

Kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten  
käsityksiä addiktioista

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
Sosiaalitutkimuksen laitos

Kukka Järvinen  
Pro gradu -tutkielma  
Joulukuu 2010

Tampereen yliopisto  
Sosiaalitutkimuksen laitos

JÄRVINEN, KUKKA: Kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä addiktioista

Pro gradu -tutkielma, 77 s., 31 liites.  
Ohjaajat: professori Irmeli Järventie ja professori Anja Koski-Jännes  
Sosiaalipsykologia  
Joulukuu 2010

Hakusanat: päihderiippuvuus, addiktio, alkoholi, huumeet, lääkkeet, sosialisatioteoriat, attribuutioteoriat, Brickmanin malli

---

Tutkielman tarkoituksena on selvittää kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten addiktiokäsityksiä. Huomio keskittyy päihderiippuvuuden luonteeseen, syntyyn sekä riippuvuudesta toipumiseen. Tavoitteena on löytää mahdollisia samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia tietyn keskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsitysten välillä sekä vertailla myös mukana olevien kahden keskuksen tuloksia toisiinsa.

Addiktio on käsitteenä hyvin hajanainen, ja selityksiä riippuvuuden luonteesta on lähes yhtä monta kuin selittäjää. Useimmiten addiktiot nähdään kuitenkin fyysisenä, psykologisena ja sosiaalisena kokonaisuutena. Tutkimusta riippuvaisten ja päihdetyöntekijöiden addiktiokäsityksistä on löydettävissä, mutta tietyn laitoksen sisällä tehtyjä vertailuja asiakkaiden ja ammattilaisten addiktiokäsityksistä on tehty hyvin vähän.

Aineistona oli kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkailta ja ammattilaisilta kerätyt kyselylomakevastaukset sekä haastattelut. Kyselylomakkeeseen vastanneita asiakkaita oli yhteensä 42 ja ammattilaisia 38. Asiakashaastatteluja oli 25 ja ammattilaishaastatteluja 8. Kyselylomakeaineisto analysoitiin kuvailevalla tilastoanalyysillä ja haastatteluaineistoa käytettiin selventämään ja tarkentamaan tuloksia.

Analyysin perusteella voidaan todeta, että sekä eroavaisuuksia että samankaltaisuuksia oli löydettävissä niin saman päihdekuntoutuskeskuksen sisällä kuin myös keskuksen välillä. Kaiken kaikkiaan asiakkaat näyttivät painottavan omaa osuuttaan päihderiippuvuuden synnyssä ammattilaisia enemmän. Tuloksissa oli kuitenkin huomattavissa vaihteluita riippuen siitä, ajattelivatko asiakkaat asiaa yleisellä tasolla vai oman kokemuksen kautta. Yleisellä tasolla asiakkaat painottivat riippuvaisen omaa vastuuta ongelman synnyssä, mutta henkilökohtaisella tasolla he löysivät usein riippuvuuden taustalta myös lähiympäristön vaikutuksen. Päihdeongelman ratkaisuvastuun niin asiakkaat kuin ammattilaiset näkivät olevan lähinnä riippuvaisella itsellään, ja myös päihdeistä irti pääsemiseen uskottiin varsinkin hoidon avulla.

Tulokset viittasivat vahvasti myös siihen, että keskuksessa A asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet olivat kauempana toisistaan kuin keskuksessa B. Tämä saattaa johtua keskuksen A kaksinkertaisesta asiakasmäärästä verrattuna keskukseseen B. Tuloksista selvisi, että juuri kuntoutuskeskuksen A asiakkaiden mielipiteet erosivat muista mielipiteistä. Asiakkaiden sosiaalistumista hoitohenkilökunnan mielipiteisiin keskuksessa A ei siten ollut huomattavissa samassa määrin kuin keskuksessa B. Keskuksessa B asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet olivat hyvin toistensa kaltaisia.

## Sisällysluettelo

<b>1. Johdanto</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Tutkimusongelmat</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Addiktioiden selitysmalleja</b> .....	<b>4</b>
3.1 Addiktion määrittelyä.....	4
3.2 Addiktioteorioita .....	8
3.3 Päihderiippuvuudesta toipuminen .....	12
<b>4. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Sosialisatioteoriat .....	15
4.2 Attribuutioteoriat.....	16
4.3 Brickmanin malli.....	18
4.4 Riippuvaisten ja ammattilaisten käsityksiä addiktioista.....	21
4.5 Riippuvaisten ja ammattilaisten vastuutulkintoja addiktioista.....	22
<b>5. Aineisto ja menetelmät</b> .....	<b>25</b>
5.1 Tutkimusaineiston saaminen valmiiksi kerättynä .....	25
5.2 Päihdekuntoutuskeskukset .....	26
5.3 Aineiston keruu .....	27
5.4 Aineiston kuvausta .....	31
5.5 Aineiston analyysin toteuttaminen .....	33
5.6 Eettiset kysymykset.....	33
<b>6. Tulokset ja tulkintaa</b> .....	<b>34</b>
6.1 Mitä riippuvuus on? .....	35
6.2 Miten riippuvuus ilmenee?.....	44
6.3 Riippuvuuden synty- ja ratkaisuvastuu Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti .....	48
6.4 Päihderiippuvuudesta toipuminen .....	56
6.5 Asiakkaiden käsityksiä addiktioista .....	62
<b>7. Yhteenvetoa ja pohdintaa</b> .....	<b>68</b>
LÄHTEET.....	74
LIITTEET	

## 1. Johdanto

Päihteiden käyttö on lisääntynyt Suomessa viime vuosikymmenen aikana. Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana alkoholin tilastoitu kokonaiskulutus on kaksinkertaistunut. Vuonna 2007 alkoholin kokonaiskulutus oli 10,5 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohti. Alkoholin kulutuksen kasvu on lisännyt myös alkoholiin liittyvän sairastavuuden ja alkoholikuolemien kasvua. Vuonna 2006 88 prosenttia aikuisväestöstä ilmoitti käyttävänsä alkoholia, joista suurkuluttajia oli 6–12 prosenttia. Eniten kuluttava 10 prosenttia alkoholin käyttäjistä juo runsaat 40 prosenttia käytetystä alkoholista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 15–17.)

1990-luvulla huumeiden käyttö lisääntyi koko maassa. 2000-luvulle tultaessa huumeiden käytön kasvuvauhti kuitenkin pysähtyi ja viime vuosina tilanne on vakiintunut. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 21.) Vuonna 2006 noin 13 % suomalaisista ilmoitti käyttäneensä tai kokeilleensa elämänsä aikana jotain huumausainetta (Hakkarainen & Metso 2006). Näiden tilastojen valossa voidaan päätellä, että myös päihdepalvelujen kysyntä on lisääntynyt (Päihdetilastollinen vuosikirja 2008, 17, 19).

Tutkielmani kohde liittyy addiktio- eli riippuvuusikäsiin. Tarkoitukseni on analysoida kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan addiktiokäsiä. Tutkimuksen avulla olisi tärkeää selvittää sitä, missä määrin asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset addiktioista käyvät yksiin tai eroavat toisistaan. Mahdollisten ristiriitojen tunnistaminen helpottaisi työntekijöiden ja asiakkaiden yhteistä työskentelyä ja toivottavasti auttaisi heitä ymmärtämään toisiaan paremmin. Näkemyserojen selvittäminen voi auttaa työntekijöitä tunnistamaan ja ratkaisemaan asiakkaiden hoitoon liittyviä ongelmakohtia ja ehkäisemään tulevia ongelmia.

Se, miten ja millaisina päihdeongelmat nähdään, vaikuttaa suuresti päihdeongelman hoitoon. Käsiykset vaikuttavat hoidon päämäärän ja kohteen määrittelymiseen, itse hoitoon, sekä siihen, millaisena henkilönä päihdetyöntekijä näkee asiakkaan ja miten hän ymmärtää sitä. Myös se, nähdäänkö päihdeongelmaisen olevan vastuussa ongelman syntymisestä ja ratkaisemisesta, vaikuttaa työntekijän tapaan auttaa päihdeongelmaista. (Palm, 2004.) Aihe on myös yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja tärkeä, sillä yhteiskunnassamme on paljon

päihdeongelmaisia, joiden hoitoa on tärkeä tutkia ja kehittää. Vaikka aineistoni koostuukin vain kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaista ja hoitohenkilökunnasta, voisi kuvitella, että addiktiokäsitykset ovat samansuuntaisia hoitopaikasta riippumatta. Siksi myös ”vain” kahden hoitoyksikön tutkiminen on tärkeää.

Tutkielmassa pureudun ensiksi tutkimusongelmiin, jonka jälkeen luvussa kolme käyn läpi addiktiota käsitteenä, erilaisia addiktioteorioita sekä riippuvuudesta irtautumista. Luvussa neljä keskityn esittelemään tutkielmani teoreettisia lähtökohtia, joihin lukeutuvat sosialisatio- ja attribuutioteoriat, Brickmanin ym. (1982) malli sekä aikaisemmat tutkimukset liittyen päihdekuntoutusasiakkaiden ja hoitohenkilökunnan addiktiokäsityksiin. Luvussa viisi kerron tarkemmin tutkimuksen toteuttamisesta eli aineistosta, sen keruusta sekä tutkimusmenetelmistä. Luku kuusi keskittyy tutkimustulosten esittämiseen, ja viimeisessä luvussa teen yhteenvetoa sekä pohdin tutkimustuloksia ja niiden antia.

Tässä tutkielmassa käytetään Suomen Akatemian rahoittaman Images -tutkimushankkeen puitteissa kerättyä aineistoa. Images -projektissa tutkitaan addiktioon liittyvää käsitehistoriaa ja addiktioteorioita sekä addiktioihin liittyviä mielikuvia. Tampereella toteutetaan projektin osahanketta ”Addiktio sosiaalisena representaationa – tutun ja vieraan tulkinnat”, joka koostuu kahdesta eri tutkimuksesta. Ensimmäinen tutkimus on toteutettu kysely- ja haastattelumenetelmin, ja siinä tutkitaan, miten maallikot, ammatti-ihmiset ja addiktit mieltävät erilaisten riippuvuuksien luonteen, vastuukysymykset ja riippuvuudesta toipumisen mahdollisuudet. Suhtautumista eri addiktioihin tutkitaan väestökyselyjen avulla Suomen ohella Ruotsissa, Kanadassa ja Venäjällä, mikä mahdollistaa myös kulttuurien välisen vertailun. Tampereen toisessa, Atte Oksasen toteuttamassa tutkimuksessa, analysoidaan rock-lyriikoiden addiktiokuvauksia. (Addiktio sosiaalisena representaationa...) Tampereen osaprojektin johtajana toimii Anja Koski-Jännes, jota haluan kiittää mahdollisuudesta olla mukana projektissa ja hyödyntää siinä kerättyä aineistoa.

## 2. Tutkimusongelmat

Tässä tutkielmassa selvitetään kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä päihderiippuvuuksista. Keskiössä ovat asiakkaiden ja työntekijöiden käsitykset päihderiippuvuuksien luonteesta, niihin liittyvistä vastuukysymyksistä sekä millaisena he kokevat mahdollisuuden toipua päihdeongelmasta. Tarkoituksena on vertailla asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä toisiinsa saman kuntoutuskeskuksen sisällä sekä ottaa esille myös keskusten välisiä eroja.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Missä määrin päihdekuntoutuskeskusten asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan käsitykset päihderiippuvuuksista ja niiden hoidosta käyvät yksiin ja missä suhteessa ne eroavat toisistaan?
- 2) Onko kahden keskuksen välillä eroja, ja jos on, mistä ne mahdollisesti johtuvat?

Tutkimusongelmiin vastaamista ohjaavat tutkielman teoreettiset lähtökohdat, joita ovat muun muassa sosialisatio- ja attribuutioteoriat sekä Brickmanin ym. (1982) malli. Sosialisatioteoriat liittyvät varsinkin ensimmäiseen tutkimusongelmaan, sillä päihdekuntoutuskeskuksissahan asiakas sosiaalistuu vallalla olevaan kulttuuriin ja siten mahdollisesti hyväksyy siihen liittyvän arvo- ja normipohjan. Jos sosialisatio epäonnistuu, eivät asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan käsitykset kohtaa toisiaan. Attribuutioteoriat ja Brickmanin ym. (1982) malli liittyvät asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan vastuukäsityksiin päihderiippuvuuksien synnystä ja niiden ratkaisemisesta.

### 3. Addiktioiden selitysmalleja

Erilaisia riippuvuuksia on tutkittu muun muassa psykologian, sosiologian, lääketieteen ja fysiologian tieteenaloilla (Taitto 1998, 8). Erilaisista näkökulmista katsottuna addiktiota ja riippuvuutta voidaan selittää monella eri tavalla. Vuosien saatossa addiktion määrittely on myös muuttunut paljon (West 2006, 9). Ilmiön moniulotteisuuden vuoksi sille ei ole muotoutunut yhtä kattavaa selitystä, ja addiktioihin tutustuessani olenkin törmännyt hyvin vaihteleviin selityksiin, vaikkakin usein määrittelyissä tuntuu olevan joitain yhdistäviä tekijöitä. Tässä luvussa annan tilaa erilaisille addiktion ja riippuvuuden määrittelyille. Käsittelen myös teorioita siitä, miten addiktioita on pyritty selittämään.

#### 3.1 Addiktion määrittelyä

Käytän tutkielmassani addiktion ja riippuvuuden käsitteitä toistensa synonyymeinä, vaikka todellisuudessa kaikki riippuvuus ei ole aina addiktiivista. Esimerkiksi ihminen voi olla jossain määrin riippuvainen toisesta ihmisestä, mutta kyseessä ei ole addiktio. Koski-Jännes määrittelee addiktion tutkimuksessaan sellaiseksi pakonomaiseksi riippuvuudeksi, ”joka tuottaa välitöntä tyydytystä mutta josta seuraa enenevästi haittaa ihmiselle itselleen ja josta on yrityksistä huolimatta vaikea päästä eroon”. (Koski-Jännes 1998, 24.) Addiktiota on kuitenkin monenasteista, eikä aina ole helppo vetää rajaa addiktion ja sen puuttumisen välille. Toisinaan addiktio saattaa tuhota täysin ihmisen ja hänen lähiympäristönsä, joissain tapauksissa se on vain pienehkö haitta tai rasite elämässä. Monissa tapauksissa addiktiin sosiaaliset suhteet kärsivät, ja hän saattaa eristäytyä muista lähes kokonaan. Riippuvuus vaikuttaa usein negatiivisesti myös henkilön taloudelliseen selviytymiseen sekä aiheuttaa häpeää, ahdinkoa ja terveyshaittoja. Pakonomaisissa riippuvuuksissa riippuvuuden uusiutuminen on tavanomaista. Joissain tapauksissa riippuvuuden kohde saattaa korvautua jollain toisella. Kun yhdestä elämää hallitsevasta toiminnosta pääsee eroon, jokin toinen ottaa sen aseman. (Emt. 34–36.)

Addiktioit käsittelevät niin monia eri asioita ja ne ulottuvat niin monelle elämän alueelle, että niitä määriteltäessä tulisi ottaa huomioon ilmiön fyysiset, psykologiset ja sosiologiset puolet (Davis 1996, 3–7). Addiktion fyysiseen puoleen liittyvät pääasiassa sietokyvyn kasvu ja vieroitusoireet. Sietokyvyn kasvaessa henkilön täytyy lisätä päihteen käyttömäärää, jotta käytöllä olisi samat vaikutukset kuin aikaisemmin. Vieroitusoireet ovat yleensä päinvastaisia

päihteenkäytön tuomille vaikutuksille. Kokaiinin ja amfetamiinin käyttö tuo yleensä energisyyden tunteen ja mielihyvää, ja niiden vieroitusoireita ovat väsymys ja apeus. Rauhoittavien lääkkeiden vieroitusoireita taasen ovat levottomuus ja vapina. Vaikka fyysiset tekijät ovatkin keskeinen osa riippuvuuksia, ovat ne silti pieni osa ajateltaessa riippuvuuksia kokonaisuutena, eivätkä ne yksinään riitä kuvailemaan tai selittämään riippuvuutta. (Emt. 7–8.)

Riippuvuuteen liittyvät vahvasti myös psykologiset tekijät kuten oppiminen ja persoonalliset piirteet. Oppimiseen liittyy ehdollistuminen, jolloin päihteitä saatetaan käyttää esimerkiksi joko siksi, että niistä seuraavat vaikutukset ovat nautinnollisia, tai siksi, ettei vieroitusoireita esiintyisi. Päihteiden käyttöön liittyvät tuntemukset ovat erilaisia riippuen henkilöstä, ajasta ja paikasta. Myös erilaisilla odotuksilla on suuri merkitys niin päihteiden vaikutuksiin kuin himon voimakkuuteen. Lisäksi henkilön aikaisemmat kokemukset, kavereiden vaikutus ja persoonallisuus vaikuttavat käyttöön. Vaikka persoonallisuuden piirteet vaikuttavatkin riippuvuuden syntymiseen ja sen jatkumiseen, ei näyttöä tietystä addiktiivisesta persoonallisuudesta ole. Ihmisten reaktiot ongelmiin ovat erilaisia ja toiset ovat herkempiä kuin toiset. Myös uusien asioiden kokeileminen viehättää toisia enemmän kuin toisia. (Davis 1996, 8–9.)

Riippuvuuksien sosiologiseen puoleen liittyvät henkilön asenne päihteidenkäyttöä kohtaan sekä päihteiden saatavuus. Tietyt roolit ja tiettyihin alaryhmiin kuuluminen saattavat edesauttaa päihteiden käytön aloittamista ja tietyn identiteetin ylläpito päihteiden käytön muodostumista riippuvuudeksi. (Davis 1996, 10.)

Riippuvuuden määrittely on osittain sen takia vaikeaa, että päihderiippuvuuden ympärillä esiintyy paljon riippuvuutta lähestyviä käsitteitä. Kalant (2001) on selventänyt riippuvuuden käsitekenttää erottelemalla ja määrittelemällä muutamia riippuvuuteen läheisesti liittyviä käsitteitä. *Satunnainen käyttö* mielihyvän tuottamiseksi ei vielä ole riippuvuutta, mutta se sisältää silti mahdollisia riskejä. *Väärinkäytön* (abuse) Kalant määrittelee tarkoittavan sitä, kun ihminen käyttää jotain lääkettä tarpeettoman suurina määrinä, tai kun hän käyttää sitä johonkin muuhun kuin lääkinnälliseen tarkoitukseen (misuse). Alkoholin väärinkäytöstä voidaan puhua silloin, kun ihminen käyttää alkoholia niin paljon, että se on vaarallista ja vahingollista joko käyttäjälle itselleen tai muille. Kun kyseessä on laittomat aineet, niiden



käytön voidaan aina katsoa olevan väärinkäyttöä. Yleisesti väärinkäytöksi voidaan kutsua kaikkea sellaista aineiden käyttöä, joka poikkeaa hyväksytyistä lääketieteellisistä ja sosiaalisista toimintamalleista tietyssä kulttuurissa tietynä aikana. (Kalant 2001, 21–22.)

*Tavalla* tai *tottumuksella* (habit, habituation) käyttää päihteitä Kalant (2001) tarkoittaa säännöllistä niin runsasta päihteidenkäyttöä, että se aiheuttaa ongelmia käyttäjälle. Käyttäjällä ei tällöin myöskään ole täyttä kontrollia omasta päihteiden käytöstään. Tottumiseen liittyy oleellisesti myös päihteidenkäytön sietokyvyn kasvu. Tämä termi on jo hyvin lähellä riippuvuutta. Niin satunnaiseen kuin säännölliseen päihteidenkäyttöön voi liittyä *myrkytystila* tai *yliannostus* (intoxication, overdose), joka on toiminnallinen häiriö ja johtuu liiasta päihteidenkäytöstä. Se voi olla akuutti tila tai pitkän käytön seurauksena tullut krooninen vaurio. *Ongelmakäytöstä* puhutaan silloin, kun päihteidenkäyttö aiheuttaa ongelmia arkielämässä. Ongelmat voivat liittyä esimerkiksi ihmissuhteisiin, terveyteen tai taloudelliseen tilanteeseen. Myös ongelmat lain kanssa ovat yleisiä. Jos ihmisellä ei vielä ole riippuvuutta, tai jos hän ei halua alkoholistin tai addiktin leimaa, voi hän ongelmakäyttötermin avulla tajuta, että kyseessä todella on ongelma, johon tulee puuttua. (Kalant 2001, 22–23.)

*Addiktiosta* tai *riippuvuudesta* on Kalantin (2001) mukaan kyse silloin, kun ihminen ei pysty toimimaan normaalisti fyysisellä, psyykkisellä tai sosiaalisella tasolla ilman päihteiden vaikutusta. Riippuvuuteen liittyy fyysisiä tekijöitä kuten sietokyvyn kasvua, vieroitusoireiden ilmaantumista tai päihteen käyttöä vieroitusoireiden helpottamiseksi tai estämiseksi. Riippuvaisen henkilön käytöksessä on havaittavissa myös behavioraalisia tekijöitä, jotka ilmenevät muun muassa muiden tärkeiden asioiden laiminlyömisinä sekä vaikeutena vähentää riippuvuutta aiheuttavan aineen käyttöä omasta halusta huolimatta. Henkilö myös yleensä tiedostaa toistuvan himonsa tai pakkomielleensä. Riippuvuudella on myös psyykinen tai psykologinen puoli, joka liittyy ihmisen haluun saada ainetta lisää, kykenemättömyyteen toimia ilman aineen vaikutusta sekä mahdottomuuteen olla pitkään ilman aineen käyttöä. (Kalant 2001, 23–24.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n ICD-10 diagnostisen tautiluokituksen mukaan päihderiippuvuudessa yhden tai useamman aineen käyttö tulee henkilölle merkittävästi tärkeämmäksi kuin muut aiemmin tärkeät käyttäytymismuodot. Riippuvuuden keskeinen

piirre on voimakas vai vastustamaton halu käyttää tiettyä ainetta ja riippuvuus ilmenee niin fyysisissä kuin psyykkisissäkin toiminnoissa. Aineen käyttöön liittyvä pakonomaisuus on huomattavissa erityisesti henkilön yrittäessä lopettaa tai kontrolloida aineen käyttöä. Tyypillisenä piirteenä riippuvuudessa pidetään myös aineiden käyttötapojen kapeutumista. (ICD-10 1999, 191.)

Riippuvuusoireyhtymä määritellään ICD-10 tautiluokituksen mukaan koskemaan henkilöä, jolla esiintyy kolme tai useampi seuraavista kriteereistä yhtäaikaisesti ainakin kuukauden ajan tai on esiintynyt toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:

1. Voimakas himo tai pakonomainen tarve käyttää päihdettä
  2. Heikentynyt kyky hallita päihteenkäytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän annoksen määrää
  3. Vieroitusoireiden esiintyminen päihteen käytön vähentyessä tai päättyessä
  4. Sietokyvyn kasvu
  5. Päihteenkäytön muodostuminen elämän keskipisteeksi muiden mielihyvänlähteiden ja kiinnostuksen kohteiden kustannuksella
  6. Päihteenkäytön jatkuminen sen selvästi haitallisista vaikutuksista huolimatta.
- (ICD-10 1999, 191)

1980-luvulta lähtien riippuvuus käsite laajeni tarkoittamaan myös toiminnallisia riippuvuuksia (Koski-Jännes 2004, 50.) Riippuvuudet voidaan siis jakaa aine- ja toiminnallisiin riippuvuuksiin. Aineriippuvuudet liittyvät nimensä mukaisesti jonkin päihdeaineen tuomaan hyvinvointitunteeseen. Toiminnallisesta riippuvuudesta puhutaan silloin, kun riippuvuus suuntautuu välitöntä tyydytystä tuottaviin toimintoihin, kuten uhkapelaamiseen tai internetin käyttöön. Tällöin addiktioon ei liity minkään kemiallisen aineen nauttimista. Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet ilmenevät kuitenkin usein samalla tavalla, niihin molempiin liittyy voimakasta halua tai pakkoa, hallinnan heikkenemistä ja lopettamisen vaikeutta haitoista huolimatta. Myös aivojen joissakin välittäjäaineissa tapahtuvat muutokset ovat samankaltaisia niin aine- kuin toiminnallisissa riippuvuuksissa. (Koski-Jännes 2005.) Tässä tutkielmassa toiminnalliset riippuvuudet jäävät tarkastelun ulkopuolelle, sillä tarkastelun kohteena olevissa kuntoutuskeskuksissa hoidetaan vain päihdeongelmaisia henkilöitä.

### 3.2 Addiktioteorioita

Jo pitkään on kehitelty erilaisia addiktioteorioita, joilla on pyritty selventämään ja kokoamaan erilaisia käsityksiä addiktioista. 1940-luvun ja 1980-luvun alun välisellä ajanjaksolla esitetyissä teorioissa keskityttiin lähinnä erilaisiin motivaatiomalleihin (Koski-Jännes 2004, 49). 1980-luvun alussa suuri osa addiktioteorioista korosti riippuvuuden sosiologisia ja psykologisia juuria. Puhuttiin addiktiivisesta persoonallisuudesta, jolloin addiktio nähtiin ongelmallisina persoonallisuuden piirteinä. Käytiin myös laajaa keskustelua siitä, millaiset sosiologiset tekijät saattoivat olla yhteydessä addiktiivisiin taipumuksiin sekä mitkä sosiokulttuuriset tekijät johtivat mihinkin addiktioon. Samoihin aikoihin oltiin lisääntyvässä määrin kiinnostuneita addiktioon liittyvistä geneettisistä taipumuksista. (Hirschman 1995). Kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana teorioiden painopiste on ollut riippuvuusikäytymisen prosessissa ja on keskitytty myös muutoksen mekanismeihin yleisemmin. (Koski-Jännes 2004, 49.)

West (2006) on koonnut kirjassaan *Theory of Addiction* yhteen erilaisissa addiktioteorioissa usein esiintyviä peruselementtejä. Ensimmäisenä elementtinä hän mainitsee addiktion *rationaalisena valintana*. Silloin henkilö punnitsee mielessään tietyn toiminnan hyötyjä ja haittoja ennen kuin tekee päätöksensä toiminnan aloittamisesta. Ymmärtääksemme miksi henkilö on riippuvainen jostain asiasta, täytyy vain tarkastella sitä, kuinka paljon hyötyä asiasta on henkilölle tai miten vähän hän välittää mahdollisista haitoista. Addiktion kehittyminen vie aikaa, mutta lopulta esimerkiksi huumeiden käyttäjän addiktiivinen käyttäytyminen lisääntyy kerta-annosten kasvaessa, sillä henkilö ei saa enää tietystä määrästä samaa hyötyä kuin ennen. Myös addiktiosta irti pääsemiseen liittyy hyötyjen ja haittojen arvioiminen. Kun addiktiivisen käytöksen lopettamisen hyödyt ovat haittoja suuremmat, käyttäytyminen muuttuu. Addiktioihin rationaalisena valintana suhtautuvien ihmisten määrää voitaisiin vähentää, jos esimerkiksi huumeiden hinta olisi korkeampi, jos niitä olisi vaikeampi hankkia ja jos niiden käytöstä seuraisi vakavampia rangaistuksia. (Emt. 123–127.)

Addiktioita voidaan tarkastella myös *irrationaalisena valintana*, jolloin perustana on edellä mainittu rationaalinen valinta, sitä hieman kuitenkin täydentäen. Addiktioista irrationaalisena valintana puhuttaessa tarkoitetaan sitä, että ihmisellä ei voi olla kaikkea tarvittavaa tietoa, kun hän tekee päätöksen jonkin asian hyödyistä tai haitoista. Addiktin on esimerkiksi mahdoton

tietää, kuinka vaikeaa addiktiosta irtipääseminen hänelle tulee olemaan, joten henkilö on saattanut arvioida lopettamisesta aiheutuvat haitat väärin. Tästä syystä niin moni addikti repsahtaa yrittäessään päästä eroon haitallisen aineen käytöstä. Monilla addikteilla on myös tapana aliarvioida päihteenkäytön haittoja ja yliarvioida hyötyjä, mikä aiheuttaa vääristymiä päätöksenteossa. (West 2006, 127–130.)

Kolmanneksi addiktioteorioiden peruselementiksi West (2006) mainitsee addiktioon liittyvän *pakonomaisuuden ja itsekontrollin*. Käyttäytymiseen, myös addiktiiviseen, ei liity välttämättä minkäänlaista valintaa. On hyvin epätodennäköistä, että addikti puntaroi vähän väliä toimintansa hyötyjä ja haittoja. Sen sijaan reagoimme ärsykkeisiin ja toimimme suunnitelmiamme mukaisesti. Rationaalisen ja irrationaalisen valintana addiktioita pitävät teoriat eivät myöskään ota huomioon itsekontrollia. Emme aina toimi vain hyötyjen ja haittojen mukaisesti. Addiktioiden pakonomaisuutta ja itsekontrollia painottavien teorioiden mukaan kova halu tai heikko itsekontrolli on syynä addiktin retkahtamiseen. (West 2006, 130–133.)

Westin (2006) määrittelemä neljäs addiktioteorioiden peruselementti liittyy addiktioiden selittämiseen *tottumuksena sekä välineellisen ehdollistumisen tuloksena*. Joitakin käyttäytymismalleja toistetaan rutiininomaisesti, jolloin niistä tulee osittain tai täysin automaattisia. Myös addiktioissa voi olla kyse tästä. Hyötyjen ja haittojen arvioinnin, pakonomaisuuden, itsekontrollin sekä totumuksen lisäksi addiktiivista käyttäytymistä ohjailee myös tiedostamaton tai tiedostettu palkintojen tavoittelu. Addiktiivisessä käyttäytymisessä palkintona voi toimia esimerkiksi mielipahan lieventyminen. Kun tietty käytös palkitaan tarpeeksi usein, on tuloksena oppiminen. (Emt. 133–144.)

Edellä esiteltyjen addiktioteorioiden peruselementtien avulla West (2006) on luonut oman kokoavan motivaatioteorian selittämään addiktioita, joka ottaa huomioon niin tietoiset valinnan prosessit kuin tiedostamattomat motivaatiosysteemit. Erilaisten motivaatioiden huomioonottaminen on väistämätöntä ymmärtääksemme addiktioita. West listaa viisi tasoa, joilla motivaatiot toimivat, ja mikä tahansa näistä tasoista saattaa toimia epänormaalisti addikteilla. Näinä tasoina West mainitsee reaktiot, impulssit/estot, motiivit (halut), arvioinnit (uskomukset) sekä suunnitelmat. Motivaatiosysteemin eri tasoihin vaikuttaa jatkuvasti niin ulkoiset ärsykkeet kuin sisäiset toiminnot kuten muisti. (Emt. 146–147.) West painottaa myös

kokemusten vaikutusta motivaatiosysteemiin tottumisen ja herkistymisen, eksplisiittisten muistojen sekä assosiativisen oppimisen kautta (emt. 156–159).

Westin (2006) mukaan addiktiin motivaatiosysteemi on jollakin tapaa muuttunut, mikä on johtanut addiktiiviseen käyttäytymiseen. Tällöin jollekin tietylle toiminnalle annetaan poikkeavan ja vahingollisen paljon huomiota. Addiktioihin liittyvät poikkeavuudet motivaatiosysteemissä voivat olla suoraa seurausta addiktiivisen aineen käytöstä (kuten vieroitusoireet) tai ne voivat olla aineista riippumattomia (kuten huono itsetunto tai krooninen ahdistus). Vaikka motivaatiosysteemi olisikin pääasiallisesti normaali, se ei kuitenkaan välttämättä pysty selviytymään ympäristön tuomista haasteellisista tilanteista (kuten vaikeat ihmissuhteet tai stressaavat olosuhteet). (Emt. 6.)

Seuraavaksi esittelemäni Thombsin (1999) addiktioteorioiden luokittelu on omaa tutkielmaani silmällä pitäen keskeisempi kuin Westin (2006) edellä esittelemäni näkökanta addiktioteorioihin. Thombs (1999) jakaa addiktioteoriat viiteen eri kategoriaan: sairausmalli, psykoanalyttinen malli, ehdollistamismalli, kognitiivinen malli sekä perhesysteemimalli. *Sairausmalli* on vallalla erityisesti Yhdysvalloissa, ja siihen liittyvä addiktiokäsitys on keskeinen AA:ssa (Alcohol Anonymous) ja NA:ssa (Narcotics Anonymous). Mallissa riippuvuus nähdään kroonisena sairautena ja geneettisenä tilana, joka johtaa riippuvuuskäyttäytymiseen ja pakonomaiseen alkoholin tai muun aineen käyttöön. Jos ihmisellä ei ole tätä sairautta, hänelle ei voi kehittyä riippuvuutta. Sairausmallissa ihminen nähdään sairauden uhrina, eikä riippuvuus ole ihmisen omaa syytä. (Thombs 1999, 6–8, 29–34.) Uhrina olemista pidetäänkin mallin vahvuutena, sillä se keskittyy ihmisen auttamiseen ja hoitamiseen moralisoinnin ja syyllistämisen sijaan. Mallin heikkoutena nähdään sen liiallinen geenien painottaminen ympäristötekijöiden sekä oman päätöksenteon ja kontrollin kustannuksella. Teorialle ei ole myöskään pystytty antamaan tarpeeksi tieteellistä tukea. (Emt. 70–71.)

*Psykoanalyttiset addiktioteoriat* pohjautuvat nimensä mukaisesti Freudin psykoanalyttiseen teoriaan, jossa käyttäytymisen katsotaan muodostuvan psyyken osien idin, egon ja superegon dynaamisesta vuorovaikutuksesta. Psykoanalyttisten teorioiden mukaan esimerkiksi huumeriippuvuudessa huume aktivoi kehoa, mikä johtaa aineen himoitsemiseen. (Thombs 1999, 84–85.) Psykoanalyttisten teorioiden joukossa on kuitenkin vaihtelua. Toisissa

riippuvuuden nähdään olevan kompromissi, joka syntyy torjuttujen ja siten tiedostamattomien muistojen ja puolustusmekanismien konfliktista, toisissa painotetaan egon kehityksen puutteellisuutta, joka johtaa pystymättömyyteen huolehtia itsestään. Aineiden väärinkäyttö on tällöin eräänlainen puolustusmekanismi. Addiktit käyttävät aineita suojellakseen itseään ylivoimaisilta tuntuilta negatiivisilta tunteilta kuten masennukselta, ahdistukselta ja häpeältä. Jälkimmäinen ajattelumalli on vallalla nykyaikaisissa psykoanalyttisissa hoidoissa. (Emt. 92–94.) Leedsin ja Morgensternin (1996) mukaan psykoanalyttiset addiktioteoriat joistain eroista huolimatta jakavat seuraavat oletukset: 1) huumeiden käyttö on merkki psykologisesta häiriöstä, 2) psykologiset ongelmat aiheuttavat aineiden väärinkäytön eikä päinvastoin, 3) addiktio on yhdenmukainen häiriö; teoriassa annetaan hyvin vähän painoarvoa riippuvuuden kohteelle tai addiktio-ongelman vakavuudelle ja 4) addiktio on merkki vakavasta psykopatologiasta. Kaiken kaikkiaan aineiden väärinkäyttö on merkki persoonallisuusongelmista, ja riippuvuutta tulisi hoitaa egon vahvistamisella, jotta se pärjäisi idin vaatimuksille. (Thombs 1999, 92–93.) Psykoanalyttistä addiktio mallia on kritisoitu siihen liittyvän hoidon ristiriitaisuudesta ja toimimattomuudesta. Psykoanalyysi tarvitsee toimiakseen vahvan egon, mutta riippuvaisilla mielletään olevan hyvin heikko egokontrolli. Psykoanalyysin avulla on siis hyvin vaikeaa auttaa suurta osaa addikteista. (Emt. 104–105.)

*Ehdollistamismallin* perustana on behaviorismi. Sen mukaan käyttäytyminen on opittua, ja tietyn käytöksen jatkumiseen tai loppumiseen vaikuttavat siitä saatavat rangaistukset tai palkkiot. Riippuvuuden syntyyn vaikuttaa ensinnäkin aineen saatavuus, sillä ihminen ei voi aloittaa päihteiden käyttöä ellei päihteitä ole saatavilla. Toiseksi riippuvaisuuteen ajaa vaihtoehtoisten käyttäytymismallien puuttuminen. Esimerkiksi opiskelun tai työssäkäynnin ei koeta olevan tarpeeksi palkitsevaa, jotta se korvaisi päihteidenkäytön. Kolmanneksi riippuvuusikäyttäytymiseen johtaa se, ettei päihteidenkäytöstä seuraa yleensä välitöntä rangaistusta. Ehdollistamismallissa riippuvaisuus nähdään siis opittuna käyttäytymisenä. Päihteidenkäytön seurauksena tuleva euforia ja sosiaalisuus toimivat palkintoina, ja johtavat käyttäytymisen jatkumiseen. Vieroitusoireet sen sijaan toimivat rangaistuksena päihteidenkäytölle, ja käyttäytymistä jatketaan rangaistuksen välttämiseksi. Behavioristisessa mallissa riippuvuuden nähdään kehittyvän vähitellen henkilölle, joka rangaistusten ja palkkioiden ohjaamana toistuvasti käyttää päihteitä. Lopulta vaihtoehtoisten käyttäytymismallien tuottamat palkkiot tuntuvat vähäisiltä ja menettävät arvonsa. (Thombs 1999, 109–115.)

*Kognitiiviset addiktioteoriat*, behavioristisesta mallista poiketen, huomioivat riippuvuuden synnyssä kognitiiviset prosessit kuten ajattelun, uskomukset ja odotukset. Addiktioiden katsotaan muodostuvan sosiaalisen oppimisen kautta, mutta teorioissa painotetaan itsesäätelyn ja -arvioinnin merkitystä. Ihminen voi itse luoda ja hallita häneen vaikuttavia palkkioita ja rangaistuksia ilman, että ne mekanistisella tavalla muokkaisivat hänen käyttäytymistään tietynlaiseksi. Addiktioiden ei katsota siltikään johtuvan itsesäätelyn puutteesta, vaan addikti säätelee ja järjestää elämänsä addiktion kohteen ympärille. Ihmisen käytös ei tällöin ole satunnaista ja arvaamatonta, vaan tarkoituksenmukaista ja päämäärään tähtäävää. Voimakas itsesäätely ilmenee varsinkin mietittäessä sitä, kuinka paljon aikaa ja vaivaa ihminen saattaa käyttää päivittäin päihteen saamiseen, käytön salailuun ja sen vaikutuksista toipumiseen. (Thombs 1999, 144–149.) Kognitiivisissa teorioissa riippuvuudesta irtipääsemiseen vaikuttaa suurelta osin ihmisen pystyvyyden tunne. Jos ihminen ei usko pystyvänsä täyttämään toipumiseen tarvittavia vaatimuksia, hoito todennäköisesti epäonnistuu. Retkahdusten katsotaan johtuvan kykenemättömyydestä kestää ympäristön stressitekijöitä, ja retkahdukset nähdään oppimistilaisuutena pyrittäessä vapautumaan addiktiivisesta käyttäytymisestä. (Emt. 150–152, 178.)

*Perhesysteemimallissa* keskiössä on koko perhe eikä vain ihminen. Arki rakentuu vakaiden ja ennakoitavien suhteiden toimintamalleista, joita ohjaavat erilaiset säännöt, normit ja rajoitukset. Kun yksi osa systeemistä muuttuu, vaikuttaa se kaikkiin muihin osiin. Perhesysteemimallissa korostetaan sosiaalisen yksikön (esimerkiksi perheen) eheyttä ja yhtenäisyyttä sekä sen jäsenten keskinäistä riippuvuutta. (Thombs, 184–186.) Mallin mukaan addiktio syntyy yleensä jonkin konfliktin seurauksena, ja esimerkiksi päihteidenkäyttö auttaa ihmistä minimoimaan interpersoonallisia konflikteja sekä selviytymään niistä. Perheellä on kuitenkin paljon vaikutusvaltaa sen jäsenen toimintaan, mitä käytetään hyväksi perhesysteemimallia korostavissa hoidoissa. (Emt. 229.)

### **3.3 Päihderiippuvuudesta toipuminen**

Elämänmuutos, joka liittyy päihteidenkäytön lopettamiseen, on pitkä ja vaikea prosessi. Päihteestä irtautumisen vaikeus onkin yksi riippuvuuden tunnusmerkeistä. Monet epäonnistuvat yrityksessään useita kertoja ennen kuin lopulta onnistuvat pääsemään eroon

ongelmastaan. Myös syitä muutoksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen on monia. (Koski-Jännes 1998, 76–78.)

Riippuvuudesta toipuminen jaetaan usein sen perusteella, onko ongelmasta päässyt eroon spontaanisti omin avuin vai ammatillisen hoidon avulla. Esimerkiksi Waltersin (2000, 446–448) tutkimuskatsauksen mukaan spontaanin parantumisen yleisyys vaihtelee 4 % ja 56 % välillä riippuen seurannan ajoituksesta sekä siitä, miten spontaani parantuminen on määritelty. Alkoholien ollessa kyseessä spontaanin parantumisen keskiarvo vaihteli 24 % ja 31 % välillä riippuen siitä, määriteltiinkö spontaani parantuminen siten, että alkoholinkäyttö on kokonaan lopetettu vai siten, että myös kohtuukäyttö on sallittu.

Se, toimiiko tietyn henkilön kohdalla ammatillinen hoito vai ei, riippuu monista eri asioista liittyen henkilöön itseensä, hoitoon sekä ympäristöön. Yksi asia on kuitenkin selvä: muutospäätökseen sitoutuminen vaatii addiktilta motivaatiota ja halua muuttua. Usein motivaatiota onkin pidetty välttämättömänä edellytyksenä hoidon onnistumiselle. Motivaatio on ymmärretty muuttumattomaksi ominaisuudeksi joka ihmisellä on tai ei ole. Tällöin motivoituneena asiakkaana pidettiin hoito-ohjeisiin myönteisesti suhtautuvaa henkilöä, jolla oli myös halua noudattaa päihdetyöntekijöiden toipumisohjeita. Motivaation puute nähtiin asiakkaan vikana. Vaikka motivaatiota pidetään nykyäänkin ratkaisevana tekijänä muutoksen onnistumiselle, se pyritään kuitenkin näkemään muuttuvana ja vaihtelevana ilmiönä. Motivaatiota voidaan muuttaa esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutuksen keinoin, ja myös työntekijän hoitotekniikalla on suuri vaikutus asiakkaan motivaatioon. (Miller 2008, 17–20.)

Blomqvistin (2002) tekemän tutkimuksen mukaan päihteidenkäytön lopettamiseen johtivat useimmiten erilaiset intrapsyykkiset tekijät ja positiiviset yllättävät tapahtumat. Myös pelottavat tai nöyryyttävät päihdekokemukset, henkilökohtaiset tai eksistentiaaliset kriisit sekä terveysongelmat saivat päihdeongelmaisen tekemään lopettamispäätöksen. Erityisen tärkeää oli myös itselle tärkeiden ihmisten tuki ja painostus. (Blomqvist 2002.) Myös Koski-Jännes (1998) painottaa käännteentekevien kokemusten merkitystä riippuvuudesta irtautumisessa. Tällaisiin avainkokemuksiin liittyy usein voimakas tietoisuus vallitsevasta tilanteesta, ja niille on ominaista se, että ihmisen tapa nähdä ja tulkita elämäänsä kyseenalaistuu. (Koski-Jännes 1998, 61–77.)



Tietoisuuden lisääminen tekijöistä, jotka ylläpitävät addiktiivisia ajatuksia ja addiktiivista käyttäytymistä, on usein suureksi avuksi ongelman päihittämisessä. Tietoisuus lisää mahdollisuutta kontrolloida tilannetta ja omia tekemisiä paremmin, mikä ehkäisee joutumista takaisin addiktiiviseen ansaan. Tietoisuus voi lisääntyä terapian avulla, mutta myös odottamattomat tapahtumat voivat saada ihmisen tajuamaan addiktiivisen käytöksen huonot puolet. (Koski-Jännes 2004, 61.) Joissain tapauksissa addikti saattaa nähdä toimintansa esimerkiksi oman puolison tai lapsen perspektiivistä, mikä saa tajuamaan tilanteen vakavuuden. Myös terapiassa terapeutti toimii usein peilinä, mikä auttaa asiakasta näkemään itsensä uudessa valossa. Myös tarinoiden jakaminen vertaisryhmissä voi toimia samalla tavalla. Jotta riippuvuudesta olisi mahdollista päästä irti, on tärkeää löytää muita tyydytystä tuottavia toimintatapoja sekä muuta merkitystä elämälle. Addiktion voittaminen vaatii yleensä jonkinlaisten muutosten tekemistä elämäntavoille. Erityisen tärkeää on myös sitoutuminen päätökseen muuttua. (Emt. 62–63.)

Addiktin mahdollisuuteen lopettaa haitallisen aineen käyttö vaikuttaa myös se, kuinka hän itse mieltää addiktionsa. Jos addikti määrittelee ongelmansa esimerkiksi sairausmallin (ks. s. 10) mukaisesti, hän näkee itsensä vain uhrina eikä pidä itseään vastuussa ongelmastaan eikä sen ratkaisemisesta. Tällöin ihmisen on helppo alistua tietyille moraalisisille auktoriteeteille, ja käsitys oman elämän kontrolloimisesta saattaa hämärtyä. (Blomqvist 2004, 162.) Myös hoitohenkilökunnan määritelmät ovat ratkaisevia. Jos ihmistä pidetään avainasemassa ongelman ratkaisemisessa, ihmisen kompetenssi ongelman ratkaisemiseksi kasvaa (Brickman ym. 1982).

## 4. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Tutkielmani teoreettisina lähtökohtina toimivat sosialisatioteoriat, attribuutioteoriat, Brickmanin ym. (1982) malli sekä aiemmat tutkimukset päihdeasiakkaiden ja ammattilaisten riippuvuuskäsityksistä. Tässä luvussa esittelenkin tarkemmin erilaisia sosialisatioteorioita, attribuutioteorioita sekä Brickmanin ym. mallia, joka käsittelee ongelman synnyn ja ratkaisemisen vastuun jakautumista ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä. Käyn läpi myös aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia.

### 4.1 Sosialisatioteoriat

Ihminen sisäistää jatkuvasti jo syntymästään lähtien ympärillään olevia tapoja, arvoja ja normeja. Sen lisäksi, että ihminen omaksuu ympärillään tapahtuvia asioita, hän myös samaistuu toisiin ihmisiin. Tätä samaistumisprosessia kutsutaan sosialisatioksi, ja sen tuloksena ihmisestä tulee yhteiskunnan jäsen. Sosialisatio on siis prosessi, jossa ihminen perehtyy kokonaisvaltaisesti ja johdonmukaisesti yhteiskuntaan tai sen osa-alueeseen. (Berger & Luckmann 1994, 147–149). Sosiaalistuminen ympärillä olevaan maailmaan alkaa siis jo syntymästä ja se jatkuu koko elämän. Missään vaiheessa sosialisatio ei ole kaikenkattavaa tai saavuta päätepistettään. (Emt. 156.)

Sosialisatio jaetaan yleisesti primaari- ja sekundaarisosialisaatioon. *Primarisosialisaatiolla* tarkoitetaan lapsuuteen ajoittuvaa sosialisatiota, jonka aikana lapsi oppii kielen sekä hänelle alkaa muodostua identiteetti. Lapsi ei voi valita varsinkaan ensimmäisten elinvuosiensa aikana hänen sosiaalistumisestaan huolehtivia merkityksellisiä toisia (significant others), joten se, miten hän ymmärtää maailman, on hänestä huolehtivien ihmisten vastuulla. (Berger & Luckmann 1994, 149–150.) *Sekundaarisosialisaatiolla* tarkoitetaan myöhemmissä elämänvaiheissa tapahtuvaa institutionaalisten osamaailmojen sisäistämistä ja erilaisten roolispesifien tietojen hankkimista (emt. 257). Tällaisia elämänvaiheita ovat esimerkiksi lasten hankkiminen tai leskeytyminen (Marin 2001, 21). Myös osallistuminen päihdekuntoutukseen voi olla yksi elämänvaihe. Uudessa elämänvaiheessa tavataan toisia samassa tilanteessa olevia ihmisiä sekä jossain määrin samaistutaan heihin (Berger & Luckmann, 160–161). Sekundaarisosialisaatioon sisältyy siis esimerkiksi tietyn institutionaalisen alueen sanavaraston sisäistäminen sekä siihen liittyvien erilaisten

rutiinitulkintojen sekä -käyttäytymisen omaksuminen. Sanattomien sopimusten ja tunnelatausten tarkkailu on hyvä keino päästä sisälle tietyn ryhmän säännönmukaisuuksiin. (Emt. 157.)

Jos ihmisen uusi elämänvaihe poikkeaa huomattavasti aikaisemmasta elämäkulusta ja varsinkin jos ihmisen arvot muuttuvat radikaalisti ja pysyvästi, on kyseessä uudelleensosialisaatio. Uudelleensosialisaatio eroaa sekundaarisosialisaatiosta siinä suhteessa, että siinä koko elämänhistoria ja menneisyys tulkitaan uudelleen sen sijaan, että nykyisyys pyrittäisiin esittämään yhdenmukaisessa valossa menneisyyden kanssa. Uudelleensosialisaatiossa on keskeistä myös se, että tapahtunutta muutosta edeltänyt elämäkulku pyritään mitätöimään esittämällä se negatiivisessa valossa ja uutta elämänvaihetta pidetään positiivisena asiana. Ihminen kokee tajuavansa viimein menneen elämän huonommuuden. (Berger & Luckmann, 180–184.)

## 4.2 Attribuutioteoriat

Attribuutioteoriat keskittyvät tapoihin, joilla ihmiset tulkitsevat ja selittävät käyttäytymistä ja tiettyjä tapahtumia. Ne pyrkivät ymmärtämään, miten ihmiset muodostavat jokapäiväisiä selityksiä omalle ja toisten toiminnalle. (Davies 1992, 1.)

Attribuutioteorioiden perustana on Heiderin teos *The Psychology of Interpersonal Relations* (1958), jonka mukaan ymmärtääkseen psykologista ja sosiaalista maailmaa ihmisen tulee selittää myös tapahtumien syitä. Heider pyrki toiminnan naiivin analyysin (naive analysis of action) avulla muotoilemaan niitä prosesseja, joiden avulla harjaantumaton havainnoija – eli naiivi psykologi – järkeistää muiden toimintaa (Hewstone 1983, 3). Kiinnostuksen kohteena oli myös selvittää, mikä saa ihmiset tajuamaan, että toinen yrittää tai on aikeissa tehdä jotain. Painopiste oli siis interpersoonallisissa suhteissa. Heiderin mukaan toimintaa ohjaavat erilaiset voimat, jotka voidaan jakaa ihmisestä itsestään tai ympäristöstä johtuviksi. Ympäristöstä johtuvia toimintaan vaikuttavia syitä ovat esimerkiksi onni tai tietyn tehtävän vaikeus tai haastavuus. Ihmisestä itsestään johtuvia syitä ovat muun muassa persoonallisuuden piirteet sekä asenne. (Heider 1958, 79–95.) Hewstonen mukaan Heiderin naiivi analyysi käsittelee sitä, miten havaittavissa oleva käyttäytyminen linkittyy niihin syihin, joita ei voida havaita. Tämä toiminta mahdollistaa sen, että ihminen voi muodostaa

järjestelmällisen kokonaisuuden jatkuvasti muuttuvista ärsykkeistä. Hewstonen mielestä näin ihminen tuntee kontrolloivansa ympäristöään ja tekee siitä ennalta arvattavamman. (Hewstone 1983, 4.)

Oleellisena osana attribuutioteorioita on myös Rotterin (1966) laatima käsitys kontrollin lokuksesta. Kontrollin lokuksen avulla pyritään kuvaamaan sitä, kokeeko ihminen pystyvänsä kontrolloimaan tai vaikuttamaan hänelle tapahtuviin asioihin ja toimintansa tuloksiin. Kontrolli jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen kontrolliin. Ihmiset, joiden mielestä kontrollin locus on sisäinen, eli ihmisestä riippuva, uskovat, että he voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa tapahtumiin. Ulkoiseen kontrollin lokukseen uskovat ihmiset eivät koe pystyvänsä vaikuttamaan toimintansa tuloksiin tai ympäröiviin asioihin. Sisäiseen kontrolliin uskovat ajattelevat, että esimerkiksi sairaudesta toipuminen on kiinni omista ponnisteluista ja omasta yrittämisestä, kun taas ulkoiseen kontrolliin uskovat ajattelevat parantumisen olevan kiinni pelkästään hoidosta. (Davies 1992, 17–18.)

Weiner (1974) käytti omassa teoriassaan pohjana Rotterin (1966) tekemää jakoa kontrollin sisäiseen ja ulkoiseen lokukseen. Weinerin teoria on kuitenkin laajempi ja keskittyy lokuksen lisäksi myös syyn pysyvyyteen sekä ohjattavuuteen. Syyn lokuksella Weiner tarkoitti sitä, onko toiminnan syy peräisin henkilöstä vai ympäristöstä. Henkilöstä itsestään lähtöisin olevia syitä on esimerkiksi motivaatio tai taito, ympäristöstä lähtöisin olevia syitä perhe. Pysyvyydellä Weiner tarkoitti sitä, nähdäänkö toiminnan syy pysyvänä vai muuttuvana. Muuttuva syy on esimerkiksi sää tai onni, pysyvä syy parantumaton sairaus tai kansalaisuus. Syyn ohjailtavuus tarkoittaa sitä, onko syy henkilön niin tahtoessaan kontrolloitavissa vai ei. Kontrolloitavia asioita ovat esimerkiksi resurssien hankinta, kontrolloimattomia asioita tehtävän vaikeustaso. Nämä Weinerin muodostamat eri ulottuvuudet ovat interaktiivisia, ja tietyt tekijät saattavat kuulua moneen eri ulottuvuuteen. Esimerkiksi henkilön omat ponnistelut ovat sekä sisäinen syy että muuttuva syy. Tehtävän vaikeus on taas sekä ulkoinen syy että muuttuva syy. (Davies 1992, 16–17.)

Attribuutioteorioita käytetään enenevässä määrin ymmärtääksemme paremmin ihmisten terveyskäyttäytymistä. Silloin niillä pyritään selittämään erityisesti sitä, miten ihmiset pärjäävät vakavien sairauksien kanssa ja miten he selviävät niistä. On esitetty, että ihmisen tapa selittää ja tulkita sairauden syytä vaikuttaa sairaudesta esiintyviin uskomuksiin, jotka taas

vaikuttavat käyttäytymiseen ja siihen, minkälaisin keinoin hän yrittää ratkaista ongelmansa. Tutkimusten mukaan ihminen saattaa masentua ja hänen toipuminen saattaa hidastua, jos hän pitää itseään vastuussa sairaudesta. Myös se, kokeeko ihminen kontrollin olevan hänellä itsellään vai hänen ulkopuolellaan, vaikuttaa hänen paranemismahdollisuuteen. (King 1983, 170–175, 185.)

### 4.3 Brickmanin malli

Brickmanin, Rabinowitzin, Karuzan, Coatesin, Cohnin ja Kidderin (1982) mallissa tarkastellaan ongelman synnyn ja sen ratkaisemisen vastuuta. Teoria on jaettu neljään eri malliin: moraalinen malli, kompensatio- eli korvaamismalli, valistusmalli ja medikaalinen eli lääketieteellinen malli. Mallit eroavat toisistaan siinä suhteessa, minkä painoarvon ne antavat ihmisen vastuulle ongelman syntymisestä ja sen ratkaisemisesta. Mallit ovat ideaalimalleja, ja todellisuudessa mallit ovat sekoittuneet toisiinsa.

**Taulukko 1.** Brickmanin ym. (1982) malli ongelmien syistä ja vastuusta

		Ihmisen vastuu ongelman ratkaisemisesta	
		Suuri	Pieni
Ihmisen vastuu ongelman syntymisestä	Suuri	<i>Moraalinen malli</i> (Moral model): Ihminen on itse vastuussa ongelman syntymisestä ja sen ratkaisemisesta	<i>Valistusmalli</i> (Enlightenment model): Ihminen on itse vastuussa ongelman syntymisestä, mutta ei sen ratkaisemisesta
	Pieni	<i>Kompensaatiomalli</i> (Compensatory model): Ihminen ei ole vastuussa ongelman syntymisestä mutta on vastuussa ongelman ratkaisemisesta	<i>Medikaalinen eli lääketieteellinen malli</i> (Medical model): Ihminen ei ole vastuussa ongelman syntymisestä eikä sen ratkaisemisesta

*Moraalisen mallin* mukaan ihminen on itse vastuussa ongelman syntymisestä ja myös sen ratkaisemisesta. Mallin mukaan esimerkiksi päihteiden käyttö on merkki heikosta luonteesta, ja ihmiseltä vaaditaan tahdonvoimaa kontrolloidakseen itseään ja päästäkseen takaisin raittiiseen elämään. Moraalisessa mallissa ihminen pitää itseään ja muut pitävät häntä laiskurina, joka ei ole yrittänyt tarpeeksi saadakseen ongelman ratkaistuksi. Vain ihminen itse voi halutessaan muuttaa elämäänsä, vaikkakin toisten kehotukset ja kannustus saattavat auttaa häntä muuttamaan. Apuna voivat toimia erilaiset vertaisryhmät. Moraalisen mallin mukainen auttaminen ja hoito perustuu siihen, että ihmistä muistutetaan siitä, että hän on itse vastuussa elämästään, ja kuinka tärkeää hänen on auttaa itseään. Jos ihminen on tyytymätön elämäänsä, hänen pitäisi hyväksyä oma syyllisyytensä, ja kantaa vastuu muutoksesta ja ongelman ratkaisemisesta eikä valittaa tilanteesta ja odottaa, että joku muu tulee sitä muuttamaan. Jos muutos ei ole vaivan arvoista, pitäisi hyväksyä asioiden sen hetkinen olotila. (Brickman ym. 1982.)

Moraalisen mallin heikkoutena nähdään se, että se voi saattaa ihmisen kuvittelemaan, että esimerkiksi vakava sairaus tai raiskauksen kohteeksi joutuminen on hänen oma vikansa. Lisäksi, kun ihminen uskoo olevansa vastuussa kaikesta ja että kaikki on itsestä kiinni, saattaa hän myös uskoa, että kaikki on mahdollista. (Brickman ym. 1982, 370–371.)

*Korvaamis- eli kompensatiomallin* mukaan ihminen ei ole vastuussa ongelmasta, mutta on vastuussa sen ratkaisemisesta. Mallissa ihminen nähdään kärsivänä, ei oman puutteellisuuden vuoksi, vaan ympäristön epäonnistuessa tarjoamaan hänelle tavaroita ja palveluita, jotka hänelle kuuluvat. (Brickman ym. 1982.) Ihmistä ei pidetä niinkään sairaana vaan sosiaalisesti ja biologisesti epäonnisena (Palm 2004). Ratkaistakseen ongelmansa ihmisen täytyy olla jämäkkä ja itsevarma, sillä ympäristöltä tulee vaatia tarvittavat resurssit ongelman selvittämiseksi. Ihmistä tulee valtaistaa käsittelemään tehokkaammin ympäristöään. (Brickman ym. 1982.)

Korvaamismallin vahvuutena pidetään sitä, että ihminen voi suunnata kaiken energiansa ulospäin ratkaistakseen ongelmansa tai muuttaakseen ympäristöään, ilman että hän syyttää itseään ongelman synnystä. Myöskään ympärillä olevat ihmiset eivät pidä ihmistä vastuussa ongelmastaan, mutta hän saa kuitenkin kunnian ongelman ratkaisemisesta. Ympäristön kunnioitus onkin tärkeä tekijä onnistuneen hoidon kannalta. Mallin puutteena voidaan nähdä

se, että ihmiset, jotka joutuvat jatkuvasti ratkaisemaan ongelmia, jotka eivät ole heidän syytään, saattavat olla kovin stressaantuneita ja heillä saattaa olla hyvinkin negatiivinen näkemys maailmasta. (Brickman ym. 1982, 371–372.)

*Valistusmallin* (enlightenment model) mukaan ihminen on vastuussa ongelmastaan, mutta ei sen ratkaisemisesta. Mallissa painotetaan selventämään ihmiselle hänen ongelmansa todellista luonnetta ja sitä, kuinka haastava prosessi ongelman ratkaiseminen tulee olemaan. Valistusmallissa ihmisen tulee hyväksyä hyvin negatiivinen kuva itsestään ongelman aiheuttajana. Voidakseen parantua, hänen täytyy alistua sosiaaliselle kontrollille. Mallissa ihminen näkee itsensä, ja myös muut näkevät hänet, synnillisenä ja syyllisenä ongelmaansa. Hänen omat kontrolloimattomat impulssinsa esimerkiksi juoda, varastaa tai valehdella ovat ongelman kehittäneet. Jotta impulsseja voisi kontrolloida, tulee hänen hyväksyä ulkoapäin tuleva auktoriteetti. Koska ongelman ratkaisu ei ole ihmisen omissa käsissä, täytyy esimerkiksi alkoholiriippuvaisen ylläpitää suhdettaan ulkopuoliseen auktoriteettiin säilyttääkseen raittiutensa. Mallin heikkous on se, että ihminen antaa suuren vallan elämästään henkilölle, joka kertoo mihin tulisi uskoa, jotta paraneminen olisi mahdollista. Lopulta ihmisen elämä saattaa pyöriä täysin sen toiminnan, ja niiden ihmissuhteiden ympärillä, jotka ovat mahdollistaneet ongelman ratkaisemisen. (Brickman 1982, 373–374.)

*Lääketieteellisessä eli medikaalisessa mallissa* ihminen ei ole vastuussa ongelman synnystä eikä sen ratkaisemisesta. Mallin mukaan ihminen on sairas tai puutteellinen ja ihmisen nähdään olevan erilaisten voimien vietävänä, eikä hän voi sille mitään nyt eikä tulevaisuudessa. Ihmisen oletetaan hyväksyvän oma voimattomuutensa, mikä saattaa johtaa vastuuttomuuteen sosiaalisista velvoitteista, ja etsimään ammattiapua ongelmaansa. Mallin etuna nähdään se, että ihminen voi vaatia ja hyväksyä apua ja tukea ilman, että häntä syytetään ongelmastaan. Hän ei ole vastuussa ongelmansa synnystä, joten ei voida olettaa, että hän ratkaisisi ongelman. Mallin heikkoutena on se, että se saattaa aiheuttaa voimakasta riippuvuutta esimerkiksi hoitohenkilökuntaan, sillä heillä nähdään olevan avain ihmisen tilan parantamiseksi. (Brickman ym. 1982, 372–373.) Thombsin (1999) ehdollistamismalli (ks. s. 11) on esimerkki lääketieteellisestä mallista, sillä siinä ihmiselle annetaan hyvin vähän vastuuta ongelman synnystä tai sen ratkaisemisesta, sillä häntä ohjailevat mekanistisesti erilaiset palkkiot ja rangaistukset.

#### 4.4 Riippuvaisten ja ammattilaisten käsityksiä addiktioista

Päihdeongelmaisia on tutkittu laajasti, pääasiassa tutkimuksen kohteena ovat riippuvuudesta toipumassa olevat tai siitä jo toipuneet (Jokimaa 2006, 9). Tutkimusta addiktiosta käsitteenä on sen sijaan tehty paljon vähemmän ja vertailevaa tutkimusta hyvin vähän.

Waltersin ja Gilbertin (2000) tutkimuksessa verrattiin asiakkaiden ja asiantuntijoiden addiktiokäsityksiä. Tutkimus eroaa omastani sillä tavalla, että siinä asiakkaat ja asiantuntijat eivät olleet yhden tietyn yksikön sisältä, vaan asiakkaat olivat vankilassa huumevalistukseen osallistuneita ihmisiä ja ammattilaiset Amerikan psykologiliiton addiktio-osaston jäseniä. Asiakkaita tutkimukseen osallistui 31 ja asiantuntijoita 20. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, jossa vastaajilta kysyttiin heidän omaa käsitystään addiktion määritelmästä.

Tutkimuksen mukaan addiktion määritelmät olivat hyvin vaihtelevia niin asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin ryhmässä. Asiantuntijat kuvailivat addiktiota 14:llä eri kriteerillä, asiakkaat 16:lla. Asiantuntijoista 50 % määritteli addiktion fyysisenä riippuvuutena ja 45 % heistä mainitsi määritelmässään heikentyneen kontrollin. Yleisiä kriteereitä asiantuntijoiden keskuudessa olivat myös pakonomaisuus (compulsion) (40.0 %), pysyvyys (persistence) (35.0 %) ja kyvyttömyys ajatella mitään muuta kuin päihteiden käyttöä (preoccupation) (35.0 %). Asiakkaiden keskuudessa kriteerit olivat hajaantuneempia kuin asiantuntijoiden keskuudessa. Yleisimmät asiakkaiden mainitsemat määritelmät olivat heikentynyt kontrolli (35.5 %), halu tai himo (16.1 %) ja selviytymisen tarve (16.1 %).

Tutkimuksen mukaan ammattilaiset olivat tyytymättömiä addiktiokäsityksen yleistämiseen koskemaan muutakin kuin kemiallisten aineiden aiheuttamaa fyysistä riippuvuutta, kun taas asiakkaiden mielestä addiktio tarkoitti kaikkea toimintaa, joka aiheuttaa kontrollin vähenemisen, tarpeen jatkaa kyseistä toimintaa ja ylitsepäsemättömän halun aloittaa toiminta uudelleen sen jälkeen kun sen on lopettanut. (Walters & Gilbert 2000.) Tutkimus on hyvä esimerkki siitä, kuinka hajanainen addiktion käsite on ja kuinka vaikeaa se on määrittellä yhdellä tietyllä tavalla.



Kankaanrinne (2008) vertaili tutkielmassaan miten maallikot ja päihdehuollon ammattilaiset selittävät alkoholiongelmaa ja -riippuvuutta. Ryhmähaastatteluissa kävi ilmi, että ammattilaiset käyttivät hyvin vähän termiä riippuvuus. Ammattilaisten kuvailusta huomasi, että riippuvuudesta oli hyvin vaikea antaa yksiselitteistä määritelmää. (Kankaanrinne 2008, 71.) Kun ammattilaisilta kysyttiin vastuusta, joka liittyy alkoholiongelman jatkumiseen, sanoivat he vastuun olevan ongelmakäyttäjällä itsellään. Heidän mielestään alkoholiongelmaisen elämässä tapahtuu yleensä joku käänntekevä hetki, jolloin oman tilanteen tiedostaminen johtaa valintaan alkoholinkäytön suhteen. Jos henkilö jatkaa juomistaan, ovat taustalla yleensä mielialahäiriöt ja muut ongelmat kuten heikko itsetunto, kriisit tai äkilliset tarpeet kuten alkoholin himo. Lopullisen päätöksen tekemiseen liitettiin enemmän ihmisen omia kuin ympäristön vaikutusmahdollisuuksia. Ammattilaiset siis attribuoiivat vastuun alkoholiriippuvuudesta ja siitä selviytymisen riippuvaiselle itselleen. Ulkoisina syinä päätöksenteossa katsottiin vaikuttavan vain sosiaaliset mallit. (Emt. 81.)

Kankaanrinteen (2008) aineistosta nousi esille kolme eri tapaa puhua riippuvuudesta. Ensinnäkin käsitettä riippuvuus käytettiin puhuttaessa yleisesti alkoholin ongelmakäytöstä. Käsitettä käytettiin kuitenkin useimmiten silloin, kun kuvailtiin ongelmakäytön vakavuutta. Toiseksi riippuvuus-käsitettä käytettiin asiantuntijadiskurssissa, jolloin tarkoituksena oli rakentaa omaa asiantuntijuutta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa käsitteen käytön kautta. Kolmanneksi ulkoinen kontrolli riippuvuuden määrittelyssä sai vähäisen sijan, ja henkilön omaa vastuunottoa tilanteissa korostettiin. (Kankaanrinne 2008, 68–73.)

#### **4.5 Riippuvaisten ja ammattilaisten vastuutulkintoja addiktioista**

Palmin (2004) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten päihteiden parissa työskentelevä henkilö mieltää päihde- ja huumeongelmaisen vastuun ongelman syntymisessä ja sen ratkaisemisessa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Tukholman läänissä päihdetyön parissa työskentelevät henkilöt, niin terveydenhuollon puolella kuin sosiaalipalveluissa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla ja lähetettiin 614 terveydenhuollon työntekijälle sekä 987 sosiaalipalvelujen parissa työskentelevälle. Vastausprosentti terveydenhuollon puolella oli 56 % ja sosiaalipalveluiden piirissä 58 %, joten vastaajia oli yhteensä 918. (Palm 2004, 416–417.)

Kysyttäessä työntekijöiltä, pitivätkö he päihdeongelmaisista täysin, osittain vai ei yhtään vastuussa ongelman syntymisestä ja sen ratkaisemisesta, suurin osa piti heitä vastuussa olevina. Vain hyvin harva ei katsonut päihdeongelmaisen olevan lainkaan vastuussa. Aineistoa käsiteltiin Brickmanin (ym.) mallin mukaisesti (ks. luku 4.3), jolloin vastaajista noin 40 % oli kompensatiomallin kannalla eli he eivät pitäneet riippuvaista kovin vastuussa ongelman synnystä mutta näkivät heidän olevan vastuussa ongelman ratkaisemisesta. Vähiten kannatusta (3 %) oli saanut valistusmalli, jonka mukaan riippuvainen on vastuussa ongelman synnystä mutta ei sen ratkaisemisesta. Lääketieteellistä mallia, jonka mukaan riippuvainen ei ole vastuussa ongelman synnystä eikä sen ratkaisemisesta, kannatti noin 30 % vastaajista ja moraalista mallia (päihdeongelman syntyminen ja ratkaisu on riippuvaisen vastuulla) kannatti vajaa 30 %. (Palm 2004, 419.)

Työntekijöiden käsityksiä riippuvaisista selvitettiin myös erilaisten väittämien avulla, joiden perusteella muodostettiin kolme tapaa nähdä päihdeongelma. Moraalisen näkökulman mukaan riippuvaisten toiminta on synnillistä ja riippuvainen ihminen heikko tai paha. Medikaalisessa näkökulmassa ihminen nähdään sairaana, joko synnynnäisen puutteen tai tartunnan saamisen vuoksi. Sosiaalinen näkökulma antaa ymmärtää, että päihdeongelmat johtuvat yhteiskunnallisista tekijöistä. Vertaillessaan väittämien avulla syntyneitä näkökulmia ja Brickmanin ym. (1982) mallin avulla saatuja tuloksia, Palm tuli siihen tulokseen, että suurin osa päihdetyöntekijöistä Tukholman läänissä näkee ihmisen osittain vastuullisena päihdeongelman synnystä ja täysin vastuullisena ongelman ratkaisemisesta. Vain muutama vastaaja oli sitä mieltä, että ihminen ei ole vastuussa lainkaan ongelman syntymisestä ja vain kahden mielestä päihdeongelmaisella ei ollut mitään vastuuta ongelman ratkaisemisesta. Brickmanin ym. (1982) mallin mukaan Tukholman läänin päihdetyöntekijät ajattelisivat pääasiassa moraalisen mallin ja kompensatiomallin mukaisesti. Työntekijät näkivät riippuvuuden pääasiassa sairautena ja riippuvaisena yhteiskunnallisista tekijöistä. (Palm 2004, 417, 419–424.)

Nyysönen (2008) tutki pro gradu -tutkielmassaan alkoholi- ja huumeriippuvaisten päihdekuntoutusasiakkaiden käsityksiä päihderiippuvuuksien luonteesta, synnystä ja toipumisesta. Tutkielma on osa samaa projektia, jonka puitteissa tämäkin tutkielma on tehty, ja myös käyttämämme aineisto on osittain sama. Tutkimukseen osallistui 78 alkoholi- ja huumeriippuvaista ja aineisto kerättiin seitsemästä Pirkanmaan ja Uudenmaan alueilla

sijaitsevasta päihdekuntoutuskeskuksesta. (Nyyssönen 2008, 30.) Tulosten mukaan päihdekuntoutuskeskusten asiakkaiden mielipiteet riippuvuuksista vaihtelivat riippuen siitä, puhuivatko he riippuvuudesta yleisellä tasolla vai omana ongelmanaan. Päihderiippuvuuksia luonnehdittiin yleisellä tasolla useimmiten itse aiheutetuksi ongelmaksi, tunne-elämän sairaudeksi tai opituksi selviytymismalliksi. Biologisperäiset luonnehdinnat eivät saaneet paljoa kannatusta. Huume- ja alkoholiriippuvaisia erikseen tarkasteltaessa selvisi, että huumeriippuvaiset selittivät ongelmaansa lähinnä tunne-elämän sairautena, kun taas alkoholiriippuvaisten kuvauksissa esiintyi enemmän biologisperäisiä luonnehdintoja. (Emt. 69.)

Päihderiippuvuuksien syntyä tarkasteltaessa yleisellä tasolla Nyyssönen tuli siihen tulokseen, että syntyvastuun ajateltiin olevan pääasiassa riippuvaisella. Kun asiaa tarkasteltiin oman riippuvuuden kautta, 84 % vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että ongelman syntyyn ovat vaikuttaneet sosiaaliset paineet. Vastaajista 61 % oli sitä mieltä, että päihdeongelman syntyyn ovat vaikuttaneet sellaiset tekijät, joihin he eivät itse ole pystyneet vaikuttamaan. Haastatteluiden avulla selvisi, että päihdekuntoutuskeskusten asiakkaat löysivät oman ongelmansa taustalta monia ympäristöön liittyviä tekijöitä. Tekijät olivat niin yhteiskunnallisia ja kulttuurisia kuin lähiympäristöön liittyviä. Päihdeongelmia pyrittiin selittämään muun muassa erilaisilla päihdenormeilla. Lähiympäristöön liittyviä syitä olivat esimerkiksi lapsuuden ja nuoruuden negatiiviset kokemukset kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, väkivalta tai koulukiusaaminen. Myös vanhempien päihteidenkäytöllä selitettiin usein oman päihdeongelman syntymistä. (Nyyssönen 2008, 69–70.)

Nyyssösen tutkielman mukaan vastuu päihderiippuvuuden synnystä oli asiakkaiden mielestä asiakkailta itsellään; 84 % vastaajista koki olevansa henkilökohtaisesti vastuussa ongelmastaan. Vaikka asiakkaat tunnustivat oman vastuunsa ongelman syntymisessä ja toipumisprosessissa, ei kovin moni ollut kuitenkaan sitoutunut ottamaan vastuuta ongelmastaan. Vastaajista 77 % olikin sitä mieltä, etteivät he pystyisi lopettamaan päihteidenkäyttöä vain oman päätöksen pohjalta. Tarkasteltaessa asiakkaiden tekemiä päihderiippuvuuden synty- ja vastuutulkintoja Brickmanin yms. (1982) mallin mukaisesti (ks. luku 4.3) tulokset paljastivat, että asiakkaat olivat pääasiassa moraalisen mallin kannalla. Riippuvainen nähtiin siis itse vastuussa niin ongelman synnystä kuin sen ratkaisemisesta. Seuraavaksi eniten kannatusta alkoholi- ja hasisriippuvuuksien ollessa kyseessä sai

kompensaatiomalli, minkä mukaan vastuu ongelman synnystä ei ole ihmisellä itsellään, mutta hänen tulee ottaa vastuu ongelman ratkaisemisesta. Mallit, joissa ongelman ratkaisuvastuu sijoitetaan riippuvaisen ulkopuolelle, saivat vähiten kannatusta päihdeaineesta riippumatta. (Nyyssönen 2008, 71–72.)

## **5. Aineisto ja menetelmät**

Tässä luvussa kerron tarkemmin aineiston keruusta sekä aineistosta itsestään. Kuvailen myös suhdettani lähes valmiina saamaani aineistoon. Luvun lopussa käyn läpi sitä, miten ja millä menetelmillä analysoin aineiston.

### **5.1 Tutkimusaineiston saaminen valmiiksi kerättynä**

Sain suurimman osan tutkielmassani käyttämästäni aineistosta valmiiksi kerättynä ja litteroituna. Se eroaa tietysti suuresti siitä, jos olisin tehnyt itse kaikki haastattelut sekä litteroinut ne. Pääsin mielestäni kuitenkin hyvin sisälle aineistoon lukemalla haastatteluja uudelleen ja uudelleen sekä alleviivaamalla tutkimuskysymykseni kannalta oleellisia asioita. Projektin parissa kerätty aineisto on hyvin laaja, ja mielestäni on hyvä, että niin kattavaa aineistoa käytetään hyväksi useammassa eri tutkielmassa. Aineisto vastaa erinomaisen hyvin tutkimuskysymykseeni, joten olisi ollut turha lähteä keräämään täysin tai edes osittain uutta aineistoa. Koen, että projektin puitteissa kerätyn aineiston käyttö on hedelmällinen myös itse projektia ajatellen; tutkielmani tuo esille uuden näkökulman kootusta aineistosta.

Koen, ettei valmiin aineiston saaminen vaikuta analyysiin. Olen kuitenkin tyytyväinen mahdollisuudesta osallistua edes hieman aineiston keräämiseen, sillä tein kolme haastattelua, sekä litteroin kaikki kahdeksan työntekijän haastattelua. Toki lähes valmiin aineiston käyttämisessä on huonoja puolia. Suhde tutkielmaan osallistuneisiin kohdehenkilöihin sekä aineistoon saattaa jäädä ja jääkin etäisemmäksi, kuin jos olisin itse hankkinut vastaajat kyselylomakkeisiin sekä haastateltavat haastatteluihin. Jos olisin itse tehnyt kaikki haastattelut, olisin voinut painottaa tiettyjä tutkimukseni kannalta oleellisia kysymyksiä. Saamassani aineistossa jotkin tutkielmani kannalta tärkeät kysymykset oli ohitettu hyvin nopeasti ja pintapuolisesti. Lisäksi minulle saakka ei siirtynyt esimerkiksi tieto kaikkien

haastateltavien sukupuolesta, mutta onneksi tällä yksityiskohdalla ei ole analyysiini merkitystä. Myös valmiin haastattelurungon käyttämisessä on varjopuolensa. Itse rungon tekemällä olisin voinut keskittyä kysymään haastateltavilta juuri omalle tutkielmalleni oleellisia kysymyksiä. Toisaalta nyt kysymykset olivat taitavien ammattilaisten tekemiä, enkä olisi itse välttämättä osannut kysyä niin osuvia kysymyksiä.

Valmiin aineiston käytössä on myös muita hyviä puolia. En olisi saanut käytettäväkseni näin isoa aineistoa, jos olisin tehnyt kaiken alusta alkaen itse. Lisäksi, jos olisin joutunut itse keräämään kaiken aineiston, olisi varmasti ollut liian työläs tehtävä käsitellä asiaa niin laadullisesti kuin määrällisesti. Punnitessani valmiin aineiston käytön hyviä ja huonoja puolia, tulin siihen tulokseen, että uuden aineiston kerääminen olisi ollut turhaa.

## **5.2 Päihdekuntoutuskeskukset**

Tutkielmassani mukana olevat kaksi päihdekuntoutuskeskusta ovat keskenään hyvin samankaltaisia varsinkin kuntoutusmenetelmien kannalta. Molemmissa kuntoutetaan alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvaisia miehiä ja naisia lähinnä toiminnallisen kuntoutuksen ja yhteisöllisyyden keinoin. Yhteisöllisyydellä tarkoitetaan molemmissa keskuksissa vertaistuen tärkeyden tunnustamista ja sen hyödyntämistä. Jokaisella on oma paikkansa yhteisössä ja jokainen on yhtä arvokas yhteisön toimimisen kannalta. Yhteisökuntoutus parantaa vuorovaikutustaitoja sekä auttaa sopeutumaan erilaisiin tilanteisiin ja ihmisiin. Samassa tilanteessa olevan ihmisen kanssa on helppo jakaa omat ongelmat sekä siten saada uusia näkökulmia muuttuvaan tilanteeseen. Käytännössä yhteisöllisyys toteutuu erilaisten pienryhmien muodostamisella ja yhteisen vastuun jakamisella.

Toiminnallisuudella pyritään uusien toimintatapojen muodostamiseen. Se voi koostua niin erilaisista työtehtävistä kuin myös vapaa-ajan toiminnasta. Kullakin asiakkaalla saattaa olla esimerkiksi oma vastuualueensa päivittäisten askareiden joukossa kuten siivoaminen tai keittiössä auttaminen. Toiminnallisuus parantaa vuorovaikutustaitoja sekä vastuunottoa. Se myös auttaa pitämään yllä työkykyä. Vapaa-ajan toiminnallisuus voi pitää sisällään esimerkiksi kädentaitoja tai liikuntaa. Myös arvolähtökohdiltaan kuntoutuskeskukset ovat lähellä toisiaan. Molemmissa arvostetaan muun muassa voimavarakeskeisyyttä, asiakkaan yksilöllisyyttä sekä erilaisuuden hyväksymistä. Kooltaan tutkielmassa mukana olevat

päihdekuntoutuskeskukset eroavat toisistaan. Kuntoutuskeskuksessa A on noin kaksi kertaa enemmän asiakaspaikkoja kuin keskuksessa B.

### 5.3 Aineiston keruu

Aineistona käytän ”Addiktion teorit ja mielikuvat” -projektissa kerättyjä haastatteluja ja kyselyitä. Projektissa tutkitaan väestön, päihdehuollon ammattilaisten ja päihdeasiakkaiden käsityksiä erilaisista riippuvuuksista. Projektissa kerätty aineisto on hyvin laaja, ja gradussani tulen keskittymään vain kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan addiktiokäsityksiin. Käytän tutkielmassani käsitettä ammattilainen kuvaamaan päihdetyöntekijää.

Tutkielmassani käytetty asiakkaiden aineisto on kerätty keväällä, kesällä ja syksyllä vuonna 2008, ja ammattilaisten aineisto vuoden 2007 ja 2008 aikana. Seuraavassa taulukossa on merkittynä aineistoni määrä. Toisessa päihdekuntoutuskeskuksessa haastateltiin projektin puitteissa vain yhtä ammattilaista, joten tein kolme haastattelua lisää helmikuussa 2009. Lisäksi samat kolme haastateltavaa täytti myös kyselylomakkeen. Litteroin itse kaikki ammattilaisten haastattelut ja asiakkaiden haastattelut sain valmiiksi litteroituna. Kyselyt oli jo valmiiksi syötetty SPSS -ohjelmaan lukuun ottamatta kolmea lisäkyselyä, jotka syötin SPSS -ohjelmaan itse. Asiakashaastattelujen pituus vaihteli puolesta tunnista puoleentoista tuntiin, ammattilaisten haastattelut olivat huomattavasti lyhyempiä noin viidestätoista minuutista puoleen tuntiin.

**Taulukko 2.** Vastaajien lukumäärä

	<b>Päihdekuntoutuskeskus A</b>	<b>Päihdekuntoutuskeskus B</b>	<b>Yhteensä</b>
<b>Asiakashaastattelut</b>	13	12	25
<b>Asiakaskyselyt</b>	22	20	42
<b>Ammattilaishaastattelut</b>	4	4	8
<b>Ammattilaiskyselyt</b>	16	22	38

### ***Kyselylomake***

Asiakkaiden ja työntekijöiden riippuvuuskäsityksiä selvitettiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla (ks. liitteet 1 ja 2). Lomakkeiden pohjana käytettiin Jan Blomqvistin vuonna 2006 toteuttamaan riippuvuustutkimukseen käytettyä lomaketta. Tutkimus koski ruotsalaisen väestön ja päihdetyöntekijöiden riippuvuuskäsityksiä. Blomqvistin tekemää lomaketta kuitenkin lyhennettiin ja siihen lisättiin päihde- ja toiminnallisia addiktioita luonnehtivat kysymykset. Asiakkaille tarkoitettu lomake tehtiin työntekijöiden lomakkeen pohjalta. Lomakkeet muokattiin Tampereen Images-ryhmän kesken.

Lomakkeet koostuvat viidestä eri osa-alueesta. Ensimmäinen osa käsittelee vastaajien taustatietoja. Toisessa osassa tiedustellaan vastaajan henkilökohtaisia käsityksiä päihdeongelmista ja riippuvuuksista, kolmannessa osassa selvitetään vastaajien omia päihteisiin liittyviä kokemuksia. Neljännessä osassa hahmotetaan vastaajien käsityksiä yhteiskunnasta ja elämäntilanteesta, viidennessä osassa kartoitetaan keinoja riippuvuuksien torjumiseksi. Asiakkaille ja ammattilaisille osoitetut kyselylomakkeet ovat saman mallin mukaan tehtyjä ja pääasiassa kysymykset ovat identtisiä. Taustakysymykset tietysti vaihtelevat hieman, samoin asiakkaiden osio omista kokemuksista on laajempi. Työntekijöiltä kyselylomakkeessa kysyttiin asiakkaita enemmän erilaisista keinoista riippuvuuksien torjumiseksi. Kyselylomake kattaa niin aineriippuvuuksia (alkoholi, hasis, marihuana, muut huumeet, lääkkeet, tupakka) kuin toiminnallisia riippuvuuksia (rahapelit, internetin käyttö). Tarkastelun kohteena tutkielmassani ovat aineellisista riippuvuuksista muut paitsi tupakka. Esittelen seuraavaksi tarkemmin vain oman tutkielmani kannalta oleellisia kyselylomakkeen kysymyksiä.

Asiakkaiden kyselylomakkeen kohdassa 11 (ammattilaisille tarkoitettussa kyselylomakkeessa vastaava kysymys on numero 10) kysyttiin riippuvuusriskistä kysymyksellä ”Kuinka suuri riski mielestäsi on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihteitä?” Vastausvaihtoehtoina oli 1) erittäin pieni riski tai ei lainkaan riskiä, 2) melko pieni riski, 3) melko suuri riski ja 4) erittäin suuri riski. Vaihtoehtona oli myös ”En osaa sanoa” -kohta. Tutkielmani kannalta oleellisia päihteitä olivat alkoholi, hasis/marihuana, amfetamiini, heroiini ja muut ns. opioidit sekä lääkkeet (rauhottavat, uni-, ja muut psykiatriset lääkkeet). Luokittelin vastausvaihtoehdot uudelleen niin, että yhdistin luokat 1 ja 2 ykköseksi sekä

luokat 3 ja 4 kakkoseksi. Uuden luokittelun jälkeen luokat olivat siis 1) ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski ja 2) melko tai erittäin iso riski.

Asiakkaille tarkoitetun kyselylomakkeen kysymyksellä 12 (ammattilaisten lomake 11) ”Mitkä seuraavista vaihtoehtoista mielestäsi kuvaavat parhaiten päihderiippuvuutta?” haluttiin selvittää vastaajien käsityksiä siitä, mitä riippuvuus todella on. Vastausvaihtoehtoiksi annettiin aivosairaus, geeniperimästä johtuva toimintahäiriö, persoonallisuushäiriö, opittu selviytymismalli, yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa, itse aiheutettu ongelma, tahdonvoiman puutetta tai luonteen heikkoutta sekä tunne-elämän sairaus. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus tarjota omaa vaihtoehtoaan kohdassa ”Muu, mikä?”. Kysymykseen vastattiin valitsemalla 1–3 osuvinta luonnehdintaa edellisistä vaihtoehtoista sekä laittamalla ne numerojärjestykseen. Tutkielmassani olen käsitellyt kyseistä kohtaa tarkastelemalla mitä vaihtoehtoja asiakkaat ja ammattilaiset ovat valinneet ylipäänsä vastaukseksi.

Asiakkaille tarkoitetun kyselylomakkeen kohdissa 14 ja 15 (ammattilaisten lomake 13 ja 14) selvitettiin vastaajien käsityksiä siitä, kuinka vastuu riippuvuuksien syntymisestä ja niistä irti pääsemisestä jakautuu. Kysymys 14 ”Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestäsi johtuvat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei voi vaikuttaa?” käsitteli riippuvuuden syntymisen vastuuta eli onko vastuu henkilöllä itsellään vai johtuuko riippuvuus olosuhteista. Vastausvaihtoehtoina olivat 1) henkilöstä itsestään, 2) enemmän henkilöstä kuin olosuhteista, 3) enemmän olosuhteista kuin henkilöstä ja 4) olosuhteista ja ympäristöstä. Kysymyksen 15 ”Kenen vastuu on mielestäsi huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätyneet henkilöt voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestäsi yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla?” avulla selvitettiin riippuvuusongelman ratkaisuvastuuta. Vastausvaihtoehtona oli 1) täysin yksilön omalla vastuulla, 2) enemmän yksilön kuin yhteiskunnan, 3) enemmän yhteiskunnan kuin yksilön ja 4) täysin yhteiskunnan vastuulla. Käsittelemällä näitä kahta kysymystä Brickmanin ym. (1982) mallin (ks. luku 4.3) avulla luokittelemalla vastausvaihtoehdot uudelleen ja ristiintaulukoimalla ne. Luokittelin uudelleen vastausvaihtoehdot niin, että vaihtoehdot 1 ja 2 koodattiin ykköseksi, ja vaihtoehdot 3 ja 4 kakkoseksi. Tällöin kysymyksessä 14 ykkönen tarkoittaa, että vastaaja näkee riippuvuuden synnyn olevan henkilön vastuulla, ja kakkonen



yhteiskunnan ja olosuhteiden vastuulla. Kysymyksessä 15 ykkönen tarkoittaa, että vastuu ongelman ratkaisemisesta on henkilöllä itsellään, ja kakkonen, että vastuu on yhteiskunnalla.

Kysymyksillä 17 ja 18 asiakkaiden kyselylomakkeella (kysymykset 16 ja 17 ammattilaisten lomakkeella) pyrittiin selvittämään vastaajien mielipiteitä päihdeongelmasta toipumisesta ilman hoitoa ja hoidon avulla. Kysymyksessä 17 ”Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa?” ja 18 ”Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät mukaan lukien?” vastausvaihtoehtoina olivat 1) ei minkäänlaista/ erittäin pieni, 2) melko pieni, 3) ei suuri eikä pieni, 4) melko suuri ja 5) erittäin suuri. Riippuvuuksista tähän tutkimukseen oleellisia olivat a) alkoholi, b) hasis/marihuana, c) amfetamiini, e) heroini/ muut opioidit ja f) lääkkeet. Vastausvaihtoehdot luokittelin uudelleen niin, että koodasin vaihtoehdot 1 ja 2 ykköseksi, vaihtoehdon 3 kakkoseksi sekä vaihtoehdot 4 ja 5 kolmoseksi. Tällöin vastausvaihtoehdoiksi tulivat 1) erittäin tai melko pieni, 2) ei suuri eikä pieni ja 3) melko tai erittäin suuri.

Tarkastelen tutkielmassani myös asiakkaiden vastauksia joihinkin heille esitettyihin väittämiin (kysymys 27), jotka liittyvät niin päihderiippuvuuden hoitoon ja siitä toipumiseen kuin syihin, jotka ovat päihdeongelman takana. Esimerkiksi ensimmäinen väittämä kuuluu: ”Päihdeongelmasta toipuminen riippuu hyvästä hoidosta”. Vastausvaihtoehdoiksi on annettu 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) vaikea sanoa, 4) jokseenkin eri mieltä ja 5) täysin eri mieltä. Luokittelin vastausvaihtoehdot uudelleen koodaamalla vaihtoehdot 1 ja 2 ykköseksi, 3 kakkoseksi sekä 4 ja 5 kolmoseksi. Luokiksi tuli siten 1) täysin tai jokseenkin samaa mieltä, 2) vaikea sanoa ja 3) täysin tai jokseenkin eri mieltä. Typistin vielä vaihtoehdot 1 ja 3 niin, että luokiksi tuli samaa mieltä ja eri mieltä.

### ***Haastattelu***

Osa kyselylomakkeen täyttäneistä asiakkaista ja työntekijöistä osallistui jälkepäin puolistrukturoituun haastatteluun (ks. liitteet 3 ja 4). Asiakkaiden joukossa oli myös osa, jotka eivät olleet täyttäneet kyselylomaketta ja osallistuivat siten vain haastatteluun. Haastattelun alussa muutamaa kyselylomakkeella ollutta kohtaa pyrittiin tarkentamaan. Asiakkailta ja työntekijöiltä kysyttiin myös muutamia taustakysymyksiä, joita kyselylomakkeessa ei ollut kysytty liittyen muun muassa erilaisten hoitojen toimivuuteen. Lisäksi haastateltavia

pyydettiin selittämään, millainen on riippuvainen ihminen ja mikä johtaa riippuvuuden syntyyn. Lopuksi kysyttiin millaisen tuen avulla riippuvuudesta on mahdollista päästä irti sekä mitä toiveita ja odotuksia nykyisestä hoitoyksiköstä on hoitopaikkana tai työpaikkana.

#### 5.4 Aineiston kuvausta

Seuraavat taulukot kuvaavat asiakkailta ja ammattilaisilta kerätyn kvantitatiivisen aineiston taustatietoja. Saamassani valmiiksi litteroidussa kvalitatiivisessa aineistossa ei ollut mainintaa haastateltujen sukupuolesta tai iästä, joten sen takia niitä ei ole tässä esitelty. En ollut kuitenkaan suunnitellut eritteleväni kvalitatiivista aineistoa sukupuolen tai iän perusteella, joten itse analyysiä taustatietojen puuttuminen ei varsinaisesti haittaa.

**Taulukko 3.** Asiakkaiden ja ammattilaisten taustatietoja **päihdekuntoutuskeskuksessa A**

		Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)
Sukupuoli	Mies	36 %	31 %
	Nainen	64 %	69 %
Ikä (vuotta)	Alle 30	9 %	0 %
	31–40	14 %	25 %
	41–50	50 %	25 %
	Yli 50	27 %	50 %
Asuinpaikka	Pääkaupunkiseutu	100 %	50 %
	Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki	0 %	0 %
	50 000–100 000 asukkaan kaupunki	0 %	0 %
	Pienkaupunki	0 %	19 %
	Maaseutu	0 %	31 %
Peruskoulutus	Kansa- tai kansalaiskoulu	36 %	13 %
	Perus- tai keskikoulu	41 %	44 %
	Ylioppilastutkinto	23 %	44 %
Ammattikoulutus	Ei ammatillista koulutusta	46 %	0 %
	Ammatillinen kurssi	5 %	0 %
	Ammattikoulu, kouluasteen tutkinto	23 %	31 %
	Opistotasoinen ammattikoulutus	0 %	34 %
	Ammattikorkeakoulututkinto	5 %	19 %
	Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	23 %	13 %

Päihdekuntoutuskeskuksessa A asiakkaista kukaan ei ollut töissä ja jopa 73 % oli työttömiä, lomautettuja tai eläkkeellä. Päihdekuntoutuskeskuksessa B asiakkaista 10 % oli töissä ja 70 % oli työttömiä, lomautettuja tai eläkkeellä. Loput olivat opiskelijoita, vanhempain- tai hoitovapaalla tai jostain muusta syystä pois työelämästä. Tässä suhteessa tutkimukseen osallistuneet päihdekuntoutuskeskukset olivat keskenään siis hyvin samankaltaisia, sillä suurin osa asiakkaista oli työttömiä. Naimattomia keskuksen A asiakkaista oli 41 %, avio- tai avoliitossa 18 %, eronneita 32 % ja leskiä 9 %. Keskuksessa B naimattomia oli 45 %, avio- tai avoliitossa 30 % ja eronneita 25 %.

**Taulukko 4.** Asiakkaiden ja ammattilaisten taustatietoja **päihdekuntoutuskeskuksessa B**

		Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Sukupuoli	Mies	35 %	18 %
	Nainen	65 %	82 %
Ikä (vuotta)	Alle 30	50 %	27 %
	31–40	20 %	41 %
	41–50	20 %	32 %
	Yli 50	10 %	0 %
Asuinpaikka	Pääkaupunkiseutu	10 %	0 %
	Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki	30 %	0 %
	50 000–100 000 asukkaan kaupunki	5 %	23 %
	Pienkaupunki	40 %	50 %
	Maaseutu	15 %	27 %
Peruskoulutus	Kansa- tai kansalaiskoulu	5 %	0 %
	Perus- tai keskikoulu	60 %	23 %
	Ylioppilastutkinto	35 %	77 %
Ammattikoulutus	Ei ammatillista koulutusta	30 %	0 %
	Ammatillinen kurssi	15 %	5 %
	Ammattikoulu, kouluasteen tutkinto	25 %	9 %
	Opistotasoinen ammattikoulutus	25 %	23 %
	Ammattikorkeakoulututkinto	5 %	45 %
	Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	0 %	18 %

Kuntoutuskeskuksen A ammattilaisista 75 % oli saanut päihdekoulutusta ja jopa 94 % oli päihdetyökokemusta yli viisi vuotta. Kuntoutuskeskuksessa B 68 % oli päihdekoulutusta ja 41 % oli päihdetyökokemusta yli 5 vuotta. Yleisesti ottaen keskuksen A ammattilaisilla oli siis huomattavasti enemmän kokemusta päihdetyöstä kuin keskuksen B ammattilaisilla.

Kuten taulukoista voi huomata, tutkimukseen osallistuneista asiakkaista suurin osa oli naisia molemmissa keskuksissa. Keskuksia verrattaessa asiakkaiden sukupuolijakaumat olivat lähes identtiset. Ikäjakauman kohdalla keskuksat erosivat toisistaan huomattavasti. Keskuksessa A sekä asiakkaat että ammattilaiset olivat selvästi vanhempia kuin keskuksessa B. Vastaajien taustatiedot erosivat toisistaan myös asuinpaikan osalta. Keskuksessa A kaikki asiakkaat ja myös ammattilaisista suurin osa oli pääkaupunkiseudulta, kun taas keskuksessa B vastaajien asuinpaikkana oli useimmiten pienkaupunki. Keskuksessa A asiakkaat ja ammattilaiset olivat peruskoulutukseltaan keskuksen B asiakkaita selvästi kouluttamattomampia, mutta yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneita oli kuitenkin keskuksen A asiakkaista jopa 23 %. Keskuksessa B asiakkaista kenelläkään ei ollut yliopisto- tai korkeakoulututkintoa. Ammattilaisista kouluttautuneempia olivat keskuksen B ammattilaiset.

## **5.5 Aineiston analyysin toteuttaminen**

Analysoin aineistoa pääasiassa kvantitatiivisesti. Täydennän kvantitatiivista analyysia kuitenkin antamalla esimerkkejä ja mahdollisia selityksiä laadullisesta aineistosta. Laadullisena aineistona käytän siis litteroituja haastatteluja ja määrällinen analyysi pohjaa kyselyaineistoon. Määrällisen aineiston olen analysoinut SPSS -ohjelmalla (17.0) käyttäen kuvailevaa analyysia. Menetelmänä olen käyttänyt ristiintaulukointia.

## **5.6 Eettiset kysymykset**

Koska sain tutkielmassa käyttämäni aineiston suurimmaksi osaksi valmiina, ei pohdittavani ollut niin suuria eettisiä kysymyksiä kuin, jos olisin kerännyt aineiston alusta loppuun itse. Sain asiakkaiden kyselylomakevastaukset jo valmiiksi SPSS:ään siirrettyinä sekä haastatteluaineiston valmiiksi litteroituna. Litteraatioista oli myös poistettu kaikki tunnistamisen mahdollistavat asiat kuten paikkakunnat ja nimet.

Tein kuitenkin osan ammattilaisten haastatteluista itse puhelinhaastatteluina. Tällöin ennen haastattelua kysyin lupaa haastattelun nauhoittamiseen sekä kerroin anonymiteetin varmistamisesta ja sen, ettei mitään tutkielmassani käyttämäni voitaisi identifioida vastaajaan. Kerroin myös, ettei haastatteluja julkaistaisi tutkielmassa sellaisenaan vaan pelkästään katkelmina. Kaikki haastattelemani henkilöt suostuivat nauhoitukseen. Litteroin itse kaikki ammattilaisten haastattelut, jolloin siis poistin kaikki tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat tekstistä.

Koska tutkielmani keskiössä on vain kaksi päihdekuntoutuskeskusta, pidin tärkeänä pitää kuntoutuskeskusten nimet salassa. Nimien paljastaminen ei toisi lukijalle mitään lisäarvoa tutkimustuloksiin, mutta niiden julkistaminen saattaisi mahdollistaa vastaajien henkilöllisyyden paljastumisen.

## **6. Tulokset ja tulkintaa**

Tässä luvussa pyrin empiirisesti vastaamaan luvussa 2 esittämiini tutkimusongelmiin. Luvussa 6.1 tarkastelen sitä, millaisia käsityksiä asiakkailta ja ammattilaisilla on päihderiippuvuuden luonteesta, ja mitä päihderiippuvuus heidän mielestään on. Vertailen kahden eri päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä tietyn kuntoutuskeskuksen sisällä sekä myös näiden kahden eri keskuksen välisiä eroja ja yhteneväisyyksiä. Tarkastelen myös vastaajien mielipidettä siitä, millaisena he kokevat riskin tietyn riippuvuuden muodostumiselle päihdettä kokeiltaessa. Luvussa 6.2 syvennyn siihen, miten asiakkaat ja ammattilaiset kuvailevat riippuvuuden ilmenemistä. Mistä tietää, että ihminen on riippuvainen? Luku 6.3 keskittyy asiakkaiden ja ammattilaisten vastuutulkintoihin riippuvuuden synnystä ja sen ratkaisemisesta Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti. Luvussa 6.4 käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä päihderiippuvuuden hoitoon ja siitä toipumiseen liittyvistä asioista. Luvussa 6.5 käsittelen aikaisemmissa luvuissa esittämiäni tuloksia asiakkaille esitettyjen väittämien valossa.

## 6.1 Mitä riippuvuus on?

Selvittääkseni, miten asiakkaat ja ammattilaiset kuvailevat päihderiippuvuutta, käyn läpi kyselylomakkeista saatuja tuloksia sekä annan selventäviä esimerkkejä haastatteluaineistosta. Mitä vastaajat oikeastaan tarkoittivat valitsemillaan kuvauksilla? Lisäksi käyn läpi sitä, millaisena asiakkaat ja ammattilaiset mieltävät riskin riippuvuuden synnylle, jos tiettyä päihdettä kokeilee. Kuten taulukosta voi huomata, määrittivät asiakkaat ja ammattilaiset riippuvuuden hyvin monella eri tavalla. Ammattilaisten joukossa kuvaukset olivat asiakkaita enemmän keskittyneitä muutaman kuvauksen ympärille, asiakkaiden määritelmät olivat hajaantuneempia.

**Taulukko 5.** Asiakkaiden ja ammattilaisten kuvaukset päihderiippuvuudesta (%).

	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Aivosairaus	5	25	0	5
Geeniperimästä johtuva toimintahäiriö	41	13	30	9
Persoonallisuushäiriö	14	25	5	23
Opittu selviytymismalli	41	81	75	91
Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa	23	50	30	36
Itse aiheutettu ongelma	64	25	55	27
Tahdonvoiman puutetta/ Luonteen heikkoutta	50	6	30	9
Tunne-elämän sairaus	46	56	60	77

(Alkuperäinen kysymys: Mitkä seuraavista vaihtoehdoista mielestäsi kuvaavat parhaiten päihderiippuvuutta? Valitse 1-3 osuvinta luonnehdintaa ja laita ne numerojärjestykseen.)

Päihdekuntoutuskeskuksessa A asiakkaiden keskuudessa eniten kannatusta sai päihderiippuvuutta itse aiheutettuna ongelmana pitävä kuvaus: sen mainitsi 64 % asiakkaista. Ammattilaisista keskuksessa A saman kuvauksen antoi neljäsosa. Itse aiheutettu ongelma

esiintyi asiakkaiden puheessa usein päihdeongelman alkuperäisenä syynä. Vaikka muillakin syillä saattoi olla vaikutusta ongelman kehittymiseen, oli taustalla kuitenkin riippuvaisen omat valinnat.

*”Mä oon sitä mieltä, et kenellekään alkoholista ei tule ongelmaa, jollei sitä riskiä itse ota. On vaikeeta nähdä et kukaan ihminen ois niinku pakotettu nauttimaan alkoholia ja alkoholiksi tullaan vain nauttimalla alkoholia.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus A)

Toiseksi yleisin maininta asiakkaiden keskuudessa kuntoutuskeskuksessa A oli tahdonvoiman puute tai luonteen heikkous, jota kannatti puolet asiakkaista. Ammattilaisista keskuksessa A vain 6 % piti tätä kuvausta osuvana. Tahdonvoiman puutteella ja luonteen heikkoudella asiakkaat tarkoittivat usein heikkoutta toimia oman järjen mukaisesti. Vaikka päihteenkäytön haitat tiedettäisiin, saattaa jokin tilanne tai esimerkiksi kaveriporukka saada käyttämään päihteitä. Silloin ei ole tarpeeksi vahva tai luonteeltaan tarpeeksi lujatahtoinen sanomaan ei.

*”Se on se yksinkertaisesti tahdonvoiman puute, ei oo selkärankaa niin sanotusti.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus A)

*”Varmaan on jonkunlainen tällöinen luonteen heikkous taikka on niinku alttiimpi käyttäytymään sillai riippuvaisesti, tai on niinku herkempi lähteen mukaan riippuvaisuuteen johtavaan tapaan.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Kolmanneksi yleisin valinta asiakkaiden joukossa keskuksessa A oli tunne-elämän sairaus, jonka mainitsi 46 %. Ammattilaisten keskuudessa kuvaus oli toiseksi yleisin, sen valitsi 56 %. Asiakkaiden mukaan tunne-elämän sairaus liittyi yleensä johonkin itseen vaikuttaneeseen usein odottamattomaan tilanteeseen. Jonkin tietyn tapahtuman johdosta tai muuten vain syntyneitä tunteita ei osata käsitellä, jolloin haetaan apua päihteistä. Päihteiden avulla tunteet yritetään unohtaa tai turruttaa tai niitä yritetään muokata mieleisiksi.

*”On tapahtunut jotain tunteissa sellasta olkoon se sit kuolema, työn menetys, sairaus ihan joku tällöinen, joka vaikuttaa sun tunne-elämään ja sit haetaan sitä lohtua, koetaan, et se tulee siitä päihteestä. Vaikkakin se on hetkellistä, mut sen avulla pystyy sit ne tunteet unohtaan ja elämään sit ihan toisessa maailmassa vähän aikaa.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Osa asiakkaista selitti tunne-elämän sairautta tunteiden ja järjen kaksinkamppailulla. Toisaalta kyse on siitä, ettei päihteidenkäyttöä osata ajatella järjen kanssa, tai jos osataan, niin järjen ääntä ei kuunnella.

*”Sitä niinku toi tunne ja järki menee niinku eri rataa. ... Ja sä tiedät mitä siitä viinanjuonnista seuraa sun muuta, mutta et sä sitä ajattele sillä tavalla. Et se on niin sanotusti vaan hetken mielijohteesta sitä alkaa juomaan. Et se vaan, se hetki niinku, ettei osaa nenäänsä pitemmälle ajatella.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus A)

Kuntoutuskeskuksessa A ammattilaisten yleisin kuvaus päihderiippuvuudelle oli opittu selviytymismalli, jonka mainitsi 81 % ammattilaisista. Asiakkaiden keskuudessa kuvaus ei päässyt kolmen yleisimmän kuvauksen joukkoon, sen mainitsi 41 %.

Ammattilaisten selityksissä tunne-elämän sairaus ja opittu selviytymismalli esiintyivät tiiviisti yhdessä, ja ne olivat myös ammattilaisten kaksi useimmiten valitsemaa tekijää kuvaamaan riippuvuutta. Tunne-elämän sairaudella ammattilaiset tarkoittivat siis yleensä sitä, että ihmisellä on vaikeuksia hallita ja käsitellä omia tunteitaan. Ihmisen tunne-elämää pidetään epävakana. Jos ihmisen on vaikea käsitellä tunteitaan, niin silloin turvaudutaan päihteeseen. Kun näin tehdään tarpeeksi usein, tulee siitä tapa ja opittu selviytymismalli.

*”Joku voi juoda tai käyttää päihteitä iloonsa ja joku toinen taas suruunsa et.. Ilmeisesti siin on joidenki kohdalla varmaan se, että on opittu ottamaan tiettyyn tilanteeseen, jotta siitä selviytyy ja siit on tullu hetken helpotusta kunnes se on sitte... kun se ongelmaks muuttuu ni kääntyy itseään vastaan.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus A)

Osa ammattilaisista näki opitun selviytymismallin liittyvän vanhempiin ja kasvatukseen. Jos lapsuudessa tai nuoruudessa on joutunut todistamaan vanhempien päihteidenkäyttöä, niin tapa siirtyy seuraavalle sukupolvelle. Varsinkin, jos nuori on huomannut vanhemman käyttävän päihteitä selviytyäkseen esimerkiksi vaikeista tilanteista, saattaa nuori seurata esimerkkiä.

*”Siit mä ajattelin, et aika paljon kuitenkin on, ei kaikki, mut on paljon ihmisii, kel on se oma tausta sellanen, et omat vanhemmat on käyttäny jo aikasemmin, ja sielt on opittu, ei oo muuta keinoo ollu selviytyä elämästä tai vaikeista asioista.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus B)



Riippuvuus opittuna selviytymismallina liitettiin usein myös tilanteisiin, jolloin ihminen juo, jotta hän voisi suoriutua joistain itselleen hankalista tilanteista. Päihteiden käyttö tuo varmuutta ja rohkeutta selviytyä tietyistä tilanteista kuten käynneistä työvoimatoimistossa tai sosiaalitoimistossa. Kun on tarpeeksi monta kertaa hoitanut tietyt asiat päihteiden vaikutuksen alaisena, on asiaa enää hyvin vaikeaa tehdä selvin päin. Monesti asiaan liittyy myös krapulan tai vieroitusoireiden hoito, jolloin käytetään päihdettä siksi, ettei ilman sitä pystytä lähtemään liikkeelle.

*”Monella se on kerta kaikkiaan myös sitä, että syystä tai toisesta on arkuutta, ujoutta ehkä jopa niin kova krapula jatkuvasti, että ei niinku kykene hoitamaan arkiasioitakaan lievittämättä ensin sitä oloa. Että paljon on tarinoita että työvoimatoimistoon mennään kapakan kautta koska silloin rohkastutaan ... ja sit tota pääsee vast liikenteeseen sitkun on sen pahimman krapulan hoitanu pois. Et se on ihan opittu, se on korvien välissä se tilanne silloin ja silloin se on opittu selviytymismalli minun mielestä.” (Ammattilainen, kuntoutuskeskus A)*

Keskuksessa A puolet ammattilaisista valitsi kuvauksen päihderiippuvuudesta yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamana elämäntapana, ja se olikin ammattilaisten kolmanneksi yleisin valinta. Asiakkaiden keskuudessa tämä vaihtoehto sai keskuksessa A kannatusta 23 %.

Päihdekuntoutuskeskuksessa B asiakkaiden yleisin kuvaus päihderiippuvuudesta oli opittu selviytymismalli, jonka valitsi kolme neljäsosaa asiakkaista. Myös ammattilaisten joukossa se oli yleisin vastaus, sitä kannatti 91 % ammattilaisista. Toiseksi yleisin kuvaus asiakkailla ja ammattilaisilla oli tunne-elämän sairaus. Asiakkaista 60 % ja ammattilaisista 77 % valitsivat sen kuvaamaan päihderiippuvuutta. Itse aiheutettu ongelma oli kuntoutuskeskuksessa B kolmanneksi yleisin valinta asiakkaiden keskuudessa, sen valitsi yli puolet. Ammattilaisten joukossa kolmanneksi yleisin kuvaustapa oli yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa, jonka valitsi 36 % ammattilaisista.

Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottamalla elämäntavalla riippuvuutta kuvatessaan sekä asiakkaat että ammattilaiset tarkoittivat yhteiskunnan ja kasvuympäristön vaikutusta päihteidenkäyttöön. Ammattilaiset korostivat kavereiden ja työpaikan vaikutusta riippuvuuden syntymisessä. Lisäksi alkoholitarjoilua on nykyään monessa juhlassa ja tapahtumassa, jolla mahdollistetaan juominen ja näytetään esimerkkiä, että päihteiden käyttö

on hyväksyttävää. Lisäksi juominen on niin yleistä, että ihminen saa selitellä mahdollista juomattomuuttaan.

*”Et tavallaan ollaan tarjottu jo niinku se tapa, toiminta käyttää alkoholia, et sehän on ihan, sehän on outoo, jos ihminen ei käytä tavallaan. Et hei mitä vikaa sus on jos sä et käytä alkoholia, et joudut selittelemään niin päin.”*  
(Ammattilainen, kuntoutuskeskus A)

Mielenkiintoista oli huomata, että tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden keskuudessa päihderiippuvuutta aivosairautena piti vain 5 % kuntoutuskeskuksessa A eikä vastaavasti myöskään keskuksessa B tämä ajatus saanut asiakkailta yhtään kannatusta. Ammatillaiset pitivät päihderiippuvuutta aivosairautena asiakkaita useammin, keskuksessa A 25 % ja keskuksessa B 5 % ammattilaisista oli sitä mieltä. Kuvaus ”geeniperimästä johtuva toimintahäiriö” oli kuitenkin huomattavasti suositumpi valinta asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa molemmissa keskuksissa. Kuvauksen päihderiippuvuudesta geeniperimästä johtuvana toimintahäiriönä asiakkaat olivat päätyneet siksi, että omassa suvussa on esiintynyt ja esiintyy alkoholismia varsinkin omien vanhempien kohdalla.

*”Mulla itellä on sillai, että suvussa on tosi paljo alkoholisteja ja narkkareita ... Ni mä jotenkin aattelin että kyllä mussa joku sellanen on niinku, et mä oon taipuvainen jäämään koukkuun siis ihmisiin tai asioihin.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Päihderiippuvuus persoonallisuushäiriönä oli molemmissa keskuksissa yleisempi kuvaus ammattilaisten kuin asiakkaiden joukossa. Persoonallisuushäiriöksi riippuvuutta kuvaili noin neljännes ammattilaisista molemmissa kuntoutuskeskuksissa. Tällöin valintaa selitettiin niin, että hyvin usein päihdeongelman taustalla on jokin persoonallisuushäiriö, joka johtaa juomiseen. Eräs ammattilainen käänsi tilanteen toisin päin, että päihteiden käyttö johtaa persoonallisuushäiriöön:

*”Sit mä aattelin kato siinä sit ku ihminen käyttää kuitenkin päihteitä, ni sehän vaikuttaa persoonaan.. sehän muokkaa.. muuttaa niinku aivoja. Sit mä aattelin et siit tulee kuitenkin se persoonallisuushäiriöhä siit monelha asiakkaal tulee sitte.”*  
(Ammattilainen, kuntoutuskeskus A)

Kaiken kaikkiaan vaihtoehdot, jotka kuvasivat päihderiippuvuutta ihmisestä riippumattomana, geneettisenä asiana, johon ei itse voi vaikuttaa, saivat molemmissa keskuksissa niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa vähemmän kannatusta kuin muut kuvaukset. Edellä esitetyn taulukon tulosten valossa ammattilaiset olivat kuitenkin asiakkaita enemmän sillä kannalla, että päihderiippuvuuteen vaikuttaa henkilöstä riippumattomat asiat. Ammattilaiset siis attribuoivat päihderiippuvuuden taustalla olevat syyt asiakkaita useammin ulkopuolisiin tekijöihin.

Kaiken kaikkiaan asiakkaiden ja ammattilaisten kuvaukset päihderiippuvuudesta olivat hyvin samankaltaisia keskustun välillä. Molemmissa keskuksissa ammattilaisten yleisin sekä toiseksi ja kolmanneksi yleisimmät vastausvaihtoehdot olivat samoja: opittu selviytymismalli, tunne-elämän sairaus ja yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa. Asiakkaiden kohdalla neljän yleisimmän vastausvaihtoehdon joukossa molemmissa keskuksissa olivat itse aiheutettu ongelma, tunne-elämän sairaus, opittu selviytymismalli sekä tahdonvoiman puutetta tai luonteen heikkoutta.

Vertailtaessa luonnehdintoja, jotka saivat vähiten kannatusta asiakkailta ja ammattilaisilta, olivat tulokset yhteneväisiä riippuen siitä, olivatko kyseessä asiakkaat vai ammattilaiset. Asiakkaiden keskuudessa vähiten kannatusta saivat molemmissa päihdekuntoutuskeskuksissa luonnehdinnat päihderiippuvuudesta aivosairautena ja persoonallisuushäiriönä. Ammattilaiset taas olivat sitä mieltä molemmissa kuntoutuskeskuksissa, että sopimattomimpia kuvauksia olivat geeniperimästä johtuva toimintahäiriö sekä tahdonvoiman puute tai luonteen heikkous. Keskuksessa B vähiten kannatusta sai myös kuvaus päihderiippuvuudesta aivosairautena.

Yhteenvetona voidaan todeta, että ammattilaisten kuvaukset päihderiippuvuudesta olivat selvästi yhteneväisemmät toisen keskuksen ammattilaisten valintojen kanssa kuin oman keskuksen asiakkaiden kanssa. Myös asiakkaiden kuvaukset olivat siis samankaltaisempia toisen keskuksen asiakkaiden kanssa kuin oman keskuksen ammattilaisten. Näitä kahta päihdekuntoutuskeskusta tarkasteltaessa voidaan siis sanoa, että ammattilaisilla on jokseenkin erilainen käsitys päihderiippuvuuden luonteesta kuin keskustun asiakkailta. Täysin erilaisia käsitykset eivät kuitenkaan asiakkaiden ja ammattilaisten välillä ole, sillä monet vastaukset saivat paljon kannatusta molemmissa ryhmissä. Taulukosta on kuitenkin huomattavissa, että

keskuksessa B asiakkaiden ja ammattilaisten käsitykset päihderiippuvuudesta ovat yhteneväisempiä kuin keskuksessa A.

Edellä käsittelin sitä, miten asiakkaat ja ammattilaiset selittivät riippuvuutta ja sitä, mistä siinä on kyse. Päihdeongelmaan ja sen syntymiseen liittyy olennaisesti myös se, kuinka helposti päihde tekee riippuvaiseksi, ts. kuinka helposti siihen ”jää koukkuun”. Seuraavaksi käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä siitä, kuinka suurena he pitävät riippuvuuden kehittymisen riskiä, jos kokeilee alkoholia, kannabista, amfetamiinia, heroiinia tai muita opioideja, tai lääkkeitä.

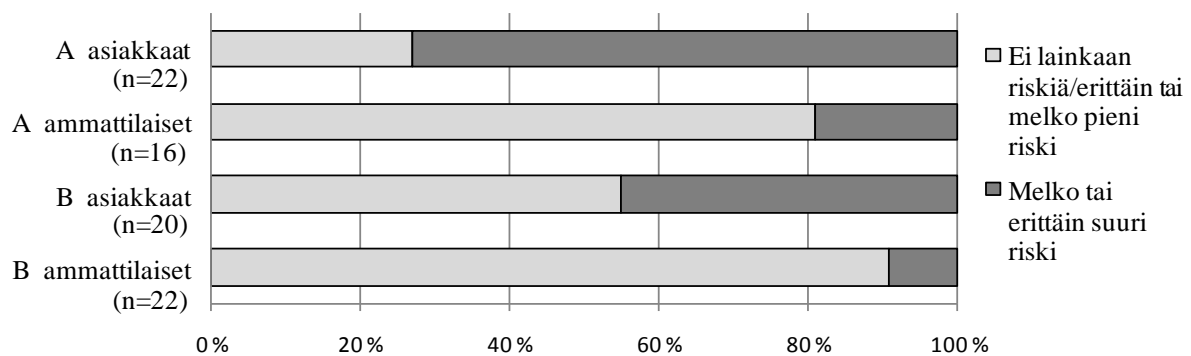
Kuten alla olevista kuvioista voi todeta, riippuvuusriskissä oli kaikista eniten eroa asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteiden kohdalla, kun kyseessä oli alkoholi. Keskuksessa A 73 % asiakkaista oli sitä mieltä, että riski riippuvuuden muodostumiseen on melko tai erittäin suuri pelkän kokeilemisen jälkeen. Ammattilaisista vain 19 % oli samaa mieltä. Keskuksessa B vastaavat luvut olivat 45 % ja 9 %. Asiakkaat siis uskoivat molemmissa keskuksissa alkoholiriippuvuuden muodostumiseen pelkän kokeilemisen jälkeen ammattilaisia enemmän.

Kannabiksen kohdalla mielipiteet asiakkaiden ja ammattilaisten välillä olivat tasoittuneet, ja keskuksessa A hieman yli enemmistö asiakkaista ja ammattilaisista oli sitä mieltä, että riski riippuvuuden kehittymiseen kannabista kokeiltaessa on erittäin tai melko pieni tai että siinä ei ole riskiä ollenkaan. Keskuksen B ammattilaiset näkivät riskin kuitenkin suurempana, sillä 62 % piti riskiä melko tai erittäin suurena, kun asiakkaista 47 % oli sitä mieltä.

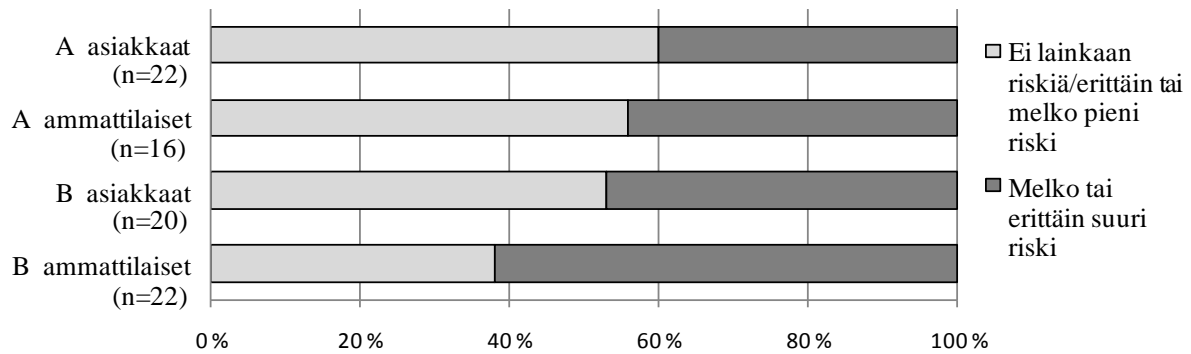
Amfetamiinin sekä heroiinin ja muiden opioidien kohdalla riippuvuusriskiä pidettiin korkeana kaikissa ryhmissä. Keskuksen B asiakkaista 94 % oli sitä mieltä, että riippuvuusriski oli melko tai erittäin suuri sekä amfetamiinia että heroiinia tai muita opioideja kokeiltaessa. Myös suurin osa ammattilaisista keskuksessa B oli sitä mieltä, amfetamiinin kohdalla riskiä piti melko tai erittäin suurena 96 %, heroiinin kohdalla 100 %. Keskuksessa A riippuvuusriskiä ei pidetty aivan yhtä suurena kyseisten pähteiden kohdalla, ammattilaisista 88 % kuitenkin piti riskiä melko tai erittäin suurena. Asiakkaista 65 % piti amfetamiinin riippuvuusriskiä melko tai erittäin suurena, heroiinin kohdalla 71 %.

Suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista oli sitä mieltä, että riski riippuvuuden kehittymiseen lääkkeitä kokeilemalla oli melko tai erittäin suuri. Kummankin keskuksen asiakkaista hieman vajaa 70 % oli sitä mieltä, että riippuvuusriski on melko tai erittäin suuri lääkkeitä kokeilemalla. Ammattilaisista 50 % keskuksessa A ja 77 % keskuksessa B piti riippuvuusriskiä erittäin tai melko suurena.

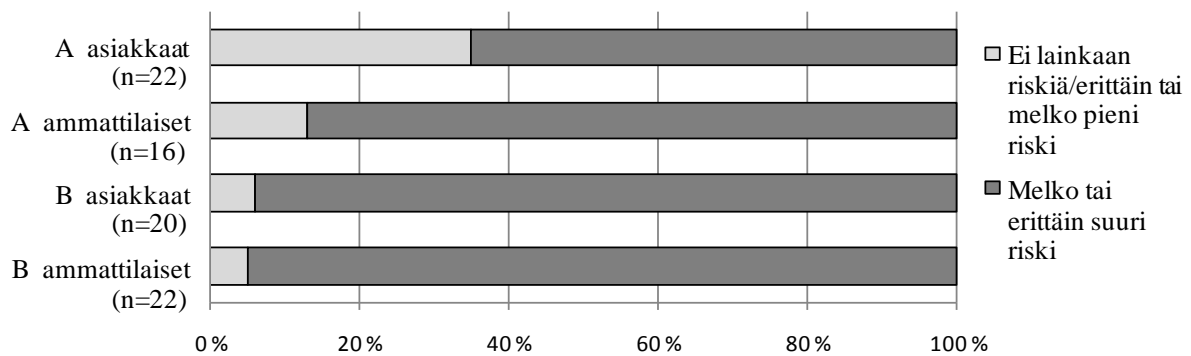
Tuloksista on havaittavissa, että ammattilaisten ja keskuksen B asiakkaiden mielestä riippuvuusriski joissain tapauksissa pysyy samana ja suurimmaksi osaksi nousee, mitä ”kovemmasta” aineesta on kysymys lääkkeiden sijoituessa kannabiksen ja amfetamiinin välimaastoon. Myös kuntoutuskeskuksen A asiakkaiden kohdalla tämä pätee, mutta poikkeuksena on alkoholi, jonka keskuksen A asiakkaat katsoivat aiheuttavan riskin riippuvuuden muodostumiselle pelkän kokeilun jälkeen kannabista helpommin. Vertailtaessa sitä, ovatko asiakkaat ja ammattilaiset keskuksessa A vai B mielipiteiltään yhteneväisempiä, on tuloksena se, että yhteneväisempiä mielipiteet ovat keskuksessa B, jossa asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet ovat lähellä toisiaan kaikkien muiden päihteiden paitsi kannabiksen kohdalla.



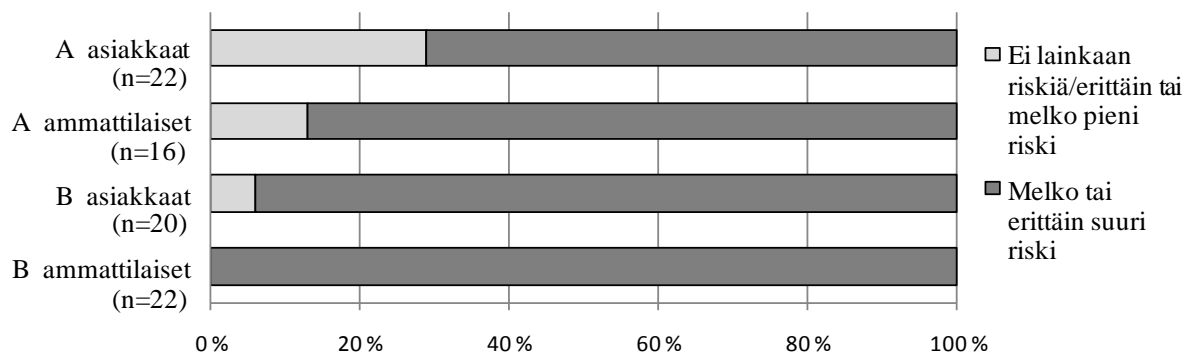
**Kuvio 1.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet riippuvuuden kehittymisen riskistä kokeiltaessa **alkoholia** (%).



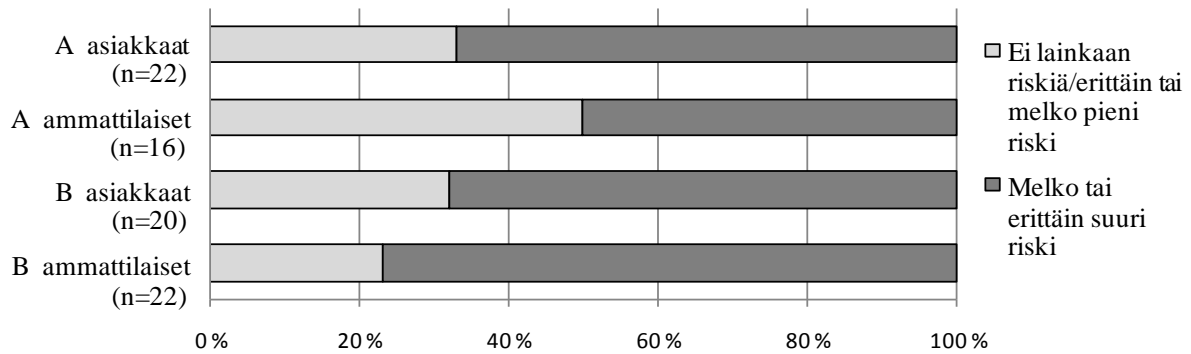
**Kuvio 2.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet riippuvuuden kehittymisen riskistä kokeiltaessa **kannabista** (%).



**Kuvio 3.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet riippuvuuden kehittymisen riskistä kokeiltaessa **amfetamiinia** (%).



**Kuvio 4.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet riippuvuuden kehittymisen riskistä kokeiltaessa **heroiinia/muita opioideja** (%).



**Kuvio 5.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet riippuvuuden kehittymisen riskistä kokeiltaessa **lääkkeitä** (%).

## 6.2 Miten riippuvuus ilmenee?

Tässä luvussa käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä siitä, miten riippuvuus ilmenee. Miten riippuvuus vaikuttaa ihmisen elämään ja mistä tietää, että ihminen on riippuvainen? Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet keskuksissa A ja B olivat niin yhteneväisiä, että päätin käsitellä aihetta päihdekuntoutuskeskuksia erittelemättä. Kysyttäessä ammattilaisilta mistä on kysymys, kun sanotaan, että ihminen on riippuvainen, kaikki tutkimukseen osallistuneet puhuivat hallinnan menettämisestä. Ihminen ei enää hallitse päihteiden käyttöä, vaan päihteet hallitsevat ihmisen valintoja, toimintaa ja käyttäytymistä. Riippuvainen käyttää päihteitä jopa vastoin tahtoaan, eikä pysty lopettamaan käyttöä vaikka haluaisi. Riippuvaisen ajatukset pyörivät kokoajan päihteen ympärillä ja toiminta tähtää mielihyvän saamiseen. Päihderiippuvaisen on vaikea keskittyä mihinkään muuhun kuin päihteen hankkimiseen.

*”No sillon on kysymys mun mielestä siitä, et ihminen ei enää niinkun ite öö.. pysty tietyllä tavalla hallitsemaan sitä toimintaansa ja valintojaan.. Vaan se toiminta tai aine tai mikä se nyt onkin, ni jotenkin se siitä saa tai se mihin sillä pyritään, semmonen psyykkinen hyvinolontunne, ni se tavallaan niinku on saanu yliotteen ihmisestä.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus B)

Ammattilaiset painottivat päihteiden menevän kaiken edelle, jolloin muista elämän osa-alueista ei enää välitetä. Riippuvuus vie siis yhä enemmän ja enemmän tilaa riippuvaisen

elämästä, ja tärkeysjärjestykset muuttuvat, ennen riippuvaiselle tärkeät asiat eivät tunnukaan enää niin tärkeiltä. Lopulta riippuvaisen elämästä saattavat kadota kaikki asiat, joita hän piti ennen tärkeinä. Päihderiippuvaiselle mikään muu asia ei tuota enää mielihyvää kuin päihteiden käyttö. Siksi tärkeintä onkin vain varmistaa päivän päihdeannos.

*”No mun mielestä se ilmenee näin ainakin mejän asiakkaila, et se päihde on niinku... se menee kaiken edelle mejän asiakkaila, et siinä ei oo enää ollu muuta ku ne päihteet. Et must se kuvaa niin hyvin, kun yks asiakas sano esimerkiks et hän ei oo tienny et Tarja Halonen on suomen presidentti että.. et.. et täs niinku näillä mejän asiakkaila ni et se on.. se on kaiken edelle menee.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus A)

*”Et tavallaan rupee lipsuun semmosist asioista, mitkä on ollu niinku ennen sitä elämää kantavia voimia tai tärkeitä asioita elämässä tai semmosia mitkä siihen on kuulunut ylipäänsä.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus B)

Riippuvaisella päihteiden käyttö vaikuttaa laajasti muihin elämäalueisiin: perheeseen, parisuhteeseen, työhön, kaverisuhteisiin sekä terveyteen. Perheen kanssa ajan viettäminen ei tunnu enää niin merkitykselliseltä, töihin ei jakseta mennä tai, jos mennään, niin päihteiden vaikutuksen alaisena. Suhteet, varsinkin päihteitä käyttämättömiin kavereihin, kuihtuvat. Päihderiippuvaisella alkaa usein ilmetä myös terveyteen liittyviä niin fyysisiä kuin psyykkisiä ongelmia. Lopulta elämässä ei ole enää mitään ”normaalia” eli päihteettömään elämään liittyviä asioita.

*”Se alkaa aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä. Kärsii ihmissuhteet, kärsii terveys, menee työpaikka, opiskelut jää kesken.. Se alkaa pikku hiljaa hiipimään joka elämäalueelle. Elikä se hallitsevuus.. ja sit mitä tietysti tulee.. rahaongelmat, rikollisuus, et on pakko saada sitä ainetta.”* (Ammattilainen, kuntoutuskeskus B)

Useat ammattilaiset mainitsivat riippuvuuteen kuuluvan oleellisesti myös vieroitusoireet. Vieroitusoireiden takia päihteiden hankkiminen muodostuu ensisijaiseksi toiminnoksi. Päihteitä on pakko saada, jotta pystyisi selviytymään tietyistä toimista ja tilanteista. Tiettyjä asioita ei enää pysty hoitamaan ilman päihteitä.

Edellä esittämistäni tuloksista löytyy paljon yhteistä Waltersin ja Gilbertin (2000) tutkimuksen kanssa (ks. s. 21), jonka mukaan päihdehuollon asiantuntijat valitsivat



useimmiten addiktion kriteereiksi fyysisen riippuvuuden, heikentyneen kontrollin sekä pakonomaisuuden. Heikentynyt kontrolli eli hallinnan menetys vilahteli usein ammattilaisten puheessa. Päihteiden käyttö hallitsee ihmisen elämää ja toimia, ja omaa päihteidenkäyttöä on hyvin vaikea kontrolloida. Tähän liittyy myös päihteidenkäytön pakonomaisuus. Päihteitä on pakko saada hinnalla millä hyvänsä. Myös fyysinen riippuvuus esiintyi ammattilaisten puheessa usein, puhuttiin vieroitusoireista.

Tutkielmaani osallistuneet asiakkaat kuvailivat riippuvaista ihmistä hyvin samalla tavalla kuin ammattilaiset. Asiakkaiden kuvaukset olivat kuitenkin suppeampia. Kun ammattilaisten puheessa eniten painottui päihteiden käytön hallitsemattomuus, asiakkaat kuvailivat riippuvuutta pääasiassa pakonomaisena toimintana. Pakonomaisuudella asiakkaat tarkoittivat sitä, että päihdettä on pakko käyttää, vaikkei haluaisikaan. Riippuvainen käyttää päihteitä päivittäin tai lähes päivittäin. Päihteen hankkiminen ja saaminen pyörii kokoajan ajatuksissa ja elämä pyörii päihteen käytön ympärillä. Päihteiden käyttö on pakkomielle, joka hallitsee ja määrää koko elämää.

*”Siihen asiaan on pakkomielle sitte, no ton alkoholinkin suhteen ni ei oo ees määristä kiinni. Että mä tiiän ihmisen jonka oli pakko saada joka päivä yks siideri. Se on sitä paknomaista toimintaa.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Monet asiakkaat samoin kuin ammattilaiset kertoivat, kuinka päihteistä tulee riippuvaiselle elämän tärkein asia ja muista elämän osa-alueista tulee toissijaisia. Päihteidenkäyttö on elämän keskipiste ja elämän kantava voima, jonka avulla pääsee päivästä ylitse. Päihteet ovat syy, jonka takia eletään. Riippuvaista ei kiinnosta muut asiat kuin päihteidenkäyttö. Myös muista asioista huolehtiminen jää päihteidenkäytön jalkoihin. Omien perustarpeidenkin tyydyttäminen saa väistyä päihteidenkäytön tieltä, ja riippuvainen syö ja nukkuu vain kun päihteidenkäyttö antaa tilaa.

*”Kai siinä on se, kun se ei pysty olemaan ilman sitä jotain ainetta, mikä kemiallinen aine sit onkin, et se tuntuu, et on ihan pakko saada sitä. Ja tota siit tulee sit ihan semmonen jokapäiväinen juttu, joka pyörittää niin kun koko elämää, että se on niin kun semmonen napanuora.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

*”Se oli niinku semmosessa niinku talutusnuorassa sen riippuvuuden kanssa, että ei ollu niinku mitään elämää.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Myös toimimisen vaikeutta ilman päihteiden vaikutusta korostettiin. Suoriutuminen elämän normaaleista arkipäivän rutiineista on vaikeaa ilman päihteitä. Päihteiden avulla saadaan turvattua tietty toiminnan taso, ja ilman päihteitä olo on hermostunut ja levoton. Asiakkaat painottivat ammattilaisia enemmän päihteidenkäytön lopettamisen vaikeutta. Riippuvaisen henkilön on lähes mahdoton lopettaa alkoholinkäyttöä ilman apua.

Myös asiakkaiden kuvaukset addiktioista osuivat hyvin yksiin Waltersin ja Gilbertin (2000) tutkimuksen (ks. s. 21) kanssa. Heidän tutkimuksensa mukaan asiakkaiden useimmiten mainitsemat addiktiota kuvaavat kriteerit olivat heikentynyt kontrolli, halu tai himo sekä selviytymisen tarve. Heikentynyt kontrolli liittyy pakonomaisuuteen eli koska päihdettä on pakko saada, on vaikea kontrolloida omia haluja ja päihteenkäyttöä. Waltersin ja Gilbertin tutkimuksessa esiintynyt halu tai himo esiintyi asiakkaiden puheessa omassa aineistossani asiakkaiden jatkuvana tarpeena käyttää päihdettä. Himo päihteeseen on niin suuri, että elämä alkaa pyöriä päihteenkäytön turvaamisen ympärillä. Myös selviytymisen tarve on löydettävissä aineistostani. Asiakkaat käyttivät päihdettä selviytyäkseen esimerkiksi yllättävistä vaikeista tapahtumista tai suoriutuakseen arkipäivän askareista.

Yhteenvetona voisi sanoa, että asiakkaat ja ammattilaiset selittivät riippuvuuden ilmenemistä arkielämässä hyvin samoilla tavoilla. Molemmat painottivat riippuvuuden ylivoimaisuutta. Ammattilaiset puhuivat hallinnan menettämisestä ja asiakkaat päihteidenkäytön pakonomaisuudesta. Asialla he tarkoittivat kuitenkin lähes samaa: päihteidenkäyttö on toimintaa, jota tehdään, vaikei aina haluttaisi. Koska toimintaa on pakko toteuttaa päivittäin, hallitsee toiminta riippuvaisen elämää eikä riippuvainen toimintaa. Yleisenä kuvauksena oli myös se, että päihteiden käytöstä tulee elämän keskipiste muiden asioiden kustannuksella.

*”Se meneekin kaiken muun edelle yhtäkkiä, et sit mun kaveritkin yritti soitella mulle, et lähetääkö jonnekin, niin mulla oli sitten tapana sanoa vaan, että en mä nyt jaksa vaikka periaatteessa syy oli siinä, että mä halusin mieluummin juoda kotona, kun olla niitten kans.” (Asiakas, kuntoutuskeskus A)*

Waltersin ja Gilbertin (2000) tutkimuksessa päihdehuollon asiantuntijoiden ja asiakkaiden addiktiokuvaukset olivat hyvin vaihtelevia, ja erilaisia kriteereitä, jotka määrittelivät heidän mielestään riippuvuuden, löytyi asiakkaiden keskuudessa 16 ja asiantuntijoiden keskuudessa 14. Omasta aineistostani erilaisia addiktion kriteereitä ei löytynyt läheskään niin paljoa, ja

ammattilaisten ja asiakkaiden käsitys riippuvuuksien luonteesta oli hyvin yhtenäinen ja jopa suppea. Tosin oma aineistoni varsinkin ammattilaisten kohdalla oli Waltersin ja Gilbertin käyttämää aineistoa pienempi, mikä saattaisi selittää vastausten vaihtelevuuden puuttumisen. Waltersin ja Gilbertin tutkimuksessa asiakkaiden addiktiokuvaukset olivat asiantuntijoiden kuvauksia hajaantuneempia. Samaa ilmiötä ei kuitenkaan ollut havaittavissa käyttämässäni aineistossa, jossa asiakkaiden kuvaukset addiktiosta olivat ammattilaisten kuvauksia suppeampia.

### **6.3 Riippuvuuden synty- ja ratkaisuvastuu Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti**

Tässä luvussa käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä siitä, miten he mieltävät vastuun, joka päihderiippuvuuden syntyyn ja siitä irti pääsemiseen liittyy. Analyysin perustana käytän Brickmanin ym. (1982) mallia (ks. luku 4.3). Käsittelen alkoholiin, kannabikseen, muihin huumeisiin ja lääkkeisiin liittyviä riippuvuuksia eriteltyinä.

Kuten luvun lopussa olevista kuvioista voi huomata, päihdekuntoutuskeskuksen A ammattilaiset kannattivat moraalista mallia hieman asiakkaita useammin, kun kyseessä oli alkoholi ja kannabis. Muiden huumeiden kohdalla asiakkaat kannattivat moraalista mallia ammattilaisia enemmän, kun taas ammattilaiset kannattivat kompensatiomallia lähes yhtä paljon kuin moraalista mallia. Kompensatiomallilla tarkoitetaan sitä, että ihminen ei ole vastuussa ongelman syntymisestä mutta ongelman ratkaiseminen on hänen vastuullaan. Kun kyseessä oli lääkeriippuvuus asiakkaat ja ammattilaiset kannattivat moraalista mallia yhtä paljon.

Hyvin mielenkiintoista oli, että päihdekuntoutuskeskuksessa A moraalisen mallin kannatus laski niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa sitä mukaa, mitä ”kovemmasta” huumausaineesta oli kyse. Riippuvaisen vastuu ongelman syntymisestä ja sen ratkaisemisesta siis laski mitä ”kovemmasta” huumausaineesta oli kyse. Päihdekuntoutuskeskuksessa B samanlaista muutosta ei ollut havaittavissa, siellä moraalinen malli sai lähes saman verran kannatusta asiakkaiden ja ammattilaisten keskuudessa huumausaineesta riippumatta. Kuitenkin lääkeriippuvuuden kohdalla keskuksessa B asiakkaat olivat ammattilaisia enemmän moraalisen mallin kannalla.

Myös kompensatiomalli ja valistusmalli saivat jonkin verran kannatusta. Mielenkiintoista oli huomata, että muiden huumeiden kuin kannabiksen kohdalla päihdekuntoutuskeskuksessa A 38 % ammattilaisista oli kompensatiomallin kannalla mutta asiakkaista vain 10 %. Suuri osa ammattilaisista oli siis sitä mieltä, että asiakas ei itse ole vastuussa riippuvuuden synnystä, mutta vastuu ongelman ratkaisemisesta on riippuvaisella itsellään. Tarkasteltaessa alkoholiriippuvuutta asiakkaat olivat ammattilaisia useammin valinneet kompensatiomallin kuvaamaan mielipidettään molemmissa päihdekuntoutuskeskuksissa. Asiakkaat siis siirsivät vastuun alkoholiriippuvuuden synnystä pois itsestään, mutta pitivät ongelman ratkaisun vastuuta omista käsissään.

Lääkeriippuvuuden synnyn ja siitä irtipääsemisen vastuutulkinnat olivat hajaantuneempia kuin muiden riippuvuuksien. Kuten muidenkin riippuvuuksien kohdalla moraalinen malli sai kuitenkin eniten kannatusta ihmisryhmästä ja kuntoutuskeskuksesta riippumatta. Kompensatiomalli, jonka mukaan ihminen ei ole vastuussa ongelman syntyisestä, mutta ratkaisu on hänen omalla vastuullaan, sai kuntoutuskeskus A:ssa asiakkailta enemmän kannatusta kuin ammattilaisilta ja keskuksessa B ammattilaisilta enemmän kannatusta kuin asiakkailta. Tässä kohtaa päihdekuntoutuskeskusten mielipiteet olivat siis ristiriidassa keskenään. Valistusmalli taas sai kuntoutuskeskus A:ssa enemmän kannatusta niin asiakkailta kuin ammattilaisilta kuin keskus B:ssä.

Lääketieteellinen malli sai vähiten kannatusta asiakkaiden ja ammattilaisten keskuudessa. Alkoholien ollessa kyseessä lääketieteellinen malli sai joka ryhmässä kuitenkin vähän kannatusta (5–9 %). Osa asiakkaista ja ammattilaisista oli siis sitä mieltä, että vastuu alkoholiriippuvuuden syntymisestä ja sen ratkaisemisesta on riippuvaisen ulkopuolisilla tekijöillä kuten yhteiskunnalla. Kannabisriippuvuuden kohdalla mukana olleista ryhmistä vain 10 % päihdekuntoutuskeskuksen A asiakkaiden mielestä riippuvuus oli ulkopuolisten tekijöiden vastuulla. Muiden huumeiden ollessa kyseessä päihdekuntoutuskeskuksessa A lääketieteellinen malli sai kannatusta vain asiakkailta (19 %) ja keskuksessa B vain ammattilaisilta (11 %). Tällainen ristiriita asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteissä saman kuntoutuskeskuksen sisällä on mielestäni erittäin merkittävää. Miten sellaiset asiakkaat suhtautuvat hoitoon, jotka ajattelevat, ettei riippuvuus ole laisinkaan omaa syytä ja että ongelman ratkaiseminenkin on jonkun muun vastuulla? Entä vaikuttaako hoitosuhteen

onnistumiseen se, että ammattilaisen mielestä asiakkaalla ei ole mitään vastuuta, vaikka asiakas mieltää vastuun olevan itsellään?

Lääketieteellinen malli sai eniten kannatusta lääkeriippuvuuden kohdalla. Päihdekuntoutuskeskuksen A ammattilaisista jopa 19 % kannatti lääketieteellistä mallia, se oli siis toiseksi yleisin valinta moraalisen mallin jälkeen. Lähes viidesosa ammattilaisista keskuksessa A oli siis sitä mieltä, että riippuvainen ei ole vastuussa lääkeongelman synnystä eikä sen ratkaisemisesta. Asiakkaista tätä mieltä oli 5 %. Kuntoutuskeskuksessa B lääketieteellistä mallia kannatettiin niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa enemmän kuin muiden riippuvuuksien kohdalla. Asiakkaista 11 % ja ammattilaisista 15 % oli sitä mieltä, että kaikki vastuu on riippuvaisen ulkopuolisilla tekijöillä.

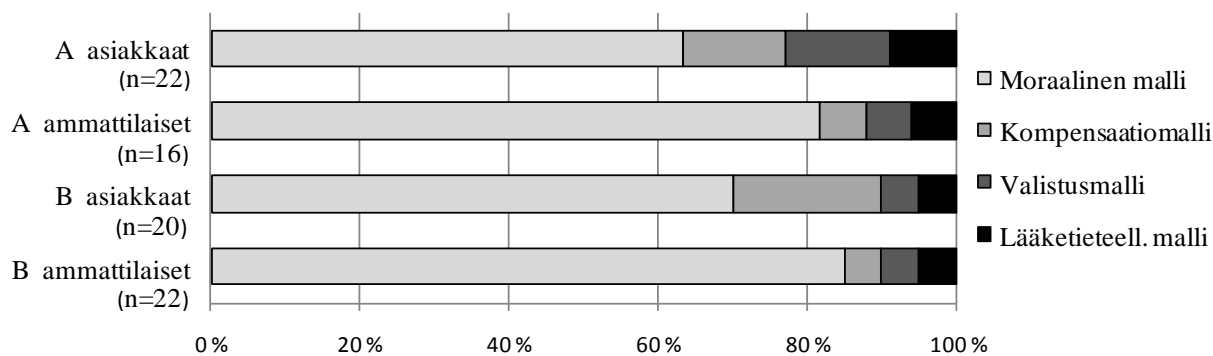
Yhteenvetona voi sanoa, että kun asiakkailta ja ammattilaisilta tiedusteltiin, pitivätkö he riippuvuuden syntyä ja ongelman ratkaisemista omalla vai yhteiskunnan ja olosuhteiden vastuulla, olivat vastaukset hyvin samansuuntaisia riippumatta siitä, oliko kyseessä asiakas vai ammattilainen tai päihdekuntoutuskeskus A vai B. Suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista oli moraalisen mallin kannalla riippumatta siitä, onko riippuvuuden kohteena alkoholi, hasis tai marihuana, jokin muu huume tai lääkkeet. Moraalisen mallin mukaan ihminen on itse vastuussa niin ongelman syntymisestä kuin sen ratkaisemisesta. Seuraavaksi eniten kannatusta niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa saivat vaihtelevasti kompensatio- ja valistusmalli. Lääketieteellinen malli, jonka mukaan asiakas ei ole vastuussa ongelman synnystä eikä sen ratkaisusta, sai vähiten kannatusta lähes kaikissa ryhmissä päihteestä riippumatta. Joitain eroja kuntoutuskeskusten välillä oli kuitenkin huomattavissa. Keskuksessa A moraalisen mallin kannatus oli sitä vähäisempi mitä ”kovemmasta” huumausaineesta oli kyse, kun taas keskuksessa B moraalisen mallin kannatus pysyi miltei samana päihdeaineesta riippumatta. Keskuksessa A vastuu siis siirrettiin riippuvaisen ulkopuolisiin tekijöihin keskusta B enemmän. Kaiken kaikkiaan kuntoutuskeskuksessa A sekä asiakkaiden että ammattilaisten mielipiteet olivat hajaantuneempia kuin kuntoutuskeskuksessa B.

Edellä esittelemäni tulokset ovat hyvin samansuuntaisia aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Kankaanrinteen (2008) tutkielmassa ammattilaiset attribuivat vastuun alkoholiriippuvuuden synnystä ja siitä selviytymisestä riippuvaiselle itselleen. Samoin myös

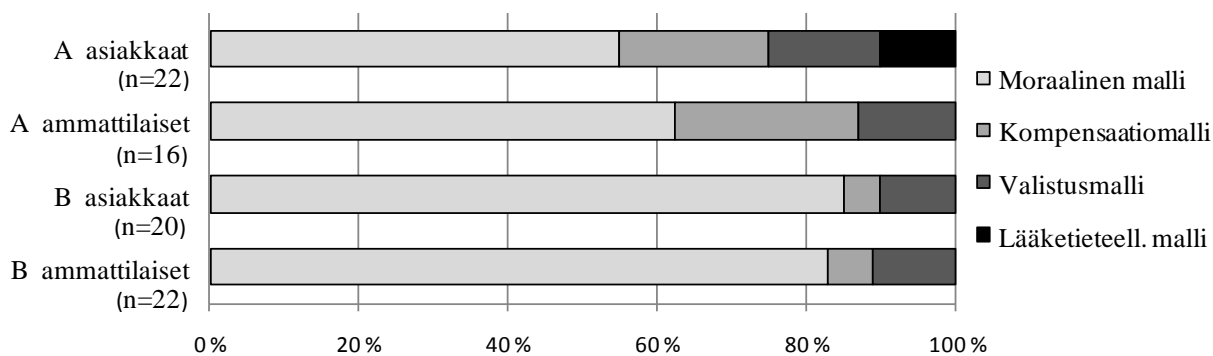
tässä tutkimuksessa, sillä yli 80 % ammattilaisista molemmissa keskuksissa oli moraalisen mallin kannalla. Palmin (2004) toteuttaman tutkimuksen tuloksista omani eroaa ainakin osin, sillä siinä 40 % kyselylomakkeen täyttäneistä ammattilaisista oli kompensatiomallin kannalla, jonka mukaan riippuvaisen ei nähdä olevan vastuussa ongelman synnystä, mutta ratkaisuvastuu on riippuvaisella itsellään. Myös lääketieteellinen malli oli saanut runsaasti kannatusta, joka sai hyvin vähän kannatusta tässä tutkimuksessa. Palm (2004) kuitenkin tarkensi tutkimustaan erilaisten väittämien avulla, jolloin lopulliseksi tulokseksi tuli, että tutkimukseen osallistuneet päihdetyöntekijät olivat pääasiassa moraalisen ja kompensatiomallin kannalla.

Myös Nyysönen (2008) käytti tutkielmassaan Brickmanin ym. (1982) mallia selvittäessään päihderiippuvaisten vastuukäsityksiä riippuvuuden synnystä. Tulokset olivat hyvin samankaltaisia kuin tässä tutkimuksessa esitetyt tulokset eli asiakkaat olivat pääasiassa moraalisen mallin kannalla. Vähiten kannatusta asiakkaiden keskuudessa Nyysönen tutkimuksessa saivat valistusmalli ja lääketieteellinen malli, joiden mukaan ongelman ratkaisuvastuu ei ole riippuvaisella itsellään. Omassa tutkimuksessani lääketieteellinen malli sai keskimäärin vähiten kannatusta kaikkien muiden päihdeiden paitsi lääkkeiden kohdalla.

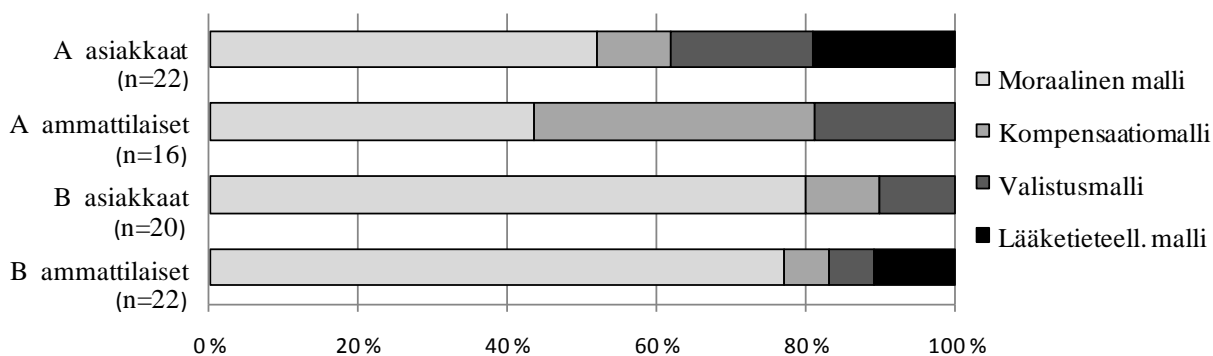
Mielestäni on helpottavaa huomata, että ainakin näissä kahdessa päihdekuntoutuskeskuksessa asiakkaiden ja ammattilaisten vastuutulkinnat kävivät kuitenkin näin yksiin. Kun asiakas kokee, että hän on vastuussa ongelmastaan, ja että hänellä on myös vastuu ongelman ratkaisemisesta, tuo se varmastikin voimaannuttavan kokemuksen ja motivaatiota ongelman hoitamiseen. Tunne, että huumausaineesta irtipääseminen on mahdollista, kun vain tarpeeksi jaksaa yrittää, on varmasti oleellinen osa kuntoutusprosessia. Asiakkaiden ja ammattilaisten samansuuntaiset vastuutulkinnat luultavasti helpottavat myös erilaisten hoitomuotojen toimimista. Asiakkaan luulisi myös olevan helpompi keskustella ongelmistaan ammattilaisen kanssa, kun näkökanta riippuvuuden synnystä ja ratkaisemisesta on samanlainen. Olisikin mielenkiintoista tutkia, miten asiakkaiden ja ammattilaisten tulkinnat esimerkiksi päihderiippuvuuden vastuun jakautumisesta vaikuttavat itse hoitoon. Onnistuvatko tietyn vastuutulkinnan omaavat asiakkaat hoidossa toisia paremmin? Ja onko tietyn vastuutulkinnan omaavan ammattilaisen hoito tehokkaampaa kuin toisella tapaa ajattelevan kollegan?



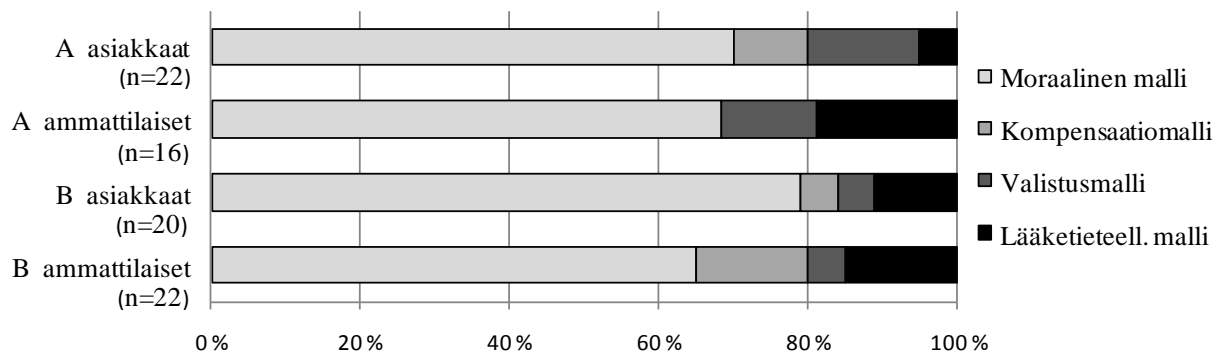
**Kuvio 6.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet **alkoholiriippuvuuden** synty- ja ratkaisuvastuusta Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti (%).



**Kuvio 7.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet **kannabisriippuvuuden** synty- ja ratkaisuvastuusta Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti (%).



**Kuvio 8.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet **muun huumeriippuvuuden** synty- ja ratkaisuvastuusta Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti (%).



**Kuvio 9.** Asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet lääkeriippuvuuden synty- ja ratkaisuvastuusta Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti (%).

Brickmanin ym. (1982) mallin mukaan tarkasteltuna asiakkaat siis kokivat päihderiippuvuuden synnyn olevan suurimmaksi osaksi riippuvaisen omalla vastuulla. Seuraavaksi tarkastelen haastatteluaineiston avulla, miten asiakkaat selittivät oman päihderiippuvuutensa syntyä.

Keskuksen A ja B asiakkaat selittivät oman päihderiippuvuuden syitä hyvin samalla tavalla. Tiedyt selitykset esiintyivät heidän puheissaan uudestaan ja uudestaan keskuksista riippumatta. Muutama syy esiintyi kyllä vain jommassakummassa keskuksessa, mutta kaiken kaikkiaan syyt ja niiden mainintojen määrät olivat perin samoja. Siten keskusten välisiä eroavaisuuksia ei tässä kohdin ollut havaittavissa.

Molemmissa keskuksissa yksi eniten mainituista syistä päihderiippuvuuden syntymiselle oli lähipiirissä esiintyvä alkoholismi. Alkoholismia oli saattanut esiintyä vanhemmilla ja myös kaukaisempien sukulaisten alkoholismia pidettiin usein vaikuttavana tekijänä. Suvussa kulkeva alkoholismi vaikutti joko geeniperimän muodossa tai opittuna esimerkkinä.

*”Mun isä oli alkoholisti, niin tähän perimän kautta altistumiseen, niin siihen kyllä siis ihan tieteen tutkimusten mukaan uskon, että se on osasyllinen. Elikä mun sisälläni on semmonen tietty osio, jonka takia mä oon herkemmin altistunut, kuin joku toinen. Kyllä mä uskon, et se osittain geneissä menee.”*  
(Asiakas, kuntoutuskeskus A)



*”Lapsena, kun isä tuli kotiin, haisteltiin lasten kanssa, et jos isä haisi viinalle, niin tiedettiin, et on kivaa, koska hän sitten kuljetti meitä hartioillaan ja teki lumiukkoja ... et mää yhdistin, et viinasta seuraa kivaa.”*(Asiakas, kuntoutuskeskus A)

Toinen usein mainittu syy päihdeongelman syntymiseen oli jokin tietty usein yllättäväkin tapahtuma, jonka seurauksena päihteen käyttö oli lisääntynyt ja riippuvuus siten syntynyt. Tällaisia tapahtumia olivat esimerkiksi avioero, läheisen ihmisen kuolema tai työpaikan menettäminen. Päihteidenkäyttö saattoi lisääntyä lisääntyneen vapaa-ajan vuoksi tai siksi, että pystyisi hetkeksi unohtamaan mieltä painavat asiat.

*”Siks mul oli ihan selvästi tän vaimoni kuoleman jälkeen, ihan selvä pakottava tarve, se mielikuva tai se asia, jotenki saada pois mielestä ... Enkä mä keksiny sen parempaa keino ku kannäminen.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus A)

Kolmas päihderiippuvuuden syntyyn vaikuttanut asiakkaiden mainitsema tekijä oli nuoruudessa koetut rankat asiat. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi koulukiusaaminen, huostaanotto, perheväkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Näiden tapahtumien muistoja yritettiin unohtaa päihteen avulla. Päihteen avulla oli myös helpompi käsitellä rankkoja asioita.

*”Täällä noita terapioita läpikäyneenä, niin sieltä löytyy ihan lapsuudesta asti pala palalta kumminkin syitä. Mun molemmat vanhemmat on ollu alkoholisteja, mää oon ite ollu sijoituslapsi, ollu lastenkodissa, aika rankka nuoruus, siellä on ollu kaikenlaista ... niin tuli sit liikaa aikaa alkaa ajatteleen ja sieltä rupes nouseen ne kaikki lapsuuden jutut, ja miks äiti ja isä on tehnyt mulle näin, et teiks mä jotain väärin ja sit se oli sillain, et se alkoholi auttoi jopa itkemään.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

*”Et kyllä mul oli koko ajan semmonen ahdistus ja paha olla ja sit mä olin sen verran masentunu, ettei niinku pystyny käymään koulussa niin paljon tai muuta. Sit oli koulukiusaamista ja kotona isä käytti hyväkseen, oli inestii siel taustalla kanssa ... Et tota sitä kautta sit varmaan niil lähti korjaamaan sitä oloo, ku oli sisältä niin rikottu ja rikki.”* (Asiakas, kuntoutuskeskus B)

Neljäs asiakkaiden usein mainitsema syy päihderiippuvuuden kehittymiseen oli sosiaalinen ympäristö. Päihteen käyttö oli alkanut tai huomattavasti lisääntynyt harrastuksen, opintojen tai työpaikan alkoholimyönteisen ilmapiirin vuoksi. Koska muutkin samaan porukkaan kuuluvat joiivat, menttiin porukan mukana.

*”No mä menin 25-vuotiaana yhteen työpaikkaan, et siihen asti mä en ollut tuskin olin ottanut, niin sit siellä oli tapana, et otetaan ruokatunnillakin, kun esimiehet pyysi, että lähetään ulos syömään ruokatunnilla. Ja kaikki sit tilas maksapihvejä ja kaljaa, niin sit mä opin sen tyylin ja sit se alko hiljalleen nouseen, että lähettiin työpäivän jälkeen kimpassa kaljalle.” (Asiakas, kuntoutuskeskus A)*

Viides asiakkaiden usein mainitsema syy omalle päihdeongelmalleen oli jokin aivoissa oleva häiriö tai puutostila. Häiriön takia ihminen on alttiimpi jäämään koukkuun johonkin päihteeseen. Taipumus päihteidenkäyttöön ja alkoholismiin on siis ihmisellä jo syntyessään.

*”Vähän mä oon samaa mieltä, et oon kattonut siitä ohjelmiakin, et olis aivoissa joku tämmönen joku tietty aine ei esiinny tarpeeks vai mietenköhän päin se nyt olikaan, mä uskon siihen, et tietyt ihmiset niin kun sairastuu helpommin ... Että kun puhutaan addiktiosairaudesta, niin mä oon ollu jo sen tyyppinen ihminen jo ennen kun mä oon edes alkanut käyttämään.” (Asiakas, kuntoutuskeskus B)*

Edellä mainittujen syiden lisäksi asiakkaat kertoivat päihderiippuvuuden syiksi masennuksen, yksinäisyyden, ihmissuhteiden epäonnistumisen, raha-ongelmat sekä tekemisen puutteen. Lähes kaikki asiakkaat löysivät siis riippuvuuden takaa jonkin itsestä riippumattoman asian tai tapahtuman. Vain muutama asiakas mainitsi itse olevansa syyppää oman riippuvuuden syntymiseen.

Nyyssönen (2008) tarkasteli tutkielmassaan päihderiippuvaisten mielipiteitä siitä, kenellä on vastuu riippuvuuden synnystä. Kysyttäessä asiaa riippuvaisilta yleisellä tasolla, he pitivät riippuvuuden syntyvastuuta pääasiassa riippuvaisella itsellään. Sama on havaittavissa myös omassa tutkimuksessani, sillä kuten aikaisemmin esittelemistäni kuvioista voi huomata, oli suurin osa asiakkaista moraalisen mallin kannalla ja myös valistusmalli sai jonkin verran kannatusta. Näiden mallien mukaan vastuu riippuvuuden synnystä on siis riippuvaisella itsellään. Nyyssönen kuitenkin huomasi, että kun riippuvainen puhui ongelmastaan ja sen synnystä henkilökohtaisella tasolla, riippuvuus attribuoitiin usein ulkopuolisiin tekijöihin.

Saman huomion tein myös omassa tutkimuksessani, sillä kun riippuvaisilta kysyttiin riippuvuuden synnystä omien kokemusten kautta, mainitsivat lähes kaikki riippuvuuden syyksi lähiympäristöön liittyviä asioita. Omasta itsestä johtuvia syitä riippuvuuden syntymiselle mainittiin hyvin harvoin, kuten myös Nyysösen tutkimuksessa.

#### **6.4 Päihderiippuvuudesta toipuminen**

Tässä luvussa käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä päihderiippuvuuden hoitoon ja siitä toipumiseen liittyvistä asioista. Käsittelen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä siitä, kuinka suuri on mahdollisuus päästä tietyistä päihteistä eroon hoidon avulla tai ilman hoitoa. Tarkastelen asiaa eriteltyinä alkoholin, kannabiksen, amfetamiinin, heroiinin ja muiden opioidien sekä lääkkeiden osalta.

Edellisten lukujen tulokset ovat osoittaneet selvästi, että keskuksessa A ammattilaisten ja asiakkaiden mielipiteet eroavat toisistaan enemmän kuin keskuksessa B. Sama kaava näyttäisi jatkuvan myös hoidollisia asioita tarkasteltaessa. Päihdekuntoutuskeskus B:ssä asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet olivat hyvin paljon toisensa kaltaisia, kuntoutuskeskuksessa A mielipiteet olivat keskenään eriävämpiä. Keskuksessa A jopa 19 % asiakkaista oli sitä mieltä, että mahdollisuus päästä alkoholista eroon hoidon avulla on erittäin tai melko pieni. Lähes viidesosa asiakkaista ei siis uskonut hoidon suureen onnistumismahdollisuuteen. Asiakkaista noin 60 % ja ammattilaisista noin 80 % kuitenkin uskoi, että mahdollisuus alkoholista eroon pääsemiselle hoidon avulla on melko tai erittäin suuri. Päihdekuntoutuskeskuksessa B ammattilaisista jopa 91 % uskoi mahdollisuuden päästä eroon alkoholista olevan melko tai erittäin suuri hoidon avulla. Asiakkaista samaa mieltä oli 85 %.

Melko tai erittäin suureen mahdollisuuteen päästä eroon kannabiksesta hoidon avulla uskoi kuntoutuskeskuksessa B sekä asiakkaista että ammattilaisista noin kolme neljäsosaa. Kukaan keskuksessa B ei ollut sitä mieltä, että mahdollisuus olisi vain erittäin tai melko pieni. Keskuksessa A sen sijaan jopa 16 % asiakkaista uskoi mahdollisuuden olevan erittäin tai melko pieni. Keskuksessa A vain reilu puolet asiakkaista uskoi mahdollisuuden päästä eroon kannabiksesta hoidon avulla olevan melko tai erittäin suuri. Ammattilaisista keskuksessa A kuitenkin 81 % uskoi hoidon onnistumisen mahdollisuuden olevan erittäin tai melko suuri.

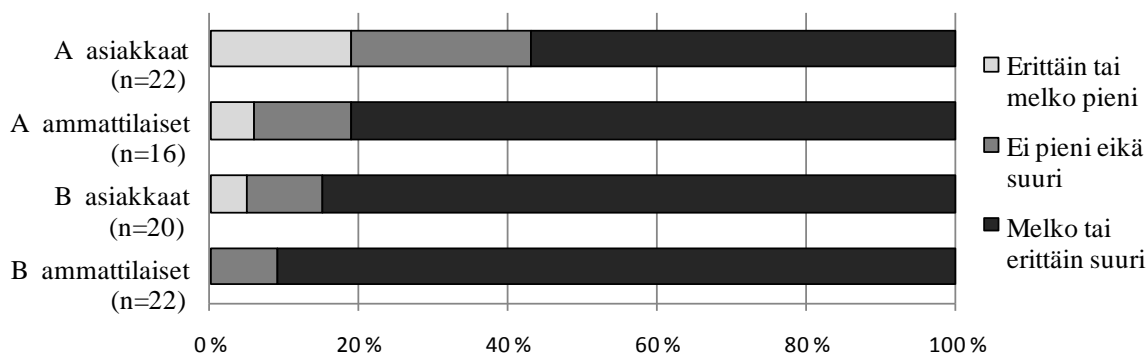
Amfetamiinista eroon pääsemiseen hoidon avulla uskoi keskuksessa A asiakkaista 67 % ja ammattilaisista 75 %. Asiakkaat siis uskoivat amfetamiinista eroon pääsemisen olevan todennäköisempää kuin pääseminen eroon alkoholista tai kannabiksesta. Keskuksessa B sen sijaan niin asiakkaiden kuin ammattilaisten usko mahdollisuuteen päästä eroon amfetamiinista hoidon avulla oli pienempi kuin usko alkoholista ja kannabiksesta eroon pääsemiseen. Kuitenkin jälleen kerran keskuksessa B niin asiakkaat kuin ammattilaiset uskoivat hoidon onnistumismahdollisuuteen keskuksen A asiakkaita ja ammattilaisia enemmän.

Heroinin ja muiden opioidien ollessa kyseessä päihdekuntoutuskeskuksessa A asiakkaista jopa 28 % uskoi mahdollisuuden niistä eroon pääsemiseen olevan erittäin tai melko pieni. Keskuksessa B asiakkaista 16 % oli samaa mieltä. Ammattilaisista keskuksessa A samaa mieltä oli 6 % ja keskuksessa B 5 %. Heroinin ja muiden opioidien kohdalla usko hoidon epäonnistumiseen oli siis suurempi kuin miedomprien huumeiden kohdalla molemmissa keskuksissa.

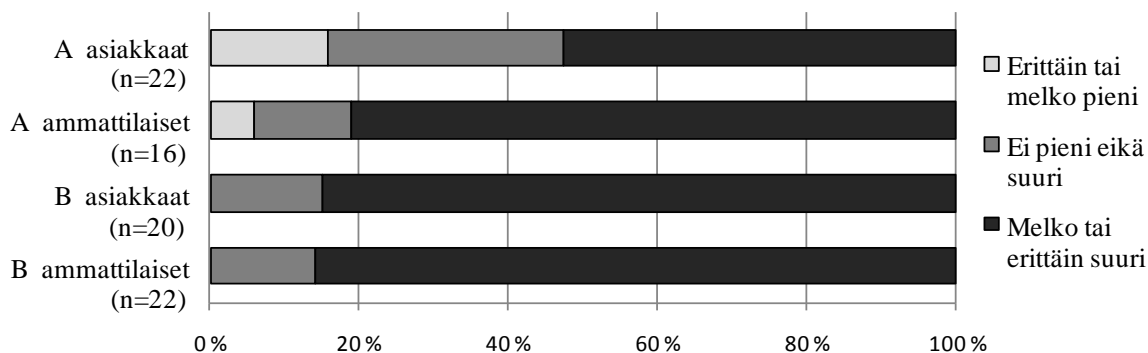
Erittäin tai melko pieneen mahdollisuuteen lääkkeistä eroon pääsemässä keskuksessa A uskoi asiakkaista 28 %. Melko tai erittäin suureen mahdollisuuteen uskoi puolet asiakkaista. Keskuksen A asiakkaat olivat siis jälleen kerran muita huomattavasti epäileväisempiä hoidon onnistumisesta, sillä keskuksen B asiakkaista ja keskuksen A ja B ammattilaisista 85–88 % uskoi mahdollisuuden päästä eroon lääkkeistä hoidon avulla olevan erittäin tai melko suuri.

Yhteenvetona voi siis todeta, että keskuksessa A asiakkaiden uskomukset hoidon avulla päihhteistä eroon pääsemisestä olivat huomattavasti negatiivisempia kuin ammattilaisten uskomukset samassa keskuksessa tai asiakkaiden ja ammattilaisten uskomukset keskuksessa B. Ammattilaisten mielipiteet olivat hyvin lähellä toisiaan näissä kahdessa eri keskuksessa, sekä myös keskuksen B asiakkaat olivat lähes yhtä optimistisia kuin ammattilaiset hoidon mahdollisuuksista. Lukuun ottamatta keskuksen A asiakkaita kaikki ryhmät olivat sitä mieltä, että mitä "kovempi" huumausaine oli kyseessä sitä vähemmän hoidon uskottiin auttavan päihhteestä eroon pääsemisessä. Keskuksen A asiakkaiden mielestä lääkkeistä eroon pääseminen hoidon avulla oli hankalampaa kuin muista päihhteistä eroon pääseminen. Muut ryhmät, eli keskuksen A ammattilaiset ja keskuksen B asiakkaat ja ammattilaiset, pitivät heroiinista eroon pääsemistä hoidon avulla vähiten todennäköisempänä. Kaiken kaikkiaan

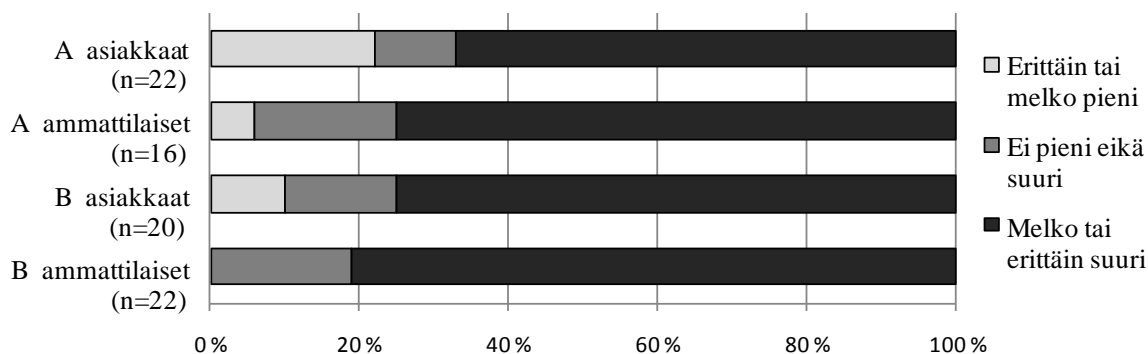
suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista uskoivat päihteestä riippumatta siihen, että mahdollisuus päästä eroon päihteestä hoidon avulla on erittäin tai melko suuri.



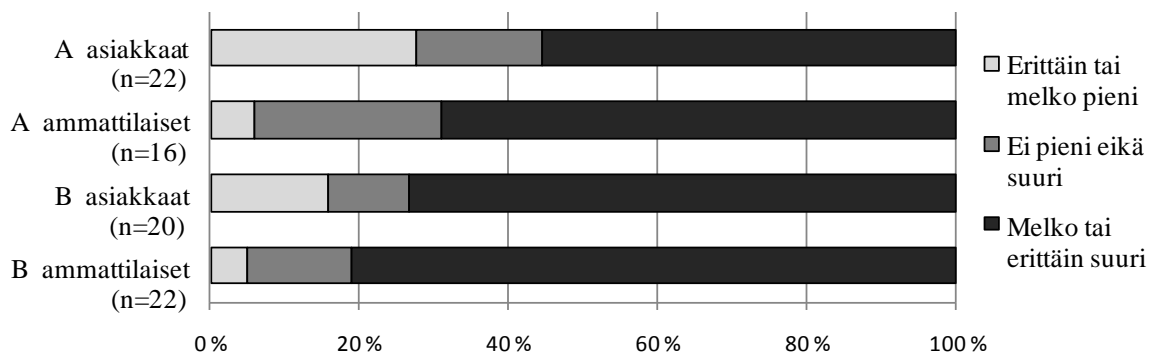
**Kuvio 10.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **alkoholista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **hoidon avulla** (%).



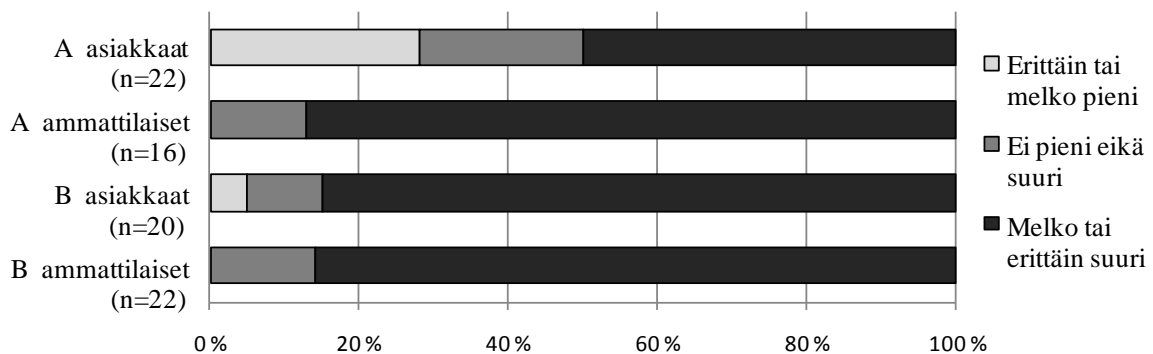
**Kuvio 11.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **kannabiksesta** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **hoidon avulla** (%).



**Kuvio 12.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **amfetamiinista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **hoidon avulla** (%).



**Kuvio 13.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **heroiinista/muista opioideista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **hoidon avulla** (%).



**Kuvio 14.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **lääkkeistä** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **hoidon avulla** (%).

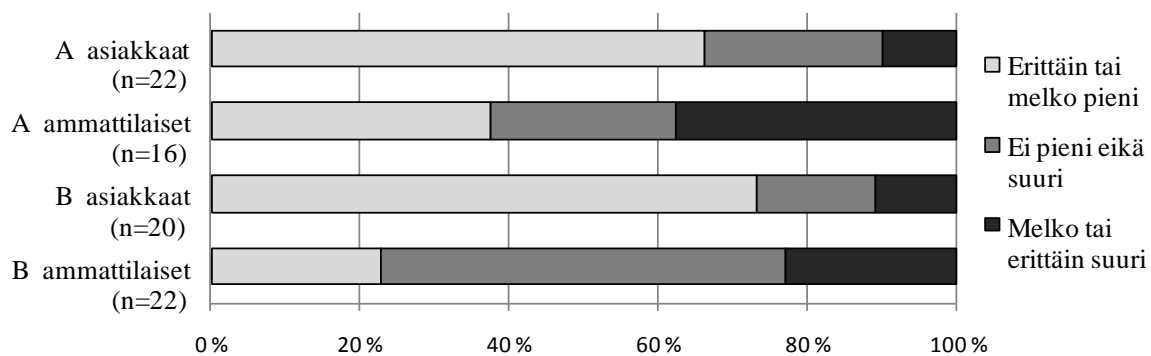
Entä asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet päihteistä eroon pääsemisestä ilman hoitoa? Päihdekuntoutuskeskuksen A asiakkaista 67 % ja keskuksen B asiakkaista 74 % oli sitä mieltä, että mahdollisuus päästä eroon alkoholista ilman hoitoa on erittäin tai melko pieni. Vastaavat luvut ammattilaisten keskuudessa olivat 38 % ja 23 %. Melko tai erittäin suurena mahdollisuutta piti keskuksen A asiakkaista 10 % ja ammattilaisista 38 %. Keskuksessa B asiakkaista 11 % ja ammattilaisista 23 % pitivät mahdollisuutta erittäin tai melko suurena. Ammattilaiset siis uskoivat asiakkaita huomattavasti enemmän mahdollisuuteen päästä eroon alkoholista ilman hoitoa.

Myös kannabiksen kohdalla asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet erosivat toisistaan. Ammattilaiset uskoivat, kuten alkoholinkin kohdalla, asiakkaita enemmän melko tai erittäin suureen mahdollisuuteen päästä eroon kannabiksesta eroon ilman hoitoa. Keskuksen A

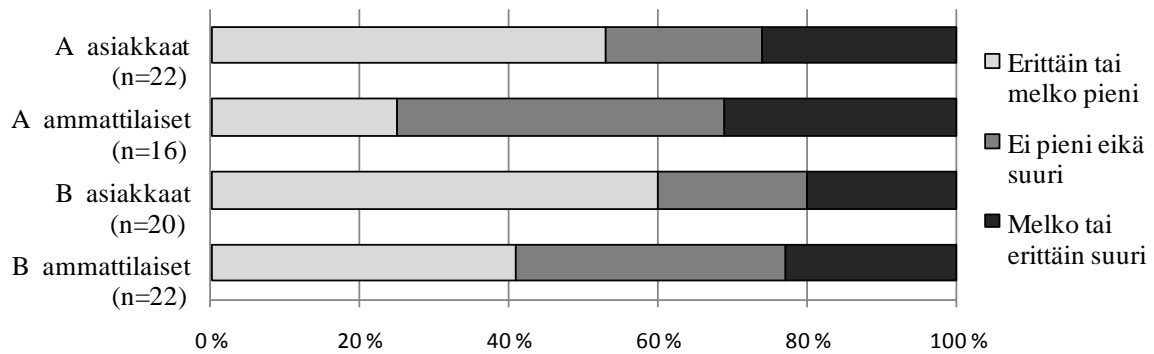
asiakkaista 53 % ja ammattilaisista 25 % sekä keskuksen B asiakkaista 60 % ja ammattilaisista 41 % piti mahdollisuutta päästä eroon kannabiksesta ilman hoitoa erittäin tai melko pienenä. Amfetamiinin kohdalla kaikkien muiden ryhmien usko pähteestä eroon pääsemiseen laski verrattuna alkoholiin ja kannabikseen paitsi keskuksen A asiakkaiden. Keskuksen A asiakkaista 37 % uskoi mahdollisuuden olevan erittäin tai melko suuri.

Myös heroiinin ja muiden opioidien kohdalla keskuksen A asiakkaiden mielipiteet poikkesivat paljon muiden ryhmien mielipiteistä, sillä heistä 37 % uskoi mahdollisuuden päästä eroon heroiinista olevan melko tai erittäin suuri ilman hoitoa, kun saman keskuksen ammattilaisista vain 6 % oli sitä mieltä. Keskuksen B asiakkaista samaa mieltä oli 10 % ja ammattilaisista 9 %. Myös lääkkeiden kohdalla samanlainen kaava näytti toistuvan, jolloin keskuksen A asiakkaat uskoivat taas muita runsaasti enemmän riippuvuuden voittamiseen ilman hoitoa.

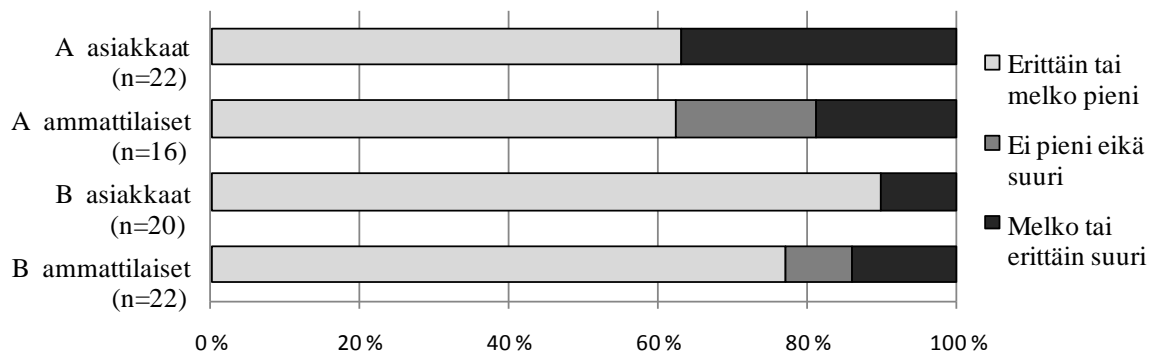
Yhteenvetona voidaan todeta, että ammattilaisten usko huumausaineesta eroon pääsemiseen ilman hoitoa oli sitä vähäisempi mitä "kovemmasta" aineesta oli kysymys. Keskuksen B asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet olivat taas lähempänä toisiaan kuin keskuksen A. Suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista oli kuitenkin sitä mieltä pähteestä riippumatta, että mahdollisuus päästä huumausaineesta eroon ilman hoitoa on erittäin tai melko pieni.



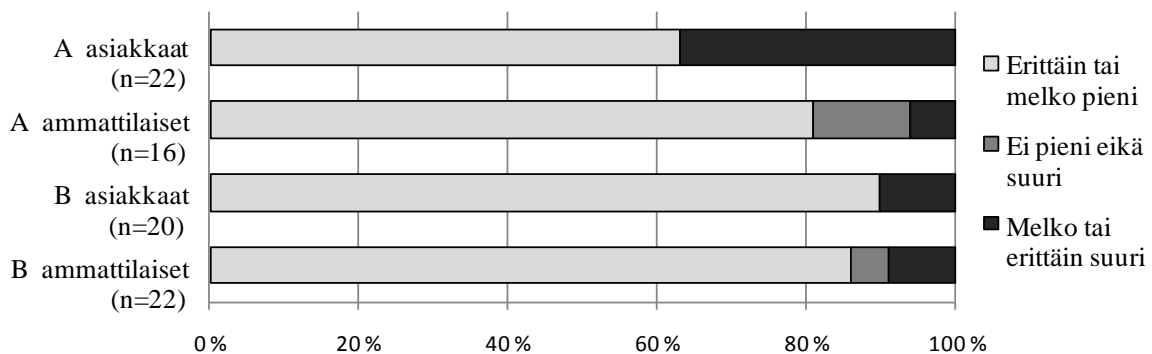
**Kuvio 15.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **alkoholista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **ilman hoitoa** (%).



**Kuvio 16.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **kannabiksesta** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **ilman hoitoa** (%).

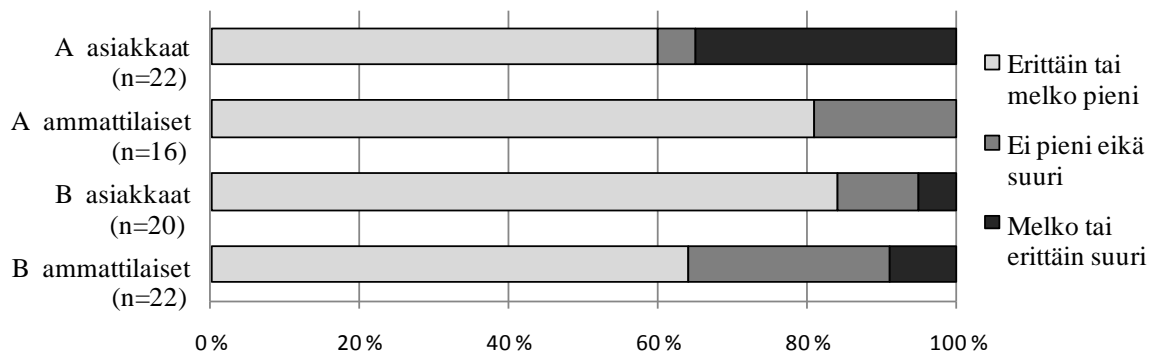


**Kuvio 17.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **amfetamiinista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **ilman hoitoa** (%).



**Kuvio 18.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **heroiinista/muista opioideista** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **ilman hoitoa** (%).





**Kuvio 19.** Asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset **lääkkeistä** eroon pääsemisen mahdollisuudesta **ilman hoitoa** (%).

## 6.5 Asiakkaiden käsityksiä addiktioista

Tässä luvussa esittelen asiakkaiden vastauksia heille esitettyihin väittämiin, sekä mahdollisuuksien mukaan vertailen niitä edellä saatuihin tuloksiin. Väittämät liittyvät päihdeongelman syntymiseen ja siitä toipumiseen. Luvun lopussa olevista kuvioista ensimmäiset viisi liittyvät päihdeongelman syntymiseen ja siihen, kenellä asiakas kokee vastuun tai ainakin osan vastuusta päihdeongelman syntymisestä olevan. Seuraavat kuusi väittämää koskevat asiakkaiden mielipiteitä liittyen päihdeongelmasta toipumiseen ja siihen, kenet asiakas näkee vastuullisena ongelman ratkaisemisessa. Viimeinen kuvio liittyy siihen, pitävätkö asiakkaat päihderiippuvuutta sairautena.

Molemmissa päihdekuntoutuskeskuksissa noin 80 % asiakkaista oli sitä mieltä, että sosiaaliset paineet ovat vaikuttaneet oman päihdeongelman syntyyn. Suurimman osan mielestä sosiaalinen ympäristö on siis osaltaan vaikuttanut päihdeongelman syntymiseen. Vain 14 % keskuksessa A ja 10 % keskuksessa B oli sitä mieltä, etteivät sosiaaliset paineet ole olleet missään osassa päihdeongelmien syntymisessä. Nämä tulokset näyttävät pitävän paikkansa myös yleisemmällä tasolla, sillä Nyysösen (2008) tutkimukseen osallistuneista päihdekuntoutusasiakkaista 84 % koki, että sosiaaliset paineet ovat vaikuttaneet oman päihdeongelman syntyyn. Lisäksi noin puolet asiakkaista sekä keskuksessa A että B oli sitä mieltä, että omaan päihderiippuvuuteen ovat vaikuttaneet itsestä riippumattomat tapahtumat. Nämä ovat ristiriidassa Brickmanin ym. (1982) mallin avulla saamieni tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan asiakkaat kannattivat hyvin vähän kompensatiomallia ja

lääketieteellistä mallia, jotka painottavat olosuhteiden ja ympäristön vaikutusta päihderiippuvuuden synnyssä. Tosin se, että he valitsivat ihmisen itsensä vaikuttavan ympäristöä enemmän päihdeongelman syntyyn, ei sulje pois sitä mahdollisuutta, että ongelman takana olisi myös sosiaalisia paineita. Haastatteluaineistostahan kuitenkin selvisi, että moni asiakas näki oman päihdeongelmansa taustalla työpaikan, opintojen tai harrastuksen päihdemyönteisen ilmapiirin. Kun kaikki muut joivat, oli vaikea poiketa ainoana ryhmästä sanomalla ei. Asiakkaat painottivat haastatteluissaan monia muitakin itsestä riippumattomia tapahtumia, kuten läheisen kuolema, irtisanominen tai perheväkivalta. Myös Nyysösen (2008) tutkimukseen osallistuneista päihdekuntoutusasiakkaista valtaosa oli sitä mieltä, että omaan päihderiippuvuuteen oli vaikuttanut itsestä riippumattomat tapahtumat.

Noin 40 % asiakkaista molemmissa kuntoutuskeskuksissa oli sitä mieltä, että jos heillä olisi ollut oikeanlaisia mahdollisuuksia, he eivät olisi kehittäneet itselleen päihdeongelmia. He siis siirtävät vastuun päihdeongelman syntymisestä itsensä ulkopuolisiin tekijöihin. Keskuksessa A kuitenkin lähes neljäsosa uskoi kohtalon määränneen päihdeongelman synnystä. Keskuksessa B vastaava luku on vain 5 %. Vaikka suurin osa asiakkaista olikin sitä mieltä, että päihderiippuvuuden taustalta on löydettävissä monia itsestä riippumattomia tapahtumia, silti lähes 80 % tunsi olevansa henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmastaan. Tämä tulos on yhdenmukainen sen kanssa, että asiakkaat valitsivat päihteestä riippumatta useimmiten moraalisen mallin kuvaamaan päihderiippuvuuden synnyn ja ratkaisun vastuuta, jolloin vastuun siis katsottiin olevan riippuvaisella itsellään.

Vain noin 30 % asiakkaista keskuksessa A ja B oli sitä mieltä, että hoitoalan ihmisten tehtävänä on löytää parannuskeino asiakkaan päihdeongelmiin. Suurin osa asiakkaista näki siis itsensä vastuussa päihdeongelman ratkaisemisesta. Tulokset ovat siis samansuuntaisia kuin luvussa 6.3, sillä asiakkaat valitsivat vain hyvin harvoin päihderiippuvuuden vastuuta kuvaamaan valistusmallin tai lääketieteellisen mallin, joiden mukaan asiakas ei ole vastuussa ongelmansa ratkaisemisesta. Asiakkaiden vastaukset myös väittämään ”Minun on itse ratkaistava päihdeongelmani” tukee tuloksia, sillä keskuksessa A 64 % ja keskuksessa B 75 % oli samaa mieltä väittämän kanssa.

Asiakkailta kysyttiin myös mielipidettä väittämään: ”Päihdeongelmasta toipuminen riippuu hyvästä hoidosta”. Suurin osa asiakkaistahan oli sitä mieltä päihteestä riippumatta, että

hoidon avulla mahdollisuus päästä eroon päihteistä on erittäin tai melko suuri. Seuraava taulukko tukee tulosta, sillä suurin osa asiakkaista uskoo toipumisen olevan kiinni hyvästä hoidosta. Hoidon onnistumisen kannalta on varmastikin oleellista, että asiakas uskoo hoidon mahdollisuuteen auttaa asiakas irti päihteistä. Enää jää haasteeksi tehdä hoidosta sellaista, mikä vastaa asiakkaan käsitystä hyvästä hoidosta. Myös muiden apua ja tukea asiakkaat pitivät hyvin tärkeänä, sillä 100 % keskuksessa A ja 95 % keskuksessa B olivat samaa mieltä väittämän ”Muiden tuki ja apu voisi auttaa minua voittamaan päihdeongelmani ” kanssa. Tämä tulos antaa erityisen painon päihdeongelmaisen lähipiirille ja antaa arvoa näissäkin kahdessa päihdekuntoutuskeskuksessa painotettavalle yhteisöllisyys-periaatteelle ja vertaistuen tärkeydelle. Tulos saa tukea myös Blomqvistin (2002) tutkimuksesta, jonka mukaan erityisen tärkeää riippuvaiselle oli itselle tärkeiden ihmisten tuki ja painostus.

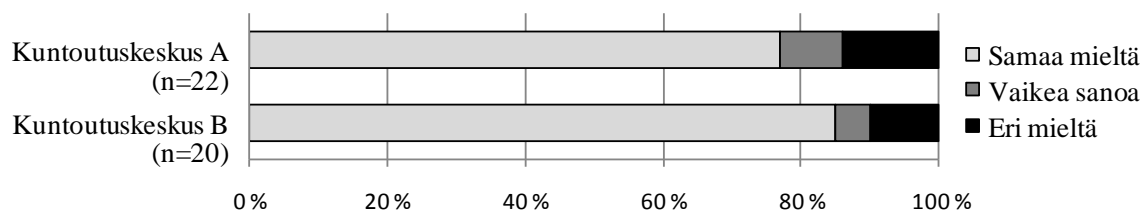
Väittämien avulla tarkasteltiin myös asiakkaiden käsityksiä siitä, auttavatko heidän oma päättäväisyys ja yritteliäisyys irtautumaan päihdeongelmasta. Asiakkaista vain 14 % keskuksessa A ja 10 % keskuksessa B oli sitä mieltä, että päihdeidenkäyttö on mahdollista lopettaa, jos asiakas vain päättää niin. Pelkkä päätöksenteko ei siis asiakkaiden mukaan riitä ongelmakäytön lopettamiseen. Kuitenkin 64 % asiakkaista keskuksessa A ja jopa 85 % keskuksessa B oli sitä mieltä, että päihdeongelmasta voi toipua, jos vain yrittää tarpeeksi paljon. Suurin osa asiakkaista koki siis kontrollin lokuksen olevan sisäinen. Asiakkaat pitävät siis omaa yrittämistään ja motivaatiotaan erityisen tärkeänä tekijänä päihdeongelmasta irti pääsemisessä.

Asiakkailta kysyttiin myös, pitävätkö he päihdeiden ongelmallista käyttöä sairautena. Vain 9 % asiakkaista keskuksessa A ja 10 % keskuksessa B oli sitä mieltä, että päihdeiden ongelmallinen käyttö ei ole sairaus, eli enemmistö asiakkaista piti siis ongelmakäyttöä sairautena. (Vrt. s. 35.) Myös Nyyssösen (2008) tutkimuksen mukaan 84 % vastaajista piti päihdeiden ongelmakäyttöä sairautena.

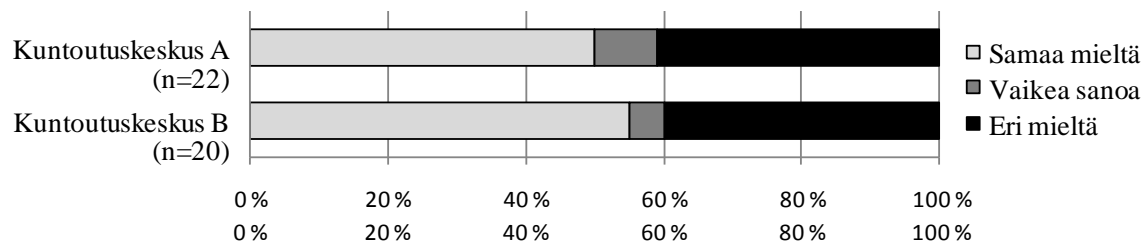
Väittämien avulla saatujen tulosten mukaan noin puolet asiakkaista koki, että päihdeongelman synnyn taustalla on tapahtumia, joihin riippuvainen ei itse ole voinut vaikuttaa. Suurimman osan mielestä myös sosiaaliset paineet olivat vaikuttaneet päihdeongelman syntyyn. Siitä huolimatta noin 80 % asiakkaista kuitenkin katsoi olevansa itse henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmastaan. Suurin osa asiakkaista koki myös

vastuun ongelman ratkaisemisesta olevan heillä itsellään, mutta hyvää hoitoa pidettiin kuitenkin avainasemassa päihdeongelmasta toipumisessa. Muiden apua ja tukea pidettiin ensiarvoisen tärkeänä. Pelkän päätöksen päihdeidenkäytön lopettamisesta ei katsottu vievän pitkälle kuntoutumisprosessissa, mutta asiakkaat silti uskoivat päihdeongelmasta toipumisen olevan mahdollista tarpeeksi kovalla yrittämisellä.

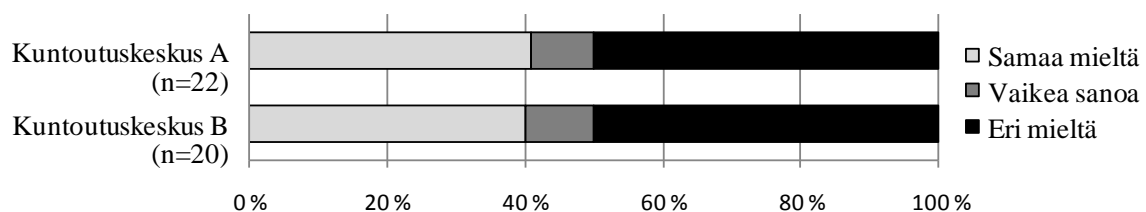
Kuten kuvioista voi huomata, päihdekuntoutuskeskusten asiakkaiden vastaukset esitettyihin väittämiin olivat hyvin samankaltaisia keskenään. Verrattaessa näiden kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden vastauksia Nyyssösen (2008) tutkimuksen tuloksiin voidaan todeta, että tulokset ovat samansuuntaisia myös suuremmalla aineistolla tutkittaessa.



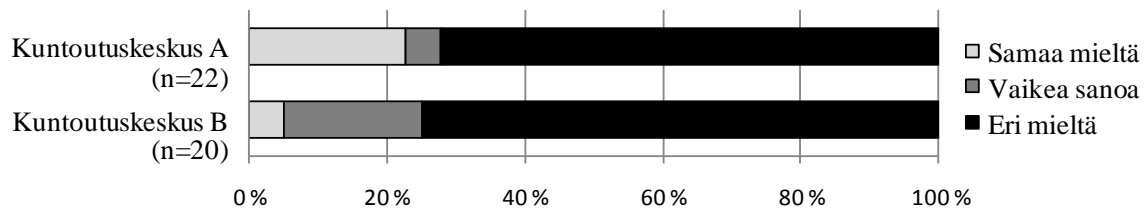
**Kuvio 20.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: sosiaaliset paineet ovat vaikuttaneet päihdeongelmieni syntyyn (%).



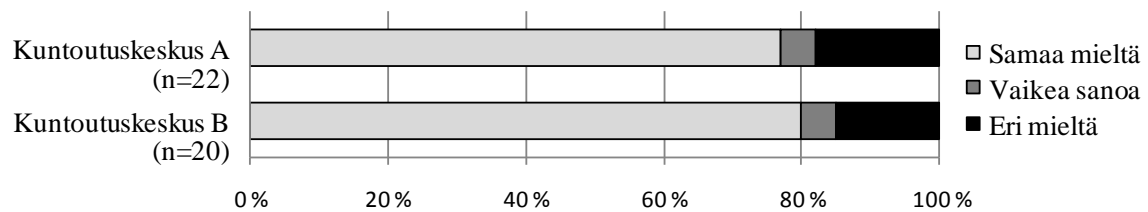
**Kuvio 21.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: päihderiippuvuuteeni ovat vaikuttaneet minusta itsestäni riippumattomat tapahtumat (%).



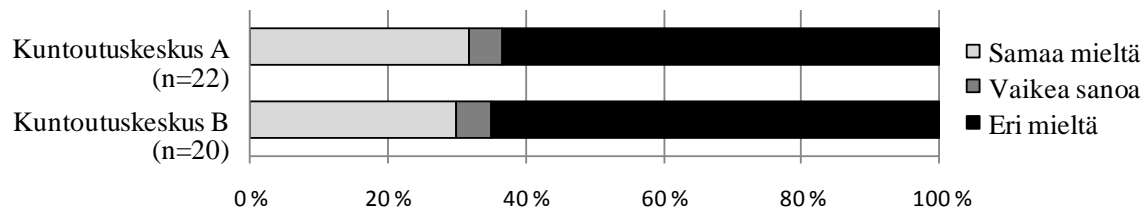
**Kuvio 22.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: jos minulla vain olisi ollut oikeanlaisia mahdollisuuksia, en olisi kehittänyt itselleni päihdeongelmia (%).



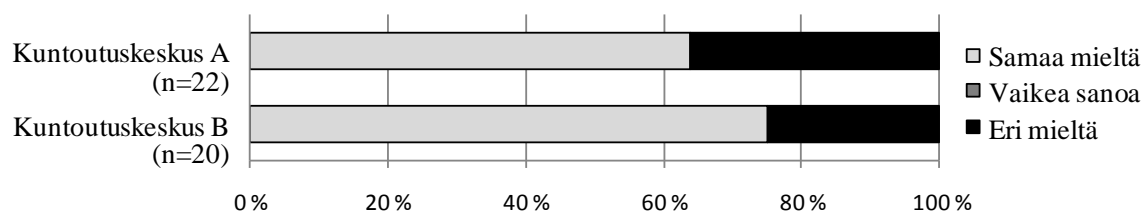
**Kuvio 23.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: kohtalo on määrännyt minulle päihdeongelmat (%).



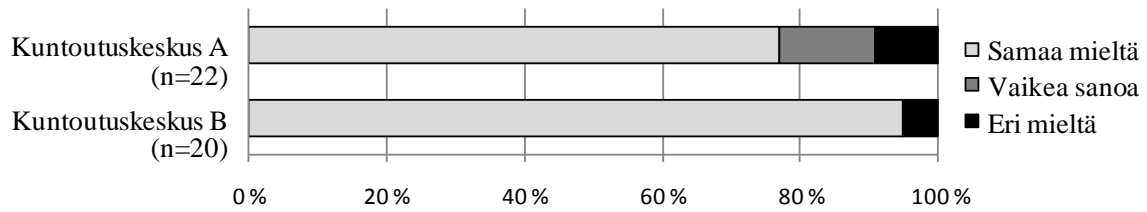
**Kuvio 24.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmistani (%).



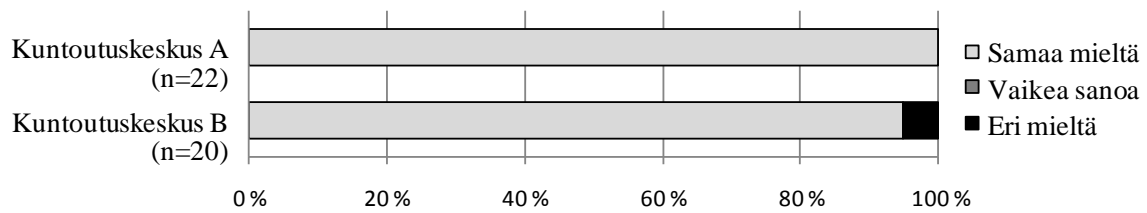
**Kuvio 25.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: hoitoalan ihmisten tehtävänä on löytää parannuskeino päihdeongelmiini (%).



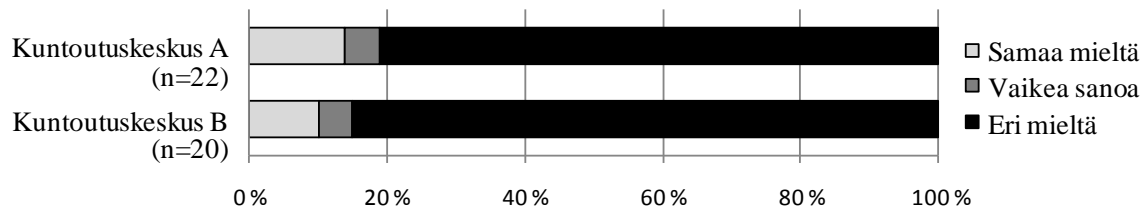
**Kuvio 26.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: minun on itse ratkaistava päihdeongelmani (%).



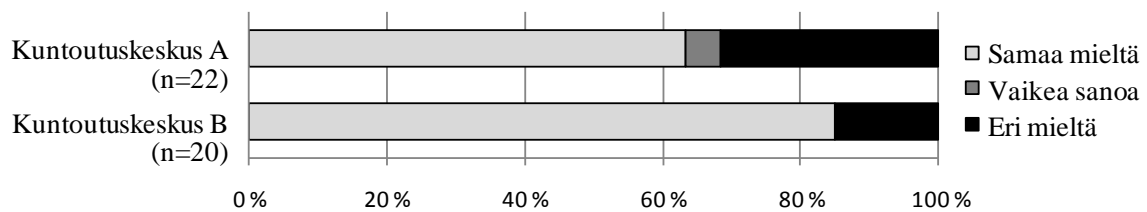
**Kuvio 27.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: päihdeongelmasta toipuminen riippuu hyvästä hoidosta (%).



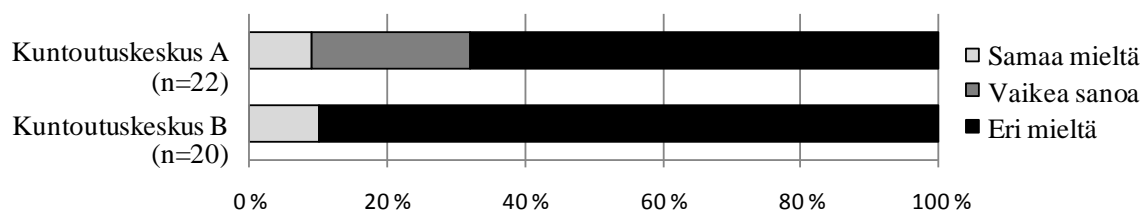
**Kuvio 28.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: muiden apu ja tuki voisi auttaa minua voittamaan päihdeongelmani (%).



**Kuvio 29.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: voisin lopettaa päihteiden käytön, jos vain päätän niin (%).



**Kuvio 30.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: päihdeongelmasta voi toipua, jos vain yrittää tarpeeksi paljon (%).



**Kuvio 31.** Asiakkaiden vastaukset väittämään: päihteiden ongelmallinen käyttö ei ole sairaus (%).

## 7. Yhteenvetoa ja pohdintaa

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä riippuvuuksien luonteesta, niiden synnystä sekä niistä toipumisesta. Tulosten mukaan molempien päihdekuntoutuskeskusten ammattilaisten kolme yleisintä valintaa kuvaamaan päihderiippuvuutta olivat opittu selviytymismalli, tunne-elämän sairaus sekä yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa. Asiakkaiden valitsemien kolmen yleisimmän kuvauksen joukossa olivat itse aiheutettu ongelma sekä tunne-elämän sairaus. Keskuksen A asiakkaiden toiseksi yleisin valinta oli kuitenkin tahdonvoiman puute/luonteen heikkous. Keskuksessa B yleisin valinta oli ammattilaisten mukaisesti opittu selviytymismalli.

Myös Nyysösen (2008) tutkimuksen mukaan päihdekuntoutusasiakkaat valitsivat useimmiten päihderiippuvuutta kuvaamaan itse aiheutetun ongelman, tunne-elämän sairauden sekä opitun selviytymismallin, jotka olivat myös keskuksen B asiakkaiden yleisimmät vastaukset. Nyysösen tutkimuksen tavoin biologisperäiset luonnehdinnat eivät saaneet tässäkään tutkimuksessa paljoa kannatusta. Ammatilliset kuitenkin pitivät molemmissa keskuksissa päihderiippuvuutta asiakkaita useammin persoonallisuushäiriönä ja aivosairautena. Asiakkaat sen sijaan pitivät päihderiippuvuutta huomattavasti ammatillaisia useammin geeniperimästä johtuvana toimintahäiriönä. Jos tarkastellaan sitä, kummassa keskuksessa asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet olivat lähempänä toisiaan, huomataan, että keskuksessa B käsitykset addiktion luonteesta olivat yhteneväisempiä kuin keskuksessa A. Asiakkaiden mielipiteet olivat kuitenkin lähempänä toisen keskuksen asiakkaiden mielipiteitä kuin saman keskuksen ammattilaisten. Tuloksista on myös huomattavissa, että asiakkaat kannattivat ammatillaisia enemmän kuvauksia, joissa riippuvuus johtui ihmisestä itsestään eli he attribuivat riippuvuuden syyn itseensä. Tämä saattaa olla huono asia

asiakkaan kuntoutumisen kannalta, sillä tutkimusten mukaan ihmisen toipuminen saattaa hidastua, jos hän pitää itseään vastuussa sairaudestaan (King 1983, 175). Toisaalta, jos riippuvainen uskoo olevansa itse vastuussa ongelmastaan, saattaa hän myös pitää itseään avainasemassa ongelman ratkaisemisessa sekä tajuta, että muutos omassa käyttäytymisessä on välttämätöntä kuntoutumisen onnistumisen kannalta. Riippuvuusriskin nähtiin ennen kaikkea nousevan mitä ”kovemmasta” päihteestä oli kyse.

Mielestäni olisi tärkeää kartoittaa esimerkiksi ennen hoidon alkua, mitä päihdekuntoutusasiakas kokee ongelman taustalla olevan, sillä sillä luulisi olevan suuri vaikutus hoidon onnistumiseen. Jos asiakas kokee riippuvuuden olevan esimerkiksi geeniperimästä johtuva toimintahäiriö tai toisaalta itse aiheutettu ongelma, luulisi, että hoidon tulisi ottaa se jollain tavalla huomioon. Jos asiakas ajattelee kyseessä olevan aivovaurio, hän saattaa olla hyvin epäuskoinen hoidon onnistumiseen. Tällöin ammattilaisen olisi ehkä hyvä etsiä muitakin vaihtoehtoja, jotka riippuvuuden taustalla saattaisi olla.

Kun asiakkaat ja ammattilaiset kuvailivat sitä, miten päihdeongelmat ilmenevät riippuvaisen elämässä ja mistä tietää, että ihminen on riippuvainen, olivat tulokset hyvin yhdenmukaisia. Sekä asiakkaat että ammattilaiset kuvailivat riippuvuutta hyvin samalla tavalla kuin Kalant (2001). Päälimmäisenä asiakkailta ja ammattilaisilta oli siis mielessään hallinnan menettäminen, pakkomielleisyys ja tärkeysjärjestyksen muuttuminen. Suuri osa asiakkaiden ja ammattilaisten kuvaksista löytyvät myös ICD-10 tautiluokituksesta.

Kun riippuvuuden synty- ja ratkaisuvastuun jakautumista tarkasteltiin Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti, selvisi, että suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista molemmissa keskuksissa oli moraalisen mallin kannalla päihteestä riippumatta. He siis pitivät riippuvaista vastuussa ongelman syntyisestä ja ratkaisemisesta. Keskuksessa A moraalisen mallin kannatus kuitenkin laski niin asiakkaiden kuin ammattilaisten keskuudessa sitä mukaa, mitä ”kovemmasta” huumausaineesta oli kyse. Esimerkiksi muiden huumeiden paitsi kannabiksen ollessa kyseessä ammattilaisista lähes 40 % oli kompensaatiomallin kannalla, jonka mukaan riippuvainen ei ole vastuussa riippuvuuden synnystä, mutta hänellä on kuitenkin vastuu ongelman ratkaisemisesta. Keskuksessa B vastaavanlaista kaavaa ei ollut huomattavissa. Lääketieteellinen malli, jonka mukaan riippuvainen ei ole vastuussa ongelmansa synnystä eikä sen ratkaisemisesta, sai yleisesti ottaen vähiten kannatusta. Kuitenkin lääkkeiden



kohdalla lääketieteellinen malli oli toiseksi yleisin ajattelutapa moraalisen mallin jälkeen kaikissa muissa ryhmissä paitsi asiakkaiden keskuudessa keskuksessa A. Lääkkeiden kohdalla vastuu niin ongelman synnystä kuin sen ratkaisusta attribuotiin ulkopuolisiin tekijöihin. Myös muissa tutkimuksissa on päädytty samanlaisiin tuloksiin riippuvaisten ja ammattilaisten vastuutulkinnosta (ks. Nyssönen 2008, Palm 2004). Moraalisen mallin kannatuksen ylivoimaisuutta tukee myös se, että asiakkaista selvä enemmistö keskuksissa A ja B oli sitä mieltä, että heidän on itse ratkaistava päihdeongelmansa. Brickmanin ym. (1982) mallin avulla saatuja tuloksia vertailtaessa voi huomata saman kaavan ilmenevän kuin aikaisemminkin. Keskuksessa A asiakkaiden ja ammattilaisten mielipiteet ovat hieman kauempana toisistaan kuin keskuksessa B.

Kun haastattelupuheesta etsittiin vastausta siihen, mitä asiakkaat pitivät riippuvuutensa synnyn taustalla, olivat tulokset hyvin yhteneväisiä keskuksissa A ja B. Asiakkaat eivät kuitenkaan attribuoineet riippuvuuden synnyn syytä itseensä, kuten olisi voinut olettaa Brickmanin ym. (1982) mallin avulla saatujen tulosten perusteella, vaan asiakkaiden mielestä syy oli lähiympäristöön liittyvissä asioissa ja tapahtumissa. Eniten mainittu syy riippuvuuden synnylle oli lähipiirissä esiintyvä alkoholismi. Sillä asiakkaat tarkoittivat lähinnä alkoholismin siirtymistä geneettisesti sukupolvelta toiselle. Tämä ajatus sai tukea myös siitä, että keskuksessa A 41 % ja keskuksessa B 30 % asiakkaista valitsi kuvauksen päihderiippuvuudesta geeniperimästä johtuvana toimintahäiriönä kolmen osuvimman kuvauksen joukkoon. Muita asiakkaiden yleisimmin mainitsemia syitä riippuvuuden synnylle olivat yllättävät negatiiviset tapahtumat, nuoruudessa koetut rankat asiat, sosiaalisen ympäristön painostus sekä jokin aivoissa esiintyvä häiriö tai puutostila. Vain muutama asiakas mainitsi riippuvuutensa synnyn takana olevan riippuvainen itse.

Edellä esittämäni tulokset ovat hyvin ristiriitaisia aikaisemmin saatujen tulosten kanssa, joiden mukaan asiakkaat pitivät riippuvaista itseään vastuussa ongelman synnystä. Myös Nyssösen (2008) tutkimuksessa esiintyi sama ristiriitaisuus. Riippuvuudesta yleisesti puhuessaan päihderiippuvaiset pitivät pääasiassa riippuvaista itseään vastuussa ongelman synnystä, mutta puhuessaan riippuvuudesta oman henkilökohtaisen kokemuksen kautta painottivat päihdekuntoutusasiakkaat ulkopuolisia syitä. Miten nämä ristiriitaiset tulokset on selitettävissä? Saattaa olla, että asiakkaat pitivät omaa henkilökohtaista vastuutaan päihdeongelman synnystä niin itsestään selvänä asiana, etteivät he kokeneet tärkeänä tuoda

sitä erikseen esille. Haastattelussa he siten kertoivat vain muita syitä itsensä lisäksi, mitkä he näkivät vaikuttaneen päihderiippuvuuden syntyyn. Tätä selitystä tukee tulos, jonka mukaan noin 80 % molempien keskusten asiakkaista oli sitä mieltä, että he ovat itse henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmastaan. Noin 80 % koki sosiaalisten paineiden vaikuttaneen päihdeongelman syntyyn. Toisaalta kyse saattaa olla myös siitä, että riippuvaiset pitävät yleisesti ottaen riippuvaista itseään vastuussa ongelman synnystä, mutta pitävät omaa tapaustaan poikkeuksena muiden joukossa. Noin 50 % asiakkaista olikin sitä mieltä, että päihdeongelmaan oli vaikuttanut riippuvaisesta itsestään riippumattomat asiat.

Kun asiakkailta ja ammattilaisilta kysyttiin, minkälaisena he pitivät mahdollisuutta päästä päihderiippuvuudesta eroon hoidon avulla, suurin osa vastaajista piti mahdollisuutta melko tai erittäin suurena. Tämä onkin erittäin rohkaiseva tulos, sillä hoidon onnistumisen kannalta on varmastikin erityisen tärkeää, että sekä asiakas ja ammattilainen uskovat siihen. Huomionarvoista tuloksissa on kuitenkin se, että keskuksen A asiakkaat pitivät mahdollisuutta päästä irti päihderiippuvuudesta hoidon avulla huomattavasti muita ryhmiä pienempänä. Lukuun ottamatta keskuksen A asiakkaita kaikki ryhmät olivat sitä mieltä, että mitä ”kovempi” huumausaine oli kyseessä sitä vähemmän hoidon uskottiin auttavan päihteestä eroon pääsemisessä. Keskuksen A asiakkaan erosivat siis myös tässä suhteessa muista ryhmistä.

Kun tarkasteltiin tutkimukseen osallistujien uskomuksia liittyen mahdollisuuteen päästä eroon päihteestä ilman hoitoa, suurin osa asiakkaista ja ammattilaisista ajatteli mahdollisuuden olevan melko tai erittäin pieni. Ammattilaisten usko päihteestä eroon pääsemiseen ilman hoitoa oli sitä vähäisempi mitä ”kovemmasta” aineesta oli kyse. Keskuksen A asiakkaat erosivat jälleen kerran muista ryhmistä uskoen amfetamiinin, heroiinin ja muiden opioidien, sekä lääkkeiden kohdalla suurempaan mahdollisuuteen päästä irti päihteestä ilman hoitoa. Keskuksen A asiakkaat uskoivat siis muita vähemmän hoidon merkitykseen päihteestä eroon pääsemisessä ja vastaavasti enemmän siihen, että ilman hoitoa mahdollisuus on melko tai erittäin suuri. Mielenkiintoista olisikin tutkia asiaa enemmän, ja selvittää miten heidän epäuskonsa hoidon onnistumiseen ja usko päihteestä eroon pääsemiseen vaikuttaa heidän hoitajaksoonsa ja riippuvuuden lopulliseen voittamiseen. Voisi luulla, että asiakkailla, jotka uskovat hoidon merkittävyyteen päihteistä eroon pääsemisessä, olisi parempi mahdollisuus jättää päihde-elämä taakse. Usko hoitoon voisi lisätä motivaatiota ja uskoa hoidon

onnistumiseen myös omalla kohdalla. Jos näin olisi, niin miten asiakkaiden uskoa hoidon hyödyllisyyteen ongelman ratkaisemiseksi voitaisiin nostaa? Entä jos ammattilainen ei usko hoidon auttavan; välittykö negatiivinen ilmapiiri ja epäusko myös asiakkaisiin?

Analyysin avulla on helposti havaittavissa, että keskuksen A asiakkaiden mielipiteet erosivat huomattavasti muiden ryhmien mielipiteistä lähes jokaisen tutkielmassa tutkitun asian kohdalla. Siten keskuksessa A asiakkaiden ja ammattilaisten näkemykset erosivat selvästi enemmän toisistaan kuin keskuksessa B. On vaikea arvioida, mistä kyseinen ero saattaisi johtua, mutta joitain selityksiä sille on kuitenkin mahdollista löytää. Kuten on jo aikaisemmin mainittu, kuntoutuskeskuksessa A on asiakaspaikkoja noin kaksi kertaa enemmän kuin keskuksessa B. Tämä voisi selittää keskuksessa A asiakkaiden ja ammattilaisten näkemuserot, sillä varmastikaan ryhmään sosiaalistuminen ja siten yhteisen arvo- ja normipohjan hyväksyminen ei ole helppoa suuressa yhteisössä. Myös tutkimukseen osallistuneiden taustatiedoista voi etsiä mahdollista selitystä eroille. Keskuksessa A tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden keski-ikä on huomattavasti korkeampi kuin keskuksessa B, ja siten heille on elämänsä aikana todennäköisesti muodostunut selkeä käsitys henkilökohtaisesta ongelmastaan sekä myös riippuvuuksista yleensä. Muodostunutta käsitystä voi olla vaikea muuttaa yhdenmukaiseksi hoidossa esiintyvien käsitysten kanssa. Monissa tapauksissa asiakas kuitenkin sosiaalistuu vallalla olevaan ajattelutapaan, kuten eräs asiakas päihdekuntoutuskeskuksessa B asian ilmaisi: *”Ensimmäiseksi [valitsin] tunne-elämän sairauden, koska sitä monissa hoitopaikoissa ja NA-ohjelmassakin toivotetaan, että päihderiippuvuus on tunne-elämän sairaus.”* Kaiken kaikkiaan tuloksista voi varovaisesti päätellä, että päihdekuntoutuskeskuksissa monesti tapahtuva uudelleensosialisaatio ei ole ollut niin voimakasta keskuksessa A kuin keskuksessa B.

Mietittäessä tutkimuksen rajoituksia, mieleen tulee tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ja ammattilaisten pieni määrä. Jo pieni määrä vastaajia teki muuten ehkä merkityksettömästä asiasta merkityksellisen. Toisaalta tutkielmani tarkoituksena ei ollutkaan tutkia asiaa yleisellä tasolla vaan vain näiden kahden päihdekuntoutuskeskuksen sisällä. Tuloksista on kuitenkin selvästi huomattavissa tutkimukseen osallistuneiden ryhmien käsityseroja. Tuloksia saattaa hieman vääristää myös se, että kaikki keskuksen A ja B asiakkaat ja ammattilaiset eivät osallistuneet tutkimukseen. Siten tulokset kertovat vain tutkimukseen osallistuneiden

käsityksistä eikä täydellisesti koko keskuksen mielipiteistä. Saattaa myös olla, että tutkimukseen osallistuivat vain tietyllä tavalla päihdeongelmastaan ajattelevat.

Kaiken kaikkiaan tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset huomioiden voidaan ajatella, että tämän tutkimuksen avulla saatiin tärkeää ja harvinaislaatuista tietoa juuri näiden kahden päihdekuntoutuskeskuksen osalta. Päihdeammattilaisten mietittäväksi jää kysymys siitä, miten näiden tutkimustulosten avulla voitaisiin parantaa varsinkin tutkimukseen osallistuneiden päihdekuntoutuskeskusten hoidon onnistumisprosenttia. Tärkeää olisi tulevaisuudessa tutkia myös sitä, miten päihdekuntoutuskeskusten asiakkaiden ja ammattilaisten mielipide-erot vaikuttavat hoidon onnistumiseen.

## LÄHTEET

Addiktio sosiaalisena representaationa – tutun ja vieraan tulkinnat. <http://www.uta.fi/laitokset/sosio/project/images/> Viitattu 14.1.2009.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1994) Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Gaudeamus, Helsinki.

Blomqvist, Jan (2002) Recovery with and without treatment: A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory*, Vol 10, No 2, 119–158.

Blomqvist, Jan (2004) Pohdintoja riippuvuuden spontaaniparantumisesta. Teoksessa Hänninen, Vilma & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) *Muuttuuko ihminen?* University Press, Tampere.

Blomqvist, Jan (2006) Societal images of addiction and recovery – first results from a Swedish representative study. Research and Development Unit, Tukholma.

Brickman, Philip & Rabinowitz, Vita Carulli & Karuza, Jurgis Jr. & Coates, Dan & Cohn, Ellen & Kidder, Louise (1982) Models of Helping and Coping. *American Psychologist*, Vol. 37, No. 4, 368–384.

Davies, John (1992) *The myth of addiction: An application of the psychological theory of attribution to illicit drug use.* Harwood academic publishers, Switzerland, Chur.

Davis, Paul E. (1996) *From Toads to Toddies: An Overview of Addictive Behaviour.* Teoksessa Bonner, Adrian & Waterhouse, James (toim.) *Addictive Behaviour.* Macmillan press ltd, Lontoo.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena (2007) Huumeekysymyksen muuttunut ongelmakuva. Vuoden 2006 huumeekyselyn tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 72, No. 5, 541–552.

Heider, Fritz (1958) *The Psychology of Interpersonal Relations*. Lawrence Erlbaum associates, publishers, Hillsdale, New Jersey.

Hewstone, Miles (1983) *Attribution Theory and Common-sense Explanations: An Introductory Overview*. Teoksessa Hewstone, Miles (toim.) *Attribution Theory. Social and Functional Extensions*. Basil Blackwell Publisher, Oxford.

Hirschman, Elizabeth C. (1995) Professional, Personal, and Popular Culture Perspectives on Addiction. *American Behavioral Scientist*, Vol. 38, No. 4, 537–552.

ICD-10 (1999) *Tautiluokitus ICD-10*. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

Jokimaa, Taija (2006) ”Ihan semmoista tasaista vuoristorataa” - tutkielma huumeiden aktiivikäyttäjän arjesta, riippuvuudesta ja elämänhallinnasta. Pro gradu –tutkielma Tampereen yliopisto, Tampere.

Kalant, Harold (2001) *Addiction: concepts and definitions*. Kirjassa *Encyclopedia of Drugs, Alcohol and Addictive Behaviour*. Vol 1, A–D. 2. painos. Macmillan Reference USA, Gale Group, New York.

Kankaanrinne, Lauri (2008) *Alkoholiriippuvuuden attribuutiot maallikoiden ja päihdehuollon ammattilaisten mukaan*. Pro gradu -tutkielma Tampereen yliopisto, Tampere.

King, Jennifer (1983) *Attribution Theory and the Health Belief Model*. Teoksessa Hewstone, Miles (toim.) *Attribution theory, Social and Functional Extensions*. Basil Blackwell, Oxford.

Koski-Jännes, Anja (1998) *Miten riippuvuus voitetaan*. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Koski-Jännes, Anja (2004) *In Search of a comprehensive Model of Addiction*. Teoksessa Rosenqvist, Pia & Blomqvist, Jan & Koski-Jännes, Anja & Öjesjö, Leif (toim.) *Addiction and life course*. NAD julkaisu nro 44, Helsinki.

Koski-Jännes, Anja (2005) Aine- ja toiminnalliset riippuvuudet. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/411-aine-ja-toiminnalliset-riippuvuudet> Viitattu 8.1.2009.

Leeds, Jeremy & Morgenstern, Jon (1996) Psychoanalytic theories of substance abuse. Teoksessa Rotgers, Frederick & Keller, Daniel S. & Morgenstern, Jon (toim.) Treating substance abuse: Theory and technique. The Guilford Press, New York.

Marin, Marjatta (2001) Tarkastelunäkökulmia ikään ja ikääntymiseen. Teoksessa Sankari, Anne & Jyrkämä, Jyrki (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Vastapaino, Tampere.

Miller, William (2008) Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, Anja & Riittinen, Liisa & Saarnio, Pekka (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Nyysönen, Milla (2008) Alkoholi- ja huumeaddiktiota koskevat syy- ja vastuutulkinnat päihdekuntotusasiakkailla. Pro gradu -tutkielma Tampereen yliopisto, Tampere.

Palm, Jessica (2004) The Nature and Responsibility for alcohol and drug Problems: Views among treatment Staff. *Addiction Research and Theory*, Vol 12, No. 5, 413–431.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2008 (2008) Alkoholi ja huumeet. Stakes. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/Paihdetilastollinen2008.pdf> Viitattu 19.2.2009.

Rotter, J.B. (1966) Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, Vol 80, No1.

Taitto, Annika (1998) Kuka minä sitten olen? Riippuvuus ja siitä toipuminen. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 24. Gummerus, Saarijärvi.

Thombs, Dennis (1999) Introduction to addictive behaviours. 2. painos. The Guilford Press, New York.

Walters, Glenn & Gilbert, Alice (2000) Defining addiction: Contrasting views of clients and experts. *Addiction research*, Vol. 8, No. 3, 211–220.

Walters, Glenn (2000) Spontaneous remission from alcohol, tobacco, and other drug abuse: Seeking quantitative answers to qualitative questions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* , Vol 26, No. 3, 443–460.

Weiner, Bernard (1974) *Achievement Motivation and Attribution Theory*. General Learning Press, New Jersey.

West, Robert (2006) *Theory of Addiction*. Blackwell Publishing Ltd., Oxford.



## LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake asiakkaille

Liite 2. Kyselylomake työntekijöille

Liite 3. Haastattelukysymykset asiakkaille

Liite 4. Haastattelukysymykset työntekijöille

Liite 5. Tutkimustiedote asiakkaille

Liite 6. Tutkimustiedote työntekijöille

Liite 7. Asiakkaiden kyselylomakkeen kohdan 11 ja työntekijöiden kyselylomakkeen kohdan 10 vastaukset taulukkoina

Liite 8. Asiakkaiden kyselylomakkeen kohtien 14 ja 15 sekä työntekijöiden kyselylomakkeen kohtien 13 ja 14 vastaukset taulukkoina

Liite 9. Asiakkaiden kyselylomakkeen kohdan 18 ja työntekijöiden kyselylomakkeen kohdan 17 vastaukset taulukkoina

Liite 10. Asiakkaiden kyselylomakkeen kohdan 17 ja työntekijöiden kyselylomakkeen kohdan 16 vastaukset taulukkoina

Liite 11. Asiakkaiden kyselylomakkeen kohdan 27 vastaukset taulukkoina

## Liite 1.



### RIIPPUVUUSKYSELY ASIAKKAILLE

Ole hyvä ja vastaa *kaikkiin* kysymyksiin

Hoitoyksikkö \_\_\_\_\_

Pvm \_\_\_\_\_ Haastattelija \_\_\_\_\_

#### Osa 1. Taustakysymyksiä

1. Mikä on sukupuolesi?

1  Mies 2  Nainen

2. Minä vuonna olet syntynyt?

--	--	--	--

3. Mikä on pääasiallinen asuinpaikkasi?

- 1  Pääkaupunkiseutu  
2  Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki  
3  50 000–100 000 asukkaan kaupunki  
4  Pienempi kaupunki  
5  Maaseudun asutuskeskus tai taajama  
6  Muu maaseutu

4. Mitkä ovat perhesuhteesi? Oletko...

- 1  Naimaton  
2  Avoliitossa  
3  Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa  
4  Eronnut tai asumuserossa  
5  Leski

**5. Onko sinulla lapsia?**

- 1  Kyllä.  
2  Ei

**6. Jos sinulla on lapsia, asuvatko he luonasi?**

- 1  Kyllä.  
2  Ei  
3  Osittain.

**7 Mikä on peruskoulutuksesi?**

- 1  Kansakoulu tai kansalaiskoulu  
2  Peruskoulu tai keskikoulu  
3  Ylioppilastutkinto

**8 Mikä on ammattikoulutuksesi?**

- 1  Ei ammatillista koulutusta  
2  Ammattikurssi, muu lyhyt ammattikoulutus  
3  Ammattikoulu, kouluasteen ammatillinen tutkinto  
4  Opistotasoinen ammattikoulutus  
5  Ammattikorkeakoulututkinto  
6  Yliopisto- tai korkeakoulututkinto

**9. Oletko nykyisin...**

- 1  Palkansaaja  
2  Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja  
3  Työtön tai lomautettu  
4  Eläkkeellä  
5  Opiskelija  
6  Vanhempainlomalla, hoitovapaalla  
7  Hoidat kotia  
8  Muu tilanne, mikä? \_\_\_\_\_

**10. Oletko ollut työtön viime vuosina?**

- 1  En ole ollut työtön.  
2  Olen ollut työtön yhteensä \_\_\_\_\_ kuukautta viimeisen 12 kk aikana.  
3  Olen ollut työtön yhteensä \_\_\_\_\_ kuukautta viimeisen 5 vuoden aikana.

## Osa 2. Henkilökohtainen käsitys päihdeongelmista ja riippuvuuksista

### Riippuvuusriski

11. Kuinka suuri riski mielestäsi on riippuvuuden kehittymiseen, jos **kokeilee** seuraavia päihteitä tai toimintoja? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- h) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

	Erittäin pieni riski tai ei lainkaan	Melko pieni riski	Melko suuri riski	Erittäin suuri riski	En osaa sanoa
Riippuvuus:	1	2	3	4	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini, muut ns. opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

#### **HUOM!**

**Rahapeleillä** tarkoitetaan esim. Lottoa, rahapeliautomaatteja (hedelmäpelit, pajatso), arvontapelejä ja raaputusarpoja, vedonlyöntiä, rulettia, nettipokeria, yms.

**Lääkkeillä** tarkoitetaan tässä rauhoittavia -, uni- ja muita psyykenlääkkeitä.

**Tupakka** käsittää myös sikarit, piipun ja nuuskan.

### Mitä on päihderiippuvuus

12. Mitkä seuraavista vaihtoehtoista mielestäsi kuvaavat parhaiten päihderiippuvuutta? Valitse 1-3 osuvinta luonnehdintaa ja laita ne numerojärjestykseen

**Päihderiippuvuus on ennen kaikkea:**

Tärkeys-  
järjestys

\_\_\_\_\_ Aivosairaus

\_\_\_\_\_ Geeniperimästä johtuva toimintahäiriö

\_\_\_\_\_ Persoonallisuushäiriö

\_\_\_\_\_ Opittu selviytymismalli

\_\_\_\_\_ Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa

\_\_\_\_\_ Itse aiheutettu ongelma

\_\_\_\_\_ Tahdonvoiman puutetta, luonteen heikkoutta

\_\_\_\_\_ Tunne-elämän sairaus

\_\_\_\_\_ Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## Mitä ovat toiminnalliset riippuvuudet

13. Mitkä seuraavista vaihtoehtoista mielestäsi kuvaavat toiminnallisia riippuvuuksia (esim. pakonomainen pelaaminen, nettiriippuvuus ym.) parhaiten? **Valitse 1-3 osuvinta luonnehdintaa ja laita ne numerojärjestykseen**

### Toiminnallinen riippuvuus on ennen kaikkea:

Tärkeys-  
järjestys

- \_\_\_\_\_ Aivosairaus  
\_\_\_\_\_ Geeniperimästä johtuva toimintahäiriö  
\_\_\_\_\_ Persoonallisuushäiriö  
\_\_\_\_\_ Opittu selviytymismalli  
\_\_\_\_\_ Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa  
\_\_\_\_\_ Itse aiheutettu ongelma  
\_\_\_\_\_ Tahdonvoiman puutetta / Luonteen heikkoutta  
\_\_\_\_\_ Tunne-elämän sairaus  
\_\_\_\_\_ Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## Syitä päihdeongelmiin ja riippuvuuksiin

14. Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestäsi johtuvat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristötekijöistä ja olosuhteista, joihin ei voi itse vaikuttaa? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- g) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

### Riippuvuus johtuu

	Henkilöstä itsestään	Enemmän henkilöstä kuin olosuhteista	Enemmän olosuhteista kuin henkilöstä	Olosuhteista ja ympäristöstä	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis, marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Muut huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Vastuu ongelman ratkaisemisesta

15. Kenen vastuu on mielestäsi huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätnyt henkilö voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestäsi yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- g) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

	Täysin yksilön omalla vastuulla	Enemmän yksilön kuin yhteiskun nan	Enemmän yhteiskunnan kuin yksilön	Täysin yhteiskunna n vastuulla	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis, marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Muut huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Esteitä lopettamiselle

16. Kuinka vaikeasti voitettavia mielestäsi ovat seuraavat esteet toipumiselle henkilön yrittäessä päästä eroon riippuvuudestaan? Arvioi jokaisen riippuvuuden osalta kunkin esteen suuruutta rastittamalla sopivin vaihtoehto.

<b>a) Riippuvuus alkoholista</b>	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
<b>b) Riippuvuus tupakasta</b>	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**Toipumisen esteet (jatkoa)****c) Riippuvuus hasiksesta / marihuanasta**

	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**d) Riippuvuus muista huumeista**

	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**e) Riippuvuus lääkkeistä**

	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**f) Riippuvuus rahapeleistä**

	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Pelin ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**g) Riippuvuus internetistä**

	Erittäin pieni este 1	Melko pieni este 2	Melko suuri este 3	Erittäin suuri este 4	En osaa sanoa
1. Internetin ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Onko mahdollista toipua omin avuin?

17. Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- h) rastittamalla sopivin vaihtoehto

	Ei min- käänlaista / erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
Riippuvuus:	1	2	3	4	5	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini / muut opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Auttaako hoito?

18. Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät mukaan lukien ( esim. AA, NA)? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- h) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

	Ei min- käänlaista / erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
Riippuvuus:	1	2	3	4	5	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini / muut opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Osa 3. Omat tavat ja kokemukset

19. Kuinka usein olet juonut alkoholia viimeisten 12 kuukauden aikana?

- Päivittäin tai lähes päivittäin
- 4 - 5 päivänä viikossa
- 2 - 3 päivänä viikossa
- Noin kerran viikossa
- 2 - 3 päivänä kuukaudessa
- Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- En ole juonut alkoholia ollenkaan viimeksi kuluneen vuoden aikana

Jos et ole juonut ollenkaan, siirry kysymykseen 21.



**20. Kuinka monta annosta alkoholia tavallisesti juot niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?**  
*Yksi annos on 4 cl väkevää alkoholia tai 8 cl väkevää viiniä tai juomasekoitusta, 12 cl mietoa viiniä tai 33 cl keskiolutta, samanvahvuista siideriä tai lonkeroa.*

- 1  1 - 2 annosta  
2  3 - 4 annosta  
3  5 - 7 annosta  
4  8 - 11 annosta  
5  12 annosta tai enemmän: Tavallinen määrä päivässä \_\_\_\_\_ annosta

**21. Kuinka usein juot kerralla kuusi annosta tai enemmän alkoholia?**  
*Kuusi annosta vastaa 24 cl väkevää alkoholia, yhtä 0,75 l pulloa viiniä, neljää 0,5 l tuoppia tai kuutta 33 cl pulloa keskiolutta tai samanvahvuista siideriä tai lonkeroa.*

- 1  Useammin kuin 3 kertaa viikossa  
2  2 - 3 kertaa viikossa  
3  Kerran viikossa  
4  2 - 3 kertaa kuukaudessa  
5  Kerran kuukaudessa  
6  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
7  En koskaan

**22. Kuinka usein olet tupakoinut viimeisten 12 kuukauden aikana?** *Jos poltat piippua tai sikareita tai nuuskaat, yritä arvioida vastaava määrä.*

- 0  En ole tupakoinut lainkaan  
1  Silloin tällöin  
2  Säännöllisesti, mutta vähemmän kuin askin päivässä  
3  Säännöllisesti, yhden askin tai enemmän päivässä

**23. Jos olet kokeillut tai käyttänyt huumausainetta, mitä ainetta/ aineita ja milloin?**

	Viimeisen 12 kk aikana	Ei 12 kk aikana, mutta aiemmin	Sekä 12 kk aikana että aiemmin	En koskaan
a. Hasista tai marihuanaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Amfetamiinia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Heroiinia / muita opioideja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kokaiinia tai crackia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ekstaasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. LSD:tä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Muita huumeita, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

24. Oletko kokeillut tai käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen (esim. ilman lääkärin määräystä tai suurempina annoksina kuin on määrätty)?

- 1  Kyllä, viimeisten 12 kk aikana  
2  Kyllä, mutta en viimeisten 12 kk aikana  
3  Ei, en koskaan

25. Kuinka paljon olet käyttänyt rahaa pelaamiseen viimeisten 12 kuukauden aikana? (esim. veikkaus, arpajaiset, ravit, ruletti, pelikoneet, nettipelit jne.)

- 1  En yhtään  
2  Vähemmän kuin 10 euroa viikossa  
3  10 - 99 euroa viikossa  
4  100 - 999 euroa viikossa  
5  1000 euroa tai enemmän viikossa

26. Oletko omasta mielestäsi nyt tai oletko joskus ollut riippuvainen jostakin seuraavista?

	Olen nyt	Olin aiemmin, en nyt	En ole koskaan ollut	En osaa sanoa
	1	2	3	
a Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e Heroiini / muut opiaatit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
i. Muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
_____				

**27. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä. Valitse jokaisen väittämän kohdalla, oletko samaa vai eri mieltä ja laita rasti kyseiseen ruutuun.**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Vaikea sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
	1	2	3	4	5
Päihdeongelmasta toipuminen riippuu hyvästä hoidosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaaliset paineet ovat vaikuttaneet päihdeongelmieni syntyyn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitoalan ihmisten tehtävänä on löytää parannuskeino päihdeongelmiini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voisin lopettaa päihteiden käytön, jos vain päätän niin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohtalo on määrännyt minulle päihdeongelmat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihdeongelmasta voi toipua, jos vain yrittää tarpeeksi paljon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minun on itse ratkaistava päihdeongelmani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihderiippuvuuteeni ovat vaikuttaneet minusta itsestäsi riippumattomat tapahtumat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden tuki ja apu voisi auttaa minua voittamaan päihdeongelmani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jos minulla vain olisi ollut oikeanlaisia mahdollisuuksia, en olisi kehittänyt itselleni päihdeongelmia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmistani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihteiden ongelmallinen käyttö ei ole sairaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Osa 4. Yhteiskunta ja elämäkatsomus

**28. Elämää ohjaavista voimista vallitsee erilaisia käsityksiä. Mitä mieltä olet seuraavista tätä koskevista väittämistä? Valitse jokaisen väittämän kohdalla miestäsi sopivin vaihtoehto.**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Vaikea sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
	1	2	3	4	5
Onni ja menestys riippuvat omasta toiminnasta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loppujen lopuksi kaikki johtuu sattumasta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma onni ja epäonni riippuvat usein muista ihmisistä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olosuhteet ovat yleensä syynä siihen, jos asiat menevät elämässä pieleen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mitä ihmiselle tapahtuu, johtuu ennustamattomista voimista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin korkeampi voima ohjaa ihmisen elämän kulkua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Kuinka vakavina pidät seuraavia yhteiskunnallisia ongelmia Suomessa nykyisin? Arvioi kutakin erikseen asteikolla 1-10 (1 = ei ollenkaan vakava; 10 = erittäin vakava).

	Ei ollenkaan vakava										Erittäin vakava	En osaa sanoa
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
a. Alkoholiongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Varkaudet ja muut omaisuusrikokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Saasteet / ympäristöongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kannabistuotteiden (hasis / marihuana) käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Muiden huumeiden käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Naisten ja miesten epätasa-arvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Väkivaltarikokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Suuret tuloerot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Prostituutio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Köyhyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Rahapeliongelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Vähemmistöjen syrjintä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Lääkkeiden väärinkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Talousrikokset (veropetos jne.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Osa 5. Keinoja riippuvuuksien torjumiseksi

Lopuksi pyydämme sinua arvioimaan, mitä yhteiskunnan tasolla on mahdollista tehdä päihdeongelmien ja riippuvuuksien torjumiseksi.

30. Mitkä seuraavista ovat vakavimpia alkoholiin ja päihteisiin liittyviä ongelmia, joihin yhteiskunnan pitäisi puuttua? Valitse kolme tärkeimpänä pitämääsi asiaa. (numeroi 1, 2, 3)

Tärkeysjärjestys

- \_\_\_\_\_ Alkoholimainonta  
 \_\_\_\_\_ Asiallisen tiedotuksen vähäisyys  
 \_\_\_\_\_ Alkoholin myynti alaikäisille  
 \_\_\_\_\_ Alkoholin halpa hinta  
 \_\_\_\_\_ Liian pitkät jonot huumehoitoihin  
 \_\_\_\_\_ Huumeiden käyttäjiin liittyvät ennakkoluulot ja syrjintä  
 \_\_\_\_\_ Raskaana olevien naisten päihteiden käyttö  
 \_\_\_\_\_ Poliisin resurssit huumerikollisuuden torjunnassa  
 \_\_\_\_\_ Jokin muu, mikä \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ En osaa sanoa

(Jatka sivun kääntöpuolella, jos tila ei riitä.)

**KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!**

## Liite 2.



### RIIPPUVUUSKYSELY PÄIHDETYÖNTEKIJÖILLE

Ole hyvä ja vastaa *kaikkiin* kysymyksiin

#### Osa 1. Taustakysymyksiä

<p><b>1. Mikä on sukupuolesi?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Mies 2 <input type="checkbox"/> Nainen</p>
<p><b>2. Minä vuonna olet syntynyt?</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; margin-left: 100px; display: flex; justify-content: space-around;"><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div><div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"></div></div>
<p><b>3. Mikä on pääasiallinen asuinpaikkasi?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Pääkaupunkiseutu</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 50 000–100 000 asukkaan kaupunki</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Pienempi kaupunki</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Maaseudun asutuskeskus tai taajama</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Muu maaseutu</p>
<p><b>4. Mikä on peruskoulutuksesi?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Kansakoulu tai kansalaiskoulu</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Peruskoulu tai keskikoulu</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Ylioppilastutkinto</p>
<p><b>5. Mikä on ammattikoulutuksesi?</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ei ammatillista koulutusta</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Ammattikurssi, muu lyhyt ammattikoulutus</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Ammattikoulu, kouluasteen ammatillinen tutkinto</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Opistotasoinen ammattikoulutus</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulututkinto</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Yliopisto- tai korkeakoulututkinto</p>
<p><b>6. Ammattinimike</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/> yksikön johtaja tai vastaava</p> <p>2 <input type="checkbox"/> lääkäri</p> <p>3 <input type="checkbox"/> sairaanhoitaja</p> <p>4 <input type="checkbox"/> sosiaalityöntekijä</p> <p>5 <input type="checkbox"/> sosiaaliterapeutti</p> <p>6 <input type="checkbox"/> ohjaaja</p> <p>7 <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>

7. Yksikkö jossa työskentelet? \_\_\_\_\_

8. Mitä erityiskoulutusta päihdetyöhön olet saanut? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Erityiskoulutuksen kesto yhteensä? \_\_\_\_\_ v. \_\_\_\_\_ kk.

9. Kuinka pitkä kokemus sinulla on päihdeongelmaisten kanssa työskentelystä?

1  alle 1 vuosi  
 2  2-5 vuotta  
 3  yli 5 vuotta

## Osa 2. Henkilökohtainen käsitys päihdeongelmista ja riippuvuuksista

### Riippuvuusriski ja riippuvuuden luonne

10. Kuinka suuri riski mielestäsi on riippuvuuden kehittymiseen, jos kokeilee seuraavia päihteitä tai toimintoja? Vastaa jokaiseen kohtaan (a-h) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

	Erittäin pieni riski tai ei lainkaan	Melko pieni riski	Melko suuri riski	Erittäin suuri riski	En osaa sanoa
Riippuvuus:	1	2	3	4	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini / muut ns. opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**HUOM!** Rahapeleillä tarkoitetaan esim. Lottoa, rahapeliautomaatteja (hedelmäpelit, pajatso), arvontapelejä ja raaputusarpoja, vedonlyöntiä, rulettia, nettipokeria, yms.  
 Lääkkeillä tarkoitetaan tässä rauhoittavia -, uni- ja muita psyykenlääkkeitä.  
 Tupakka käsittää myös sikarit, piipun ja nuuskan.

11. **Mitkä seuraavista vaihtoehtoista mielestäsi kuvaavat päihderiippuvuutta parhaiten?**  
Valitse 1-3 osuvinta luonnehdintaa ja laita ne numerojärjestykseen

**Päihderiippuvuus on ennen kaikkea:**

Tärkeys-  
järjestys

- \_\_\_\_\_ Aivosairaus  
 \_\_\_\_\_ Geeniperimästä johtuva toimintahäiriö  
 \_\_\_\_\_ Persoonallisuushäiriö  
 \_\_\_\_\_ Opittu selviytymismalli  
 \_\_\_\_\_ Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa  
 \_\_\_\_\_ Itse aiheutettu ongelma  
 \_\_\_\_\_ Tahdonvoiman puutetta, luonteen heikkoutta  
 \_\_\_\_\_ Tunne-elämän sairaus  
 \_\_\_\_\_ Muu, mikä? \_\_\_\_\_

12. **Mitkä seuraavista vaihtoehtoista mielestäsi kuvaavat toiminnallisia riippuvuuksia (esim. pakonomainen pelaaminen, nettiriippuvuus ym.) parhaiten?**  
Valitse 1-3 osuvinta luonnehdintaa ja laita ne numerojärjestykseen

**Toiminnallinen riippuvuus on ennen kaikkea:**

Tärkeys-  
järjestys

- \_\_\_\_\_ Aivosairaus  
 \_\_\_\_\_ Geeniperimästä johtuva toimintahäiriö  
 \_\_\_\_\_ Persoonallisuushäiriö  
 \_\_\_\_\_ Opittu selviytymismalli  
 \_\_\_\_\_ Yhteiskunnallisten olosuhteiden tuottama elämäntapa  
 \_\_\_\_\_ Itse aiheutettu ongelma  
 \_\_\_\_\_ Tahdonvoiman puutetta / Luonteen heikkoutta  
 \_\_\_\_\_ Tunne-elämän sairaus  
 \_\_\_\_\_ Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## Syitä päihdeongelmiin ja riippuvuuksiin

13. **Missä määrin seuraavat riippuvuudet mielestäsi johtuvat henkilöstä itsestään ja missä määrin sellaisista ympäristökijöistä ja olosuhteista, joihin ei voi itse vaikuttaa? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- g) rastittamalla sopivin vaihtoehto.**

### Riippuvuus johtuu

	Henkilöstä itsestään	Enemmän henkilöstä kuin olosuhteista	Enemmän olosuhteista kuin henkilöstä	Olosuhteista ja ympäristöstä	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis, marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Muut huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Vastuu ongelman ratkaisemisesta

14. Kenen vastuu on mielestäsi huolehtia siitä, että väärinkäyttöön tai riippuvuuteen päätnyt henkilö voi päästä eroon ongelmastaan? Onko vastuu mielestäsi yksilöllä itsellään vai yhteiskunnalla? Vastaa jokaiseen kohtaan (a- g) rastittamalla sopivin vaihtoehto.

	Täysin yksilön omalla vastuulla	Enemmän yksilön kuin yhteiskunnan	Enemmän yhteiskunnan kuin yksilön	Täysin yhteiskunnan vastuulla	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	5
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Muut huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Esteitä lopettamiselle

15. Kuinka vaikeasti voitettavia ovat mielestäsi seuraavat esteet toipumiselle henkilön yrittäessä päästä eroon riippuvuudestaan? Arvioi jokaisen riippuvuuden osalta kunkin esteen suuruutta rastittamalla sopivin vaihtoehto

<b>a) Riippuvuus <u>alkoholista</u></b>		Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
		1	2	3	4	.
1.	Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2.	Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3.	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4.	Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5.	Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
<b>b) Riippuvuus <u>tupakasta</u></b>		Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
		1	2	3	4	.
1.	Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2.	Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3.	Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4.	Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5.	Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E



**Toipumisen esteet, jatkoa...****c) Riippuvuus hasiksesta / marihuanasta**

	Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**d) Riippuvuus muista huumeista**

	Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**e) Riippuvuus lääkkeistä**

	Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
1. Aineen ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**f) Riippuvuus rahapeleistä**

	Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
1. Pelin ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikea elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

**g) Riippuvuus internetistä**

	Erittäin pieni este	Melko pieni este	Melko suuri este	Erittäin suuri este	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
1. Internetin ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
2. Ympäristön vaikutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
3. Yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
4. Vaikeat elinolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
5. Toisten ennakkoluulot / kielteiset odotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Onko mahdollista toipua omin avuin?

16. Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista ilman hoitoa? Vastaa jokaiseen kohtaan (a-h) *rastittamalla sopivin vaihtoehto.*

	Ei min- käänlaista / erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	5	.
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini / muut opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

## Auttaako hoito?

17. Kuinka suuri mielestäsi on mahdollisuus päästä eroon seuraavista riippuvuuksista jonkin hoidon avulla, erilaiset tukiryhmät mukaan lukien? ( esim. AA, NA) Vastaa jokaiseen kohtaan (a-h) *rastittamalla sopivin vaihtoehto.*

	Ei min- käänlaista / erittäin pieni	Melko pieni	Ei suuri eikä pieni	Melko suuri	Erittäin suuri	En osaa sanoa
<b>Riippuvuus:</b>	1	2	3	4	5	.
a. Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Hasis / marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Amfetamiini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Heroiini / muut opioidit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
f. Lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
g. Rahapelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
h. Internetin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E



**20. Elämää ohjaavista voimista vallitsee erilaisia käsityksiä. Mitä mieltä olet seuraavista tätä koskevista väittämistä? Valitse jokaisen väittämän kohdalla miestäsi sopivin vaihtoehto.**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Vaikea sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
	1	2	3	4	5
Onni ja menestys riippuvat omasta toiminnasta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loppujen lopuksi kaikki johtuu sattumasta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma onni ja epäonni riippuvat usein muista ihmisistä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olosuhteet ovat yleensä syynä siihen, jos asiat menevät elämässä pieleen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se mitä ihmiselle tapahtuu, johtuu ennustamattomista voimista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin korkeampi voima ohjaa ihmisen elämän kulkua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Osa 5. Keinoja riippuvuuksien torjumiseksi**

Lopuksi pyydämme sinua arvioimaan, mitä yhteiskunnan tasolla on mahdollista tehdä päihdeongelmien ja riippuvuuksien torjumiseksi.

**21. Kuinka tärkeitä seuraavat toimenpiteet ovat mielestäsi alkoholi-ongelmien torjunnassa? Valitse jokaisen toimenpiteen (a-e) kohdalla sopivin vaihtoehto.**

	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
	1	2	3	4	
a. Rajoitukset / hintapolitiikka <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Riskeistä tiedottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Hoidon tarjoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Yleisen elintason parantaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

<sup>1</sup> Verotus, maahantuontisäännökset, vähittäismyyntin ja anniskelun säännöt, mainontakiellot, jne.

**22. Kuinka tärkeitä seuraavat toimenpiteet ovat mielestäsi huume-ongelmien ehkäisyssä? Valitse jokaisen toimenpiteen (a-e) kohdalla sopivin vaihtoehto.**

	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
	1	2	3	4	
a. Tullin ja poliisin toiminta <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Riskeistä tiedottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Hoidon tarjoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Yleisen elintason parantaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

<sup>1</sup> Valvonta rajoilla, huumerikollisuuden torjunta jne.

23. **Kuinka tärkeitä seuraavat toimenpiteet ovat mielestäsi *rahapeliongelmi*en ehkäisyssä?**  
*Valitse jokaisen toimenpiteen (a-e) kohdalla sopivin vaihtoehto.*

	Erittäin tärkeää	Melko tärkeää	Ei kovin tärkeää	Ei lainkaan tärkeää	En osaa sanoa
	1	2	3	4	.
a. Lakiin perustuvat rajoitukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
b. Riskeistä tiedottaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
c. Hoidon tarjoaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
d. Ennakkoluulojen ja syrjinnän vastaiset toimenpiteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
e. Yleisen elintason parantaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E

24. **Mitkä seuraavista ovat *vakavimpia* alkoholiin ja päihteisiin liittyviä *ongelmia*, joihin yhteiskunnan pitäisi puuttua? *Valitse kolme tärkeimpänä pitämääsi asiaa. (numeroi 1, 2, 3)***

Tärkeys-  
järjestys

\_\_\_\_\_ Alkoholimainonta

\_\_\_\_\_ Asiallisen tiedotuksen vähäisyys

\_\_\_\_\_ Alkoholin myynti alaikäisille

\_\_\_\_\_ Alkoholin halpa hinta

\_\_\_\_\_ Liian pitkät jonot huumehoitoihin

\_\_\_\_\_ Huumeiden käyttäjiin liittyvät ennakkoluulot ja syrjintä

\_\_\_\_\_ Raskaana olevien naisten päihteiden käyttö

\_\_\_\_\_ Poliisin resurssit huumerikollisuuden torjunnassa

\_\_\_\_\_ Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ En osaa sanoa

25

**Onko sinulla itselläsi joitain ajatuksia päihdeongelmaisten hoidon parantamiseksi?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Jatka toiselle sivulle)*

**Haluaisimme *haastatella* vielä osaa tämän kyselyn vastaajista. Mikäli suostut haastateltavaksi, pyydämme Sinua *ystävällisesti* laittamaan alle yhteystietosi. Tutkimus raportoidaan niin, että nimesi tai henkilöllisyytesi ei tule missään vaiheessa esille.**

Nimi \_\_\_\_\_ Puh. \_\_\_\_\_

Sopivin aika soittaa: \_\_\_\_\_ S-postiosoite: \_\_\_\_\_

**Kiitos yhteistyöstä!**

### **Liite 3.**

#### **RIIPPUVUUSKYSELY ASIAKKAILLE**

HAASTATTELUKYSYMYKSIÄ  
(Esitetään lomakekyselyn jälkeen)

##### **1. Heräsikö tästä kyselystä joitakin ajatuksia tai kysymyksiä?**

Seuraaviin kyselylomakkeen vastauksiin kysytään tarkennuksia:

Kysymykset 12 ja 13. Miksi valitsit päihderiippuvuutta ja toiminnallisia riippuvuuksia kuvaamaan juuri nämä tekijät?

Kysymykset 14, 15, 16, 17, 18: haluatko täydentää tai kommentoida vastauksiasi?

##### **2. Alkuun joitain taustakysymyksiä:**

- Mikä on pääasiallinen päihteesi (tai riippuvuutesi)?
- Kuinka pitkään se on ollut ongelma?
  
- Oletko aiemmin ollut hoidossa? Kuinka monta kertaa? Missä?
- Onko sinulla joki avohoitopaikka tai suhde joka jatkuu tämän jälkeen?
  
- Mikä hoidossa on ollut hyvää ja auttanut?
- Mistä ei ole ollut apua?

##### **3. Mistä sinun mielestäsi on kysymys silloin, kun sanotaan, että ihminen on riippuvainen?**

Kuvaile sitä. (suhteuta lomakkeen kysymyksiin 12 ja 13)

- Mistä omassa riippuvuudessasi on kysymys? Kuinka se kehittyi?
- Miten se ilmenee arjessa? Miten se vaikuttaa muihin elämänalueisiin?

##### **4. Minkälaiset seikat johtavat siihen, että jostakin ihmisestä tulee riippuvainen?**

- Mitkä seikat johtivat siihen, että sinusta tuli riippuvainen?
- Miten itse aloit huomata olevasi riippuvainen?

##### **5. Mikä on mielestäsi paras tapa päästä eroon alkoholiongelmasta? Entä huumeongelmasta?**

- Mikä sinulle olisi paras tapa toipua?

##### **6. Mitä apua tai tukea pitäisi tarjota alkoholista tai huumeista irti yrittävälle?**

- Mitä apua tai tukea itse toivot?

##### **7. Mitä toivot tai odotat tältä hoidolta?**

Suurkiitos avustasi!

## **Liite 4.**

### **RIIPPUVUUSKYSELY PÄIHDETYÖNTEKIJÖILLE**

HAASTATTELUKYSYMYKSIÄ  
(Esitetään lomakekyselyn jälkeen)

#### **1. Heräsiikö lomakkeesta joitakin ajatuksia tai kysymyksiä?**

- Seuraaviin kyselylomakkeen vastauksiin kysytään tarkennuksia:

Kysymykset 11 ja 12: Miksi valitsit päihderiippuvuutta ja toiminnallisia riippuvuuksia kuvaamaan juuri nämä tekijät?

Kysymykset 10, 13, 14,15,16, 17: haluatko täydentää tai kommentoida vastauksiasi?

#### **2. Alkuun joitakin taustakysymyksiä:**

- Millaisia päihdeongelmia niillä henkilöillä on ollut, joita olet työssäsi kohdannut?
- Miten erilaiset päihdehoidot ovat toimineet?
- Mikä hoidossa on ollut hyvää ja auttanut?
- Mistä ei ole ollut apua?

#### **3. Mistä sinun mielestäsi on kysymys silloin, kun sanotaan, että ihminen on riippuvainen? Kuvaile sitä.** (suhteuta lomakkeen kysymyksiin 11 ja 12)

- Kuinka se kehittyy?
- Miten se ilmenee arjessa? Miten se vaikuttaa muihin elämänalueisiin?

#### **4. Minkälaiset seikat johtavat siihen, että jostakin ihmisestä tulee riippuvainen?**

#### **5. Mikä on mielestäsi paras tapa päästä eroon alkoholiongelmasta? Entä huumeongelmasta?**

#### **6. Mitä apua tai tukea pitäisi tarjota alkoholista tai huumeista irti yrittävälle?**

#### **7. Mitä toivot tai odotat oman yksikkösi tarjoamalta hoidolta?**

- Millaista toivoisit sen olevan.

**Suurkiitos avustasi!**

## Liite 5.



### **Näkökulmia riippuvuuteen - väestön, päihdealan ammattilaisten ja asiakkaiden käsityksiä addiktiivisesta käyttäytymisestä**

Tampereen yliopisto  
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
330014 Tampereen yliopisto  
Projektin johtaja professori Anja Koski-Jännes  
puh. 050 343 8426,  
s-posti: [anja.koski-jannes@uta.fi](mailto:anja.koski-jannes@uta.fi)

#### **Tutkimuksen tausta ja tarkoitus**

Viime aikoina on keskusteltu paljon erilaisista riippuvuuksista ja niistä on myös monenlaisia käsityksiä. Tampereen yliopisto toteuttaa laajan riippuvuuksia koskevan tutkimushankkeen, jossa selvitetään väestön, päihdealan ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä eri riippuvuuksien luonteesta ja syistä sekä riippuvuuksista irrottautumisen mahdollisuuksista. Näitä näkemyksiä tutkitaan koska ne vaikuttavat olennaisesti siihen, miten riippuvuusongelmaisiin suhtaudutaan ja miten he itse näkevät omat selviytymismahdollisuutensa. Tutkimus toteutetaan vuosina 2007-2010 ja sen rahoituksesta vastaa Suomen akatemia. Tutkimus on osa laajaa kansainvälistä tutkimusprojektia.

Väestökysely on lähetetty satunnaisotannalla valitulle 2000 suomalaiselle vuoden 2007 syksyllä. Vastaavanlainen kysely on tehty myös 600 päihdealan ammattilaiselle. Keräämme nyt tietoa myös 100 päihdehoidon asiakkaalta.

#### **Osallistuminen tutkimukseen**

**Asiakkaita koskevassa osa-tutkimuksessa aineisto kerätään lomakekyselyllä, jota joissakin yksiköissä täydennetään haastatteluilla. Osallistuminen on vapaaehtoista. Lomakkeen täyttämiseen menee alle puoli tuntia ja haastattelukestää noin puoli tuntia.**

Lomakkeeseen vastataan nimettömästi. Kyselyssä annettavat tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Tutkimuksesta laadituissa julkaisuissa yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Koottu tutkimusaineisto arkistoidaan Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen käyttöön. Tutkimusaineistoja käsittelevät henkilöt allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.

Mikäli sinulla on projektiin tai kyselylomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä tutkimusprojektin johtajaan professori Anja Koski-Jännekseen tai tutkija Kari Toloseen puh. 040 589 2027, [kari.juhani.tolonen@uta.fi](mailto:kari.juhani.tolonen@uta.fi)

Kiitämme sinua jo etukäteen vastauksistasi!



## Liite 6.

Tutkimustiedote päihdealan ammattilaisille



### Näkökulmia riippuvuuteen - väestön, päihdealan ammattilaisten ja asiakkaiden käsityksiä addiktiivisesta käyttäytymisestä

Tampereen yliopisto  
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
33014 Tampereen yliopisto  
Projektin johtaja professori Anja Koski-Jännes  
puh. 050 343 8426,  
s-posti: [anja.koski-jannes@uta.fi](mailto:anja.koski-jannes@uta.fi)

#### Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Viime aikoina on keskusteltu paljon erilaisista riippuvuuksista ja niistä on myös monenlaisia käsityksiä. Tampereen yliopisto toteuttaa laajan riippuvuuksia koskevan tutkimushankkeen, jossa selvitetään väestön, päihdealan ammattilaisten ja asiakkaiden näkemyksiä eri riippuvuuksien luonteesta ja syistä sekä riippuvuuksista irrottautumisen mahdollisuuksista. Näitä näkemyksiä tutkitaan koska ne vaikuttavat olennaisesti siihen, miten riippuvuusongelmaisiin suhtaudutaan ja miten he itse näkevät omat selviytymismahdollisuutensa.

Väestökysely on lähetetty tänä syksynä satunnaisotannalla valitulle 2000 suomalaiselle. Oheinen kysely on kohdistettu 600 päihdealan ammattilaiselle. Keräämme vastaavanlaista tietoa jatkossa myös 100 päihdehoidon asiakkaalta. Tutkimuksen rahoituksesta vastaa Suomen Akatemia. Tutkimus on osa laajaa kansainvälistä tutkimusprojektia.

#### Ammattilaisille suunnattu kysely

Oheisen kyselylomakkeen avulla keräämme tietoa niiltä terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisilta, jotka työssään kohtaavat riippuvuusongelmaisia. Kysely suoritetaan päihdehoidon ja rikosseuraamusalan yksiköissä toimivien ammattilaisten keskuudessa (esim. yksiköiden johtajat, sosiaalityöntekijät, sosiaaliterapeutit, lääkärit, sairaanhoitajat ja muut päihdetyötä tekevät).

Osallistumisesi tutkimukseen on täysin vapaaehtoista, mutta samalla erittäin tärkeää, sillä vastauksesi lisäävät tulosten luotettavuutta. *Olemme kiinnostuneita juuri sinun käsityksistäsi, joten pyydämme, ettet keskustelisi kysymyksistä kollegojesi kanssa ennen lomakkeen täyttämistä.* Lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa n. 15 minuuttia.

Toivomme, että täytetyt kyselylomakkeet palautetaan *kahden viikon kuluessa* tutkijalle oheisessa kirjekuoressa, jonka postimaksun maksaa vastaanottaja. Kyselyssä annetut tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Tutkimusjulkaisuissa yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Koottu tutkimusaineisto arkistoidaan Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen käyttöön. Tutkimusaineistoja käsittelevät henkilöt allekirjoittavat vaihtoloukkuksen ja noudattavat salassapito- ja tutkimuseettisiä sääntöjä.

Mikäli sinulla on projektiin tai kyselylomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä tutkimusprojektin johtajaan professori Anja Koski-Jännekseen tai tutkija Marjo Pennoseen puh. 040 729 2306, [marjo.pennonen@uta.fi](mailto:marjo.pennonen@uta.fi)

**HUOM!** Vastanneiden yksiköiden kesken arvotaan kaksi 50 €:n lahjakorttia!

Kiitämme sinua jo etukäteen vastauksistasi ja avustasi!

**Liite 7.** Riippuvuusriski päihdettä kokeiltaessa (%).

<b>Alkoholi</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski	27	81	55	91
Melko tai erittäin suuri riski	73	19	45	9

<b>Kannabis</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski	60	56	53	38
Melko tai erittäin suuri riski	40	44	47	62

<b>Amfetamiini</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski	35	13	6	5
Melko tai erittäin suuri riski	65	88	94	96

<b>Heroiini/ muut opioidit</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski	29	13	6	0
Melko tai erittäin suuri riski	71	88	94	100

<b>Lääkkeet</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Ei lainkaan riskiä/erittäin tai melko pieni riski	33	50	32	23
Melko tai erittäin suuri riski	67	50	68	77

**Liite 8.** Riippuvuuden synty- ja ratkaisuvastuu Brickmanin ym. (1982) mallin mukaisesti (%).

<b>Alkoholi</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (%) (n=20)	Ammattilaiset (%) (n=22)
Moraalinen malli	64	81	70	85
Kompensaatiomalli	14	6	20	5
Valistusmalli	14	6	5	5
Lääketeeteell. malli	9	6	5	5

<b>Kannabis</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (%) (n=20)	Ammattilaiset (%) (n=22)
Moraalinen malli	55	63	85	83
Kompensaatiomalli	20	25	5	6
Valistusmalli	15	13	10	11
Lääketeeteell. malli	10	0	0	0

<b>Muut huumeet</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (%) (n=20)	Ammattilaiset (%) (n=22)
Moraalinen malli	52	44	80	78
Kompensaatiomalli	10	38	10	6
Valistusmalli	19	19	10	6
Lääketeeteell. malli	19	0	0	11

<b>Lääkkeet</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (%) (n=20)	Ammattilaiset (%) (n=22)
Moraalinen malli	70	69	79	65
Kompensaatiomalli	10	0	5	15
Valistusmalli	15	13	5	5
Lääketeeteell. malli	5	19	11	15

**Liite 9.** Mahdollisuus päästä eroon riippuvuudesta hoidon avulla (%).

<b>Alkoholi</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	19	6	5	0
Ei pieni eikä suuri	24	13	10	9
Melko tai erittäin suuri	57	81	85	91

<b>Kannabis</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	16	6	0	0
Ei pieni eikä suuri	32	13	15	14
Melko tai erittäin suuri	53	81	85	86

<b>Amfetamiini</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	22	6	10	0
Ei pieni eikä suuri	11	19	15	19
Melko tai erittäin suuri	67	75	75	81

<b>Heroiini/muut opioidit</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	28	6	16	5
Ei pieni eikä suuri	17	25	11	14
Melko tai erittäin suuri	56	69	74	81

<b>Lääkkeet</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	28	0	5	0
Ei pieni eikä suuri	22	13	10	14
Melko tai erittäin suuri	50	88	85	86

**Liite 10.** Mahdollisuus päästä eroon riippuvuudesta ilman hoitoa (%).

<b>Alkoholi</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	67	38	74	23
Ei pieni eikä suuri	24	25	16	55
Melko tai erittäin suuri	10	38	11	23

<b>Kannabis</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	53	25	60	41
Ei pieni eikä suuri	21	44	20	36
Melko tai erittäin suuri	26	31	20	23

<b>Amfetamiini</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	63	63	90	77
Ei pieni eikä suuri	0	19	0	9
Melko tai erittäin suuri	37	19	10	14

<b>Heroiini/muut opioidit</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	63	81	90	86
Ei pieni eikä suuri	0	13	0	5
Melko tai erittäin suuri	37	6	10	9

<b>Lääkkeet</b>	Päihdekuntoutuskeskus A (%)		Päihdekuntoutuskeskus B (%)	
	Asiakkaat (n=22)	Ammattilaiset (n=16)	Asiakkaat (n=20)	Ammattilaiset (n=22)
Erittäin tai melko pieni	60	81	84	64
Ei pieni eikä suuri	5	19	11	27
Melko tai erittäin suuri	35	0	5	9

**Liite 11.** Vastaukset väittämiin (%).

**Väittämä:** Päihdeongelmasta toipuminen riippuu hyvästä hoidosta

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	77	95
Vaikea sanoa	14	0
Eri mieltä	9	5

**Väittämä:** Sosiaaliset paineet ovat vaikuttaneet päihdeongelmieni syntyyn

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	77	85
Vaikea sanoa	9	5
Eri mieltä	14	10

**Väittämä:** Hoitoalan ihmisten tehtävänä on löytää parannuskeino päihdeongelmiini

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	32	30
Vaikea sanoa	5	5
Eri mieltä	64	65

**Väittämä:** Voisin lopettaa päihteiden käytön, jos vain päätän niin

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	14	10
Vaikea sanoa	5	5
Eri mieltä	82	85

**Väittämä:** Kohtalo on määrännyt minulle päihdeongelmat

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	23	5
Vaikea sanoa	5	20
Eri mieltä	73	75

**Väittämä:** Päihdeongelmasta voi toipua, jos vain yrittää tarpeeksi paljon

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	64	85
Vaikea sanoa	5	0
Eri mieltä	32	15

**Väittämä:** Minun on itse ratkaistava päihdeongelmani

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	64	75
Vaikea sanoa	0	0
Eri mieltä	36	25

**Väittämä:** Päihderiippuvuuteeni ovat vaikuttaneet minusta itsestäni riippumattomat tapahtumat

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	50	55
Vaikea sanoa	9	5
Eri mieltä	41	40

**Väittämä:** Muiden tuki ja apu voisi auttaa minua voittamaan päihdeongelmani

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	100	95
Vaikea sanoa	0	0
Eri mieltä	0	5

**Väittämä:** Jos minulla vain olisi ollut oikeanlaisia mahdollisuuksia, en olisi kehittänyt itselleni päihdeongelmia

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	41	40
Vaikea sanoa	9	10
Eri mieltä	50	50

**Väittämä:** Tunnen olevani henkilökohtaisesti vastuussa päihdeongelmistani

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	77	80
Vaikea sanoa	5	5
Eri mieltä	18	15

**Väittämä:** Päihteiden ongelmallinen käyttö ei ole sairaus

	Päihdekuntoutuskeskus A (n=22)	Päihdekuntoutuskeskus B (B=20)
Samaa mieltä	9	10
Vaikea sanoa	23	0
Eri mieltä	68	90