

# VERTAISTUEN MERKITYS PÄIHDERIIPPUUUDEN HOIDOSSA MINNESOTA-HOITOYHTEISÖSSÄ

Lotta Simenius  
Maisterintutkielma  
Sosiaalityö  
Yhteiskuntatieteiden ja  
filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2022

# JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Tekijä Lotta Simenius	
Työn nimi Vertaistuen merkitys päihderiippuvuuden hoidossa Minnesota-hoitoyhteisössä	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn tyyppi Pro Gradu- tutkielma
Aika Kevät 2022	Sivumäärä 74 sivua, 2 liitettä
Ohjaaja Kati Närhi	
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämän Pro Gradu- tutkielman aiheena on päihderiippuvuudesta toipuvien henkilöiden subjektiiviset kokemukset vertaistuesta Minnesota-hoitoa toteuttavassa Maivita Oy:n päihdehoitolaitoksessa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia merkityksiä kuntoutujat antavat vertaistuelle ja siihen olennaisesti liittyvälle yhteisölliselle hoidolle omista kirjoituksissaan Minnesota-hoidon kehyksissä. Tutkimusaineisto koostuu viiden Maivita Oy:n jatkohoitoryhmässä olevan potilaan kirjoituksista. Tutkielma on laadullinen tutkimus ja analysoin tutkimusaineistoa teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin. Tutkielman kautta nousee esille tutkittavan kokemukset, tunteet ja ääni.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat vertaistuellä olevan merkittävä rooli toipumisessa. Tutkimusaineisto osoitti selvästi, miten moni päihderiippuvuutta sairastava henkilö kokee ja tuntee voimakkaita huonommuuden, häpeän ja epäonnistumisen tunteita. Tutkittavat pitivät tärkeänä sitä, että heitä ymmärrettiin, ja että hoidossa olevat muut vertaiset hyväksyivät heidät juuri sellaisina kuin ovat. Tutkittavat kokivat ammattilaisen ja potilaan välisen luottamuksen kasvavan samalle tasolle asettumisella ja ei-tuomitsevilla asenteilla. Toipuneet painottivat koko hoitoyhteisön merkitystä toipumisprosessissaan, mutta korostivat myös itsestä lähtevän motivaation merkitystä ja halua muuttua. Toipujat kuvaavat, miten he ovat kokeneet syyllisyyden ja häpeän tunteita salatessaan päihteidenkäyttöänsä ja epäonnistuneensa lopettamisyrityksissään. Tutkittavat kokivat saaneensa avun Minnesota-päihdehoidosta, ja he kuvaavat, miten oman tarinan kertominen muille vertaisryhmän jäsenille, ja muiden vertaisten tarinoiden kuunteleminen on ollut käänteentekevää heidän ajatusmallien muovaantumisen ja uuden elämän alulle. Toipujat kuvaavat vertaisryhmien tuoneen heille uusia näkökulmia ja taitoa omien kokemusten reflektointiin. Toipujat kuvaavat voivansa olla vertaisryhmissä omina itsenään, ilman kenenkään tuomitsemista ja arvostelua. Osa toipujista kertoi saaneensa vertaisryhmästä uusia, terveitä ihmissuhteita.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella näen suomalaisen päihdehoitojärjestelmän keskeisenä haasteena sen, että vertaistoimintaan painottuva palvelumuoto on nykyisellään vähäistä, ja että päihderiippuvaiselle tarjottu hoito on pitkälti avokuntoutuksena tapahtuvaa hoitoa, ilman riittävää tuen intensiteettiä. Haasteena on myös päihderiippuvaisten moniongelmaisuus, jossa päihderiippuvuuden lisäksi on myös muita diagnooseja kuten jokin mielenterveydenhäiriö. Suomalaisen päihdehoitojärjestelmän aukkona tutkimukseni mukaan on eri ongelmien hoitaminen omilla yksiköissään, kun kaikkia ongelmia voisi potilaan kannalta mielekkäämmiin hoitaa keskitetysti samassa yksikössä.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että päihderiippuvuuden hoidossa vertaistuellä ja yhteisöllisellä hoidolla on merkittävä vaikutus toipumiseen. Toipumista ja riippuvuuden aiheuttamia monisyisiä ongelmia tukee tutkimusten mukaan tuki, joka on riittävän pitkäaikaista, intensiivistä ja vastavuoroista.</p>	
Asiasanat Päihderiippuvuus, kuntoutuminen, Minnesota-hoito, vertaistuki ja yhteisöllisyys	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

# Sisällysluettelo

1 JOHDANTO .....	5
2 ADDIKTIOT RIIPPUVUUSILMIÖNÄ.....	9
2.1 Päihderiippuvuuden määritelmä.....	9
2.2 Riippuvuuden sairauskäsitys.....	11
2.3 Riippuvuuksien syntyyn vaikuttavat tekijät.....	12
3 SUOMALAINEN PÄIHDEHOITOJÄRJESTELMÄ.....	13
3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalvelut.....	14
3.2 Psykososiaalinen hoito päihdehoidossa .....	17
4 VERTAISUUTEEN PERUSTUVA YHTEISÖHOIDOLLINEN MINNESOTA- MALLIN MUKAINEN PÄIHDEHOITO.....	19
4.1 Yhteisöhoidon viitekehys.....	19
4.2 Terapeuttisen yhteisön kuvailuja .....	23
4.3 Vertaistuki päihdehoidossa.....	25
4.4 Minnesota-hoidon ydin ja 12 askeleen ohjelma.....	26
4.5 Minnesota-mallin mukainen sairauskäsitys.....	29
4.6 Aikaisempia tutkimuksia Minnesota-mallin hoidosta.....	30
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	33
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys .....	33
5.2 Aineisto ja aineistonkeruumenetelmät .....	34
5.3 Teoriaohjaava sisällönanalyysi tutkimus- ja analyysimenetelmänä.....	37
5.4 Hermeneutiikka kokemusten tutkimisen apuna .....	39
5.5 Aineiston analyysi.....	43
5.6 Eettiset kysymykset.....	48
6 VERTAISTUEN JA YHTEISÖLLISYYDEN MERKITYKSET KUNTOUTUMISESSA .....	50
6.1 Vertaistuen merkitys päihdekuntoutumisessa.....	51
6.2 Yksilön muutosvalmius päihdekuntoutumisessa .....	53
6.3 Terapeuttinen yhteisö hoidon tukena .....	56
8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	60
9 LÄHTEET .....	66
LIITE 1. Saatekirje.....	75
LIITE 2: Kirjoituspyyntö .....	76



# 1 JOHDANTO

Tämän maisterintutkielman aiheena on tutkia minkälaisia merkityksiä Minnesota-hoidon käyneet henkilöt antavat vertaistuelle heidän omassa kuntoutumisprosessissaan. Tutkimus on tehty Lammilla sijaitsevalle päihdehoitolaitos Maivita Oy:lle, joka toteuttaa Minnesota-hoitoa. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat Maivita Oy:n hoitolaitoksessa hoidon käyneitä päihdekuntoutujia, jotka ovat käyneet perushoitajakson, mutta ovat edelleen jatkohoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin kuntoutujien subjektiivisia kokemuksia vertaistuen merkityksestä, joten tutkimus ei siten tähtää yleistäviin merkityksenantoihin. Kuntoutujilta saatujen kokemusten avulla voi mahdollisesti löytyä suomalaisen päihdehuollon aukkoja ja haasteita, ja uuden tiedon avulla voidaan kehittää päihdeasiakkaiden palveluja entisestään.

Tutkimusaineisto on muodostunut viiden Minnesota-mallin 28–45 vuorokauden mittaisen perushoidon käyneen päihdekuntoutujan kirjoituksista. Minnesota-mallin perushoito käsittää perushoidon laitoshoidon, johon kuuluu potilaan oman elämän läpi käyminen yhdessä päihdeterapeuttien ja muiden vertaisten kanssa ja psykoedukaatiota päihderiippuvuudesta sairautena, sekä mahdollisten lääkkeiden alasiajoa. Kertomukset vertaisuudesta on kerätty hoidossa olevilta kuntoutujilta, jotka ovat käyneet perushoidon, mutta ovat edelleen aktiivisesti hoidossa mukana, eli jatkohoidossa. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutujan niin sanottu akuuttihoito on takanapäin, ja kuntoutuja jatkaa jatkohoidon parissa omaa toipumismatkaansa avokuntoutuksen muodossa.

Minnesota-hoitolaite Maivita Oy on Lammilla sijaitseva päihdehoitolaitos, joka tarjoaa hoitoa päihderiippuvuuksiin, mutta myös peli- ja läheisriippuvuuden hoitoon. Heidän toiminta perustuu ajatukseen, että jokaisella riippuvuudesta kärsivällä henkilöllä on mahdollisuus toipua. Päihderiippuvuus, tarkemmin alkoholismi nähdään kroonisena sairautena ja hoitamattomana kuolemaan johtavana. Maivitan kaikilla työntekijöillä on omakohtainen toipumiskokemus, ja he ovat saaneet avun Minnesota-mallisesta päihdehoidosta. Minnesota-hoito ja muilta saatu vertaistuki ovat avainasemassa toipumisessa. (Maivita 2022) Maivitan päihdehoito perustuu omakohtaisiin toipumiskokemuksiin, joten hoitoa antavat

henkilöt jakavat hoitoon tulevien ja hoidossa olevien kanssa samankaltaisia samaistuttavia kokemuksia. Näin ollen sekä hoitohenkilökunta että kuntoutujat ovat toistensa vertaisia toipumisen tiellä. (ks. Esim. Mikkonen & Saarinen, 2018.)

Vaikka riippuvuuksia ei voida aina selkeästi erottaa toisistaan, olen työn rajauksellisten seikkojen vuoksi päätenyt tarkastelemaan lähemmin ainoastaan *päihderiippuvuuden* ilmiötä ja käsitettä. Vaikka päihderiippuvuuteen liittyy olennaisesti myös läheisriippuvuus, sekä addiktio läheisen sairautena, rajaan ilmiön tarkastelun tutkielmani ulkopuolelle tutkielman laajuuden rajallisuuden vuoksi (esim. Maivita.fi, Santala 2008). Läpi tutkielman käytän päihderiippuvuuden käsitettä, vaikka yhteiskunnallisessa keskustelussa myös päihdeongelman käsitettä käytetään synonyymina päihderiippuvuudelle. Käsitteiden välillä voi olla painotuseroja, riippuen näkökulmasta, josta sitä tarkastelee. Riippuvuuden käsite mielletään mahdollisesti helpommin sairautta kuvaavaksi, kun sen sijaan ongelman käsite on huomattavasti neutraalimpi. Tämän vuoksi painotan riippuvuuden käsitettä tutkielman läpi, sen sopiessa myös paremmin Minnesota-mallin kontekstiin, johon perehdyn lähemmin tässä tutkielmassa.

Olen päätenyt käyttämään myös asiakas sanan sijasta sanoja potilas, koska Minnesota-mallisessa hoidossa päihderiippuvaisia kutsutaan potilaiksi Minnesota-mallin sairauskäsityksen vuoksi, jossa päihderiippuvuus käsitetään sairaudeksi. Viitatessani tutkimukseni osallistujiin, käytän vaihtelevasti käsitteitä potilas, päihderiippuvainen, kuntoutuja ja tutkittava. Myös kuntoutumisen ja toipumisen käsitteet toistuvat vaihtelevasti läpi tekstin, viitaten niillä kuitenkin samaa tarkoittavaan.

Tutkimukseni on laadullinen sisällönanalyttinen tutkimus, jossa aineistona on viisi Minnesota-hoidon käyneen potilaan kertomusta. Tutkielman teoreettinen viitekehys sen sijaan rakentuu tutkimusaiheen kannalta keskeisiin ammatillisten käsitteiden ilmiöihin, kuten addiktio, päihdehoitojärjestelmä, päihdekuntoutuminen, vertaistuki ja yhteisöhoito. Tutkielmassani olen hyödyntänyt Maxwell Jonesin (1907-1990) ja Tom Mainen (1911-1990) terapeutin yhteisön mallia, joka on sosiaalipsykologinen teoria terapeutin yhteisön hyödyntämisestä elämäntavan muutoksessa. Terapeutin yhteisön keskeisenä periaatteena on luoda yhteisöä, jossa ihmiset saavat itse apua auttamalla myös muita yhteisössä olevia. (Murto, 2016.)

Tutkimuksessani olen hyödyntänyt paljon muun muassa Maxwell Jonesin (1952) teosta *Social Psychiatry; A Study of Therapeutic Communities* sekä Kari Murrin (2016) *Yhteisohoidon historiaa*-teosta.

Tutkielmassa olen päätenyt tarkastelemaan Minnesota-hoidon käyneiden kuntoutujien merkitystenantoja vertaisuudesta heidän omasta, subjektiivisesta näkökulmastaan. Minnesota-mallin mukainen päihdehoito on lääkkeetöntä ja hoito perustuu päihderiippuvuuteen sairautena. Minnesota-malli näkee päihderiippuvuuden myös läheisen sairautena, joten läheiset ovatkin olennainen osa hoidon toteutusta. Läheiset kutsutaan läheisviikonloppuun hoidon loppupuolella, jossa tarkoituksena on havahduttaa potilasta todellisuuteen ja antaa tietoa läheisille päihderiippuvuudesta sairautena. (Ks. Esim. Maivita.fi 2022.)

Tutkielmassani keskityn tarkastelemaan hoidossa olevien ja /-tai hoidon käyneiden kuntoutujien subjektiivisia kokemuksia ja niistä löytyviä merkityksiä vertaistuesta. Minnesota-malli on kehitetty Yhdysvalloissa 1950 -luvulla AA-liikkeen toimesta perustuen heidän omaan hoitofilosofiaansa, joka näkee alkoholismia sairautena, ja että alkoholismista toipuminen edellyttää absoluuttista raittiutta (Murto, 2016).

Päihdehoito ja sen eri muodot ovat kiinnostaneet minua pitkään. Vaihtoehtoiset hoitomuodot päihdehoidossa ovat kiehtovia ja koen, että tietoa ja tutkimusta ei ole aiheesta tarpeeksi. Minnesota-hoidolla on vahva perinteikäs filosofia, joten kiinnostavaa onkin tutkia hoidon käyneiden henkilöiden kokemuksia Minnesota-hoidon vertaisuutta ja yhteisöllisyyttä painottavassa kontekstissa. Erityisesti kokemukset vertaistuesta ja sille annetuista merkityksistä kiinnostavat minua itseäni, mutta uskon myös, että tiedon lisääminen niin ammattilaisille kuin kuntoutujille sekä heidän läheisillekin on tarpeen.

Tutkielman ensimmäisessä varsinaisessa luvussa 2. käsittelen addiktiota ilmiönä tarkemmin, ja määrittelen päihderiippuvuutta sen käsitteellisestä näkökulmasta, että sen sairauskäsityksen pohjalta. Luvun viimeisessä alaluvussa tutkin tekijöitä, jotka vaikuttavat päihderiippuvuuden syntymiseen. Luvussa 3 paneudun tutkimusilmiöni kannalta olennaiseen kontekstiin, eli suomalaiseen päihdehoitojärjestelmään ja sen moninaiseen palvelurakenteeseen. Luku 4. käsittelee teoriaa ja johdattelee lukijan ymmärtämään lähemmin tutkielman kannalta

olennaisia käsitteitä. Luvun viimeisessä alaluvussa tarkastelun kohteena on aikaisempi sekä suomalainen että kansainvälinen tutkimus vertaistuen kokemuksista. Viides luku käsittelee tutkielman metodologiaa, jossa esittelen tutkimuskysymyksen, tutkimusmenetelmän ja käyttämäni aineiston analysointitavan, sekä pohdin tärkeitä eettisyyden kysymyksiä. Luvussa kuusi esittelen tutkimukseni tulokset ja seitsemännessä luvussa vedän yhteen tutkielman kannalta olennaisia johtopäätöksiä. Tutkielman liitteistä löytyvät tutkittaville lähetetyt saatekirje ja kirjoituspyyntö.



## 2 ADDIKTIOT RIIPPUVUUSILMIÖNÄ

### 2.1 Päihderiippuvuuden määritelmä

Ilmiönä addiktio on ristiriitainen. Addiktioihin liittyy monenlaisia toisistaan eroavia näkemyksiä ja kokemuksia, ja addiktioihin voidaan nähdä liittyvän myös taloudellisia, poliittisia ja kulttuurisia intressejä. Jotkin addiktioita aiheuttavat aineet ovat laillisia, kuten kofeiini ja tupakkatuotteet, ja jotkin laittomia, kuten huumeet. Addiktioihin liittyvä toiminta voi olla hyväksyttyä ja laillista, toiset toiminnot taas rangaistavia ja jopa pakkohoitoa vaativia. Addiktiot tuovat hetkellistä vapautta ja onnellisuuden tunnetta käyttäjälleen, mutta pidemmällä aikavälillä ovat vangitsevia ja kärsimystä aiheuttavia. (Tammi & Raento 2013, 9.)

Käsitteitä addiktio ja riippuvuus käytetään usein rinnakkain, vaikka kaikki riippuvuus ei ole addiktiivista. Esimerkiksi se, että ihminen on jollain tapaa riippuvainen muista ihmisistä, ei ole addiktiota. Addiktio on pakonomaista riippuvuutta, joka tuottaa välitöntä tyydytystä, mutta myös välitöntä haittaa, ja addiktiosta pois pääseminen on hankalaa ponnisteluista huolimatta. (Kotovirta 2009, 21; Anja Koski-Jännes 1998.) Karhulahti (2020, 73) selventää riippuvuuksien merkitsevän suurta intensiteettiä yksilön ja hänen kiintymyskohteensa välillä, ja että jokainen ihminen on jollain tavalla addiktoinut johonkin tietyllä asteella.

Yhteiskunta on laajentanut addiktion käsittämään melkein mitä tahansa ainetta, aktiviteettia tai interaktiota kohtaan, oli se sitten suhteemme esimerkiksi työhön, elokuvaan, sokeriin, Facebookiin, pelaamiseen tai vaikkapa autoihin.

Pylkkänen (2013, 104) määrittelee *riippuvuuden*, eli *addiktion* pakonomaiseksi tarpeeksi kokea tietynlaista tunnetilaa tai harjoittaa jotakin toimintoa. Koski-Jännes (1996, 16) puolestaan käsittää addiktion jonkun valtaan jättämistä, luovuttamista, tai omaksi tuomitsemista. 1800-luvulla raittiusliikkeen aktivoitumisen myötä, alettiin addiktion käsitettä käyttämään huumeiden ja alkoholin väärinkäyttämisen yhteydessä kielteisenä merkityksenä (Mt. 16). Virallisessa tautiluokituksessa ICD-10:ssä riippuvuudet muodostavat 40 prosenttia kaikista mielenterveyden häiriöiden

sairausnimikkeistä. Pylkkäsen (2013, 104) mukaan tyypillistä riippuvuuskäyttäytymiselle on toiminnan jatkaminen haitallisista seurauksista huolimatta. Koski-Jännes (1998) huomauttaakin, että irtautuminen riippuvuudesta vaatii tiedon, että on riippuvainen. Riippuvuuden tunnustaminen voi tulla myös oman itsen ulkopuolelta, mutta itselle on myös hyvä myöntää asia.

Karhulahti (2020, 74–75) teoksessaan toteaa, että teoreettisesti vakuuttavin moderni käsitys riippuvuudesta tulee Howard Shafferilta (2004), jonka mukaan riippuvuuden oireyhtymämalliksi kutsutaan ihmisiä, joiden elämä koostuu eri biologisista ja ympäristöllisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat heidän käyttäytymiseensä. Jotkut tällaiset tekijät lisäävät riippuvuutta aiheuttavien suhteiden muodostumisen todennäköisyyttä, kun taas toiset tekijät toimivat suojaavalla tavalla. Kuten esimerkiksi jotkin geneettiset ominaisuudet voivat lisätä riskiä addiktion kehittymiselle. Vaikka ihmiset saattavat toistaa tiettyjä riippuvuutta aiheuttavia tapoja, kuten viinin juomista toistuvasti, voi tätä toistuvaa tapaa kutsua addiktioksi vain siinä tapauksessa, jos toistuva tapa tuottaa käyttäjälleen mielihyvää, ja tyydyttää jatkuvan viininjuonti tarpeen. (Mt. 74.) Toisaalta ihmiset, jotka ovat alttiita jatkuvalla halulle juoda viiniä, eivät välttämättä koskaan kehitä siihen liittyvää riippuvuutta, koska he harvoin osallistuvat tapahtumiin, jotka altistavat viinin juomiselle. Jotta varsinainen riippuvuus syntyy, tarvitaan siihen jatkuvaa juomisen halua, sekä tapahtumiin osallistumisen mikä altistaa juomiselle. (mt. 74.)

Suomessa alkoholi on laillinen päihde, ja sen käyttö on lisääntynyt merkittävästi varsinkin 1970-luvulta alkaen. 2010 tehdyssä tutkimuksessa, jossa selvitettiin aikuisten terveyskäyttäytymistä, selvisi, että ainoastaan 10 prosenttia suomalaisista miehistä on täysin raittiita, ja vastaavasti naisista ainoastaan 14 prosenttia. Suomessa alkoholin suurkuluttajia on eri arvioiden mukaan 300 000–600 000. (Tammi & Raento 2013, 9–10). Vuonna 2020 THL tilastoi alkoholin kokonaiskulutuksen 9,2 litraa sataprosenttiseksi muunnettua alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti (THL.fi).

## 2.2 Riippuvuuden sairauskäsitys

Raento & Tammi (2013, 18) selventävät addiktioon liittyvää sairauskäsitystä. Addiktio on lääketieteessä liiallisen käyttäytymisen määritelmä, jonka näkökulmasta se on diagnoosi, joka johtaa määrittelyn kohteena olevan ihmisryhmän kontrollointiin ja patologisointiin. Liiallinen toiminta nähdään häiriönä, joka voi syntyä ihmiselle mihin tahansa toimintaan tai aineeseen mikä tuottaa minkäänlaista mielihyvää. Psykologia, lääketiede ja neurotiede kiistelevät edelleen siitä, mikä on addiktiohäiriön syntymisen juurisyy, ja mikä toimii parhaiten addiktion korjaamiseen. Oikeaoppisesti lääketieteellisessä diagnostiikassa ei puhuta addiktiosta, vaan riippuvuudesta. Sen lisäksi nykyinen riippuvuusdiagnoosi rajoittuu ainoastaan päihderiippuvuuteen, joka tarkemmin merkitsee riippuvuutta psyykoaktiivisista eli keskushermostoon vaikuttavista aineista. (Mt. 18.)

Lääkäriliitto (2021) linjaa sivuillaan, että päihdeongelmaisten leimaamisen estämiseksi ja päihdepotilaiden hoidon parantamiseksi, olisi hyvä tuoda esiin päihdeongelma sairautena, jota voidaan tuloksellisesti hoitaa. Usein päihdeongelmia pidetään itseaiheutettuina. Iso osa päihdepotilaista jää vaille hoitoa, koska hoitoon hakeutuminen aiheuttaa häpeää ja pelkoa leimaantuvuudesta, eikä huono toimintakyky ja hallitsematon riippuvuusikäyttäytyminen helpota yhtään hoitoon hakeutumista.

Maailman terveysjärjestön (WHO) julkaisemassa ICD-10 diagnoosikriteeristöissä löytyy kuusi erilaista määritelmää päihteiden käyttöön liittyen, jotka ovat 1) päihteidenkäytön pakonomaisuus, 2) päihteiden käytön aloittamisen, ja lopettamisen sekä käyttöannoksien heikentynyt kontrollointikyky, 3) vieroitusoireyhtymän ilmentyminen lieveilmiönä aineen käytön vähentyessä tai lopettaessa, 4) aineen sietokyvyn kasvu, 5) päihteidenkäytön keskeisyys elämässä ja 6) käyttämisen jatkuvuus haitoista huolimatta. Kun näistä kuudesta kriteeristä vähintään kolme täyttyy yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan, tai toistuvasti 12 kuukauden aikana yhtämittaisina jaksoina, voidaan henkilö diagnosoida päihderiippuvaiseksi. (ks. Esim. Käypä hoito -työryhmä Alkoholi-ongelmaisen hoito 2015.)

Riippuvuuden tulkitseminen sairautena näkyy pyrkimyksenä diagnostisten kriteerien määrittelemisenä päihderiippuvuudelle. Sairaustulkinnassa ei päihteiden käyttö ole yksilön vapaassa valinnassa. Riippuvuus merkitsee pakonomaista käyttäytymistä, ja tutkimukset osoittavat addiktiivisen käyttäytymisen olevan mahdollisesti perinnöllistä. Addiktit eli päihteistä riippuvaiset ovat siten sairauden uhreja, eivätkä pahantapaisia ja ilkeitä. Jotta riippuvuudesta voi toipua, olisi tärkeää opetella tunnistamaan tämä sairaus itsessään, mutta toisaalta käytettävissä ovat myös erilaiset lääketieteelliset keinot. (Ruisniemi 2006, 16; Thombs 1999, 4–10.)

### 2.3 Riippuvuuksien syntyyn vaikuttavat tekijät

Kulloisetkin vallitsevat käsitykset päihdeongelman syytekijöistä ohjaavat hoidon markkinoita. Päihteitä käytetään niiden tuoman mielihyvän vuoksi. Onko päihderiippuvuus syy vai seuraus? Onko itse alkoholi yksin riippuvuuden syy, vai liittyykö riippuvuuden syntymiseen muita tekijöitä. Päihderiippuvuutta pidetään sairautena, joka perustuu biokemialliseen muutostilaan. Nykyään tiedetään paremmin, että sekä perinnöllisellä alttiudella, että neurobiologisilla tekijöillä on merkitystä riippuvuuksien syntyyn. Siltikään ei ole vielä tarpeeksi selvää, kuinka hallittu päihteiden käyttö muuttuu riippuvuudeksi. Voimakkaasti kehittyneen biologisen aivotutkimuksen myötä on korostunut näkemys riippuvuudesta puhtaasti fyysisenä sairautena. Alkoholi sekä muut päihteet aiheuttavat aivoissa todettavia muutoksia. (Pylkkänen 2013, 104–106.)

Rossi ja Myllyniemi (2019, 5–6) kertovat geneettisen perimän vahvasta merkityksestä päihderiippuvuuden syntymiseen, ja alttius päihderiippuvuuteen sairastumisessa on jo perimässämme. Päihderiippuvuuden ollessa kovin yleistä Suomessa, voidaan se heidän mukaansa luokitella kansansairaudeksi. Sairastumiseen tarvitaan aina päihdettä, ja perinnöllinen alttius vaikuttaa merkittävästi siihen, miten päihde koetaan. Perimä voi olla myös suojaava tekijä ja estää sairastumisen. Myös mielenterveyshäiriöt ja sosiaaliset tekijät voivat suurentaa riskiä päihderiippuvuuteen sairastumiseen.

### 3 SUOMALAINEN PÄIHDEHOITOJÄRJESTELMÄ

Tässä luvussa lähennyn suomalaiseen päihdehoitojärjestelmään, ja mitä eri vaihtoehtoja päihdekuntoutujalle on tarjolla suomalaisessa yhteiskunnassa.

Suomessa apua alkoholiongelmiin on saatavilla monelta taholta: Terveyskeskuksista, työterveydenhuollosta, internetistä, A-klinikoilta, yksityislääkäreiltä ja yksityisiltä klinikoilta. Apua voi hakea myös AA:n auttavasta puhelimesta ja AA-ryhmistä sekä kirkon piiristä. Katkaisuhoidon voi apua tarvitseva hakeutua vaikeimmissa tapauksissa. Jos pidemmälle laitoshoidolle on tarvetta vielä katkaisuhoidon jälkeen, on tarjolla pitempiäaikaista hoitoa tarjoavia kunnallisia ja yksityisiä hoitoyksiköitä. (Koski-Jännes 2013, 125.)

*Suomalainen päihdehoitojärjestelmä* on syntynyt monen muutoksen kautta. Vuonna 1937 voimaan tullut alkoholilaki vakiinnutti huolto- ja hoitotoiminnan valtion alkoholihuoltoloiden ja kuntien sosiaalitoimen tehtäväksi. Sosiaalitoimi tällöin antoi varoituksia ja toteutti raittiustoimintaa. Vuonna 1950 hoitonäkemykset ja hoitokeinot monipuolistuivat merkittävästi. Yhdysvalloista saatiin vaikutteita, kuten myös lääketieteellisistä avohoitoklinikoista että terapeuttisesta sosiaalityöstä. AA-ryhmätoiminta käynnistyi. (Mt. 91.) AA eli anonyymien alkoholistien ideologia perustuu 12 askeleen ohjelmalle, joka myöntää oman alkoholismisairauden, korostaa ehdotonta raittiuta, myöntää oman voimattomuuden sekä alistumista Korkeammalle voimalle miten kukin sen ymmärtää. Tämä 12 askeleen malli tarjosi rungon muutamille avo- ja laitoshoitomalleille, joita alettiin kehittää ensimmäisenä Yhdysvalloissa Minnesota-hoidon nimellä. (Pylkkänen 2013, 128.)

Lähtökohtana päihdehuollon kaikelle toiminnalle ovat normaalit perus- ja ihmisoikeudet, oikeusturva, sekä lainsäädäntö ja etiikka. Keskeisimmät lait ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) sekä päihdehuoltolaki (1986/41). (mt. 92.)

Peltoniemi (2013, 35) valottaa, että julkisessa keskustelussa huumeidenkäyttö on nähty yhteiskunnassamme alkoholinkäyttöä vakavampana ongelmana.

Huumeiden käyttö sekä kaikki siihen luettava toiminta on rikoslain alaista laitonta toimintaa. Alkoholista sen sijaan on saatavilla laillisesti ja Suomessa alkoholin kohtuullinen nauttiminen kuuluu täysi-ikäisten kansalaisten normaaliin elämään.

Peltoniemi (2013, 35) Toteaakin, että alkoholinkäytön normalisointi puolestaan korostaa huumeiden käytön ongelmallisuutta.

Vuoden 2004 verouudistus käänsi alkoholin kulutuksen selvään kasvuun alkoholiverotuksen laskiessa. Alkoholinkäyttäjien on suomalaisista aikuisista miehistä 8 prosenttia ja naisista 2 prosenttia. Suomessa yli 90 prosenttia aikuisista käyttävät alkoholia. (Aalto, Alho, Kiiänmaa & Lindroos 2010.)

Alkoholihaitat kasvoivat kulutuksen lisääntymisen myötä. Alkoholista pidetään kulttuurin hyväksymänä, laillisena päihteenä, joten sen aiheuttamia ongelmia siedetään huumeita paremmin. Kuitenkin todellisuudessa alkoholin käytöstä aiheutuvat yhteiskunnalliset ja sosiaaliset haitat ovat moninkertaisesti suuremmat kuin huumeiden käytöstä aiheutuvat haitat. (Peltoniemi 2013, 39.)

### 3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityispalvelut

Päihdehuoltolaki jakaa hoito- ja kuntoutuspaikat peruspalveluihin ja erityispalveluihin. Peruspalveluiden rinnalla ja niiden jatkona toimivat erityispalvelut. Keskeisenä tavoitteena on sekä perus- että erityispalveluissa hoidettavan henkilön ja hänen läheistensä omatoimisuuden tukeminen ja elämänhallinnan vahvistaminen. Vertaistuki on merkittävä osa hoitojärjestelmää. Hoitosuunnitelma on aina yksilöllisesti laadittu, ja eri hoitomuotoja tulee olla tarjolla riittävästi. (Mäkelä & Aalto 2013, 43.)

*Päihdekuntoutus ja -hoito* -termejä ei juurikaan voida erottaa toisistaan, vaan ne ovat lähes synonyymejä toisilleen. Esimerkiksi puhuttaessa vieroituksesta ja -katkaisuhoidosta sekä opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta puhutaan pelkästään hoidosta. Näissä edellä mainituissa hoidoissa lääkehoito on keskeistä, ja hoito toteutetaan lääkärin valvonnassa. Päihdehoidossa voidaan puhua hyvin laitoshoidosta tai

laitoskuntoutuksesta, samoin yhdeksi samaksi asiaksi käsitetään myös avohoito ja -kuntoutus. Sosiaalisen kuntoutuksen rooli päihdehuollossa on myös merkittävä, ja sosiaalityön ja muun sosiaaliseen kuntoutukseen tähtäävä toiminta on aina ollut siinä keskeinen. Päihdehoito ei ole siis monien muiden hoitojen tavoin medikalisoitunut. Kuntoutus siten taas on käsitteenä laajempi kuin hoito. Kuntoutukseen kuuluu yhteisöllinen ja sosiaalinen tuki hoidon lisäksi. Kuntoutuksessa otetaan myös huomioon asiakkaan asuminen, koulutus, työ ja toimeentulo. (Lahti & Pienimäki 2004, 138.)

Palvelujärjestelmän perustana ovat sosiaalihoitolaki ja terveydenhuollon yleinen lainsäädäntö. Lain mukaan päihdehuollon tavoitteena on päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen vähentäminen ja ehkäiseminen, sekä ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. (Mäkelä & Aalto 2010, 44.)

Jokaisella kunnalla on lain ja sitä täydentävän asetuksen velvoite järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoon sijoittuvat päihdepalvelut laadultaan ja sisällöltään vastaamaan kunnan asukkaiden tarpeita. Laki korostaa henkilön oma-aloitteisuutta hoitoon hakeutumisessa, mieluiten ongelmien varhaisessa vaiheessa. Palvelujen tulee olla monipuolisia ja laadukkaita, sekä niiden tulee olla helposti tavoitettavissa. Palvelut tulee järjestää avohuollon toimenpitein ensisijaisesti. Päihteiden ongelmakäyttäjä ja hänen läheisensä ovat palveluiden saajia, ja palveluita tulee olla saatavissa kaikkina tarvittavina vuorokaudenaikoina. Päihdehoito koostuu monen eri ammattiryhmän osaamisesta sekä eri toimijoiden yhteistyöstä. Kunnat voivat järjestää päihdehoidon palvelut joko tuottamalla ne itse, tai hankkimalla palvelut toiselta kunnalta, valtiolta, kuntayhtymältä tai muulta yksityiseltä tai julkiselta palveluntuottajalta. (Mt. 44.)

Mäkelä ja Aalto (2013, 46) kertovat peruspalveluiden tarkoittavan niitä samoja paikkoja, missä hoidetaan kaikenlaisia terveydellisiä ja sosiaalisia huolia, ja alkoholiongelmiä kaiken muun rinnalla. Terveydenhuollon peruspalveluilla tarkoitetaan terveyskeskusta sen kaikkine toimintamuotoineen, erikoissairaanhoidon sekä työelämässä oleville työterveyshuoltoa. Näitä täydentäviä ovat yksityislääkäreiden vastaanotot ja muut yksityiset palvelut. Terveyskeskuksen palveluvalikoima alkaa haittoja ehkäisevästä neuvonnasta. Varhaisvaiheen alkoholihaittoja hoidetaan lyhytneuvonnan eli mini-intervention keinoin

terveyskeskuksen tai työterveyshuollon muun hoitotoiminnan yhteydessä. (Mäkelä & Murto 2013, 93.)

Vaikeusasteesta riippuen, alkoholin aiheuttamia tapaturmia, myrkytyksiä sekä muita äkillisiä tai pitkäaikaisia alkoholisairauksia hoidetaan avohoidossa, tai sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla tai osastoilla. Krapula -ja muita vieroitusoireita hoidetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla tai avohoidossa, tai joskus myös psykiatrisessa sairaalassa. Sosiaalihuollon peruspalvelut toteutetaan sosiaalitoimistossa. Yleisen neuvonnan lisäksi sosiaalitoimistossa hoidetaan toimeentuloasioita sekä työhön, syrjäytymiseen ja asumiseen liittyviä kysymyksiä. Sosiaalitoimistossa käsitellään pääasiassa myös alkoholiongelmien laitoshoidon maksusitoumusasioita. (Mt. 93.)

Mäkelä & Aalto (2013, 46) valottavat myös lastensuojelun olennaista osaa, sillä vanhempien päihdeongelmat ovat keskeisimpiä lastensuojelutoimenpiteiden syistä. Peruspalveluihin kuuluvat useimmat erikoissairaanhoidonkin yksiköt, joissa hoidetaan alkoholiongelmaisia muiden potilaiden joukossa. Poliklinikoiden ja sairaalaosastojen palveluita tarvitaan muun muassa alkoholipsykoosien, vaikeiden myrkytyksien sekä haima- ja maksasairauksien hoitamiseen. Hoitoon meneminen vaatii lähetteen avohoidosta, tai vaihtoehtoisesti voi ambulanssihenkilökunta arvioida kiireellisen hoidon tarpeen. (Peltoniemi 2013; Mäkelä & Murto 2013, 93.)

Päihdehuoltolaki velvoittaa alkoholiongelmaisen ohjaamista ”erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin”, mikäli peruspalvelut osoittautuvat riittämättömiksi. Päihdehuollon erityispalveluita ovat esimerkiksi A-klinikkasäätiön tai kuntien hallinnoimat A-klinikat ja alle 25- vuotiaille tarkoitetut nuorisoasemat. Nämä kummatkin toimivat käytännössä peruspalveluiden tapaan. Lähetettä ei aina välttämättä tarvita, vaan ajan voi varata myös itse. Päivystysvastaanotot toimivat usein tiettyinä aikoina, aamupäivisin, jolloin on mahdollisuus kävellä suoraan kadulta vastaanotolle ilman ajanvarausta tai lähetettä. (Peltoniemi, 2013; Mäkelä & Murto, 2013.)

Ympäri vuorokautisia palveluita ovat päihdepsykiatriset osastot sekä katkaisuhuolto- ja kuntoutusyksiköt. Päihdeongelmaisille on kohdennettu myös osa asumispalveluista. Myös erilaisia nettiavusteisia palveluita löytyy päihteiden



käyttäjille. Vertaistukitoiminta kuten AA- ja NA- toimintaa hyödynnetään laajalti ammatillisen hoidon ja kuntoutuksen rinnalla. Päihdehuollon tarjoamat erityispalvelut vaihtelevat kuitenkin kunnittain. Suuremmissa kunnissa palvelutarjonta on pienempiä kuntia monipuolisempaa. Kunnat voivat toimia itse päihdepalveluiden tuottajina tai yhdessä muiden kuntien kanssa, tai hankkia palveluita joko yksityisen, tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Noin puolet nykyisistä päihdehuollon erityispalveluista on voittoa tavoittelemattomien järjestöjen tuottamia. (Partanen & Kuussaari ym. 2016, 1.)

### 3.2 Psykososiaalinen hoito päihdehoidossa

Alho ja Aalto (2010, 56–57) kertovat psykososiaalisten hoitojen olevan tärkeä peruselementti alkoholiriippuvuuden hoidossa. Pitkäaikaisesti psykososiaalisesta hoidosta hyötyviä on tutkimusten perusteella 30–60 %. Psykososiaalinen hoito on usein eri teorioihin perustuvien työtapojen ja menetelmien yhdistelmä. Keskeisinä elementteinä ovat keskustelu tai yhdessä tekeminen. Hoidossa välineinä käytetään tiedon antamista, käytännön harjoituksia, keskustelua ja erilaisia tehtäviä. Potilaan mukana hoitotapaamisissa voivat olla potilaan läheiset tai vertaisryhmä. Hoito voi tapahtua myös ryhmässä, jossa on muita alkoholiriippuvuutta sairastavia henkilöitä.

Psykososiaalisen kuntoutuksen tarve on huomioitu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidosta.

Asetuksessa todetaan, että hoidon perustana on hoitosuunnitelma, jossa myös psykososiaalinen hoito ja seuranta on määritelty lääkehoidon lisäksi. Asetus siis edellyttää psykososiaalisen kuntoutuksen osana lääkkeellistä hoitoa. (Lahti & Pienimäki 2004, 138.)

Alkoholiriippuvuudessa on kyse ennen kaikkea psyykkisestä riippuvuudesta, ja tätä riippuvuutta ilmentää alkoholin käyttämisen pakonomainen tarve myös vieroitusoireiden mentyä ohi. Psykososiaalisen hoidon avulla tätä pakonomaisuutta ja sen seurauksia pyritään vähentämään. Usein psykososiaalisen hoidon rinnalla käytetään myös lääkehoitoa. Onnistunut psykososiaalinen hoito edellyttää alkoholiriippuvaisen aktiivisuutta ja motivaatiota kuntoutumiseen. Psykososiaalinen

hoito on alkoholiriippuvuuden hoidon perusta. Vaikeimpien riippuvuuksien hoidossa tarvitaan usein myös psykososiaalista kuntoutusta, missä opetellaan taitoja esimerkiksi itsensä huolehtimisessa ja itsenäisessä asumisessa. (Mt. 57.)

Koski-Jännes (2013, 125–128) luettelee keskeisimmiksi psykososiaalisiksi hoidoiksi nettipohjaiset itsearviointi- ja hoitomenetelmät, lyhytneuvonnan, motivoivan haastattelun ja ratkaisukeskeisen lähestymistavan, kognitiivisen terapian, verkostoterapian ja yhteisövahvistusohjelman sekä AA eli anonyymit alkoholistit ja 12 askeleen periaatteille perustuvat hoidot.

## 4 VERTAISUUTEEN PERUSTUVA YHTEISÖHOIDOLLINEN MINNESOTA-MALLIN MUKAINEN PÄIHDEHOITO

Päihderiippuvuudesta toipumisessa erityisesti tukevia hoitomuotoja ovat yhteisöhoito ja vertaistuki, jotka ovat tässä luvussa esillä. Lisäksi lähempänä tarkastelun kohteena ovat Minnesota-hoito ja siihen liittyvä aiempi tutkimus.

### 4.1 Yhteisöhoidon viitekehys

Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu tutkimusaiheen kannalta keskeisiin päihderiippuvuuden kysymyksiin ja käsitteisiin. Varsinaisena teoriana tutkielmani pohjana on terapeutin yhteisön pioneerit Maxwell Jones (1907-1990) ja hänen kollega Tom Maine (1911-1990). Jones ja Maine kehittivät toisen maailmansodan aikana teorian ja mallin terapeutisesta yhteisöstä. Tutkielmassani käytän teoriapohjana näiden molempien mallien ajatuksia.

Jones ja Maine tekivät pioneerityönsä poikkeuksellisen vaikeissa olosuhteissa toisen maailmansodan aikana. Tämä maailmanlaajuinen kriisi loi paineita toteuttaa ja luoda uudenlaista, yhteisöllistä hoito- ja kuntoutusmallia. Pelkästään yksilökeskeiseen työskentelyyn ei enää riittänyt henkilökunta eikä aika, joten tilanne pakotti hakemaan uusia tapoja asiakkaiden ja potilaiden kohtaamiseen. Jones ja Maine löysivät tähän ongelmaan ratkaisun yhteisöstä, joka hyödyntää yhteisön terapeutista ja kuntouttavaa potentiaalia (Mt. 54). Jonesin ja Mainen kehittämät ja johtamat yhteisöt ovat toimineet esikuvana myös suomalaisille terapeuttien yhteisöjen sovelluksille. (mt. 5.)

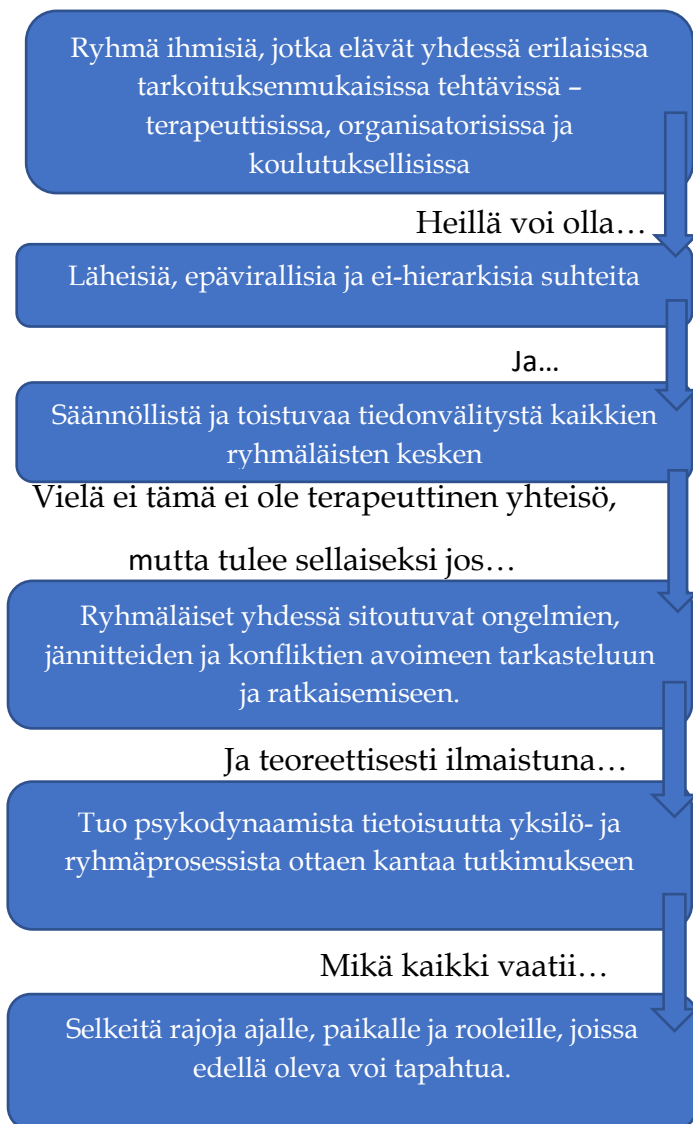
Suomalaiset terapeuttien yhteisöjen sovellukset tarjoavat yhteisöllistä hoitoa erilaisten riippuvuuksien hoitoon, jotka perustuvat lääkkeettömään yhteisöhoitoon sekä vertaistukeen. Näitä yhteisöjä ovat esimerkiksi Minnesota-päihdehoitolaitokset kuten Lammilla sijaitseva Maivita Oy ja Lapualla toimiva Minnesota-Hoito hoitokeskus. Hietalinna-yhteisö toimii Järvenpäässä ja on A-klinikka Oy:n

Päihdesairaalan päihdekuntoutusyksikkö. Muita yhteisöjä ovat Kankaanpään A-koti, Kuvernöörintien asumisyhteisö Helsingissä sekä Mikkelissä sijaitseva Mikkeli-yhteisö. (stery.fi 2020.)

Sekä Jonesin, että Mainen kehittämä terapeutin yhteisön malli, ovat kumpikin toisistaan riippumattomia, vaikka samoja elementtejä on; Jonesin malli oli kehitetty sosiaalisen oppimisen teorian pohjalta, ja Mainen malli noudatti psykoanalyttista teoriaa (Murto, 2013). Sosiaalinen oppiminen merkitsee karkeasti kuvailtuna tiedon tai käyttäytymistapojen omaksumista muita tarkkailemalla. Sosiaalisen oppimisen käsite kuvaa Jonesin (1976, 87) mukaan keskeistä prosessia, jonka kautta yhteisössä tapahtuu kehitys. Psykoanalyttinen teoria sen sijaan kuvaa ihmisen mielen rakentumista, toimintaa ja erilaisia häiriöitä, jonka on luonut alun perin itävaltalainen neurologian lääkäri ja psykoanalyysin isä Sigmund Freud (1856-1939) (McLeod, 2018). Jones piti sosiaalisen oppimisen ja muutoksen perustana arjen toiminnan ja roolien aktiivista tutkimista yhdessä asiakkaiden ja henkilöstön kanssa, sekä avointa, molemminpuolista kommunikaatiota. Jonesilaisessa terapeutisessa yhteisössä ja päihdekuntoutuksessa käytetään paljon konfrontaatiota, jolla tarkoitetaan todellisuuden kohtaamista siten, että potilaat saavat muilta yhteisön jäseniltä jatkuvasti palautetta heidän käyttäytymisestään muita jäseniä kohtaan. Jones painotti toiminnassaan myös pitkälti toiminnan asemaa mitä tuli oireiden tunnistamiseen, kun taas Mainelaisessa psykodynaamisissa terapeutisissa yhteisöissä kaiken toiminnan painopisteenä olivat tunteet ja niiden tulkinta. (Murto 2013, 13-14; 1997, Ruisniemi 2019.)

Alla olevassa kuviossa 1. olen havainnollistanut Terapeutin yhteisön ominaisuuksia Maxwell Jonesin ja Tom Mainen ajatusten pohjalta.

Terapeuttisen yhteisön ominaisuudet Maxwell Jonesin ja Tom Mainen mukaan.



Kuvio 1. *Terapeuttisen yhteisön mallin ominaisuudet* (John Whitwell 1998).

Kuviossa 1. on havainnollistettu terapeuttisen yhteisön mallin ominaisuudet. Ylin kuvaa tilannetta, joka on yleisin ja esiintyy monissa organisaatioissa. Se kuvastaa ihmisryhmää, jotka elävät ja toimivat yhdessä erilaisten tehtävien parissa. Kolme ensimmäistä löytyvät monista pienistä hyvin toimivista ryhmistä. Neljäs taso kuvailee hyvin Maxwell Jonesin avain käsitettä "elävä oppimistilanne", joka kuvaa kaikkea tapahtuvaa terapeuttisen yhteisön jäsenten välillä yhdessä elämisen aikana, ja erityisesti kriisitilanteiden ilmetessä yhteisöä käytetään oppimismahdollisuutena (Whitwell, 1998, Pearce & Haigh 2017; Kennard 2004). Tämän neljännen tason pystyy paikantamaan monista hyvistä kuntoutusyksiköistä, vaikka ne eivät olisi nimellisesti varsinaisia terapeuttisia yhteisöjä. Seuraavat kaksi viimeisintä tasoa

esittävät Tom Mainen näkemystä terapeutisesta yhteisöstä työkaluna, joka tutkii ihmisten välisiä prosesseja, tai kuten hän sitä kutsui ”tutkimuskulttuuriksi”. Viimeinen taso viittaa rakenteellisiin vaatimuksiin. (Whitwell 1998.)

Terapeutin yhteisön ajattelu kuvion esittämällä tavalla, auttaa meitä tunnistamaan, kuinka terapeutin yhteisön elementtejä voi olla läsnä monissa muissa yhteisöissä ja organisaatioissa, mitkä eivät varsinaisesti ole kuitenkaan terapeutisia yhteisöjä. Näitä voivat olla esimerkiksi oppilaitokset ja pienet yritykset, sekä ryhmät, jotka kokoontuvat yhteen auttamaan itseänsä, kuten AA-, ja NA-ryhmät. (Whitwell 1998.)

Sekä Jonesin että Mainen johdolla toimineissa sairaaloissa kehitettiin 1940-luvulla terapeutista yhteisöä samanaikaisesti, mutta suhteellisen riippumattomasti toisistaan. Jonesilla oli toiminnan pohjana kokemuksellinen oppiminen, kun taas Mainen malli perustui psykodynaamiselle teorialle ja sen soveltamiselle sairaalayhteisön kehittämiseen. Jonesin ja Mainen kehittämistyö tapahtui siten erilaisista lähtökohdista. (Murto 2016, 12–14.) Terapeutin hoito- ja kasvatustavan historia Euroopassa paikantuu pääosin 1940-luvun Englantiin, jossa Jones ja Maine kehittivät terapeutista yhteisöä johtamissaan sairaaloissa erityisesti psykiatrisessa hoidossa. Mainelainen yhteisö painottui psykodynaamiseen teoriaan, joka painotti tunteita ja niiden tulkintaa. Sosiodynaamisessa eli Jonesilaisessa yhteisössä sen sijaan toiminta oli tärkeässä roolissa oireiden tunnistamisessa. (Hännikäinen-Uutela 2004, 119–121; Murto 1997, 13–15.)

Mainen (1977) mukaan olennaista oli toimenpiteiden ja diagnoosien siirtyminen yksilötasolta koko yhteisöä koskeväksi. Tom Maine siirtyi vuonna 1946 Cassel Hospitalin johtajaksi toisen maailmansodan jälkeen, jolloin yhteisöllisyys tuli mukaan hoitokäytäntöihin. Perinteikkästä psykoanalyttisesta yksilöhoidosta luopuminen ja siirtyminen terapeutiseen yhteisöön ei tapahtunut kivuttomasti eikä nopeasti. Yhtenä suurena ongelmana oli analyttikkojen mahdottomuus säilyttää tarpeellinen etäisyys omiin potilaisiinsa. Henkilökuntaa alettiin eriyttämään terapeutisiin ja hallinnollisiin tehtäviin ongelman ratkaisemiseksi, jonka seurauksena analyttikkojen ja sosioterapeuttien ryhmät ajautuivat keskinäisiin ristiriitoihin. (Murto 2016, 14–16.)

## 4.2 Terapeuttisen yhteisön kuvailuja

Terapeuttisten yhteisöjen asiantuntija tohtori Murto (2013, 12) kertoo terapeuttisen yhteisön edustavan yhteisöhoidon keskeistä suuntausta psykiatristen asiakkaiden ja päihteiden käyttäjien kuntoutuksessa ja hoidossa. Yhteisöhoidon käsitettä käytetään yleiskäsitteenä erilaisten asiakasryhmien auttamiseen pyrkiville hoito- ja kuntoutussuuntauksille, jotka käyttävät yhteisöllisiä menetelmiä. Yhteisöhoidon suuntauksia ovat päihteiden käyttäjien terapeuttiset yhteisöt, psykiatriset terapeuttiset yhteisöt sekä kasvatukselliset yhteisöt. Näitä kaikkia kolmea yhteisöä yhdistää vertaisryhmän sosiaalisen vaikutuksen ja kokemusasiantuntemuksen kuntoutuksellisen ja hoidollisen potentiaalin hyödyntäminen. (Murto 1997; 2013.)

Terapeuttiseksi yhteisöksi voidaan laajassa mielessä Murrone (2016, 11) mukaan kutsua mitä tahansa hoito- tai kasvatuslaitosta, joka pyrkii parantamaan potilaiden tilaa tarjoamalla mahdollisuuksia kykyjen kehittymiseen, tuottavaan työhön ja yhteisön päivittäiseen johtamiseen. Jones (1976, 64) vastaavasti määrittelee terapeuttisen yhteisön osallistavaksi toiminnaksi niin, että koko yhteisö, potilaat ja henkilöstö, ovat mukana hoidossa ja hallinnossa. Toiminnan käytännöllisyys ja toivottavuus riippuvat pitkälti johtajan ja henkilöstön asenteista, ulkopuolisten hallinnon määräyksistä sekä potilaiden laadusta. Englantilaisen Fulbournen sairaalan johtaja David Clark (1920-2010) sen sijaan kuvaa terapeuttista yhteisöä rajatummassa merkityksessä. Hänen mukaansa käsite merkitsee tiettyjen menetelmien ja periaatteiden soveltamista ihmisten ongelmien ja häiriöiden käsittelyssä. (Murto 2016, 11.)

Clark (1997) mieltää siten terapeuttisen yhteisön yhteisöksi, jonka perustehtävänä on terapia, ja jonka jäsenet ovat jatkuvassa välittömässä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa pienessä ympäristössä, jossa jokainen jäsen tuntee toisensa hyvin. Terapiassa keskeiseksi muodostuu potilaiden ja henkilöstön oppiminen ja muuttuminen sekä henkilökohtainen kasvu.

Päihteiden käyttäjien terapeuttisen yhteisön tehtäväksi puolestaan psykologi George De Leon määrittelee käyttäytymisen, identiteetin, asenteiden ja elämäntavan muutoksen tarjoamalla vastuuta, luottamusta, osallistumista ja elämän arvoja vertaisryhmän ja hoitohenkilökunnan avustuksella yhteisön päivittäisessä elämässä. Kuntoutuminen terapeuttisessa yhteisössä merkitsee käyttäytymisen muuttamista yhdistettynä uuteen elämäntapaan uusilla arvoilla ja asenteella suhteessa itseensä, yhteiskuntaan ja toisiin. De Leon näkee kuntoutumisen perustana olevan yksilön kokemuksen siitä, että on turvassa ja hyväksytty yhteisössään. (Murto 2013, 14; De Leon 2000, 87–88.)

Yhteisöllisessä päihdekuntoutusyksikkö Maivitassa terapeuttinen yhteisö näyttäytyy sekä metodina että kontekstina. Maivitassa käytetään koko terapeuttista yhteisöä menetelmänä auttaakseen yksilöitä itsensä muuttamisessa. Päihdekuntoutusyhteisö suuntautuu näin hoitamaan päihderiippuvuutta, yksilöllistä häiriötekijää sekä muuttaman hoidossa olevien potilaiden elämäntyylejä. (Ruisniemi 2006, 35; DeLeon 2000, 85–87.) Maivitan terapeuttisessa yhteisössä toteutuu myös yhteisölle olennainen reflektiivinen luonne, joka merkitsee terapiaprosessin konstruoinnin prosessia todellisuudesta. Arkinen eläminen yhteisössä ja arjen uudelleentulkitseminen ja tutkiminen mahdollistaa uusien näkökulmien avartumisen omaan elämään. (Mt. 35.)

Ensimmäiset terapeuttisen yhteisön sovellutukset levisivät Suomeen pääosin Englannista psykiatriaan 1900-luvulla ja 1970-luvulla laitospäivähoitoon, päihdekuntoutus- ja kehitysvammaosastolle, sekä joihinkin kouluihin. Nämä yhteisölliset hoito-, kuntoutus- ja kasvatustavat ovat kehittyneet ja pysyneet vahvasti osana suomalaista sosiaali-, terveys- ja kasvatusturvallisuutta yhteiskunnallisista muutoksista ja lama-ajoista huolimatta. Sekä henkilöstön ammatillisissa koulutuksissa että täydennyskoulutuksissa terapeuttinen yhteisö ja yhteisöhoito ovat vakiinnuttaneet asemansa. (Murto 2013, 10–11.)

Yhteisöhoito hyödyntää koko yhteisöä saavuttaakseen hoidolliset, kasvatukselliset ja kuntoutukselliset tavoitteensa. Hoitoon kuuluu fyysinen tila ja sosiaalinen ympäristö, jossa terapia, kuntoutus ja kasvatustavat ovat keskiössä (Kirkonpelto 2014, 38). Kaipio (2004, 39) kertoo yhteisöhoitoon tarkoittavan hoitomuotoa, jossa yhdistyy vertaistuki sekä perinteiset yksilölliset menetelmät. Yhteisö ja hoidettavat sopivat



keskenään pelisäännöistä, auttamisen tavoista sekä vertaisryhmäpalautteesta. (Mt. 39.)

### 4.3 Vertaistuki päihdehoidossa

Mikkonen & Saarinen (2018) kertovat vertaistuen tarkoittavan kokemukseen perustuvaa ihmisten keskinäistä tukea. Vertaistuki on myös ihmisten omaehtoista toimintaa, jossa vertaiset toimivat itsensä ja toistensa hyväksi. Vertaistoiminnalla puolestaan tarkoitetaan kaikkea toimintaa, mikä on luettavissa vertaistukeen. Vertaisuudella tarkoitetaan ihmisten välistä suhdetta. Ihmisten samankaltaiset kokemukset ja elämäntilanteet synnyttävät vertaisuutta. Vertaisuutta luonnehtii keskinäinen asiantuntijuus, voimavara, tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Vertaistuki on kehittynyt monissa eri maissa ihmisten tarpeiden, yhteiskunnallisen rakenteen ja kulttuurin mukaisesti. Terminä vertaistuki on suhteellisen uusi, se on ollut käytössä vasta noin pari vuosikymmentä. Aiemmin vertaistuki tunnistettiin oma-aputoiminnan terminä. (Mikkonen & Saarinen 2018, 9-20; Nylund 1997, 10; Mikkonen 2009, 32-33.)

Yhdysvalloissa vuonna 1935 perustetut Nimettömien alkoholistien ryhmät olivat ensimmäisiä moderneja oma-apuryhmiä. Suomessa vastaava toiminta aloitti vuonna 1948. (Mt. 9; Nimettömät alkoholistit 1990.) Mikkonen & Saarinen (2018, 10) kertovat, että vertaistuen juuret Suomessa löytyvät yhteisöllisyyden tarpeesta, ja tälle ominaista oli yhdessä toimiminen, kuten talkoot ja muu keskinäinen avunanto sekä maaseudulla että kaupungeissa. Huolimatta pitkästä historiasta vertaistuen legitimizeetti julkisen järjestelmän osana ei ole täysin selvä. Vaihtoehtona lääkehoidolle, on vertaistukiryhmien tarjoamaa apua vaikea hyväksyä. Tämän lisäksi kehitysideat, joita auttamisjärjestelmän kehittämiseksi syntyvät vertaisryhmissä, voivat helposti kadota ammattilaisten vastuuden sekaan. (Kirkonpelto 2014, 28; Hyväri 2005, 218, 228.)

Edellä esittelemäni vertaistuki, vertaistoiminta ja vertaisuus, ovat olennainen osa Minnesota hoitoa. Hoidon pyrkimyksenä onkin raittiuden saavuttaminen vertaistuella. Tunnetuimpiin vertaisuuteen pohjautuva hoitomuoto on Anonyymien

alkoholistien (AA) ryhmä, jossa entiset päihdeongelmaiset henkilöt edistävät sekä omaa, että muiden raittiutta tarjoamalla myönteisiä roolimalleja samaistuttavina kohteina. (Kirkkonpelto 2014, 39; Holmberg 1995, 330.)

#### 4.4 Minnesota-hoidon ydin ja 12 askeleen ohjelma

Minnesota-malli on rakentunut psykiatrisen sairaalan kliinisen metodologian ja siihen liittyneen vankan ammattikäytännön sekä AA:n hengellisen ohjelman ja toipuvien alkoholistien toivoa antavien onnistumistarinoiden risteykseen (Lausvaara 1990, 193). Minnesota-malli näkee alkoholismin itsenäisenä ilmiönä, joka voidaan tunnistaa muista sairauksista ja tiloista sen kroonisessa vaiheessa, perustuen sen lähes identtisiin oireisiin ja merkkeihin. Yleisesti ottaen Minnesota-malli näkee päihderiippuvuuden sairautena, johon henkilö sairastuu omatessaan geneettistä alttiutta sairaudelle. Minnesota-mallin hoidon kokonaisuus ja sen jatkuvuus perustuu AA:n filosofiaan eli nimettömien alkoholistien toipumisohjelmaan (Alcoholics Anonymous) sekä sen ihmiskäsitykseen. (Lausvaara 1990; Kettunen & Leppänen 1994.)

Lausvaaran (1990, 195) mukaan Minnesota-mallin toipumisen ydin voidaan jakaa kolmeen pyrkimykseen, joista ensimmäinen on hengellisen tietoisuuden kasvu, toisena valinnan ja henkilökohtaisen vastuun tiedostaminen ja kolmantena tasavertaisten ihmissuhteiden hyväksyminen. Hoidon pääasiallisena tavoitteena on auttaa potilasta elämänlaadun kohentamisessa ja mielialaa heikentävistä kemikaaleista irtipääseminen.

Minnesota-mallin mukaisen päihdehoidon perusajatuksina on:

- Alkoholismi, laajemmin päihderiippuvuus on ensisijaisesti sairaus, eikä oire jostain taustalla olevasta ongelmasta.
- Päihderiippuvuus on sairautena kokonaisvaltainen, jonka seuraukset sekä fyysisiä että henkisiä. Minnesota-hoito pyrkii absoluuttiseen raittiuteen riippuvuuksista kokonaisvaltaiseen toipumiseen.
- Vertaistuella merkittävä rooli kuntoutumiselle.
- Päihderiippuvuus on myös läheisen sairaus.

Minnesota-malli perustuu 12 askeleen malliin ja hoidon perusajatukset tulevat AA:n kokemuksista. Koski-Jännes (2013, 128) valottaa näille 12 askeleen periaatteille perustuvalla hoidolla olevan selvää tieteellistä näyttöä (Matching alcoholism treatments...1998). 12 askelta muodostaa oman henkilökohtaisen toipumismatkan ytimen:

- 1. Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.*
- 2. Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme.*
- 3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan -sellaisena kuin hänet käsitimme.*
- 4. Suoritimme perusteellisen ja pelottoman moraalisen itsetutkistelun.*
- 5. Myönsimme väärrien tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.*
- 6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteemme heikkoudet.*
- 7. Nöyrästi pyysimme häntä poistamaan vajavuutemme.*
- 8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyöittää heitä kaikkia.*
- 9. Hyöitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä, milloin vain mahdollista, ellemme näin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita.*
- 10. Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.*
- 11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin hänet käsitimme, rukoillen ainoastaan tietoa hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.*
- 12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.*

Minnesota aatteella on Yhdysvalloissa jo yli 40-vuotinen kehityshistoria. Sekä

suomalaista että amerikkalaista Minnesota-mallia yhdistää maailmanlaajuinen Nimettömien alkoholistien toipumisohjelma eli AA. Psykologi Daniel J. Anderson on yksi Minnesota-mallin kehittäjistä. Hän kertoo yleisen mielipiteen alkoholismista olleen 1950-luvun alussa varsin pessimistinen ja toivoton, sekä alkoholistit tuomittiin moraalisesti selkärangattomiksi Yhdysvalloissa. Sekä alkoholistit että heidän läheisensä leimattiin sosiaalisiksi hylkiöiksi. AA-ryhmä perustettiin jo vuonna 1935, mutta oli tuolloin vielä melko tuntematon, vaikka moni oli raitistunut ryhmän avulla. (Esim. Kettunen & Leppänen 1994; Peltoniemi 2013.)

Muutos lähti liikkeelle 1940 ja -50-lukujen taitteessa Minnesotassa kolmessa erityyppisessä laitoksessa, joissa käynnistettiin kehittämistyö alkoholismiin uusille käsityksille ja hoidolle. Tällöin alkoholistien hoito-ohjelmaan kuului ainoastaan vieroitushoito, koska alkoholismiin luonnetta ei vielä tunnettu, ja hoitoresurssit olivat vaatimattomat. Perinteikkään mielisairaala Willmarin johtaja, psykiatri Nelson Bradley ja sen ammattihenkilöstö kehittivät alkoholismiin hoidon perusolettamukset: *"1. Alkoholismi on olemassa, 2. Alkoholismi on sairaus, 3. Alkoholismi ei ole kenenkään syy, 4. Alkoholismi on monivaiheinen sairaus, 5. Alkoholismi on primaari, krooninen sairaus, 6. Hoitoon tulohetken motivaatio ei määrää hoidon lopputulosta, 7. Yhteisöissä on aloitettava tiedotus ja koulutus, 8. Kemiällisen riippuvuuden käsite."* (Kettunen & Leppänen 1994, 10–12.)

Näiden perusolettamusten pohjalta Bradley ja Anderson muun ammattihenkilöstön kanssa kehittivät hoito-ohjelman alkoholisteille. Uusina lähtökohtina olivat välittäminen, AA-filosofia, moniammatillinen tiimi sekä terapeutin yhteisö. Tavoitteena oli auttaa alkoholismiin sairastunutta elämään tietoisena hänen kroonisesta sairaudestaan sekä sen kanssa selviytymiseen. Näin ollen syntyi terapeutin yhteisö, ja sen syntyä vauhditti halu luoda ympäristö, jossa keskiössä olisi perussairausten hoito ja joka kannustaisi elämäntapamuutokseen myönteisellä ajattelulla ja käyttäytymisellä. Hoitoon otettiin mukaan myös toipuvia alkoholisteja kertomaan omista kokemuksistaan, ja ryhmätoimintoja kehitettiin entisestään. Vertaisryhmien voima alkoi näkymään ja potilaat kokoontuivat jakamaan kokemuksiaan yhdessä, ja siten pystyivät auttamaan myös toisia sairautensa kanssa. (Kettunen & Leppänen 1994, 12–13.)

Psykologi Daniel J. Andersonin mielestä Minnesotan hoito-ohjelmassa tärkeintä on Nimettömien Alkoholistien hengellisen toipumisohjelman ja ammatillisen hoidon onnistunut yhdistäminen. Tänä päivänä kokonaisvaltainen Minnesota-malli kattaa sekä Yhdysvalloissa, että Suomessakin laajan toimintakentän, johon muun muassa kuuluvat ammattilaisten työskentely, ehkäisevä yhteisötyöskentely, vieroitus-, perus- ja jatkohoidot, asumispalvelut sekä yhteiskunnallinen työ. (Mt. 13–14.)

#### 4.5 Minnesota-mallin mukainen sairauskäsitys

Sairausmallit jaetaan yleisesti ontologisiin ja fysiologisiin (funktionaalisiin) teorioihin. Lausvaaran (1990, 192–193) mukaan Minnesota-malli näkee sairauskäsityksen enemmän kuuluvan ontologiseen malliin, jossa sairautta ei tunnusteta missään erityistekijässä tai sairauden aiheuttajassa. Maivita Oy:n (2021) internetsivuilla kerrotaan, että Minnesota-mallin mukaan merkittävin syy päihderiippuvuuteen sairastumisessa on ihmisen perimä. Sairastumisesta puhutaan jo lähtökohtaisesti, kun puhutaan päihderiippuvuuden syntymistä. Sairastumiseen voivat vaikuttaa myös erilaiset sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Päihderiippuvuudesta puhutaan nimellä sairaus, jota kuvastaa kemiallinen, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen riippuvuus.

Addiktiosairaus vaikuttaa päihteiden käytön aloittamiseen, tai sairaus vaikuttaa käytön taustalla. Minnesota-mallin keskeinen käsite on addiktiosairaus, ja se on myös tärkeä osa AA:n toipumisteoriaa. Addiktiosairauteen liittyy käsitys siitä, että addiktioon sairastunut henkilö, ei voi tulla kohtuukäyttäjäksi minkään tajuntaan vaikuttavan aineen osalta. Henkilöllä voi olla myös eriäviä näkemyksiä addiktiosairaudesta sen mukaan millainen näkemys on muodostunut hoitolaitoksessa olemisen. (Kotovirta 2009, 92–93; Granfelt, 2003; Heikkilä, 2004.)

Minnesota-mallin mukaan alkoholista ei voida pitää henkilökohtaisesti vastuussa alkoholismistaan, koska sairauskäsitteen seurauksesta alkoholismiin ei liity aitoa valintaa. Sen sijaan alkoholisti on kuitenkin vastuussa moraalisesti yksittäisistä teoista ja valinnoista, jonka vuoksi hoito-ohjelmassa suuri merkitys onkin AA:n 4. ja 5. askeleen henkilökohtaisella vastuulla ja työskentelyllä. (Lausvaara 1990, 193.)

Kettunen ja Leppänen (1994, 10) kertovat Minnesota-mallin mukaisen aatteen alkoholismien näkemisestä sairautena, jota voidaan hoitaa. Jotta henkilö saavuttaa täydellisen toipumisen, on edellytyksenä päihteetön elämäntapa ja vastuun ottaminen omasta sairaudesta eli alkoholismista.

#### 4.6 Aikaisempia tutkimuksia Minnesota-mallin hoidosta

Mikkonen & Saarinen (2018, 148) valottavat vertaistukitutkimuksien jakautumisesta kahteen suurimpaan ryhmään, jotka ovat yhteiskuntatieteelliset, sekä psykologiset ja terveystieteelliset tutkimukset. Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen kiinnostus on keskittynyt pääosin vertaisryhmätoimintaan ja osallistuu aktiivisesti yhteiskunnalliseen keskusteluun. Psykologinen ja terveystieteellinen tutkimus painottuvat enemmän yhteisöllisiin kokemuksiin ja ryhmädynamiikkaan. Vertaistukitutkimuksen ja tämänkin tutkielman kannalta keskeisimpiä teemoja 2000-luvulla ovat olleet yhteisöllisyys, vastavuoroisuus, kohtaaminen, osallisuus, sosiaalinen pääoma ja voimaantuminen. (Mt. 148; Nylund 2005, 197.)

Aikaisempaa kotimaista tutkimusta Minnesota-hoidon käyneiden vertaistuen kokemuksia olen löytänyt suhteellisen vähän. Aikaisemmat tutkimukset ovat pääosin keskittyneet Minnesota-hoidon tuloksellisuuteen, mutta vähemmän on löytynyt tutkimusta kuntoutujien hoitokokemuksista liittyen vertaistukeen. Tämän vuoksi koenkin tärkeänä tehdä aiheesta lisää tutkimusta.

Yksi merkittävimmistä suomalaisista tutkimuksista on Heikki Oinas-Kukkosen (2013) väitöskirja: *Alkoholistin ja hänen läheistensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota hoidossa*. Oinas-Kukkosen tutkimuksessa käsitellään toipumisprosessia sekä alkoholistin että hänen läheisensä näkökulmasta. Tutkimus on toteutettu mixed-methods menetelmällä, sekä kyselyn että haastattelun ja havainnoinnin avulla. Oinas-Kukkosen (2013) tutkimuksen yhtenä merkittävänä tuloksena nousi toipuneiden terapeuttien ja toisten potilaiden tarjoama vertaistuki osana potilaiden toipumisprosessia. Oinas-Kukkonen (2013) esittääkin vertaistuellisen yhteishoidon tuomista laajemmin päihde-, ja läheishoitoon sekä niiden kehittämiseksi.

Susanna Santala (2008) tutki pro gradu- tutkielmassaan potilaiden kokemuksia hoidostaan: *Sairaus nimeltä alkoholismi- Päihderiippuvuudesta toipuminen Minnesota-mallin hoitoyhteisössä*. Santalan tutkimustuloksissa läheisviikonlopun merkitys korostui yhtenä merkittävänä tekijänä toipumiselle. Hoidon läpikäyneet henkilöt kokivat positiivisia muutoksia elämässään, kuten elämänhallinnan sekä työkuvioiden parantumista.

Klaus Mäkelä (1991, 1992, 1994) on tutkinut AA-ryhmiä monesta eri näkökulmasta, ja suomalaista vapaaehtois- ja kansalaistoimintaa ovat tutkineet esimerkiksi Aila-Leena Matthies (1985, 1990, 1991, 1994) ja Anneli Anttonen (1989). Marianne Nylund on tutkinut vapaaehtois- ja oma-aputoimintaa eli vertaistukea, ja hän on koornut oma-apuryhmien bibliografian vuosilta 1974–1991 sosiaali- ja terveydenhuollon alueelta. (Mikkonen & Saarinen 2018, 240; Nylund 1997.)

Suomessa tehdään monitieteistä addiktio tutkimusta muun muassa Suomen Akatemian Päihteet ja Addiktio -tutkimusohjelmassa (Suomen Akatemia, Päihteet ja Addiktio- tutkimusohjelma 2006). Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alkoholitutkimussäätiö tukee ja edistää yhteiskuntatieteellistä, lääketieteellistä, biologista ja käyttäytymistieteellistä addiktio tutkimusta joka käsittää alkoholin lisäksi myös rahapeli -ja huumausaineongelmat. Addiktio tutkimusaiheena on nousnut myös kulttuurintutkimuksessa esille. Addiktioita on pohdittu filosofisesta näkökulmasta esimerkiksi teon ja tahdon filosofiassa ja bioetiikassa. (filosofia.fi 2014.)

Erityisesti Yhdysvalloissa on tutkittu Minnesota-mallin pohjalle perustuvaa hoitoa ja sen tuloksellisuutta (Stinchfield & Owen 1998). Stinchfieldin ja Owenin (1998) tutkimuksessa yhden vuoden seurannassa 53 prosenttia ilmoitti pysyneensä täysin raittiina hoidon jälkeisen vuoden aikana, ja lisäksi 35 prosenttia oli vähentänyt alkoholin ja huumeiden käyttöä. Minnesota-malli on johdonmukaisesti tuottanut tyydyttäviä tuloksia, ja tulevan tutkimuksen tulisi keskittyä hoitotavan terapeutiseen prosessiin. Merkittävä suomalainen tutkimus, joka on kansainvälisestikin tunnettu Keson tutkimus (1989), jossa tarkasteltiin Minnesota-mallin tehokkuutta totunnaiseen verrattuna hoitotapaan mikä suosittelee täyttä absolutismia. (Keso & Salaspuro 1990.)

Minnesota-mallissa olennaisesti osana hoitoa on 12 askeleen periaatteet, josta on selvää tieteellistä näyttöä, kuten kolmivuotinen Project MATCH -tutkimus (1998), jossa tutkittiin alkoholismien hoitokeinojen vaikuttavuutta ja erityisesti psykososiaalisten hoitomuotojen vaikuttavuutta alkoholismien hoidossa. Tulokset osoittivat, että nykyiset psykososiaaliset hoitomuodot eivät ole erityisen tehokkaita. (Cutler & Fishbain 2005, 1.)

Tutkimuksellani vertaistuen merkityksistä osana hoitoa pyrin tuomaan esille kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen ja esittää mahdollisia suomalaisen päihdehoitojärjestelmän aukkoja. Tärkeänä pidän myös päihdekuntoutujan oman äänen esiin nostamista, ja kuntoutujan kokemusten avulla lisäämään hoidon merkittävyyttä ja siten tuottamaan uutta tietoa. Kokemusten tutkiminen on siis täysin perusteltua tutkielmani kontekstissa aiemman tutkimuksen aiheesta ollessa vähäistä.



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa käyn läpi tutkimusmetodologisia kysymyksiä, ja kuvaan tarkemmin tutkimukseni etenemistä ja toteutumista, sekä kuvaan aineistoani ja sen analysointia kokonaisvaltaisesti. Eettiselle pohdinnalle on oma kappaleensa luvun lopussa.

### 5.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys

Tutkimukseni tehtävänä on tarkastella päihdehoitolaitos Maivita Oy:n Minnesota-hoidossa olevien ja /-tai hoidon käyneiden päihdekuntoutujien subjektiivisia kokemuksia vertaistuesta. Pyrkimyksenäni on tuoda kokemusten jakamisen kautta esille päihdekuntoutujien vertaistuelle antamia merkityksiä heidän omassa toipumisprosessissaan. Tutkimukseeni liitän päihdekuntoutukseen liittyvän yhteiskunnallisen näkökulman, ja sivuan ohessa pienimuotoisesti vertailevan pohdinnan kautta suomalaisen päihdehoitojärjestelmän mukaisten seikkojen ja Minnesota-mallin mukaisen päihdehoidon periaatteita. Tutkielmani mahdollistaa nykyisten päihdepalveluiden ja hoidon kehittämisen ja tehostamisen edelleen.

Yhtenä tutkimuksen tavoitteena on saada aikaiseksi keskustelua sosiaalisista ongelmista ja yhteiskunnan ilmiöistä, painottaen päihderiippuvuuden problematiikkaa. Tutkimuksen toisena tavoitteena on kehittää käytäntöjä ja päästä vaikuttamaan niihin. Tämän sosiaalialan tutkimuksen tavoitteena on palvella itse palvelunkäyttäjiä, palvelunkäyttäjien läheisiä, palvelun ostajia, sosiaalityöntekijöitä sekä muita ammattilaisia. (Satka ym. 2005, 9, 11; Kuula 2011, 156.)

Tutkimuskysymykseni liittyy vertaisuuteen ja sen ymmärtämiseen, minkälainen merkitys on (yhteisöhoitollisella) päihdehoidolla joka perustuu yhteisöhoitossa tapahtuvaan vertaistukeen, ja minkälaisia merkityksiä kuntoutujat antavat vertaistuelle heidän omassa toipumisprosessissaan. Minnesota-hoidon yhtenä kulmakivenä on yhteisöllisessä hoidossa syntyvä vertaisuus.

Tutkimuskysymykseksi muodostui siten seuraava:

*Millainen merkitys on vertaistuellalla päihderiippuvuudesta toipumisessa Minnesota-hoitoa toteuttavassa hoitoyhteisössä?*

Tähän kysymykseen vastaan hyödyntämällä Maxwell Jonesin (1907-1990) ja Tom Mainen (1911-1990) terapeutin yhteisön teoriaa ja mallia peilattessani empiiristä aineistoa aikaisempaan tutkimukseen. Terapeuttisesta yhteisöstä puhuessani käytän myös vaihtelevasti yhteisöhoidon käsitettä, koska yhteisöhoidon käsite toimii kattokäsitteenä eri suuntauksille terapeutin yhteisön tapaan (Ks. Esim. Murto, 2013).

Yhteisöhoidon tavoitteena on käyttäytymisen muuttaminen ja elämäntapamuutos, jossa tärkeäksi muodostuu vertaisryhmän merkitys. (DeLeon 2000, 65.) Vertaisuuden käsitteestä sen sijaan on hankala saada yhtä selkeää määrittelyä, ja käsitettä voikin tarkastella monista eri näkökulmista ja siitä kontekstista, jossa vertaisuutta toteutuu. Tämä seikka tekeekin käsitteen yleistämisestä hankalaa. Tässä tutkielmassa olen päätenyt tarkastelemaan vertaisuutta suomalaisen päihdehoitojärjestelmän ja päihdekuntoutumisen kontekstista, ja pääpaino on tutkittavien subjektiivisissa kokemuksissa ja niiden merkityksenannoissa.

Koska kotimaista tutkimusta Minnesota-hoidon käyneiden kokemuksista vertaisuudesta on varsin vähän, on perusteltua lähteä tutkimaan vertaistukea ja sen antamia merkityksiä päihdehoidossa kuntoutujien omakohtaisten kokemusten pohjalta. Minnesota-hoitolaite Maivita Oy on hoitoyhteisö, jossa vertaistuellalla on merkittävä rooli päihdekuntoutumisessa. Siksi haluan nostaa tutkimuksessani esille vertaisuuden, jota nimenomaan yhteisöllisyys ja yhteisössä olevien henkilöiden jaetut kokemukset tuottavat.

## 5.2 Aineisto ja aineistonkeruumenetelmät

Tutkimuksessa käytetty aineisto koostui viiden, Minnesota hoitolaitoksen jatkohoitoryhmässä olevan päihdekuntoutujan kirjoituksista. Tutkimusaineisto on kerätty sähköpostitse alkuvuodesta 2022 ja viimeiset vastaukset sain huhtikuussa 2022. Osallistujat ovat kerätty Maivita Oy:n kautta. Olin yhteydessä Maivitaan ja siellä suhtauduttiin tutkimusajatukseni positiivisesti, ja hyvässä yhteistyössä pohdimme tutkimuksen etenemistä. Yrityksen omistajan / läheisohjaajan kanssa sovimme, että hänen tuntiensa asiakaskuntansa hyvin, on hän yhteydessä potentiaaliin tutkimukseen osallistujiin puhelimitse, ja kun halukkaat osallistujat löytyvät, niin heidän suostumuksellansa yhteyshenkilö välitti minulle heidän sähköpostinsa, jotta voin tiedottaa tutkimuksesta ja lähettää tutkimuskysymykset.

Aineiston rajasin viiteen henkilöön, koska maisterintutkielman laajuuden, tutkimusmetodin ja analyysitavan kannalta mielekkäintä oli pitää aineisto kohtuullisen pienenä. Kriteerinä tutkittaville oli ainoastaan se, että on/on ollut ainakin päihderiippuvuuden vuoksi hoidossa, ja että henkilö on jatkohoitoryhmässä, mikä tarkoittaa sitä, että perushoitajakso on käyty ja hoito jatkuu yhä Maivitan jatkohoitoryhmässä. Näin hyvin mahdollisesti välttyin siltä, ettei vastaaja ole hoidon akuuteimmassa vaiheessa, eikä vointi ole turhan matala. Koin, että jatkohoidossa olevien henkilöiden tutkiminen on myös siinä mielessä mielekkäämpää, että heillä on takanansa jo ainakin perushoidon verran kokemusta Minnesota-hoidosta, ja he kykenevät refleктоimaan kokemaansa laajemmin.

Osallistujille lähetin saatekirjeen (liite 1), sekä kirjoituspyynnön tutkimuskysymyksillä (liite 2). Osallistujat ovat kirjoittaneet kirjoituksia parhaaksi katsomallaan tavalla ja tyylillä, ja apuna kirjottamisessa heillä on ollut laatimani kysymykset, jotka johdattelevat kuvailemaan kokemuksiansa. Vastauksia minulle palautui lopulta kolmelta mieheltä ja kahdelta naiselta. Määräaikaan 28.2.2022 mennessä minulle palautui vastauksia kahdelta osallistujalta, ja myöhemmin sain loput kolme vastausta. Jäljempänä kuvaan vielä aineistonkeräämisen haasteita. Vastausaika olin antanut noin kaksi kuukautta.

Vastauksen palauttaneista henkilöistä, voisi kirjoituksista päätellä kirjoittajien iän olevan suunnilleen 30–60 vuoden välillä. Tutkielmani kannalta ei ollut merkityksellistä kerätä osallistujien taustatietoja, koska tutkielman painopisteenä on vertaistuen ja yhteisöllisyyden kokemukset ja niille annetut merkitykset, joten

kokemuksia tutkiessani ei iällä ole niinkään merkitystä. Myös anonymiteettisistä jätin iän ja sukupuolen huomioimatta analyysissä.

Kunkin tutkittavan kirjoitusten pituus vaihteli konekirjoitetusta kahdesta A4:sen sivusta neljään kokonaiseen sivuun. Kirjoituksia minulla oli yhteensä viisi, ja sivumäärällisesti yhteensä aineistoa oli 13 sivua. Kukin kirjoitus on kirjoitettu asiatiiviillä tyyllillä, ja jokaisessa kirjoituksessa oli omanlaisensa tunne, jossa kertojan ääni ja tyyli pääsivät esille, mikä lisäsi lukukokemusta tutkijalle. Kirjoitusten pituuden tai asiasisällön vertailu ei ole tarpeellista analyysini kannalta. Kaikki kirjoitukset olivat kirjoitettu elämäkerrallisella tyyllillä, mikä oli sinänsä mielenkiintoista huomata, että vaikka kirjoitukset olivat erilaisia, oli kirjoitelman rakenne ja kerronta suhteellisen samankaltaista. Tämä on jokseenkin oletettavaa, koska Minnesota-hoidon yhtenä tehtävänä on kirjoittaa omaelämäkerrallinen tarina aina lapsuudesta nykyhetkeen, ja hoidossa potilaat jakavat tarinansa muille. Tämä luonnollisesti heijastui myös tutkimuksen kirjoitelmissa. Myös Maivitassa tapahtuva hoidollinen konteksti sekä hoidon tyyli vaikuttavat olennaisesti potilaiden samankaltaisen kertomisen tyyliin, ovathan potilaat yhdessä omaksuneet hoidollisia käytänteitä ja ideologioita mitä Minnesota-hoitoon olennaisesti kuuluu.

Kiinnostusta tutkimuksen osallistumiseen ilmoitti kaikki tarvitsemani viisi henkilöä. Apuna tutkittavien löytymiselle toimi Maivitan omistaja, joka kertoi olevansa puhelimitse yhteydessä heihin, ennen minun varsinaista yhteydenottoani. Puhelinsoittojen jälkeen, otin heihin yhteyttä sähköpostitse. Yhteyshenkilöni oli jo puhelimesta asioidessaan henkilöiden kanssa kertonut tutkielman aiheesta ja tavoitteesta lyhyesti, jonka jälkeen lähetin ilmoittautuneille osallistujille vielä saatekirjeen ja kirjoituspyynnön, josta kävi ilmi tutkimuksen kaikki tarkemmat tiedot. Määräaikaan mennessä kirjoituksen palautti vain kaksi henkilöä, jolloin otin osallistujiin uudelleen yhteyttä. Tämän yhteydenoton jälkeen loputkin kolme osallistujaa palautti kirjoitelmansa. Yhteensä viisi kirjoitusta palautettiin huhtikuun 2022 alkuun mennessä. Aineiston kokoon eli viiteen kirjoitukseen, olin tyytyväinen, koska sain kasaan sen verran aineistoa mikä tutkimuksen kannalta oli mielekästä. Loppujen kirjoitusten myöhästymisien vuoksi, aineiston analyysi jäi kovin myöhäiseksi. Kirjoitusten kirjoittaminen vaatii kirjoittajalta sekä voimia että aikaa, ja raskaiden asioiden uudelleen läpikäyminen ja tekstimuotoon saattaminen eivät ole

käden käänneessä suoritettavia asioita, mikä ymmärrettävästi saattoi vaikuttaa vastausten myöhästymiseen.

### 5.3 Teoriaohjaava sisällönanalyysi tutkimus- ja analyysimenetelmänä

Tutkimus on laadullinen teoriaohjaava sisällönanalyttinen tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2002).

Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään kohteen laatua ja ominaisuuksia, sekä merkitysten kokonaisvaltaisuutta. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin miksi, miten ja, minkälainen. Ihmis- ja yhteiskuntatutkimuksessa kvalitatiiviset menetelmät on liitetty hermeneuttiseen eli ymmärtävään tiedekäsitykseen. (Alasuutari, 1994.) Hermeneuttinen tieteenfilosofia vaikuttaa tutkimuseni analyysin taustalla, ja olen sen ymmärtävän käsityksen mukaisesti toteuttanut analyysiä ja pitänyt mielessä sen periaatteet. Jäljempänä tästä vielä lisää.

Tämän laadullisen tutkimuksen tavoitteena on *ymmärtää* tutkittavia heidän omista lähtökohdistaan ja heidän omista käsitteistänsä. Tutkimuksessa tärkeäksi tulee välttää etukäteen asetettuja hypoteeseja, luokituksia ja teorioita. Aineisto on kerättävä tutkittavien, eli päihdekuntoutujien omasta ”puheesta” strukturoimattomia tai joustavia havaintomenetelmiä käyttäen. (Tuomivaara 2005, 33–34.) Laadullinen tutkimus Pertti Alasuutarin (2011, 83–84) mukaan tarkastelee tutkittavaa ilmiötä monelta eri kantilta. Tämän vuoksi laadulliselle tutkimukselle ominaista on aineiston kerääminen, joka mahdollistaa mahdollisimman monenlaiset näkökulmat ja tarkastelut.

Sisällönanalyysi on laadullisessa, kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettävä aineiston analyysitapa. Sisällönanalyysin avulla analysoin tekstimuotoisia aineistoja. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuoda tekstiaineistosta esille tekstissä esiintyvät merkitykset. Tutkittavasta asiasta pyrin saamaan esiin tiivistetyn ja yleistävän kuvauksen ilman, että aineiston informaatioarvo vähenee. Sisällönanalyysin avulla haluan tuoda esille tekstissä esiintyvät erot ja yhtäläisyydet, sekä kuvata niitä sanallisessa muodossa.

Omassa tutkielmassani koin sisällönanalyysin olevan sopivin tapa tutkia kirjoittajien merkityksiä, joita nousi heidän kirjoittamista kokemuksistaan. Mielenkiintoista oli

löytää tapahtumia ja asioita, jotka nousivat merkityksellisiksi heidän omista kirjoituksissaan, ja minkälaisia eroja ja yhtäläisyyksiä kirjoitusten väliltä löytyi. Kirjoitusten tulkinta jää tutkijalle, ja olen pyrkinytkin välttämään omien ennakoajatusteni ja oman kokemusmaailmani vaikutusta tekstien tulkitsemiseen.

Virkki (2022) linjaa laadullisen sisällönanalyysin keskittyvän siihen, mistä aiheista, asioista ja teemoista aineisto kertoo; mistä tutkittavat puhuvat, ja mitä asioita he puheessaan tuottavat. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt, ovat eläneet samassa kulttuurisessa hoitoympäristössä Maivitassa, joten voidaan olettaa, että kirjoittajat tuottavat jokseenkin samankaltaista aineistoa, kuin mitä täysin eri lähtökohdista ja ympäristössä olevat tuottaisivat. Minnesota-mallisella päihdehoidolla on oma vahva hoitofilosofiansa ja hoidontuottamisensa tapa, joten olettamuksena on myös päihderiippuvuuden tulkinnan ja kerronnan samankaltaisuus, kirjoittajien sisäistettyjen käsitysten ja mallien vuoksi. Luonnollisesti saman päihdehoidon käyneet henkilöt jakavat samankaltaisia näkökulmia sekä nostavat mahdollisesti esille asioita, jotka ovat korostettuna Minnesota-mallin hoidossa.

Kirjoitelmien kerronnalle olin omassa tutkimuksessani rajannut sen verran, että olin asettanut valmiita kysymyksiä, jotka luovat kerronnalle jonkinlaiset raamit.

Kysymykset ovat vertaistuen ja yhteisöhoidon teemoihin liittyviä, ja johdattelevat kirjoittajaa vastaamaan kuvailevasti omien kokemusten muodossa. Kysymykset ohjasivat siis kirjoittajaa vastaamaan valitsemini teemoihin niin, että kykenen analyysissä vastaamaan tutkimuskysymykseeni, jossa haen kokemuksia vertaistuen merkityksistä. Kirjoituksia lukiessani huomasin kuitenkin, että useammat kertomukset olivat kirjoitettu elämänkerrallisella tyylillä lapsuudesta alkaen aina tähän päivään. Minnesota-mallin hoitoa ymmärtäessäni yhä enemmän oivalsin, että osallistujille elämäntarinansa kirjoittaminen on luonnollista ja heillä on siitä kokemusta, koska oman elämäntarinan läpikäyminen on iso osa Minnesota-hoitoa.

Laadullinen sisällönanalyysi perustuu tutkijan tekemälle teemoittelulle, jonka kautta tutkijan on mahdollista tunnistaa ja nimetä sisällöllisiä elementtejä aineistostaan.

Laadullinen sisällönanalyysi jaetaan aineistolähtöiseen analyysiin, teorialähtöiseen analyysiin ja teoriaohjaavaan analyysiin. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 101.) Tässä tutkielmassa käytän analyysitapana teoriaohjaavaa analyysiä.

Teoriaohjaava analyysi auttaa ratkomaan haasteita, joita aineistolähtöisessä analyysissä esiintyy. Tiettyjen teoreettisten oletusten olemassaolo hyväksytään teoriaohjaavassa analyysissä, mutta aikaisemmalla tiedolla ei ole tarkoitus testata teoriaa, vaan tuottaa jo olemassa olevalla tiedolla uusia merkityksiä. Teoria toimii siis apuna analyysin etenemisessä, joten analyysissä on siten olennaista aikaisemman tiedon vaikutus. Teoriaohjaavassa analyysissä vaihtelevat sekä aineistolähtöisyys, että tutkijan abduktiivisen päättelyn logiikka, eli valmiit teoreettiset mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97–98.)

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä edetään aineistolähtöisen analyysin tavoin aluksi aineiston ehdoilla. Ero näiden kahden analyysitavan välillä on, miten empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Teoriaohjaavasta analyysistä käsitteet tuodaan ilmiöstä jo valmiiksi tiedettynä, kun taas aineistolähtöisessä analyysissä käsitteet luodaan aineistosta. Aineiston analyysi on alussa hyvin aineistolähtöistä. Analyysin tekemisessä teoria toimii analyysin tekemisen apuna, eikä liiaksi ohjaa johtopäätösten tekemistä. Teoreettisia kytkentöjä jäsennellään teoriaohjaavan sisällönanalyysin loppuvaiheen analysointivaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97–99, 116–117.)

#### 5.4 Hermeneutiikka kokemusten tutkimisen apuna

Tutkielman kiinnostus rajautuu tutkimaan päihderiippuvuutta ilmiönä, ja erityisenä kiinnostuksen kohteena on riippuvuutta sairastavien henkilöiden omat kokemukset, joista voi lukijalle nousta esille joitain uusia ajatuksia ja näkökulmia tutkielman aihepiirin kehyksissä. Tutkielmassani olen käyttänyt hermeneuttista tulkintaa yrittäessäni ymmärtää tutkittavien kokemuksia päihdekuntoutumisesta. (Esim. Laine 2015.)

Koska tutkin kokemusten tuomia merkityksiä, olen merkitysten esiin tuomiseen ja tulkittamiseen käyttänyt soveltuvasti apunani hermeneuttis-fenomenologista otetta jäsennelläkseni ja ymmärtääkseni näitä merkityksiä. Tämä tutkimusote vaikuttaa hermeneutiikkaa painottaen läpi tutkielmani, ja varsinkin tämä fenomenologinen ulottuvuus vaikuttaa ajatuksieni taustalla ja siinä, miten olen pyrkinyt jäsentelemään näitä merkityksiä loogisiksi kokonaisuuksiksi.

Vaikka en analysoinut aineistoani hermeneuttis-fenomenologisella tutkimusotteella (vaan sisällönanalyysillä luokitellen eri teemoja ala-, ylä- ja pääluokkiin), käytin tutkimusotetta hyödykseni jäsennellessäni aineiston sisällä olevia merkityskokonaisuuksia. Laineen (2015) mukaan merkityskokonaisuuksien löydyttyä aineistosta, ne tuodaan yhteen, jotta on mahdollista luoda ilmiöstä kokonaiskuva uudella tasolla. Laineen (2015) esittelemässä hermeneuttis-fenomenologisessa tutkimustavassa on analysoinnin helpottamiseksi erilaisia vaiheita, joita en kuvaa tässä sen tarkemmin, tutkielmani painottuessa sisällönanalyyttiseen tutkimustapaan. Merkityskokonaisuuksien sisältöä olen pohtinut tutkijan kielellä ja analysoinut näitä merkityksiä pitäen jatkuvasti mielessä hermeneuttis-fenomenologisen tutkimusotteen. Merkityskokonaisuuksia tarkastelin tarkemmin mitkä vaativat erityistä tulkintaa, ja siten saavutin tutkittavien tarkoittamia merkityksiä. (Laine 2015, 29–36.)

Ihmistieteissä tutkimuskohde on olennainen: ”mielen konstruoiva maailma, joka rakentuu ja välittyy aina merkityssisältöinä” (Tuomi & Sarajärvi 2018, 37; Oesch 1996). Laine (2015, 31–35) kertoo kokemusten rakentuvan olennaisesti merkityksistä, ja kun tutkimuksen kohteena ovat kokemukset, tutkitaan näin ollen kokemusten merkityssisältöä ja rakennetta. Merkityksiä voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla.

Hermeneuttinen tutkimusote sopii tutkielmaani, koska pidin tärkeänä tuoda esille tutkimukseen osallistuneiden päihteistä kuntoutuvien henkilöiden kokemuksia heidän itsensä merkityksellistämisenä. Koin tärkeänä ja tarpeellisena tuoda esiin äänen sellaiselle ryhmälle, jonka ääni usein saattaa jäädä taka-alalle. Tutkijana tämä merkitsi minulle pidättäytymistä oman roolini ja tietämykseni korostamisesta, ja sen sijaan oma tietoisuuden pois sulkemista ja itseni häivyttämistä.

Laineen (2015, 35) mukaan hermeneuttisesta metodista ei ole mahdollista esittää tarkkaa kuvausta, vaan sen muoto soveltuu eri tekijöiden tuloksena kulloisessakin tutkimuksessa. Näitä tekijöitä ovat tutkijan, tutkittavan sekä tilanteen erityislaatuisuus. Jotta tutkijana voin saavuttaa toisen ihmisen kokemukset ja hänen ilmaisujensa merkitykset autenttisimmillaan, on tilannekohtaisen harkinnan käyttö suotavaa ja valittava myös tutkimukseen soveltuvimmat toimintatavat. (Laine 2015.)



Kuntoutujien omakohtaisia kokemuksia pääsen parhaiten tutkimaan kirjoituspyynnöllä. Kirjoituspyyntöä ja sen kysymyksiä rakentaessani, pidin mielessäni hermeneuttisen tutkimusotteen vaatimukset. Päädyin kirjoituspyyntöön luomaan kohtuullisen avoimia kysymyksiä, välttääkseni liian strukturoidun rungon ja sellaisten vastausten saamisen, jossa henkilön omat kuvailut ja tunteet voisi jäädä kokonaan pois. Avoimilla kysymyksillä on suuri potentiaali saada tutkittavilta mahdollisimman autenttisia ja kuvailevia kirjoituksia. (Laine 2015.)

Olen tutkijana kiinnostunut kokemusnäkökulmaisessa tutkimuksessa nimenomaan tutkittavien subjektiivisista kokemuksista ja niiden saamista yksilöllisistä merkityksistä. Kokemusnäkökulmallisessa tutkimuksessa kysyn tutkittavilta kysymyksiä esimerkiksi, *miten* he ovat kokeneet hoitoon liittyviä asioita ja *millaisia* merkityksiä he kokemuksilleen tuottavat. Näin saan tutkittavien äänen ja tunteet esille.

Kirjoituspyynnössä keskeiseksi tulee tutkittavan omakohtaisten kokemusten dokumentaatio kirjoittamalla niistä itse. Omakohtaisuus voi sisältää myös jotain toisilta kuultua, mutta silloinkin pääpaino on kirjoittajan suhteella koettuun, tapahtuneeseen ja nähtyyn. Kirjoittaminen on tutkittavalle vapaaehtoista, mutta kokemusten saattamista tekstiksi ohjaa tarkemmin tutkijan laatima kirjoituspyyntö, joka sisältää teeman ja sen purkamisen, sekä johdattelevia kysymyksiä. (fsd.tuni.fi 2022.)

Kuten aiemmin toin esille, olen tutkittavilta saatuja kirjoituksia ja heidän kokemuksiaan tarkastellut hermeneuttiseen paradigmaan pohjautuvan kokemusnäkökulman avulla, joka eroaa faktanäkökulmasta siten, ettei todellisuuden ajatella olevan universaali ja yksittäisistä ihmisistä riippumaton, vaan todellisuus nähdään subjektiivisena ja moninaisena. Tavoite ei siten ole antaa selityksiä eikä tuottaa objektiivista tietoa, vaan pääpaino on tutkittavien kokemusten ymmärtämisessä. (Virkki 2020; Brinkmann ym. 2020; Jokinen 2021.)

Hermeneuttisella tieteenfilosofialla näin ollen tarkoitetaan empiirisiä tieteitä, jotka ovat kokemukseen perustuvia (Järvinen & Järvinen 1994, 112). Luonnontieteen kokemuserustana voi hermeneuttisen perinteen mukaan olla havainto, joka ei ole positivismiin kaltainen puhdas havainto, vaan ”teoriapitoinen” havainto. Jotta voidaan täysin ymmärtää yhteiskunnallista todellisuutta, eivät teoreettinen ajattelu

ja havainto yksin riittää, vaan tarvitsemme niiden lisäksi ymmärtämistä. Hermeneutiikka näkee yhteiskunnallisen todellisuuden rakentuvan käytännöllisten subjektien asettamista merkityssuhteista, jonka ymmärtämiseen tarvitsemme kielellistä kommunikaatiosuhdetta tutkimuksen kohteeseen, jotta voimme ymmärtää tätä teoreettista subjektia. (Mt. 112; Töttö 1983.)

Aineiston tulkinnan problematiikka tutkijan kannalta liittyy autenttisten kokemusten välittymiseen tutkittavien kirjoituksissa. Ihmiset eivät useinkaan pysty, eivätkä edes välttämättä halua ilmaista kokemuksiaan aivan kuten ovat kokeneet. Esimerkiksi tässä antamassani kirjoituspyynnössä, tutkittavat eivät ainoastaan muistele ja ilmaise kokemuksiaan, vaan hän tietoisesti tai tiedostamattaan valitsee, millä tavalla kokemuksistaan kertoo. (Ks. Esim. Tökkäri 2018.)

Kokemusten tutkimiseen liittyy vahvasti myös eettisyys, jota tulee punnita tarkoin, etenkin kun tutkimuksen aihe on sensitiivinen tai kontekstiltään mahdollisesti tunnistettava. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti varmistetaan siten, että tutkittavia identifioivia yksityiskohtia muunnellaan tai jätetään kertomatta (Tökkäri 2018, 70; Squire, 2009). Eettisyyttä arvioin lähemmin luvun viimeisessä kappaleessa.

Tutkimukseni ytimessä ovat itse kuntoutujat, ja heillä on sellaista kokemustietoa, jota ei ammattilaisilta välttämättä löydy. Nykyinen suomalainen päihdepalvelujärjestelmä painottuu pitkälti lääkkeelliseen hoitoon, ja usein hoito tapahtuu avokuntoutuksena. Vaikka laitostyyppisessä hoidossa on omat haasteensa, esimerkiksi hoidon korkea hinta asiakkaalle, näen laitospainotteisen kuntoutuksen tuovan sen käyttäjälleen monia hyviä etuja, kuten tiiviin yhteisön tuen ja hoidossa olevat muut kuntoutujat, jotka jakavat samaistuttavia kokemuksia kuntoutujan kanssa, joka siten on taas omiaan lisäämään luottoa sekä hoitoyhteisöön että henkilökuntaankin. Tässä kohtaa voimme nähdä taas vertaistuen ja yhteisöllisen hoidon yhtäläisyyden, sekä niiden tuomat myönteiset vaikutukset hoitoon ja kuntoutukseen (Esim. Oinas-Kukkonen 2013). Muiden samankaltaisen tilanteen jakavien henkilöiden eli vertaisten kautta, voi kuntoutuja kokea voimaantumista, joka parhaimmillaan johtaa raittiiseen, uuteen tasapainoiseen elämänhallintaan kokonaisvaltaisesti. (ks. Esim. Mikkonen & Saarinen, 2018, Peltoniemi 2013.)

Tutkimuksessani tutkin Minnesota-hoitoyhteisö Maivita Oy:ssä hoidossa olevia henkilöitä, jotka ovat käyneet perushoitajakson, mutta ovat edelleen jatkohoitoryhmässä. Näin ollen henkilöille on jo kertynyt kokemuksellista tietoa hoidosta, jonka vuoksi omien kokemusten jakaminen ja kokemusten reflektointi suhteessa itseen ja muihin on helpompaa. Henkilöt ovat myös oletettavasti paremmassa fyysisessä ja psyykkisessä voinnissa, kuin mitä akuutimmassa perushoitajakson aikana. Minnesota-hoidolla on vahvat hoidolliset aatteet ja vahva perinteikäs oma hoitofilosofiansa. Näin ollen kokemukset rajoittuvat ja perustuvat luonnollisesti Minnesota filosofian kehyksiin, joten tutkijana voin olettaa saavani tutkittavien vastauksista ajatuksia, mielipiteitä ja kokemuksia nojautuen Minnesota-mallin oppeihin. Siten en tutkijana voi tehdä laajempia yhteiskunnallisia yleistyksiä tutkittavien kokemuksista, mutta saan arvokasta kokemuksellista tietoa Minnesota-hoidon sisältä tulleista kokemuksista, ja siten tehdä erinäisiä päätelmiä tuloksista.

## 5.5 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa lähdin tekemään *sisällönanalyysia* saaduista kirjoituksista *teoriaohjaavasti* (Tuomi & Sarajärvi 2002). Aineistot tulostin paperimuotoon ja silmäilin kirjoituksia ensin kokonaisuuksina ja vertailin niitä karkeasti keskenään. Jo tässä vaiheessa huomasin selvästi yhteisiä teemoja ja kokemuksia, joita esiintyy useammassa kirjoittajan tekstissä. Tarkemman perehtymisen aineistoihin aloitin lukemalla ne muutamaan otteeseen läpi, ja vielä tässä vaiheessa pyrin tietoisesti laittamaan kaikki ennakkokäsitykseni sekä teoreettisen viitekehyksen syrjään tutkimuskohteesta, jotta lähestyminen aineistoon olisi mahdollisimman avointa ja ennakkoluulotonta.

Tämä tutkimukseni aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä eli *päihderiippuvuutta*, ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen keskiössä on myös Minnesota-hoidon kulmakivi eli *vertaistuki*, josta tutkittavat kertovat omia kokemuksiansa ja näin ollen peilaten vertaistukea päihderiippuvuuden hoitamisessa ja siitä toipumisessa päihdehoidon kontekstissa. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoitus on lisätä informaatioarvoa, ja luoda

yhtenäistä, selkeää ja mielekästä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122; Burns & Grove 1997; Strauss & Corbin 1998.)

Tuomi & Sarajärvi (2018, 133) muistuttavat teoriaohjaavan sisällönanalyysin etenevän lähtökohdiltaan aineiston ehdoilla, aivan kuten aineistolähtöinenkin analyysi. Ero on siinä, miten empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin abstrahointivaiheessa, jossa erotetaan tieto joka on tutkimuksen kannalta olennainen ja sen perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet tuodaan ”jo ilmiöstä tiedettynä”. (Mt. 125, 133.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi on aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoin kolmivaiheinen prosessi Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan. Aineisto *reduoidaan* eli pelkistetään siten, että karsitaan aineistosta pois kaikki tutkimukselle epäolennainen. Se voi olla datan pilkkomista osiin tai tiivistämistä. (Mt. 123.)

Koska tutkin kokemuksia, on kaikki kirjoittajan kirjoittama teksti tärkeää, ja kokemusten jakamisen takia tutkittavien vastaukset olivat merkittäviä sellaisenaan, sekä kokonaisuudessaan myös tutkimukselle olennaista tietoa. Tutkimuksen kannalta kuitenkin olennaisten asioiden ja ilmausten löytämiseen aineistosta, käytin alleviivaustekniikkaa samanvärisillä kynillä ja näin helpottui erilaisten ilmiöiden erottelu alleviivaamalla niitä erivärisillä kynillä. Näin datasta on helpompi etsiä alkuperäisilmauksia ja niitä kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia, jotka kuvaavat tutkimuskysymystä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Alkuperäisten ilmausten löytämisen ja alleviivauksen jälkeen, aloitin ilmaisujen pelkistämisen. Pelkistetyt ilmaukset listasin allekkain datasta kuitenkin mitään kadottamatta. (Mt. 124.) Tämän pelkistämävaiheen koin jo suhteellisen haastavaksi, koska huomasin, että melko monessa kirjoittajan ilmaisussa löytyi useampikin pelkistetty ilmaus. Näitä ilmaisuja oli myös kirjoittajien teksteissä niin paljon, että koin haastavana kasata ilmaisut tiiviisti ja muistuttaen itseäni pysymään olennaisessa, ja palauttamaan mieleen varsinaisen tutkielmani tutkimuskysymyksen. Huomasin myös pian, että kirjoittajien ilmaisut melkein pä toistivat itseään. Kirjoittajilla oli samankaltaisia turhautumisen ja epäonnistumisen kokemuksia alkoholinkäytöstään sekä lopettamisyrityksissään. Myös turhautumisen ja epätoivon tuntemukset kohdistuen päihdehuoltoon nousivat kertomuksissa vahvasti esille.

Kirjoittajat kokivat päihderiippuvuudesta irti pääsemisessä vertaistuellalla sekä Maivitan henkilöstön kokemusasiantuntijuudella olevan ratkaiseva rooli.

Lähdin pelkistämisvaiheen jälkeen *klusteroimaan*, eli ryhmittelemään alkuperäisaineistoa. Kävin läpi aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset tarkasti, ja etsin aineistosta käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja / tai eroavaisuuksia. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmittelin ja yhdistelin eri luokiksi, joista muodostui alaluokkia. Alaluokat on nimetty käsitteellä, joka kuvaa luokan sisältöä. Tässä luokitteluvaiheessa aineisto selkeästi tiivistyi, koska yksittäisiä tekijöitä on sisällytetty yleisempiin käsitteisiin. Tämä klusterointivaihe luo pohjaa tutkimuksen kohteena olevalle perusrakenteelle sekä tutkittavalle ilmiölle alustavia kuvauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123–124.) Huomasin aineistoissa toistuvan samoja teemoja, ja lopulta muodostin näistä teemoista kaksi alaluokkaa: 1) Muiden antama tuki ja apu toipumisessa, ja 2) itsestä löytyvä tuki ja apu. Alaluokkien muodostaminen mahdollisti koko aineiston tarkastelun niin, että alaluokkien lukemisessa pystyi tulkitsemaan koko aineiston kantavan teeman.

Kiviniemi, Tuomi ja Sarajärvi (2015, 2018) kertovat, että aineiston *abstrahoinnissa* erotetaan tieto, joka on tutkimuksen kannalta olennainen, ja sen perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Yhdistelemällä luokituksia jatketaan abstrahointia niin kauan, kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on vain mahdollista. Tämä aineistoni abstrahointi tapahtui erilaisten yläluokkien muodostamisella alaluokista, jotka olivat ” Muiden antama tuki ja apu toipumisessa ” ja ” itsestä löytyvä tuki ja apu ”. Alaluokasta ” muiden antama tuki ja apu ” muodostin yläluokat ” yhteisöllinen hoito ” ja ” vertaistuki ”, sekä ” itsestä löytyvästä tuesta ja avusta ” muodostui ” sisäinen voima ja motivaatio ”, joita käytin Minnesota-päihdehoidon määrittelyssä, jossa yhteisöllisyys ja ryhmien terapeuttisuus korostuvat, sekä myös sen oivaltaminen, että henkilöllä itsellään on valtava merkitys toipumisen kannalta. Tässä vaiheessa teoreettinen viitekehys tuli kuvaan mukaan, ja muiden ihmisten antaman tuen ja avun näkyminen hoidossa antoi selvän yhtymäkohdan terapeuttisen yhteisön teoriaan ja malliin. Tässä kohtaa myös *teoriaohjaava sisällönanalyysi* otti vahvemmin jalansijaa, ja analyysi muuttui selkeämmin aineistolähtöisyydestä kohti teoriaohjaavaa analyysia. Jaottelin tämän

jälkeen kaikki yläluokat vielä kolmeen eri pääluokkaan, joista lopulta muodostui: 1) yhteisöllisyys, 2) vertaistuki ja 3) yksilön muutosvalmius.

Näille yhdistävänä luokkana toimi potilaiden kokemukset tarpeistaan ja toiveistaan päihdekuntoutuksessa. Nämä kolme muodostunutta pääluokkaa valottavat tutkittavien kokemuksia siitä, mitkä tekijät ovat olennaisimpia toipumisprosessissa, ja että nämä kaikki kolme luokkaa toimivat yhdessä, toisistaan riippuvina.

Tulosluvussa kuusi, syvennyn analysoimaan tarkemmin näitä muodostuneita luokkia, ja miten nämä vastaavat tutkimuskysymykseeni.

Analysointini tueksi muodostuneista pääluokista, *yhteisöllisyys, vertaistuki ja yksilön muutosvalmius* pyrin muodostamaan myös kirjoituksista löytyneitä vertaistuen merkityksiä päihdekuntoutuksessa hermeneuttis-fenomenologisen otteen avulla.

Koska tutkimuksessa olennaista on tuoda esille tutkittavien kokemuksista ilmentyviä merkityksiä, koin tarpeelliseksi tutkijana pohtia, mitä näistä edellä mainituista pääluokista ilmentyi merkityksiksi kirjoitusten pohjalta. Näitä merkityskokonaisuuksia olen analysoinut tarkemmin tulosluvussa 6.

Merkityskokonaisuudet loin lukemisen helpottamiseksi ja tulosluvun analyysin ymmärrettävyyden tueksi. Pääluokasta yhteisöllisyys, nostin esille tutkittavien antamia merkityksiä yhteisöllisyydelle, joita olivat: yhteisön keskinäinen tuki ja apu toipumisessa, yhteisössä vallitseva luottamus, paremmin tietämisen hylkääminen ja samalle tasolle asettuminen sekä uusien terveiden ihmissuhteiden syntyminen.

Pääluokasta vertaistuki, muodostui tutkittavien kirjoitusten perusteella vertaistuen merkityksiksi: samankaltainen kokemus muiden kuntoutujien kanssa, keskinäinen ymmärrys, luottamus, yhdenvertaisuus ja voimaantuminen. Pääluokasta yksilön muutosvalmius, muodostui tutkittavien antamiksi merkityksiksi: oman itsensä auttaminen, sisäinen motivaatio ja rehellisyys. Nämä edellä mainitut merkitykset kuvaavat tutkittavien kokemuksista paikantuneita merkityksiä, joita he ovat antaneet toipumiseen liittyen.

Suhteellisen pienen aineistoni vuoksi, en pyri tekemään laajempia (yhteiskunnallisia) yleistyksiä, vaan tavoitteenani on kuvata ja ymmärtää päihdekuntoutuksessa olevien ja päihdekuntoutuksen käyneiden henkilöiden kokemuksia heidän tunnepuheensa ja kokemusten jakamisen kautta, jota he itse tuottavat. Tutkimustuloksista voidaan tehdä päätelmiä ja hyödyntää niitä uuden

tiedon tuottamisessa ja ihanteellisimmassa tilanteessa hyödyntämään tuloksista nousevia asioita uuden kehittämisessä ja vanhan parantamisessa mitä tulee suomalaiseseen päihdehoitojärjestelmään.

Alasuutari (1994, 207) kuitenkin painottaa, ettei yleistettävyyks ole siinä tapauksessa ongelma, mikäli kaikki tutkimuksen lukijat tunnustavat ilmiön esitetyn kuvauksen perusteella. Kiinnostavaksi tässä tulee se, kuinka pätevältä selitys vaikuttaa, joka on annettu ilmiölle. Yleistettävyyden esioletuksena on, ettei tutkimuksessa etsitä selitystä ainutkertaiselle tapahtumalle, vaan että tutkimustuloksen tulisi päteä tutkitun tapauksen lisäksi myös muuhunkin. (Mt. 207.) Tutkielmani hienous onkin siinä, että vaikka tutkittavien joukko onkin pieni, niin uskon, että kertomuksista nousee esiin jotain yleistämisenkin arvoista, koska lähtöoletuksena on, että päihdehoidon- ja järjestelmän erinäiset haasteet ovat suhteellisen kollektiivisesti tunnustettuja.

Alasuutari (1994, 209) myös muistuttaa, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on usein ottaa tutkimuksen kohteeksi ilmiö, minkä suhteen yleistäminen ei tuota ongelmaa. Näin ollen olennaiseksi tutkimuksessa tulee ilmiön selittäminen, ja sen ymmärrettäväksi tekeminen. Ilmiön todistaminen eikä olemassaolon paljastaminen ole tarpeen.

Tutkimukseni tutkimustulokset ovat johdettu abduktiivisesti pääättelemällä aineistosta sekä jo valmiiksi ”tiedetystä ilmiöstä” ja teoriasta. Ajatteluprosessissani vaihtelevat valmiit muut mallit ja aineistolähtöisyys. Tämän yhdistelyn tuloksena ihanteellisinta on aivan uuden tiedon syntyminen. Teoriaohjaavassa analyysissäni olen valinnut analyysiyksiköt aineistosta, mutta aikaisempi tieto auttaa analyysia. Analyysista voi tunnustaa aikaisemman tiedon vaikutuksen ja näin luoda uusia merkitysuria. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109–110.)

Koko tutkielmani ovat ohjanneet niin sosiaalityön laaja-alaisen toimintakentän eri tutkimukset, tieteet ja teoriat, että yhteiskuntatieteellinen ja psykologinenkin tutkimus, ja tutkielman aineiston analysoinnin taustalla vaikuttaa hermeneuttisen tieteenfilosofian näkökulma, jossa ymmärretään ja tulkitaan merkityksiä sisältäviä kokonaisuuksia. Hermeneutiikassa tieto ymmärretään tulkintojen jatkuvana

prosessina, jossa tieto ja tulkinnat uusiutuvat. Seuraavassa luvussa syvennyn hermeneutiikkaan vielä tarkemmin. (Ks. Esim. jyu.fi 2022.)

## 5.6 Eettiset kysymykset

Eettiset kysymykset tulevat tärkeiksi tutkielmassa, jossa tutkimuskohteena on ihminen tai ihmisryhmä, jota käytetään tiedonlähteenä jonkin ilmiön tutkimisen suhteen. Tutkittavalla henkilöllä on oikeus pysyä nimettömänä ja täysin anonyminä. Tutkimus ei saa sisältää mitään sellaista ominaisuutta tai piirrettä, josta henkilön identiteetin voisi tunnistaa. (Soininen 1995, 129.) Kvalitatiiviset aineistot koostuvat usein pienemmästä tutkittavien määrästä, jolloin myös henkilöiden tunnistaminen on helpompaa. Tutkimuseettisten kysymysten pohdintaan tulee suhtautua vakavasti. Ei ole sellaista laadullista tutkimusta, jossa eettiset kysymykset eivät olisi ainakin jollakin tavalla läsnä. (Mt. 131.)

Päihderiippuvaisten ongelmien avointa esittämistä voidaan usein pitää hyvinkin arkana. Tutkielmassani keskityn nimenomaan päihdekuntoutuksessa olevan henkilön kokemusten tarkasteluun, mikä tuo eettisyyden arvioinnin keskeiseksi. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää vertaistuen antamia merkityksiä päihderiippuvuudesta toipumisessa, hyödyntäen kuntoutujilta saatuja anonymisiä kirjoituksia. Kirjoituspyynnöt on lähetetty hoidossa oleville sähköpostitse, ja kirjoitukset olen pyytänyt lähettämään takaisin minulle joko kirjeen muodossa täysin nimettömänä, tai sähköpostilla. Jälkimmäisessä lähettäjän sähköposti tulee minulle näkyväksi, mutta aineiston hyödyntämisen jälkeen, niin kirjemuotoisen kuin sähköisen kirjoituksenkin, aineistot tuhotaan lopullisesti.

Tutkielmasta ei käy ilmi kirjoittajan nimi, eikä kirjoittajan henkilöllisyyttä pysty päättelemään tekstistä. Tutkielmassa olen käyttänyt otteita saaduista kirjoituksista, mutta niin, että henkilö pysyy tunnistamattomana. Tutkielmassa ei ole olennaista tuoda esille esimerkiksi kirjoittajan ikää taikka sukupuolta. Sähköpostiviestin mukana olen lähettänyt saatekirjeen, jossa olen kertonut itsestäni ja tutkimuksesta, sekä selvennän, että osallistumalla tutkimukseen antaa kirjoittaja myös suostumuksensa tutkimuksen toteuttamiseen.



Kirjoituspyynnön tuloksena syntyvä teksti on kirjoittajalle monella tapaa itseohjautuvaa ja vapaasti assosioitua. Kirjoittaja voi olla kirjoittamatta liian henkilökohtaisia tai muulla tavalla arkoja asioita, mikä vahvistaa vastaajan toimijuutta, ja siten on myös omiaan lisäämään tutkimuksen eettisyyttä, kun tutkittavalla on päätäntävalta mitä haluaa tuoda julki ja mitä ei.

Tutkimuksessani olen pitänyt mielessä eettisyyden kannalta tärkeitä seikkoja, kuten tutkittavien ihmisten ihmisarvon kunnioittamista, tasa-arvoa, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Nämä kaikki edellä mainitut seikat ovat toteutuneet, ja kirjoituspyynnön kautta ihmiset ovat pystyneet itse säätelemään, mitä haluavat tuoda omasta elämästään esille ja mitä jättää kertomatta. Kirjoittajalla on ollut siis täysi päätäntävalta itsestään, ja tästä syystä koinkin parhaimmaksi mahdolliseksi tavaksi toteuttaa tiedon keräämisen kirjoituspyyntöjen muodossa, jotta eettisyyttä ei millään tavalla loukattaisi. Näin ollen tutkimukseen osallistuneen henkilön itsemääräämisoikeus toteutuu hänen saadessaan itse päättää osallistumisestaan ja siitä, mitä asioita kertoo tai jättää kertomatta.

Tavanomaisena eettisenä pulmana pidetään sitä, kun tutkija kokee itselleen tutuksi tutkittavan kokemuksen. Tässä tilanteessa tutkijan on oltava erityisen tietoinen analyysissään keskittymään toisten kokemuksiin, eikä rakenna tuloksia pohjautuen omiin kokemuksiin. (Tökkäri 2018, 70–71.) Vuoren (2021) mukaan on myös hyvä pitää mielessä, etteivät eettiset ratkaisut rajaudu aina pelkästään yksittäisiin tutkittaviin, vaan ne voivat koskea kulttuureita tai kokonaisia ihmisryhmiä. Tärkeää on siis pitää mielessä, että tutkittaessa esimerkiksi vähemmistöjä, haavoittuvassa asemassa olevia ryhmiä tai alakulttuureja, korostuu entisestään haitan ja vahingon välttäminen. Tutkijana reflektoin omassa tutkielmassani haitan ja vahingon välttämistä sillä, että jo kirjoituspyynnön kysymystenmuodostusvaiheessa, pyrin luomaan kysymykset niin, että tutkittava sai vastata mahdollisimman vapaasti kysymyksiin ilman, että olisin tutkijana jo kysymystenasettelussa tai muotoilussa tuonut esille joitain mahdollisia omia ennako-oletuksiani tai omia kokemuksiani, vaan jätin tilaa vastaajan omille kokemuksille ja näkemyksille asiasta. Myös kunnioittavasti tuotettu teksti ja ilmaisut olivat tärkeitä eettisiä kysymyksiä läpi tutkielmani, ja pyrinkin jatkuvasti kriittisesti tutkailemaan tuottamaani tekstiä tutkielman valmistumiseen asti.

## 6 VERTAISTUEN JA YHTEISÖLLISYYDEN MERKITYKSET KUNTOUTUMISESSA

Tässä luvussa raportoin empiirisen aineistoni analyysin pohjalta tutkielmani tutkimustuloksia. Tutkimustehtävänäni oli tutkia minkälaisia vertaistuen merkityksiä Minnesota-hoitolaitos Maivitassa hoidossa olevat päihdekuntoutujat antavat kirjoituksissaan. Pääluokiksi muodostuneita yhteisöllisyyden, vertaisuuden ja yksilön muutosvalmiuden käsitteitä olen tässä luvussa analysoinut tarkemmin tulosten valossa. Nämä kolme luokkaa muodostavat tutkielmani mukaan yhdessä avaimet toipumisen prosessissa, eikä mikään näistä kolmesta näyttäisi toimivan itsenäisesti ja toisistaan irrallisina. Tutkittavat toivat kertomuksissaan vahvasti esille itsestä lähtevän sisäisen motivaation, jonka seurauksena luonnollisesti myös toisten auttaminen mahdollistuu. Tämä vahvistaa vertaistuen merkitystä toipumisessa, ja painottaa omasta itsestä lähtevää vastuuta ja motivaatiota, joka siten mahdollistaa toisten auttamisen. Tämä itselle, että muille annettava vertaistukeen perustuva apu tapahtuu yhteisöllisessä ilmapiirissä, jota Minnesota-mallin mukainen hoito toteuttaa. (Esim. Oinas-Kukkonen 2013.)

Luvun otsikoinnit ovat nimetty vastaamaan aineistosta paikantuneita, tutkittavien kokemuksista ilmentyviä merkityksiä. Otsikoinnit ilmentävät myös tutkimuskysymystäni, jossa kysyin, Millainen merkitys on vertaistuella päihderiippuvuudesta toipumisessa Minnesota-hoitoa toteuttavassa hoitoyhteisössä?

## 6.1 Vertaistuen merkitys päihdekuntoutumisessa

*Vertaistuki* on avun antamista ja vastaanottamista, joka perustuu kunnioitukseen, yhteisvastuun ja yhteisymmärryksen periaatteisiin siitä, mikä on hyödyllistä ja mistä on apua. Vertaistuki ei perustu psykiatriisiin malleihin eikä diagnostisiin kriteereihin, vaan kyse on toisen tilanteen ymmärtämisestä empaattisesti jaetun emotionaalisen ja psyykkisen kivun kokemuksen kautta. Tämä vertaisten jakama yhteys on syvää kokonaisvaltaista ymmärrystä, joka perustuu heidän eli vertaisina toimivien henkilöiden samankaltaiseen kokemukseen, jossa he pystyvät "olemaan" toistensa kanssa ilman perinteisten suhteiden rajoituksia kuten asiantuntija - potilas asetelmassa. (Mead, Hilton & Curtis 2001, 6-7.)

Lahden ja Pienimäen (2004, 145-146) mukaan suomalaisessa päihdekuntoutuksessa ryhmäinterventioiden käyttö on tavanomaista. Ryhmät luovat kuntoutusmenetelmänä mahdollisuuden uuden kokeilemiselle, sekä sosiaalisten taitojen oppimiselle ja vahvistamiselle. Suomalaisista vertaisryhmistä tunnetuimpia ovat AA-ryhmät ja A-killat. Ryhmäkuntoutuksen etuna on kokemusten jakaminen ja yhteisöllisyyden kokemus sekä kontaktit muihin kuntoutujiin, jotka ovat sekä samassa että erilaisessa muutoksen vaiheessa.

Tutkittavat ilmensivät kokemuksiansa perusteella vertaistuen merkityksiksi samankaltaisen kokemuksen jakamisen muiden kuntoutujien kanssa, keskinäisen ymmärryksen ja luottamuksen, yhdenvertaisuuden ja samalle tasolle asettumisen sekä voimaantumisen. Kirjoituksissa korostui vertaistuen merkitys erityisesti hoitajakson aikana, sekä perushoitajakson päätyttyä jatkohoitoryhmän vielä kuitenkin jatkuessa. Jokainen tutkittava kertoi, että muiden vertaisten antamalla tuella ja avulla oli merkittävä rooli niin itse toipumismatkassa, kuin itsetunnon sekä itsearvostuksen kasvamisella. Toipumisen kannalta siten merkittävimäksi painottui jokaisen tutkittavan kirjoituksessa korostuva vertaistuki.

*"Vertaistuki on keskeisin osa päihderiippuvuuden hoitoa." -Toipuja 3*

Tärkeäksi tutkittavat kokivat rinnalla elämisen vertaisten kesken, ja vertaisten kanssa yhdessä käyty hoitajakso kasvatti luottamusta niin potilaisiin kuin henkilökuntaan. Osa tutkittavista kertoi saaneensa uusia, terveitä ihmissuhteita

hoidon aikana, ja tutkittavat pitivät hyvin tärkeänä vertaisten kanssa vietettyä aikaa ryhmien ja muiden hoidollisten aktiviteettien ulkopuolella, kuten yhteisiä iltoja ja saunomista, sekä esimerkiksi kävelylenkkejä.

*"Varsinaisten terapiaistuntojen lisäksi juttelimme paljon taukojen aikana. Saunan sai lämmittää iltaisin ja kävimme siellä usein naisten kanssa. Kävimme myös yhdessä kävelemässä hoitolaitoksen lähistöllä."* -Toipuja 3

Murto (2013, 154) kertookin vertaistukeen liittyvän olennaisesti rinnalla kulkemisen ja luottamuksen samoja asioita kokeneiden ihmisten kanssa. Jonesin (1907-1990) ja Mainen (1911-1990) terapeutin yhteisön malli edustaa yhteisöllistä hoitoa, jossa potilaiden vertaisryhmän vaikutuksen uskotaan myötävaikuttavan yksittäisen potilaan kuntoutukseen, ja potilaan rooliin sisältyy mahdollinen terapeutin tehtävä suhteessa muihin potilaisiin. (Murto 1991, 114.) Tutkittavat jakoivatkin kirjoituksissaan samankaltaisia ajatuksia siitä, kuinka toiset potilaat toimivat oman toipumisen edesauttajina, jakaessaan omia elämäntarinoitaan ja kokemuksiaan muille, ja tätä kautta niin luottamus kuin vertaisuuskin ryhmän jäsenten kesken kasvoi.

*"Ryhmä on kuin peili, kun antaa jotain, niin aina myös saa."* -Toipuja 1

*"Merkityksellisintä hoidon aikana oli, että sain kertoa tarinani muille. Se oli vaikeaa, mutta sen jälkeen oloni oli vapaa kaikesta siitä mitä oli tapahtunut aikaisemmin."* -Toipuja 3

*"Kun joku kertoi ryhmäterapiassa omia kipeitä kokemuksiaan, minäkin uskalsin kertoa ne ääneen."* -Toipuja 4

Jonesin (Mt. 114; 1952, 51) mukaan potilaiden vaatimuksena on ottaa osaksi hoitoa koko päivän ohjelmat, joita ovat muun muassa keskusteluryhmät ja työpajat, eikä näistä aktiviteeteistä saanut vapautusta. Edellä mainittujen kaltaisia päihdekuntoutumista tukevia ohjelmia on Minnesota hoidossa edelleen, mutta osallistuminen on vapaaehtoista.

*"Erytyisesti yhteiset aamu- ja iltaringit sekä niiden säännöllisyys olivat tärkeitä. Kun uusia ihmisiä tuli hoitoon, heidät otettiin heti mukaan rinkeihin. Kaikki eivät olleet heti halukkaita jakamaan omia kokemuksiaan ja ringissä sai olla myös hiljaa."* -Toipuja 3

## 6.2 Yksilön muutosvalmius päihdekuntoutumisessa

*Yksilön muutosvalmiutta* kuvaa yksilön muutokseen liittyvä kokonaisvaltainen asenne, jonka muodostavat pääasiassa muutokseen liittyvät uskomukset (Holt, Armenakis, Harris & feild, 2007). Yksinkertaisesti ilmaistuna muutosvalmius merkitsee päihdeongelmaisen motivaatiota toimintansa muuttamiseen (Rissanen 2017; Saarnio 2013).

Päihdelinkin (2022) sivuilla- Motivointi muutokseen kerrotaan keskeisimpänä asiana hoidon tarpeen arvioinnissa asiakkaan oman muutosvalmiuden tunnistamisen.

Lähtökohtana hoidon tavoitteiden arvioinnille käytetään asiakkaan omaa muutoshalukkuutta tehdä muutoksia koskein päihteiden käyttöönsä.

Muutosvalmiutta voi kuvata jatkumona, joka alkaa henkilökohtaisesta harkinnasta pohdiskeluun, josta siirtymä valmistautumiseen ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtymiseen, joista seuraa hoitotuloksen jatkuvan ylläpitämisen motivaatio.

Tutkittavien kirjoituksissa tämä muutosvalmius tuli esille pitkään jatkuneen päihteiden käyttämisen tuloksena, jossa motivaatio käytön lopettamiseen kasvoi hiljalleen. Muutosvalmiuteen johtavia ja sen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä tutkittavien kuvailemina oli muun muassa läheisten huoli päihteiden käytöstä, häpeän tunteet ja epäonnistumiset päihteidenkäytön lopettamisyrytyksissä sekä pitkäaikainen päihteidenkäyttö ja omaan elämään kyllästymisen tunteet.

Kirjoituksissa tutkittavat jakoivat kokemuksiaan siitä, kuinka he olivat kokeneet päihdehoitojärjestelmän tehokkuuden riittämättömäksi ja hoidon ongelmallisena siinä suhteessa, ettei päihteidenkäyttöön heidän kokemuksensa mukaan puututa riittäväällä tehokkuudella.

*”Missään ei ikinä tullut esille vaihtoehto täysin päihdeettömästä elämäntavasta.” -Toipuja 2*

Kirjoitusten perusteella tämä merkitsi sitä, että riittämättömällä hoidollisella puuttumisella päihteidenkäyttäjä saattaa tippua hoitojärjestelmän ulkopuolelle ja jäädä niin sanotusti oman onnensa nojaan.

*"En saa itselleni toimivaa apua - Ongelmaani hoidettiin lääkkeillä, jolloin ongelman juurisyiden käsittely siirtyi." - Toipuja 5*

Tutkittavat kertoivat, että ymmärtävää ammattihenkilökuntaa oli heidän kokemuksensa mukaan vähän, mutta sellaisen kohdatessaan, kokivat he sen yhdeksi merkittäväksi tekijäksi päihteistä irtautumisen kannalta. Näin ollen tutkittavat ilmaisivat muun muassa motivaationsa kasvamiseen vaikuttavan sellaisen ammattihenkilön tapaamisen, kuka osasi tunnistaa päihteiden ongelmakäytön sairautena ja osasi samaistua kuntoutujaan, sekä osasi esittää oikeita kysymyksiä ja ymmärsi kuntoutujan tunteita.

*"Vertaisasiantuntija oli nainen, joka oli itse käynyt Minnesota-hoidon. Hän kuunteli tilannettani, osasi tehdä hyviä kysymyksiä ja ymmärsi tunteitani." -Toipuja 3*

Minnesota-hoidon alkaessa, tutkittavat toivat esille, että olivat päässeet paikkaan, jossa heitä ymmärrettiin, ja hoidossa läsnä oli koko yhteisö ja sen antama tuki. Myös sen oivaltaminen, ettei ollutkaan yksin riippuvuuden kanssa, toi motivaatiota omaan toipumiseen.

*"Olin monesti ajatellut, että olen erilainen kuin muut, koska en saa itselleni toimivaa apua muualta. Minnesota-hoitoon tullessa huomasin, että olen samanlaisten ihmisten parissa, enkä olekaan poikkeus." -Toipuja 1*

*"En ollut enää yksin ja uniikki yksittäistapaus ongelmieni kanssa." -Toipuja 2*

Murto (2013, 45) havaitsee päihderiippuvaisen henkilön itsenäisesti ja oma-aloitteisesti tapahtuneessa sekä ammattilaisten tukemassa muutoksessa kuten alkoholiriippuvuudesta irtautumisessa viisi toisiaan seuraavaa muutostyyppiä, jotka ovat; 1. Esiharkintavaihe, 2. Harkintavaihe, 3. Valmistautuminen, 4. Toimintavaihe ja 5. Muutos.

Esiharkintavaiheessa ihmisellä ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään, eikä hän tunnista ongelmaa, vaikka lähipiiri havaitsee sen selvästi. Harkintavaiheessa ihminen tunnistaa ongelman ja harkitsee muutosta, mutta ei tee asian eteen elettäkään. Tämä vaihe voi kestää vuosiakin. Valmistautumisvaiheessa on usein jo tapahtunut pieniä käyttäytymisen muutoksia, ja ihminen vakavissaan suunnittelee

toimintatapojensa muuttamista lähiaikoina. Toimintavaiheessa on jo selkeitä käyttäytymisen, kokemusten tai ympäristön muutoksia ongelmistaan irti pääsemiseksi. Muutosvaiheessa työskennellään muutoksen säilyttämisen vuoksi ja repsahduksen välttämiseksi. Tämä muutoksen prosessin ylläpitäminen voi kestää läpi elämän. (Mt. 45.)

Nämä edellä kuvatut muutostyypit paikantuivat myös tutkittavien kertomuksista, jossa tutkittavat kuvasivat kokemuksiaan hyvinkin negatiivisessa painotuksessa. He kuvasivat päihteidenkäytön historiaan, sekä yrityksistään lopettaa tai vähentää päihteidenkäyttöänsä. Kirjoitusten kokonaiskuva analysoidessa, pystyi paikantamaan teksteistä muutosvalmiutta tukevia ja edistäviä tekijöitä, jotka nähdäkseni olivat: ymmärtävän ammattihenkilön kohtaaminen, hoidon vapaaehtoisuus, hoidon hoitotavoite eli pyrkimys täysraittiuteen, sekä Minnesota-hoidon tulokset hoitotulokset ja hoidon jatkuvuus, joka merkitsee sitä, että perushoidon päätyttyä henkilö ei täysin jää omilleen, vaan hoitoyhteisön tuki on hoidon päätyttyäkin vielä olemassa. Edellä mainitut tekijät tutkittavien kirjoitusten mukaan kasvattivat motivaatiota toipumiseen ja loivat uskoa parempaan tulevaisuuteen.

*"Turvallisuu den tunnetta lisää tieto, että aina on joku paikka, jonne voi soittaa tai mennä viikonlopuksi, jos myöhemmin elämässä tulee vaikeuksia – yhteisöllisyys on ollut Maivitan vahvuus ensihetkestä lähtien." -Toipuja 3*

Tutkielmani tutkimustulokset siten osoittivat, ettei toipuminen ole mahdollista ennen kuin itse todella haluaa muuttua ja tehdä tarvittavia muutoksia elämässsä. Oman toiminnan muuttamiseen ja oman sisäisen muutoshalun löytymiseen tarvitaan yksilön muutosvalmiutta, eli sisäistä motivaatiota päihteidenkäytön lopettamiseen. Kertomuksissa tämä itsensä auttamisen tematiikka nousi esille ja tutkittavat jakoivatkin yhteisen ymmärryksen muun muassa vastuun käsitteestä, jossa vastuu toipumisesta lähtee henkilöstä itsestään.

*"Et voi auttaa muita, jos et auta itseäsi. Kun autat itseäsi, autat jo muita" -Toipuja 2*

*"Kun kohtaamme tasavertaisia ihmisiä, jotka kantavat vastuun itsestään ja kunnioittavat muita, antaa se tilaa ottaa vastuun itsestämme." -Toipuja 2*

Murto (2013, 53) kertoo, että potilaiden näkökulmasta tekijät, jotka eniten vaikuttavat muutokseen, on itseymmärryksen lisääntyminen, sekä vuorovaikutuksen ja hyväksytyksi tulemisen merkitys ovat myös korostuneita seikkoja muutoksessa. Nämä samat elementit olivat esillä myös tutkittavien kirjoituksissa. Tutkittavat kuvasivat tunteneensa huonommuuden tunnetta verrattuna muihin ihmisiin, ja kokemusta siitä, ettei heitä ymmärretty eikä kuultu aikaa ennen hoidon aloittamista Maivitassa.

Kertomuksissa tutkittavat jakoivat yhteisen kokemuksen siitä, että hoidon aloittaessaan he pääsivät paikkaan, jossa heitä vihdoinkin ymmärrettiin, eivätkä he kokeneet enää olevansa yksin ongelmansa (sairautensa) kanssa. Tutkittavat kertoivat itseymmärryksen lisääntyneen hoidossa muun muassa vertaisryhmien kautta, ja ryhmissä jaettujen kokemusten refleктоimisella.

*”Olen saanut ryhmistä hyötyä sekä jakamalla omia tunteitani että kuuntelemalla muiden kokemuksia.” -Toipuja 3*

Tutkimustulosten valossa voin siis väittää, että toipumiseen ja täysraittiuden saavuttamiseen vaikuttaa merkittävästi yksilön oma muutosvalmius. Ja jotta tämä muutosvalmiuden merkitys päihderiippuvuudesta toipumisessa ymmärrettäisiin vielä kokonaisvaltaisemmin, tulisi henkilön omia voimavaroja tukea ja vahvistaa, ja ehkäistä myös yhteiskunnassamme vallitsevia keskusteluita, jotka ylläpitävät päihteidenkäyttäjien negatiivisävytteistä stigmaa. Tarvitsemme näin ollen enemmän muutosprosessia tukevia toimenpiteitä ja yhteiskunnan asenteiden muuttamista kohti ymmärtäväisempään suuntaan päihderiippuvaisia kohtaan. Kielteiset asenteet ja torjutuksi tuleminen päihdehoidossa eivät ainakaan lisää henkilön motivaatiota raitistumiseen, vaan päinvastoin voivat vahvistaa negatiivisessa kierteessä pysymistä. (Esim. Mikkonen & Saarinen 2018.)

### 6.3 Terapeuttinen yhteisö hoidon tukena

Kuten edellä tutkielmassa olen avannut käsitettä enemmän, on *terapeuttinen yhteisö* yksi yhteisöhoidon suuntaus psykiatrian ja päihteiden käyttäjien hoidossa ja



kuntoutuksessa. Terapeuttisessa yhteisössä hyödynnetään koko yhteisön potentiaalia perustehtävän toteuttamisessa. Yhteisöllä voi olla joko positiivisia tai haitallisia vaikutuksia asiakkaiden tai potilaiden kuntoutumisessa. Yhteisöä voidaan tietoisesti käyttää haitallisten vaikutusten minimoimisessa, ja positiivisten vaikutusten maksimoimisessa. (Murto 2016, 53.)

*Yhteisöhoito* merkitsee Isohannin (1983, 118–119) mukaan koko yhteisön tietoista käyttämistä tavoitteiden toteuttamiseen, jotka ovat hoidollisia, kasvatuksellisia ja kuntoutuksellisia. Näin ollen käsite kattaa koko fyysisen ja sosiaalisen ympäristön, periaatteet, jotka liittyvät terapiaan, kuntoutukseen ja kasvatukseen, keskinäisen painotuksen vaihdellessa kuitenkin yhteisötyypistä toiseen. Isohanni (1983) kuvaa yhteisöhoidon käsitettä synonyymiksi väljästi määritellylle terapeuttisen yhteisön käsitteelle. Linn (1959) puolestaan valottaa yhteisöhoidon sellaiseksi, mikä palvelee hoidollisia, kasvatuksellisia tai kuntoutuksellisia tavoitteita. Näin ollen yhteisöhoidon perustehtävän toteuttamiseen vaikuttavat niin tilat, kuin sisustus, tai tapa, jolla ruoka tarjoillaan, unohtamatta ihmisten käyttäytymistä ja keskinäisiä suhteita yhteisössä.

Tutkittavat jakoivat yhteisen kokemuksen hoitoyhteisön sisäisestä ilmapiiristä, joka oli avoin, lämmin ja ymmärtäväinen. Tämä loi hyvää pohjaa luotettavalle yhteisölle, jossa yhteiset, selkeät pelisäännöt loivat osaltansa turvallisuuden tunnetta tutkittavien kertomusten mukaan. Murto (2016, 17) valottaakin hyvän ja toimivan yhteisön olevan sellainen, jossa aikuiset ja henkilökunta toimivat johdonmukaisesti yhteisiä sopimuksia noudattaen. Henkilöstön tehtävänä on huolehtia siitä, että heidän asiakkaansa tietävät mitkä ovat odotukset heitä kohtaan. Asiakkaat ovat myös tietoisia sääntöjen ja sopimusten rikkomisen seuraamuksista. Nämä tämänkaltaiset yhteiset pelisäännöt ja tuen antaminen ovat keskeinen osa inhimillisen yhteisön rakennetta, joka hoitaa, kuntouttaa ja kasvattaa potilasta.

Pohtimisen arvoinen huomio on yhteisöllisyyden vaalimisen jääminen liikaa potilaiden omille harteille, johon heillä ei ole vielä kovin suuria edellytyksiä varsinkaan hoidon alkuvaiheessa, jos tarkastelun kohteena ovat hoitoon tulleet potilaat hoitoyhteisössä. Kirjoituksissa tutkittavat toivat esille hoidon alkuvaiheen haasteita, jotka suurimmaksi osaksi koskivat luottamuksen rakentumista ammattihenkilökuntaa kohtaan, johtuen heidän aikaisemmista päihdehoidon

kokemuksistaan. Hoidon alkuvaiheessa ja hoitolaitokseen saapumisen aikaan, ei potilas tunne vielä talon tapoja, eikä luottamusta ole todennäköisesti vielä syntynyt henkilökuntaan eikä muihin hoidossa oleviin potilaisiin. Tätä varten osaavaa ja ymmärtävää ammattihenkilökuntaa tarvitaan. Maivitassa yhteisöllisyys rakentuu tutkimustulosteni mukaan keskinäisestä luottamuksesta ammattihenkilökunnan ja potilaiden välillä. Henkilökunnan tulee olla myös tarpeeksi herkkiä huomaamaan potilaidensa haasteet ja puutteet, ja tarvittaessa ottamaan vetovastuu yhteisöllisyyden rakentamisesta ja ylläpitämisestä. (Ks. Esim. Mikkonen & Saarinen 2018, Murto 2016.)

Maivitassa yhteisöllisyys painottuu tutkittavien kertomusten mukaan terapeutteihin vertaistukiryhmiin ja hoitoyhteisön kokonaisvaltaiseen hyväksyvään ilmapiiriin niin henkilökunnan, kuin hoidossa olevien potilaidenkin osalta. Vertaistukiryhmissä jokainen ryhmän jäsen, eli hoidossa oleva potilas, saa kertoa oman tarinansa muille. Kertomuksissa korostui omien kokemuksien jakamisen tärkeys, koska sanottaessaan ääneen muille oman tarinansa, mahdollistuu uusien oivalluksien esiintyminen.

*"Ryhmässä on aina kannustava ja eteenpäin työntävä tunnelma, joka antaa voimia jaksaa eteenpäin."* -Toipuja 5

Osa tutkittavista nosti esille myös ryhmässä puhumisen vaikeuden, ja kertoivat kokeneensa jännittämistä siitä, mitä itsestä ajatellaan. Mikkonen & Saarinen (2018, 45–46) kertovat, että vertaistuessa kaikki ryhmän jäsenet kohtaavat toisensa saman kokeneina sen hetkessä tilanteessa. Kaikki tunteet ovat sallittuja, ja vertaiset tukevat toisiansa tunteiden kokemisessa ja ilmaisemisessa jo pelkällä läsnäolollaan. Ryhmässä on sallittua nauraa ja itkeä, eikä kukaan ihmettele tai kiellä. Oman kokemuksensa pohjalta vertainen ymmärtää myös toisen tunteita. Kaikille kuitenkin tunteiden ilmaiseminen ei ole helppoa. Päihdeongelmaisella voi tavanomaisesti myös esiintyä ahdistuneisuushäiriöitä, kuten esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa sekä itseinhon ja häpeän tunteita, jotka voivat rajoittaa tai vaikeuttaa ryhmäkuntoutusta. Kynnys täten lähteä ryhmään ja käydä niissä sekä omasta tilanteesta puhuminen voi olla korkea. (Lahti & Pienimäki 2004, 146.)

Tutkittavat pääosin olivat kertomusten mukaan yhtä mieltä ryhmissä vallitsevasta kannustavasta ja toisia ei-tuomitsevasta ilmapiiristä. Yhteisöllisyys luonnollisesti rakentuu jonkin yhdistävän tekijän ympärille, ja näin muodostuu sen jäsenilleen itseisarvoksi (Mikkonen & Saarinen 2018, 74; Hyväri 2001, 167–169). Yhdistävänä tekijänä Maivitatassa hoidossa olevilla potilailla on päihderiippuvuuden sairastaminen, ja tutkittavat nostivat kertomuksissa voimakkaasti esille, että yhteisössä heidän ei tarvitse esittää mitään mitä eivät ole, vaan jokainen voi olla oma itsensä ympäristössä, jossa heidät hyväksytään ja ymmärretään heidän sairauttansa.

*"Toipuvien yhteisö on paikka, jossa voi olla aina oma itsensä, eikä tarvitse pitää ns. arjen kulisseeja tai rooleja yllä." -Toipuja 1*

*"Minun ei enää tarvitse hävetä ajatuksiani, tekoja tai elämäni. Saan olla oma itseni vapaasti, avoimesti, rehellisesti juuri sellaisena kuin olen." -Toipuja 2*

Todellinen yhteisöllisyys nähdään syntyvän sosiaalisista suhteista, välittämisestä ja vuorovaikutuksesta (Mikkonen & Saarinen 2018, 74; Saarinen 2005, 91). Maivitan vertaistukiryhmissä jaetaan kokemuksia ja reflektoidaan itseä, peilaten omia ja muiden kokemuksia omaan elämään. Tutkittavien kertomuksista nousi ryhmissä välittyvä jaetun ymmärryksen tunne, mitä usea kuvasi häpeän tunteen lieventymisellä. Mikkosen ja Saarisen (2018, 75) mukaan vertaistukiryhmissä keskustellaan yhteisistä asioista ja toimitaan yhdessä. Tämänkaltainen ryhmädynamiikka synnyttää yhteisöllisyyttä ja antaa vertaistukea jäsenilleen heidän omien tarpeidensa ja vastaanottokykynsä mukaan.

*"Yhteisöllisyys on tietoa siitä, etten ole yksin, tietoa siitä, että muutkin kamppailevat samojen ongelmien kanssa elämässä." -Toipuja 4*

## 8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, minkälaisia merkityksiä Minnesota-hoidossa olevat päihdekuntoutuja antavat vertaistuelle. Näitä tutkittavien antamia merkityksiä olen analysoinut teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.

Olen tutkielmassani nostanut esille vertaistuen kanssa merkittävästi yhdessä toimivan yhteisöllisyyden käsitteen (vrt. terapeutin yhteisö) ja avannut laajemmin sen merkitystä päihdekuntoutumisessa.

Tutkimuksessani kysyin ”Millainen merkitys on vertaistuellalla päihderiippuvuudesta toipumisessa Minnesota-hoitoa toteuttavassa hoitoyhteisössä?” Tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat muiden vertaisten ja heidän antaman vertaistuen olleen avainasemassa heidän raitistumisessaan. Vertaistuki tarjosi heille avoimuutta, kunnioitusta, rehellisyyttä ja luotettavuutta, ja uskoa omaan toipumiseen ja onnistumisiin elämässä. Hoitolaitoksen työntekijöiden tarjoama tuki, apu ja samalle tasolle asettuminen tukivat toipumista. Päihdepalvelujärjestelmän ammattilaisilta he toivoivat ymmärrystä päihderiippuvaisia kohtaan, ja etenkin päihderiippuvuuden ymmärtämistä sairautena, joka pitää huomioida kokonaisvaltaisesti käsittämään niin mielenterveys-, ihmissuhde- kuin taloudellisetkin ongelmat, sekä muiden riippuvuuksien mahdollisen samanaikaisen esiintymisen.

Tutkimustulosteni mukaan potilaat kokivat turhauttavana sen, ettei samanaikaisesti esiintyviä ongelmia kyetä nykyisen päihdehoitomallin mukaan hoitamaan yhdessä hoitavassa tahossa. Näin ollen tutkittavat toivoivat päihdehoitojärjestelmän kehittymistä niin, että kaikkia ongelmia voitaisiin hoitaa keskitetysti yhdessä yksikössä. Tärkeäksi seikaksi nousi myös niin päihdepalvelujärjestelmän ammattilaisten, kuin Maivita Oy:n hoitohenkilökunnan riittävä ammatillinen osaaminen, mutta myös heidän omakohtainen kokemuksensa päihderiippuvuudesta. Tutkittavien kertomusten mukaan luottamus ammattilaisia kohtaan syntyy ymmärtävästä ja ei-tuomitsevasta asenteesta riippuvaista kohtaan. Tutkimustulokset osoittivat, että luottamus ammattilaista kohtaan mahdollisesti

kehitty nopeammin, jos hänellä on omakohtaista kokemustaustaa päihderiippuvuudesta. Tästä syystä voin väittää, että tiedon merkittävä lisääminen riippuvuuksista ja niiden hoidosta ammattilaisille on tarpeen, ja että nykyisessä päihdehoidossa tulisi entistä rohkeammin käyttää esimerkiksi kokemusasiantuntijoita vähentämään kuilua potilaan ja ammattilaisen, sekä hoidollisten seikkojen välillä.

Tutkimukseni tuloksissa vertaistuen merkitys päihderiippuvuuden hoidossa nousi huomattavaan asemaan, ja tutkimustulosten myötä olisikin merkittävä muutos suomalaisessa päihdepalvelujärjestelmässä nostaa vertaisryhmät vielä entistä enemmän esille ja automaattiseksi osaksi päihdehoitoa. Tulokset osoittivat myös vertaistuen huomattavan merkityksen itse toipumisen kannalta ja päihdeettömän elämän ylläpitämisessä. (vrt. esim. Oinas-Kukkonen 2013.) Tulosteni mukaan potilaat kokivat toimivaksi hoitomalliksi raitistumisen kannalta Minnesota-mallisen kuntoutuksen, jonka toivoivat osaksi suomalaista perusterveydenhuoltoa. Mahdollisena haasteena näkisin tässä ainakin riittävän ja osaavan ammattihenkilöstön lisäämisen, joka todennäköisesti johtaisi huomattavaan hoitomaksujen nousemiseen nykyisestä.

Mikäli päihteidenkäyttö on edennyt riippuvuudeksi asti eli sairaudeksi, ei päihteidenkäytön vähentäminen tutkimustulosten mukaan poista ongelmaa, vaan päihteistä tulee irtautua lopullisesti. Päihdehoitojärjestelmässä usein puhutaan käytön vähentämisestä ja päihteidenkäytön haittojen vähentämisestä, jota sitten hoidetaan usein lääkkeellisesti, avokuntoutuksen muodossa. (Ks. Esim. [kaypahoito.fi](http://kaypahoito.fi).) Näen tässä problemaattisena sen, että päihteiden ongelmakäyttäjät eli sairastuneet päihderiippuvaiset saattavat tippua hoitojärjestelmän ulkopuolelle, heidän tilansa vaatiessa rajumpaa hoidollista väliintuloa. Näitä palvelujärjestelmän ulkopuolelle tippuvia kutsutaan väliinpuotoajiksi. (ks. esim. Mikkonen & Saarinen 2018.) Nämä ihmiset, ketkä eivät saa tarvitsemaansa ammattiapua, hyötyvät vertaistuesta. Ymmärretyksi tuleminen ja tieto siitä, ettei ole ongelmansa kanssa yksin, eikä ole ainoa mielestään epäoikeudenmukaista kohtelua saanut, auttaa jaksamaan paremmin (Mt. 183).

Huume- ja alkoholiongelmaisen hoito Käypähoitosuosituksessa (2018) painottaa erilaisten sairauksien tai komplikaatioiden ja niiden aiheuttamien oireiden

lääkkeellistä hoitamista ja suosituksena somaattisten komplikaatioiden ehkäisemisessä suositellaan käytön lopettamista tai oleellista vähentämistä. Käypähoito suosittaa myös lääkkeettömien, vertaistukeen perustuvien yhteisohdollisten hoitomuotojen käyttöä päihderiippuvuuden hoidossa, mutta toteutuuko tämä käytännössä vai jääkö muiden hoitomuotojen varjoon. (käypähoito.fi 2018)

Tulosten valossa voin siis esittää, että päihderiippuvuudesta toipumisessa ja onnistuneen hoitoprosessin kulmakivenä on muilta saama vertaistuki ja vertaiset, jotka jakavat samankaltaisen kokemuksen toipujan kanssa. Mikkonen ja Saarinen (2018, 186) mainitsevat vertaistuen auttavan asiakkaiden ja ammattihenkilöstön välisessä kommunikaation parantamisessa. Vertaiset auttavat toisiansa jakamalla kokemuksiansa ja oppimalla toisiltaan. He voivat jakaa kokemuksiansa myös ammattilaisille, mikä voi auttaa keskinäisen ymmärtämisen parantumisessa. Tutkimustulosteni mukaan yhteisöllisyys näyttäisi rakentuvan juuri tämän keskinäisen ymmärryksen pohjalta, mitä vertaiset ryhmässä tuottavat kokemustensa jakamisen kautta.

Jotta päihderiippuvuudesta toipuminen ja täysraittius onnistuu, tarvitaan yksilöstä itsestään lähtevää muutoksenhalua ja motivaatiota. Näitä tukemaan tarvitaan suomalaisen päihdehoitojärjestelmään entistä ymmärtäväisempää asennetta päihderiippuvuutta sairastavaa henkilöä kohtaan ja kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä sairautta kohtaan. Yhteiskunnan toipumista tukevat rakenteet ja ammattihenkilöstön asenteet ovat merkittäviä toipumista edistäviä tekijöitä yksilön muutosvalmiuden ja muiden samankaltaisten kokeneiden henkilöiden kanssa, unohtamatta hoitoa, jota toteutetaan terapeuttisen yhteisön kehyksissä. (Murto 2016.)

Analyysini kannalta mielenkiintoiseksi nousi vertaistuen ja yhteisöllisyyden myönteinen painottuminen, sekä jokseenkin yllättävänä painotuksena nousi vahvasti jokaisen kirjoittajan kertomuksesta itsestä lähtevän voiman, motivaation ja vastuun merkitykset toipumisprosessissa, jonka vuoksi halusin nostaa sen erityiseksi tarkastelun kohteeksi. Tätä ilmiötä kuvasin käsitteellä yksilön muutosvalmius.

Maivitan terapeuttisen yhteisön hoitomallia peilatakseni John Whitwellin (1998) esittämään havainnollistukseen terapeuttisista yhteisöistä (Kuvio 1.), näkisin tutkittavien käsityksen terapeuttisesta hoitoyhteisöstä täyttävän pitkälti samat elementit ja ominaisuudet kuten Whitwellin (1998) mallissa. Kirjoittajien antamat merkitykset terapeuttisesta yhteisöstä nähdäkseni tukevat terapeuttisen yhteisön mallin ominaisuuksia, jossa tutkittavat kuvasivat Maivitan hoitoyhteisöä yhteisöksi, jossa samankaltaisia kokemuksia jakavat henkilöt toimivat yhdessä, toisiaan auttaen, ja että yhteisön eri jäsenten välinen ei-hierarkkisuus oli ensinnäkin luottamusta lisäävä tekijä, mutta myös turvallisuuden tunnetta herättävä tekijä. Tutkittavat kertoivat myös saaneensa yhteisöstä läheisiä uusia suhteita, ja suhteita vahvistaviksi tekijöiksi he kertoivat säännöllisten, yhteisten ryhmien kokoontumisen, jossa ryhmäläiset yhdessä avoimesti ratkoivat ja tarkastelivat ongelmiaan, jakamalla omia tarinoitansa, että kuuntelemalla muiden tarinoita. Kuten Whitwellin (1998) esittämässä kuviossa 1. psykodynaamisen tiedon lisääntyminen teoreettisesti ilmaistuna lisääntyi myös Maivitassa ryhmän sitoutuessa keskinäiseen toipumisprosessiin ja tiedon kasvattamiseen päihderiippuvuudesta.

Vertaistuen ja yhteisöllisen hoidon kokemukset näyttäytyivät kertomuksissa karkeasti ottaen hyvin positiivisina kokemuksina, eikä juurikaan kritiikkiä tai negatiivissävyytteistä kokemusta tullut esille. Negatiivinen painotus korostui kirjoituksissa kirjoittajan omiin kokemuksiin itsestään ja toiminnastaan, ja tutkijana pohdin, että tutkittavilla henkilöillä on kirjoitusten mukaan ollut kovin haasteiden täyttämä elämä, jota on keskittänyt päihteiden systemaattinen käyttö, jonka vuoksi ajatukset ja kokemukset omasta itsestään ja omasta toiminnastaan, sekä yleisesti ottaen koko omasta elämästään ovat olleet suhteellisen negatiivissävyytteisiä. Tästä syystä näen, että Minnesota-hoidon alkaessa ei juuri kritiikkiä hoidosta ole, koska henkilöt kirjoituksien perusteella kokivat löytäneensä sopiva hoitokeinon, ja uuden alun elämälleen hoitolaitoksessa, jossa heitä todella ymmärretään, ja jossa henkilöt kokevat olevansa turvassa, ja saavat apua tilanteeseensa.

Kriittisen suhtautumisen poisjäämistä tukee nähdäkseni myös hoidon vapaaehtoisuus, joka merkitsee henkilön omaa vapaata tahtoa päättää hoidostansa ja sen lopettamisesta niin tahtoessaan. Myös hoidossa annettu tieto päihderiippuvuudesta ja sen sairauskäsityksestä antaa toipujalle vastauksia

mahdollisiin avoinna oleviin kysymyksiin omasta (selittämättömästä) toiminnasta. Hoidon jatkuminen myös varsinaisen perus- ja jatkohoidon jälkeen luovat oletettavasti myönteistä ja vastaanottavaista kuvaa laitoksen toiminnasta. Kaiken kaikkiaan hoitolaitos hoitaa potilaitansa tasavertaisina ihmisinä, asettumatta heidän yläpuolelleen, joka on taas omiaan luomaan luottamukseen perustuvaa yhteisöllisyyttä koko hoitoyhteisön kesken.

Kokemusten tutkiminen osoittautui sinänsä mielenkiintoiseksi itselle tutkijana, koska tutkimusaiheen mielekkyyden ja kiinnostavuuden vuoksi, koin haastavana pitää omat ennakko-oletukseni etäällä suhteessa aineistoon. Tutkittavien kokemuksia lukiessani, tuli väistämättä mieleeni omia käsityksiä ja ajatuksia aiheesta, joiden mielestä poissa pitäminen oli aika ajoin hankalaa. Tutkija ei voi täysin asettua objektiivisen tarkkailijan asemaan, sillä tutkijankin omat kokemukset muodostuvat väistämättä suhteessa kohteeseen, joten hän on väistämättä osa tutkittavaansa kohdetta (Tökkäri 2018, 65; Perttula, 2006). Tutkittavat olivat kirjoituksissaan reflektoineet kokemuksiaan nähdäkseni varsin avoimesti ja tunnepitoisesti. Heidän tunneilmaisunsa ja kokemustensa jakaminen herätti myös minulla tutkijana ajatusten tasolla tunteita ja reaktioita. Kokemusten saattaminen tekstimuotoon niin, että lukijalle välittyy kokemuksellinen tieto merkityssisältöineen, oli haastavaa eikä missään vaiheessa mutkatonta kirjoittamista. Kaiken kaikkiaan kuitenkin koen, että onnistuin kohtuullisen hyvin tiivistämään olennaisen tiedon tutkittavien kirjoituksista, ja tuomaan esille seikat, joita halusin tutkielmassani painottaa, eli kokemuksia ja merkityksiä vertaistuesta, yhteisöllisyydestä ja yhteisöllisestä hoidosta, sekä yksilön muutosvalmiuteen liittyvistä merkityksistä ja kokemuksista.

Tutkimusaineiston ja teoreettisen viitekehukseen liittyviä rajoituksia näkisin ainakin aineiston monitulkintaisuuden kysymykset. Koska aineistona oli varsin ajatuksia ja tunteita herättäviä kertomuksia, tulee tutkijalle vaistomaisesti mielipiteitä, huomioita ja vaihtelevia näkökulmia aineiston tulkinnassa. Yhteiskuntatieteellinen tutkimus on tieteenalarajoja ylittävää, varsin ongelmalähtöistä tutkimusta, jonka avulla selitetään ja tulkitaan yhteiskunnallisia ja poliittisia ilmiöitä sekä yhteiskunnan ja yksilön vuorovaikutusta (jyu.fi yhteiskuntatieteellinen tutkimus 2022). Näin ollen tulkinta jää nähdäkseni hyvin pitkälle tutkijan omaan



kokemusmaailmaan ja ymmärtämisen tapaan tutkittavasta ilmiöstä, vaikka tarkasteleekin ilmiötä yhteiskuntatieteellisen tutkimus- ja tiedenormien mukaan.

Koen tämälntapaisen tutkimuksen monipuolistavan yhteiskunnallista keskustelua, ja laadullisen tutkimuksen avulla saamme tietoa päihderiippuvaisilta itseltään heidän kokemustensa jakamisen kautta. Tiedon ja ymmärryksen lisääminen päihderiippuvuudesta niin päihdehoidon ammattilaisille kuin vaan asiasta kiinnostuneillekin on perusteltua ja tarpeellista, kehittääksemme päihdepalvelujärjestelmää entistä toimivammaksi ja asenteiden muuttamista nykyistä suvaitsevimmiksi.

## 9 LÄHTEET

**Aalto, Mauri** & Alho, Hannu & Kiianmaa, Kalervo & Lindroos, Lolan (2010) Alkoholiriippuvuus. Helsinki. Duodecim.

**Abrams, Dominic** & Michael A. Hogg (1990) Social Identifications: A Social Psychology of Intergroup Relations and Group Processes, Taylor & Francis Group, 1990.

**Alasuutari, Pertti** (2011) Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Vastapaino.

**Brinkmann, Svend** & Jacobsen, Michael Hviid “ Kristiansen, Soren (2020) The Historical Overview of Qualitative Research in the Social Sciences. Teoksessa Leavy, Patricia (toim.) The Oxford Handbook of Qualitative Research. 2. painos. Oxford: Oxford University Press, 17-42.

**Clark, David** (1997) The therapeutic community. British journal of Psychiatry, 131, 553-564.

**Cutler, Robert** & Fishbain David (2005) Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. Research article. BMC Public Health. 5-75.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-5-75.pdf> (Viitattu 12.4.2022).

**DeLeon, George** (2000) The Therapeutic Community. Theory, Model and Method. Springer Publishing Company. New York.

**Filosofia.fi** (2014) Suomalainen addiktio tutkimus.

Saatavilla: <https://filosofia.fi/fi/ensyklopedia/addiktio#Suomalainen%20addiktio tutkimus> (Viitattu 14.11.2021).

**Fsd.tuni.fi** (2022) Laadullisen tutkimuksen aineistot. Saatavilla:

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/kirjoituskutsut/> (Viitattu 26.1.2022).

**Granfelt, Riitta** (2003) Päihteettömien päivien talo. Tutkimus Kivitas kuyhteisöstä asiakkaiden tulkitsemana. Espoo: Espoon Diakoniasäätiö.

- Haigh, Rex & Pearce, Steve** (2017) *The Theory and Practice of Democratic Therapeutic Community Treatment*. Jessica Kingsley Publishers.
- Heikkilä, Katja** (2004) *Kiskot vievät. Arviointitutkimus yhteisohoidosta huumeambulanssilla*. Turku. Painosalama.
- Holmberg, Nils** (1995) Samastumisprosesseista ja alkoholi-ongelmien hoidosta. *Alkoholipolitiikka* 5/1995, 329–335.
- Holt, D., Armenakis, A., Harris, S. & Field, H.** (2007) Toward a Comprehensive Definition of Readiness for Change: A Review of Research and Instrumentation. *Research in Organizational Change and Development*, 16.
- Hyväri, Susanna** (2001) *Vallattomuudesta vastuuseen. Väitöskirja. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001*. Tietosanoma.
- Hyväri, Susanna** (2005) Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa: Marianne Nylund, Marianne; Yeung, Anne Birgitta (2005): *Vapaaehtoisuuden anti, arvot ja osallisuus murroksessa*. Teoksessa Marianne Nylund; Yeung, Anne Birgitta (toim.): *Vapaaehtoistoiminta – anti, arvot ja osallisuus*. Vastapaino, Tampere, 13–38.
- Isohanni, Matti** (1983) *The psychiatric ward as a therapeutic community*. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis, Series D, Medica 111. Oulu: Oulun Yliopisto.
- Jokinen, Arja** (2021) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat*. Teoksessa Vuori, Jaana (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].  
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/> (Viitattu 6.4.2022).
- Jones, Maxwell** (1952) *Social psychiatry. A study of therapeutic communities*. London: Tavistock Publications.
- Jones, Maxwell** (1976) *Maturation of the therapeutic community. An organic approach to health and mental health*. New York: Human Sciences Press.

**Jones, Maxwell** (1976) *Beyond the Therapeutic Community. Social Learning and Social Psychiatry*. 5. Painos. New Haven and London: Yale University Press.

**Karhulahti, Veli-Matti** (2020) *Esport Play: Anticipation, attachment, and addiction in psycholudic development*. Bloomsbury Academic 2020.

**Kaipio, Kalevi** (2004) Pohdintoja päihteiden käytöstä, hoidosta ja tuloksellisuudesta. Teoksessa Mali Soininen; Sulkko, Seppo (toim.): Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 1/2004, 31–39.

**Kennard, David** (2004) *The Therapeutic Community as an Adaptable Treatment Modality Across Different Settings*. Human Sciences Press, Inc. Saatavilla: <https://www.therapeuticcommunities.org/wp-content/uploads/2014/07/kennard.pdf> (Viitattu 8.5.2022).

**Keso, Lauri & Salaspuro, Mikko** (1990) Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1990.

**Kettunen, Raisa & Leppänen, Airi** (1994) *Myllyhoito. Alkoholismista päihteettömään elämäntapaan*. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

**Kirkonpelto, Heidi** (2014) "Paras terapiamuoto" Vertais- ja ammatillisen tuen merkitys juomisen hallinnassa. Pro Gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71346/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-202008065492.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Viitattu 31.3.2022).

**Koski-Jännes, Anja** (1998): *Miten riippuvuus voitetaan*. Keuruu. Otava.

**Kotovirta, Elina** (2009) *Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa*. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL), Tutkimus 10/2009. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki 2009.

**Koppa.jyu.fi** (2015) *Hermeneuttinen tieteenfilosofia*. Saatavilla: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntaukset/hermeneutiikka> (26.4.2022).

**Kuula, Arja** (2011) Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

**Käypä hoito -työryhmä** Alkoholiongelmaisen hoito (2015) Alkoholin ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/nix00353> (Viitattu 10.5.2022).

**Lahti, Jari & Pienimäki Anneli** (2004) Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Karjalainen ja Vilkkumaa (toim.) 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

**Latvanen, Kari** (2010) Tekstistä toipumiseen. AA-kokous "Ison Kirjan" tulkintafoorumina. Yhteiskuntapolitiikka 75 (2010):5. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101028/latvanen.pdf?sequence=1> (Viitattu 1.4.2022).

**Lausvaara, Jari** (1990) Hoidon käsite Minnesota-mallissa. Sosiaalietiikan pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 1990.

**Lausvaara, Jari** (1990) Hoidon eksistentaalis-hengellinen ydin Minnesota-mallissa. Alkoholipolitiikka 55 (1990):4 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127409/ap-1990-4-lausvaara.pdf?sequence=1> (Viitattu 24.10.2020).

**Linn, L.** (1959) Hospital psychiatry. Teoksessa Silvano Arieti (ed.) American Handbook of Psychiatry, vol 2. New York: Basic Books.

**Lääkäriliitto.fi** (2021) Potilaan päihdeongelma. Saatavilla: <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/mielenterveys-paihde-ja-muistisairaat-potilaat/potilaan-paihdeongelma/> (Viitattu 24.10.2021).

**Maivita Oy:n** verkkosivut (2021) <https://www.maivita.fi> (Viitattu 2021).

**Matching alcoholism treatments to client heterogeneity:** Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism, Clinical and Experimental Research 1998, 22:6.

- McLeod, Saul** (2019) Social identity theory. Saatavilla: <https://www.simplypsychology.org/social-identity-theory.html> (Viitattu 16.11.2021).
- McLeod, Saul** (2018) Sigmund Freud's Theories. Saatavilla: <https://www.simplypsychology.org/Sigmund-Freud.html> (Viitattu 4.5.2022).
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L.** (2001) Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Mikkonen, Irja** (2009) Sairastuneen vertaistuki. Väitöskirja. Kuopion yliopisto E. *Yhteiskuntatieteet* 173.
- Mikkonen, Irja & Saarinen, Anja** (2018) Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Printon, Tallinna 2018.
- Murto, Kari** (2016) Yhteisohoidon historiaa. Psykiatriset yhteisöt. Jyväskylän ammattiopiston paino. Jyväskylä.
- Nylund, Marianne** (1997) Oma-apuryhmät vapaaehtoisuuden ja julkisen välimaastossa. Oma-aputoiminnan valtakunnallinen kehittämisselvitys 1994–96. Kansalaisareena.
- Nylund, Marianne** (2005) Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.): *Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus*. Vastapaino.
- Oinas-Kukkonen, Heikki** (2013) Alkoholistin ja hänen läheisensä samanaikainen toipuminen vapauttavana oppimisprosessina Minnesota hoidossa. Oulun Yliopisto. Väitöskirja.
- Partanen, Airi, Kuussaari, Kristiina, Markkula, Jaana, Forsell Martta ja Varis, Tuomo** (2016) *Päihdepalvelut*. THL. 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla:

[https://thl.fi/documents/2616650/2646346/PÄIHDEPALVELUT\\_Substanssiarvio\\_30082016\\_mk\\_vs\\_kk\\_jm\\_ap\\_hyv.pdf/733bc5bc-a3e2-4099-9f25-f2248fee09d9](https://thl.fi/documents/2616650/2646346/PÄIHDEPALVELUT_Substanssiarvio_30082016_mk_vs_kk_jm_ap_hyv.pdf/733bc5bc-a3e2-4099-9f25-f2248fee09d9)

(Viitattu 26.4.2022).

**Peltoniemi, Teuvo** (2013a) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Teoksessa Mäkelä, R. & Murto, L. (toim.), Päihdehuollon palvelujärjestelmä (s. 91–97). Lönnberg Painot Oy, Helsinki.

**Peltoniemi, Teuvo** (2013b) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Teoksessa Koski-Jännes, A. (toim.), Päihdetyön psykososiaaliset hoitomenetelmät (s. 125–129). Lönnberg Painot Oy, Helsinki.

**Perttula, Juha** (2006) Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula, & T. Latomaa (toim.), Kokemuksen tutkimus: merkitys – tulkinta – ymmärtäminen (2. painos) (s. 115–162). Helsinki: Dialogia.

**Päihdelinkki** (2022) Motivointi muutokseen. Saatavilla:

<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tyon-tueksi/alkoholineuvonnan-opas/motivointi-muutokseen> (Viitattu 12.5.2022).

**Rantala, Elina** (2019) Raittiiksi riippuvaiseksi. Analyysi Minnesota-mallin hoidossa raitistuneiden toipumistarinoista. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavilla: <https://core.ac.uk/download/pdf/250157333.pdf> (Viitattu 7.9.2021).

**Rikosseuraamus.fi** (2004) Rikosseuraamusviraston julkaisuja 2/2004. Kohti kognitiivista yhteisöhoitoa? Helsingin vankilan päihdeettömän osaston arviointi- ja kehittämistutkimus. Saatavilla:

[https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-muut/6DZKroCpb/Tourunen\\_ja\\_Perala.pdf](https://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-muut/6DZKroCpb/Tourunen_ja_Perala.pdf) (Viitattu 21.2.2022).

**Ricoeur, Paul** (2000) Tulkinnan teoria – Diskurssi ja merkityksen lisä. Helsinki: Tutkijaliitto.

**Rissanen, Suvi-Marja** (2017) Päihderiippuvaisen muutostoiminta toimijuuden viitekehyksessä. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Saatavilla:

[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18887/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180101.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/18887/urn_nbn_fi_uef-20180101.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Viitattu 12.5.2022).

**Ruisniemi, Arja** (2006) Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Tampere Yliopisto Akateeminen väitöskirja.

**Saarinen, Anja** (2005) ”Yhteisöllisyyttä sosiaalisen kuntoutuksen keinoin” teoksessa Juhani Laurinkari & Anja Saarinen (toim.) Sanomaton sanoiksi. Näkökulmia puhevammaisten tulkkipalveluun. Stakes.

**Saarnio, Pekka** (2013) Päihdeongelmaisen muutosvalmiusprofiilit 2000-2004. (elektroninenaineisto).FSD2733,versio1.1(2013-03-04).Tampere:Yhteiskuntatieteellinentietoarkisto.

**Santala, Susanna** (2008) Sairaus nimeltä alkoholismi- Päihderiippuvuudesta toipuminen Minnesota-mallin hoitoyhteisössä. Kuopion Yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityön pro gradu-tutkielma.

**Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne** (2005) Mitä sosiaalityön käytäntötutkimus on? Teoksessa Satka, Mirja & Karvinen-Niinikoski, Synnöve & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (toim.): Sosiaalityön käytäntötutkimus. Palmenia-Kustannus. Helsinki, 9-19.

**Soininen, Marjaana** (1995) Tieteellisen tutkimuksen perusteet. (s. 129–131). Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A: 43. Painosalama Oy, Turku.

**Spoken.fi** (2018) Sisällönanalyysi. Saatavilla: <https://spoken.fi/sisallonanalyysi/> (Viitattu 23.10.2020).

**Stery.fi** (2022) Terapeuttiset yhteisöt Suomessa. Saatavilla: <https://stery.fi/terapeuttiset-yhteisot-suomessa/> (Viitattu 25.4.2022).

**Stinchfield, Randy & Owen, Patricia** (1998) Hazelden’s model of treatment and its outcome. Department of Psychiatry, University of Minnesota, St. Paul USA.

**Strauss A.L & Corbin J.** (1998) Basics of qualitative research. Procedures and techniques for developing grounded theory. (2. Painos) London: Sage.



**Suomen Akatemia** (2006) Päihteet ja Addiktio- tutkimusohjelma. Saatavilla: <https://docplayer.fi/5319078-Paihteet-ja-addiktio-tutkimusohjelma.html> (Viitattu 12.5.2022).

**Tajfel, Henri** (1963) 'Stereotypes', Race.

**Tajfel, Henri & Turner, J.C.** (1986) 'The social identity theory of intergroup behaviour', in S.Worchel and W.G.Austin (eds) Psychology of Intergroup Relations, Chicago: Nelson-Hall.

**Tammi, Tuukka & Raento, Pauliina** (2013) Addiktioyhteiskunta: Riippuvuus aikamme ilmiönä. Gaudeamus Oy.

**THL.fi** (2021) Alkoholijuomien kulutus. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus/kuvaus-tilastosta-alkoholijuomien-kulutus> (Viitattu 22.9.2021).

**Thombs, Dennis L.** (1999) Introduction to Addictive Behaviors. Second Edition. The Guildford Press. New York and London.

<https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/140956/1/9781462510689.pdf> (Viitattu 8.5.2022).

**Toikkanen, Jarkko & Virtanen Ira. A.** (2018) Kokemuksen tutkimus VI: Kokemuksen käsite ja käyttö. (Toim.) Lapland University Press. Kirjaksi.net, Vajaakoski 2018.

[https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen\\_tutkimus\\_VI\\_Toikkanen\\_Virtanen\\_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen_tutkimus_VI_Toikkanen_Virtanen_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Viitattu 13.4.2022).

**Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli** (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

**Tuomivaara, Timo** (2005) Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet.

**Töttö, Pertti** (1983) Hermeneutiikka ja pehmeät menetelmät, teoksessa Suhonen P. (toim.), pehmeät menetelmät sosiaalitutkimuksessa: Käytännön kokemuksia ja keskustelua. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos B 38, 17–32.

**Van der Stel, Jaap** (1999) Ehkäisevän päihdetyön käsikirja. Alkoholi, huumeet ja tupakka. A- klinikkasäätiön raporttisarja nro 31. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

**Virkki, Tuija** (2022) Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. Luentodiat luento 2. JYU Moodle. (Viitattu 26.4.2022).

**Vuori, Jaana** (2021) Tutkimusetiikka ihmistieteissä Teoksessa Vuori, Jaana (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus>.

**Whitwell, John** (1998) What is a Therapeutic Community? Published in Emotional and Behavioral Difficulties: A Peer Reviewed Journal, Vol. 3 No. 1 Spring 1998.

Saatavilla: <https://www.johnwhitwell.co.uk/about-the-cotswold-community/hello-world/> (2.5.2022).

**Örnberg, Anne** (2019) Alkoholismista toipuminen AA:n toveriseurassa- Kokemuksia vertaistuen merkityksistä. Pro Gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/63680/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201905022354.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Viitattu 7.9.2021).

## LIITE 1. Saatekirje

Hei, teen Pro gradu- tutkimusta Minnesota päihdekuntoutujien kokemuksista liittyen vertaistukeen. Olen kiinnostunut kuulemaan kokemuksistasi, jotka liittyvät sinun omaan toipumisprosessiisi. Ohessa on kirjoituspyyntö, jossa tarkemmat ohjeet vastausten laatimiselle. Vastauksen voi lähettää minulle **28.2.2022 mennessä** joko sähköpostitse osoitteeseen [loemsime@student.jyu.fi](mailto:loemsime@student.jyu.fi) tai kirjeitse osoitteeseen: Sinkilätie 2 B 66, 00970 Helsinki. Vastaukset käsitellään tutkimuksessa täysin anonyymisti, ja vastaamalla kysymyksiin annat samalla suostumuksesi tutkimukseen osallistumiselle. Sähköpostitse vastauksen palauttamalla tulee tunnistetietoja minun nähtäväksi, mutta itse tutkimuksessa anonyymiteetti säilyy. Sekä sähköpostitse, että kirjeitse saadut vastaukset tuhotaan tutkimuksen jälkeen.

Ystävällisin terveisin,

*Lotta Simenius*

## LIITE 2: Kirjoituspyyntö

Hei, olen Lotta Simenius, sosiaalityön maisterivaiheen opiskelija Jyväskylän Yliopistosta. Teen yhteiskuntatieteellistä pro gradu -tutkimusta Minnesota-mallin mukaisesta päihdekuntoutumisesta. Olen kiinnostunut tuomaan tutkimuksessani esille nimenomaan hoidossa olevan ja, -tai hoidon käyneen henkilön omia kokemuksia Minnesota-hoidosta, ja tarkemmin hoidon keskiössä olevasta vertaisuuden ja yhteisöllisyyden seikoista.

Haluan tutkimuksessani nostaa esille kuntoutujan oman äänen ja tunteet, koska päihdeistä kuntoutuvan henkilön ääni voi jäädä helpommin taka-alalle, ja näin huomionarvoiset seikat saattavat jäädä huomiotta. Tutkimuksen kautta haluan lisätä tietoa päihdekuntoutumisesta, ja tuoda mahdollista uutta tietoa esille niin ammattilaisille, päihderiippuvuutta sairastavalle ja hänen läheisilleen, tai muuten vaan asiasta kiinnostuneille. Tutkimuksesta voi nousta esiin jotain uutta ja havaitsematonta, joka mahdollistaa parannusehdotuksien esittämisen suomalaiseen päihdepalvelujärjestelmään sekä hoidon tehostamiseen ja kehittämiseen edelleen. Saatuaamme enemmän kokemuksellista tietoa henkilöiltä, jotka toipuvat päihdeidenkäytöstään, voidaan murtaa ennakkoluuloja ja selventää virheellisiä käsityksiä, joita edelleen päihdeongelmiin liittyy suurissa määrin.

Voit kirjoittaa omista kokemuksistasi täysin vapaasti, kirjoitustyylistä tai muotoseikoista riippumatta. Pyydän kuitenkin kirjoittamaan omista kokemuksistasi liittyen Minnesota-hoidonaikaiseen toipumismatkaasi ja pyydän sinua miettimään, minkälainen merkitys on ollut muilla hoidossa olleilla henkilöillä, oletko saanut heiltä apua ja tukea, miten itse olet kokenut antaneesi tukea muille? Mitä tunteita ja ajatuksia sinussa herättää hoito, joka on yhteisöllistä, ja kuntoutumisprosessin läpi käymisessä olennaista on vertaiset, eli muut hoidossa olevat henkilöt. Kirjeen alla on muutama auttava kysymys, joita voit hyödyntää omassa kertomuksessasi.

Osallistumisesi tutkimukseen on siis arvokasta, jokainen vastaus käsitellään tutkimuksessa niin, ettei kirjoituksista pysty yhdistämään henkilöllisyyttä, eikä

vastaajan tunnustetietoja tule näkyviin. Kirjoitukset jäävät Pro gradu -tutkielman tekijän haltuun, mutta tutkimuksen päätyttyä kirjoitukset hävitetään. Vastatessanne kysymyksiin annatte samalla suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Vastaukset voi lähettää joko alla olevaan sähköpostiin, tai kirjeitse alla olevaan osoitteeseen.

*Yhteistyöstä kiittäen,*

Lotta Simenius

Sosiaalityön opiskelija

[loemsime@student.jyu.fi](mailto:loemsime@student.jyu.fi)

Sinkilätie 2 B 66

00970 Helsinki

Alla ovat kysymykset, joihin voit vastata vapaasti, kuitenkin sivumäärällisesti **vähintään kaksi, mutta enintään kuusi sivua.**

Minnesota -hoidon yhtenä kulmakivenä on muiden hoidossa olevien vertaistuki.

Vertaiset ovat ihmisiä, jotka jakavat samankaltaisen kokemuksen kanssasi.

Toipumisen kannalta vertaisuudella nähdään olevan valtava merkitys toipumisen kannalta.

1. Kuvaile, miksi valitsit juuri Minnesota -hoidon.
2. Kuvaile, miten vertaisuus, eli muilta saatu tuki, apu ja kokemusten jakaminen on näkynyt omassa toipumismatkassasi Minnesota -hoidossa?
3. Mitä hyötyä, haittaa tai haasteita näet hoitokokemuksen jakamisesta muiden kanssa?

4. Minkälaiset tekijät ovat tukeneet toipumistasi?
  
5. Millaisia ajatuksia sinulla on hoidosta, jossa yhteisöllisyys on merkittävä tekijä? Mitä yhteisöllisyys sinulle merkitsee?



