdejoukkoa. Tämän opinnäytetyön määrälliset kysymykset ovat Likert-asteikollisia. Likertin asteikkoa käytetään kysymyksissä, joissa halutaan mitata henkilön mielipidettä tai asennetta. Vilkka (2007, 45, 78) toteaa hyvän ja onnistuneen kyselylomakkeen olevan aina määrällisen tutkimuksen perustana. Kyselylomake esitellään asiantuntijoilla tai perusjoukkoon kuuluvilla henkilöillä, jotta kyselylomakkeen toimivuus varmistuu (Kankunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 191). Tässä opinnäytetyössä varsinaista esitettä ei enää tarvittu, koska kysely oli tehty jo kertaalleen aiemmin. Vanhaa kyselylomaketta hieman muokkaamalla se saatiin vastaamaan kohdejoukkoa ja opinnäytetyön tehtäviä.

Kysely hyväksyttiin työelämätaholla ja ohjaavalla opettajalla. Ennen kyselyn julkaisua potilaille postitettiin kyselyn saatekirjeet, joiden mukana he saivat itselleen tunnustekoodin. Sähköisen kyselylomakkeen hyperlinkki sijoitettiin Tampereen Avominnen kotisivuille, jossa potilaat pääsivät koodillaan tunnistautumaan. Tunnustekodeilla ei ollut potilaiden henkilöllisyyden kannalta merkitystä, mutta virheellisten vastausten määrää pystyttiin näin kontrolloimaan. Kyselyn saatekirje lähetettiin 226 Tampereella Avominnessä hoidon käyneelle potilaalle. Kyselyyn saimme vastauksia yhteensä 61 kpl. Kyselylomake ja saatekirje esitetään opinnäytetyön lopussa (liite 1&2).

4.3 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeiden kvantitatiivisten eli määrällisten kysymyksiä vastauksien analysoiminen käynnistyy kerättyjen tietojen järjestämisellä. Kerätty aineisto syötetään SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmistolle. Ohjelmiston avulla voidaan vastauksista muodostaa erilaisia taulukoita ja jakaumia, jotka havainnollistivat parhaiten saatuja vastauksia. (Heikkilä 2014.) Vastaukset luokitellaan mahdollisimman tiiviiseen ja havainnollistavaan muotoon, jolloin aineiston käsittely helpottuu (Vilpas n.d.).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan analyysimenetelmä, jolla voidaan kuvata muuttujien välisiä suhteita. Analyysimenetelmä valitaan tutkittavien muuttujien määrästä riippuen, käytännössä oikea menetelmä löytyy usein vasta kokeilujen kautta. Sijaintilukuja

eli moodia ja keskiarvoa voidaan käyttää, kun halutaan saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta. Ristiintaulukointia tai korrelaatiokerrointa voidaan käyttää, kun tavoitteena on analysoida kahden muuttujan välistä riippuvuutta. (Vilka 2007, 19, 119.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analysoiminen eteni vaiheittain, kun tarvittava aineisto oli saatu kerättyä. Opinnäytetyön sähköisen lomakkeen vastukset tallentuivat E- lomake editoriin, josta ne syötettiin SPSS- ohjelmistoon. SPSS- ohjelmistossa muuttujat muutettiin selkeään ja helposti käsiteltävään muotoon. Vastauksien pohjalta muodostettiin vastauksia havainnollistamaan ristiintaulukointeja ja pylväsdiagrammeja. Ristiintaulukoinnalla erilaisia muuttujia pyrittiin selvittämään niiden välisiä yhteyksiä. Opinnäytetyössä ristiintaulukoitiin retkahdukset ja hoidon aloittamisesta kulunut aika ja näin selvitettiin retkahdusten määrä eri toipumisen vaiheissa. Ristiintaulukointi tehtiin myös elämänlaadun muuttumisesta ja hoidon aloittamisesta kuluneesta ajasta. Näin saatiin selvitettyä, kuinka potilaat kokivat elämänlaatunsa muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen toipumisen eri vaiheissa.

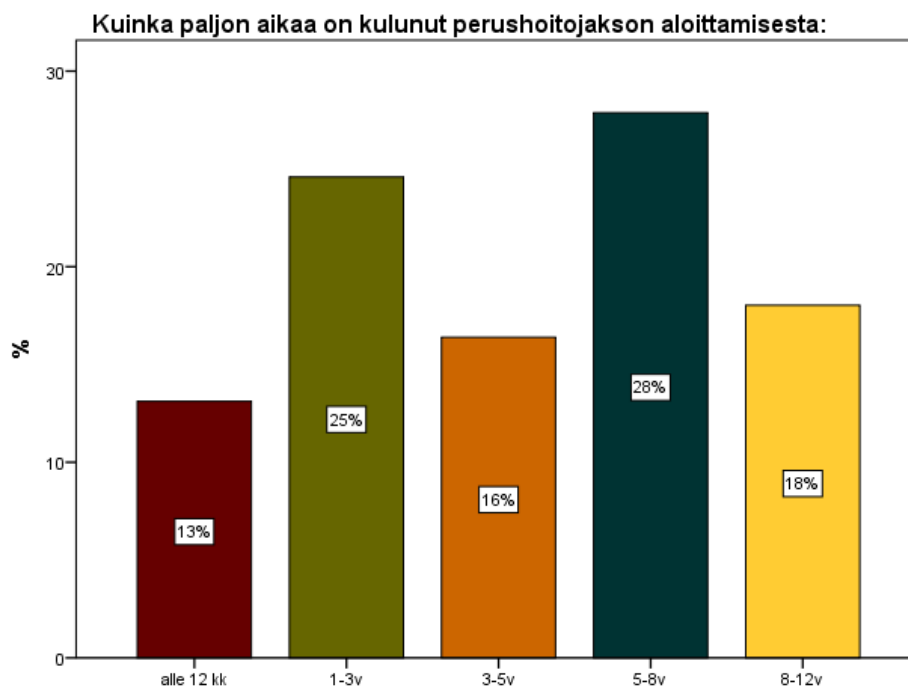
Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jonka ensimmäisessä vaiheessa alkuperäiset vastukset pelkistetään helpommin käsiteltävään muotoon. Pelkistämällä pyritään karsimaan kaikki epäolennainen vastauksista pois, vastauksia voidaan pilkkoa ja tiivistää. Toisessa vaiheessa vastaukset ryhmitellään eli käydään tarkasti läpi etsien eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Kolmannessa vaiheessa vastauksien ryhmittelyn pohjalta luodaan teoreettisia käsitteitä. Kaikki samaa tarkoittavat käsitteet muodostavat yhdessä luokan, joka nimetään sen sisältöä kuvaavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.) Kyselylomakkeen kolme kvalitatiivista eli laadullista kysymystä analysoitiin tilastollisen sisällönanalyysin avulla.

Käsitteiden ryhmittelystä muodostuu vastauksiin alaluokkia ja alaluokkia ryhmittelemällä erilaisiksi kokonaisuuksiksi muodostuu yläluokkia. Yläluokkia yhdistää yhdistävä luokka, joka on usein tutkimuskysymys. Käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön kannalta. Käsitteiden yhdistelyn kautta saadaan vastaus tutkimustehtävään. Koko sisällönanalyysi perustuu aineiston päättelemiseen ja tulkitsemiseen, jossa edetään vaihe vaiheelta empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkökulmaa tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.)

Opinnäytetyön avointen kysymyksien vastaukset pelkistettiin jättämällä niistä pois kaikki opinnäytetyön kannalta epäoleellinen tieto. Vastauksien kieliasu pyrittiin pitämään mahdollisimman alkuperäisenä, mutta äidinkielellisiä virheitä korjattiin ja puhekielen ilmauksia poistettiin. Vastauksien kieliasu oli hyvin vapaata ja pelkistyksessä jouduttiin käyttämään aikaa myös vastauksien ymmärrettävyyden parantamiseen. Vastauksien pelkistäminen oli haasteellista johtuen puhekielen ilmauksista ja muutaman sanan pituisista vastauksista. Kvalitatiivisille kysymyksille muodostettiin erilaisia alaluokkia ja alaluokkia jaoteltiin edelleen yläluokkiin.

5 TULOKSET

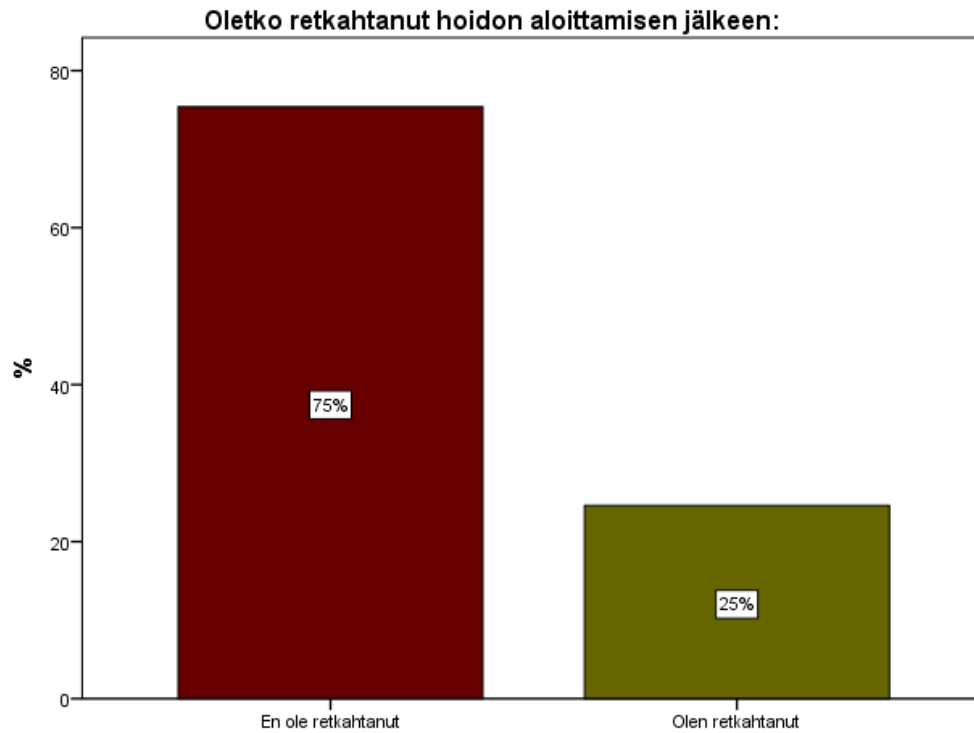
Potilailta kysyttiin kyselyn alkuun, kuinka kauan aikaa on kulunut perushoitajakson aloittamisesta. Kahdeksan potilasta eli 13 % oli aloittanut perushoitajakson alle 12 kk sitten. Potilaista 15 eli 26 % oli aloittanut 1–3 vuotta sitten ja 10 potilasta eli 16 % 3–5 vuotta sitten. Potilaista 17 eli 28 % oli aloittanut hoidon 5–8 vuotta sitten ja 8–12 vuotta sitten aloittaneita oli 11 potilasta eli 18 % (kuvio 2).



KUVIO 2. Perushoitajakson aloittamisesta kulunut aika

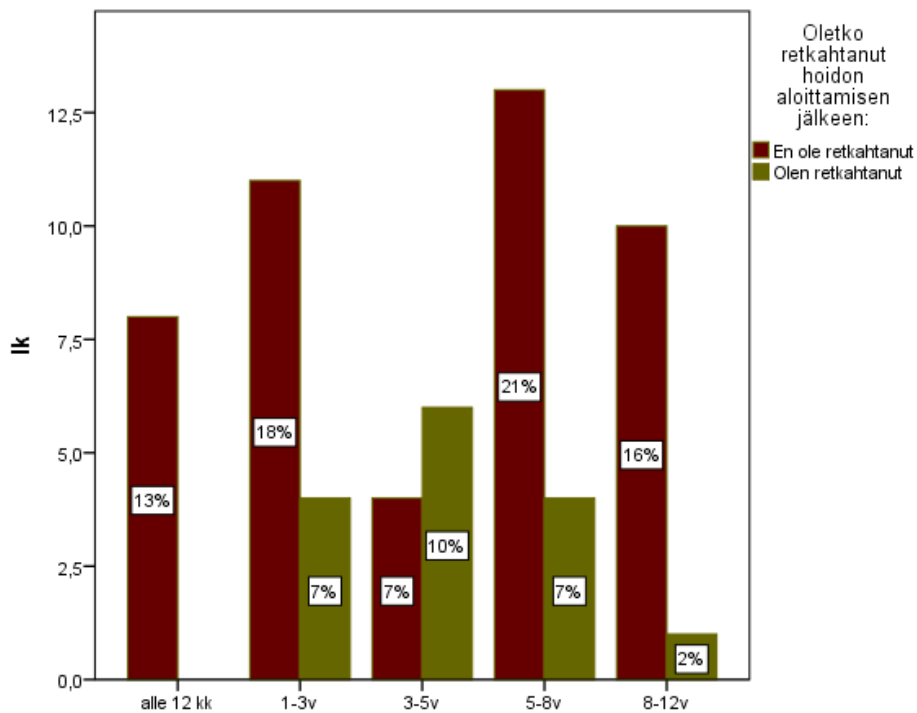
5.1 Retkahdusten määrä

Kyselyssä potilailta kysyttiin, ovatko he retkahtaneet hoidon aloittamisen jälkeen. Hoidon käyneistä kyselyyn vastanneista 61 potilaasta 46 potilasta eli 75 % ei ollut retkahtanut kertaakaan. Retkahtaneita oli 15 potilasta eli 25 % (kuvio 3).



KUVIO 3. Retkahdukset

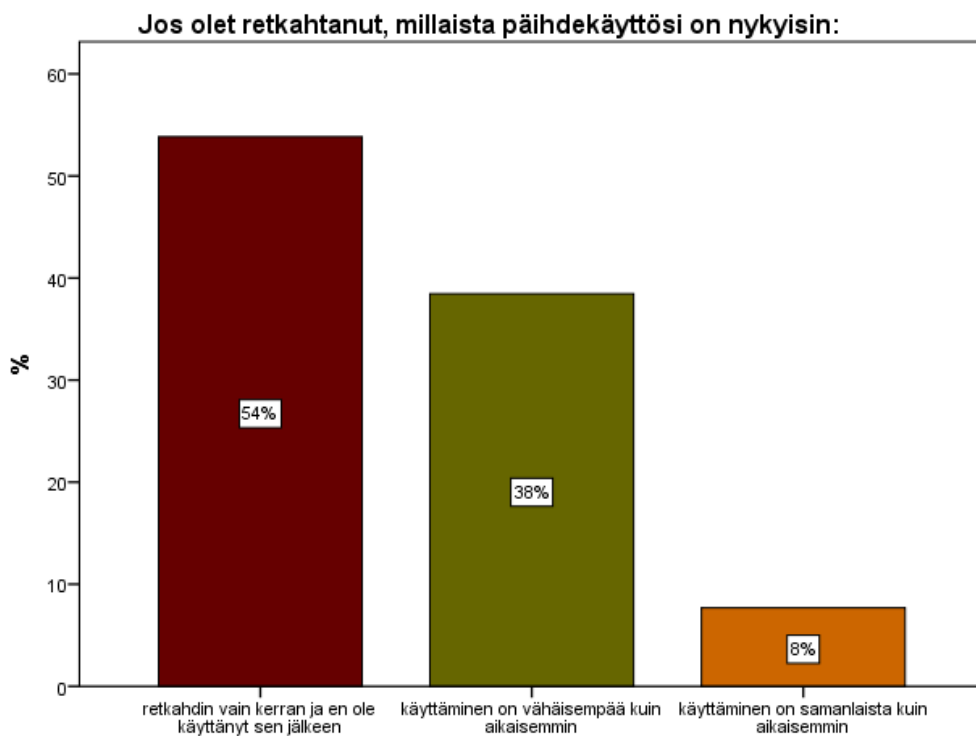
Vertailimme retkahduksia toipumisen eri vaiheissa. Alle 12 kuukautta sitten hoidon aloittaneista kahdeksasta potilaasta kukaan ei ollut retkahtanut. 1–3 vuotta sitten hoidon aloittaneista viidestätoista potilaasta 11 ei ollut retkahtanut, joka oli 18 % kaikista vastanneista. 1–3 vuotta sitten hoidon aloittaneista viidestätoista potilaasta 4 oli retkahtanut, joka oli 7 % kaikista kyselyyn vastanneista. 3–5 vuotta sitten hoidon aloittaneista kymmenestä potilaasta 4 potilasta ei ollut retkahtanut, joka oli 7 % kaikista vastanneista. 3–5 vuotta sitten hoidon aloittaneista kymmenestä potilaasta 6 oli retkahtanut, joka oli 10 % kaikista vastanneista. 5–8 vuotta sitten hoidon aloittaneista seitsemästätoista potilaasta 13 ei ollut retkahtanut, joka oli 21 % kaikista kyselyyn vastanneista. 5–8 vuotta sitten hoidon aloittaneista seitsemästätoista potilaasta 4 oli retkahtanut, joka oli 7 % kaikista vastaajista. 8–12 vuotta sitten hoidon aloittaneista yhdestätoista potilaasta 10 potilasta ei ollut retkahtanut, joka oli 16 % kaikista vastaajista ja vain yksi potilas oli retkahtanut (kuvio 4).



KUVIO 4. Retkahdukset toipumisen eri vaiheissa

5.2 Retkahduksen vaikutus päihteidenkäyttöön

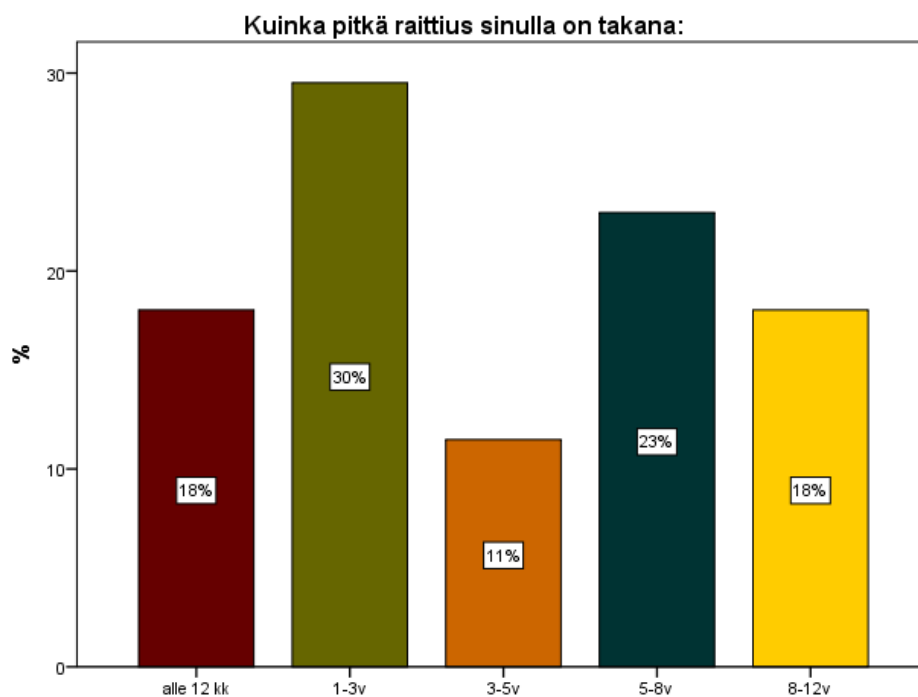
Hoidon aloittamisen jälkeen retkahtaneilta kysyttiin heidän nykyistä päihdekäyttöä. Kyselyyn vastanneista potilaista 54 % eli 7 potilasta vastasi retkahtaneensa vain kerran ja ei ole retkahtanut enää sen jälkeen. Kaikista vastanneista potilaista 38 % eli 5 potilasta vastasi päihdekäytön olevan nykyään vähäisempää kuin aikaisemmin. Vastanneista potilaista 8 % eli yksi potilas vastasi päihdekäytön olevan samanlaista kuin aikaisemmin (kuvio 6).



KUVIO 5. Päihdekäyttö nykyisin

5.3 Raittiuden kesto

Kyselyssä kysyttiin potilaiden raittiuden kestosta hoidon aloittamisen jälkeen. Potilaista 11 oli ollut raittiina alle 12 kk, joka oli 18 % kaikista vastaajista. Potilaista 18 oli ollut raittiina 1–3 vuotta, joka oli 30 % kaikista vastaajista. Potilaista 7 oli ollut raittiina 3–5 vuotta, joka oli 11 % kaikista vastaajista. Potilaista 14 oli ollut raittiina 5–8 vuotta, joka oli 23 % kaikista vastaajista ja 11 potilasta oli ollut raittiina 8–12 vuotta, joka oli 18 % kaikista vastaajista (kuvio 5).

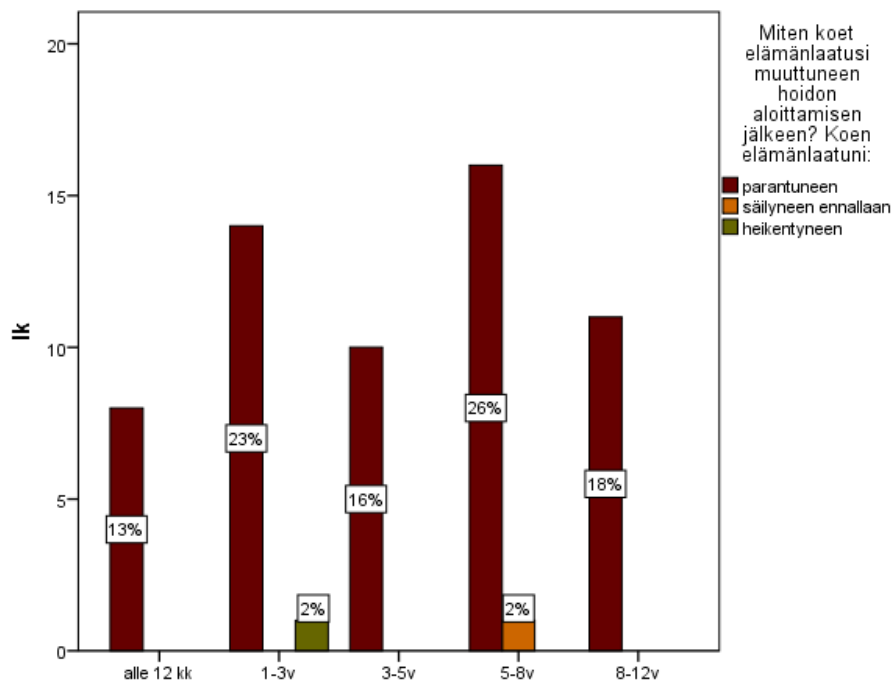


KUVIO 6. Raittiuden kesto hoidon aloittamisen jälkeen

5.4 Elämänlaadun muuttuminen hoidon jälkeen

Alle 12 kuukautta sitten hoidon aloittaneista potilaista kaikki kahdeksan kokivat elämänlaatunsa parantuneen hoidon aloittamisen jälkeen, joka oli 13 % kaikista vastaajista. 1–3 vuotta sitten viidestätoista hoidon aloittaneesta potilaasta vain yksi potilas koki elämänlaatunsa heikentyneen ja 14 potilasta parantuneen, joka oli 23 % kaikista vastanneista potilaista. 3–5 vuotta sitten hoidon aloittaneista potilaista kaikki 10 potilasta kokivat elämänlaatunsa parantuneen, joka oli 16 % kaikista vastaajista. 5–8 vuotta sitten seitsemästätoista hoidon aloittaneesta potilaasta vain yksi potilas koki elämänlaatunsa säilyneen ennallaan ja loput 16 potilasta koki elämänlaatunsa parantuneen, joka oli 26 % kaikista vastaajista. 8–12 vuotta sitten hoidon aloittaneista potilaista kaikki 11 potilasta kokivat elämänlaatunsa parantuneen, joka 18 % kaikista kyselyyn vastaajista.

Kyselyyn vastanneista potilaista 59 eli 97 % kokivat elämänlaatunsa parantuneen. Yksi potilaista eli 2 % koki elämänlaatunsa säilyneen ennallaan ja yksi potilas eli 2 % koki elämänlaatunsa heikentyneen hoidon aloittamisen jälkeen (kuvio 7).



KUVIO 7. Elämänlaadun muuttuminen hoidon aloittamisen jälkeen

5.5 Elämänlaatua parantaneet asiat hoidon aloittamisen jälkeen

5.5.1 Sisältöpäin tuleva muutos

Potilaat kuvasit avoimien kysymyksien vastauksissa monia erilaisia seikkoja, joista saivat apua hoidon edetessä. Monet vastaajista kokivat sisältöpäin tulevan muutoksen tärkeäksi toipumisen ja elämänlaadun paranemisen kannalta. Sisältöpäin tulevaan muutokseen lukeutui opinnäytetyössä mukaan elämänasenteen muutos, oman tilan ymmärtäminen ja oman tilanteen tarkastelu. Nämä olivat myös vastauksissa toistuvia teemoja.

Ryhmässä oman elämäni läpikäyminen ja ymmärrys kuinka paljon pahaa olin tehnyt läheisilleni.

5.5.2 Tiedon saamisen merkitys

Tiedon saamisen merkitykseen lukeutui tiedon saaminen alkoholismista sairautena. Potilaat ymmärsivät, mitä alkoholismi on sairautena ja hyväksyivät oman sairautensa.

Sairauskäsitys, havahtuminen omaan tilaan ja vastuunotto omasta hyvinvoinnista.

5.5.3 Ohjelman sisällön merkitys toipumisessa

Ohjelman sisällön merkitykseen toipumisessa sisältyi ohjelman sisältö, hoidon kesto ja intensiivisyys ja ohjaajan rooli hoidossa. Ohjaajien ammattitaito ja oma kokemus koettiin myös hoitoa vahvistaviksi seikoiksi.

Riittävän intensiivinen ja pitkäaikainen hoito.

Ammattitaitoiset päihdeohjaajat, joilla oma kokemus sairaudesta.

5.5.4 Ulkopuolinen tuki

Ulkopuoliseen tukeen sisältyi läheisten osallistuminen ja ryhmät hoidon ulkopuolelta. Avominnan hoidossa läheiset ovat myös suuri osa hoitoa.

Läheisten kanssa asioiden läpikäyminen ja läheisille saman tiedon saattaminen.

Perhe on auttanut raittiudessaani koko ajan.

5.5.5 Vertaistuen merkitys

Vertaistuen merkitys oli myös merkittävä vastauksissa esiin noussut seikka. Siihen sisältyi ryhmän tuen merkitys. Ryhmän tuen merkitys korostui myös potilaiden avaamissa kokemuksissa. Ryhmän tukeen liittyvät vastaukset käsittelivät aidosti välittämistä, ryhmässä työskentelyä, keskustelua, yhteishenkeä, kokemuksen ja motivaation jakamista ryhmässä ja toisten elämäkokemusten kuulemista.

Vertaistuki oli hienoin ja merkittävin asia. Puhuimme samaa kieltä.

Ryhmäläisten samanlaiset kokemukset, ryhmän yhteishenki ja toisista aidosti välittäminen.

5.5.6 Voinnin paraneminen

Voinnin kokonaisvaltaiseen paranemiseen sisältyi henkisen ja fyysisen kunnon paraneminen. Monet kokivat unen laadun paranemisen ja fyysisen kunnon paranemisen tärkeänä osana hoitoa.

Koen ja nautin elämästä aikaisempaa selvästi enemmän. Fyysinen ja psyykinen kunto on selvästi parantunut.

5.5.7 Toinen hoito ohjelman rinnalla

Toinen hoito ohjelman rinnalla luokkaan sisältyi läheisriippuvuushoito, joka koettiin erittäin tarpeelliseksi alkoholismin hoidon rinnalle.

Mielestäni läheisriippuvuushoito on alkoholismin hoidon rinnalla erittäin hyvä.

5.6 Potilaiden kokemuksia hoidosta

5.6.1 Positiiviset kokemukset

Potilailta kysyttiin heidän kokemuksiaan hoidosta. Suurin osa potilaista osasi nimetä hoidossa joitain positiivisia kokemuksia. Positiivisiin kokemuksiin sisältyi kokemus hoidossa etenemisestä, silmien avautuminen oman sairauden osalta ja ohjaajien kanssa työskentely. Hoidossa etenemiseen sisältyi raittiuden juhlistaminen, asioiden suoraviivainen käsittely, hoidossa pidemmällä olevien kanssa ajatusten jakaminen, hoidon pituus ja hoitokertojen rytmitys. Positiiviseksi potilaat kokivat myös ryhmässä työskentelyn, sairaudesta tiedon saamisen, hoidon tehokkuuden, hoitofilosofian ja itsensä kohtaamisen eri lailla kuin koskaan aiemmin. Itsensä kohtaaminen eri lailla kuin koskaan aiemmin sisälsi pienryhmäilloissa itsensä kohtaamisen, avoimuuden merkityksen toipumisessa ja rehellisyyden merkityksen toipumisessa. Positiivista oli myös elämänhalun löytyminen, rakkaus ja kiitollisuus, hoidon käyminen työn ohessa, elämäkertojen käsittely, mukavuuden käydä, Riihimäen väen vierailut ja retkahduksen jälkeen hyvin mukaan pääsy.

Yli kymmenen vuoden jälkeen muistan vain, että siellä oli mukava käydä ja tutustua vertaisiinsa.

Pelkästään hyviä. Juuri se tunne, että minusta välitettiin.

5.6.2 Negatiiviset kokemukset

Negatiivisiin kokemuksiin sisältyi ohjauksen puutteellisuus, hoidon mekaanisuus, vapaan keskustelun puuttuminen, uskonnollissävyytteisyys, asioiden ankara käsittely, liian suuret ryhmäkoot, vertaiskeskustelujen rituaalisuus, läheispäivä, lahkoutuminen ja vangiksi jääminen menneisyyteen, lääkeriippuvuuden asiaankuulumaton hoito, sukupuolten sekaryhmät, jatkoryhmiin jatkavien pieni määrä, retkahdusten käsittely, amerikkalainen halleluja-tyyli ja mielen sairauksien huono hoito. Negatiivisina asioina muutamilla potilailla nousi esille Avominnen pelko lääkkeitä kohtaan, uskonnollissävyytteisyyden, ohjaajien ulkoa opettelemat lauseet, punaisen kirjan mekaanisen käsittelyn ja sukupuolten sekaryhmät. Esiin nousi myös ohjaajan hyökkäävyys ja ohjelman aivopesumaisuus. Osa potilaista koki ohjelman ankaran luonteen positiivisena piirteenä ja osa negatiivisena. Vastaajat, jotka nimesivät monia negatiivisia seikkoja hoidossa eivät olleet tuoneet esiin lainkaan positiivisia kokemuksia.

En kokenut hyväksi ohjaajien ulkoa opeteltujen iskulauseiden toistelua.

Myös iänkuun vanhan "punaisen kirjan" mekaaninen käsittely ei tuntunut hyödylliseltä. Enemmän olisin kaivannut vapaata keskustelua muiden hoitokeiden kanssa.

Puheenvuorojen eteneminen säädetyssä järjestyksessä ei ollut luontevaa.

5.7 Elämän muuttuminen hoidon aloittamisen jälkeen

5.7.1 Muutokset positiiviseen suuntaan

Muutoksia positiiviseen suuntaan olivat potilaiden mukaan uuden elämän saavuttaminen, sosiaalisten suhteiden paraneminen ja arjen muuttuminen. Uuden elämän saavuttaminen käsitti vastaukset oman moraalien mukaisesta elämästä, uuden elämän saavuttamisesta, elämän olevan juuri sitä mistä aiemmin on haaveillut, myönteisten asioiden tapahtumisen ja elämänlaadun paranemisen. Sosiaalisten suhteiden paraneminen piti sisällään tiiviin perhe-elämän, puolison kanssa välien lähenemisen, parempana vanhempana toimimisen, toisten huomioimisen, perheen kanssa vietetyn tärkeän ajan ja vastakkaisen sukupuolen huomion kiinnittymisen. Arjen muuttuminen sisälsi elämän harrastusten lisääntymisen,

aiempaa rauhallisemman elämän, tekemisen lisääntymisen ja mielekkyyden, työn sujumisen paremmin, jokaisesta päivästä nauttimisen ja elämän helppouden. Positiiviseksi koettiin myös kasvamisen ihmisenä, ongelmiin suhtautumisen muuttumisen, elämänkatsomuksen muuttumisen, henkisen hyvinvoinnin, psyykkisen hyvinvoinnin, fyysisen voinnin paranemisen ja taloudellisten tilanteen paranemisen.

Positiiviset muutokset pitivät sisällään oman elämän hallinnan, oman moraalin mukaisen elämän, uuden elämän saavuttamisen, itseänsä hyväksymisen ja kasvamisen uudelleenlaiseksi ihmiseksi. Monet vastaajista kokivat myös läheisten roolin tärkeämmäksi, raittiuden uudeksi mahdollisuudeksi, monet voivat paremmin ja kokevat elämän muuttuneen sisällöllisesti parempaan suuntaan. Perhesuhteet ovat myös osalla lähentyneet, ahdistuneisuus on helpottunut, tasapaino on löytynyt omaan elämään ja mielenterveydellisten ongelmien hoito on helpottunut.

Elämä on kaikin puolin juuri sitä, mistä haaveilin aiemmin. Nämä kaksi vuotta raittiina ovat olleet elämäni parasta aikaa. Paljon myönteisiä asioita on tapahtunut. Pystyn nykyään toimimaan. Olen hyvin onnellinen, tyydyn vähään ja nautin raittiudestani joka päivä.

Nykyään minulla on elämä. Voin elää oman moraalin mukaista elämää ja sitä kautta ottaa myös muut huomioon.

Sain oikeastaan elämäni takaisin. Olin liukumassa ennen aikaista hautaa.

5.7.2 Ei juuri muutosta

Osa vastasi, ettei merkittäviä muutoksia tapahtunut. He kokivat, ettei ulkoisia isoja muutoksia ollut tapahtunut, parisuhde ei ollut oleellisesti parantunut ja osa päätyi juomaan edelleen, mutta koki raittiiden jaksojen pidentyneen.

Ei ulkonaisesti isoja muutoksia. Raitis elämäntapa on vain kovin hyvältä tuntuva.

Parisuhde ei ole oleellisesti muuttunut läheisemmäksi.

5.7.3 Muutokset huonompaan suuntaan

Osa koki myös huonoja muutoksia tapahtuneen. Nämä vastaukset käsittelivät kaipuuta alkoholin avulla rentoutumiseen, perheen alkoholinkäyttö koettiin masentavana ja osa kärsi myös sosiaalisista ongelmista. Sosiaaliset ongelmat pitivät sisällään yhteisön ulkopuolelle jäämisen eli ei tullut enää kutsuja juhliin, osa ihmissuhteita katkesi ja osa koki yksinäisyyden selkeäksi seuraukseksi. Muutoksia huonompaan suuntaan olivat esimerkiksi koettu yksinäisyys ja ulkopuolisuus, päihdeongelman selviäminen lähipiirille, kaipuu alkoholin avulla rentoutumiseen.

Kylään ja juhliin kutsuja ei juuri satele ja osa ihmissuhteista on loppunut kokonaan.

Yksinäisyys on selkeä seuraus.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys

Tutkimusta tehtäessä tekijän tulee ottaa huomioon monia eettisyyteen liittyviä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus noudattaa tutkimuksenteossa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Tutkimuksen yhtenä lähtökohtana on aina tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeus ja tietoinen suostumus kyselyyn. Tutkimukseen osallistumisen tulee myös perustua vapaaehtoisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 218–219.) Tämän opinnäytetyön lupa myönnettiin Tampereen Avominnestä. Opinnäytetyön aihe on yhdessä työelämäyhteyden kanssa suunniteltu vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Tampereen Avominnen potilaat ovat hoitosopimuksia allekirjoittaessaan saaneet tiedon mahdollisista tutkimuksista, joita tullaan Avominnen nimissä tekemään. He ovat hoitosopimuksessa antaneet luvan kyselyjen lähettämiseksi.

Tutkimusprosessin aikana on huolehdittava, ettei tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa (Eskola & Suonranta 2008, 57). Olemme huolehtineet, että opinnäytetyön tuloksista ei tule ilmi potilaiden henkilöllisyyden tunnistamisen mahdollistavia seikkoja. Pelkistettäessä potilaiden vastauksista poistettiin kaikki yksittäiset tiedot, joista potilaita olisi ollut mahdollista henkilöidä. Opinnäytetyön prosessin jälkeen kaikki saatu aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Anonymiteetin takaamiseksi valitsimme kyselyn tekemisen menetelmäksi sähköisen kyselylomakkeen.

Toisen kirjoittamaa tekstiä ei tule kopioida suoraan vaan se tulee kirjoittaa uudelleen omin sanoin ja lähde merkitä tarkasti (Hirsjärvi ym. 2009, 26). Lähteitä valittaessa tulee aina kiinnittää huomiota niiden luotettavuuteen ja laatuun. Lähteiden tulkinnassa ja referoinnissa vaaditaan myös tarkkuutta. Lähteiden tulisi olla mahdollisimman uusia, sillä tutkimustieto muuttuu ja päivittyy usein. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Opinnäytetyötä tehdessä otimme huomioon kriittisyyden lähteitä valittaessa. Lähteitä valittaessa kiinnitimme huomiota lähteiden ikään. Lähteet ovat opinnäytetyössämme pääsääntöisesti 10-vuoden sisäلتä. Olemme huolehtineet opinnäytetyössä lähteiden asianmukaisesta merkitsemisestä ja kunnioittaneet kirjoittajien tekstiä kopioimatta sitä. Opinnäytetyön tulosten raportoinnissa on noudatettu tarkkuutta ja rehellisyyttä. Työn tärkeät tulokset on raportoitu tarkasti ja niitä ei ole muutettu niin, että asiasisältö muuttuisi.

Opinnäytetyön kyselyssä saadut vastaukset ovat ainoastaan työn tekijöillä. Kyselyn vastaajat säilyivät nimettöminä koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa allekirjoitimme Avominnan kanssa yhteistyössä salassapitosopimuksen, jota olemme koko opinnäytetyön prosessin ajan noudattaneet. Tulosten raportoinnissa on pyritty noudattamaan avoimuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Emme ole jättäneet mitään vastauksia pois työstämme. Avoimissa kysymyksissä osa vastaajista jätti tyhjiä vastauksia, jotka on työssämme jätetty huomioimatta. Tyhjät avoimet vastaukset olivat ongelmallisia ja saattavat jossain määrin vääristää tuloksia. Lopulliseen tulosten analysointiin otimme mukaan vain vastaukset joiden tunnistekoodit ovat virheettömästi täytettyjä. Väärillä tunnistekodeilla täytetyt vastaukset poistettiin ja jätettiin kokonaan kyselyn ulkopuolelle.

6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa pohditaan sen reliabiliteettia ja validiteettia. Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri kyseistä ilmiötä. Käsitteet, perusjoukko ja muuttujat tulee määritellä huolella. Aineiston kerääminen ja luotu mittari tulee suunnitella tarkasti. Tulee huolehtia, että mittarin kysymykset kattavat koko tutkimusongelman. Reliabiliteetti kuvaa tulosten tarkkuutta. Tämä tarkoittaa mittausta toistettaessa saman mittaustuloksen saamista toisellakin kerralla riippumatta tutkijasta. Mittarin kokonaisluotettavuuden muodostavat tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus yhdessä. (Vilka 2015, 193–194.)

Tutkijan tulisi huomioida kysymysten yksiselitteisyys tutkimuskysymyksiä muodostaessaan. Vastaajien tulisi kaikkien ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Kysymysten oikeaoppinen muotoilu on osa tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 202.) Hyvän tutkimuslomakkeen alkuun on sijoitettu helppoja kysymyksiä, joissa kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Lomake ei saa olla liian pitkä ja kysymysten vastauksien tulee olla helppo syöttää ja käsitellä. (Heikkilä 2014.) Kyselylomakkeen avoimet kysymykset eivät voi olla sellaisia, että ne edellyttävät valitsemaan annetuista vastausvaihtoehdoista vaan vastaajien tulee antaa vastata omaehtoisesti (Vilpas n.d).

Opinnäytetyön kyselylomaketta muokatessa huomioitiin, että se mittaisi oikeita asioita ja olisi mahdollisimman ymmärrettävä. Määrälliset suljetut kysymykset olivat melko hyvin jäsenneiltyjä ja vastasivat opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Laadulliset kysymykset muistuttivat sisällöltään liian paljon toisiaan ja niiden vastaukset olivatkin suoraan päällekkäisiä ja toistivat samoja teemoja. Erityisesti kysymys kuusi oli huonosti muotoiltu ja vastauksia tarkasteltaessa päällekkäisyyksiä oli vastauksissa hyvin paljon. Vastaukset toistivat kysymyksessä mainittuja teemoja yksittäisinä sanoina ja vajavaisina lauseina. Harva potilas toi esiin uutta sisältöä vastauksessaan. Suuri osa vastauksista oli lyhyitä ja luettelomaisia eli sisällönanalyysin tekemisen kannalta haasteellisia ja aikaa vieviä. Kyselylomakkeen kolme laadullista kysymystä olisi täytynyt muokata kokonaan uudelleen parempien tuloksien saamiseksi. Valmiiksi annetut vastausmahdollisuudet saattoivat myös vääristää vastauksia, koska ne eivät rohkaise omaehtoiseen ajatteluun. Kysymyksistä varsinkin numero kuusi tarjosi valmiiksi vastauksia, jotka saattoivat ohjailta vastaajia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa käytetään kriteereinä uskottavuutta, vahvistettavuutta, siirrettävyyttä ja reflektiivisyyttä. Tutkimuksen tekijän tulee huolehtia, että tulokset kuvaavat tutkimuksesta saatuja vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan tutkimuksen tuloksia tämän perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139). Vilka (2015, 197) kuvaa jokaisen kvalitatiivisella menetelmällä tehdyn tutkimuksen olevan erilainen. Samaa tutkimusta ei voi kukaan toistaa sellaisenaan, sillä toiset tutkijat voisivat päätyä aivan eri tuloksiin luokitellessa. Olemme kuvanneet aineiston analyysiä ja tuloksia mahdollisimman tarkasti ja selkeästi, jotta jokaisen lukijan olisi mahdollista seurata opinnäytetyömme etenemistä. Tässä opinnäytetyössä keskityttiin tarkkaan aineiston käsittelyyn. Luokiteltaessa ja pelkistäessä huolehdimme, etteivät potilaiden alkuperäisilmaukset muutu.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Tutkimusprosessin ja analyysin tarkka kuvaaminen on tärkeää tämän mahdollistamiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 198). Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdista ja kykyä arvioida sitä, kuinka itse vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimusprosessia ja sisällönanalyysiä.

Potilaiden vastauksia on lainattu opinnäytetyöhömmme avaamaan saamiemme tulosten sisältöä. Opinnäytetyön sisällönanalyysissä pyrittiin objektiivisuuteen, etteivät omat mielipiteet vääristäisi tulosten luokittelua.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen toteutuksesta. Tarkkuutta vaaditaan kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta pyrimme lisäämään saatekirjeiden ja henkilökohtaisten tunnistekoodien avulla. Saaduista vastauksista karsittiin ne, joissa koodit eivät olleet oikein. Oikeiden tunnistekoodien avulla onnistuttiin karsimaan paljon vääriä ja ylimääräisiä vastauksia. Koodi olisi kuitenkin voinut olla tarkemmin määritelty ja rajattu valmiiksi esimerkiksi kokonaisluvuksi. Rajaava tunnistekoodi olisi estänyt kokonaan väärin vastauksien syöttämisen järjestelmään. Kyselyn määrällisten kysymyksien vastaukset syötettiin suoraan E-lomake editorilta SPSS- ohjelmaan. Myös avoimet kysymykset vietiin E-lomake editorilta suoraan Exel- ohjelmistoon, josta potilaiden vastaukset kopioitiin Word- ohjelmistoon. Kopioi ja liitä toiminto lisäsi työn tulosten luotettavuutta ja näppäilyvirheiden epätodennäköisyyttä.

Vastauksia analysoitaessa tilastollisen menetelmän ja sisällönanalyysin avulla noudatettiin äärimmäistä huolellisuutta. Yhdessä pohdimme tuloksia ja laskimme tulosten paikkaansa pitävyyden useaan kertaan. Opinnäytetyön tulokset ovat täysin potilaiden vastauksien perusteella laadittuja. Pyrimme koko opinnäytetyön ajan havainnoimaan omaa toimintaamme ja mielipiteitämme. Nämä tiedostaen ja niistä keskustellen pyrimme mahdollisimman objektiiviseen suhtautumiseen. Opinnäytetyön aineisto oli koko prosessin ajan ainoastaan meidän hallussa ja saavuttamattomissa ulkopuolisilta. Opinnäytetyöprosessin jälkeen aineisto hävitettiin.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusjoukon olisi suotavaa olla vähintään 100 vastaajaa, sillä suurempi määrä antaa luotettavamman tuloksen tutkittavasta asiasta (Vilka 2007, 17). Tutkimusjoukon pienuus heikentää opinnäytetyömmme tulosten luotettavuutta. Saatujen tuloksien määrän vuoksi analysoimme avoimet kysymykset laadullisin menetelmin. Laadullisen sisällönanalyysin avulla potilaiden vastauksista on mahdollista saada kattavampia, tarkempia ja kuvailevampia vastauksia. Opinnäytetyön saatekirje postitettiin kaikille 226, joista vain 27 % eli 61 potilasta vastasi kyselyymme. Kyselyn tulokset kertovat Avominnan hyvistä hoitotuloksista. Vastausprosentin takia on kuitenkin mahdotonta pitää kyselyä täysin luotettavana. On mahdotonta tietää juuri, ketkä ihmiset jäivät

kyselyn ulkopuolella. On mahdollista, ettei kysely tavoittanut juuri niitä henkilöitä, jotka eivät ole saaneet hoidosta apua.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tampereen Avominnen hoito pohjaa 12 askeleen ammatilliseen ohjaukseen ja ryhmäterapiaan. Avominnessä hoidon tavoitteena on täysraittius ja sitoutuminen päihteettömään elämään. Tämä on suuri määrä ajatellen, että osa potilaista oli aloittanut hoidon jo yli 8-vuotta sitten. Suurin potilasjoukko oli ollut raittiina 1–3 vuotta hoidon aloittamisen jälkeen. Vastauksia tuli melko tasaisesti kaikilta vuosiväleiltä 1–12 vuoden ajalta.

Keson Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type Traditional Treatment tutkimus vertailee Minnesota-mallisen hoidon ja perinteisten hoitometodien tuloksellisuutta keskenään. Tutkimuksessa oli mukana Minnesota-mallista hoitoa noudattava Kalliolan klinikat ja perinteistä hoitometodia noudattava Järvenpään sosiaalisairaala. Tutkimukseen osallistui yhteensä 141 potilasta, jotka satunnaistettiin näihin kahteen hoitolaitokseen. Tutkimuksesta ilmeni, että Minnesota-mallinen 12 askeleen hoito on tehokkaampaa monella eri osa-alueella kuin perinteinen psykososiaalinen hoito. Minnesota-mallinen hoito oli huomattavasti enemmän kannustavaa, rohkaisevaa ja huomioi henkilökohtaiset ongelmat yksilöllisemmin ja paremmin kuin perinteisessä hoidossa. Vuoden kuluttua hoidosta 14 % Minnesota-mallisen hoidon käynneistä potilaista oli pysynyt täysraittina ja perinteisen hoitomuodon käyneistä potilaista vain 1,9 % oli pysynyt täysraittina. (Keso & Salaspuro 1990.)

Tampereen Avominnen retkahtaneiden potilaiden hoidon aloittamisesta oli kulunut aikaa 1–12 vuotta, joten ei voida sanoa mitään tiettyä ajankohtaa, milloin potilaat olisivat retkahtaneet. Transteoreettisen muutosvaihemallin esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistelu- ja ylläpitovaihe näkyvät potilaiden toipumisessa (Marttila 2010). Muutosvaihemalliin kuuluu myös olennaisena osana retkahtaminen ja se on osana alkoholiriippuvaisen muutosprosessia. Retkahdusten kautta henkilö tunnistaa vaikeisiin tilanteisiin ja sortumiseen johtaneita piirteitä. Näiden piirteiden tunnistaminen ja niistä oppiminen auttaa tulevaisuudessa selviämään vaikeista tilanteista ilman retkahtamista. (Kyngäs ym. 2007, 93.)

Tampereen Avominnen potilaista 25 % oli retkahtanut hoidon aloittamisen jälkeen. Myös Lauri Keson tutkimuksessa vuoden mittaisessa seurannassa olleita potilaita retkahti molemmissa hoitomuodoissa. Retkahduksia oli kuitenkin enemmän perinteisessä hoitomuodossa kuin Minnesota-mallisessa hoidossa. (Keso & Salaspuro 1990.) Useimmat joutuvat käymään muutosvaihemallin kokonaisuudessaan läpi kertaalleen ennen kuin välttyään ongelman uusiutumislta (Koski- Jännes ym. 2008, 30–31). Tampereen Avominnessä retkahtaneista potilaista 54 % vastasi retkahtaneensa vain kerran ja ei ole enää sen jälkeen käyttänyt päihkeitä ja vastanneista 38 % vastasi päihdekäytön olevan vähäisempää kuin aikaisemmin. Tulosten perusteella Avominnen hoito on vaikuttanut positiivisesti näidenkin potilaiden päihdekäyttöön. Vain yksi potilas vastasi päihdekäytön olevan samanlaista kuin aikaisemmin.

Tampereen Avominnen potilaat käsittelivät kvalitatiivisten kysymyksen vastauksissa monia juuri Minnesota- malliselle hoidolle ominaisia piirteitä, joita muissa hoidoissa ei ole. Potilaat kokivat elämänlaatua parantaviksi seikoiksi sisältäpäin tulevan muutoksen, sairaudesta tiedon saamisen, ohjelman sisällön toipumisessa, ulkopuolisen tuen kuten läheisten tuen ja vertaistuen merkityksen hoidon edetessä. Myös voinnin kokonaisvaltainen paraneminen ja läheisriippuvuushoito koettiin tärkeiksi seikoiksi ohjelman rinnalla hoidon edetessä. Potilailla oli hoidosta enimmäkseen vain positiivisia kokemuksia. Näitä kokemuksia olivat muun muassa hoidossa eteneminen, sairaudesta tiedon saaminen, ryhmässä työskentely, hoidon tehokkuus ja oman itsensä kohtaaminen eri lailla kuin koskaan aiemmin. Muutamilla potilailla oli myös negatiivisia kokemuksia, joita olivat muun muassa ohjauksen puutteellisuus, uskonnollisävytteisyys ja liian suuret ryhmäkoot.

Potilaat kokivat monenlaisia muutoksia elämässään hoidon aloittamisen jälkeen. Muutoksia positiiviseen suuntaan olivat uuden elämän saavuttaminen, sosiaalisten suhteiden paraneminen ja arjen muuttuminen. Osa potilaista kokivat, ettei elämässä ole merkittäviä ulkoisia muutoksia tapahtunut eikä parisuhde ole oleellisesti parantunut. Jotkut kokivat myös huonoja muutoksia tapahtuneen, joita olivat sosiaaliset ongelmat ja kaipuu alkoholilla rentoutumiseen. 97 % Tampereen Avominnen potilaista koki kuitenkin elämänlaatusa parantuneen hoidon aloittamisen jälkeen. Kvantitatiivisten vastauksien perusteella voidaan todeta Avominnen tarjoaman hoidon olevan tuloksellista ja elämänlaatua parantavaa. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että Tampereen Avominnen hoidon käyneet potilaat ovat tyytyväisiä hoitoon.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö koostuu pienen ihmisjoukon vastauksista. Minnesota-mallisten hoitojen toimivuutta, tehokkuutta ja taloudellisuutta tulisi selvittää kattavammalla ja suuremmalla kvantitatiivisella tutkimuksella. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla tämänkaltaisten pienempien yksityisten toimijoiden tarjoamien hoitojen tuloksellisuuden kartoittaminen. Lisäksi voisi myös tutkia ja vertailla yksityisten ja kunnan pääasiallisesti tarjoamien hoitojen välisiä eroja tuloksellisuudessa ja taloudellisuudessa. Minnesota-mallisista hoitoista löytyy paljon tietoa ulkomaalaisista lähteistä. Suomessa aihetta on tutkittu hyvin vähän. Varsinkin näin valtavan kansanterveydellisen ja taloudellisen ongelman äärellä tulisi pyrkiä mahdollisimman hyviin ja pitkäkestoisiin tuloksiin.

LÄHTEET

Aalto, M. & Kaarne T. 2016. Milloin alkoholi aiheuttaa työkyvyttömyyden. Lääkärilehti (71), 397. Luettu: 8.3.2017.

<http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/milloin-alkoholi-aiheuttaa-tyokyvyttomyyden/>

Alkoholiongelman hoito. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu: 25.11.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Arramies, M. & Hakkarainen, T. 2013. Viimeinen pisara. Toipumisen avaimet- tietoa alkoholismista ja läheisriippuvuudesta. Jelgava: Avominne Oy

Avominne Päihdeinfo. 2012. Luento. Tampereen päihdeinfo. 20.9.2016. Tampere: Avominne Oy

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Hazelden Betty Ford Foundation. The Minnesota Model. N.d. Luettu: 8.3.2017.

<http://www.hazeldenbettyford.org/articles/the-minnesota-model>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Luettu: 31.11.2016.

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huebner, R. & Wolfgang Kantor, L 2011. Advances in Alcoholism Treatment. Luettu: 30.9.2017.

<http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=8b2130f9-a256-43c9-a0a8-6d0db9845ff9%40sessionmgr104>

Huttunen, M. 2015a. Lääkärikirja Duodecim. Juoppohulluus. Luettu: 05.03.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376

Huttunen, M. 2015b. Alkoholiriippuvuus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu: 28.10.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006, Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy

Jääskeläinen, M., Virtanen, S. & Räikkönen, O. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. Luettu: 05.03.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/Paihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1

- Kananen, J. 2008. Kvantti- Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Keso, L. & Salaspuro, M. 1990. Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: A Randomized Clinical Trial on Hazelden-Type and Traditional Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 14 (4), 584–589.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy
- Maltzman, I. 2008. Alcoholism: Its Treatments and Mistreatments. Luettu: 30.9.2017. <http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c8e81219-337d-4f55-8243-900b6cc2150b%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=236101&db=nlebk>
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. Riippuvuus hallitsee elämää. N.d. Luettu: 8.3.2017. http://www.mll.fi/nuortennetti/paihteet/paihderiippuvuus/riippuvuus_hallitsee/
- Manzardo, A. 2008. Alcoholism: the facts. Luettu: 2.10.2017. <http://web.a.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzQ2NzY2Ni9fQU41?sid=2861f1d7-9105-488f-bced-604972edd8a0@sessionmgr4010&vid=0&format=EB&rid=1>
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Duodecim. Luettu: 08.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=34E947861B349355344D2DB7B12469C4?id=nix01668>
- Mäkelä, P. & Österberg, E. 2016. Lääkärilehti: Alkoholinkulutus, juomatavat ja alkoholipolitiikka. Luettu: 05.03.2017. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alkoholinkulutus-juomatavat-ja-alkoholipolitiikka/?pub-lic=e57295e6e7598e2a4bf7689f7ce3a4a88>
- Oinas- Kukkonen, H. 2013. Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttava oppimisprosessina Minnesota- hoidossa. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202969.pdf>
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- RARHA. 2016. RARHA- hankkeen kannanotto. Luettu: 04.03.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131830/RARHA_kannanotto_ris-kit.pdf?sequence=1
- Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy
- Seppälä, T. 2015. Alkoholiriippuvuus. Päihdelinkki. Luettu: 30.11.2016 <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-terveys/alkoholiriippuvuus>

- Simojoki, K. 2015. Kahdentoista askeleen hoidon vertailu muihin hoitomuotoihin alkoholi-ongelman hoidossa. Luettu: 10.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus.jsessionid=30C48EA468E5C294589592A893686388?id=nak04632>
- Stenberg, J-H., Service, H., Saiho, S., Pihlaja, S., Koivisto, E-M., Holli, M. & Joffe, G. 2014. Irti alkoholista. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja tekijät
- Suomen mielenterveysseura. N.d. Riippuvuusongelmat. Luettu: 8.3.2017. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/riippuvuusongelmat>
- Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. 2009. Irti päihdeongelmista. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Pohjoismaiden alkoholitilasto. Luettu: 12.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/pohjoismainen-alkoholitilasto>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Alkoholi ja mielenterveys. Luettu: 10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-ja-mielenterveys>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Alkoholi ja ruuansulatuskanava. Luettu: 10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-ja-ruoansulatuskanava>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016c. Alkoholi ja syöpäriski. Luettu:10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-ja-syopariski>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016d. Riippuvuutta aiheuttavien aineiden vertailu. Luettu:10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeetyo/keskeiset-kasitteet/paihteiden-riippuvuus-vertailu>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Alkoholi. Luettu: 10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi>
- Toikkanen, U. 2012. Minnesota- hoito tähtää täysraittiuteen. Luettu: 8.3.2017. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/minnesota-hoito-8232-tahtaa-taysraittiuteen/>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilpas, P. Kvantitatiivinen tutkimus. Metropolia. N.d. Luettu: 12.11.2016.

<https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>

Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy

LIITTEET

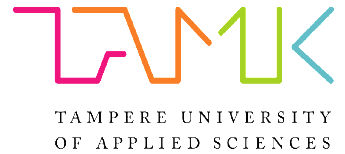
Liite 1. Hoitotulosmittaus Tampereen Avominnelle

1 (2)

1. Kuinka paljon aikaa on kulunut perushoitojakson aloittamisesta
 - alle12kk
 - 1-3v
 - 3-5v
 - 5-8v
 - 8-12v
2. Oletko retkahtanut hoidon aloittamisen jälkeen
 - olen retkahtanut
 - en ole retkahtanut
3. Jos olet retkahtanut, millaista päihdekäyttösi on nykyisin
 - retkahdin vain kerran ja en ole käyttänyt sen jälkeen
 - käyttäminen on vähäisempää kuin aikaisemmin
 - käyttäminen on samanlaista kuin aikaisemmin
 - käyttäminen on rankempaa kuin aikaisemmin
4. Kuinka pitkä raittius sinulla on takana
 - alle 12kk
 - 1-3v
 - 3-5v
 - 5-8v
 - 8-12v
5. Miten koet elämänlaatusi muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen? Koen elämänlaatuni
 - parantuneen
 - säilyneen ennallaan
 - heikentyneen
6. Jos koet elämänlaatusi parantuneen mainitse muutamia hoitoon liittyviä seikkoja, jotka eniten auttoivat sinua. Nämä voivat olla esimerkiksi tietoa sairaudesta, läheisten mukaanotto, jatkohoito, oman elämän käsitteleminen tai jokin muu mielestäsi tärkeä asia.
7. Millaisia kokemuksia sinulla on hoidosta? Voit mainita sekä hyviä, että huonoja kokemuksia.

8. Miten koet oman elämäsi muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen?

Liite 2. Saatekirje kyselyn vastaajille



22.5.2017

Hei Tampereella hoidon käyneet Avominneläiset!

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on mitata Tampereen Avominnen toimipisteen hoitotuloksia. Tarkoituksemme on tulosten avulla tuottaa tietoa Avominnen hoitotuloksista potilaiden kokemuksien näkökulmasta.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen Avominnestä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Olemme tehneet Avominnen kanssa salassapitosopimuksen.

Opinnäytetyömme toteutetaan nimettömänä internet- kyselynä kaikille Tampereella hoidon käyneille. Kyselyyn pääsette vastaamaan Tampereen Avominnen kotisivujen linkin kautta. Linkki tulee näkymään ensimmäisenä sivulla ja siihen tunnistaudutaan tunnistekoodin avulla. Tunnistekoodi näkyy tämän kirjeen vasemmassa yläkulmassa. Koodin kirjoittamisen jälkeen lomakkeella on kahdeksan kysymystä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Tulokset tulevat opinnäytetyöhömmе ja Avominnen käyttöön hoidon laadun kehittelyyn. Opinnäytetyömme tulee Theseus-elektroniseen tietokantaan kaikkien luettavaksi.

Mikäli teillä herää lisää kysymyksiä liittyen opinnäytetyöhömmе, vastaamme mielellämme.

Tiia Purujoki & Emilia Wallenius

Sairaanhoitajaopiskelijat

Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 3. Sisällönanalyysi

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Elämänasenteen muutos raittiuden myötä	Elämänasenteen muutos	Sisältöpäin tuleva muutos	Elämänlaatusi paranemiseen vaikuttaneet seikat hoidossa
Kokonaisvaltainen uusi elämä			
Elämän erilaisiin vastoinkäymisiin ja ilonaiheisiin ei tarvitse enää reagoida juomalla			
Motivaation ylläpitäminen			
Itsevarmuutta tuli lisää			
Havahtuminen omaan tilaan	Oman tilan ymmärtäminen		
Muille anteeksianto			
Vastuunotto omasta hyvinvoinnista			
Itsetutkiskelu ja oman elämän kehittäminen			
Henkinen raittius			
Oman päihdehistorian kunnollinen analysointi			
Oman historian käsittely	Oman tilanteen tarkasteleminen		
Ongelmien ymmärtäminen ja korjaaminen			
Asioiden käsittely			

Rehellisyys itselleen					
Intensiivinen paneutuminen omaan tilanteeseen					
Oman saamattomuuden tunnustaminen					
Sairauskäsityksen ymmärtäminen	Tiedon saaminen alkoholismista sairautena	Tiedon saamisen merkitys			
Alkoholismin käsitteleminen sairautena					
Oman alkoholismin hyväksyminen					
Ymmärrys siitä, että juominen aiheuttaa tietynlaista käyttäytymistä					
Sairauskäsityksen sisäistäminen					
Avominnan henkisten työkalujen käyttö			Ohjelman sisältö	Ohjelman sisällön merkitys toipumisessa	
Tyyneys rukous auttaa ongelmissa					
12 askeleen käyttö hoidossa					
Lupaus paranemisesta					
Avominnan tiukka ja kannustava asenne hoidettavaa kohtaan					
Hoitokertojen rytmitys	Hoidon kesto ja intensiivisyys				
Hoidon kesto					
Ammattitaitoiset oman kokemuksen omaavat päihdeohjaajat	Ohjaajan rooli hoidossa				

Tunne siitä, että välitetään			
Konkreettinen tuki			
Läheisten kanssa asioiden läpikäyminen	Läheisten osallistuminen	Ulkopuolinen tuki	
Läheisille sairauteen liittyvän tiedon saattaminen			
Läheisten mukaan ottaminen hoitoon			
Läheisten kannustaminen			
Läheispäivä			
AA-ryhmien tuki rinnalla	Ryhmät hoidon ulkopuolella		
Vertaistuki oli hienoin ja vaikuttavin asia hoidossa	Ryhmän tuen merkitys	Vertaistuen merkitys	
Hoidosta saatava tuki omaan yrittämiseen			
Ryhmäläisten samantyyppiset kokemukset ja yhteishenki			
Hoidon käyneiden ja hoidossa olevien ryhmäläisten tuki			
Ryhmässä oman elämäni läpikäyminen			
Fyysisen kunnon kohentaminen	Henkisen- ja fyysisen kunnon parantaminen	Voinnin parantaminen	
Henkisen kunnon kohentaminen			
Unen ja levon merkittävä lisääntyminen			

Läheisriippuvuushoito alkoholismin hoidon rinnalle	Läheisriippuvuushoito	Toinen hoito ohjelman rinnalla	
--	-----------------------	--------------------------------	--

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Raittiuden juhlistaminen	Hoidossa eteneminen	Positiiviset kokemukset	Millaisia kokemuksia sinulla on hoidosta? Voit mainita sekä hyviä, että huonoja kokemuksia.
Hoidossa alussa olvien opastaminen			
Asioiden suoraviivainen käsittely			
Hoidossa pidemmällä olevien ajatukset antoivat perspektiiviä			
Hoidon pituus			
Hoitokertojen rytmitys ja tinkimättömyys auttoivat			
Auttoi ymmärtämään toisia ongelmaisia	Silmien avautumisen sairauden osalta		
Infopalaverissa havahduttaminen sairauden etenemiseen			
Vapautumisen tunne			
Alkoholismi on sairaus muiden joukossa			
Ohjaajat olivat hyviä	Ohjaajien kanssa työskentely		
Asiallista ja mukavaa henkilökuntaa			
Ammattitaitoinen ohjaus hoidon aikana			

Ohjaajan sanat, jotka tulivat sydämestä			
Asiallisia ja mukavia vertaisia	Ryhmässä työskentely		
Joukkoon kuuluminen			
Ryhmään oli mukava liittyä, lähtökohdat olivat samanlaisia ja ymmärsimme toisiamme			
Alkoholismi on sairaus muiden sairauksien joukossa	Sairaudesta tiedon saaminen		
Retkahtamiset ja kuolemat muistuttavat siitä kuinka vakava sairaus on kyseessä			
Hoito oli tehokasta ja tulokset näkyvät nopeasti	Hoidon tehokkuus		
Intensiivistä ja tehokasta hoitoa			
Hoito tuo hyvin konkreettisesti ongelmat esiin			
Avominnen hoitofilosofia on sopinut minulle erittäin hyvin	Hoitofilosofia		
Hoito oli motivoivaa, osallistuminen antoisaa ja kannustavaa			
Pienryhmäilloissa itsensä kohtaaminen eri tavalla kuin koskaan aiemmin	Itsensä kohtaaminen eri lailla kuin koskaan aiemmin		
Avoimuus on avain toipumiseen			

Rehellisyys on avain toipumiseen			
Vihan ja katkeruuden muuttuminen hiljalleen kiitollisuudeksi	Elämänhalun löytäminen, rakkaus ja kiitollisuus		
Rakkauden ja elämänhalun löytäminen			
Hoidossa käyminen työn ohessa, jolloin arkeen paluu helpompaa	Hoidon käyminen työn ohessa		
Oman elämäkerran käsittely	Elämäkertojen käsittely		
Hoidossa oli mukava käydä	Mukava käydä		
Riihimäen väen vierailut Tampereella olivat hyvää vaihtelua	Riihimäen väen vierailut		
Retkahduksen jälkeen pääsin taas hyvin hoitoon kiinni	Retkahduksen jälkeen hyvin mukaan pääsy		
Huonoja puolia olivat ohjaajan poisjänti kesken vuoden	Ohjauksen puutteellisuus	Negatiiviset kokemukset	
Lähes vuoden jatkohoito pelkällä vertais- tuella			
Ohjaajien tulisi osallistua suunnitelmallisesti myös jatkohoidon puolella			
Ohjaajan liian hyökkäävä asenne asiakkaita kohtaan			
Hoidon loppupuolella pitäisi olla henkilökohtaista keskustelua			

Ohjaajien ulkoa opet- telemat iskulauseet ja niiden toisteleminen	Hoidon mekaani- suus		
Vanhan punaisen kir- jan mekaaninen käsit- tely			
Vapaan keskustelun uupuminen	Vapaan keskuste- lun puuttuminen		
Puheenvuorojen ete- neminen säädetyssä järjestyksessä			
Uskonnollissävyyttei- syys	Uskonnollissävyyt- teisyys		
Päivä kerrallaan kirjan uskonnollissävyyttei- syys			
Vertaiskeskustelujen pakotettu rituaalimai- suus			
Ankaraa käsittelyä ajoittain	Asioiden ankara käsittely ajoittain		
Liian suuret ryhmät	Liian suuret ryh- mäkoot		
Läheispäivä ei ollut hyvä kokemus	Läheispäivä		
Osa hoidettavista hen- kilöistä liittyy osaksi lahkoa ja jää entisen elämänsä vangiksi	Lahkoutuminen ja vangiksi jääminen menneisyyteen		
Bentsodiatsepiini riip- puvuus hoidettiin asi- antuntemattomasti ja jopa hengenvaaralli- sesti seurauksena tila- päinen psykoosi	Lääkeriippuvuuden asiaankuulumaton hoito		
Naisena kokemus huonommasta hoi- dosta miesten rinnalla	Sukupuolten seka- ryhmät		

Tarve erillisille miesten ja naisten ryhmille			
Hoidon käyneiden jatkaminen jatkoryhmiin vähäistä	Jatkoryhmiin jatkavien pieni määrä		
Retkahdusten käsittely tuomitsemalla eli mieluummin kannustusta	Retkahdusten käsittely		
Amerikkalaisen ”halleluja” tyyppiset piirteet hoidossa	Amerikkalainen halleluja- tyyli		
Avominnen heikkous on mielen sairauksien hoito raittiudella. Lääkkeiden käyttöä pelätään	Mielen sairauksien huono hoito		

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Oman moraalin mukainen elämä	Uuden elämän saavuttaminen	Muutokset positiiviseen suuntaan	Miten koet oman elämäsi muuttuneen hoidon aloittamisen jälkeen
Uuden elämän saavuttaminen			
Elämä on kaikin puolin juuri sitä, mistä haaveilin aiemmin			
Raivaus on säilynyt ja osa ongelmista on ratkennut			
Paljon myönteisiä asioita on tapahtunut			
Elämänlaatu on parantunut			
Tiivis perhe-elämä	Sosiaaliset suhteet parantuneet		
Ihmissuhteet parantuneet			
Vaimon kanssa suhde on lähentynyt			
Toimiminen parempana vanhempana			
Voin ottaa myös muut huomioon			
Suhteet lapsiin ovat hyvät, mikä on erittäin tärkeää			
Saan viettää perheeni kanssa hyviä hetkiä ja päiviä			
Vastakkainen sukupuoli huomioi enemmän			

Elämä on rauhallisempaa	Arjen muuttuminen		
Elämä on saatu järjestykseen			
Elämä on helppoa, mutta ei silti tylsää			
Saan herätä joka aamu muistaen edellisen päivän.			
Harrastukset ovat lisääntyneet			
Kaikesta tekemisestä on tullut mukavaa ja mielenkiintoista			
Työ sujuu paremmin			
Nautin jokaisesta päivästä			
Uudenlaiseksi ihmiseksi kasvaminen	Kasvaminen ihmisenä		
Oloni on rauhallisempi, helpompi ja vapautuneempi			
Kauna toisia kohtaan kadonnut			
Kasvaminen herkemäksi ja avoimemmaksi			
Pyrin olemaan anteeksiantavaisempi itselle ja toisille			
Ei ole tarve esittää vaan voi olla oma itsensä			
Itseluottamus on parantunut			
On tullut rohkeutta tehdä omat valintani Itseymmärrys on kasvanut			

Osaan arvostaa toista ihmistä ja kertoa sen hänelle			
Suhtautuminen ongelmiin on muuttunut	Ongelmiin suhtautuminen on muuttunut		
Murehtiminen on vähentynyt			
Vointi pysyy hyvänä kun, muistaa hoitaa itseään			
Mikään ei tunnu ylivoimaiselta			
Ylpeys ja tyytyväisyys omaan toimintaan			
Elän nyt myös enemmän hetkessä		Elämäkatsomus muuttunut	
Elämä on ollut kevyempää			
Raittiina olo tuntuu kaiken aikaa helpommalta			
Arvot ovat muuttuneet toisenlaiseksi ja ihmisläheisemmäksi			
Läheiset ja oma hyvinvointi ovat tulleet tärkeimmäksi			
Olen ajoittain tyytyväinen itseeni	Henkinen hyvinvointi		
Henkinen huono olo on kadonnut			
Usko omaan itseensä on palannut			

Henkinen olo parantunut			
Enää ei tarvitse kärsiä itseinhosta ja moraalisesta rappiosta			
Olen päässyt eroon paniikkihäiriöstä ja osasta peloistani	Psyykinen hyvinvointi		
Tunnistan tunteitani ja osaan käsitellä niitä			
Nyt mielenterveysongelmien hoitaminen onnistuu			
Ajatukset eivät enää jatkuvasti pyöri alkoholin ympärillä			
Mieli ja tunteet ovat tasaantuneet			
Masennus on parantunut			
Ahdistus on hävinnyt	Fyysinen vointi on parantunut		
Uni on luonnollista, levollista ja riittävää			
Fyysinen olo parantunut			
Terveys on parantunut			
Raha-asiat ovat normalisoituneet	Taloudellinen tilanne parantunut		
Rahaa säästyy			
Enää ei tarvitse piilottaa itseään peläten asioiden paljastumista			

Ei ulkonaisesti isoja muutoksia	Muutosta ei ole tapahtunut	Merkittävää muutosta ei ole tapahtunut
Parisuhde ei ole oleellisesti muuttunut lähemmäksi	Parisuhde pysynyt ennallaan	
Retkahtelen edelleen silloin tällöin juomaan, mutta raittiit jaksot ovat pidentyneet	Pyrkimys raittiuteen jatkuu edelleen	
Ajoittain kaipuu alkoholilla saavutettuun rentouden tunteeseen	Kaipuu alkoholin avulla rentoutumiseen	Muutokset huomimpaan suuntaan
Kotona alkoholinkäytön seuraaminen masentaa	Perheen alkoholinkäyttö masentaa	
Juhliin ei tule enää kutsuja	Koetut sosiaaliset ongelmat	
Osa ihmissuhteista on loppunut kokonaan		
Yksinäisyys on selkeä seuraus		