

Huumeita suonensisäisesti käyttävien terveysneuvontapisteen asiakkaiden muutosvalmius ja siihen vaikuttavat tekijät

Tutkimuksessa tarkastellaan suonensisäisesti huumeita käyttävien muutosvalmiutta ja siihen liittyviä tekijöitä. Muutosvalmiudella tarkoitetaan itse ilmaistua halua ja valmiutta muuttaa huumeidenkäyttöä, toimia muutokseen eteen ja ottaa vastaan ammattiapua. Aineisto (N=99) on kerätty Kuopiossa sijaitsevassa huumeita suonensisäisesti käyttäville tarkoitetussa Terveysneuvontapiste Portissa. Muutosvalmiutta arvioitiin tätä tutkimusten varten laaditulla mittarilla, joka perustuu muutosmotivaatiota mittaavan DUDIT-E-mittarin muutosvalmiuden itsearviointiosioon. Tutkimuksessa tarkastellaan myös vastaajien elämäntyytyväisyyttä, jota arvioitiin tutkimusta varten muodostetulla elämäntyytyväisyyden summamuuttujalla. Tutkimuksessa verrattiin matalan ja korkean muutosvalmiuden ryhmiä. Tutkimukseen osallistuneiden terveysneuvontapiste Portin asiakkaiden muutosvalmius on korkealla tasolla ja suurin osa vastaajista toivoi huumeiden käyttöönsä muutosta. Muutosvalmiutta ennustivat huumeiden käytön koettu haitallisuus, myönteinen suhtautuminen ammattiapuun sekä työssä käyminen, työkokeilu tai opiskelu. Uskonnollisten yhteisöjen toimintaan osallistuminen oli myös yhteydessä korkeampaan muutosvalmiuteen. Jos potilaan muutosvalmius ja muutosta edistävät tekijät ja niiden merkitys pystyttäisiin tunnistamaan paremmin, Portin tavoin toimivat matalan kynnyksen pisteet voisivat kohdentaa tarkemmin yksilöityä neuvontaa ja ohjausta huumeita suonensisäisesti käyttäville henkilöille.

Avainsanat: muutosvalmius, DUDIT-E, terveysneuvontapiste Portti, suonensisäinen huumeiden käyttö, elämäntyytyväisyys

PÄLVI HAVUKAINEN, ANNA-MARI PASANEN, KIRSI HONKALAMPI, PIIRJO SAARINEN, JUHO SAARI

JOHDANTO

Muutosvalmiudella tarkoitetaan koettua ja itse ilmoitettua tarvetta, valmiutta tai halua tehdä muutoksia huumeiden käytössä, toimia muutoksen eteen ja ottaa vastaan päihdehoitoa (1). Muutosvalmius on osa laajempaa muutosmotivaation käsitettä (2). Muutosmotivaatiota on tutkittu erityisesti päihdehoidon kontekstissa ja sitä pidetään hoitoon hakeutumisen ja lopputuloksen sekä hoidon suunnittelun ja toteuttamisen kannalta

oleellisena tekijänä (3). Hoitokontekstin ulkopuolella tehdyt tutkimukset ja hoitoon hakeutuneita ja hakeutumattomia vertailevat tutkimukset kertovat osaltaan muutosvalmiuden kehittymiseen vaikuttavista tekijöistä sekä päihdehoitoon hakeutumattomien muutoksen kaipuusta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveysneuvontapisteen asiakkaiden muutosvalmiutta.

Tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on muutosmotivaation kognitiivinen teoria. Kogni-

tiivisten mallien yhteinen lähtökohta on, että henkilön subjektiivinen arviointi huumeiden käytön haitoista ja hyödyistä, odotuksista ja henkilökohtaisista painoarvoista ovat keskeisessä asemassa huumeiden käyttämisessä ja muutosmotivaation viriämisessä. Malleissa korostuu ajatus ihmisestä rationaalisenä toimijana (4). Tunnettu kognitiivinen teoria on transteoreettinen muutosmalli (TTM), joka on kehitetty riippuvuusongelmista selviytymiseen liittyvien muutosprosessien tarkastelua varten (5). Malli koostuu viidestä eri muutosvaiheesta. Esiharkintavaiheessa ihmiset eivät vielä näe tarvetta muutokselle. Huolestuminen ja haavoittuvuuden tajuaminen voivat johtaa harkintavaiheeseen, jossa ongelmaa pohditaan vakavasti ja vertailaan erityisesti muutokseen liittyviä etuja ja haittoja. Valmisteluvaiheessa muutoksen kannalle on päädytty ja alustavasti sitouduttu. Toimintavaiheessa toteutetaan muutosta edellyttämät käytännön ratkaisut. Jos tähän pystytään, siirrytään ylläpito-vaiheeseen, jossa muutostulokset integroituvat osaksi elämää (5). Eteneminen vaiheesta toiseen voi olla spiraalimaista tai sirkulaarista. Ennen vakaaseen muutokseen päätymistä voi tulla retkahduksia ja vaiheet käydään läpi useita kertoja (2).

Muutosvalmius on muutosmotivaation kanssa limittyvä käsite ja muutosmotivaation ja muutosvalmiuden kehittyminen mielletään toisiinsa kytkeytyviksi. Millerin teoriassa (2) motivaatioon kuuluvat ihmisen valmius, halukkuus ja kykenevyys muuttua. Kyvyllä muutokseen tarkoitetaan ihmisen tarpeellisia taitoja, voimavaroja ja luottamusta, joita muutoksessa tarvitaan. Halulla muutokseen tarkoitetaan sitä, miten tärkeänä ihminen pitää muutosta. Valmiudella tarkoitetaan ihmisen lopullista päätöstä muuttua (2). Muutosvalmius-käsitettä käytetään eri tavoin huumeidenkäyttäjien hoitovalmiutta kuvaavissa kognitiivisissa malleissa (6). TCU-mallissa (7) valmius on ongelmien tunnistamista ja avun kaipaamista seuraava hoitovalmiuden kolmas ja viimeinen taso, jossa ihminen on valmis ja sitoutunut päihdehoitoon (6). CMRS-mallissa (8) hoitovalmiutus koostuu eri osatekijöistä, joista valmius eli havaittu tarve hakea apua riippuvuuskäyttäytymisen muuttamiseen on yksi faktori ulkoisten olosuhteiden, motivaation ja tarjolla olevan hoidon sopivuuden ohella (6). Tässä tutkimuksessa muutosvalmiudella tarkoi-

tetaan koettua ja itse ilmoitettua valmiutta, toivetta tai halua tehdä muutoksia huumeiden käytössä, toimia muutoksen eteen ja ottaa vastaan muutosta tukevaa hoitoa. Käsite perustuu näitä malleja integroivaan huumeiden käyttöä ja hoitovalmiutta kartoittavaan DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test Extended) -mittariin (1). Muutosvalmius tässä yhteydessä sisältää ongelmien tunnistamiseen liittyvää halua tai kaipausta muutokseen, mutta se ei kuitenkaan kartoita motivaatiota kokonaisuudessaan. Muutosvalmius tutkimuksessa perustuu huumeidenkäyttäjän omaan ilmoitukseen.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella päihdehoidon ulkopuolella olevien kovien huumeiden käyttäjien muutosvalmius on ollut yhteydessä huumeiden käyttöön liittyvien haittojen tunnistamiseen (4, 6, 9–13); ongelmalliseen huumeiden käyttöön (9–10, 13) ja masentuneisuusoireisiin (9–11, 14–16). Aikaisempi hoitohistoria on ollut yhteydessä korkeampaan muutosvalmiuteen (11) ja hoitoon hakeutumiseen (17), mutta myös matalampaan muutosvalmiuteen (10). Myös hoitoa koskevat käsitykset ja asenteet vaikuttavat osaltaan muutosvalmiuteen. Alkoholiriippuvaiset, jotka kokivat avun ja hoidon pyytämisen ja saamisen positiivisena, olivat valmiimpia muutokseen kuin hoitoon kielteisesti suhtautuvat (18).

Vaikka valtaosa päihdehuollon huumeasiakkaista oli esim. vuonna 2013 nuoria, 20–25-vuotiaita miehiä (19) on sosiodemografisten tekijöiden yhteydestä muutosvalmiuteen on saatu vaihtelevia tuloksia. Rappin ym. (9) muutosvalmiutta koskevassa tutkimuksessa, johon osallistui 446 huumeriippuvasta henkilöä, ikä ja sukupuoli vaikuttivat vain vähän muutosvalmiuteen. ”Maturing out” -hypoteesin (20) mukaan huumeiden käyttö voi menettää vetovoimaisuutensa iän karttumisen myötä joko luonnollisen elämäntilanteen kehityksen myötä tai koska huumeuran kestäessä pidempään käyttäjä väsy mahdollisesti raskaaseen ja vaaralliseen elämäntilanteeseensa (6). Korkeampi ikä on ollut yhteydessä suurempaan muutosvalmiuteen joissakin tutkimuksissa (6, 21).

Huumeita suomensäisesti käyttävien *elämäntyytyväisyyttä* on tutkittu jonkin verran viime vuosina (22–24). Elämäntyytyväisyydellä tarkoitetaan subjektiivisen hyvinvoinnin kognitiivista puolta: ihmisen omaa arviota omasta elämästään. Elämäntyytyväisyys on suppeampi käsite

kuin elämänlaatu (25). Oletuksen mukaan huumeiden käyttäminen heikentää elämänlaatua ja lisää tyytymättömyyttä elämään, mikä toimii työntävänä tekijänä kohti muutosta aktiivisen huumeiden käytön vaiheessa. Toisaalta elämään sa tyytyväisellä voi olla enemmän voimavaroja muutoksen toteuttamiseen. (23). Huumeita suonensisäisesti käyttävien elämäntyytyväisyys on matalampaa kuin väestössä keskimäärin (22–25). Päihdehoidon aikana elämäntyytyväisyys nousee lyhyellä ja pitkällä aikavälillä (22–23) ja korkeampi elämäntyytyväisyys on yhteydessä parempaan toipumiseen (22).

Tutkimus on osa Kuopion kaupungin ja Itä-Suomen yliopiston tutkimusprojektia, jossa selvitetään huumeita suonensisäisesti käyttäville tarkoitettujen terveysneuvontapisteiden asiakkaiden hyvinvointia, tulonsiirtojen ja palvelujen käyttöä ja muutosvalmiutta (26). Terveysneuvontapisteet ovat matalan kynnyksen palveluja, joissa huumeiden käyttäjät voivat anonymisti saada erilaisia terveyspalveluja. Terveysneuvontapisteiden toimintaan kuuluu terveysneuvonnan tarjoaminen ja asiakkaiden tukeminen omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen, käytettyjen pistosvälineiden vaihtaminen puhtaisiin, ilmaisten A- ja B-hepatiittirokotteiden antaminen, HIV- ja hepatiittitestien ottaminen sekä haavojen ja lievien ihotulehdusten hoitaminen. Terveysneuvontapisteissä saa myös ohjausta ja tukea muihin hoitopaikkoihin hakeutumiseen tai asioiden hoitamiseen (27). Terveysneuvontapisteitoiminta kuuluu ehkäisevään päihdetyöhön. Tarkoituksena on ehkäistä ja rajoittaa erityisesti pistämällä huumeita käyttävien veriteitse leviäviä tartuntoja. (26–28) Yhteiskunnassa pyritään toisaalta huumeiden käytön vähentämiseen ja ehkäisemiseen, toisaalta käytön haittojen vähentämiseen. Haittojen vähentäminen on osa Suomen kansallista huumausainestrategiaa. Terveysneuvontapisteet ovat osa huumeiden käytön haittojen vähentämisen strategiaa (27–28).

TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa pistettävien huumeiden käyttäjille tarkoitettua terveysneuvontapisteiden asiakkaiden muutosvalmiutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimme:

1. Millainen on neulanvaihtopisteiden asiakkaiden muutosvalmiuden taso? Oletuksena on,

että terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat lähtökohtaisesti muutosmotivaatioiltaan erilaisissa vaiheissa ja mukana on myös paljon esiharkintavaiheessa olevia päihteiden käyttäjiä. Toisaalta terveysneuvontapisteiden asiakkaat saattavat olla huumeita suonensisäisesti säännöllisesti ja pitkäaikaisesti käyttäneitä ja väsyminen huumeiden käyttöön aineistossa saattaa korostua (22, 29–32).

2. Erotteleeko tutkimuksessa käytetty muutosvalmiuden mittari, DUDIT-E:n lyhennetty muutosvalmiusosio, aineistosta matalaa ja korkeaa muutosvalmiutta? Miten muutosvalmiudeltaan matala ja korkea ryhmä poikkeavat toisistaan taustamuuttujien sekä koetun hyvinvoinnin ja elämäntyytyväisyyden osalta? Mitkä tekijät ennustavat korkeaa muutosvalmiutta? Hypoteesi on, että huumeiden käytön subjektiivisesti koettu haitta ja tyytymättömyyden tai ahdingon tunne ovat yhteydessä korkeaan muutosvalmiuteen, kuten muutosvalmiuden teoriassa ja aikaisemmassa hoitokontekstin ulkopuolella tehdyssä empiirisessä tutkimuksessa.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

AINEISTON KERÄÄMINEN

Aineisto kerättiin Kuopiossa huumeita suonensisäisesti käyttäville tarkoitettussa terveysneuvontapiste Portissa kesä-elokuussa 2013 ja lisäksi vielä syyskuussa 2013 yhden viikon ajan. Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua lomaketta, joka noudattelee kansallisessa leipäjonotutkimuksessa (2010–2014) (33) käytettyä lomaketta. Lomake suunniteltiin nopeaksi ja helpoksi täyttää ja se on kokonaisuudessaan neljä sivua pitkä. Vastajat täyttivät lomakkeen käyntinsä aikana tutkimusavustajan läsnä ollessa. Terveysneuvontapisteiden työntekijät esittelivät kyselyä asiakkaille ja motivoivat heitä vastaamaan. Tutkimusavustaja auttoi tai ohjasi lomakkeiden täyttämässä tarvittaessa. (26)

Jokaiselle Portin asiakkaalle pyrittiin tarjoamaan mahdollisuus vastata kyselyyn. Ennen lomakkeen täyttämisen ehdottamista huomioitiin tilannesidonnaisia tekijöitä, kuten asiakkaan päihtymystila ja mieliala. Aineiston keräysaikana terveysneuvontapisteessä asioi 208 eri asiakasta. Lomakkeita jaettiin yhteensä 112, joista

100 palasi täytettyinä ja 8 keskeytettynä. Kyselyn vastausprosentti oli 48. Tutkimusavustajan arvi-
on mukaan suurin osa vakioasiakkaista vastasi
kyselyyn. Asiakkaiden käyntitiheyksiä ei kysytty
eikä niitä ollut saatavilla. (26) Yksi lomake sul-
jettiin pois aineistosta, koska siitä puuttui muu-
tosvalmiutta koskevan osion vastaukset.

Mittari

Muutosvalmiutta tässä tutkimuksella mitattiin
kuudella kysymyksellä. Kysymykset on poimittu
DUDIT-E-mittarin huumeidenkäytön itsearviointi-
nin muutosvalmiutta mittaavasta osiosta, joka
on nopeasti täytettävä, validi muutosvalmiuden
mittari (1, 34). Sanamuotoja on hieman muutettu
ja skaalana käytettiin 5-portaista Likert-asteik-
koa (vastausvaihtoehdot täysin eri mieltä, osin eri
mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osin samaa miel-
tä, täysin samaa mieltä). Väittämät ovat: *Nautin
huumeiden käytöstä, Olen ollut viimeisen vuoden
aikana huolissani huumeiden käytöstäni, Olen
väsynyt huumeiden käyttöön, Minusta on tärkeä
tehdä muutos huumeiden käytössäni, Olen val-
mis tekemään töitä aikaansaadakseni muutoksen
huumeiden käytössäni, Tarvitsen ammattiapua
muuttaakseni huumeiden käyttöäni.*

Muodostimme tätä tutkimusta varten elämän-
tyytyväisyyden summamuuttujan, joka kuvas-
taa elämäntyytyväisyyttä kokonaisuutena. Sum-
mamuuttujaan valittiin 14 taloudelliseen tilan-
teeseen, sosiaalisiin tekijöihin ja luottamukseen,
fyysiseen ja henkiseen terveyteen sekä yleiseen
elämäntyytyväisyyteen liittyvää kysymystä. Väit-
tämät ovat: *Kun ajattelet elämäsi viimeisen
kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi tyy-
tyväiseksi elämään/elintasoosi/terveyteesi/henki-
seen terveyteesi; Kun ajattelet elämäsi viimeisen
kuukauden aikana, oletko tuntenut itsesi ma-
sentuneeksi/yksinäiseksi;* (vastausvaihtoehdot:
jatkuvasti, melko usein, joskus, hyvin harvoin)
sekä *Tunnen itseni huono-osaiseksi; Pärjään
elämässäni; Ihmisiin voi luottaa; Viranomaisiin
voi luottaa; Tuloni riittävät menoihini; Pystyn
huolehtimaan veloistani; Saan kaupungilta riittä-
västi tukea, apua ja palveluita ja Tulevaisuudessa
elämäni on parempaa* (vastaus 5-portaisella Li-
kert-asteikossa). Kysymyksiä on käytetty aikai-
semmin kansallisessa leipäjonotutkimuksessa
(33). Summamuuttujan sisäinen yhtenäisyys on
hyvä (Cronbachin $\alpha=0,83$).

Subjektivistista haittaa arvioitiin väittämällä
Huumeiden käyttö aiheuttaa minulle ongelmia
(vastaus 5-portaisella Likert-asteikolla). Yksittäi-
senä huumeiden käyttöön liittyvänä haittana
kysyttiin huumeiden käyttöön liittyviä eri rikos-
oikeudellisia seuraamuksia viimeisen kahden
vuoden aikana (ei rangaistuksia, sakko, yhdys-
kuntapalvelu, ehdollinen vankeus, ehdoton van-
keus).

Palvelujen käytön osalta kysyttiin kunnan,
Kelan ja eläkelaitoksen tarjoamien palvelujen ja
tulonsiirtojen käyttöä sekä kunnan, seurakun-
nan ja Kelan tukemien palveluiden sekä mielen-
terveyspalveluiden ja päihdepalveluiden käyttöä
(vastausvaihtoehdot: olen saanut, olen hakenut,
mutta en ole saanut ja en ole hakenut). Lomak-
keella kysyttiin yhteensä 13 eri etuuden ja 7 eri
palvelun (mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut,
sosiaalitoimiston palvelut, terveyskeskuksen pal-
velut, Kelan tukema kuntoutus tai terapia, seura-
kunnan palvelut ja työvoimatoimiston palvelut)
käyttöä tai hakemista.

Taustamuuttujista selvitettiin sukupuoli, kan-
salaisuus, ikä, huumeiden käytön aloitusikä,
koulutus (perus- tai kansakoulun kesken, perus-
tai kansakoulu, lukio tai ammattikoulu, opisto
tai yliopisto), työtilanne (töissä pysyvästi, töissä
määrä- tai osa-aikaisesti, työtön tai lomautettu,
työkokeilussa, opiskelija, kotona, eläkeläinen),
asumismuoto (omistusasunto, vuokra-asunto,
kunnan vuokra-asunto, tukiasunto, asunnoton),
ruokapankissa asioiminen (ei ole, joka viikko,
keskimäärin kerran kuukaudessa, muutaman
kerran vuodessa) ja uskonnollisen yhteisön toi-
mintaan osallistuminen. Lisäksi kysyttiin koti-
taloudessa asuvien aikuisten sekä lasten luku-
määrää ja kuinka paljon kotitaloudelle jää käyt-
törahaa pakollisten menojen jälkeen. Kaikki tie-
dot perustuvat vastaajien omaan ilmoitukseen.

TILASTOLLINEN ANALYYSI

DUDIT-E:n muutosvalmiuosion kysymykset
liittyvät kolmeen aihepiiriin: huumeiden käytön
haittojen tunnistamiseen liittyvään yleiseen muu-
tosvalmiuteen tai -toiveeseen, hoitovalmiuteen ja
valmiuteen toimia muutoksen eteen. Väittämä
”Nautin huumeiden käytöstä” edustaa muutos-
valmiudelle vastakkaista tekijää, joka vähentää
yleistä valmiutta (1). Tutkimme, löytyykö aineis-
tosta mittarin oletusta noudattavaa faktoriraken-

netta. Kaikki kuusi kysymystä latautuivat yhdelle faktorille, kun ehdoksi asetettiin yhden ominaisarvon ylittäminen. Yhden faktorin ratkaisu selitti 55,4 % muuttujien vaihtelusta. Faktorointimenetelmänä oli generalized least squares. Muodostimme kuudesta muutosvalmiuskysymyksestä summamuuttujan, jota käytettiin analyyseissa. Summamuuttuja on keskiarvo vastauksista. Väittäjä ”nautin huumeiden käytöstä” on summamuuttujassa käännettynä. Summamuuttujan reliabiliteetti oli hyvä (Cronbachin $\alpha=0,83$). Summamuuttuja sai arvoja yhdestä viiteen. Koska vastaukset annettiin Likert-asteikoilla, arvot 3,5:stä ylöspäin edustavat keskimääräisesti muutosvalmiusväittämien kanssa osittain tai täysin samaa mieltä olemista ja vastaavasti pisteet alle 2,5 väittämien kanssa eri mieltä olemista, mikä kuvastaa hyvin esiharkintavaiheessa olemista. DUDIT-E-mittarin pisterajoja ei käytetty tässä tutkimuksessa, sillä käytetty vastausasteikko on erilainen.

Vastaajat jaettiin kahteen ryhmään muutosvalmiuden perusteella (korkea vs. matala muutosvalmius). Näiden kahden ryhmän välisessä vertailussa käytettiin Pearsonin χ^2 -testiä. Parametrisiä menetelmiä käytettiin normaalijakautuneille muuttujille ja ei normaalista jakautuneille muuttujille käytettiin non-parametrisiä menetelmiä (Mann-Whitney U). Muutosvalmiuteen vaikuttavia tekijöitä analysoitiin logistisen regressioanalyysin avulla, menetelmänä oli taaksepäin askeltava menetelmä. Tässä menetelmässä mallista poistetaan selittäjäksi valittuja muuttujia yksi kerrallaan perustuen niiden heikkoon selitysvaimaan. Aloitussmallin muuttujat valittiin sekä aikaisemman tutkimuksen että parametristen testien perusteella. Selittäjiksi valittiin ikä, sukupuoli, koulutus, työtilanne, uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistuminen, huumeiden käytön subjektiiviset haitat, elämäntyytyväisyys ja myönteinen suhtautuminen ammattiapuun. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa $< ,05$. Aineiston tilastollinen käsittely tehtiin SPSS 20-ohjelmalla.

TULOKSET

OSALLISTUJAT

Tutkimukseen osallistuneet terveysneuvontapisteiden asiakkaat ovat melko nuoria. Suurin ikäryhmä olivat 26–35-vuotiaat. Enemmistö vastaajista oli miehiä. Vastaajien koulutustaso oli pääosin matala. Peruskoulun jälkeinen tutkinto oli alle puolella vastaajista ja 10 % vastaajista ilmoitti, ettei ole käynyt perus- tai kansakoulua loppuun. Vastaajista suurin osa oli työelämän ulkopuolella vastaamishetkellä. Kokonaisuutena vastaajien taloudellinen toimeentulo oli heikkoa ja yli 80 % vastaajista oli saanut toimeentulotukea viimeisen kahden kuukauden aikana. Huumeisiin liittyviä sakko- tai vankeustuomioita viimeisen kahden vuoden aikana oli noin puolella vastaajista.

Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot on esitetty taulukossa 1.

MUUTOSVALMIUDEN TASO JA MATALAN

JA KORKEAN MUUTOSVALMIUDEN RYHMÄN VERTAILU

Muutosvalmiuden mediaani aineistossa on 3,83 (asteikko 1–5). Esiharkintavaiheessa ($<2,5$) on 9 % vastaajista. Selvästi vähintään harkintavaiheessa ($>3,5$) on 65 % vastaajista.

Tutkimusta varten muodostettiin kaksi muutosvalmiusryhmää, matala ($n=35$, $M=2,67$, $sd=,64$) ja korkea ($n=64$, $M=4,21$, $sd=,42$), jaksamalla muutosvalmiussummamuuttujan mukaan järjestetty aineisto käyttäen katkaisukohtana arvoa 3,5. Kuviossa 1 on esitetty muodostettujen muutosvalmiusryhmien vastausprofiilit. Korkean muutosvalmiuden ryhmä saa korkeampia pisteitä kaikissa muissa väittämässä, paitsi ”nautin huumeiden käytöstä” ja matala päinvastoin.

Työtilanteen osalta eläkkeellä olevat sijoittuivat työssä käyviin ja opiskelijoita sekä työttömiä ja kotona olevia useammin matalan motivaation ryhmään, mutta muiden ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistuminen oli tavallisempaa korkean muutosvalmiuden ryhmässä. Muutosvalmiusryhmät eivät poikenneet toisistaan eri palveluiden käyttämisen osalta. Ryhmät eivät poikenneet toisistaan rikosoikeudellisten seuraamusten osalta.

Ne, joiden muutosvalmius oli korkea, olivat tyytymättömämpiä elintasoonsa ja henkiseen terveyteensä, kokivat useammin masentuneisuu-

Taulukko 1. Tutkimuksen osallistajat.

Vastaajien (n=99) esittely	% vastanneista (n)
Sukupuoli ²	
mies	66 (65)
nainen	32 (32)
Ikä ³	
18–25	23 (22)
26–35	59 (57)
yli 35	18 (17)
Kansalaisuus ⁵	
suomalainen	99 (93)
Koulutus ¹	
oppivelvollisuus suorittamatta	9 (9)
peruskoulu tai kansakoulu	46 (45)
vähintään toisen asteen tutkinto	45 (44)
Perhe	
yksin asuva ⁶	54 (50)
lapsia ¹⁸	20 (16)
Asunnoton ²	10 (10)
Työtilanne ¹	
työ, työkokeilu tai opiskelija	25 (24)
työtön, lomautettu tai kotona	65 (64)
eläkeläinen	10 (10)
Tulonlähteet (voi olla useita, hk=henkilökohtainen, kt=kotitalous)	
palkka (hk) ¹	11 (11)
ansiosidonnainen työttömyysturva (kt) ¹⁴	12 (10)
Kelan etuus tai etuuksia (kt) ⁶⁻¹⁵	91 (71)
toimeentulotuki (kt) ³	84 (81)
leipäjono/ruokapankki viikoittain (hk) ²	7 (7)
leipäjono/ruokapankki harvemmin kuin viikoittain (hk)	41 (40)
arvioi, että sukulaiset ja ystävät auttavat tarvittaessa (hk) ³	65 (62)

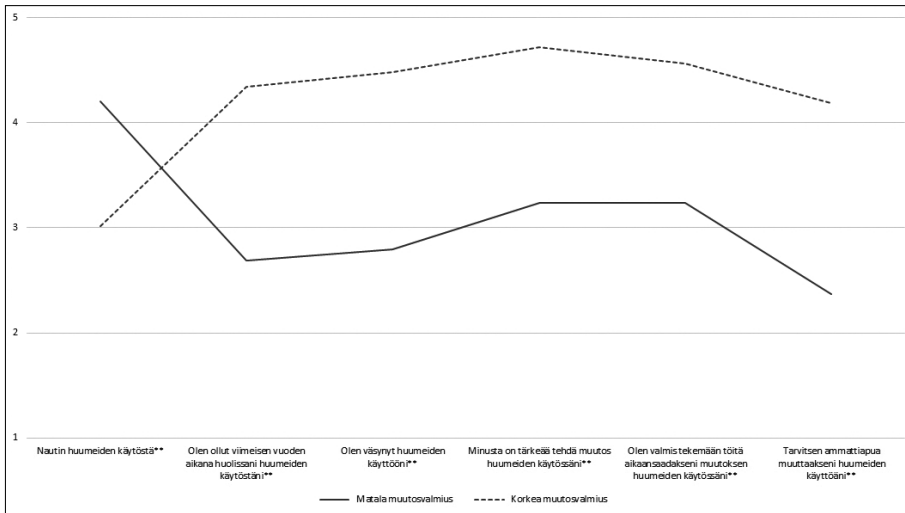
ⁿ=puuttuva tieto

den tunteita sekä arvioivat useammin, että eivät pärjää elämässä eivätkä pysty huolehtimaan velloistaan. Korkean muutosvalmiuden ryhmässä elämäntyytyväisyys oli elämäntyytyväisyys-summamuuttujalla arvioituna matalampi kuin matalan muutosvalmiuden ryhmässä.

Korkea muutosvalmius liittyi huumeiden käytön subjektiivisesti arvioituun haitallisuuteen. Matalan muutosvalmiuden ryhmässä 37 % ja korkean muutosvalmiuden ryhmässä 81 % vastaajista arvioi, että huumeiden käyttö aiheuttaa heille ongelmia. Elämäntyytyväisyyteen liittyvien

väittämien välillä oli vahva positiivinen korrelaatio. Sen sijaan elämänsä tyytymättömät kokivat useammin, että huumeiden käyttö aiheuttaa heille ongelmia. Korkean muutosvalmiuden ryhmässä luottamus siihen, että ammatillisilta voi saada oikeanlaista apua, oli suurempi kuin matalan muutosvalmiuden ryhmässä. Korkeamman muutosvalmiuden ryhmässä 77 % vastaajista oli osin tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

Tilastollisesti merkitsevät erot muutosvalmiusryhmien kokemuksissa on esitetty taulukossa 2.



Kuvio 1. Muutosvalmiusryhmien muutosvalmiutta mittaavien kysymysten ryhmäkeskiarvot. Ryhmien väliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < .001^{**}$, $p < .05^{*}$). (5=paljon/samaa mieltä... 1=vähän/eri mieltä)

Taulukko 2. Muutosvalmiusryhmien väliset tilastollisesti merkitsevät erot elämäntyytyväisyydessä ja asenteissa.

	Matala muutosvalmius (n=35)	Korkea muutosvalmius (n=64)	Vastausasteikko	p-arvo
Tyytyväisyys elintason	2,29	1,89	1-4	,035*
Tyytyväisyys henkiseen terveyteen	2,85	2,48	1-4	,034*
Masentuneisuuden tunne	1,89	2,28	1-4	,016*
Mahdollisuus huolehtia veloista ¹	3,76	3,07	1-5	,019*
Pärjäämisen kokemus ²	3,91	3,36	1-5	,017*
Elämäntyytyväisyys (summamuuttuja)	3,15	2,82	1-4,56	,010*
Huumeiden käytön koettu haitallisuus	3,03	4,09	1-5	,000**
Myönteinen suhtautuminen ammattiapuun ³	3,20	4,16	1-5	,001**

Mann-Whitney U $p < .001^{**}$, $p < .05^{*}$

1=samaa mieltä väittämän ”Pystyn huolehtimaan veloistani” kanssa; 2= Samaa mieltä väittämän ”Pärjään elämässäni” kanssa; 3= Samaa mieltä väittämän ”Voin saada oikeanlaista apua ammattilaisilta” kanssa. Tyytyväisyys elintason, Tyytyväisyys henkiseen terveyteen, Masentuneisuuden tunne, Mahdollisuus huolehtia veloista ja Pärjäämisen kokeminen ovat mukana Elämäntyytyväisyyden summamuuttujassa.

Taulukko 3. Muutosvalmiutta ennustavat tekijät (logistinen regressioanalyysi, referenssikategoriana korkea muutosvalmius).

	OR	95 % luottamusväli	p-arvo
Huumeiden käytön koettu haitallisuus	2,74	1,58–4,75	<,001**
Myönteinen suhtautuminen ammattiapuun	2,12	1,35–3,32	,001**
Työssä käyminen, työkokeilu tai opiskelu	9,87	1,20–81,16	,033*

p<,001**, p<,05*

MUUTOSVALMIUTEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Muutosvalmiutta selittäviä tekijöitä logistisessa regressiomallissa (taulukko 3) olivat subjektiivinen haitan kokemus, myönteinen suhtautuminen ammattiapuun sekä työtilanne. Mallin sopivuus on melko hyvä (Cox & Snell $R^2=,319$; Nagelkerke $R^2=,438$) ja malli luokitteli oikein 77 % kaikista ja 87 % korkean muutosvalmiuden ryhmään kuuluvista.

Huumeiden käytön kokeminen haitalliseksi ja myönteinen suhtautuminen ammattiapuun ennustavat korkeaa muutosvalmiutta. Myös työssä käyminen, työkokeilu tai opiskelu lisäsivät todennäköisyyttä sille, että kuuluu korkean muutosvalmiuden ryhmään, mutta tulos ei ole yhtä luotettava.

POHDINTA

TULOSTEN TARKASTELU

Terveysneuvontapisteiden palveluja käyttävien huumeita suonensisäisesti käyttävien muutosvalmius on korkealla tasolla. Esiharkintavaiheessa tässä aineistossa oli vain 9 % vastaajista, selvästi vähintään harkintavaiheessa 65 % vastaajista. Valtaosa vastaajista toivoo ja harkitsee muutosta huumeiden käyttöön liittyen ja toivoo saavansa muutokseen myös ammattiapua. Korkea muutosvalmius aineistossa kytkeytyy vastaajien hyvinvoinnin puutteisiin ja matalaan elämäntyytyväisyyteen. Elämänsä tyytymättömimmät olivat myös niitä, joiden muutosvalmius oli korkeimmalla tasolla. Tämä kertoo siitä, että tutkimusaineistossa on suuri joukko, jotka ovat erityisen väsyneitä huumeiden käyttöönsä ja elämäntilanteeseensa.

Korkea muutosvalmius tässä aineistossa oli yhteydessä subjektiiviseen haitan kokemiseen, ammattiavun hyödylliseksi arvioimiseen ja heikkoon arvioon subjektiivisesta hyvinvoinnista elämäntyytyväisyyden, pärjäämisen, henkisen hyvinvoinnin ja taloudellisen tilanteen osalta. Henkinen ahdistus, joka voi ilmetä tunteena henkisen terveyden kärsimisestä tai masentuneisuutena, on yksi entuudestaan tunnettu korkeampaan muutosvalmiuteen kytkeytyvä tekijä. (2, 9–11, 15–16) Mielenterveyden kärsimisen oireet voivat olla huumeiden käyttöön liittyvä haitta, ahdistus voi liittyä huumeiden käytön haittojen tunnistamiseen ja myös toisin päin, ahdingon tunne voi saada haluamaan muutosta (2). Taloudelliset huolet olivat yhteydessä korkeampaan muutosvalmiuteen. Vastaajat olivat kokonaisuudessaan taloudellisesti heikossa asemassa ja lisäksi huumeiden käytön rahoittamiseen liittyvät tekijät ja niihin liittyvät vaikeudet saattavat olla välittävä tekijä taloudellisen hyvinvoinnin ja muutosvalmiuden välisessä yhteydessä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu, että päihdeongelman haittojen tunnistaminen (9–10) ennustaa muutosvalmiutta paremmin kuin sosiodemografiset tekijät, kuten ikä tai sukupuoli. Tässä tutkimuksessa sosiodemografisista tekijöistä vain työtilanne oli yhteydessä muutosvalmiuteen. Sekä työssä käyminen ja opiskelu että työttömyys tai lomautettuna olo olivat yhteydessä korkeaan muutosvalmiuteen, kun taas eläkkeellä olevilla muutosvalmius oli matalampaa. Eläkeläiset olivat omasta huumeiden käytöstään vähemmän huolissaan kuin muut vastaajat. Monet heistä olivat saaneet viime aikoina kuntoutusta tai terapiaa ja on mahdollista, että tätä vastaajaryhmää leimasi rauhallisempi

suvantovaihe joko elämässä tai huumeiden käytössä. Opiskelijoilla ja työssä käyvillä työ ja opiskelu voivat olla resurssuja, joista halutaan pitää kiinni tai jotka lisäävät muutosvalmiutta lisäämällä pystyvyydensuuntaa myös muutoksen suhteen. Työttömillä muutosvalmiuden lisääntyminen taas saattaa liittyä elämäntilanteen epätyytyväisyyteen. Yleisesti on syytä myös huomata, että matalammat muutosvalmiuden pisteet voivat liittyä myös vähäisempään huumeiden käyttöön.

Tulokset kertovat osaltaan siitä, että halukkuutta muutokseen on kaiken tyyppisillä terveysneuvontapisteen asiakkailta eikä ulkoisilla tekijöillä juurikaan voitu ennustaa muutosvalmiutta. Esimerkiksi asunnottomien muutosvalmiudesta. Verrattuna hoitopopulaatioihin vastaajajoukko saattaa olla homogeenisempää ja taustamuuttujien vaikutus jää siksi vähäisemmäksi. Vastaajien mahdollinen valikoituminen on ennuudesta lisännyt vastaajien yhtenäisyyttä.

Uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistuminen oli yhteydessä korkeaan muutosvalmiuteen. Uskonnolliset yhteisöt ovat merkittäviä toiminnan ja kuntoutuksen järjestäjiä päihdeongelmallisille ja niiden toiminta saattaa tavoittaa myös sellaisia huumeiden käyttäjiä, jotka eivät ole muun psykososiaalisen tuen piirissä. Vastaajat eivät välttämättä pidä uskonnollisen yhteisön järjestämää toimintaa tai omaa osallistumistaan yhteisön toimintaan uskonnollisena (26). Uskonnollisen yhteisön toimintaan osallistuminen saattaa olla yhteydessä muutosvalmiuteen hengellisyden kautta, mutta tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, mikä merkitys hengellisyydellä oli vastaajille. Tulos voi liittyä myös siihen, että huumeiden käyttöön muutosta kaipaavat saattavat hakeutua monenlaisen psykososiaalisen avun ja tuen pariin. Muutosvalmiuden ja psykososiaalisen tuen yhteys saattaa olla kaksisuuntainen: muutosvalmius selittää palvelujen piiriin hakeutumista ja palvelujen piirissä olemisen voi tukea muutosvalmiuden kehittymistä.

Selvimmän korkeaa muutosvalmiutta ennustivat huumeiden käytön kokeminen haitalliseksi ja myönteinen suhtautuminen ammattiapuun. Arvio huumeiden käytön itselle aiheuttamista ongelmista on keskeinen muutosvalmiuden osatekijä kognitiivisissa muutosmotivaatiomalleissa

(1, 5, 7–8) ja tämän tutkimuksen perusteella malli pätee myös terveysneuvontapisteen asiakkaiden muutosvalmiuden kuvaamiseen. Tulos vastaa aikaisemman tutkimuksen perusteella asetettua hypoteesia. Luottamus siihen, että ammattilaisilta voi saada apua, on yksi hoito- ja muutosvalmiutta nostava tekijä (18), mutta vaikutus on samalla todennäköisesti myös toisen suuntainen. Muutosvalmiuden viriäminen saa harkitsemaan ammattiavun käyttämistä ja mahdollisesti myös lisäämään siihen tukeutumista ja luottamista.

Henkinen ahdinko, jota tässä tutkimuksessa arvioitiin itseilmoitettuna masentuneisuuden tunteina ja heikentyneenä elämäntyytyväisyytenä, saattaa kytkeytyä korkeaan muutosvalmiuteen. Henkinen ahdinko ei kuitenkaan selittänyt muutosvalmiutta tässä tutkimuksessa. Tyytymättömyys elämään ja sen eri osa-alueisiin ei ollut yhtä selvässä yhteydessä muutosvalmiuteen. Elämäntyytyväisyyskysymyksiä tässä tutkimuksessa ei ollut kytketty huumeiden käyttöön vaan elämään yleensä. Hyvinvointierot ryhmässä eivät myöskään olleet suuria. Osa vastaajista hakee ratkaisua epätyytyttävään elämäntilanteeseensa pyrkimällä eroon huumeista, kun taas osalle vastaajista tyytymättömyyden taustalla olevat vaikeudet kuvautuvat muutoksen ulkoisina tai sisäisinä hidasteina ja esteinä.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tulosten tulkinnassa on otettava huomioon, että tutkimuksen osallistujajoukko oli mahdollisesti jossain määrin valikoitunutta. Muutamissa parametrisissa mittauksissa osajoukot jäivät pieniksi, mikä heikentää tulosten yleistettävyyttä. Portin käyttäjistä vakioasiakkaat vastasivat Portin henkilökunnan ja tutkimusavustajan arvion mukaan useammin kuin ensimmäistä kertaa käyvät asiakkaat (26). Niinpä tulokset kertovat ehkä erityisesti huumeiden aktiivisten ja pitkäaikaisten käyttäjien kokemuksista tai ainakin terveysneuvontapisteen aktiivikäyttäjien kokemuksista.

Tutkimuksessa muutosvalmiutta mitattiin tätä tutkimusta varten laaditulla kuuden kysymyksen mittarilla. Koska muutosvalmiudesta kysyttiin suoraan, voi mittari olla altis sosiaalisten odotusten mukaiselle vastaamiselle (1). Kielteiset vastaukset väittämiin kuvastavat hyvin esiharkintavaihetta. Sen sijaan suuri yksimielisyys

väittämien kanssa voi olla mahdollista harkinta-, valmistelu- tai toimintavaiheessa. Pisteet myös oletuksen mukaan laskevat, jos huumeiden käyttöön on jo tehty muutoksia. Tässä tutkimuksessa ei kysytty, minkä verran vastaajat käyttävät parhaillaan huumeita.

Kuuden kysymyksen mittarilla saatiin muutosmotivaation ja muutosvalmiuden teoriataustan ja aikaisemman tutkimuksen kanssa yhteensopivia tuloksia, mikä sinänsä kertoo siitä, että mittarin validiteetti on lupaava. Kokonaisen DUDIT-E-itsearviointiskaalan käyttö olisi mahdollistanut tässä saatujen tulosten vertaamisen muuhun tutkimukseen ja käytössä oleviin raja-arvoihin. Tutkimuslomake haluttiin pitää kuitenkin lyhyenä ja helposti täytettävänä. Terveysneuvontapisteiden käyttäjien anonymiteettiä kunnioitettiin, eikä tätä tutkimusta varten asiakasta kerätty varsinaisia henkilötietoja.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen perusteella huumeita suonensisäisesti käyttävien terveysneuvontapisteiden vakioikäyttäjien parissa väsyneisyys huumeiden käyttämiseen ja toive muuttaa huumeiden käyttöä on hyvin tavallista. Terveysneuvontapisteet tarjoavat päihdehoitoon liittyvää neuvontaa, mikä tämän tutkimuksen perusteella vastaa useiden terveysneuvontapisteen käyttäjien tarpeita. Näiden henkilöiden tunnistamista vaikeuttaa kuitenkin se, että ulkoisten tekijöiden perusteella on vaikeaa arvioida muutosvalmiutta. Lyhyt subjektiivisen muutosvalmiuden kartoituksen menetelmä voi auttaa seulomaan ne, jotka kaipaavat muutosta ja mahdollisesti apua muutokseen juuri tietyllä hetkellä. DUDIT-E muutosvalmius-osion tyylinen lyhyt mittari vaikuttaa pätevältä muutosvalmiuden nopean kartoituksen menetelmältä.

Tässä tutkimuksessa huumeiden käytön koettu haitallisuus ja elämään liittyvä tyytymättömyyden ja ahdingon kokemukset olivat yhteydessä korkeaan muutosvalmiuteen. Muutosmotivaation kognitiiviset mallit soveltuvat hyvin muutosvalmiuden kuvaamiseen. Huumeettomuuteen vetäviä tekijöitä ja muutoksen toteuttamisen voimavaratekijöitä ja esteitä ei tässä tutkimuksessa kartoitettu, vaikka niiden rooli etenkin muutosprosessin edetessä on tärkeä. Terveysneuvontapiste Portin asiakkaiden itseilmaistu muu-

tosvalmius (ja erilaisten palveluiden käyttö) on korkealla tasolla, mutta heidän kykynsä, voimavaransa, edellytyksensä ja välineensä muutoksen toteuttamiseen eivät välttämättä ole vastaavalla tasolla. Paitsi että huumeiden käyttäjien hyvinvoinnin tukeminen on itseisarvoisesti tärkeää, myös muutosmotivaation näkökulmasta tyydyttävän elämän hankkiminen ja elämäntyytyväisyyden ylläpitäminen ovat huumeiden käyttöön- sä muutosta suunnittelevien ja heitä kohtaavien palvelujärjestelmien jatkuvana haasteena. Tulostemme perusteella tarvitaan lisää tietoa siitä, miten muutosvalmiutta voisi parhaiten hyödyntää hoitoa ja hoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä. Mikäli potilaan muutosvalmius ja muutosta edistävät tekijät ja niiden merkitys pystyttäisiin tunnistamaan paremmin, Portin tavoin toimivat matalan kynnyksen pisteet voisivat kohdentaa tarkemmin yksilöityä neuvontaa ja ohjausta huumeita suonensisäisesti käyttäville. Tämä voisi parantaa huumeita suonensisäisesti käyttävien henkilöiden kokemusta ymmärretyksi tulemisesta ja sitä kautta lisätä heidän sitoutumistaan päihdehoitoon.

KIRJOITAJIEN KONTRIBUUTIOT

PH ja AMP osallistuivat tutkimussuunnitelman tekemiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. KH osallistui tutkimuksen arviointimenetelmien suunnitteluun, tutkimussuunnitelman tekemiseen, aktiivisesti tämän käsikirjoituksen suunnitteluun ja ohjasi käsikirjoituksessa kuvatun tutkimuksen raportoinnin suunnittelua ja koostamista. PS osallistui tutkimuksen suunnitteluun, järjesti aineiston keräämisen ja ohjasi aineiston keruuta sekä oli mukana raportoinnin suunnittelussa. JS on tutkimuksen johtaja ja osallistui tutkimuksen suunnitteluun, ohjasi aineiston keräämisen ja oli mukana tutkimusraportoinnin suunnittelussa.

KIITOKSET

Kirjoittajat kiittävät sairaanhoitaja Annina Kaarijokea ja sosiologian maisteriopiskelija Kristiina Laipiota tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden empaattisesta motivoimisesta ja tarvittaessa heidän avustamisestaan, mikä kaikki mahdollisti tutkimuksen onnistumisen.

The aim of the research is to examine the readiness for change and factors associated with it in intravenous drug users. Readiness for change means self-described willingness and readiness to change drug use, act towards the change and accepting professional help. The material (N=99) was collected at the health advice centre Portti in Kuopio, which is meant to drug users who use drugs intravenously. The readiness for change is evaluated with an indicator which was specifically created for this research. The indicator is based on the self-evaluation section of DUDIT-E-indicator, which measures the seriousness of drug use and motivation for change. We also examined the satisfaction with life of the respondents. We created for this research the sum of the variable of the satisfaction with life. We compared groups with higher and lower readiness for change. The readi-

ness for change was at a high level among visitors of Portti. The majority of respondents had a desire to change their drug use patterns. The factors that predicted readiness for change were self-described harmfulness of drug use, positive attitude towards professional help and working, practical training or studying. Respondents who had higher readiness for change also used more religious communities' services. If it was possible to recognize the readiness for change and factors that help the progress of change and the significance of them, the low threshold services like Portti could target better individualized counseling and guidance to persons who use drugs intravenously.

Keywords: readiness for change, DUDIT-E, Health advice centre Portti, intravenous drug use, satisfaction with life

LÄHTEET

- (1) Berman AH, Palmstierna T, Källmén H, ym. The self-report Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *J Subst Abuse Treat* 2007;32: 357–369.
- (2) Miller W. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Kirjassa: Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi; 2008, 16–40.
- (3) Norcross J, Krebs P, Prochaska J. Stages of Change. *J Clin Psychol* 2011;67: 143–154.
- (4) Bell DC, Montoya ID, Richard AJ, ym. The Motivation for Drug Abuse Treatment: Testing Cognitive and 12-Step Theories. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24: 551–571.
- (5) DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *Am J Addict* 2004;13: 103–119.
- (6) Hiller M, Narevic E, Webster M, ym. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated Substance Abusers. *Subst Use Misuse* 2009;44: 28–41.
- (7) Simpson D, Joe G. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 1993;30: 357–368.
- (8) De Leon G, Melnick G, Kressel D. Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Cocaine and Other Drug Abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997;23: 169–189.
- (9) Rapp RC, Xu J, Carr CA, ym. Understanding treatment readiness in recently assessed, pre-treatment substance abusers. *Subst Abuse* 2007;28: 11–23.
- (10) Zule WA, Lam WKK, Wechsberg WM. Treatment Readiness Among Out-of-Treatment African-American Crack Users. *J Psychoactive Drugs* 2003;35: 503–510.
- (11) Nwakeze P, Magura S, Rosenblum A. Drug problem recognition, desire for help and treatment readiness in a soup kitchen population. *Subst Use Misuse* 2002;37: 291–312.
- (12) Upshur C, Weinreb L, Cheng D, ym. Does Experiencing Homelessness Affect Women's Motivation to Change Alcohol or Drug Use? *Am J Addict* 2014;23: 76–83.
- (13) Collins J, Slesnick N. Factors Associated With Motivation to Change HIV Risk and Substance Use Behaviors Among Homeless Youth. *J Soc Work Pract Addict* 2011;11: 163–180.
- (14) Lobmaier P, Berman A, Gossop M, ym. Substance use and problem awareness among drug-involved prisoners in Norway. *J Subst Use* 2013;18: 211–220.
- (15) Ryan R, Plant R, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav* 1995;20: 279–297.

- (16) Nochajski T, Stasiewicz PR, Patterson DA. Depression, Readiness for Change, and Treatment Among Court-Mandated DUI Offenders. *J Dual Diagn* 2013;9: 139–148.
- (17) Schwartz R, Kelly S, O’Grady K, ym. Antecedent and correlates of methadone treatment entry: A comparison of out-of-treatment and in-treatment cohorts. *Drug Alcohol Depend* 2011;115: 23–29.
- (18) DiClemente CC, Doyle SR, Donovan D. Predicting Treatment Seekers’ Readiness to Change their Drinking Behavior in the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33: 879–892.
- (19) Varjonen V, Tanhua H, Forsell M. Huuometilanne Suomessa 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 5/2014.
- (20) Winick C. Maturing Out of Narcotic Addiction. *Bull Narc* 1962;14: 1–7.
- (21) Henderson L, Vlahov D, Celentano D, ym. Readiness for Cessation of Drug Use Among Recent Attenders and Nonattenders of a Needle Exchange Program. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32: 229–237.
- (22) Laudet A, Becker J, White W. Don’t Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse. *Subst Use Misuse* 2009;44: 227–252.
- (23) De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *Int J Drug Policy* 2010;21: 364–380.
- (24) Fischer J, Clavarino A, Kemp R, ym. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Qual Life Res* 2013;22: 2113–2121.
- (25) Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess* 1985;49: 71–75.
- (26) Laipio K, Saari J, Honkalampi K, ym. Terveysneuvontapiste Portin asiakkaat Kuopiossa. Suonensisäisten huumeiden käyttäjien hyvinvointi sekä palveluiden ja tulonsiirtojen käyttö. Kuopio: Kuopion kaupunki; 2014.
- (27) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ehkäisevän päihdetyön laatu-kriteerit. Stakesin työpapereita 3/2006.
- (28) Warsell L, Vertio H. Päihdehaittojen ehkäisystrategiat ja ehkäisevä päihdetyö. Kirjassa Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2003, 47–56.
- (29) Kuoppasalmi K, Heinälä P, Lönnqvist J. Päihdehäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim.) Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy; 2013, 405–470.
- (30) Van der Poel A, Barendregt C, van de Mheen D. Drug Users’ Participation in Addiction Care: Different Groups Do Different Things. *J Psychoactive Drugs* 2006;38: 123–132.
- (31) Koivula U-M., Saari, M, Saari J, ym. “Ilman Nerviä en olisi hengissä” Kyselytutkimus A-klinikkasäätiön Pirkanmaan palvelualueen terveys- ja sosiaalineuvontapiste Nerven asiakkaiden hyvinvoinnista ja palveluiden käytöstä. Tampereen kaupungin julkaisuja. Selvitykset ja kehittämisraportit 4/2014.
- (32) Bluthenthal R, Gogineni A, Longshore D, ym. Factors associated with readiness to change drug use among needle-exchange users. *Drug Alcohol Depend* 2001;62: 225–230.
- (33) Ohisalo M, Saari J. Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa. Kunnallisanal kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 83. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy; 2014.
- (34) Matuszka B, Bácskai E, Berman AH, ym. Psychometric Characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) Among Young Drug Users in Hungary. *Int J Behav Med* 2014;21: 547–555.

PÄLVI HAVUKAINEN

PsM, psykologi

Ylä-Savon SOTE ky, Koulutiimi,

Iisalmi

ANNA-MARI PASANEN

PsM, psykologi

Siun sote, Lastenpsykiatrinen poliklinikka,

Joensuu

KIRSI HONKALAMPI

Ma. Professori

Itä-Suomen yliopisto

Kasvustustieteen ja psykologian osasto

Joensuu

PIRJO SAARINEN

LT, dosentti

Lääkintäneuvos, osastonylilääkäri

Kuopion yliopistollinen sairaala

Mielenterveysjohtaja

Kuopion kaupunki

JUHO SAARI

VTT, MA (Econ.)

Professori, johtaja

Kuopion Hyvinvointitutkimuskeskus (KWRC)

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden laitos, Kuopio