

ASIAKKAAN KOKEMUS ALKOHOLIN KÄYTÖN MINI-INTERVENTIOSTA

Seija Honkalampi

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Kevät 2015

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Seija Honkalampi (2015). Asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventiosta. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, (terveyskasvatus ja terveyden edistäminen) pro gradu -tutkielma, 56 s., 5 liitettä.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon asiakkaan kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta. Mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin käytön puheeksiottamista, terveysneuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi, tietoa alkoholin vaikutuksista terveydelle tai muuta keskustelua alkoholin käytöstä terveydenhuollossa asioinnin yhteydessä. Aineisto kerättiin haastattelemalla seitsemää päihdekuntoutuksessa olevaa henkilöä. Aineiston analyysissä käytettiin Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) -menetelmää.

Tulosten mukaan terveydenhuollon asiakkaat kokivat mini-intervention tärkeäksi alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyssä ja alkoholiriippuvuuden hoidossa. Mini-intervention kokeminen muodostui kahdesta merkityskokonaisuudesta: mini-intervention vuorovaikutuksesta ja asiantuntevasta neuvonnasta. Se herätti toivon paremmasta voinnista, mikä ilmeni helpotuksen ja kiitollisuuden tunteena. Vuorovaikutuksessa aidon välittämisen ja empatian kokeminen vahvisti luottamusta terveydenhuoltoon. Asiakas koki saavansa arvostusta ihmisenä, kun hänen tilanteestaan ja auttamisestaan oltiin kiinnostuneita. Asiantuntevan neuvonnan merkitys mini-interventiosta oli asiakkaan omien voimavarojen vahvistuminen. Voimavarat auttoivat asiakasta ottamaan vastuuta alkoholin käytön vähentämisestä. Asiakkaan elämäntilanteen ja terveydentilan huomioiva neuvonta tuki asiakasta itsenäisyyteen ja vastuunottoon. Pettymystä ja mielipahaa liittyi tilanteisiin, joissa terveydenhuollon asiantuntija ei lähtenyt keskustelemaan alkoholin käytöstä. Tilanteet, joissa terveydenhuollossa asiakkaalle ilmaistiin avun tarjoamisen sijaan paheksuva mielipide alkoholin käytöstä, koettiin huonona kohteluna ja vallankäyttönä. Tilanteet herättivät syyllisyyttä ja häpeää sekä negatiivisia tunteita terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan.

Tämän tutkimuksen perusteella alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi suositellaan mini-intervention systemaattista ja tutkimustietoon perustuvaa toteuttamista perusterveydenhuollossa: Terveydenhuollon henkilöstö reflektoi säännöllisesti alkoholin käyttöön liittyviä asenteita ja normeja pystyäkseen kohtaamaan alkoholia käyttävän asiakkaan arvostavasti ja kunnioittavasti. Tärkeää on alkoholin käytön mini-intervention osaamisen kehittäminen ja asiakkaan voimavarojen aktiivinen tukeminen.

Jatkossa on tärkeää tutkia, millaisia ovat terveydenhuollon asiantuntijoiden kokemukset mini-interventiosta, ja millaiset terveydenhuollon organisaation normit ohjaavat mini-intervention toteuttamista. Jatkotutkimusta tarvitaan myös alkoholin käytön mini-intervention vuorovaikutuksen ja neuvonnan vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Asiasanat: mini-interventio, alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen vähentäminen, kokemus.

ABSTRACT

Seija Honkalampi (2015) Patients' experiences with an alcohol brief intervention. Faculty of Health Sciences, University of Jyväskylä, (health education and health promotion) Master's thesis, 56 pp., 5 appendices.

The aim of this Master's Thesis was to document health care patients' experiences with an alcohol brief intervention. A brief intervention means bringing up the issue of alcohol use, health counselling for reducing the use of alcohol, information about alcohol's effects on health, or other discussion about the use of alcohol, as a part of health care services.

The data was gathered by interviewing seven persons who were undergoing alcohol rehabilitation. The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) method was used to analyze the data.

According to the results, health care patients felt that the brief intervention was important for preventing damages caused by alcohol and in treating alcohol addiction. Experiences with brief intervention could be divided into two large categories: interaction in the brief intervention and competent counselling. For patients, a brief intervention meant an opportunity to succeed in reducing their use of alcohol. It gave them hope of feeling better, which was expressed through feelings of relief and gratitude. Experiencing genuine caring and empathy in interaction strengthened the patients' trust in health care services. Being interested in the patients' conditions and helping them made them feel appreciated as patients. Competent counselling as a part of the brief intervention was significant in strengthening the patients' own resources. These resources helped patients to take responsibility in reducing their use of alcohol. Counselling that took into account the patients' situations in life and physical health supported them in being independent and taking responsibility. Disappointments and grief were experienced when health care experts did not initiate discussion about the use alcohol. Situations, where instead of offering help, patients were given a disapproving opinion on the use of alcohol, were seen as bad treatment and oppressive. These situations led to feelings of guilt and shame, as well as negative feeling towards health care personnel.

Based on this study, in order to prevent and reduce health problems caused by alcohol, carrying out systematic brief interventions based on researched information is recommended as a part of basic health care services: health care personnel regularly reflect on their attitudes and norms regarding the use of alcohol in order to appreciatively and respectfully face a patient who uses alcohol. And it is important that health care personnel develop their expertise in alcohol brief interventions and actively support patients' resources for controlling their use of alcohol.

In the future, it is important to study what kind of experiences health care personnel have had with brief interventions and what kind of organizational norms guide the use of brief interventions as a part of health care services. Further research is also required to assess the effectiveness of interaction and counselling in alcohol use brief interventions.

Keywords: brief intervention, reducing health problems caused by alcohol, experience.

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT TERVEYSHAITAT.....	3
3 ALKOHOLIN AIHEUTTAMIEN TERVEYSHAITTOJEN VÄHENTÄMINEN.....	6
3.1 Yhteisötason alkoholi-interventioita.....	7
3.2 Yksilötason alkoholi-interventioita.....	8
4. MINI-INTERVENTIO YKSILÖTASON ALKOHOLI-INTERVENTIONA.....	13
4.1 Mini-intervention toteuttaminen.....	14
4.2 Kokemus mini-interventiosta.....	17
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	20
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
6.1 Tutkimusaineisto ja aineiston hankinta.....	22
6.2 Aineiston analyysi.....	24
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	30
7.1 Mini-intervention vuorovaikutus.....	30
7.2 Asiantunteva neuvonta.....	33
8 POHDINTA.....	37
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	37
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat.....	40
8.3. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotuksia.....	44
LÄHTEET.....	45
LIITTEET 5 KPL	

1 JOHDANTO

Vuosikymmenten aikana alkoholia käyttävien suomalaisten määrä on jatkuvasti lisääntynyt. Täysin raittiita arvioidaan olevan noin 14 % väestöstä (Helldán ym. 2013, 24, 124). Vuonna 2013 alkoholin kokonaiskulutus oli 11,6 litraa henkilöä kohti. Kulutus oli 0,1 litraa enemmän kuin edellisenä vuonna, mutta kuitenkin alhaisempi kuin vuonna 2007, jolloin kokonaiskulutus oli 12,7 litraa (Varis & Virtanen 2014, 1–3). Alkoholin käyttö aiheuttaa yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia muun muassa sosiaalihuollon, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta (Jääskeläinen 2012, 1–4). Taloudellisten haittojen lisäksi alkoholi vaikuttaa terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Koskisen ym. (2005) mukaan alkoholin käyttöön liittyvien haittojen yleistymisen on tuonut esille uudenlaisia haasteita terveyden edistämiseksi ja terveystaloudelle.

Alkoholin käyttö ja siitä aiheutuvat haitat ovat useiden tieteenalojen kiinnostuksen kohteena. Tutkimusta on kohdennettu muun muassa alkoholiin kemiallisena aineena, sen aiheuttamiin käyttäytymisen muutoksiin sekä psykofyysisiin ja sosiaalisiin vaikutuksiin. Esimerkiksi Alkoholitutkimussäätiön rahoitusta myönnettiin vuonna 2013 muun muassa yhteiskuntatieteelliseen, käyttäytymistieteelliseen, luonnontieteelliseen ja lääketieteelliseen alkoholitutkimukseen (Alkoholitutkimussäätiö 2014). Hoito- ja terveystieteellisen tutkimuksen kohteena ovat olleet päihteettömyyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn interventiot, esimerkiksi yhteisöissä toteutetut kampanjat (Shakeshaft ym. 2012; de Visser ym. 2013; Langford ym. 2014) ja alkoholimainonnan rajoitusten vaikutus alkoholin käyttöön (Jernigan ym. 2013; Bosque-Prous ym. 2014; Pechey ym. 2014). Yksilötason interventioista tutkimustietoa löytyy esimerkiksi päihteettömyyden edistämisen ja alkoholin käytön vähentämisen menetelmistä sekä niiden vaikutuksesta alkoholin käyttöön (Muckle ym. 2012; Turnbull & Osborn 2012; Mollen ym. 2013; Prince ym. 2014). Vuosilta 2012–2014 löytyy useita tutkimuksia, joissa selvitettiin internetin, sähköpostin ja tekstiviestien avulla toteutetun intervention toimivuutta ja vaikutusta alkoholin käyttöön (Irvine ym. 2012; Lapham ym. 2012; Kypri ym. 2013; Murphy ym. 2013; Tensil ym. 2013; Voogt ym. 2014).

Alkoholin käytön mini-interventio, josta käytetään myös käsitettä lyhytneuvonta, tarkoittaa terveydenhuollon asiantuntijan ja asiakkaan keskustelua alkoholista, sen käytöstä aiheutuvista haitoista ja käytön hallinnasta (Aalto & Seppä 2009; Mäkelä & Mustonen 2010). Alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyssä mini-interventio on todettu lähtökohdaksi asiakkaan

auttamiselle. Kuitenkin on todettu, että mini-intervention toteuttaminen terveydenhuollossa oli satunnaista ja jopa harvinaista (Havio ym. 2014a; McKnight-Eily ym. 2014). Mini-interventiota on toteutettu yhdistettynä terveydenhuollon muihin palveluihin (Yoast ym. 2008; Toll ym. 2012; Wilson ym. 2014), ja siinä on käytetty erilaisia vuorovaikutuksen lähestymistapoja. Runsaasti tutkimustietoa löytyi motivoivan haastattelun menetelmien käytöstä alkoholin käytön mini-interventioissa (Mäkelä & Aalto 2010; Edelman ym. 2012; Nehlin ym. 2012; Stuart ym. 2013; Kaner ym. 2013; Hustadt ym. 2014). Terveydenhuollon asiakkaiden odotuksena oli, että alkoholin käytöstä kysytään ja tarjotaan apua niille, jotka sitä tarvitsevat (Kääriäinen 2010; Bjarregaard ym. 2012). Terveydenhuollon asiantuntijat kuitenkin ajattelivat, että asiakkaat suhtautuvat alkoholista keskusteluun negatiivisesti (Doi ym. 2014).

Varmaa menetelmää alkoholin liiallisen käytön ennaltaehkäisemiseen ja alkoholiriippuvuuden hoitoon ei ole löydetty. Kuussaaren ym. (2012) mukaan vaikuttavien promotiivisten ja preventiivisten menetelmien sekä vaikuttavan hoidon kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa siitä, saavatko alkoholin terveyshaittoja kokevat asiakkaat sitä palvelua ja apua, mitä tilanteessaan tarvitsevat. On todettu, että niistä, jotka tunnistivat alkoholin olevan ongelma ja tunnistivat sen aiheuttavan haittaa itselleen tai ympäristölleen, vain 12 % oli hakenut tai saanut apua ongelmaansa (Ahola ym. 2010). Tärkeää on, että avun tarpeessa olevat ihmiset saavat apua oikea-aikaisesti, ja että käytössä on vaikuttavaksi todettu hoito (Gould ym. 2006; Ahola ym. 2010).

Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena oli terveydenhuollon asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventiosta. Aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta oli niukasti saatavilla. Tutkimusaihetta lähestyttiin fenomenologisesta viitekehyksestä. Tavoitteena oli saada asiakkaan kokemus mahdollisimman selkeästi esille sekä lisätä terveydenhuollon asiantuntijoiden tietoisuutta ja ymmärrystä mini-intervention merkityksestä asiakkaalle.

2 ALKOHOLIN AIHEUTTAMAT TERVEYSHAITAT

Käypä hoito -suosituksessa alkoholin käytön todetaan olevan yksi yhteiskuntamme merkittävä terveyttä uhkaava tekijä. Vuonna 2012 alkoholin käyttöön liittyviä kuolemia oli 2532 ja näistä 77 % liittyi alkoholisairauksiin tai alkoholimyrkytyksiin. Alkoholisairauksiin tai alkoholimyrkytyksiin kuolleista suurin osa oli työikäisiä 55–64 -vuotiaita (Päihdetilastollinen vuosikirja 2013, 31). Tässä työikäisten ikäryhmässä oli enemmän päivittäin alkoholia käyttäviä kuin muissa ikäryhmissä (Helldán ym. 2013, 133). Työikäisestä väestöstä 4.7 % kärsi alkoholiin liittyvistä terveyshaitoista (Ahola ym. 2010). Alkoholin käyttöön liittyvien työkykyä uhkaavien sairauksien on todettu yleistyneen (Gould ym. 2006). Lokakuussa 2011 suoritetun tapauslaskennan mukaan yhden vuorokauden aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa asioi 11 738 henkilöä päihteisiin liittyvän syyn vuoksi. Terveydenhuollossa päihteisiin liittyvät asioinnit lisääntyivät vuodesta toiseen (Kuussaari ym. 2012). Yksilöön kohdistuvien haittojen lisäksi haitat kohdistuivat myös lähiympäristöön ja yhteiskuntaan (Aalto 2010a).

Alkoholin käyttö voi vaurioittaa kaikkia elimiä, kaikkia fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja välillisesti tai suoraan, mutta se vaikuttaa käyttäjiin yksilöllisesti, eikä jokaiselle paljon alkoholia käyttävälle henkilölle aiheudu pysyviä terveyshaittoja (Alkoholiongelman hoito 2011). Alkoholi vaikuttaa elimistöön välittömästi sen jouduttua aineenvaihduntaan, mutta sillä on myös pitkäaikaisvaikutuksia. Muutokset sokeriaineenvaihdunnassa, hyperlipidemian kehittyminen ja niistä johtuvat aineenvaihdunnan sairaudet, esimerkiksi maksa-, haima-, sydän- ja verisuonisairaudet, ovat yleisiä runsaasti alkoholia käyttävillä. Alkoholin käyttö aiheuttaa haittaa myös ruuansulatuskanavan toiminnalle. Ripuli ja refluksoireet ovat yleisiä samoin esofagiitti, gastriitti, malabsorptio sekä paksusuolen polyypit että syöpäsairaudet. Syöpäsairauksista yhteys alkoholin käyttöön on todettu muun muassa suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven, maksan, rintarauhasen, paksusuolen ja peräsuolen syövillä. Alkoholin käyttö lisää riskiä useisiin endokrinologian tiloihin ja verenkuvaan muutoksiin sekä niistä johtuviin sairauksiin. Alkoholin välittömiä vaikutuksia hermostoon on usein vaikea todeta, mutta pitkäaikainen alkoholin käyttö voi pahimmillaan johtaa alkoholidementian ja neuropatian kehittymiseen. Sekundaarisia hermostovaurioita alkoholin käyttöön liittyen ovat esimerkiksi tapaturmista johtuvat aivovammat ja vitamiinipuutoksista johtuvat toimintahäiriöt. Alkoholin käyttö raskauden aikana vaikuttaa äidin lisäksi sikiön terveydentilaan ja vaikuttaa kokonaisvaltaisesti syntyvän lapsen terveydentilaan ja kehittymiseen (Salaspuro 2007; Aalto 2010a; Huttunen 2012; Kuoppasalmi ym. 2014).

Alkoholi saattaa hetkellisesti kohottaa mielialaa ja helpottaa nukahtamista, ja siksi sitä käytetään ahdistus-, pelko- ja masennusoireiden lievittämiseen, mutta samaan aikaan alkoholin käyttö altistaa masennukselle, ahdistukselle ja unihäiriöille. Pitkäaikaisesta alkoholin käytöstä aiheutuvia vakavimpia haittoja psyykkiselle terveydelle ovat muun muassa erimuotoiset alkoholipsykoosit, skitsofreeniset psykoosit, paniikkihäiriöt ja itsemurhat (Huttunen 2012; Huttunen 2013; Kuoppasalmi ym. 2014). Myös alkoholin käytön lopettaminen aiheuttaa lähes aina oireita, jotka aiheutuvat alkoholiin sopeutuneen hermoston toiminnan muutoksesta, kun alkoholi poistuu elimistöstä. Tavallisimmat vieroitusoireet, kuten päänsärky, unihäiriöt ja vapina, paranevat ilman erityistä hoitoa. Vieroitusoireista vakavin on delirium tremens eli ”juoppohulluus”, joka vaatii sairaalahoitoa. Sen tyypillisiä oireita ovat esimerkiksi sekavuus, hallusinaatiot, unettomuus, kouristukset, verenpaineen nousu, vapina, pahoinvointi sekä huono orientaatio aikaan ja paikkaan (Jokelainen & Aalto 2010; Kuoppasalmi ym. 2014).

Alkoholiriippuvuus eli alkoholismi kehittyy tyypillisesti vuosia jatkuneen alkoholin käytön seurauksena. Perinnölliset tekijät ovat alkoholiriippuvuuden taustalla erityisesti nuoruudessa alkavassa taudissa. Hyvä alkoholinsietokyky ja vaikeus tunnistaa humaltumista altistavat riippuvuuden kehittymiselle (Huttunen 2013). Alkoholiriippuvuus tarkoittaa jatkuvaa, toistuvaa tai pakonomaista alkoholin käyttöä, vaikka siitä aiheutuu terveydellistä ja sosiaalista haittaa. Siihen liittyy alkoholin haitallisen käytön kieltäminen ja vähitellen lisääntyvä riippuvuus. Henkilö ei pysty hallitsemaan alkoholin käyttömääriä eikä myöskään käytön lopettamista (Aalto 2010a; Huttunen 2013). Kyseessä ei ole tahdonalainen käyttäytyminen, vaan sairautentila, jossa keskushermoston biokemiallinen toiminta on muuttunut jatkuvasta alkoholin käytöstä johtuen (Kuoppasalmi ym. 2014). Alkoholiriippuvuus sairautena diagnosoidaan ICD-10 -tautiluokituksen mukaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ryhmään. Vuonna 2010 Euroopassa oli arviolta 14,6 miljoonaa alkoholiriippuvuudesta kärsivää ihmistä (Wittchen ym. 2011). Humalamyönteisissä maissa alkoholisoituminen oli yleisempää kuin maissa, joissa yhteisön normi on negatiivinen humalatilaa kohtaan (Kuoppasalmi ym. 2014).

Alkoholiriippuvuuteen liittyy runsaasti persoonallisuushäiriöitä. Yleisimpiä ovat epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus, joihin liittyy ahdistavissa tilanteissa taipumus käyttää primitiivisiä ja tiedostamattomia defenssimekanismeja. Apua hakeva henkilö kokee suurempaa hätää kuin mitä toinen ihminen voi havaita avun tarpeen olevan. Henkilö elää tässä hetkessä eikä pysty

pitkäjänteiseen suunnitelmallisuuteen. Tämä voi näkyä projektiona ja kieltämisenä, jolloin henkilö ulkoistaa oman toimintansa vastuun ja syyt muille. Projektiiviseen käyttäytymiseen liittyen henkilö saattaa asettaa läheiselleen tai häntä auttavalle henkilölle roolin ainoana ihmisenä, joka voi häntä auttaa, ja kieltää muiden läheisten arvon sekä aikaisempien auttajien osaamisen. Projektiivisuus voi vaikuttaa läheisten ja hoitavan henkilön käyttäytymiseen ja päätöksiin (Laine 2002; Marttunen ym. 2014). Terveystieteiden haasteita voi aiheuttaa asiakkaan korostunut tarve nopeaan helpotukseen, vaikka alkoholiriippuvuuden hoito on pitkäjänteistä ja pitkäaikaista elämänlaadun parantamista (Laine 2002; Kuoppasalmi ym. 2014; Marttunen ym. 2014).

3 ALKOHOLIN AIHEUTTAMIEN TERVEYSHAITTOJEN VÄHENTÄMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta osoitti alkoholin käytön vähentämistä tavoittelevan työn olevan kustannussäästöä tuottavaa toimintaa yhteiskunnassa (Kiiskinen ym. 2008, 14, 40–45). Vuonna 2011 alkoholinkäyttö aiheutti noin 1 miljardin euron kustannukset, joista 84–148 miljoonaa euroa olivat välittömiä kustannuksia terveyskuluina. Tämän lisäksi yhteiskunnalle aiheutui välillisiä kustannuksia esimerkiksi tuotannon menetyksestä ja ennenaikaisista kuolemantapauksista (Jääskeläinen 2012, 3–5; Päihdetilastollinen vuosikirja 2013, 36). Muun muassa näihin taloudellisiin tunnuslukuihin perustuen alkoholin käytön vähentäminen väestötasolla on nostettu usealla eri politiikan taholla yhdeksi tärkeimmistä painopistealueista.

EU-lainsäädäntö on aiheuttanut muutoksia Suomen perinteiseen ja valvontaan perustuvaan päihdepolitiikkaan. Vuonna 2009 EU:n Terveys ja alkoholi -neuvosto haastoi päätöslauselmassaan jäsenvaltioita ottamaan käyttöön EU:n alkoholistrategian viisi tavoitetta ja käyttämään tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä kansallisten päihdestrategioiden toteuttamisessa. Tavoitteina mainittiin lasten ja nuorten suojeleminen, rattijuopumuksen torjunta, aikuisten alkoholihaittojen vähentäminen, valistustoimien toteuttaminen ja tutkimusnäytön kerääminen (Employment, social policy, health and consumer affairs 2009).

Suomessa päihdepoliittisesta ohjauksesta vastaa Aluehallintovirasto. Se koordinoi kuntien alkoholin ja muiden päihteiden käyttöön liittyvää ennaltaehkäisevää työtä ja päihdepolitiikan toteuttamista esimerkiksi myynnin ja anniskelun valvonnan avulla (Päihdetilastollinen vuosikirja 2013, 42). Vuonna 2003 valtioneuvoston periaatepäätöksessä otettiin alkoholin käytön vähentäminen ja siitä aiheutuvien haittojen ennaltaehkäisy alkoholipolitiikan päämääräksi. Tämän periaatepäätöksen pohjalle rakennettiin valtakunnallista, alueellista ja paikallista yhteistyötä korostava alkoholista aiheutuvien haittojen vähentämiseen tähtäävä alkoholiohjelma. Alkoholiohjelmissa toteutettiin valtakunnallisella tasolla muun muassa mini-interventio -projekti ja paikallista alkoholipolitiikka kehittänyt PAKKA -hanke sekä lukuisia koulutustilaisuuksia ja viestintäkampanjoja yhteisötason interventioina (Tenkanen & Tamminen 2012). Alkoholipolitiikan linjaukset sisältyivät myös vuoden 2011 tarkennettuun hallitusohjelmaan, jossa ennaltaehkäisyn ensisijaisina interventioina mainittiin alkoholivero, hintapolitiikka, markkinoinnin ja saatavuuden rajoittaminen sekä valtakunnallisen

päihdehaittojen ennaltaehkäisyä koordinoivan organisaation luominen (Valtioneuvosto 2011). Vuodelle 2015 pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelmaan kirjattiin tavoitteeksi ehkäisevän päihdetyön lainsäädön uudistus (Valtioneuvosto 2014).

3.1 Yhteisötason alkoholi-interventioita

Yhteisötason alkoholi-interventioina on tutkittu muun muassa alkoholimainonnan ja -myynnin rajoittamista sekä alkoholituotteiden hinnoittelun sääntelyä, jotka Kiiskisen ym. (2008, 122) mukaan olivat haittojen ennaltaehkäisyssä kustannustehokkaampia kuin yksilötason interventiot. Bosque-Prousin ym. (2014) tutkimuksessa todettiin terveyshaittoja aiheuttavan alkoholin käytön olevan vähäisempää niissä maissa, joissa on tiukat alkoholimainonnan rajoitukset. Tutkimuksessa mukana olleet 16 Euroopan maata oli jaettu neljään kategoriaan mainonnan rajoittamisen suhteen: tiukat mainonnan rajoitukset, jotain rajoituksia, vapaaehtoiset rajoitukset ja ei rajoituksia. Ruotsissa ja Sveitsissä todettiin olevan tiukimmat mainonnan rajoitukset ja vähiten terveyshaittoja aiheuttavaa alkoholin käyttöä. Suomi ei ollut mukana tutkimuksessa (Bosque-Prousin ym. 2014). Yhdysvalloissa käytäntönä oleva alkoholiteollisuuden vapaaehtoisesti asettama rajoitus alkoholimainonnalle osoittautui toimimattomaksi (Jernigan ym. 2013). Mainonnan rajoittamista pidettiin yleisesti hyväksyttävämpänä alkoholi-interventiona kuin hinnoittelun sääntelyä minimihinnan asettamisen ja tarjoushinnoittelun rajoittamisen avulla (Pechey ym. 2014).

Kouluympäristössä toteutettavalla kokonaisvaltaisella terveyttä edistävällä WHO:n Health Promoting School -ohjelmalla todettiin olevan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella vaikutusta oppilaiden ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen, mutta riittävää näyttöä ohjelman vaikutuksesta oppilaiden alkoholin käytön vähenemiseen ei pystytty osoittamaan (Langford ym. 2014). Kuitenkin kuntapäätäjien kokemusten mukaan kouluissa toteutettavat kampanjat, alkoholin turvallisen käytön edistäminen, kuntien yhteistyön lisääminen ja valvonnan tehostaminen olivat vaikuttavimpia yhteisötason alkoholi-interventioita. Sen sijaan turvallisen alkoholin käytön edistämistä median ja tapahtumien avulla, työpaikkojen päihdepolitiikkaa, alkoholivalvontaa lainsäädännön, myynnin rajoittamisen ja poliisin toiminnan avulla pidettiin vähemmän vaikuttavina keinoina alkoholin aiheuttamien haittojen vähentämisessä. Terveystieteiden asiantuntijoiden käsitys oli, että alkoholi-interventioina vaikuttavimpia olivat terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittäminen sekä kouluissa ja muissa yhteisöissä toteutetut kampanjat (Shakeshaft ym.

2012). Shakeshaftin ym. (2012) tutkimuksessa, jossa vertailtiin sekä kuntapäättäjien että terveydenhuollon asiantuntijoiden käsityksiä yhteisötason alkoholi-interventioista, todettiin, että tutkimuksia yhteisötason alkoholi-interventioiden vaikuttavuudesta oli niukasti saatavilla.

Yhteisötason alkoholi-interventioiden suunnittelussa painotettiin kohderyhmien erityispiirteiden huomioimista (Ling ym. 2012; Lau-Barraco ym. 2012; Mundt ym. 2012; de Visser ym. 2013). Erityisesti kohderyhmissä vallitsevien alkoholin käyttöön liittyvien normien ja asenteiden huomioiminen todettiin tärkeäksi (Ling ym. 2012; Mundt ym. 2012). Nuorille suunnatuissa alkoholi-interventioissa hyödylliseksi nähtiin moninäkökulmaisten lähestymistapojen käyttö ja uuden teknologian hyödyntäminen (de Visser ym. 2013) sekä mahdollisuus vaikuttaa intervention avulla sosiaaliseen ympäristöön (Lau-Barraco ym. 2012; Mundt ym. 2012). Nuoret suosivat tietolähteinä internetin sijaan sosiaalisen median kanavia, joissa he olivat jo läsnä. Turhauttavana nuoret kokivat tiedottamisen esimerkiksi alkoholin käytön riskeistä, koska nuorten mielestä riskit olivat heillä jo ennestään tiedossa. Turhauttavana koetun tiedottamisen vuoksi nuoret pitivät monia alkoholi-interventioita holhoavina. He arvostivat sitä, että alkoholin käytön kieltämisen sijaan he saivat itse tehdä päätöksiä ja ottaa vastuuta omasta terveydestään. Alkoholi-interventiona tiedottaminen terveysvaikutuksista ei herättänyt myöskään naisten kiinnostusta. Naiset olivat huolestuneita alkoholin käyttöön liittyvästä negatiivisesta imagosta, kuten alkoholin käytön vaikutuksesta sosiaalisiin suhteisiin, turvallisuuteen, painoon ja ulkonäköön (de Visser ym. 2013).

Yhteisötason interventioiden toteuttamiseksi todettiin olevan tärkeää tuottaa lisää tutkimusnäyttöä interventioiden vaikuttavuudesta kuntapäättäjien ja päihdealan asiantuntijoiden käyttöön, mutta lisää tietoa kaivattiin myös eri kohderyhmien tarpeista sekä erilaisista vaikuttavista lähestymistavoista eri kohderyhmien tavoittamiseksi (Ling ym. 2012; Shakeshaft ym. 2012).

3.2 Yksilötason alkoholi-interventioita

Suggestio- (Clifasefi ym. 2013) ja assosiaatiomenetelmien (Ostafinin & Palfai 2012) käyttö osoittautuivat vaikuttaviksi yksilötason interventioiksi, mutta koska niiden käyttöön vaaditaan psykologian erityisosaamista, on niiden hyödyntäminen ja saatavuus rajallista. Sen sijaan internet-, sähköposti- ja tekstiviestisovellusten avulla alkoholi-interventioiden osallistujiksi tavoitettiin myös

henkilöitä, jotka eivät ennestään olleet terveydenhuollon palveluiden aktiivisia käyttäjiä. Sovellusten käyttö todettiin kustannustehokkaaksi alkoholi-interventioksi (Irvine ym. 2012) sekä proaktiiviseksi keinoksi tavoittaa runsaasti alkoholia käyttäviä henkilöitä ja sitouttaa heitä alkoholin käytön hallintaan (Kypri ym. 2013). Internet-, sähköposti- ja tekstiviestisovellusten avulla toteutetut interventiot vaihtelivat 10 minuuttia kestävästä yhden kerran interventiosta (Lapham ym. 2012) jopa 15 viikkoa kestäväan intensiiviseen ja interaktiiviseen interventioon (Bewick ym. 2013). Yksinkertaisimmillaan sovellukset sisälsivät vain alkoholin käytön arvioinnin ja palautteen (Kypri ym. 2013; Murphy ym. 2013).

Internet- ja tekstiviestisovellusten vahvuudeksi todettiin mahdollisuus käyttää alkoholi-interventioiden viitekehysinä eri teorioita ja strategioita (Brendryen ym. 2013). Teknologian avulla voidaan toteuttaa myös interventioita, joissa käytetään samanaikaisesti useampaa teoreettista viitekehystä. Esimerkiksi Irvine ym. (2012) käyttivät Fisherin kommunikaatioteoriaa, motivoivan haastattelun menetelmiä, transteoreettista muutosvaihemallia ja sosiaalis-kognitiivista teoriaa samassa interventiossa. Muita internet- ja tekstiviesti sovelluksissa käytettyjä viitekehysiksi olivat motivoivan haastattelun menetelmät (Tensil ym. 2013), kognitiivis-behavioraalinen teoria yhdessä motivoivan haastattelun menetelmien kanssa (Blankers ym. 2013) sekä sosiaalis-kognitiivinen teoria yhdessä suunnitellun toiminnan teoriaan kanssa (Bendtsen & Bendtsen 2014).

Nuoret ja keski-ikäiset miehet olivat aktiivisia osallistujia teksti- ja multimediamiestejä hyödyntävässä alkoholi-interventiossa. Viesteistä 95 % tavoitti vastaanottajan, ja heistä 88 % vastasi interventioon kuuluneisiin 36 viestiin. (Irvine ym. 2012). Aktiivisuus viestien vastaanottamisessa ja niihin vastaamisessa vaikutti alkoholin käyttöä vähentävästi (Irvine ym. 2012; Bewick ym. 2013). Myös aktiivisuus muilla elämän alueilla, esimerkiksi yhdessä asumisen jonkun toisen henkilön kanssa, paransi tilastollisesti merkitsevästi internet-sovellusten avulla toteutettujen interventioiden vaikutusta alkoholin käytön vähentämisessä (Blankers ym. 2013). Yliopisto-opiskelijoiden sitoutuminen sähköpostitse toteutettuun alkoholi-interventioon oli pitkäjänteistä Bendtsenin ja Bendtsenin (2014) sähköposti- ja tekstiviestisovellusten hyväksyvyyttä ja käyttäjien tyytyväisyyttä selvittävässä tutkimuksessa. Tekstiviestisovelluksen avulla toteutettuun interventioon osallistuneiden keskeyttämisprosentti oli 20, kun sähköpostisovellukseen osallistuneista vain 5 % keskeytti intervention. Toisaalta tekstiviestisovellukseen osallistujista 83 % luki interventioon liittyvistä viesteistä kaikki tai lähes kaikki, ja heistä 88 % luki viestit tunnin kuluessa. Sähköpostisovellukseen

osallistujista 63 % luki kaikki tai lähes kaikki viestit, ja heistä 45 % luki viestit tunnin kuluessa viestien saapumisen jälkeen (Bendtsen & Bendtsen 2014). Internet-, sähköposti- ja tekstiviestisovellusten hyväksyttävyyks alkoholi-interventiona oli hyvä (Lapham ym. 2012; Haugh ym. 2013; Moore ym. 2013; Murphy ym. 2013; Bendtsen & Bendtsen 2014). Osallistujat arvostivat anonyymiteettia, hyväksyvää palautetta ja käytännön neuvoja alkoholin käytön vähentämiseksi. Sovellusten ulkoasu ja sisällön houkuttavuus olivat tärkeitä tekijöitä käyttäjien saamiseksi ja sitouttamiseksi interventioon (Lapham ym. 2012; Tensil ym. 2013).

Interventioissa saavutetut tulokset vaihtelivat seuranta-ajan mukaan, mikä todettiin tärkeäksi huomioida internet-, sähköposti- ja tekstiviestisovelluksia käyttävien interventioiden optimaalisten ajankohtien määrittämisessä ja interventioiden toiston suunnittelussa (Voogt ym. 2013b). Internet-sovelluksen avulla naiset ja vanhempaan ikäryhmään kuuluvat henkilöt vähensivät alkoholin käyttöä (Bewick ym. 2013), ja se todettiin vaikuttavaksi 18–24 -vuotiaiden alkoholin käytön ennaltaehkäisyssä ja humalahakuisen juomisen vähentämisessä (Voogt ym. 2014). Yksittäisen kymmenen minuuttia kestävä internetissä toteutettu alkoholi-intervention avulla runsaasti alkoholia käyttävät opiskelijat vähensivät alkoholin käyttöä yli 20 % (Kypri ym. 2013; Tensil ym. 2013). Internet-sovellukseen osallistuminen ei kuitenkaan vaikuttanut 15–20 -vuotiaiden alkoholin käyttöä vähentävästi (Voogt ym. 2013a). Palautteen annon ja interaktiivisuuden lisääminen sekä sisällön painottaminen repsahdusten ennaltaehkäisyyn ei tuottanut lisävaikutusta alkoholin käytön vähentämiseen (Tensil ym. 2013). Lisää näyttöä teknologian avulla toteutettujen interventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan (Bewick ym. 2013; Bendtsen & Bendtsen 2014). Kypri ym. (2013) painottivat, että internetissä toteutettavalla alkoholi-interventiolla on merkitys kansanterveyden edistämisessä, koska sen avulla tavoitetaan myös niitä alkoholia käyttäviä henkilöitä, jotka eivät asioi terveydenhuollossa.

Yksilötason alkoholi-interventiona MAP (Managed Alcohol Program) -ohjelman tavoitteena oli vähentää alkoholin aiheuttamia haittoja muun muassa varmistamalla turvallisen, eli ei-metanolia sisältävän tai ei-denaturoidun, alkoholin käyttöä. Osallistuja sai rajoitetun määrän alkoholia päivittäin, ja hänelle tarjottiin päihteettömiä aktiviteetteja. Mucklen ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan MAP -menetelmän vaikuttavuutta alkoholin käytön vähenemiseen ei pystytty osoittamaan, koska saatavilla ei ollut riittävästi vaikuttavuuden arvioinnille asetettujen laatuvaatimusten mukaisia tutkimuksia (Muckle ym. 2012). Samasta syystä riittämättömäksi todettiin

näyttö neuvolan toteuttamien kotikäyntien vaikutuksesta raskaana olevien ja juuri synnyttäneiden naisten alkoholin ja huumausaineiden käytön vähenemiseen Kotikäynneillä todettiin olevan muita hyvinvointia edistäviä vaikutuksia (Turnbull & Osborn 2012).

Yksilön terveystietoisuuteen voidaan vaikuttaa normatiivisen palautteen avulla osoittamalla poikkeama yksilön käyttäytymisen ja uskomusten sekä yhteisössä vallitsevien normien välillä. Alkoholi-interventiona käytettiin tietoa yksilön alkoholin käyttötavasta ja -määrästä sekä yksilön uskomusta sosiaalisessa yhteisössä vallitsevasta alkoholin käytöstä, ja niitä verrattiin yhteisön alkoholin käytöstä saatavaan tutkimustietoon. Normatiivinen palaute vaikutti yksilön alkoholin käyttöön, mutta se ei kuitenkaan lisännyt alkoholin käyttöä niillä, jotka käyttivät sitä vähemmän kuin yhteisössä keskimäärin käytettiin. Tätä tulosta pidettiin normatiivisen palautteen käytön turvallisuutta lisäävänä tekijänä eettisestä näkökulmasta (Prince ym. 2014). Normatiivisella palautteella pystyttiin vaikuttamaan yksilön suhtautumiseen ja käyttäytymiseen läheisten alkoholin käyttöä kohtaan. Mollenin ym. (2013) tutkimuksessa ystävän juomiseen puuttumisesta luotiin uskomus, että se on yleinen ja yhteisössä hyväksyttävä käytäntö. Tämän uskomuksen avulla muuttunut normi vaikutti myönteisesti motivaatioon puuttua ystävän alkoholin käyttöön (Mollen ym. 2013). Toisaalta Laphamin ym. (2012) tutkimuksessa interventioon osallistujat kyseenalaistivat normatiivisen palautteen merkitystä, koska eivät pitäneet sitä uskottavana.

Alkoholin käytön vähentämiseen tarvitaan yleensä moniammatillista ja monimuotoista hoitoa. Lähtökohtana hoidolle ja henkilön toipumiselle on mini-interventio (Havio ym. 2014a), johon liittyy alkoholin käytöstä kysyminen, tiedon antaminen, keskustelu, erilaiset tehtävät ja harjoitukset (Aalto 2010b; Havio ym. 2014b). Asiakkaat ovat apua hakevia ja avuntarpeessa olevia ihmisiä, jotka toipuakseen tarvitsevat luottamuksellisen hoitosuhteen. Luottamuksen syntyminen vaatii terveydenhuollon asiantuntijalta aidon kiinnostuksen potilaan tilannetta kohtaan (Laine 2002; Kuoppasalmi ym. 2014; Marttunen ym. 2014). Mini-interventiossa vahvistetaan asiakkaan omavoimaisuutta ja vastuun ottamista omasta toipumisestaan myönteisen ja rakentavan vuorovaikutuksen avulla (Alkoholi-ongelman hoito 2011). Yleisesti käytettyjä vuorovaikutuksen menetelmiä ovat motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen, kognitiivinen ja psykodynaaminen työote sekä toiminnalliset menetelmät (Aalto 2010b; Havio ym. 2014b). Lääketieteellisenä hoitona voidaan käyttää vieroitus- ja lääkehoitoa sekä lääkinällistä kuntoutusta joko avo- tai laitoshoidon (Aalto 2010a; Huttunen 2013). Yleisesti käytettyjä lääkkeitä ovat disulfiraami ja naltreksoni (Huttunen

2013; Kuoppasalmi ym. 2014). Täysraittius on tehokas hoito sairauteen, koska vain harva alkoholiriippuvainen onnistuu ylläpitämään kohtuukäyttöä. Keskushermoston toiminta korjautuu hitaasti ja edellyttää 3–6 kuukauden alkoholitonta jaksoa. Viikon kestävä katkaisuhoido ei poista pakonomaista tarvetta alkoholin käyttöön (Aalto 2010a; Huttunen 2013). Toipuminen on mahdollista myös läheisten ja vertaistuen avulla. Yksi tunnetuimmista kansainvälisesti toimivista vertaistukijärjestelmistä on AA eli Anonymous Alcoholics, jossa osallistujat jakavat kokemuksensa, voimansa ja toivonsa auttaakseen itseään ja toisiaan toipumisessa. Lisäksi A-kiltatoiminta, joka on päihdeongelmaisten ja heidän läheisten ylläpitämää auttamistyötä, järjestää monipuolista kuntouttavaa toimintaa (Aalto 2010b; Kuoppasalmi ym. 2014).

4. MINI-INTERVENTIO YKSILÖTASON ALKOHOLI-INTERVENTIONA

PubMed, CINAHL ja Cochrane -tietokannoissa toteutetussa haussa vuosilta 2012–2014 saatiin tutkittua tietoa alkoholin käytön aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyyn ja vähentämisen interventioista (liite 1). Tiedonhaku toteutettiin hakusanalla alcohol intervention* ja tulokseksi saatiin 94 artikkelia. Abstraktien perusteella mukaan otettiin 26 mini-interventiota käsittelevää artikkelia: kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta, 17 RCT-tutkimusta, kolme tilastotutkimusta, yksi kohorttitutkimus ja kolme kvalitatiivista tutkimusta. Haun tuloksena saaduista artikkeleista 20 käsittelivät mini-intervention vaikutusta alkoholin käytön vähentämiseen. Kahden tutkimuksen aiheena olivat asiakkaiden tai terveydenhuollon henkilökunnan kokemukset alkoholin käytön mini-interventiosta. Hakua täydennettiin käsin haulla, ja mukaan otettiin 11 artikkelia, joista kuudessa tutkittiin kokemusta mini-interventiosta. Yhteensä 37 artikkelin perusteella perehdyttiin aikaisempaan tutkimustietoon alkoholin käytön mini-interventiosta.

Mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin käytöstä kysymistä, tietojen antamista alkoholin vaikutuksista terveyteen, neuvontaa käytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi tai muuta keskustelua alkoholin käytöstä terveydenhuollon asiantuntijan kanssa. Mini-intervention avulla voidaan tunnistaa alkoholin käytöstä aiheutuvia terveyshaittoja. Siihen voi sisältyä itsearviointia, tehtäviä ja harjoituksia. Se on pähkeittömyyttä edistävää, terveyshaittoja ennaltaehkäisevää tai päihdehoitoon liittyvää neuvontaa (Aalto & Seppä 2009; Mäkelä & Mustonen 2010; Havio ym. 2014a). Alkoholin käytön mini-intervention kohderyhmänä ovat kaikki alkoholia käyttävät henkilöt. Erityisesti sitä suositellaan naisille, jotka käyttävät alkoholia vähintään viisi annosta kertakäyttönä toistuvasti viikoittain, ja miehille, jotka käyttävät vähintään seitsemän annosta alkoholia kertakäyttönä toistuvasti viikoittain (Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2013 -tutkimukseen osallistujista lähes 13 % käytti alkoholia yli viisi annosta vähintään kerran viikossa. Heistä alle 4 % oli saanut terveydenhuollossa neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi (Helldán ym. 2013). Vastaavasti 13 % runsaasti alkoholia käyttävistä amerikkalaisista oli keskustellut alkoholin käytöstään terveydenhuollon vastaanotolla. Tätä pidettiin osoituksena siitä, että terveydenhuollon asiantuntijat eivät toteuttaneet mini-interventiota systemaattisesti. Useimmin mini-interventiota toteutettiin miehille ja ikäryhmälle 18–24 -vuotta. Mitä vanhempi henkilö, sitä harvemmin terveydenhuollon käynnillä keskusteltiin alkoholista (McKnight-Eily ym. 2014). Terveydenhuolto on kuitenkin avainasemassa alkoholin käyttöön liittyvien haittojen vähentämisessä (Yoast ym. 2008).

4.1 Mini-interventionin toteuttaminen

Mini-interventiota toteutettiin terveydenhuollon vastaanotoilla 5–90 minuutin kestoisena (Shiles ym. 2013; Crawford ym. 2014; Wilson ym. 2014), ja tarvittaessa siihen sisältyi yhdestä kuuteen seurantakäyntiä (Book ym. 2013; Shin ym. 2013; Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Yksinkertaisimmillaan mini-interventiota toteutettiin tekemällä alkoholin käytön arviointi AUDIT -kyselyn avulla ja antamalla kirjallinen terveysneuvontalehtinen asiakkaalle mukaan (Klimas ym. 2012; Shiles ym. 2013; McCambridge ym. 2014). Alkoholin käytön kartoittaminen AUDIT -kyselyn avulla todettiin merkittäväksi vaikuttajaksi alkoholin käytön vähentämisessä (Pengpid ym. 2013a; Pengpid ym. 2013b). Muita käytettyjä ja vaikuttaviksi todettuja alkoholin käytön arvioinnin mittareita olivat AUDIT-C (Nehlin ym. 2012), ADQ ja SADQ (Shiles ym. 2013) sekä DPDD (Stuart ym. 2013).

Alkoholin käytön mini-interventiota toteutettiin muiden terveydenhuollon palveluiden ohessa esimerkiksi yhdistettynä seksuaaliterveysneuvontaan (Edelman ym. 2012; Crawford ym. 2014) ja puhelimitse toteutettuun tupakasta vieroitukseen (Toll ym. 2012). Lähes joka neljäs tupakasta vieroituksen puhelinneuvontaan soittaneista käytti runsaasti alkoholia, joten alkoholi- ja tupakka-interventioiden yhdistäminen vastasi hyvin kohderyhmän tarpeita ja tehosti sekä tupakoinnin lopettamista että alkoholin käytön vähentämistä (Toll ym. 2012). Tämä oli tuloksena yhdenmukainen Cookin ja Cherpitelin (2012) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin alkoholin käytön mini-intervention yhdistämisen muihin terveydenhuollon palveluihin tuovan lisävaikuttavuutta hoitoon. Cookin ja Cherpitelin (2012) tutkimuksen johtopäätös perustuu 7428 terveydenhuollon asiakkaan sairauskertomuksista kerättyihin tietoihin.

Toteutettuna eri sairauksien hoitokäyntien yhteydessä mini-interventiota pidettiin kustannustehokkaana toimintatapana, kun suunnittelussa huomioitiin eri sairauksien erityispiirteiden aiheuttamat vaatimukset mini-interventiolle (Yoast ym. 2008; Mundt & Zakletskaia 2012; Toll ym. 2012; Wilson ym. 2014). Haasteena tulosten saavuttamiselle oli potilaiden hoidon ja tuen tarpeen sekä motivaation herääminen (Shin ym. 2013; Crawford ym. 2014; Wilson ym. 2014). Oma haasteensa oli masennusta sairastavien tavoittaminen alkoholi-interventioiden pariin (Wilson ym. 2014). Verenpainetaudin hoitoon yhdistettynä mini-interventioon osallistuminen ja sitoutuminen olivat paremmalla tasolla kuin masennuksen hoitoon yhdistettynä (Wilsonin ym. 2014). Vakiintuneella hoitosuhteella oli yhteys verenpainepotilaiden alkoholin käytön vähenemiseen, kun

taas diabeetikoilla tämä yhteys puuttui. Kuitenkin säännöllinen terveydenhuollon palveluiden käyttö suojasi molempia potilasryhmiä terveyshaittaa aiheuttavalta alkoholien käytöltä (Cook & Cherpitel 2012).

Opiskelijoille suunnatuissa interventioissa kustannustehokkaaksi toimintatavaksi todettiin mini-intervention kohdistaminen niille, joilla oli esiintynyt alkoholien käyttöön liittyviä muistinmenetyksiä (Mundt & Zakletskaia 2012). Lääkehoitoon yhdistettynä mini-interventio ei lisännyt vaikutusta alkoholien käytön vähentämisessä, kun kohderyhmänä olivat sosiaalisesta ahdistuksesta kärsivät runsaasti alkoholia käyttävät henkilöt (Book ym. 2013). Kuitenkin Opendalin ym. (2013) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan alkoholien aiheuttamaa mielihyvää vähentävään lääkehoitoon yhdistettynä psykososiaalinen 4–8 viikon ajan toistuva mini-interventio vaikutti alkoholien käytön vähentämiseen tehokkaammin kuin pelkkä lääkehoito.

Mini-interventiossa käytettiin erilaisia vuorovaikutuksen lähestymistapoja ja menetelmiä, mutta niiden vaikutuksesta ja vaikuttavuudesta alkoholien käytön vähentämiseen saatiin ristiriitaista näyttöä eikä siten voitu osoittaa jonkin menetelmän olevan merkittävästi vaikuttavampi kuin jonkin toisen (Smedslund ym. 2011; Klimas ym. 2012). Sepän (2010) näytönastekatsauksessa todettiin mini-intervention vaikuttavan alkoholien riskikulutusta vähentävästi. Tärkeäksi vaikutusten kannalta osoittautuivat kulttuurin, osallistujien ja paikallisen terveydenhuollon huomiointi mini-intervention suunnittelussa ja päihdepalveluiden sitominen muun terveydenhuollon yhteyteen (Shin ym. 2012). Behavioraalisiin menetelmiin perustuva Fisherin kehittämä Information-Motivation-Behavior -viitekehys, joka korosti tiedon ja ymmärtämisen merkitystä käyttäytymiselle, todettiin vaikuttavaksi opiskelijoiden ja sairaalasta kotiutuneiden alkoholien käytön vähentämisessä (Pengpid ym. 2013a; Pengpid ym. 2013b), kun taas behavioraalisilla menetelmillä toteutettu mini-interventio ei auttanut tuberkuloosipotilaita alkoholien käytön vähentämisessä (Shin ym. 2013). Rakentavan vuorovaikutuksen menetelmillä toteutetulla mini-interventiolla ei pystytty lisäämään vaikutusta alkoholien käytön vähentämiseen verrattuna pelkällä lääkityksellä saavutettuun alkoholien käytön vähenemiseen (Book ym. 2013).

Mini-interventiota, jossa käytettiin motivoivan haastattelun menetelmiä, toteutettiin sisällöltään ja toteutukseltaan monilla eri tavoilla. Motivoivan haastattelun menetelmien käyttöä pidetään

enemmänkin asiantuntijan lähestymistapana asiakkaan tilanteen tarkasteluun koko hoidon ajan kuin erillisenä tilanteeseen rajattuna menetelmänä. Motivoivan haastattelun menetelmien avulla autetaan asiakasta parantamaan itsehallintaa esimerkiksi toiminta-, tunteensäätely- ja ajattelutapoja muuttamalla. Menetelmien neljä pääperiaatetta ovat empatian osoittaminen, ristiriidan herättäminen asiakkaan kokeman nykyisen tilanteen ja asiakkaan asettaman tavoitetilan välillä, asiakkaan muutoskykyyn liittyvän pystyvyyden hyväksyminen ja vahvistaminen sekä väittelyn välttäminen kumppanuuden avulla. Lähtökohta asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyölle on asiakkaan itsemääräytyvyyden, omavoimaisuuden ja autonomian kunnioittaminen. Vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat asiantuntijan käyttäytyminen ja ilmapiiri. Asiantuntijan kriittisyys herättää asiakkaassa vastarintaa, kun taas tilanteessa luotu turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri lisää avoimuutta ja luo myönteistä ilmapiiriä (Miller & Rollnick 2013, 14–24, 25–36, 62–89).

Motivoivan haastattelun menetelmiä käyttäen mini-interventiota toteutettiin yksilöllisesti vastaanotoilla tai ryhmässä (Hustad ym. 2014), ja siihen sisältyi kirjallista materiaalia ja puhelinneuvontaa (Hansen ym. 2012). Sen kesto vaihteli muutamasta minuutista (Hansen ym. 2012; Kaner ym. 2013) noin 20 minuuttia kestäväan (Nehlin ym. 2012; Pengpid ym. 2013a; Pengpid ym. 2013b; Shin ym. 2012) ja jopa puolitoista tuntia kestäväan tapaamiseen (Stuart ym. 2013; Murphy ym. 2012b). Sitä toteutettiin sekä yhden tapaamiskerran interventiona (Bjarregaard ym. 2012; Edelman ym. 2012; Klimas ym. 2012) että useiden tapaamisten sarjana (Murphy ym. 2012a).

Motivoivan haastattelun menetelmiä käyttävää alkoholin käytön mini-interventiota toteutettiin hyvin tuloksin yhdistettynä seksuaaliterveysneuvontaan (Edelman ym. 2012), sosiaalisiin ja liikunnallisiin aktiviteetteihin (Murphy ym. 2012b), laajempaan elämäntapaneuvontaan (Kaner ym. 2013) sekä parisuhdeväkivallan ehkäisyohjelmaan (Stuart ym. 2013). Sen vaikutuksista ja vaikuttavuudesta saatiin tutkimuksissa ristiriitaista tietoa. Hansen ym. (2012) osoittivat, että pelkästään terveystarkastukseen osallistuminen ilman motivoivan haastattelun menetelmiä hyödyntävää mini-interventiota vaikutti alkoholin käytön vähentämiseen. Motivoivan haastattelun menetelmien käyttö mini-interventiossa tehosti alkoholin käytön vähenemistä yhden annoksen verran viikossa (Hansen ym. 2012). Myös pelkän terveysneuvontalehtisen antaminen psykiatrisen hoidon yhteydessä (Nehlin ym. 2012) ja perusterveydenhuollon käyntien yhteydessä (Kaner ym. 2013) vähensi alkoholin käyttöä yhtä tehokkaasti kuin intensiivinen 15–20 minuuttia kestävä motivoivan haastattelun menetelmiä käyttävä mini-interventio. Kuitenkin motivoivan haastattelun menetelmillä toteutettuun mini-

interventioon osallistujien motivaatio alkoholin käytön vähentämiseen oli suurempi (Kaner ym. 2013), ja se auttoi Klimasin ym. (2012) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan alkoholin käytön vähentämisessä tehokkaammin kuin pelkkä alkoholin käytön arviointi kyselyn avulla. Erityisesti ne, jotka käyttivät alkoholia runsaasti ja humalahakuisesti (Mäkelä & Aalto 2010; Kaner ym. 2013) tai joilla todettiin olevan lievä tai kohtalainen alkoholiriippuvuus (Murphy ym. 2012a) hyötyivät motivoivan haastattelun menetelmien käytöstä.

Bjerregaardin ym.(2012) tutkimus osoitti, että motivoivan haastattelun menetelmiä käytettäessä yhden tapaamiskerran mini-intervention vaikutus osallistujien alkoholin käyttöä koskeviin uskomuksiin ja asenteisiin oli mitattavissa vielä yhden kuukauden kuluttua intervention toteuttamisen jälkeen. Yksittäiseen motivoivan haastattelun menetelmiä käyttävään mini-interventioon osallistuneilla oli vuosi intervention jälkeen lähtötasoa enemmän päihteettömiä päiviä (Stuart ym. 2013), mutta AUDIT-kyselyllä mitattuna ei vaikutusta alkoholin käyttöön ollut todettavissa (Nehlin ym. 2012). Crawford ym. (2014) ja Murphy ym. (2012a) havaitsivat mini-intervention vaikutuksia vielä kuusi kuukautta mini-intervention päättymisen jälkeen.

4.2 Kokemus mini-interventiosta

Terveystieteiden asiantuntijat tunnustivat roolinsa tärkeyden alkoholin käyttöön liittyvien haittojen vähentämisessä, mutta eivät olleet vakuuttuneita mini-intervention merkityksestä ja vaikutuksesta alkoholin käytön vähentämiseen (Nygaard & Aasland 2011; Doi ym. 2014). Lidin ja Malterudin (2012) tutkimus toi esille, että käytännön työssä ei havaittu välittömiä vaikutuksia mini-interventiosta, mutta pitkäkestoisissa hoitosuhteissa oli huomattu asiakkaiden alkoholin käytössä vähentymistä. Osa terveydenhuollon asiantuntijoista toteutti mini-interventiota systemaattisesti (Lid & Malterud 2012). Ristiriitaisiksi koettiin tilanteet, joissa asiakkaan terveysongelmat olivat moninaisia, mutta aikaa asiakkaan vastaanottokäyntiin oli niukasti ja selvitettäviä asioita oli runsaasti (Nygaard & Aasland 2011; Doi ym. 2014). Doin ym. (2014) tutkimuksessa kättilöt pitivät mini-interventiota tärkeänä raskauden aikaisen alkoholin käytön ennaltaehkäisyssä, mutta rajallisen ajan vuoksi joutuivat valikoimaan vastaanotolla käsiteltäviä aiheita ja siksi eivät toteuttaneet mini-interventiota systemaattisesti kaikkien asiakkaiden kanssa.

Alkoholin käytön mini-intervention toteuttamisessa oltiin varovaisia, ja perusteluja sen toteuttamiselle arvioitiin huolellisesti (Nygaard & Aasland 2011). Erilaisten terveystodistusten yhteydessä alkoholin käytöstä kysymiseen koettiin olevan oikeus ja velvollisuus. Jos mini-interventio perustui terveydenhuollon asiantuntijassa heränneeseen huoleen asiakkaan terveydentilasta tai aikaisempiin potilaskirjauksiin, koettiin mini-interventio liiallisena puuttumisena henkilökohtaiseen asiaan. Päätös mini-intervention toteuttamiselle perustui asiakkaalla todettuihin oireisiin tai asiantuntijan aavistukseen, että alkoholin liiallinen käyttö on asiakkaan terveyshaittojen taustalla (Lid & Malterud 2012). Asiakkaat koettiin haluttomina keskustelemaan alkoholista, ja tämä vaikutti asiantuntijoiden aktiivisuuteen aiheen esille ottamisessa (Doi ym. 2014). Hoitosuhteisiin ei haluttu luoda jännitteitä, loukkaantumista eikä syyllistämistä (Nygaard & Aasland 2011; Doi ym. 2014). Myös todetuista alkoholin aiheuttamista terveyshaitoista kertominen asiakkaalle koettiin vaikeaksi, koska sen arveltiin herättävän asiakkaissa häpeää (Nygaard & Aasland 2011). Alkoholista keskustelu oli luontevaa säännöllisesti vastaanotolla käyvien hoidon yhteydessä (Cook & Cherpitel 2012; Lid & Malterud 2012), mutta samaan aikaan se nähtiin myös riskinä luottamuksellisen suhteen rikkoutumiselle (Nygaard & Aasland 2011).

Mini-interventioon liittyi terveydenhuollon asiantuntijoiden omat tunteet ja suhde alkoholiin. Asiantuntijat pelkäsivät potilaiden reaktioita, mutta toisaalta kokivat riittämättömyyden tunnetta sekä ammatillista heikkoutta, jos omat tunteet estivät mini-intervention toteuttamisen (Nygaard & Aasland 2011). Haasteelliseksi koettiin tasapainoilu tarvittavien kysymysten tekemisen ja potilaan yksityisyyden kunnioittamisen välillä (Kääriäinen 2010, 49–50; Nygaard & Aasland 2011). Yksityisyyden kunnioittaminen koettiin enemmän esteenä alkoholin käytön mini-interventiossa kuin muussa terveysneuvonnassa (Nygaard & Aasland 2011). Kääriäinen (2010) totesi asiantuntijoilla olevan niukasti tietoa alkoholin käytön arvioinnissa käytettävistä kyselytesteistä, mikä tuli esille myös Nygaardin ja Aaslandin (2011) tutkimuksessa. Kyselytestien käytön oli kuitenkin koettu helpottavan alkoholin käytön arviointia ja alkoholin käytöstä puhumista. Tärkeänä nähtiin se, että terveydenhuollon organisaatiossa luodaan päihdestrategia, johon mini-intervention toteuttaminen kuuluu yhteisesti sovittuna toimintatapana ja jossa tuodaan esille käytännön ohjeita asiantuntijan työhön. Käytännön ohjeita asiakasneuvontaa kaivattiin erityisesti alkoholin käytön vähentämisen tueksi (Kääriäinen 2010; Nygaard & Aasland 2011). Terveystodistusten asiantuntijoiden osaamisen kehittäminen nähtiin mahdollisuutena mini-intervention toteuttamista estävien tunteiden ja asenteiden ylittämiseksi (Yoast ym. 2008; Kääriäinen 2010, 49–50; Nygaard & Aasland 2011; Bjerregaard ym. 2012; Lid & Malterud 2012). O'Brien ym. (2012) arvioivat, että alkoholin

aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisy ja vähentäminen tehostuu, jos päihdepoliklinikoilla henkilökuntaan kuuluu päihdetyöhön erikoistunut asiantuntija, jonka osaamista voidaan hyödyntää välittömästi, kun potilaan terveydentilassa havaitaan alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja.

Terveydenhuollon asiakkaat odottivat, että vastaanotolla kysytään alkoholin käytöstä, ja he olivat halukkaita keskustelemaan siitä (Kääriäinen 2010, 49–50; Bjerregaard ym. 2012). Asiakkaat, jotka käyttivät alkoholia runsaasti, olivat huolestuneita alkoholin aiheuttamista haitoista terveydelleen. He olivat kiinnostuneita saamaan tietoa alkoholin käytön vähentämisen keinoista (Kääriäinen 2010). Bjerregaardin ym. (2012) tutkimuksessa lastensairaalassa asioineet vanhemmat kokivat myönteisenä mini-intervention, jossa käytettiin motivoivan haastattelun menetelmiä. Aidon kiinnostuksen ja empatian kokeminen sekä positiivinen suhde terveydenhuollon asiantuntijaan koettiin tärkeänä. Mini-interventio koettiin enemmän keskusteluna kuin tietojen saamisena. Kukaan haastatelluista ei kokenut mini-interventiota moralisointina. Mini-interventio auttoi refleктоimaan ja lisäsi tietoisuutta alkoholin käytön kehittymisestä. Vanhemmat arvostivat asiantuntijan sensitiivisyyttä oikean hetken löytämiselle alkoholin käytöstä puhumiselle sekä arvostavaa asennetta asiakkaan valinnanvapautta kohtaan, mikä ilmaistiin kutsussa mini-interventioon osallistumiseksi (Bjerregaard ym. 2012).

Asiakkaat kokivat merkitykselliseksi kohdata vuorovaikutuksessa terveydenhuollon asiantuntija, joka oli helposti lähestyttävä ja joka pystyi hyväksymään asiakkaan sairautensa kanssa. Tämä tuli esille Lillien (2002) tutkimuksessa naisten kokemuksista alkoholin käytön mini-interventiosta. Mahdollisuus puhua elämästään ja kokemus arvostuksesta yksilöllisenä ihmisenä herätti toivoa voinnin parantumisesta. Asiakas koki helpottuneisuuden tunnetta ja koki kosketuksen omaan itseen sekä omiin tunteisiin vahvistuvan. Tutkimuksessa tuli esille myös kokemuksia terveydenhuollon asiantuntijoiden negatiivisesta suhtautumisesta alkoholia käyttävään asiakkaaseen. Asiakkaiden kokemukset olivat Lillien (2002) mukaan syntyneet huonosta kuuntelusta, asiakkaan näkemysten ja mielipiteiden mitätöinnistä tai siitä, että asiantuntija ei tunnistanut asiakkaan ongelman vaikeutta ja monimutkaisuutta. Keskustelut koettiin pinnallisina, ja pelotteleva terveysviestintä lisäsi ahdistusta. Ahdistuksen helpottamiseksi oli tarve käyttää alkoholia. Liian usein terveydenhuollossa odotuksena oli, että asiakas myöntää alkoholiongelman, lopettaa sen jälkeen juomisen ja aloittaa päihteettömän elämän. Epäonnistuminen tässä heikensi asiakkaiden omanarvontunnetta ja motivaatiota sekä altisti juomiselle (Lillie 2002).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon asiakkaan kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta. Kokemuksen kuvaamisen tarkoituksena oli tuoda esille alkoholia käyttävien terveydenhuollon asiakkaiden tarpeita sekä lisätä terveydenhuollon asiantuntijoiden tietoisuutta mini-intervention merkityksestä. Tavoitteena oli tuottaa strukturoitu ja syventävä kuvaus kokemuksesta sekä sen olemuksesta sellaisena kuin se alkoholia käyttävälle terveydenhuollon asiakkaalle ilmenee.

Tutkimuskysymys:

Millainen on terveydenhuollon asiakkaan kokemus alkoholin käytön mini-interventiosta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen viitekehyksenä toimi fenomenologinen tutkimusfilosofia, joka sopii arkipäiväisten ja eletystä elämästä olevien kokemusten sekä ihmisenä elämiseen liittyvien ilmiöiden kokemisen tutkimiseen ja mahdollisuuteen tuottaa niistä ymmärrettävä kuvaus (Moustakas 1994, 1–25, 43–68; Finlay 2011, 10, 19). Kokemus voi olla muun muassa tietoa, tunnetta, intuitiota, uskoa tai näiden yhdistelmää sekä niistä kehittynyttä merkitysten kokonaisuutta (Perttula 2011). Yksi keskeisimmistä perusoletuksista fenomenologiassa on, että ihmisen havaintokykyä pidetään luotettavana tiedon lähteenä (Moustakas 1994, 43–68).

Ennen aineiston hankintaa kirjoitettiin esiymmärrys tutkittavasta aiheesta. Tutkimusprosessin ajan pidettiin tutkimuspäiväkirjaa sekä refleктоitiin esiymmärrystä tutkimuksen eri vaiheiden valintojen ja päätösten yhteydessä (Smith ym. 2009, 40–45; Laine 2010; Moilanen & Rähkä 2010). Esiymmärryksen käsittelyllä pyrittiin subjektiivisuuden tunnistamiseen ja reflektointiin, mitä pidetään ensimmäisenä askeleena fenomenologiseen tutkimukseen kuuluvassa redusoinnissa. Redusoinnilla tarkoitetaan henkilökohtaisten käsitysten ja asenteiden tietoisesta työstämisestä ohella myös mielen puhdistamista tieteellisen tiedon luomasta käsityksestä. Tavoitteena on ennakkoinnista vapaan eli transsendenttisen tilan antaminen tutkittavalle ilmiölle (Moustakas 1994, 25–43; Finlay 2011, 45).

Esiymmärrys terveydenhuollon asiakkaiden alkoholin käytön mini-interventioon liittyvistä kokemuksista oli rakentunut terveydenhoitajan koulutuksen ja noin 20 vuoden työterveyshuollon työkokemuksen myötä. Terveydenhuollon asiakkaana henkilökohtaista kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta ei tutkijalla ollut. Työterveyshoitajan työssä mini-interventio sisältyy terveystarkastuksiin ja sairausvastaanoton tilanteisiin. Esiymmärryksenä oli, että alkoholista kysyminen ja keskusteleminen herättävät asiakkaassa ensisijaisesti negatiivisia tunteita esimerkiksi ärtymystä ja häpeää. Asiakas kokee tullessa leimatuksi ja kokee itsensä huonoksi, jos alkoholin käyttö ja siitä aiheutuneet terveyshaitat tulevat esille vastaanottotilanteessa. Tämän vuoksi asiakas pyrkii välttelemään alkoholista keskustelua, ja siksi erityisesti asioidessaan terveydenhuollossa juopuneena asiakas käyttäytyy torjuvasti ja välttelevästi. Esiymmärryksessä korostui oletus, että asiakas on helpottunut ja tyytyväinen, jos alkoholin käyttöä ei huomata eikä oteta puheeksi terveydenhuollossa. Mutta esiymmärrykseen sisältyi myös kokemus asiakkaan helpotuksen tunteesta

ja kiitollisuudesta, kun alkoholin käytöstä keskusteltiin avoimesti, rakentavasti ja rehellisesti ilman asiakkaan syylistymistä. Esiymmärrykseen sisältyi kokemuksia terveydenhuollon henkilöstön torjuvasta asenteesta ja negatiivisesta suhtautumisesta alkoholin aiheuttamien terveyshaittojen vuoksi vastaanotolle tulleita ja erityisesti juovuksissa olevia asiakkaita kohtaan. Tämä oli näkynyt välinpitämättömänä suhtautumisena tähän asiakaskuntaan ja jopa haluttomuutena hoitaa ja auttaa heitä.

6.1 Tutkimusaineisto ja aineiston hankinta

Aineiston hankinnan menetelmäksi valittiin yksilöhaastattelu laaja-alaisen ja yksityiskohtaisen aineiston saamiseksi (Moustakas 1994, 68–103; Moilanen & Räihä 2010; Finlay 2011, 27). Yksilöhaastattelu on aineiston hankinnan menetelmänä tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin kohdistuva ja siksi johdonmukainen sekä tarkoituksenmukainen tämän tutkimuksen tehtävän kannalta (Moustakas 1994, 103–120; Moilanen & Räihä 2010). Lisäksi tärkeänä nähtiin se, että haastattelun käyttö antoi mahdollisuuden havainnoida non-verbaalista viestintää. Non-verbaaliset havainnot dokumentoitiin tutkimuspäiväkirjaan välittömästi kunkin haastattelun jälkeen. Näitä havaintoja käytettiin apuna aineiston analyysissä merkitysten tunnistamisessa.

Haastateltavien kokemukset, sellaisina kuin he ilmaisivat ne, olivat lähtökohta tutkimukselle (Finlay 2011, 75–77). Tavoitteena oli homogeenisen aineiston hankinta (Smith ym. 2009, 3, 51), mikä tässä tutkimuksessa tarkoitti, että haastatteluihin pyrittiin saamaan henkilöitä, joilla oli kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta terveydenhuollon asiakkaana, ja joilla oli keskenään samantyyppinen historia alkoholin käytöstä. Oletuksena oli, että päihdekuntoutuksen asiakkaista osa oli hakeutunut kuntoutukseen terveydenhuollon ohjaamana, ja vähintään kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutusneuvontaan oli sisältynyt mini-interventio. Osallistuminen mini-interventioon varmistettiin ennen haastattelun aloittamista. Alkoholia haastatellut olivat käyttäneet useiden vuosien ajan ja tunnistaneet tarpeen alkoholin käytön vähentämiselle käytöstä aiheutuneiden haittojen vuoksi.

Kalliolan Nurmijärven klinikalta anottiin lupa 5–7 päihdekuntoutuksessa olevan henkilön haastattelulle (liite 2). Ennen lupahakemuksen käsittelyä klinikan johtaja esitteli tutkimusta klinikan henkilökunnalle. Klinikan toiminnan ja kuntoutujien ohjaamisen vuoksi tärkeänä koettiin, että

klinikan henkilökunta oli tietoinen tutkimuksesta. Luvan myöntämisen jälkeen klinikan johtaja esitteli tutkimusta niille kuntoutuksessa oleville henkilöille, joiden kuntoutuminen oli henkilökunnan arvion mukaan siinä vaiheessa, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuttanut haittaa kuntoutumiselle. Klinikan johtaja kutsui tutkimukseen mukaan haluavia kuntoutujia osallistumaan tutkimuksen infotilaisuuteen, joka järjestettiin klinikalla.

Infotilaisuuteen osallistui kolme henkilöä. Osallistujille jaettiin kirjallinen tutkimustiedote (liite 3). Mini-interventiosta käytettiin osallistujien informoinnin ja haastattelujen yhteydessä käsitettä alkoholiterveysneuvonta, koska sen arvioitiin olevan osallistujille käsitteenä tutumpi kuin mini-interventio. Tilaisuudessa kerrottiin, mitä mini-interventiolla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa, ja että tutkimukseen toivottiin henkilöitä, jotka olivat osallistuneet mini-interventioon terveydenhuollon asiakkaana. Infotilaisuus oli keskusteleva, ja osallistujilla oli mahdollisuus kysymyksiin. Tilaisuuden päätyttyä kolmen henkilön kanssa sovittiin ajat yksilöhaastatteluille. Haastatteluja varten oli ennakkoon varattu rauhallinen tila klinikalta.

Kolmen haastattelun jälkeen oltiin uudelleen yhteydessä klinikan johtajaan, ja tavoitteena oli saada lisää haastateltavia. Klinikan johtaja kertoi uudelleen tutkimuksesta klinikan kuntoutujille. Aikaisemmin haastatteluun osallistuneet kuntoutujat olivat kannustaneet muita kuntoutujia tutkimukseen osallistumiseen kertomalla, että he olivat kokeneet haastattelut miellyttävinä ja terapeuttisina. Neljä kuntoutujaa otti yhteyttä tutkijaan. Ennen haastattelujen toteuttamista tutkimuksen tavoitteet ja suunnitelma esiteltiin jokaiselle tutkimukseen halukkaaksi ilmoittautuneelle kahdenkeskisessä tapaamisessa. Heille annettiin kirjallinen tutkimustiedote. Kaikilta haastatteluun osallistujilta pyydettiin allekirjoituksella vahvistettu suostumus haastattelun nauhoittamiseen ja haastatteluaineiston käyttöön tätä tutkimusta varten (liite 4).

Aineisto hankittiin haastatteleamalla seitsemää Kalliolan Nurmijärven klinikan päihdekuntoutuksessa olevaa henkilöä. Haastatteluihin osallistui kolme naista ja neljä miestä. Nuorin osallistuja kertoi olevansa 19-vuotias ja vanhin oli 55-vuotias. Haastattelujen ajankohtana henkilöt olivat olleet Kalliolan Nurmijärven klinikan päihdekuntoutuksessa kahden viikon ajan. Kokonaisuutena heidän kuntoutusjakson pituudeksi oli sovittu 28 vuorokautta. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt olivat edenneet kuntoutusprosessissaan vaiheeseen, jossa he olivat terapeuttisten menetelmien avulla

käsitelleet sairastumistaan ja olivat tulevaisuuteen suuntautumisen vaiheessa. Koska haastattelujen jälkeen kuntoutus jatkui edelleen, haastateltavilla oli mahdollisuus sekä ammatilliseen että vertaisten tukeen, jos siihen syntyi tarvetta tutkimushaastattelun jälkeen (Smith ym. 2009, 53–54). Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä osallistuminen liittynyt millään tavalla klinikan toimintaan tai kuntoutusprosessin. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi haastatteluja ei videoitu eikä haastateltavien henkilötietoja kerätty.

Fenomenologisen lähestymistavan mukaan haastatteluissa tavoiteltiin avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä. Siihen pyrittiin pitämällä haastattelutilanteet keskustelunomaisina avoimien ja haastattelujen edessä muokkautuvien kysymysten avulla sekä kannustamalla haastateltavia kertomaan kokemisestaan mahdollisimman syvällisesti ja laajasti (Moustakas 1994, 103–120; Laine 2010). Haastattelujen sisältöä ei rakennettu tutkijan esiymmärryksen ohjaamien teemojen mukaan, vaan haastatteluissa annettiin haastateltaville tilaa johdattaa aihetta kertomuksellaan eteenpäin, tuoda kokemuksiaan esille omalla kielellään ja oman elämänsä tapahtumien kautta. Haastattelujen aikana keskustelua suunnattiin tutkittavaa ilmiötä kohti, autettiin haastateltavia tuomaan kokemista yhä syvemmin esille sekä tarkistettiin, oliko haastateltavien ilmaisut ja niihin liittyvät merkitykset ymmärretty tarkoitetulla tavalla. Tämä nähtiin tärkeänä osana tutkimuksen fenomenologisen näkökulman syventämisessä (Moustakas 1994, 68–103; Moilanen & Räihä 2010). Kuhunkin haastatteluun valmistauduttiin käymällä läpi muistio (liite 5), johon oli kirjattu haastattelussa huomioitavia asioita ja haastattelua ohjaavia aiheita (Smith ym. 2009, 59–73). Haastattelut kestivät 34 min – 1 h 18 min (keskiarvo 51 minuuttia). Litteroituna aineiston koko oli 58 sivua, fonttikoko 11, riviväli 1.

6.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Analyysimenetelmänä IPA on johdonmukainen tämän tutkimuksen tehtävään nähden, koska se sopii homogeenisen ja runsaan aineiston tutkimiseen, kun tutkimustehtävänä on emotionaalisten kokemusten yksityiskohtainen, idiografinen tarkastelu, tulkinta ja ymmärtäminen sekä kokonaiskuvan luominen kokemuksesta. IPA on kehittynyt psykologisen tutkimuksen lähtökohdista (Yardley 2000; Smith ym. 2009, 3, 11; Smith 2011). Analyysimetodina IPA on osoittautunut sopivaksi terveystieteellisessä ja muussa terveystieteellisessä tutkimuksessa (Brocki & Wearden

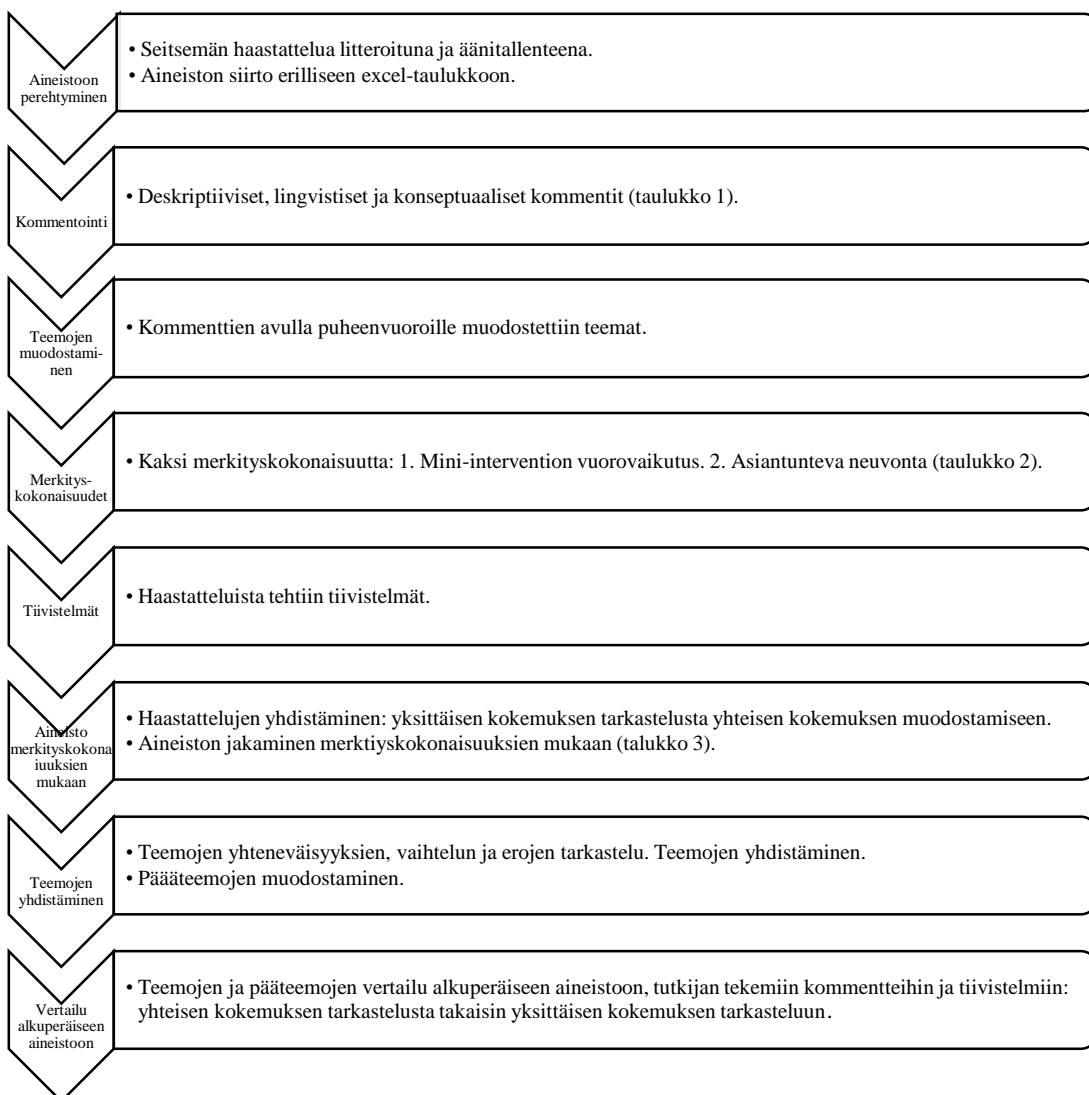
2006). Sitä on käytetty muun muassa tutkittaessa kokemusta psyykkisestä tuesta (Smith ym. 2015) ja kokemusta vakavien sairauksien hoitoon liittyvästä ristiriitaisesta päätöksenteosta (Smith ym. 2002). Menetelmänä IPA kannustaa tutkijaa innovatiiviseen ja joustavaan ajatteluun analyysin eri vaiheissa. Siinä korostuu tutkijan esiymmärrys ja sen pohjalta toteutettu tutkijan ja aineiston vuoropuhelu deskriptiivisen, lingvistisen ja konseptuaalisen kommentoinnin avulla. Kommentointi syventää tulkinnallisuutta, tuo esille metodin kaksoishermeneuttisen luonteen ja toimii perustana aineiston teemoittelulle ja tuloksille (Smith ym. 2009, 79–82; Smith 2011; Davidsen 2013).

Ennen analyysin aloittamista käytiin läpi tutkimuksen aiheeseen liittyvä esiymmärrys ja täydennettiin sitä ajatuksilla ja pohdinnoilla, joita oli tullut esille tutkimusaiheen ja -aineiston käsittelyn yhteydessä (Smith ym. 2009, 42). Aineistoon perehtymistä jatkettiin lukemalla litteroidut haastattelut ja kuuntelemalla samanaikaisesti haastatteluista tehtyä äänitallennetta. Litteroidun aineiston ja haastateltavan äänen sitominen yhteen auttoi pääsemään lähemmäksi haastateltavan ajatus- ja tunnemaailmaa sekä ilmaisutapaa. Huolellisen aineistoon syventymisen avulla pyrittiin varmistamaan, että analyysin keskipisteeksi kohdentui haastateltavan yksilöllinen ja yksityiskohtainen kokemus. Sen jälkeen syvennettiin aineistoon perehtymistä keskittymällä pelkästään litteroidun aineiston lukemiseen (kuva 1). Tavoitteena oli saada kokonaiskuva kunkin haastateltavan kokemuksesta (Smith ym. 2009, 103–107).

Huolellisen aineistoon perehtymisen jälkeen aineisto siirrettiin erilliseen Excel-tilukseen. Analyysia jatkettiin keskittymällä yhteen haastatteluun kerrallaan ja kussakin haastattelussa esille tuleviin kokemuksiin. Yksittäisten kokemusten kuvausten ja kielellisten ilmaisujen hahmottamiseksi eroteltiin haastateltujen yksittäiset puheenvuorot Excel-tiluksen eri riveille. Puheenvuorot olivat yksittäisiä lauseita tai useammasta lauseesta muodostuneita ajatuskokonaisuuksia, joissa haastateltava kuvasi kokemustaan. Tutkimuskysymyksen kannalta merkittävien ja kiinnostavien kokemusten esille nostamiseksi puheenvuorojen ohien tehtiin alustavia muistiinpanoja ja kommentteja, joiden avulla etsittiin yhteyksiä ja yhteneväisyyksiä eri puheenvuorojen välillä.

Seuraavaksi haastattelujen puheenvuoroista tehtiin Excel-tiluksen sarakkeisiin deskriptiivisiä, lingvistisiä ja konseptuaalisia kommentteja (taulukko 1). Deskriptiivisessä kommentoinnissa kuvattiin puheenvuorojen keskeistä sisältöä, ja lingvistisessä kommentoinnissa keskityttiin

tarkastelemaan puheenvuorossa esille tulevaa haastatellun henkilön ilmaisun tapaa ja sen erityispiirteitä. Puheenvuorojen konseptuaalinen kommentointi oli tutkijan reflektointia ja keskustelua aineiston kanssa. Se sisälsi havaintoja, ajatuksia ja kysymyksiä, jotka veivät analyysiä kohti tulkinnallisempaa tasoa ja merkitysten löytämistä (Smith ym. 2009, 82–90). Analyysin edetessä ja aineiston sisäistämisen vahvistuessa Excel-taulukon kommentteja täydennettiin. Kommentoinnissa hyödynnettiin tutkimuspäiväkirjan muistiinpanoja, aineistoon tehtyjä muistiinpanoja että aineistoon perehtymisen yhteydessä tehtyjä huomioita.



Kuva 1. Analyysin eteneminen.

Haastateltujen puheenvuoroihin sidotut deskriptiiviset, lingvistiset ja konseptuaaliset kommentit muodostivat ensisijaisen työskentelypohjan analyysin seuraavalle vaiheelle. Kommenttien avulla kullekin puheenvuorolle muodostettiin teema. Teemat pyrittiin muodostamaan kielellisesti niin, että ne kuvasivat mahdollisimman hyvin alkuperäisiä ilmaisuja. Teemojen muodostamisen yhteydessä Excel-taulukon avulla tarkistettiin teeman vastaavuus alkuperäisen puheenvuoron kanssa (Smith ym. 2009, 91–92). Tässä vaiheessa aineistosta erottui mini-intervention kokemuksia kahteen eri merkityskokonaisuuteen liittyen. Excel-taulukon lisättiin sarake merkityskokonaisuuden nimeämistä varten. Merkityskokonaisuuksien tunnistaminen selkeytti aineiston jäsentämistä sekä aineistossa olevien kokemusten ja niihin liittyvien merkitysten syvemässä tarkastelussa (Smith ym. 2009, 98). Aineistossa esiintyi merkityskokonaisuuksina mini-intervention vuorovaikutus ja asiantunteva neuvonta.

TAULUKKO 1. Esimerkki puheenvuorojen erottelusta ja kommentoinnista.

Haastattelu	Haastattelurepliikki	Deskriptiivinen kommentti	Lingvistinen kommentti	Konseptuaalinen kommentti
Mies 1	No alan ammattilaisethan tietää parhaiten, miten näitä hoidetaan, mun mielestä. Ei siihen asiakas voi sanoa, että kyllä tai ei. Ainut, että jos ois mulle osoitettu jokin paikka, olisinhan voinut sanoa, että ei, en halua sinne.	Arvostaa ammattilaisten osaamista, mutta haluaa itsekin vaikuttaa omaan hoitoon.	”..että kyllä tai ei” Miettii ristiriitaa, ei kuitenkaan ilmaise sitä suoraan.	Haluaa osallistua hoidon suunnitteluun, mutta epävarma vaikuttamisen mahdollisuudesta.
Nainen 1	Se [alkoholiterveysneuvonta] on tosi inhottava tilanne. Se tuntuu kahta pahemmalta, koska minä olen saanut aina tosi empaattista ja ystävällistä kohtelua. Joka tilanteessa. Että minua ei ole syyllistetty, mua on pyritty ymmärtämään ja sen takia olen syyllistynyt kahta pahemmin. Eli jos mua ois moralisoitu ja oltu tiukkoja tai ylenkatsovia, niin mun ois ollut helppo itsekin olla kielteinen siinä tilanteessa.	Empatian kohtaaminen tuntuu kahta pahemmalle, kun itse juomisen vuoksi huonossa kunnossa.	”..tuntuu kahta pahemmalle”	Empatian kohtaaminen koskettaa ja lähentää ihmisen omia tunteitaan kohti? Empatia vahvistaa ja tuo syyllisyyden esille?
Nainen 2	Hän [lääkäri] oli vaan inhimillinen. Puhetapa, oli todellakin kiinnostunut minun tilanteesta. Otti kokeita ja teki kokeita, en oikein muista. Tuntui erittäin positiiviselta. Tuntui, että kyllä tämä tästä vielä paremmaksi. Toivottavasti en enää joudu uudelleen.	Lääkäri oli kiinnostunut minun tilanteesta ja aloin itsekin uskoa, että kyllä tämä tästä vielä paremmaksi muuttuu.	"kaikki vielä paremmaksi"	Heräsi toive, että paranee. Tyytyväinen muistosta hyvään hoitoon liittyen, mutta samalla ilmaisee huolta, ettei joutuisi uudelleen.

Kun kaikille haastattelu-replikeille oli nimetty teema ja merkityskokonaisuus, aineisto lajiteltiin Excel-taulukkoon kahden tunnistetun merkityskokonaisuuden mukaan (taulukko 2). Tutkimuksen tässä vaiheessa pyrittiin edelleen säilyttämään kunkin haastattelun luoma yksilöllinen kuva mini-intervention kokemuksesta, ja siksi haastatteluja käsiteltiin yksitellen (Smith ym. 2009, 92–100).

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston jakamisesta merkityskokonaisuuden mukaan.

Haastattelu	Merkityskokonaisuus	Teema	Deskriptiivinen kommentti
Mies 2	Asiantunteva neuvonta	Ristiriitaista tietoa.	Muun perussairauden terveysneuvonnassa ohjaus kohtuulliseen käyttöön, vaikka sairastan myös tautia, johon alkoholi ei sovi ollenkaan..
Mies 2	Asiantunteva neuvonta	Selkeä neuvo.	Viesti sairastumisen riskistä oli ehdoton. Ei jäänyt takaovea, mistä karata juomaan.
Mies 2	Mini-intervention vuorovaikutus	Välinpitämätön kohtelu.	Terapeutti ei ollut kiinnostunut oikeesti, mikä ja kuka minä olen.
Mies 2	Mini-intervention vuorovaikutus	Vallankäyttöä.	Koen, että tiukka puhe oli vallankäyttöä minuun.

Seuraavaksi haastatteluista tehtiin teemojen ja kontekstien avulla tiivistelmät, joiden tarkoituksena oli säilyttää mahdollisimman alkuperäiset ja yksilölliset kokemukset sekä niiden merkitykset mukana analyysissa (Smith ym. 2009, 29). Tiivistelmien tekeminen auttoi tutkijaa löytämään yhteyksiä haastatteluissa olevien teemojen välillä ja saamaan esille toistuvat kokemukset (Smith ym. 2009, 92–100).

Esimerkki tiivistelmästä: ”... Toivon ylläpitäminen tuntuu tärkeältä. Kaikenlaisia hoitoja olen kokeillut yksityisellä puolella, kun välttelin kaupungin hoitoja. Siellä sain huonoa kohtelua. Olin pelkkä juoppo ja neuvoivat, että harkitsisin alkoholin käyttöä. Päihdeterapeutille olin vaan juoppo. Yritti päästä minusta nopeasti eroon. Neuvoi, että olisin käynyt katsomassa A-klinikalla. Mielelläni olisin kuullut muustakin hoidosta. Pahalle tuntui koko tilanne, en enää mielellään menisi uudelleen. AA-ryhmässä tutustuin ihmiseen, joka patisteli lähtemään A-klinikalle kysymään kuntoutukseen pääsyä. Tiukasti kysyivät minulta, miksi minä sinne tulin, vaikka ennen olin käynyt yksityisellä puolella. Tietysti siksi, kun minulla oli vaikeaa alkoholin kanssa..” Nainen 3

Kun yksittäisten haastattelujen kaikki puheenvuorot oli teemoitettu ja liitetty merkityskokonaisuuteen, ja kun haastatteluista oli tehty tiivistelmät, lajiteltiin aineisto

merkityskokonaisuuksien ja teemojen mukaan (taulukko 3). Tässä vaiheessa siirryttiin tarkastelemaan aineistoa yksittäisten kokemisen tasolta yhteisen kokemuksen muodostamisen tasolle (Smith ym. 2009, 98). Tämä toteutettiin tarkastelemalla merkityskokonaisuuksien sisällä teemojen välisiä yhteyksiä, vastaavuuksia, vaihteluja ja eroja. Teemojen tarkastelun ja yhdistämisen avulla muodostettiin pääteemat (Smith ym. 2009, 101–103; Alasuutari 2011, 40–48).

TAULUKKO 3. Esimerkki haastattelujen yhdistämisestä merkityskokonaisuuksien ja teemojen mukaan. Merkityskokonaisuutena asiantunteva neuvonta.

Haastattelu	Merkityskokonaisuus	Teema	Lyhyt kuvaus repliikistä
Mies 2	Asiantunteva neuvonta	Ristiriitaisuus hämmentää.	Muun perussairauden terveysneuvonta oli ristiriitaista alkoholin käytön suhteen.
Mies 2	Asiantunteva neuvonta	Ristiriitaisuus hämmentää.	Terapeutti neuvoi vähätellen, että kai siellä AA:ssa voi käydä katsomassa.
Mies 1	Asiantunteva neuvonta	Raitistumiseen tarvitsee toista ihmistä tueksi.	Neuvonta sisälsi pohdintaa, miten kertoa tilanteesta muille.
Nainen 1	Asiantunteva neuvonta	Raitistumiseen tarvitsee toista ihmistä tueksi.	Juteltiin siitä, keneltä voisın saada kannustusta.

Analyysissa käsiteltiin 206 haastattelujen puheenvuoroa, joista 97 puheenvuoroa liittyivät mini-intervention vuorovaikutuksen merkityskokonaisuuteen. Nämä puheenvuorot yhdistyivät 16 teemaksi, joista syntyi viisi pääteemaa. Aineiston 109 puheenvuoroa liittyivät asiantuntevan neuvonnan merkityskokonaisuuteen. Niistä muodostui 13 teemaa, jotka yhdistyivät viideksi pääteemaksi. Analyysin syventämiseksi tutkija jatkoi työskentelyä aineiston parissa niin, että pääteemojen ja teemojen tarkastelun rinnalle otettiin analyysin aikaisemmassa vaiheessa tehdyt tutkijan kommentit ja havainnot haastattelujen non-verbaalisesta ilmaisusta. Kommenttien avulla analyysissa palattiin aineistosta muodostuneen yhteisen kokemuksen tasolta takaisin yksilöllisen kokemuksen ja tulkinnan tasolle (Smith ym. 2009, 103–106; Alasuutari 2011, 40–48).

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa haastatellut olivat osallistuneet alkoholin käytön mini-interventioon terveyskeskuksen päivystyksessä, terveyskeskuksen ja sairaalan vuodeosastolla, sairaalapäivystyksessä, työterveyshuollossa, päihdekatkaisuhoidossa ja päihdekuntoutuksessa. Haastateltujen kokemus mini-interventiosta muodostui kahdesta merkityskokonaisuudesta: mini-intervention vuorovaikutuksesta ja asiantuntevasta neuvonnasta.

7.1 Mini-intervention vuorovaikutus

Mini-intervention vuorovaikutus koettiin keskeisenä vaikuttajana kokemuksen syntyyn. Mini-interventio koettiin lämpimänä ja myönteisenä vuorovaikutustilanteena, mutta mini-intervention kokemiseen liittyi myös kielteisiä tunteita. Pääteemoina esille tulivat kokemus aidosta kohtaamisesta, toivo paranemisesta, puhumattomuus, kokemus itsestä pelkkänä juoppona ja mini-interventiotilanteissa syntynyt paha mieli (taulukko 4).

Aito kohtaaminen terveydenhuollon asiantuntijan kanssa mini-intervention aikana herätti ensisijaisesti toivoa paranemisesta. Siihen liittyi helpotuksen ja voimaantumisen tunnetta sekä kiitollisuutta avun saamisesta. Arvostuksen kokemukset mini-intervention vuorovaikutustilanteessa syntyivät rehellisestä, empaattisesta ja ystävällisestä kohtelusta, mikä vahvisti luottamusta terveydenhuoltoon. Asiakas koki, että empatian kohtaaminen oli pysähdyttävää ja henkisesti vaativampaa kuin moralisoinnin ja mitätöinnin kohtaaminen. Empatian avulla asiakas koki terveydenhuollon asiantuntijan tulevan henkisesti lähemmäksi, mikä auttoi asiakasta olemaan empaattinen itselleen. Empatia itseä kohtaan auttoi oman tilanteen ymmärtämisessä ja vähensi syyllistymistä. Huumorin käyttö mini-interventiosta koettiin hyväksi silloin, kun sillä pyrittiin keventämään vakavaa tilannetta, mutta kuitenkin niin, että se ei mitätöinyt asiakkaan kokemaa ongelmaa.

"...minä olen saanut aina tosi empaattista ja ystävällistä kohtelua. Joka tilanteessa... Eli jos minua olisi moralisoitu ja oltu tiukkoja ja ylenkatsovia, niin mun ois ollut helppo itsekkin olla kielteinen siinä tilanteessa. Mutta näin ollen kun minua pyrittiin ymmärtämään.." (Nainen 2).

"Tää oli ensimmäinen, joka oli saavuttanut mun luottamuksen. Joka pudottikin sellaisen pommin, että hän ei pysty auttamaan. Ja ehkä siinä kohtaa hän vasta saavutti mun luottamuksen, koska hän oli tosissaan. Ja hän oli tosi surullinen, kun hän tämän minulle kertoi." (Mies 2)

"Hän oli vaan inhimillinen. Puhetapa, oli todellakin kiinnostunut minun tilanteesta. Otti kokeita ja teki kokeita, en oikein muista. Tuntui erittäin positiiviselta. Tuntui, että kyllä tämä vielä tästä paremmaksi." (Nainen 2)

"Se oli tosi semmonen, se lähestyi semmosella oikeella tavalla, että se ei tuntunut, että se paasas mulle jostain, vaan että se tuntui, että se puhui mulle oikeesti sydämestään ja kokemuksestaan... Se tuntui oikein hyvälle.. Siitä tuli semmonen välittävä olo." (Nainen 3)

TAULUKKO 4. Mini-intervention vuorovaikutus.

Pääteema	Teema
Aito kohtaaminen.	Arvostusta potilaana. Luottamus.
Toivoa paranemisesta.	Toiveikas. Helpottunut. Kiitollinen. Vahvistava.
Puhumattomuus	Näki, mutta eivät puhuneet. Huusin äänettömänä hätääni.
Olin pelkkä juoppo.	Henkilökunta ei ollut kiinnostunut. Huonosti käy, kun menee terveydenhuoltoon. Peloteltiin. Vallankäyttöä.
Paha mieli.	Negatiiviset tunteet koko ammattikuntaa kohtaan. Syyllisyys ja häpeä painavat. Toivoton. Ärtymys ja viha.

Haastatellut olivat tulkinneet, että terveydenhuollon asiantuntijat tunnustivat alkoholin vaikuttavan asiakkaan terveydentilaan, vaikka vastaanotolla ei haluttu keskustella alkoholin käytöstä eikä siitä aiheutuneista terveyshaitoista. Erilaisilla tutkimuksilla varmistettiin, että asiakkaalla ei ollut muusta sairaudesta johtuvaa hoidon tarvetta, ja todettiin, että asiakas oli terve eikä hänellä voitu todeta tarvetta terveydenhuollon apuun. Tästä asiakas oli helpottunut, mutta koki tullessaan kohdatuksi pinnallisesti. Puhumattomuus alkoholista aiheutti pettymyksen tunnetta ja kokemuksen arvottomuudesta.

”Ei kukaan välittänyt tarkentaa, onko juominen minun ongelma.” (Mies 3)

”Näkivät suoraan, eivät kysy tai totea ääneen, silti todetaan ”ei sinua mikään vaivaa.” (Mies 1)

Haastatteluissa tuli esille, että alkoholiongelmaisen vastaanotolle tuleminen itsessään oli ilmaisu avuntarpeesta, hätähuuto ilman ääntä. Avun pyytäminen terveydenhuollolta tuntui pelottavalta ja aiheutti häpeää. Häpeään liittyen omien ongelmien ääneen puhuminen koettiin vaikeaksi, ja siksi asiakas toivoi terveydenhuoltohenkilöstöltä avoimia ja tarkentavia kysymyksiä helpottamaan itsensä ilmaisua. Helpottavina kysymyksinä koettiin esimerkiksi ”Millainen sinun voitisi on? Millaista apua tarvitsisit?”

”Olispa jokin tapa, miten terveydenhuolto voisi tulla vastaan.” (Nainen 1)

”Olis niinku huomannut, että minulla on oikeesti alkoholiongelma.” (Mies 4)

Puhumattomuus näyttäytyi myös tilanteissa, joissa asiakas itse toi keskustelussa esille alkoholin käytön ja siten ilmaisi tarpeen saada neuvontaa ja muuta apua alkoholin käytön hallintaan, mutta terveydenhuollon asiantuntija sivuutti aiheen. Asiakas koki tilanteen hämmentävänä, ja siihen liittyi pettymyksen tunnetta, koska hän itse oli huolestunut alkoholin käytöstään. Hän oli ennakkoon valmistautunut aiheen esille ottamiseen saadakseen apua ongelmasta selviämiseen. Myös tilanteissa, joissa asiakas kertoi olevansa alkoholin käytön vuoksi päihdehoidossa, terveydenhuollon asiantuntija ei osoittanut kiinnostusta päihdehoidon toteutumiseen tai edistymiseen. Asiakas itse näki päihdehoidon olevan merkityksellinen terveydentilansa kannalta. Hänellä oli tarve keskustella hoidosta ja sen etenemisestä sekä saada vahvistavaa palautetta päihdehoitoon sitoutumiseksi.

”Koko ajan se vaan sivuutettiin. Ei siihen pureuduttu ollenkaan. Kerran sitä kysyinkin työterveyslääkäriltä... Sanoin, että tässä on pieni ryyppyputki ollut. Määräs ne verikokeet ja sitten kävin lääkärillä, ja se sanoi, että nää on ihan ok, että ei tässä mitään hätää.” (Mies 4)

Haastatteluissa toistui kokemus omasta itsestä pelkkänä juoppona. Se tarkoitti kokemusta juopon leiman saamisesta terveydenhuollon asiakkaana. Asiakas koki, että hänestä haluttiin päästä nopeasti eroon. Vastaanotolla ei haluttu paneutua kunnolla hänen tilanteeseen eikä haluttu nähdä häntä kokonaisvaltaisesti ihmisenä. Kokemus omasta itsestä pelkkänä juoppona syntyi tilanteessa, kun asiakas koki tullessaan huonosti kohdelluksi terveydenhuollossa. Huonona kohteluna pidettiin henkilökunnan ”suoria sanoja” alkoholin käytöstä, välinpitämätöntä ja mielenkiinnostonta suhtautumista. Asiakkaassa heräsi toivottomuuden tunne, syyllisyys ja häpeä. Asiakas koki itsensä arvottomaksi muihin asiakkaisiin sekä terveydenhuollon henkilöstöön verrattuna. Huono kohtelu herätti negatiivisia ajatuksia terveydenhuollon henkilöstöä ja palveluja kohtaan. Kokemukseen liittyi

ajatus, että *”huonosti käy, kun menee terveydenhuoltoon”* (Nainen 2) ja toivomus, että *”Voi silti kohdella alkoholista kuin muitakin ihmisiä”* (Mies 3).

Mini-interventiossa koettiin esiintyvän pelottelua ja vallankäyttöä, mikä herätti asiakkaassa ärtymystä, vihaa ja toivottomuutta. Pelotteluna ja vallankäyttönä koettiin asiakkaan läsnäolon, osallistumisen ja vastuunoton mitätöinti. Tällaisia tilanteita olivat terveydenhuollon asiantuntijan keskittyminen tekemään johtopäätöksiä hoidontarpeesta aikaisempien sairauskertomusmerkintöjen perusteella sekä asiakkaan hoitoon liittyvien tarpeiden, toiveiden ja päätösten kyseenalaistaminen. Ikävimpinä koettiin tilanteet, joissa asiakas ei saanut apua päihtymyksen vuoksi eikä mini-interventioon liittyvää ohjausta ja neuvontaa.

”Ja se sanoi mulle jotain todella törkeesti, että itepähän olet tuon tilasi aiheuttanut, itepähän joit alkoholia. Mä olin ihan että joo.. Se tuntui tosi pahalle. Ensinnäkin jos sä oot just jonkun onnettomuuden jäljiltä niinku kuitenkin shokissa ja silleen tilassa.. Niin ei se, suoraan sanottuna vittuilu, oikein tuntunut hyvältä... Se oli oikeeta syytelyä.” (Nainen 3)

”Joka maanantai mä sain kuulla siellä ensin haukkuja, että miten mä kehtaan sanella heille, mihin hoitoon mä haluan, että heidän tiimi päättää minun hoidosta. En siis minä vaan heidän tiimi.. En voinut muuta kuin istua ja odottaa, että pääsen pois siitä.” (Mies 2)

”..[Päihdeterapeutti]ei kysynyt, miten minä edes voin. Ehkä sille oli itsestään selvää, että mä olen juoppo... Se vaan niitä lappuja katteli.. Yritti mahdollisimman nopeasti päästä eroon minusta ja tilanteesta.” (Nainen 2)

7.2 Asiantunteva neuvonta

Asiantunteva neuvonta vaikutti mini-intervention kokemiseen. Pääteemoina tulivat esille terveydenhuollon asiantuntijoiden osaaminen alkoholin käytön vähentämisestä ja alkoholisairauksien hoidosta, haastateltujen kokemus neuvonnan tarpeesta, alkoholin käytön kartoittamisesta, kokemus tarpeesta saada tietoa tuen merkityksestä toipumiselle sekä kokemus riittävästä tiedosta vahvistamaan asiakkaan omaa vastuunottoa ongelman hoitamisessa (taulukko 5).

Haastatellut arvostivat terveydenhuollon asiantuntijan työkokemukseen tai elämän kokemukseen perustuvaa osaamista. Osaamiseksi tulkittiin alkoholin käytön puheeksiotto, arvostava ja empaattinen tapa keskustella, ystävällisyys sekä tietämys hoitovaihtoehtoista ja alkoholisairauksista.

”Oli hyvin, tämmönen, tiedän, että oli pitkään työtä tehnyt ihminen, ja osasi hyvin neuvoa ja kuitenkin hyviä asioita tuli. Se ohjasi, että voisin tulla tänne [Kalliolaan kuntoutukseen]. En tiennyt paikasta ennen yhtään mitään.” (Mies 3)

TAULUKKO 5. Asiantunteva neuvonta.

Pääteema	Teema
Osaaminen.	Ei löytynyt osaamista. Kokeneen työntekijän osaaminen korostuu.
Neuvoja tarvitaan.	Selkeä tieto auttaa. Minun yksilöllinen tilanne huomioitiin. Tietojen ristiriitaisuus hämmentää. Juo kuten muut. Neuvoja en saanut.
Alkoholin käytön kartoitus.	Ylimalkaisesti kysytään juomisesta. Itsearviointi selkeyttää.
Tietoa tuen tarpeesta.	Raitistumiseen tarvitsee toista ihmistä tueksi. Mahdollisuuksia tuen saamiseksi.
Tieto tukee itsenäisyyttä ja vastuunottoa.	Hain itse apua muualta. Sitouduin hoitoon.

Selkeän ja konkreettisen neuvon saaminen sekä henkilökohtaisen tilanteen huomiointi koettiin hyväksi mini-interventioksi. Se antoi avaimia kotona pärjäämisessä ja avun hakemisessa myös myöhemmin. Hyvänä neuvona koettiin esimerkiksi virittävä keskustelu oman tavoitteen asettamiselle, auttavan puhelimen yhteystiedot tai neuvo tulla uudelleen vastaanotolle, jos myöhemmin heräisi mielenkiinto ja tarve saada apua alkoholin käytön vähentämiseen. Kokemuksissa tuli esille neuvojen ristiriitaisuus alkoholin käytöstä eri sairauksiin liittyen. Samaan aikaan, kun varoiteltiin runsaan juomisen yhtäkkisen lopettamisen vaikutuksesta sydänoireisiin, kerrottiin runsaan juomisen jatkamisen vaaroista sydämelle. Hämmentävänä koettiin epäselvyys siitä, onko parempi lopettaa juominen kokonaan vai ylläpitää juomista jollakin tasolla. Ristiriitaista tietoa sisältäviin tilanteisiin liittyi kokemus yksinjämisestä ja välinpitämättömyydestä, kun mini-interventio ei sisältänyt käytännöllisiä ja omaan tilanteeseen sovellettuja neuvoja tai yhteistä pohdintaa juomisen hallinnasta. ”Älä juo” -neuvo koettiin mitätöimisenä, mutta myös osaamattomuutena. Normiin vaikuttamista ei koettu merkityksellisenä. Neuvoa ”juo kuten muutkin” ei koettu auttavana, sillä haastatellut kertoivat tunnustaneensa, että oma alkoholin käyttö oli runsasta vallitsevaan normiin verrattuna.

”Se porukka, missä minä oon kasvanut ja missä mä oon pyörinyt, niin kyllä me osataan ottaa. Mä osaan ottaa niinku ne muutkin. Mä oon parraasta päästä siinä.” (Mies 2)

"Ajattelee, että se on vaan luonteen heikkoutta. Ryhdistäydy, älä juo. Tätä olen saanut kuulla aika paljon. Lisää pitäisi tietää, että alkoholiongelma ei ole niin yksinkertainen. Että vaan lopettaa juomisen, siinä se on." (Nainen 2)

"Ehkä senkään takia ei ohjata hoitoon, kun ajatellaan, että sit vaan kun lopetat sen juomisen, niin sit sä oot selvinpäin. Lopetat vaan käyttämisen, niin sit oot terve." (Nainen 3)

Alkoholin käytön kartoittamisen koettiin olevan hyödyllistä oman tilanteen arvioimiseksi, ja se nähtiin tärkeänä osana hoidon turvallisuutta. Kyselytестinä tuotiin esille AUDIT-kysely. Haastatellut kokivat, että alkoholin käytön kartoitusta tehtiin ylimalkaisesti, sillä vastaukseksi asiakkaalta kelpasivat epämääräiset ilmaisut juomisen määrästä ja tavasta. Asiakkaat kokivat alkoholin käytön kartoittamisen kyselyn avulla olevan hyvä tilanne pohtivalle keskustelulle terveydenhuollon asiantuntijan kanssa.

"Sama kysymys. käytätkö alkoholia, kuinka usein, kuinka paljon. Muutaman päivässä, viikonloppuna enemmän. Selvä. Aina sama kaava." (Mies 2)

"Aina on tullut rasti ruutuun, että ei mitään ongelmaa."(Mies 3)

"Pidin sitä kylä ihan hyvänä ja toivottavana, että [alkoholin käytöstä]kysytään. Mutta kyllä siihen saisi hieman järeämmin puuttua."(Mies 4)

Tärkeänä koettiin, että mini-intervention sisältöön kuului tuen saamisen lisäksi tietoa ja ohjausta, mikä on tuen merkitys toipumisessa, ja mistä tukea saa. Tietoa vertaistuesta ja sen merkityksestä ei mini-interventioon ollut sisältynyt. Mini-interventio sisälsi usein tiedon, että tukea oli saatavilla terveydenhuollosta, mutta se ei sisältänyt konkreettista tietoa, mikä ammattiryhmä tukea tarjoaa, ja miten siihen voi hakeutua. Haastatellut kokivat, että tieto erilaisista hoitomahdollisuuksista ja mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun edisti itsenäisyyttä ja vastuunottamista omasta hoidosta. Vastuunottaminen omasta toipumisesta merkitsi haastatelluille sitoutumista hoitoon ja kykyä hakea apua muualtakin kuin terveydenhuollosta.

"Osa menee hädissään sinne terveysasemalle, kun ei tiedä, minne muualle menis. Ja sieltä pitäisi oikeesti osata ohjata jonnekin muualle.. Yksin raitistuminen on hankalaa." (Nainen 3)

"No ei nyt hirveesti uutta asiaa tullut... Motivaatiota tuli kyllä ja voimaa, että minä en ole yksin tämän asian kanssa."(Mies 4)

Mini-intervention välttelyä tulkittiin tietämättömyydeksi alkoholin aiheuttamista terveyshaitoista, alkoholiriippuvuudesta ja hoitomenetelmistä. Haastatteluissa tuli esille, että lääkehoidon krapulaan sai helposti, ja että sairauslomaa oli helppo saada jonkun vanhan terveysongelman avulla. Krapulalääkityksen ja sairausloman määräämisen yhteydessä terveydenhuollossa ei pysähtytty keskustelemaan alkoholin käytön vähentämisestä tai kertomaan hoitovaihtoehtoista, vaan neuvottiin

asiakasta ottamaan yhteyttä kotipaikan A-klinikalle. Asiakas jäi kaipaamaan tietoa, miten hoitopaikkaan hakeudutaan ja millaista hoitoa siellä on saatavilla sekä millaisia muita hoitovaihtoehtoja on tarjolla. Tietoa laitostuntoutuksen sisällöstä saatiin pääasiassa aikaisemmin laitostuntoutuksessa olleilta tuttavilta.

”.. ja sitten kävin terveyskeskuksessa erikseen vielä pyytämässä lääkkeitä, että pystyin selviämään..Mut siellä ei koskaan tullut tällästä, että ois neuvottu eteenpäin minnekään... Vaiva oli taas hoidossa ja taas kuitenkin sama jatkui taas hetken päästä. Se oli semmosta.” (Mies 3)

”Mää rupesin kyselee, ett minkälainen tää AA on. Ja se mun terapeutti sano, että jotenkin silleen, että noo, jos sä nyt välttämättä haluat, voit sinä siellä käydä kattomassa.” (Mies 2)

”Olisihan se kiva alkoholistillekin saada tietoa mäistä hoidoista sen muusta. Mutta pelkästään se sanoi, että mene A-klinikalle käymään... Voisi vähän enemmän kertoa, mitä kaikkia mahdollisuuksia on. Mihin voi hakeutua, mistä sitä apua, jos on jo semmosessa jamassa, että ei pääse yksin selviytymään.” (Nainen 2)

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata terveydenhuollon asiakkaan kokemusta alkoholin käytön mini-interventiosta. Tulosten mukaan terveydenhuollon asiakkaat kokivat mini-intervention tärkeäksi alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyssä ja alkoholiriippuvuuden hoidossa. Mini-intervention kokeminen muodostui kahdesta merkityskokonaisuudesta: mini-intervention vuorovaikutuksesta ja asiantuntevasta neuvonnasta. Mini-interventio merkitsi asiakkaalle mahdollisuutta onnistua alkoholin käytön vähentämisessä. Se herätti toivon paremmasta voinnista, mikä ilmeni helpotuksen ja kiitollisuuden tunteena. Vuorovaikutuksessa aidon välittämisen ja empatian kokeminen vahvisti luottamusta terveydenhuoltoon. Asiakas koki saavansa arvostusta ihmisenä, kun hänen tilanteesta ja auttamisesta oltiin kiinnostuneita. Asiantuntevan neuvonnan merkitys mini-interventiosta oli asiakkaan omien voimavarojen vahvistuminen. Voimavarat auttoivat asiakasta ottamaan vastuuta alkoholin käytön vähentämisestä. Asiakkaan elämäntilanteen ja terveydentilan huomioiva neuvonta tuki asiakasta itsenäisyyteen ja vastuunottoon. Pettymystä ja mielipahaa liittyi tilanteisiin, joissa terveydenhuollon asiantuntija ei lähtenyt keskustelemaan alkoholin käytöstä. Tilanteet, joissa terveydenhuollossa asiakkaalle ilmaistiin avun tarjoamisen sijaan paheksuva mielipide alkoholin käytöstä, koettiin huonona kohteluna ja vallankäyttönä. Tilanteet herättivät syyllisyyttä ja häpeää sekä negatiivisia tunteita terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhuollolta odotetaan aktiivisuutta alkoholin käytön mini-intervention toteuttamiselle, mikä tuli esille myös Kääriäisen (2010, 49–50) ja Bjarregaardin ym. (2012) tutkimuksissa. Mini-intervention merkitys korostuu erityisesti krapulassa tai juovuksissa vastaanotolle tultaessa, jolloin alkoholin käytöstä keskusteleminen terveydenhuollossa asioinnin ensimmäisenä aiheena voi toimia avoimen ja rehellisen keskustelun avaajana. Motivoivan haastattelun menetelmissä vuorovaikutuksen keskeisiä elementtejä ovat hyväksyvä asenne, aidon kiinnostuksen osoittaminen asiakkaan tilanteeseen, tavoitteisiin ja arvoihin sekä ystävällisyys (Miller & Rollnick 2013, 14–36, 62–89). Mini-interventiosta ne auttavat rakentamaan luottamusta, mikä aikaisempien tutkimusten mukaan on erityisen tärkeää alkoholin käytön vähentämisen tukemisessa (Laine 2002; Lillie 2002; Bjarregaard ym. 2012; Kuoppasalmi ym. 2014; Marttunen ym. 2014). Aidon kiinnostuksen kokeminen mini-interventiosta vahvistaa asiakkaan oman arvontunnetta ja

herättää toiveen siitä, että alkoholin käyttö on mahdollista saada hallintaan. Mini-intervention toteuttaminen merkitsee asiakkaalle toipumisen mahdollisuuden saamista. Alkoholista keskusteleminen on osoitus, että terveydenhuollon asiantuntija haluaa panostaa auttamiseen, ja että alkoholin käytön vähentämiseen on saatavilla tukea, neuvontaa ja hoitoa. Samalla mini-interventio toimii viestinä asiakkaalle siitä, että alkoholin käytöstä aiheutuneita haittoja ei tarvitse peitellä eikä hävetä, vaan on sallittua tuoda oma elämä esille sellaisena kuin sen kokee. Myös aikasemmat tutkimukset tuovat esille, että kiinnostuksen ja hyväksynnän osoittaminen sekä asiakkaan huolellinen kuunteleminen auttavat asiakasta rauhoittumaan hädässään sekä vähentävät pelkoa ja häpeää avun tarpeesta (Lillie 2002; Alkoholiongelmaisen hoito 2011; Bjerregaard ym. 2012; Miller & Rollnick 2013, 14–24). Vuorovaikutuksen merkitys mini-interventiossa on asiakkaalle ensisijaisen tärkeä. Häpeän ja pelon vähentyminen saattaa helpottaa asiakasta oman tilanteen avoimessa tarkastelussa ja asiantuntevan neuvonnan vastaanottamisessa.

Tutkijan esiymmärrys oli, että asiakas on helpottunut, kun alkoholia ei oteta puheeksi vastaanotolla. Myös Doin ym. (2014) tutkimuksessa terveydenhuollon asiantuntijoilla oli käsitys, että asiakkaat haluavat välttää alkoholista keskustelua. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan puhumattomuus alkoholista saattaa herättää asiakkaassa syyllisyyttä ja häpeää sekä kokemuksen arvottomuudesta, kun hänen hätää ja huolta ei tunnusteta tai se mitätöidään eikä häntä nähdä kokonaisvaltaisesti. Samaan tulokseen tuli myös Lillie (2002) terveydenhuollon asiakkaan mini-intervention kokemuksia tutkiessaan. Voidaan ajatella, että puhumattomuus alkoholista muodostaa näkymättömän muurin asiakkaan ja terveydenhuollon asiantuntijan välille. Alkoholi ei ole vain asiakkaan ongelma, vaan se on asiakkaan ja asiantuntijan yhteinen ongelma. Kumpikin osapuoli todennäköisesti tunnistaa alkoholin läsnäolon ja tarpeen siitä puhumiselle, mutta kumpikin osallistuja valitsee vaikenemisen. Yksi alkoholiriippuvuuden tunnusmerkeistä on, että alkoholiongelmainen kieltää ongelman (Aalto 2010a; Huttunen 2013). Tilanteessa, jossa terveydenhuollon asiantuntija ei halua, osaa tai uskalla puhua alkoholin käytöstä, voidaan ajatella, että asiantuntija kieltää alkoholiongelman. Tärkeää on, että terveydenhuollossa otetaan vastuu vuorovaikutuksen sujumisesta mini-interventiossa (Miller & Rollnick 2013, 25–36, 62–89) ja reflektoidaan alkoholin käyttöön liittyviä asenteitaan ja työkaluun liittyviä normeja (Nygaard & Aasland 2011). Vastuunottamista helpottaa tieto alkoholiriippuvuudesta sairautena ja tieto mahdollisesta persoonallisuuteen liittyvästä taipumuksesta projektiivisuuteen ja tiedostamattomien defenssien käyttöön (Laine 2002; Marttunen ym. 2014), joiden käsittelyyn asiakas tarvitsee asiantuntijan tukea pystyäkseen vähentämään alkoholin käyttöä.

Tutkimuksessa tuli esille, että mini-interventiossa asiantuntevan neuvonnan merkitys on asiakkaan voimavarojen ja itsenäisyyden lisääntyminen, mikä vähentää asiakkaan riippuvuutta terveydenhuoltoon. Voimavarojen ja itsenäisyyden tukeminen tulee esille myös motivoivan haastattelun menetelmien filosofisessa perustassa (Miller & Rollnick 2013, 25–36). Aikaisempien tutkimusten mukaan voimavaroista keskeisiä olivat motivaatio ja hoidon tarpeen herääminen (Shin ym. 2013; Crawford ym. 2014; Wilson ym. 2014). Tässä tutkimuksessa tärkeiksi voimavaroiksi koettiin käytännölliset tiedot ja taidot alkoholin käytön vähentämiseksi. Vankan tietopohjan lisäksi neuvonnassa tarvitaan taitoa asiakkaan kokonaistilanteen huomiointiin, mutta myös taitoa neuvonnan soveltamiseen asiakkaan tilanne huomioiden. Elämäntilanteen ja terveydentilan kannalta ristiriitainen neuvonta sekä yleistason tieto saatetaan kokea välinpitämättömyytenä ja yksinjättämisenä, ja se voi aiheuttaa turvattomuutta. Pelkästään asiakkaan ohjaus tiedon hakemiseen internetistä ja terveysneuvontalehtisestä ei kaikkien asiakkaiden kohdalla ole asiantuntevaa neuvontaa. Esimerkiksi elämäntilanteessa, jota määrittelee asunnottomuus ja taloudelliset vaikeudet, ei välttämättä ole mahdollisuutta ja osaamista itsenäiseen tiedonhakuun. Riippuvuus, vieroitusoireet ja alkoholin käyttöön liittyvät muut haitat mahdollisesti sitovat asiakkaan voimavaroja niin, että myös luovuus auttavien keinojen itsenäiseen löytämiseen voi olla rajallista. Selkeät vinkit, kirjallinen ohje ja neuvovan puhelimen yhteystiedot voivat toimia tärkeänä apuna (Kääriäinen 2010). Voimavarojen ja itsenäisyyden lisäämiseksi myös tieto vertaistuesta on tarpeellista sisällyttää neuvontaan. Tuen merkitystä korostetaan eri sairauksien hoidossa, ja tutkimustietoa sen merkityksestä on saatavilla neuvonnan tueksi. Tämä tutkimus kuitenkin osoitti, että alkoholin käytön mini-interventiossa tietoa tuen merkityksestä ei tuoda esille.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella perusterveydenhuollossa on tarvetta mini-intervention osaamisen kehittämiseksi ennen kun hoitosuosituksen mukainen käytäntö alkoholiongelmaisen hoidoksi saadaan toimivaksi (Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Tärkeää on kehittää mini-interventioon liittyvän asiaosaamisen lisäksi vuorovaikutustaitoja sekä tarkastella työhön vaikuttavia alkoholiin liittyviä asenteita ja normeja. Vuorovaikutustaitoja ja asiantuntevaa neuvontaa voidaan kehittää lisäkoulutuksen ohella toteuttamalla alkoholin käytön mini-interventiota systemaattisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla ja refleктоimalla mini-interventioon liittyviä tunteita ja asenteita (Yoast ym. 2008; Kääriäinen 2010, 49–50). Sähköposti- ja tekstiviestisovellusten käyttö mini-interventiossa voi antaa mahdollisuuden lisämateriaalin ja työkalujen monipuoliseen käyttöön (Tensil ym. 2013) sekä neuvonnan tueksi että asiakkaalle itsenäistä työskentelyä varten. Erityisesti nuorten kohdalla teknologian mahdollisuudet mini-intervention sisällön kehittämiseksi on tärkeä

arvioida (Irvine ym. 2012; Bewick ym. 2013; de Visser ym. 2013; Voogt ym. 2014). Yhteisötason interventioiden tutkimusten tuloksia, esimerkiksi tietoa yhteisössä vaikuttavista normeista ja asenteista (Ling ym. 2012), voidaan hyödyntää myös yksilötason mini-intervention suunnittelussa eri kohderyhmille.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Luotettavuus aineiston hankinnassa. Tutkimuksen kohteena oli yksityiskohtaisesti määriteltävissä ja rajattavissa oleva kokemus, josta oli aikaisempaa tutkimustietoa. Haastatelluilla oli kokemuksia alkoholin käytön mini-interventiosta, ja he tunnistivat sille merkityksiä (Smith 2011). Tässä tutkimuksessa valittiin aineiston hankintaan retrospektiivinen näkökulma kohdentamalla aineiston hankinta henkilöihin, joilla oli todennäköisesti useita kokemuksia mini-interventiosta. Retrospektiivisyys ja useiden mini-interventiotilanteiden yhdistäminen yhdeksi kokemukseksi vahvisti tämän tutkimuksen fenomenologista näkökulmaa tuoden esille kokemuksen ja sen merkityksen tutkittavaksi ilmiöksi ja erottaen sen terveysneuvontaan liittyvästä asiakaspalautteesta, johon haastattelut olisivat mahdollisesti painottuneet, jos aineiston hankinta olisi toteutettu välittömästi mini-intervention jälkeen (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–143; Smith ym. 2009, 40–45).

Haastateltujen päihtymystila tai vieroitusoireet mini-intervention hetkellä olivat mahdollisesti vaikuttaneet kokemusten syntymiseen sekä siihen, mitä mini-interventiosta oli jäänyt muistiin, sekä millaisia tunteita ja ajatuksia kokemukseen liittyi. Lisäksi joistakin mini-interventiotilanteista oli kulunut aikaa jo vuosia. Nämä voidaan nähdä aineiston luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Kuitenkin haastateltavat toivat selkeästi ja elävästi esille kokemuksiaan mini-interventiosta, vaikka ajallisesti tilanteista oli kulunut aikaa muutamasta viikosta useampaan vuoteen.

Aineiston hankinnan luotettavuutta parantavana tekijänä voidaan nähdä haastatteluissa syntyntä keskustelunomaisuutta ja luottamuksellista ilmapiiriä, mistä kertoo osallistuneilta saatu myönteinen palaute haastateltujen henkilökohtaisesta terapeuttisesta hyödystä, vaikka haastateltujen tavoitteena ei ollut terapeuttinen keskustelu. Haastateltavat ilmaisivat halunsa kertoa kokemuksistaan, mikä vahvisti tutkijan sensitiivisyyttä tarkastella mini-intervention kokemusta ja sen merkitystä haastateltavan lähtökohdista ja näkökulmasta (Yardley 2000; Smith 2011). Aineiston hankinnassa

toteutui niin sanottu lumipallo-efekti, kun jo haastatteluun osallistuneet kertoivat muille kuntoutujille tutkimuksesta, ja uudet haastateltavat ottivat yhteyttä tutkijaan. Haastateltavien ennakkoinformointi ja osallistumisen vapaaehtoisuuden korostaminen toteutettiin tässä tutkimuksessa huolellisesti pyrkien lisäämään haastateltavien luottamusta haastattelutilanteeseen ja siten parantamaan tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–143). Aineiston hankinnan luotettavuutta lisäsi tutkijan aikaisempi kokemus haastattelujen tekemisestä ja perehtyneisyys erilaisten haastattelutekniikoiden käyttöön (Yardley 2000).

Tutkija keskittyi erityisesti saamaan esille syvyyttä kokemusten ja niiden merkitysten ilmaisuun. Haastateltavien kertomukset painoutuivat itseohjautuen herkimmin tapahtumien selostamiseen. Kannustamisen, aktiivisen kuuntelun sekä avoimien ja tarkentavien kysymysten avulla pyrittiin siirtämään haastateltavan kertomus tapahtumien kulusta yhä syvemmälle kokemuksiin ja varmistamaan tutkimuksen idiograafisuutta ja rikkautta (Smith 2011). Tarkentavien kysymysten avulla pyrittiin myös vähentämään tulkintavirheen mahdollisuutta sekä varmistamaan tutkijan ymmärrys haastateltavan kokemukseen liittyvistä merkityksistä (Laine 2010; Puusa 2011; Smith 2011; Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–143). Aineiston hankinnan menetelmänä haastatteluun voi liittyä luottamusta heikentävänä tekijänä haastattelijan reaktiivisuus haastattelutilanteessa. Haastattelijä pyrki vähentämään reaktiivisuuttaan haastattelutilanteissa valmistautumalla huolellisesti jokaiseen haastatteluun, antamalla aikaa kokemuksesta kertomiseen ja välttämällä johdattelevia kysymyksiä tai muuta vaikuttamista haastateltavan vastauksiin. Haastattelijä oli tietoinen omasta vaikutuksestaan haastattelutilanteessa (Smith ym. 2009, 181; Smith 2011).

Tutkija ymmärsi subjektiivisuutensa ja sen vaikutuksen tutkimukseen. Kirjoittamalla tutkimusaiheeseen liittyvän esiymmärryksensä ennen tutkimuksen aloittamista tutkija pyrki vähentämään esiymmärryksen vaikutusta aineiston hankintaan, analyysiin ja tuloksiin sekä tulosten tulkintaan. Tutkija käytti esiymmärrystä apuna merkitysten tunnistamisessa. Lisäksi tutkija reflektoi omia kokemuksia tutkijana koko tutkimusprosessin ajan pitämällä tutkimuspäiväkirjaa. Omien kokemuksiansa lisäksi tutkija reflektoi toistuvasti ja systemaattisesti koko tutkimusprosessin ajan myös tieteelliseen tietoon ja teorioihin liittyvää oppimistaan, tarkasteli asenteitaan ja uskomuksiaan suhteessa tutkimuksessa esille tulleisiin asioihin ja siten pyrki vähentämään niiden vaikutusta tutkimuksen analyysiin ja tuloksiin (Laine 2010; Moilanen & Räihä 2010; Smith ym. 2009, 40–45; Smith 2011). Esiymmärryksen tiedostamisessa tutkija käytti apuna myös tutkimusaiheesta

keskustelija tutkimuksen ulkopuolisten henkilöiden kanssa (Moilanen & Rähkä 2010). Keskustelut avasivat näkökulmia haastateltujen kertomuksiin ja selkeyttivät tutkijan ajatustyötä aineiston käsittelyssä ja pohdinnassa.

Aineiston analyysin luotettavuus. Analyysimenetelmänä IPA pyrkii tavoittamaan yksilön kokemuksen mahdollisimman syvällisesti ja tarkkaan sen eri vivahteet täsmällisesti huomioiden (Yardley 2000; Smith ym. 2009, 200–202), mikä vastaa tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja siten perustelee analyysimenetelmänä IPA:n lisäävän tämän tutkimuksen luotettavuutta. Analyysi tehtiin huolellisesti noudattaen valitun analyysimenetelmän vaiheita ja käsittelemällä aineistoa kysymyksenasettelun näkökulmasta (Alasuutari 2011, 40; Smith 2011). Analyysin edetessä palattiin alkuperäiseen aineistoon tarkistamaan, että analyysin eri vaiheiden tuotokset ja alkuperäinen aineisto vastasivat toisiaan. Luotettavuuden parantamiseksi tutkimuksessa pyrittiin aineiston analyysin huolelliseen ja tarkkaan kuvaamiseen käyttäen aineistonäytteitä analyysin eri vaiheiden esimerkkeinä. Aineistonäytteiden avulla tuotiin esille aineiston samankaltaisuuksia ja variaatioita sekä varmistettiin metodin idiografisen periaatteen toteutumista (Yardley 2000; Smith ym. 2009, 108, 179–185; Smith 2011). IPA tutkimukselle luonteenomainen tulkinnallisuus ja kaksoishermeneuttinen luonne tulivat esille analyysin deskriptiivisessä, lingvistisessä ja konseptuaalisessa kommentoinnissa, jossa käytiin vuoropuhelua tutkijan esiymmärryksen ja aineiston välillä. Analyysi syventyi analyysin edetessä, ja aineiston kokonaisuus ja yksityiskohtaisuus avautui, kun kommentointi pohjautui esiymmärrykseen, ja koko aineisto käytiin läpi systemaattisesti kommentoiden useita kertoja (Smith 2011).

Tutkimusprosessin luotettavuus. Tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa pyrittiin huolehtimaan tutkimuksen aiheeseen liittyvästä sensitiivisyydestä kunnioittamalla laadullisen tutkimuksen filosofiaa, taustaoletuksia, tutkimusperinteitä ja aikaisempaa tutkimustietoa sekä tämän tutkimuksen aineistoa. Tutkimusprosessin vaiheet pyrittiin toteuttamaan perusteellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Luotettavuutta paransi tutkijan perehtyneisyys tutkimuksen aiheeseen (Yardley 2000), minkä mahdollisti IPA:aan liittyvän tulkinnallisuuden ja tutkimuksen hermeneuttisen perspektiivin (Smith 2011). Aineistonäytteiden avulla tuotiin esille tuloksen ja teemaan esiintyvyyttä, vaihtelua ja eroavuuksia aineistossa sekä vahvistettiin tulosten läpinäkyvyyttä (Yardley 2000; Smith 2011). Tulosten esittämisen sanamuodoissa pyrittiin pitämään huoli, että haastateltujen ääni tulee esille fenomenologisen tulkinnan teemoissa (Smith ym. 2009, 91–92). Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin

suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin, ja niillä osoitettiin olevan merkitystä ja vaikutusta alan kehittämiseen (Yardley 2000). Tulokset vastasivat tutkimuskysymykseen. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan lähdeaineiston kriittisyydellä. Pääasiassa lähdeaineisto oli viimeiseltä viideltä vuodelta. Lähteinä käytetty metodikirjallisuus oli vanhempaa. Tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä oli niukasti saatavilla tutkimustietoa, ja siksi lähdeaineistona on käytetty yli 10 vuotta sitten julkistettuja yksittäisiä tutkimusartikkeleita, mitä voidaan pitää tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä.

Tutkimuksen eettiset näkökohdat. Haastateltavien valinnassa pidettiin yhtenä tärkeänä kriteerinä sitä, että haastattelu ei saa aiheuttaa haittaa kuntoutumiselle ja tarvittaessa haastattelun jälkeen kuntoutujalla oli tarvittaessa tukea saatavilla. Tutkimuksen eettisyyden kannalta varmistettiin, että haastateltujen kuntoutuminen oli edennyt vaiheeseen, jossa menneisyyttä ja päihteiden käyttöön liittyviä tunteita oli kuntoutuksessa jo käsitelty, ja siten keskittyminen haastatteluun ja menneisyyden tilanteiden tarkasteluun oli haastateltaville mahdollista. Kuntoutusyksikön henkilökunta valitsi henkilöt, joille esitettiin kutsu tutkimuksen infotilaisuuteen. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja kuntoutujille tiedotettiin huolellisesti, että tutkimus ei liity kuntoutusyksikön toimintaan eikä kuntoutujen hoitoon siellä. Tällä pyrittiin siihen, että tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen tehtiin turvalliseksi ilman, että kuntoutujalla oli huolta seuraamuksista tai vaikutuksista hoitoon kuntoutusyksikössä (Kuula 2011, 99–108, 124).

Tutkimukseen liittyvässä lupahakemuksessa, tutkimustiedotteessa sekä osallistumiseen halukkaille kuntoutujille kerrottiin tutkimuksen kulku, aineiston hankinta, käsittely ja säilyttäminen sekä niihin liittyvä tietosuoja. Koska tutkimuksen kohteena oli inhimilliseen elämiseen ja yksilön terveydenhoitamiseen liittyvät kokemukset, tutkimuksen aineiston huolellisesta säilyttämisestä ja asianmukaisesta tuhoamisesta vastaa tutkija. Aineisto tallennettiin nimettömänä. Ainoastaan tutkija käsitteli haastattelujen tallenteita ja litterointia. Tutkimusraportissa ei tuotu esille kenenkään haastatellun tietoja niin, että henkilö voitaisiin tunnistaa (Kuula 2011, 109–124). Tästä syystä haastatteluun osallistuneiden taustatiedoista tuotiin esille aineistonäytteiden yhteydessä ainoastaan sukupuoli. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin huolellisesti hyvää tieteellistä käytäntöä (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012).

8.3. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotuksia

Terveydenhuollon asiantuntijan tehtävänä on toteuttaa mini-interventiota (Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisemiseksi ja vähentämiseksi suositellaan tämän tutkimuksen perusteella, että terveydenhuollossa toteutetaan mini-interventiota systemaattisesti. Mini-intervention systemaattinen toteuttaminen ja kehittäminen edellyttävät, että

- terveydenhuollon henkilöstö reflektoi säännöllisesti alkoholin käyttöön liittyviä asenteita ja normeja pystyäkseen kohtaamaan alkoholia käyttävän asiakkaan arvostavasti ja kunnioittavasti.
- terveydenhuollon henkilöstö kehittää alkoholin käytön mini-intervention osaamista ja tukee aktiivisesti asiakkaan voimavaroja päihteiden käytön hallinnassa.

Tulosten perusteella on tärkeää jatkossa tutkia, millaisia ovat terveydenhuollon asiantuntijoiden kokemukset mini-interventiosta, ja millaiset terveydenhuollon organisaation normit ohjaavat mini-intervention toteuttamista. Vaikka mini-interventiosta on tutkimustietoa runsaasti saatavilla, tarvitaan jatkotutkimusta alkoholin käytön mini-intervention vuorovaikutuksen ja neuvonnan vaikuttavuuden arvioimiseksi (Gould ym. 2006; Ahola ym. 2010; Kuussaari ym. 2012).

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010a. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Päihderiippuvuus. Helsinki: Duodecim, 8–19.
- Aalto, M. 2010b. Mitä alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito on? Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Päihderiippuvuus. Helsinki: Duodecim, 57.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikkakäyttö. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 11–21.
- Ahola, K., Virtanen, M., Pirkola, S. & Suvisaari, J. 2010. Työ ja mielenterveys. Teoksessa A. Aromaa & S. Koskinen (toim.) Suomalaisen työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Loppuraportti Työsuojelurahastolle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 16–25.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. (4. painos) Tampere: Vastapaino.
- Alkoholiongelmaisen hoito 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu: 1.10.2014. www.kaypahoito.fi.
- Alkoholitutkimussäätiö 2014. Vuosikertomus 2013. Helsinki.
- Bendtsen, M. & Bendtsen, P. 2014. Feasibility and user perception of a fully automated push-based multiple-session alcohol intervention for university students: randomized controlled trial. JMIR Mhealth Uhealth 2 (2), e30.
- Bewick, B. M., West, R. M., Barkham, M., Mulhern, B., Marlow, R., Traviss, G. & Hill, A. J. 2013. The effectiveness of a Web-based personalized feedback and social norms alcohol intervention on United Kingdom university students: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 15 (7), e137.
- Bjerregaard, L., Rubak, S., Høst, A. & Wagner, L. 2012. Alcohol consumption patterns among parents of hospitalized children: findings from a brief intervention study. International nursing review 59 (1), 132–138.

- Blankers, M., Koeter, M. W. & Schippers, G. M. 2013. Baseline predictors of treatment outcome in Internet-based alcohol interventions: a recursive partitioning analysis alongside a randomized trial. *BMC Public Health*. 13 (455).
- Book, S. W., Thomas, S. E., Smith, J. P., Randall, P. K., Kushner, M. G., Bernstein, G. A., Specker, S. M. & Miller, P. M. & Randall, C.L. 2013. Treating individuals with social anxiety disorder and at-risk drinking: phasing in a brief alcohol intervention following paroxetine. *J Anxiety Disord*. 2, 252–258.
- Bosque-Prous, M., Espelt, A., Guitart, A., M., Bartroli, M., Villalbí, J., R. & Brugal, M., T. 2014. Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction* 109 (10), 1634–1643.
- Brendryen, H., Johansen, A., Nesvåg, S., Kok, G. & Duckert, F. 2013. Constructing a Theory- and Evidence-Based Treatment Rationale for Complex eHealth Interventions: Development of an Online Alcohol Intervention Using an Intervention Mapping Approach. *JMIR Res Protoc*. 2 (1), e6.
- Brocki, J.M. & Wearden, A.J. A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health*, February, 2006, 2(1), 87–108.
- Clifasefi, S. L., Bernstein, D. M., Mantonakis, A. & Loftus, E. F. 2013. "Queasy does it": false alcohol beliefs and memories may lead to diminished alcohol preferences. *Acta Psychol (Amst)*. 143 (1), 14–19.
- Cook, W. K. & Cherpitel, C. J. 2012. Access to health care and heavy drinking in patients with diabetes or hypertension: applications for alcohol interventions. *Subst Use Misuse*. 47 (6), 726–733.
- Crawford, M. J., Sanatinia, R., Barrett, B., Byford, S. D. M., Green, J. J. R., Leurent, B., Lingford-Hughes, A., Sweeting, M., Touquet, R., Tyrer, P. & Ward, H. 2014. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of brief intervention for excessive alcohol consumption among people attending sexual health clinics: a randomised controlled trial (SHEAR). *Health Technol Assess*. 18 (30), 1–48.

- Davidson, A.S. 2013. Phenomenological Approaches in Psychology and Health Sciences. *Qualitative Research in Psychology* 10, 318–339.
- de Visser, R. O., Wheeler, Z., Abraham, C. & Smith, J. A. 2013. ‘Drinking is our modern way of bonding’: Young people’s beliefs about interventions to encourage moderate drinking. *Psychology & Health* 28 (12), 1460–1480.
- Doi, L., Cheyne, H. & Jepson, R. 2014. Alcohol brief interventions in Scottish antenatal care: a qualitative study of midwives' attitudes and practices. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 170.
- Edelman, E. J., Dinh, A., Radulescu, R., Lurie, B., D'Onofrio, G., Tetrault, J. M., Fiellin, D. A. & Fiellin, L. E. 2012. Combining rapid HIV testing and a brief alcohol intervention in young unhealthy drinkers in the emergency department: a pilot study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 38 (6), 539–543.
- Employment, social policy, health and consumer affairs 2009. Council Conclusions on Alcohol and Health. (2980. painos) Brussels: Council of the European Union.
- Finlay, L. 2011. Phenomenology for therapists. *Researching the lived world*. Viitattu: 25.6.2014. <http://site.ebrary.com.ezproxy.jyu.fi/lib/jyvaskyla/docDetail.action?docID=10488506>.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet – Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, 311–342.
- Hansen, A. B., Becker, U., Nielsen, A. S., Grønbaek, M. & Tolstrup, J. S. 2012. Brief alcohol intervention by newly trained workers versus leaflets: comparison of effect in older heavy drinkers identified in a population health examination survey: a randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol*. 47 (1), 25–32.
- Haug, S., Schaub, M. P., Venzin, V., Meyer, C., John, U. & Gmel, G. 2013. A pre-post study on the appropriateness and effectiveness of a Web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in emerging adults. *J Med Internet Res*. 15 (9), e196.

- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2014a. Terveyttä edistävä ja ehkäisevä päihdehoitotyö. Teoksessa M. Havio, M. Inkinen & A. Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. (8. painos) Helsinki: Sanoma Pro, 104-125.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2014b. Päihdehoitotyön menetelmiä. Teoksessa M. Havio, M. Inkinen & A. Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. (8. painos) Helsinki: Sanoma Pro, 126–157.
- Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21. Helsinki.
- Hustad, J. T., Mastroleo, N. R., Kong, L., Urwin, R., Zeman, S., Lasalle, L. & Borsari, B. 2014. The comparative effectiveness of individual and group brief motivational interventions for mandated college students. *Psychol Addict Behav.* 28 (1), 74–84.
- Huttunen, J. 2012. Alkoholi ja terveys Viitattu: 14.11.,2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120.
- Huttunen, M. 2013. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Viitattu: 14.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00196&p_haku=.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Irvine, L., Falconer, D. W., Jones, C., Ricketts, I. W., Williams, B. & Crombie, I. K. 2012. Can text messages reach the parts other process measures cannot reach: an evaluation of a behavior change intervention delivered by mobile phone? *PLoS One* 7 (12), e52621.
- Jernigan, D. H., Hopkins, J., Ross, C. S., Ostroff, J. & McKnight-Eily, L. R. & Brewer, R. D. 2013. Youth exposure to alcohol advertising on television - 25 markets, United States, 2010. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report* 62 (44), 877–880.
- Jokelainen, A & Aalto, M. 2010. Alkoholidelirium eli juoppohulluus. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa (toim.) Päihderiippuvuus. Helsinki: Duodecim, 141–142.
- Jääskeläinen, M. 2012. Päihdehaittakustannukset 2010. Tilastoraportti 11. Helsinki.

- Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J. & Drummond, C. 2013. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 346, e8501.
- Kiiskinen, U., Venho, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1. Helsinki.
- Klimas, J., Field, C. A., Cullen, W., O'Gorman, S. M. C., Glynn, L. G., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G. & Dunne, C. 2012. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11.
- Koskinen, S., Kestila, L., Martelin, T. & Aromaa, A. 2005. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa S. Koskinen, L. Kestilä, T. Martelin & A. Aromaa (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset 18–29 –vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Terveiden ja toimintakyvyn osasto, 149–157.
- Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, P. 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. (11. painos) Helsinki: Duodecim, 485–550.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. (2. painos) Jyväskylä: Vastapaino.
- Kuussaari, K., Ronkainen, J. E., Partanen, A., Kaukonen, O. & Vormaa, H. 2012. Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauskasvatusta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (6), 640–655.
- Kypri, K., McCambridge, J., Vater, T., Bowe, S. J., Saunders, J. B., Cunningham, J. A. & Horton, N. J. 2013. Web-based alcohol intervention for Māori university students: double-blind, multi-site randomized controlled trial. *Addiction* 108 (2), 331–338.
- Kääriäinen, J. 2010. Stepwise, Tailored Implementation of Brief Alcohol Intervention for Risky Drinkers in Health Care. University of Tampere.
- Laine, P. 2002. Päihdepotilas terveystieteiden päivystyksessä. *Duodecim* 118, 312–316.

- Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. (3. painos) Jyväskylä: PS-kustannus, 28-45.
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D. & Campbell, R. 2014. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4.
- Lapham, G. T., Hawkins, E. J., Chavez, L. J., Achtmeyer, C. E., Williams, E. C., Thomas, R. M., Ludman, E. J., Kypri, K., Hunt, S. C. & Bradley, K., A. 2012. Feedback from recently returned veterans on an anonymous web-based brief alcohol intervention. *Addict Sci Clin Pract.* 7 (17).
- Lau-Barraco, C., Braitman, A. L., Leonard, K. E. & Padilla, M. 2012. Drinking buddies and their prospective influence on alcohol outcomes: alcohol expectancies as a mediator. *Psychol Addict Behav.* 26 (4), 747–758.
- Lid, T. & Malterud, K. 2012. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: A focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 30 (3), 64-69.
- Lillie, N. 2002. Women, alcohol, self-concept and self-esteem: a qualitative study of the experience of person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research* 2 (2), 99–107.
- Ling, J., Smith, K. E., Wilson, G. B., Brierley-Jones, L., Crosland, A., Kaner, E. F. & Haighton, C. A. 2012. The 'other' in patterns of drinking: a qualitative study of attitudes towards alcohol use among professional, managerial and clerical workers. *BMC Public Health.* 12, 892.
- Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2014. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria.* (11. painos) Helsinki: Duodecim, 463–484.
- McCambridge, J., Kypri, K. & McElduff, P. 2014. Regression to the mean and alcohol consumption: a cohort study exploring implications for the interpretation of change in control groups in brief intervention trials. *Drug Alcohol Depend.* 135, 156–159.

- McKnight-Eily, L., Liu, Y., Brewer, R., D., Kanny, D., Lu, H., Denny, C., H., Balluz, L. & Collins, J. 2014. Vital Signs: Communication Between Health Professionals and Their Patients About Alcohol Use - 44 States and the District of Columbia, 2011. *MMWR Recommendations & Reports* 63 (7), 16–22.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 2013. *Motivational interviewing. Helping People Change.* (3. painos) New York: The Guilford Press.
- Moilanen, P. & Rähkä, P. 2010. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.* (3. painos) Jyväskylä: PS-kustannus, 46–69.
- Mollen, S., Rimal, R. N., Ruiter, R. A. C., Jang, S. A. & Kok, G. 2013. Intervening or interfering? The influence of injunctive and descriptive norms on intervention behaviours in alcohol consumption contexts. *Psychology & Health* 28 (5), 561–578.
- Moustakas, C. 1994. Phenomenological research methods. Viitattu 25.6.2014. <http://srmo.sagepub.com.ezproxy.jyu.fi/view/phenomenological-research-methods/SAGE.xml>.
- Moore, S. C., Crompton, K., van Goozen, S., van den Bree, M., Bunney, J. & Lydall, E. 2013. A feasibility study of short message service text messaging as a surveillance tool for alcohol consumption and vehicle for interventions in university students. *BMC Public Health*. 13, 1011.
- Muckle, W., Muckle, J., Welch, V. & Tugwell, P. 2012. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12.
- Mundt, M. P., Mercken, L. & Zakletskaia, L. 2012. Peer selection and influence effects on adolescent alcohol use: a stochastic actor-based model. *BMC Pediatr*. 12, 115.
- Mundt, M. P. & Zakletskaia, L. I. 2012. Prevention for college students who suffer alcohol-induced blackouts could deter high-cost emergency department visits. *Health Aff (Millwood)*. 31 (4), 863–870.
- Murphy, D. A., Chen, X. & Naar-King, S. 2012a. Alcohol and Marijuana Use Outcomes in the Healthy Choices Motivational Interviewing Intervention for HIV-Positive Youth. *AIDS Patient Care & STDs* 26 (2), 95–100.

- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M. & Martens, M. P. 2012b. A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *J Consult Clin Psychol.*80 (5), 876–886.
- Murphy, M. K., Bijur, P. E., Rosenbloom, D., Bernstein, S. L. & Gallagher, E. J. 2013. Feasibility of a computer-assisted alcohol SBIRT program in an urban emergency department: patient and research staff perspectives. *Addict Sci Clin Pract.* 8, 2.
- Mäkelä, P. & Mustonen, H. 2010. Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.) *Suomi Juo. Suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1968-2008.*Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 195–206.
- Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Alkoholi-ongelman motivoiva haastattelu. Näytönastekatsaus.
- Nehlin, C., Grönbladh, L., Fredriksson, A. & Jansson, L. 2012. Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addict Sci Clin Pract.* 7, 23.
- Nygaard, P. & Aasland, O. G. 2011. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcoholism* 46 (1), 52–60.
- O'Brien, A., Leonard, L. & Deering, D. 2012. Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department? *International Journal of Mental Health Nursing* 21 (4), 340–348.
- Oppedal, K., Moller, M. A., Pedersen, B. & Tonnesen, H. 2013. Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 4.
- Ostafin, B. D. & Palfai, T. P. 2012. When wanting to change is not enough: automatic appetitive processes moderate the effects of a brief alcohol intervention in hazardous-drinking college students. *Addict Sci Clin Pract.* 7, 25.
- Pechey, R., Burge, P., Mentzakis, E., Suhrcke, M. & Marteau, T. M. 2014. Public acceptability of population-level interventions to reduce alcohol consumption: a discrete choice experiment. *Soc Sci Med.* 113, 104–109.

- Pengpid, S., Peltzer, K., van der Heever, H. & Skaal, L. 2013a. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 10 (5), 2043–2057.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Skaal, L. & Van der Heever, H. 2013b. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 13, 644.
- Perttula, J. 2011. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus*. (4. painos) Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.
- Prince, M. A., Reid, A., Carey, K. B. & Neighbors, C. 2014. Effects of normative feedback for drinkers who consume less than the norm: Dodging the boomerang. *Psychol Addict Behav*. 28 (2), 538–544.
- Puusa, A. 2011. Haastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. JTO, 73–87.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2013. Alkoholi ja huumeet. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.
- Salaspuro, M. 2007. Päihdelääketiede. Teoksessa M. Mäyränpää (toim.) *Therapia Fennica*.
- Seppä, K. 2010. Lyhytneuvonnan vaikuttavuus. Näytönastekatsaus.
- Shakeshaft, A., Petrie, D., Doran, C., Breen, C. & Sanson-Fisher, R. 2012. An empirical approach to selecting community-based alcohol interventions: combining research evidence, rural community views and professional opinion. *BMC Public Health* 10, 25.
- Shiles, C. J., Canning, U. P., Kennell-Webb, S. A., Gunstone, C. M., Marshall, E. J., Peters, T. J. & Wessely, S. C. 2013. Randomised controlled trial of a brief alcohol intervention in a general hospital setting. *Trials*. 14, 345.
- Shin, S. S., Livchits, V., Nelson, A. K., Lastimoso, C. S., Yanova, G. V., Yanov, S. A., Mishustin, S. P., Connery, H. S. & Greenfield, S. F. 2012. Implementing evidence-based alcohol

interventions in a resource-limited setting: novel delivery strategies in Tomsk, Russia. *Rev Psychiatry*. 20 (1), 58–67.

Shin, S., Livchits, V., Connery, H. S., Shields, A., Yanov, S., Yanova, G., Fitzmaurice, G. M., Nelson, A. K. & Greenfield, S. F. 2013. Effectiveness of alcohol treatment interventions integrated into routine tuberculosis care in Tomsk, Russia. *Addiction*. 108 (8), 1387–1396.

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. 2011. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane database of systematic reviews* 11.

Smith, J.A., Michie, S., Sthenson, M. & Quarrel, O. 2002 Risk Perception and Decision-making Processes in Candidates for Genetic Testing for Huntington's disease: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, March 7(2), 131–144.

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.

Smith, J. A. 2011. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review* 5 (1), 9–27.

Smith, H., Fox, J.E., Hedderly, T., Murphy, T. & Trayner, P. 2015. Investigating young people's experiences of successful or helpful psychological interventions for tic disorders: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, February, 3. doi:10.1177/1359105314566647.

Stuart, G. L., Shorey, R. C., Moore, T. M., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., O'Farrell, T. J., Strong, D. R., Temple, J. R. & Monti, P. M. 2013. Randomized clinical trial examining the incremental efficacy of a 90-minute motivational alcohol intervention as an adjunct to standard batterer intervention for men. *Addiction*. 108 (8), 1376–1384.

Tenkanen, T. & Tamminen, I. 2012. Alkoholiohjelmalla ehkäisevää päihdetyötä edistämässä. Teoksessa A. Partanen, J. Moring, E. Nordling & V. Bergman (toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011*. THL, 86–91.

Tensil, M. D., Jonas, B. & Strüber, E. 2013. Two fully automated web-based interventions for risky alcohol use: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 15 (6), e110.

- Toll, B. A., Cummings, K. M., O'Malley, S. S., Carlin-Menter, S., McKee, S. A., Hyland, A., Wu, R., Hopkins, J. & Celestino, P. 2012. Tobacco quitlines need to assess and intervene with callers' hazardous drinking. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012 Sep;36(9):1653-8. 36 (9), 1653–1658.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* (8. painos) Helsinki: Tammi.
- Turnbull, C. & Osborn, D. A. 2012. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1.
- Valtioneuvosto 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma.
- Valtioneuvosto 2014. Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma.
- Varis, T. & Virtanen, S. 2014. *Alkoholijuomien kulutus 2013. Tilastoraportti 9/2014.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Voogt, C. V., Kleinjan, M., Poelen, E. A., Lemmers, L. A. & Engels, R. C. 2013a. The effectiveness of a web-based brief alcohol intervention in reducing heavy drinking among adolescents aged 15-20 years with a low educational background: a two-arm parallel group cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 13 (1), 694.
- Voogt, C. V., Kuntsche, E., Kleinjan, M., Poelen, E. A., Lemmers, L. A. & Engels, R. C. 2013b. Using ecological momentary assessment in testing the effectiveness of an alcohol intervention: a two-arm parallel group randomized controlled trial. *PLoS One.* 8 (11), e78436.
- Voogt, C., Kuntsche, E., Kleinjan, M., Poelen, E. & Engels, R. 2014. Using ecological momentary assessment to test the effectiveness of a web-based brief alcohol intervention over time among heavy-drinking students: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 16 (1), e5.
- Wilson, G. B., Wray, C., McGovern, R., Newbury-Birch, D., McColl, E., Crosland, A., Speed, C., Cassidy, P., Tomson, D., Haining, S., Howel, D. & Kaner, E. F. 2014. Intervention to reduce excessive alcohol consumption and improve comorbidity outcomes in hypertensive or depressed primary care patients: two parallel cluster randomized feasibility trials. *Trials.* 15, 235.

- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679.
- Yardley, L. 2000. Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health* 15, 215–228.
- Yoast, R. A., Wilford, B. B. & Hayashi, S. W. 2008. Encouraging Physicians to Screen for and Intervene in Substance Use Disorders: Obstacles and Strategies for Change. *Journal of Addictive Diseases* 27 (3), 77–97.

Tiedonhaku 7.10.2014

PubMed -tietokannassa hakusanalla alcohol intervention* vuosilta 2012 -2014 saatiin 72 artikkelia, joista oli saatavilla tiivistelmä ja kokoteksti. Hausta rajattiin pois tutkimusprotokollat, vertaisryhmillä suunnatut interventiot, projektikuvaukset, hoitosuositukset että artikkelit, joista ei ollut saatavilla englanninkielistä kokotekstiä sekä tutkimukset, joissa ei kuvattu alkoholi-interventioita. Alkoholin käytön mini-interventioita käsitteleviä artikkeleja löytyi 20 (taulukko 1), joista 15 artikkelissa käsiteltiin mini-interventiota vaikuttavuutta tai käytettävyyttä (Book ym. 2013; Crawford ym. 2014; Edelman ym. 2012; Hansen ym. 2012; Hustadt ym. 2014; Kaner ym. 2013; Murphy ym. 2012a; Nehlin ym. 2012; Pengpid ym. 2013a; Pengpid ym. 2013b; Shiles ym. 2012; Shin ym. 2013; Shin ym. 2012; Stuart ym. 2013; Wilson ym. 2014). Viidessä tutkimusartikkelissa käsiteltiin mini-interventioita erilaisilla toteutustavoilla, niiden suunnittelussa huomioitavia tekijöitä, vaikutuksia sekä asiakkaiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kokemuksia mini-interventiosta (Cook ym. 2012; Doi ym. 2014; McCambridge ym. 2014; Mundt & Zakletskaia 2012, Toll ym. 2012) (taulukko 2).

CINAHL -tietokannassa toteutettiin haku alcohol intervention* ja haku rajattiin vuosille 2012–2014. Mukaan otettiin artikkelit, joista oli saatavilla viitetiedot, tiivistelmä ja kokoteksti. Tulokseksi saatiin 12 artikkelia. Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin artikkelit, joissa tutkittiin henkilöstökoulutusta eikä kuvattu alkoholi-interventiota sekä artikkelit, jotka arvioivat hoitosuositusta. Mukaan otettiin neljä mini-interventiota käsittelevää tutkimusartikkelia (taulukko 1). Kahdessa artikkelissa tutkimuksen kohteena oli alkoholin käytön arvioinnin käyttö interventiona (McKnight-Eily ym. 2014; O'Brien ym. 2014), yhdessä artikkelissa tarkasteltiin mini-intervention vaikutusta (Murphy ym. 2012b), ja yhdessä tutkittiin motivoivan haastattelun menetelmän käyttöä mini-interventiossa (Bjerregaard ym. 2012) (taulukko 2).

Cochrane Database of Systematic Reviews -tietokannassa tehtiin haku hakusanalla alcohol intervention*. Tulokseksi saatiin 10 artikkelia vuosilta 2012–2014. Tiivistelmien perusteella aineistosta jätettiin pois kahdeksan artikkelia, joista kaksi oli tutkimusprotokollan kuvauksia, kolmessa artikkelia ei kuvannut interventioiden sisältöjä ja kolme artikkelia yhteisötason interventioista. Mukaan otettiin kaksi artikkelia (taulukko 1). Klimasin ym. (2012) artikkelissa vertailtiin alkoholin aiheuttamien haittojen ennaltaehkäisyyn ja vähentämisen keinoina psykologisia ja psykososiaalisia menetelmiä, esimerkiksi motivaatiota vahvistavia terapeuttisia menetelmiä, kognitiivis-behavioraalisen terapian menetelmiä ja edukatiivisia menetelmiä, joista eniten käytetty oli sosiaalisen oppimisen teoria. Opendalin ym. (2013) artikkeli käsittelee farmakologisen hoidon ja psykososiaalisten menetelmien yhdistämistä (taulukko 2).

TAULUKKO 1. Tietokantahaku

Tietokanta	Hakulause	Rajaukset	Hakutulos	Mukaan otetut artikkelit
PubMed	alcohol intervention*	2012 – 2014 Full text Abstract available	72	20
CINAHL	alcohol intervention*	2012 – 2014 Full text Abstract available References available	12	4
Cochrane Database of Systematic Reviews	alcohol intervention*	2012-2014	10	2

TAULUKKO 2. Tietokantahausta mukaan otetut alkoholin käytön mini-interventiota käsittelevät artikkelit

Tutkijat	Metodi	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeinen tulos
Book, S.W.; Thomas, S.E.; Smith, J. P.; Randall, P. K.; Kushner, M.G.; Bernstein, G. A.; Specker, S. M.; Miller, P. M. & Randall, C.L.	RCT N=83	Tutkii lyhytneuvonnan ja paroxetinin käyttöä alkoholin käytön vähentämisessä.	89 % interventioryhmäläisistä asetti tavoitteita juomisen vähentämiseksi. Merkittävää vähenemistä juomisessa ahdistuksen hallitsemiseksi. Ahdistus väheni.
Bjerregaard, L.; Rubak, S.; Høst, A. & Wagner, L.	Kvalitatiivinen tutkimus. Fenomenologis-hermeneuttinen.	Tutkii käsityksiä ja kokemuksia lyhytneuvonnasta. Arvioi motivoivan haastattelun vaikutusta.	Tärkeää kiinnostuksen, kunnioituksen ja arvostuksen kokemus sekä positiivinen suhde neuvojaan. Lyhytneuvonta laitoi reflektimaan ja harkitsemaan. Lisäsi tietoisuutta juomisen kehittymisestä. Oikea hetki ja suostumus MI oli tärkeää. Self-efficacy lisääntyy.
Cook, W.K. & Cherpitel, C. J.	Tilastotutkimus N=7428	Tutkii verenpaine- ja dm-potilaiden hoitoon sitoutumisen ja alkoholin riskikäytön yhteyttä.	Vakiintunut hoitosuhteella oli merkittävä yhteys verenpainepotilaiden kohdalla alkoholin käytön vähenemiseen (OR=0.47; 95 % luottamusväli=0.27–0.82) mutta ei diabeetikoilla.
Crawford, M. J.; Sanatinia, R.; Barrett, B.; Byford, S. D. M.; Green, J. J. R.; Leurent, B.; Lingford-Hughes, A.; Sweeting, M.; Touquet, R.; Tyrer, P. & Ward, H.	RCT N=802, n=592	Tutkii lyhytneuvonnan vaikutusta ja kustannustehokkuutta.	Ero alkoholin kulutuksessa 6 kk seurannassa oli -2.33 annosta viikossa [95 % luottamusväli (CI) - 4.69 - 0.03, p = 0.053]. Lyhytneuvonnan kustannukset olivat keskimäärin £12.60 /henkilö. Lyhytneuvonta ei lisännyt kustannustehokkuutta.
Doi, L.; Cheyne, H. & Jepson, R.	Kvalitatiivinen tutkimus Temaattinen analyysi.	Tutkii kätilöiden asenteita ja käytäntöjä alkoholin käytön kartoituksessa ja lyhytneuvonnassa.	Kätilöt eivät olleet vakuuttuneita alkoholiterveysneuvonnan tarkoituksesta ja arvosta raskauden aikaisessa hoitotyössä. Alkoholiterveysneuvonnalla oli alhainen prioriteetti heidän työssään.
Edelman, E.J.; Dinh, A.; Radulescu, R.; Lurie, B.; D'Onofrio, G.;Tetrault, J.M.; Fiellin,D.A. & Fiellin, L. E.	RCT N=85	Tutkii alkoholi-lyhytneuvonnan ja seksuaaliterveysneuvonnan toteutettavuutta ja vaikutusta.	82% alkoholin viikoittaisten annosten määrä väheni (23.6 vs. 9.8, p = .003) samoin humalahakuinen juominen väheni (2.0 vs. .9, p = .012)
Hansen, A. B.; Becker, U.; Nielsen, A. S.; Grønbaek, M. & Tolstrup, J. S.	RCT N=12364	Tutkii lyhytneuvonnan vaikutusta ei-hoitoa hakevien henkilöiden alkoholin käytön vähenemiseen.	Ero viikoittaisessa alkoholiannosten määrässä oli 1.0 lyhytneuvonnan ansiosta, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (95 % CI: -2.15 to 0.23)
Hustad, J. T.; Mastroleo, N.R.; Kong, L.; Urwin, R.; Zeman, S.; Lasalle, L. & Borsari, B.	RCT N=278	Tuottaa vertailutietoa kliinikoiden ja päättäjien käyttöön yksilö- ja ryhmälyhytneuvonnasta.	Sekä yksilö että ryhmässä neuvonnassa BAC oli merkittävästi alhaisempi (Ests = 0.04, ps ≤ 0.001). Samoin alkoholin aiheuttaman seuraamukset olivat alentuneet (IRRs = 0.62–0.77, ps ≤ 0.001).
Kaner, E.; Bland, M.; Cassidy, P.; Coulton, S.; Dale, V.; Deluca, P.; Gilvarry, E.; Godfrey, C.; Heather, N.; Myles, J.; Newbury-Birch, D.; Oyefeso, A.; Parrott, S.; Perryman, K.; Phillips, T.; Shepherd, J. & Drummond, C.	RCT N=2991	Arvioi eri lyhytneuvonnan strategioiden vaikuttavuutta	Kaikissa kolmessa tutkimusryhmässä negatiivisten AUDIT-tulosten (tulos <8) määrä kasvoi.
Klimas, J.; Field, C. A.; Cullen, W.; O'Gorman, S. M. C.; Glynn, L. G.; Keenan, E.; Saunders, J.; Bury, G. & Dunne, C.	Review: 1966 – 2011 4 RCT	Arvioi psykososiaalisten interventioiden vaikutusta alkoholin käyttöön.	Motivoivan lyhytneuvonnan ryhmään kuuluneista useampi henkilö vähensi alkoholinkäyttöä verrattuna ryhmään, joille tehtiin alkoholin käytön arviointi (RR 1.67; 95 % CI 1.08 - 2.60).
McCambridge, J.; Kypri, K. & McElduff, P.	Kohortti-tutkimus N=967	Tutkii, vaikuttaako RTM kontrolliryhmässä saavutettaviin positiivisiin tuloksiin alkoholin käytön vähentämisessä.	Negatiivinen yhteys lähtötason AUDIT pisteillä 6 kk seurannan aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Niillä, joilla lähtötasossa pisteet olivat alhaalla, nousivat seurannassa. Ja päinvastoin, seurannassa pisteet laskivat niille, joilla ne olivat koholla lähtötilanteessa.
McKnight-Eily, L. R.; Yong L.; Brewer, R. D.; Kanny, D.; Hua L.; Denny, C. H.; Balluz, L. & Collins, J.	Kyselytutkimus puhelimitse. n=166 753	Selvittää ASBI:n toteuttamista USA:n terveydenhuollossa.	15, 7 % USA:n väestöstä keskustellut alkoholin käytöstä lääkärin tai muun terveydenhuollon asiantuntijan kanssa. Humalajuojista vain 13.4 % oli keskustellut viimeisen vuoden aikana alkoholin käytöstään.
Mundt, M. P. & Zakletskaia, L. I.	RCT N=986	Arvioi ennustetta alkoholin käyttöön liittyvistä muistinmenetyksistä ja määrittellä muistinmenetysten hoitokäynteistä aiheutuvat kustannukset	954 henkilöllä oli 404 päivystyskäyntiä 2 vuoden aikana. Korrelaatio päivystyskäyntien ja itseraportoitujen alkoholiin liittyvien tapaturmien välillä oli vahva (r=0.15, p<.001). Ne, joilla oli yli 6 muistinmenetystä muodostivat 7 % otoksesta, mutta aiheuttivat 11 % päivystyskäynneistä.

Murphy, J. G.; Dennhardt, A. A.; Skidmore, J. R.; Borsari, B.; Barnett, N. P.; Colby, S. M. & Martens, M. P.	RCT N=82	Arvioi myönteisen, vahvistavan toiminnan vaikutusta motivoivan lyhytneuvonnan tehokkuuteen.	Lyhytneuvonta+SFAS ryhmään osallistuneilla oli alkoholin aiheuttamat haitat vähentyneet selkeästi 1 kk kuluttua ($d_w = .98$) ja tämä taso pysyi 6 kk seurannassa ($d_w = .71$) Lyhytneuvonta + rentoutus -ryhmään osallistuneilla ei muutosta alkoholin aiheuttamissa haitoissa 1 kk kuluttua ja pieni muutosvaikutus 6 kk kuluttua ($d_w = .26$)
Murphy, D.A.; Chen, X.; Naar-King, S. & Parsons, J.tT.	RCT N=143	Tutkii Healthy Choices -intervention vaikutusta alkoholin käytön ja marihuanan käytön vähentämisessä	Interventio vähensi merkittävästi riskiä juomismäärän lisääntymiselle ([OR]=0.23; luottamusväli 95 % [CI]0.06-0.91, $p>0.05$) Interventioon osallistumisella oli yhteys alkoholin käytön vähenemiseen sekä kohtuullisesti että riskitasolla alkoholia käyttävillä.
Nehlin, C.; Grönbladh, L.; Fredriksson, A. & Jansson, L.	RCT N=150	Intensiivisen ja minimaalisen lyhytneuvonnan vertailu.	12 kk seurannassa AUDIT-pisteissä oli laskua 10.9:stä 9.8:aan. ($F = 10.2$, $p < 0.01$, $d = 0.27$). (mukana molemmat ryhmät)
O'Brien, A.; Leonard, L. & Deering, D.	Tilasto N=100	Määritellä alkoholin käytön arvioinnin yleisyys ea-poliklinikalla. Arvioida puheeksiotot vaikuttavuutta.	Ennen interventiota alkoholin käyttöä kartoittavien kysymysten määrän keskiarvo oli 0.57, intervention määrä 0.44
Oppedal, K.; Moller, M. A.; Pedersen, B. & Tonnesen, H.	Review: 1966 - 2011 2 RCT, N=69	Arvioi preoperatiivisesti käytettyjä alkoholi-interventioiden vaikutusta	Meta-analyysi osoitti vaikutusta postoperatiivisten komplikaatioiden esiintyvyyteen (odds ratio (OR) 0.22; 95 % luottamusväli (CI) 0.08 - 0.61; $P = 0.004$). Ei merkittävää vähenemistä postoperatiivisessa alkoholinkäytössä.
Pengpid, S.; Peltzer, K.; van der Heever, H. & Skaal, L.	RCT yli 18 v.	Tutkii alkoholin käytön arvioinnin ja lyhytneuvonnan vaikutusta alkoholin käytön vähentämiseen.	Tilastollisesti merkittävää vähenemistä alkoholin käyttömäärissä. 96.7 % osallistujilla intervention vaikutus oli -1.5 AUDIT -pistettä, mikä on tilastollisesti merkitsevä ($P = 0.004$).
Pengpid, S.; Peltzer, K.; Skaal, L. & Van der Heever, H.	RCT N=392	Tutkii lyhytneuvonnan vaikutusta haitallisesti juovien sairaalapotilaiden alkoholin käytön vähentämisessä.	Intervention vaikutus AUDIT pisteiden alenemiseen ei ollut tilastollisesti merkitsevä. $F(1,194 = 0.06)$, $P < 0.804$].
Shiles, C. J.; Canning, U. P.; Kennell-Webb, S. A.; Gunstone, C. M.; Marshall, E. J.; Peters, T. J. & Wessely, S. C.	RCT N=250	Tutkii 10 minuuttia kestävä lyhytneuvonnan vaikutusta.	3 ja 12 kk seurannassa ei ollut eroa alkoholin käyttömäärässä ja AUDIT pisteissä. Verrattuna lähtötasoon (ka 51 annosta/vk) laskua alkoholin käyttömäärässä oli 3 kk seurannassa (ka 31 annosta/vk), mutta ei merkittävää lisävähentymistä 12 kk seurannassa (ka 28 annosta/vk) $F = 18.11$, $df = 1,151$, $P < 0.002$.
Shin, S.; Livchits, V.; Connery, H. S.; Shields, A.; Yanov, S.; Yanova, G.; Fitzmaurice, G. M.; Nelson, A. K. & Greenfield, S. F.	RCT N=196	Tutkii lyhytneuvonnan ja naltreksonihoidon käytettävyyttä ja vaikuttavuutta.	Päihtettömien päivien määrä ja humalahakuisten juomiskertojen määrä ei eronnut tavallista hoitoa saavien ryhmästä.
Shin, S. S.; Livchits, V.; Nelson, A. K.; Lastimoso, C. S.; Yanova, G. V.; Yanov, S. A.; Mishustin, S.P.; Connery, H. S. & Greenfield, S.F.	Kvalitatiivinen etnograafinen tutkimus.	Tutkii alkoholi-intervention viemistä käytäntöön rajoitetulla resurssilla.	Intervention implementointi laitoshoidossa olevien kanssa oli helpompaa kuin ei-avohoidossa olevien kanssa. Motivoivan haastattelun menetelmien osaaminen osoittautui haasteeksi: 51 % neuvonnoista olivat laadukkaasti toteutuneet. 3 kk jälkeen 66 %.
Stuart, G. L.; Shorey, R. C.; Moore, T. M.; Ramsey, S. E.; Kahler, C. W.; O'Farrell, T. J.; Strong, D. R.; Temple, J. R. & Monti, P. M.	RCT N=252	Tutkii lyhytintervention vaikutusta	Interventioyhmässä alkoholin käyttö väheni 3 kk seurannassa [$B = -1.36$, 95 % luottamusväli (CI): -2.65, -0.04, $P = 0.04$] mutta ei 6 kk eikä 12 kk seurannassa.
Toll, B. A.; Cummings, K. M.; O'Malley, S. S.; Carlin-Menter, S.; McKee, S. A.; Hyland, A.; Wu, R.; Hopkins, J. & Celestino, P.	RCT N=88479	Tutkii tupakasta vieroituksen puhelinvälisen ja alkoholi-intervention yhdistämistä.	22.9 % tupakkalinjalle soittavista käytti alkoholia haitallisesti. Haitallisesti juovat eivät eronneet tupakoinnin lopettamisen suhteen ei-alkoholia käyttävistä. Kohtuullisesti juovien tupakoinnin lopettaminen tuotti paremman tuloksen kuin haitallisesti tai ei-alkoholia käyttävien lopettaminen.
Wilson, G. B.; Wray, C.; McGovern, R.; Newbury-Birch, D.; McColl, E.; Crosland, A.; Speed, C.; Cassidy, P.; Tomson, D.; Haining, S.; Howel, D. & Kaner, E. F.	RCT N=112	Arvioi lyhytneuvonnan käytettävyyttä alkoholin käytön vähentämisessä verenpainetauti ja masennusta sairastavilla.	AUDIT positiivista verenpainepotilaista 86.7 % osallistui 6 kk seurantaan. Huomioita erityisesti masennusta sairastavien tavoittamiseen.

Kalliola, Nurmijärven Klinikka

Johtaja Jyrki Lausvaara

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa liikuntatieteellisessä tiedekunnassa terveystieteiden laitoksella. Pääaineeni on terveystieteiden kasvatustieteet. Haen lupaa pro gradu -tutkielmaani liittyvän tutkimuksen aineistonhankintaa varten.

Tutkielmani aiheena on asiakkaan kokemus alkoholiterveysneuvonnasta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia päihdekuntoutujilla on ennen kuntoutuksen aloittamista kohtaamastaan terveysneuvonnasta. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan tässä terveydenhuollossa toteutettua alkoholin käytön puheeksiottoa, neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi tai muuta alkoholin käyttöön liittyvää keskustelua terveydenhuollossa asiain yhteydessä.

Aineiston kerään yksilöteemahaastattelulla. Tavoitteena on toteuttaa noin tunnin kestävä haastattelu 5–7 henkilölle huhti–kesäkuun 2014 aikana Kalliolan Nurmijärven klinikalla kuntoutusjakson aikana. Ennen haastattelujen toteutusta järjestetään kuntoutujille infotilaisuus tutkimuksesta. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja niissä saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä pyydetään erikseen kirjallinen suostumus tutkimukseen, ja suostumuksessa mainitaan erikseen haastattelun nauhoituksesta ja aineiston käsittelystä. Tutkimusaineisto hävitetään raportin valmistuttua.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielmana Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella keväällä 2015 aikana. Tuloksia voidaan hyödyntää terveysneuvonnan kehittämisessä. Valmiista työstä toimitan kopion Kalliolan Nurmijärven klinikalle, ja mielelläni myös tulen esittelemään työtäni sekä tuloksia.

Pro gradu -tutkielman ohjaajana toimii professori Tarja Kettunen.

Lohjalla 9.4.2014

Seija Honkalampi

LIITE 1 Tutkimustiedote

LIITE 2 Tutkimustiedote haastateltavalle

LIITE 3 Suostumus tutkimukseen

Tutkimustiedote

Asiakkaan kokemus alkoholiterveysneuvonnasta

Terveysneuvonta on tärkeä osa hyvää hoitoa ja sen tarkoituksena on kannustaa, tukea ja antaa tietoa oman hyvinvoinnin edistämisestä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia, esimerkiksi muistoja, ajatuksia ja tunteita, terveydenhuollon asiakkailla on alkoholiterveysneuvonnasta. Alkoholiterveysneuvonnalla tarkoitetaan tässä alkoholin käytön puheeksiottamista, neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi tai muuta keskustelua alkoholin käytöstä terveydenhuollossa asiainn yhteydessä.

Tutkimuksessa saatavan tiedon avulla voidaan kehittää terveysneuvonnan sisältöä ja menetelmiä sekä tuoda esille neuvonnan taitojen kehittämisen tarpeita.

Haastattelen tutkimustani varten 5–7 henkilöä Kalliolan Nurmijärven klinikan perushoitajakson loppuvaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluissa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelunauhat säilytetään lukitussa tilassa, eikä niitä pääse käsittelemään muut kuin tutkimuksen tekijä. Tutkimusraportissa saatetaan viitata haastattelussa antamiinne kommentteihin Teitä kuitenkin tunnistamatta. Raportista ei käy ilmi nimitietoja.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää koska tahansa ilmoittamalla siitä tutkimuksen tekijälle. Mikäli näin haluatte, Teitä koskeva tieto poistetaan tutkimusaineistosta. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla pyydetään etukäteen kirjallinen suostumus. Tutkimusaineisto hävitetään raportin valmistuttua.

Opiskelen terveystieteiden maisteriksi Jyväskylän yliopistossa pääaineenani terveystieteiden maisteriksi. Tutkimukseni ohjaajana toimii professori Tarja Kettunen Jyväskylän yliopistosta. Haastatteluun varataan aikaa noin 1 tunti. Tutkimuksen tulokset raportoidaan pro gradu – tutkielmana Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella kevään 2015 aikana. Valmiista työstäni toimitan kopion Kalliolan Nurmijärven klinikalle ja tarvittaessa myös esittelen työtäni ja tuloksia.

Vastaan mielelläni mahdollisiin tutkimustani koskeviin kysymyksiin ja voit olla minuun tarvittaessa yhteydessä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Seija Honkalampi

Työterveyshoitaja

TtM opiskelija

(puh)

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tietoisena terveystieteiden opiskelija Seija Honkalammen alkoholiterveysneuvonnan kokemuksia selvittävän tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa toteutettavaan haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen halutessani. Tällöin kaikki minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta.

Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan ja että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia kommentteistani haastattelussa niin, ettei nimeäni mainita tai minua voida muutenkaan tunnistaa. Minulle on selvitetty, että haastatteluaineisto ei joudu kenenkään ulkopuolisen henkilön käsiin ja että sitä säilytetään lukitussa tilassa. Haastatteluaineisto tuhotaan tutkimuksen valmistuttua.

Tiedän, että voin ottaa tarvittaessa yhteyttä Seija Honkalampeen tutkimuksen tiimoilta ja minulla on hänen yhteystietonsa.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen Seija Honkalammelle.

Paikka ja aika

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus
ja nimenselvennys

Seija Honkalampi

Tutkimuksen toteuttaja

Muistio tutkimushaastatteluun valmistautumista varten.

1. Käy haastateltavan kanssa läpi, mitä alkoholiterveysneuvonnalla (mini-interventio) tarkoitetaan tässä tutkimuksessa

Alkoholiterveysneuvonnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa alkoholin käytön puheeksiottamista, neuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi tai muuta keskustelua alkoholin käytöstä terveydenhuollossa asiain yhteydessä.

2. Käy haastateltavan kanssa läpi tutkimusesite ja suostumus tutkimukseen. Sovi aikataulu. Anna tilaa kysymyksille.

Haastattelua ohjaavia kysymyksiä ja aiheita

- muistele tilannetta, kun olet mennyt terveydenhuoltoon: mitä ajattelit, miltä se tuntui, millainen se oli kokemuksena mennä, millainen tunnelma siellä oli, miten käyttäydyit ja toimit, kuinka muut potilaat ja henkilökunta toimi tai käyttäytyi, mikä helpotti, mikä vaikeutti tilannetta.
- alkoholiterveysneuvonta: mitä sinä ajattelit tilanteessa, miltä se tuntui, millainen tunnelma oli, miten käyttäydyit, miten toimit, millaisena koit sen tilanteen, millaisia erilaisia tilanteita olet kokenut.
- alkoholiterveysneuvonnan jälkeen: millainen olo sinulla oli alkoholiterveysneuvonnan jälkeen, mitä ajattelit, miltä tuntui, mitä silloin ajattelit alkoholiterveysneuvonnasta kokemuksena. Mitä nyt ajattelet siitä tilanteesta?

Avoimet kysymykset. Syvennä haastateltavan tarinaa kannustamalla ja kysymällä esimerkiksi ”miksi, kuinka, kerrotko siitä lisää, kerro lisää mitä silloin ajattelit, miltä siinä tilanteessa tuntui”

Anna tilaa tarinalle, kuuntele aktiivisesti, anna tilanteen ja tarinan ohjata haastattelua, rohkaise kertomaan omasta kokemuksesta.

Tee haastattelun jälkeen tutkimuspäiväkirjamerkinnot: havainnot haastattelun aikana. Arviointi: omat ajatukset ja tunnelmat haastatteluun liittyen, tuliko esille asioita, jotka tulisi huomioida seuraavissa haastatteluissa?

(Smith ym. 2009, 56–73)