

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Emilia Kielo

MOTIVOIVA TERVEYSNEUVONTA JA SEN HYÖDYNTÄMINEN PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

– Systemaattinen kirjallisuuskatsaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja

2011 | 54 sivua

Maika Kummel

Emilia Kielo

MOTIVOIVA TERVEYSNEUVONTA JA SEN HYÖDYNTÄMINEN PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä on motivoiva terveysneuvonta ja miten sitä hyödynnetään päihdehoitotyössä. Tarkoitus on tutkia motivoivaa terveysneuvontaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla ja selvittää miten motivoivaa terveysneuvontaa toteutetaan päihdehoitotyössä sekä minkälaista hyötyä motivoivasta terveysneuvonnasta on päihdeongelmaisten hoidossa. Tässä opinnäytetyössä päihteiksi valittiin alkoholi ja tupakka. Myös kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehoitoa käsitellään.

Opinnäytetyö toteutettiin osana ImPrim-projektia (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems), joka tarkoittaa kansanterveyden parantamista oikeudenmukaista ja korkealaatuista perusterveydenhuoltoa edistämällä. ImPrim on mukana yhteishankkeessa ”Terveysteen liittyvän eriarvoisuuden torjuminen kehittämällä perusterveydenhuoltoa”. ImPrim on yksi lippulaiva-hankkeista, jotka sisältyvät Euroopan Unionin Itämeren alueen strategiaan.

Tutkimusaineistona käytettiin hoitotieteellisiä ja lääketieteellisiä tutkimuksia. Tutkimusten haku suoritettiin kirjallisuushaun avulla kolmessa eri elektronisessa tietokannassa. Systemaattinen kirjallisuushaku tuotti yhteensä kaksitoista tutkimusta, jotka analysoitiin sisällöllisesti opinnäytetyötä ohjaavan kysymyksen mukaan. Kaikki tutkimukset olivat kansainvälisiä.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan motivoiva terveysneuvonta on hyödyllinen menetelmä päihdehoitotyössä. Suurin osa tutkimuksista osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan vaikuttava menetelmä, jolla saatiin potilas motivoitumaan päihteiden käytön vähentämiseen tai päihteettömyyteen. Tutkimustulokset olivat kuitenkin osittain ristiriitaiset, sillä kaikissa tutkimuksissa ei pystytty osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan hyödynnettävyyttä päihteiden käytön vähentämisessä.

Tulevaisuudessa tulisi kouluttaa myös Suomessa terveydenhuoltoalan ammattilaisia, jotka osaisivat hyödyntää motivoivaa terveysneuvontaa ja saisivat näin potilaan motivoitumaan terveellisempiin elämäntapoihin.

ASIASANAT:

motivoiva terveysneuvonta, päihdehoitotyö, alkoholi, tupakka, kaksoisdiagnoosi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Nurse

2011 | 54 pages

Maika Kummel

Emilia Kielo

MOTIVATIONAL INTERVIEWING AND ITS UTILIZATION IN SUBSTANCE ABUSE TREATMENT

The aim of this thesis is to find out what the motivational interviewing is and how it is utilized in substance abuse treatment. The aim is to examine the motivational interviewing by a systematic literature review and to find out how the motivational interviewing is implemented in substance abuse treatment, and what kind of profit motivational interviewing gives when nursing patients with substance abuse disorders. In this thesis alcohol and tobacco was chosen as substances. Also a dual diagnosed patients' treatment is part of the thesis.

This thesis was made as a part of the ImPrim-project (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems). ImPrim is part of the collaboration project "Fighting health inequalities through improvement of primary health care". ImPrim is one of the flagship-projects, which is included in The European Union's Baltic Sea strategy.

This thesis used nursing scientific and medical studies. The search of studies was accomplished as a literature search in three different electronic databases. The systematic literature search brought overall twelve studies, which were analyzed by the leading question of the thesis. All of the studies were international.

The results showed that the motivational interviewing is a useful method in substance abuse treatment. Most of the studies showed that the motivational interviewing is an efficient method, which motivated patients to use less substances or to quit substance use. The results were partly contradictory because all of the studies couldn't show that the utilization of the motivational interviewing could reduce the substance use.

In the future, we should educate more health care professionals in Finland who are able to give the motivational interviewing to a patient and this way to motivate the patient to a healthier lifestyle.

KEYWORDS:

motivational interviewing, substance abuse treatment, alcohol, tobacco, dual diagnosis

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 MOTIVOIVA TERVEYSNEUVONTA	8
2.1 Motivoiva terveysneuvonta menetelmänä	8
2.2 Motivoiva terveysneuvonta käytännössä	9
3 PÄIHTEET JA PÄIHDEHÄIRIÖT	13
3.1 Alkoholi	14
3.1.1 Alkoholin kulutus Suomessa	14
3.1.2 Alkoholin vaikutus terveyteen	15
3.1.3 Alkoholiongelmaisen potilaan hoito	17
3.2 Tupakka	19
3.2.1 Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus	20
3.2.2 Tupakoinnin vaikutus terveyteen	21
3.2.3 Tupakasta vieroittautuminen	22
3.3 Kaksoisdiagnoosi	23
3.3.1 Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito	24
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVA KYSYMYS	26
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
5.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutus	27
5.2 Kirjallisuushaku	28
5.2.1 Hakusanat ja rajaukset	28
5.2.2 Valinta- ja sisäänottokriteerit	28
5.2.3 Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet	29
5.3 Sisällönanalyysi	33
6 TULOKSET	35
6.1 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvailua	35
6.2 Motivoiva terveysneuvonta ja sen hyödyntäminen päihdehoitotyössä	36
6.2.1 Alkoholiongelmaisten potilaiden hoito	41
6.2.2 Tupakasta vieroittautuminen	43

6.2.3 Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito	44
7 POHDINTA	45
7.1 Eettisyys	45
7.2 Luotettavuus	46
7.3 Tulosten tarkastelua	47
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET	50
LÄHTEET	51

KUVIOT

Kuvio 1. Taulukko hyödyistä ja haitoista nykyisessä tilanteessa ja tavoitteessa (Miller & Rollnick 2002, 16).	10
Kuvio 2. Esimerkki janasta, jossa potilas pohtii omien elämäntapojensa tärkeyttä (Miller & Rollnick 2002, 53).	11
Kuvio 3. Kirjallisuushaku vaiheittain	32

TAULUKOT

Taulukko 1. Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti 1960-2010.	14
Taulukko 2. Tärkeimmät sairaudet ja terveysongelmat, joiden yhteydessä alkoholin suurkulutus tai alkoholiongelma on syytä muistaa.	16
Taulukko 3. RAAMIT-lyhytneuvonnan (FRAMES) sisältö	19
Taulukko 4. Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustesti ja riippuvuusasteen luokittelu.	21
Taulukot 5-7. Tutkimuksen tekijät ja vuosi, tarkoitus, aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä, terveysneuvonnan menetelmät sekä keskeiset tulokset.	36

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä on motivoiva terveysneuvonta ja miten sitä hyödynnetään päihdehoitotyössä. Tässä opinnäytetyössä tullaan selvittämään miten motivoivaa terveysneuvontaa voidaan käyttää, jotta voitaisiin motivoida potilas päihteiden käytön vähentämiseen tai päihteettömyyteen.

Opinnäytetyö on osa ImPrim-hanketta (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems), joka tarkoittaa kansanterveyden parantamista oikeudenmukaista ja korkealaatuista perusterveydenhuoltoa edistämällä. ImPrim on mukana yhteishankkeessa ”Terveysteen liittyvän eriarvoisuuden torjuminen kehittämällä perusterveydenhuoltoa”. ImPrim on yksi lippulaiva-hankkeista, jotka sisältyvät Euroopan Unionin Itämeren alueen strategiaan. ImPrim-hankkeella on 13 kumppania seitsemässä maassa. (ImPrim 2011.)

Perusterveydenhuolto on yhteisön lähin hoitotaso. ImPrim-hankkeen tavoitteena on edistää oikeudenmukaista ja korkealaatuista perusterveydenhuoltoa. ImPrim keskittyy kolmeen ydinalueeseen: perusterveydenhuollon saavutettavuus, perusterveydenhuollon taloudelliset resurssit ja perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon kehittäminen. (ImPrim 2011.)

Motivoiva terveysneuvonta tarkoittaa potilaskeskeistä lähestymistapaa terveysneuvonnassa. Motivoivan terveysneuvonnan tavoitteena on saada potilas pohtimaan omaa terveyskäyttäytymistään ja muuttamaan elämäntapojaan. Motivoivan terveysneuvonnan pääperiaatteita on, että potilas itse pohtii omaa terveyskäyttäytymistään ja toimii aktiivisena osapuolena terveysneuvonnassa. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Päihteiden käyttö aiheuttaa huomattavia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Yksin alkoholi aiheuttaa noin 5 prosenttia kaikista kuolemantapauksista Suomessa. Huumeiden käyttö on Suomessa ollut vähäistä muihin Euroopan maihin

verrattuna, mutta viime vuosina huumeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt merkittävästi. (THL 2007.) Tässä opinnäytetyössä päihteinä käsitellään alkoholia ja tupakkaa. Myös kaksoisdiagnoosipotilaiden päihdehoitoa käsitellään.

Tässä opinnäytetyössä tullaan selvittämään, mitä motivoiva terveysneuvonta on teoriassa ja miten sitä käytännössä voidaan toteuttaa. Opinnäytetyössä perehdytään myös päihteisiin ja päihdeongelmiin sekä niiden hoitoon. Opinnäytetyössä tutkitaan motivoivan terveysneuvonnan hyödynnettävyyttä osana päihdehoitotyötä aiempien tutkimusten avulla.

Opinnäytetyön aiheesta ei ole aiemmin tehty vastaavaa kirjallisuuskatsausta Suomessa. Aihetta on kuitenkin tutkittu paljon kansainvälisesti. Tulevaisuudessa tulisi kouluttaa myös Suomessa terveydenhuoltoalan ammattilaisia, jotka hallitsisivat motivoivan terveysneuvonnan menetelmät ja saisivat näin potilaan motivoitumaan terveellisempiin elämäntapoihin.

2 MOTIVOIVA TERVEYSNEUVONTA

Motivoiva toimintatapa perustuu William R. Millerin & Stephen Rollnickin kehittämään motivoivaan terveysneuvontaan sekä James Prochaskan ja Carlo DiClementen määrittelemään transteoreettiseen muutosvaihemalliin. (Salochydenius 2010.)

Motivoiva terveysneuvonta tai motivoiva haastattelu (*engl. motivational interviewing*) tarkoittaa potilaskeskeistä lähestymistapaa terveysneuvonnassa. Motivoivan terveysneuvonnan tavoitteena on saada potilas pohtimaan omaa terveyskäyttäytymistään ja muuttamaan elämäntapojaan. Motivoiva terveysneuvonta juontaa juurensa 1980-luvulle, jolloin tohtorit William R. Miller ja Stephen Rollnick kehittivät tavan, jolla voitaisiin motivoida potilasta paremmin vähentämään alkoholin käyttöään. (Britt ym. 2004, 147-148; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

2.1 Motivoiva terveysneuvonta menetelmänä

Motivoivan terveysneuvonnan pääperiaatteita on, että potilas itse pohtii omaa terveyskäyttäytymistään ja toimii aktiivisena osapuolena terveysneuvonnassa. Potilaan motivaatio muutokseen tulisi lähteä potilaasta itsestään, eikä niin, että potilas pakotetaan tai määrätään muuttamaan elämäntapojaan. Motivoivassa terveysneuvonnassa lääkäri tai hoitaja auttaa potilasta tuomalla esiin oman asiantuntemuksen asiasta ja olemalla empaattinen potilasta kohtaan sekä tukevilla potilasta. Motivoivassa terveysneuvonnassa potilas on kuitenkin oman elämänsä asiantuntija, joka tietää millä tavalla erilaiset ratkaisut voivat toimia hänen elämässään. (Britt ym. 2004, 147-148; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoiva terveysneuvonta voidaan jakaa neljään pääperiaatteeseen, joita terveysalan ammattilaisten tulee noudattaa motivoivassa terveysneuvonnassa. Ensimmäisenä pääperiaatteena on *osoita empatiaa (express empathy)*. Terveysneuvonnassa tulee osoittaa empatiaa potilasta kohtaan, eikä potilasta tulesyöllistää. Hyväksyntä edistää muutosta. Toinen pääperiaate on *voimista ristiri-*

taa (*develop discrepancy*). Neuvojan tulee ymmärtää ristiriitoja potilaan omien tavoitteiden ja toimintojen välillä. Potilas saattaa tiedostaa päihteen käytön terveyshaitat, muttei kuitenkaan haluaisi lopettaa päihteen käyttöä. Kolmas pääperiaate on *hyväksy vastarinta (roll with resistance)*. Oletettavasti potilas vastustaa muutosta, joten terveydenhuoltoalan ammattilaisen tehtävä on hyväksyä se ja auttaa potilasta saavuttamaan tavoitteensa vastustuksesta huolimatta. Neljäs pääperiaate on *tue potilaan rohkeutta (support self-efficacy)*. Siinä tuetaan potilaan omaa uskoa ja kykyä muuttaa elämäntapojaan. (Miller & Rollnick 2002, 36-41.)

Elämäntapojen muuttamiseen liittyy eri vaiheita. Prochaskan ja DiClementen transteoreettinen muutosvaihemalli (1982) voidaan jakaa kuuteen osaan. Ensimmäisenä vaiheena on *pohdintaa edeltävä vaihe (precontemplation)*, jossa potilas ei harkitsekaan elämäntapojensa muuttamista. Toisena on *pohdintavaihe (contemplation)*, jossa potilas alkaa pohtia elämäntapojensa muuttamista, mutta ei vielä lähde muuttamaan niitä. Kolmantena on *valmisteluvaihe (preparation)*, jossa potilas valmistautuu muutokseen. Neljäntenä vaiheena on *toimintavaihe (action)*, jossa potilas alkaa muuttaa elämäntapojaan. Viidentenä vaiheena on *ylläpitovaihe (maintenance)*, jolloin uudet tottumukset ovat vakiintuneet pysyviksi. Viimeisenä vaiheena on *lopetus (exit)*. *Retkahdukset (relaps)* voivat sijoittua kaikkiin vaiheisiin. (Mustajoki 2003, 4236, Levensky ym. 2007, 52.)

2.2 Motivoiva terveysneuvonta käytännössä

Motivoiva terveysneuvonta on näyttöön perustuva terveysneuvontamenetelmä, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää auttaakseen potilasta noudattamaan terveystsuosituksia. Se korostaa käyttämään ohjaavaa ja potilaskeskeistä vuorovaikutusta, jotta potilas muuttaisi elämäntapojaan terveemmiksi ja lopettaisi ambivalenssin hyvien ja huonojen elämäntapojen välillä. (Levensky ym. 2007, 50.)

Kun puhutaan elämäntapojen muuttamisesta, potilaskeskeisen työskentelyn tärkein sääntö on, että asiantuntija ei suoraan kerro potilaalle, mitä tämän tulisi

tehdä. Potilaan kanssa keskustellaan siten, että hän joutuu ajattelemaan kyseistä asiaa. Tavoitteena on, että keskustelun ja ajattelun kautta potilas itse päätyy ratkaisuun, joka on hänen terveytensä kannalta hyvä. (Mustajoki 2003, 4236.)

Hoitajan tai lääkärin, joka toteuttaa motivoivaa terveysneuvontaa, tulee hallita neljä keinoa, joita käytetään motivoivassa terveysneuvonnassa. Ensimmäisenä on *reflektiivinen kuunteleminen (reflective listening)*, toisena *avointen kysymysten asettaminen (asking open questions)*, kolmantena *vahvistaminen (affirming)* ja neljäntenä *yhteenvedo (summarizing)*. Nämä neljä keinoa ohjaavat koko motivoivaa terveysneuvontaa (Levensky ym. 2007, 53.)

Motivoivassa terveysneuvonnassa asiakas tai potilas pohtii omaa terveyttään ja elämäntapojaan. Potilasta voidaan motivoida muuttamaan elämäntapojaan antamalla hänelle erilaisia tehtäviä. Potilas voi esimerkiksi tehdä taulukon omien elämäntapojensa hyödyistä ja haitoista (Kuvio 1). Näin potilas voi ymmärtää paremmin tilanteensa ja motivoituu muutokseen. Ensimmäiseksi potilas listaa hyvät puolet nykyisessä tilanteessa, esim. alkoholin käytön osalta. Tämän jälkeen hän listaa huonot puolet nykyisestä tilanteestaan, eli alkoholin käytöstä. Sitten potilas pohtii tilannetta toisin päin. Jos hän ei käyttäisi alkoholia, mitä hyviä ja huonoja puolia siinä tilanteessa olisi. (Miller & Rollnick 2002, 16-17.)

	Nykyinen tila	Tavoite
Hyödyt		
Haitat		

Kuvio 1. Taulukko hyödyistä ja haitoista nykyisessä tilanteessa ja tavoitteessa (Miller & Rollnick 2002, 16).

Potilaalta voidaan myös kysyä miten tärkeiksi hän tuntee eri asioita omassa terveystyössä. Potilas voi esimerkiksi ympyröidä parhaimman vaihtoehdon janalta nollasta kymmeneen (Kuvio 2). Tämän jälkeen potilas pohtii sitä, miten luottavaiseksi hän tuntee itsensä muuttaakseen elämäntapojaan ja ympyröi parhaimman vaihtoehdon janalta nollasta kymmeneen. Tämän avulla voidaan ymmärtää potilaan ambivalenssia eli ristiriitoja, jotka liittyvät henkilön päihteiden käyttöön. (Miller & Rollnick 2002, 53.)

Kuinka tärkeää sinulle on (esim. tupakointi)? Janalla nollasta kymmeneen, jossa nolla on ei ollenkaan tärkeää ja kymmenen on erittäin tärkeää.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ollenkaan										Erittäin
tärkeää										tärkeää

Kuvio 2. Esimerkki janasta, jossa potilas pohtii omien elämäntapojensa tärkeyttä (Miller & Rollnick 2002, 53).

Motivoiva terveysneuvonta voidaan jakaa kahteen osaan: *perustavaa laatua olevaan motivoivan terveysneuvonnan menetelmäksi* ja *peilikuvamaiseen vastakohtaiseen ajattelutapaan potilasohjauksessa*. Nämä voidaan edelleen jakaa kolmeen osaan, jotka antavat sisällön terveysneuvonnalle. Ensimmäiseen perustavaa laatua olevaan menetelmään kuuluu ensimmäisenä *yhteistyö*: neuvonta sisältää yhteistyötä, joka kunnioittaa potilaan tietoja ja näkökulmia asiaan. Neuvoja luo ilmapiirin, joka on johtava eikä pakottava. Toisena osana on *mielleyhtymä*: voimavarat ja motivaatio muutokseen oletetaan lähtevän potilaasta. Todellinen motivaatio muutokseen perustuu potilaan omiin käsityksiin, tavoitteisiin ja arvoihin. Kolmantena osana on *autonomia*: asiantuntija kunnioittaa potilaan oikeuksia ja voimavaroja ja auttaa häntä saavuttamaan tavoitteet toimimalla asiantuntijana ja antamalla tietoa. (Miller & Rollnick 2002, 34-35.)

Toinen osa eli vastakohtainen ajattelu voidaan niinkään jakaa kolmeen osaan. Ensimmäisenä osana on *yhteenvedo*: asiantuntija pyrkii muuttamaan potilaan käsityksiä auttamalla häntä kohtaamaan todellisen tilanteen ja auttamaan potilasta näkemään asioita, joita potilas ei myönnä. Toisena osana on *ohjaus*: asi-

antuntija auttaa potilasta oivaltamaan ja ymmärtämään ongelman ja antaa neuvoja miten potilas voi muuttaa elämäntapojaan. Kolmantena osana on *auktori-teetti*: asiantuntija kertoo potilaalle mitä hänen tulisi tehdä. (Miller & Rollnick 2002, 35.)

3 PÄIHTEET JA PÄIHDEHÄIRIÖT

Päihteiksi määritellään aineet, jotka aiheuttavat aineen keskushermostovaikutuksista johtuvia korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia. Ne on nautittu nautinnon tai huumauksen saavuttamiseksi ilman terapeutista tarkoitusta. Päihteitä ovat alkoholi ja huumeet. Huumeisiin luetaan kuuluviksi nikotiini, opiaatit, kannabistuotteet, hallusinogeenit (LSD), barbituraatit, bentsodiatsepiinit, joukko stimulantteja (amfetamiini, kokaiini ja kofeiini), jotkut tekniset liuottimet sekä eräät muut edellisten kaltaiset aineet. (Kiiänmaa & Hyytiä 2003, 110.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään päihteinä alkoholia ja nikotiinia (tupakkaa).

Päihderiippuvuus on pitkäaikainen sairaus. Riippuvuudelle on tyypillistä kyvyttömyys säädellä aineen käyttöä, elimistön kasvava kyky sietää ainetta ja vieroitusoireet aineiden käytön loputtua. Suomessa yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi, tupakka, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. (THL 2007.)

Päihteiden käyttö aiheuttaa huomattavia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Yksin alkoholi aiheuttaa noin viisi prosenttia kaikista kuolemantapauksista Suomessa. Huumeiden käyttö on Suomessa ollut vähäistä muihin Euroopan maihin verrattuna, mutta viime vuosina huumeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt merkittävästi. (THL 2007.)

Päihde- ja huumeriippuvuuteen liittyy usein fysiologisen riippuvuuden kehittyminen, jolloin henkilön kyky sietää huumeen tai päihteen vaikutuksia on kohonnut (toleranssi) tai hänellä ilmenee päihteen käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriasteisia vieroitusoireita. Vieroitusoireyhtymä saa henkilön usein jatkamaan päihteiden tai huumeiden haitallista käyttöä. Huume- ja päihderiippuvuus voi ilmetä kuitenkin ilman merkittävää toleranssia tai vieroitusoireita, jolloin riippuvuus on luonteeltaan psykologista riippuvuutta ja perustuu aineen kykyyn tuottaa hyvää oloa (euforiaa), mieltä kiihottavia aistiharhoja tai muita toivottuja psyykkisiä vaikutuksia. (Huttunen 2010.)

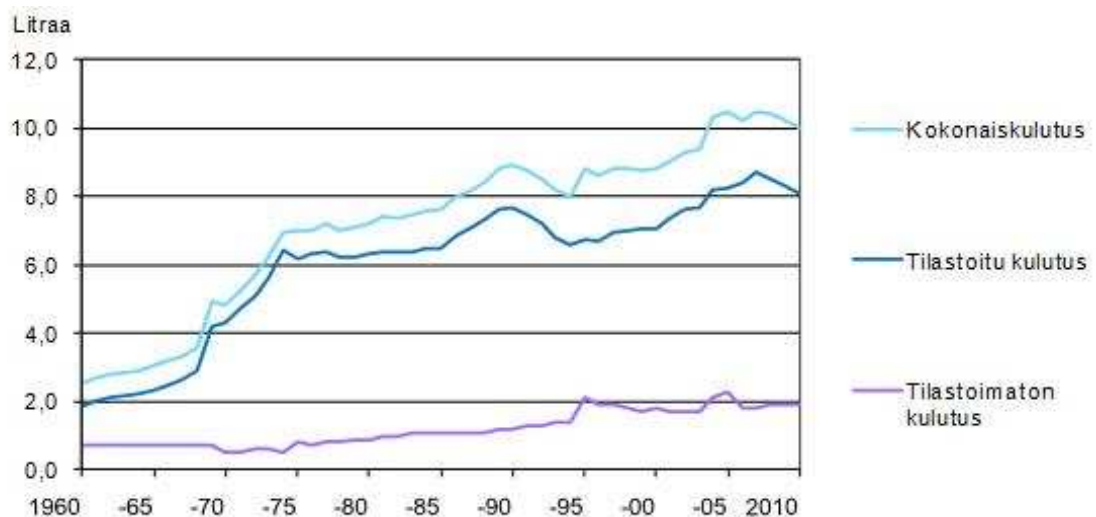
3.1 Alkoholi

Alkoholi (etanoli) on kofeiinin ja nikotiinin jälkeen eniten käytetty päihde. Se luokitellaan farmakologisesti lamaavaksi lääkeaineeksi. Alkoholilla on sekä huumavia että mielihyvää tuottavia keskushermostovaikutuksia. Sen huumavia vaikutuksia luonnehditaan humalaksi. Alkoholin hermostollisten vaikutusten mekanismeja ei tunneta yksityiskohtaisesti. (Kiiänmaa 2003, 120.)

3.1.1 Alkoholin kulutus Suomessa

Suomessa on perinteisesti kulutettu alkoholia harvoin, mutta paljon kerrallaan. Kieltolain kumoamisesta vuodesta 1932 lähtien vuotuinen keskimääräinen kulutus oli 1-2 litraa 100-prosenttista alkoholia henkilöä kohti aina 1960-luvun alkuun saakka. Sen jälkeen kulutus alkoi lisääntyä. (Poikolainen 2003, 42.) Vuonna 2010 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 100-prosenttisena alkoholina 10,0 litraa asukasta kohti (THL 2011a). Alkoholijuomien kulutus vuodesta 1960 vuoteen 2010 on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti 1960-2010 (THL 2011a).



Lähteet: Alkoholijuomien kulutus. SVT, THL; Valvira.

Humalan tavoittelu suomalaisessa juomakulttuurissa on hyväksyttävää. Miehet ovat humalahakuisempia kuin naiset. Tytöt ovat humalahakuisempia kuin vartuneet ja iäkkäät naiset. Nuoret miehet ovat kaikkein humalahakuisimpia. Suurin osa murrosikäisten ja nuorten miesten juomakerroista johtaa humalaan. Suurkuluttajien määrä riippuu yhteiskunnassa nautitun alkoholimäärän tasosta: mitä korkeampi taso on, sitä suurempi on suurkuluttajien määrä. (Ahlström 2003, 26-27.)

Suomalaisten alkoholinkulutus jakautuu erittäin epätasaisesti. Pieni osa ei juo ollenkaan, suuri osa juo vähän, suurin osa kohtuudella ja pieni osa erittäin paljon. Viimeksi kuluneiden kolmen vuosikymmenen aikana alkoholinkulutuksen jakautuminen on tasaantunut vain vähän. Miesten eniten juova kymmenys kuluttaa noin 45 prosenttia kaikesta miesten kuluttamasta alkoholista. Naisten kohdalla vastaava osuus on noin 50 prosenttia. Väestön kymmenesosa juo siis noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. (Österberg & Mäkelä 2009.)

3.1.2 Alkoholien vaikutus terveyteen

Alkoholi on merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Suomessa kuoli vuonna 2007 alkoholiperäisiin syihin kaikkiaan 2167 ihmistä, joista 1769 oli työikäisiä. On arvioitu, että alkoholien riskikäyttäjiä (henkilöitä, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveysriskin) on Suomessa 300 000 - 500 000. Alkoholi aiheuttaa myös muita tapaturmia ja väkivaltaa (liikenneonnettomuuksia, kaatumisia, palovammoja, hukkumisia, työtapaturmia, itsemurhia, lapsen pahoinpitelyjä, tappoja ja murhia). (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011, 2-6.)

Alkoholinkäytön riskirajalla tarkoitetaan sitä määrää, joka jo todennäköisesti lisää merkittävästi terveyshaittoja. Riskirajaa voidaan käyttää ohjearvona alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävässä neuvonnassa. Suomessa neuvontaa suositellaan naisille, kun päivittäiskäyttö on vähintään 20 g absoluuttista alkoholia (noin kaksi ravintola-annosta) tai humalahakuinen juominen (vähintään viisi annosta) toistuu viikoittain. Miehillä vastaavat neuvonnan rajat ovat 40 g/vrk

(noin neljä annosta) tai seitsemän annoksen kertakäyttö viikoittain. Riskiraja ei kuitenkaan ole turvaraja: humalajuominen saattaa aiheuttaa ongelmia, vaikka kokonaiskulutus jää sen alapuolelle. (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011, 5.)

Juomatapojen muuttuminen hillitymmäksi vähentäisi terveyshaittoja. Kohtuullinen alkoholin käyttö suojaa sepelvaltimotaudilta, osteoporoosilta, tromboottiselta aivohalvaukselta, sappikiviltä ja ehkä myös diabetekselta ja Alzheimerin taudilta. Runsas alkoholimäärä ja humalahakuinen juominen sen sijaan molemmat aiheuttavat useita sairauksia ja ennenaikaisia kuolemantapauksia. (Poikolainen 2003, 42.) Tärkeimmät alkoholin aiheuttamat sairaudet ja terveysongelmat ovat listattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Tärkeimmät sairaudet ja terveysongelmat, joiden yhteydessä alkoholin suurkulutus tai alkoholiongelma on syytä muistaa (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011).

Alkoholimyrkytys	Vuosittain alkoholimyrkytykseen kuolee lähes 600 ihmistä
Ylipaino	Kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1.5–2 lisäkiloa kuukaudessa
Metaboliset vaikutukset	Hypoglykemia (paaston yhteydessä), hypertriglyseridemia, suurentunut virstahappopitoisuus ja kihti
Haimatulehdus	Tapauksista 60–80 % aiheutuu alkoholista
Alkoholimaksasairaus	Suomen tärkein maksasairausryhmä (kuolleita noin 1 000 vuodessa)
Syöpäsairaudet	Ruoansulatuskanavan syöpien riski lisääntyy suorassa suhteessa alkoholinkäyttöön, ja tupakointi lisää edelleen riskiä Alkoholin suurkulutus lisää merkittävästi rintasyövän riskiä
Ripuli	Yleinen oire ongelmakäyttäjillä
Alkoholiepilepsia	Alkoholista riippuvaisen epilepsiariski on kymmenkertainen verrattuna normaaliväestöön
Aivovammat	Alkoholista riippuvaisilla kolme kertaa yleisempiä kuin väestössä keskimäärin
Aivoverenvuoto	Riski kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna
Dementia	Joka toisella alkoholista riippuvaisella on lievähkö dementia Wernicken taudin riski on alkoholista riippuvaisilla 50-kertainen (tiamiinin puute)
Pikkuaivoatrofia (ataksia) ja polyneuropatia	Yleisiä alkoholista riippuvaisilla
Hormonihäiriöt	Impotenssi, kivesten surkastuminen, hedelmättömyys ja gynecomastia ovat yleisiä löydöksiä alkoholista riippuvaisilla Miehet feminisoituvat ja naiset maskulinisoituvat suurkulutuksen seurauksena

Taulukko 2 (jatkuu).

Unihäiriöt	Alkoholiriippuvuuteen liittyy 60 %:lla jokin unihäiriö: lyhyt unijakso, unen heikentynyt laatu, katkonainen aamu-uni. Alkoholin käyttö pahentaa uniapneaa ja lisää yöllisiä jalkojen liikkeitä; jos käytetty määrä on yli kaksi annosta päivässä, ilmaantuvuus on naisilla kaksin- ja miehillä kolminkertainen
Iho-ongelmat	Punoitus, teleangiektasiat ja "flushing" Ekseemat ovat yleisempiä
Kardiomyopatia	Riski on satakertainen Kardiomyopatian esiintyvyys alkoholista riippuvaisilla on 1–3 %
Eteisvärinä	2–4 päivittäistä annosta lisää takyarytmioita 3–5 kertaa keskimääräistä yleisempi ongelmakäyttäjillä Myös runsas kertakäyttö voi aiheuttaa
Kohonnut verenpaine	Ongelmakäyttäjillä 1.6–4 kertaa keskimääräistä yleisempi Ongelmakäyttö selittää 5–10 % miesten verenpainetaudista länsimaissa
Mielenterveysongelmat	Masennuspotilaista 10–30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma Alkoholista riippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio Alkoholiongelmaisen itsemurhariski on huomattavasti suurentunut

3.1.3 Alkoholiongelmaisen potilaan hoito

Päihdehoitolaissa (41/1986) kunnat veloitetaan järjestämään päihdehuolto sisällöltään ja laadultaan kunnan tarpeita tyydyttäväksi, ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä sekä seuraamaan päihteiden ongelmakäyttöä. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.) Päihdeongelmaisia hoidetaan Suomessa terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimessa. Merkittävä rooli on myös vapaaehtoisjärjestöillä. (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011, 3.)

Päihdeongelmaan liittyvät somaattiset taudit hoidetaan yleensä terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Perusterveydenhuollon runsaat potilaskontaktit mahdollistavat päihdeongelman havaitsemisen ja varhaishoidon. Monissa terveyskeskuksissa annetaan myös katkaisu- ja vieroitushoitoja. Useissa sairaaloissa on

päihdepsykiatriaan erikoistuneita yksiköitä. Päihdehuollon erityispalvelut (A-klinikat, katkaisuhuotoyksiköt, nuorisoasemat, kuntoutuslaitokset, Järvenpään sosiaalisairaala) tarjoavat katkaisu- ja vieroitushoitoja sekä erityyppisiä psykososiaalisia palveluja. (Käypähoito, Alkoholiongelman hoito 2011, 3.)

Alkoholiongelmaista potilasta voidaan hoitaa haastattelemalla potilasta. Haastattelun tukena voidaan käyttää strukturoituja kyselyitä tarkentamaan ja helpottamaan haastattelua. Alkoholin riskikäytön havaitsemiseksi ilmeisesti toimivin strukturoitu lomake on kymmenen kysymyksen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Alkoholiongelman sekundaaripreventiossa pyritään löytämään ja hoitamaan varhaisessa vaiheessa alkoholin riskikäyttäjät. Suomessa tätä toimintaa nimitetään lyhytneuvonnaksi tai mini-interventioksi (englanniksi brief intervention). Lyhytneuvonnan tarkoituksena on vähentää alkoholin liiallista kulutusta. (Käypähoito, Alkoholiongelman hoito 2011, 6, 9-8.)

Mini-interventiohoidon perusta on alkoholiongelman yleisyyden tiedostaminen terveydenhuollossa ja alkoholiasioiden kysyminen potilaalta. Varhaistoteamisen ohella potilaalle tiedotetaan alkoholinkäyttöön liittyvistä haitoista, motivoidaan häntä kulutustottumusten muuttamiseksi, pyritään henkilökohtaiseen juomistavoitteeseen, annetaan sekä suulliset että kirjalliset ohjeet tavoitteen saavuttamiseksi ja sovitaan kontrollikäynneistä. Mini-interventiohoitoa on luonnehdittu myös käsitteellä *RAAMIT*, *FRAMES* (feedback, responsibility, advice, menu, empathy, self-efficacy), jotka on kuvattu taulukossa 3. Motivoivaa asennetta pidetään hoidon tärkeimpänä osana. Mini-interventio ei ole irrallinen hoito, vaan toteutetaan osana potilaan kokonaishoitoa. (Seppä 2003, 65-65.)

Taulukko 3. RAAMIT-lyhytneuvonnan (FRAMES) sisältö (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011, 9).

Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se
Myötätunto (empathy)	Lämmin, refleктоiva, empaattinen ja ymmärtävä suhtautuminen
Itsemääräämismvastuu (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomista
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta tulosta voidaan parantaa merkittävästi myös lääkityksellä (keskimäärin 15–25 %). Disulfiraami estää alkoholin palaessa muodostuvan asetaldehydinin palamista edelleen etikkahapoksi. Valvottu disulfiraamilääkitys on parantanut merkittävästi pelkillä psykososiaalisilla menetelmillä saatuja tuloksia alkoholiriippuvuuden hoidossa. Myös opioidiantagonistien (naltreksoni ja nalmefeeni) arvellaan vähentävän humaltumiseen liittyvää mielihyvää, jolloin juominen ei olisi yhtä palkitsevaa kuin aikaisemmin ja juomahimon ja retkahdusten pitäisi näin vähentyä. Eri lääkkeitä tai niiden yhteiskäytöstä ei kuitenkaan toistaiseksi ole riittävästi vertailevien tutkimusten tuloksia. (Käypähoito, Alkoholiongelmaisen hoito 2011, 12).

3.2 Tupakka

Tupakan nikotiini eroaa alkoholista ja klassisista huumeista, kuten opiaateista ja kokaiinista siinä, että sen vaikutukset käyttäytymiseen ovat varsin lieviä. Nikotiini aiheuttaa kuitenkin klassisiin addiktioihin rinnastettavan vaikean riippuvuuden. (Ahtee 2003, 132.)

3.2.1 Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus

Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoivaa. Tupakoimattomuus on tärkeimpiä väestön terveyttä edistäviä sekä terveyden tasa-arvoa parantavia tekijöitä. 59 % päivittäin tupakoivista haluaa lopettaa tupakoinnin, ja 39 % ilmoittaa yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin edeltävän vuoden aikana. 82 % päivittäin tupakoivista on huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista. (THL 2011b.)

Nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, jonka seurauksena tupakointi johtaa suureen kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Vuonna 2006 25 % suomalaisista aikuisista miehistä ja 19 % naisista tupakoi. Kuolemista 14 % aiheutuu tupakkaperäisistä sairauksista, ja joka toinen tupakoija kuolee ennenaikaisesti tupakan aiheuttamiin sairauksiin. (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 2-3.) Tupakkavalmisteet ja/tai niiden sisältämä nikotiini ovat syynä noin neljäsosaan itseaiheutetuista sairauksista, ja tupakointi on yleisin estettävissä oleva ennenaikaisen kuoleman syy. (Ahtee 2003, 132.)

Nikotiiniriippuvuutta voidaan arvioida Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä (Taulukko 4), jossa on kaksi kysymystä. Ensimmäisessä kysytään kuinka pian (minuuteissa) herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen ja toisessa kysytään kuinka monta savuketta poltat päivittäin? (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 2-3).

Taulukko 4. Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustesti ja riippuvuusasteen luokittelu (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 3).

Kysymys	Määrä	Pisteet
Kuinka pian (minuuteissa) herätyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?		
	Alle 6	3
	6-30	2
	31-60	1
	Yli 60	0
Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?		
	Alle 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Yli 30	3
Tulkinta: yhteispisteet 0-1 = vähäinen nikotiiniriippuvuus, 2 = kohtalainen riippuvuus, 3 = vahva riippuvuus, 4-6 = hyvin vahva riippuvuus		

3.2.2 Tupakoinnin vaikutus terveyteen

Tupakointi vaikuttaa koko elimistöön ja aiheuttaa useita sairauksia. Tupakointi myös vaikeuttaa monien sairauksien hoitoa ja heikentää paranemistuloksia. Erityisen herkkiä tupakan aiheuttamille vaurioille ovat henkilöt, joilla on jokin vakava sairaus. (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 3). Tupakointi lyhentää elinikää noin kymmenen vuotta; lopettaminen 60-, 50-, 40- tai 30-vuotiaana lisää eliniän odotetta vastaavasti 3, 6, 9 tai 10 vuotta verrattuna tupakointia jatkaviin. Keuhkosyövän vaara on keskimäärin noin 12-kertainen, mutta vaara on sitä suurempi, mitä enemmän savukkeita kuluu päivässä. (Terveysportti 2009).

Tupakointi suurentaa myös vaaraa sairastua suun, ruokatorven, mahalaukun, virtsarakon, munuaisten, haiman ja kohdunkaulankanavan syöpiin. Vaara sairastua sydäninfarktiin ja aivo- ja ääreisverenkierron sairauksiin suurenee 50 %. Tupakointi aiheuttaa myös keuhkohtaumatautia; noin 80 % keuhkohtauma-

taudin aiheuttamasta kuolleisuudesta liittyy tupakointiin. Tupakointi lisää hedelmättömyyttä sekä miehillä että naisilla ja äidin tupakointi suurentaa prenataali-kuolleisuutta sekä kätkytkuoleman vaaraa ja pienentää lapsen syntymäpainoa noin 200 g. Tupakointi aiheuttaa myös ääreisverisuonten ahtaumia ja siten muun muassa katkokävelyä. Tupakoivilla henkilöillä on usein myös krooninen keuhkoputkitulehdus ja akuutteja hengitystietulehduksia useammin kuin tupakoimattomilla. (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 9; Terveysportti 2009).

Tupakoivien lisäksi tupakansavulle altistuvat tupakoimattomat - suurin osa tahottomaan oleskellessaan savuisessa ympäristössä. Ympäristön tupakansavu sisältää samoja yhdisteitä kuin keuhkoihin hengitettävä savu. Näistä haitallisiksi on osoitettu parisataa eri yhdistettä, ja syöpävaarallisiksi nelisenkymmentä. (THL 2008a.) Suomessa sairastuu vuosittain 10-30 ihmistä passiivisen tupakoinnin aiheuttamaan keuhkosityöpään. Passiivinen tupakointi myös muun muassa lisää keuhkohtaumataudin riskiä noin 25 %. (Terveysportti 2009.)

3.2.3 Tupakasta vieroittautuminen

Terveystieteiden henkilöstön tehtävänä on huomioida potilaan tupakointi ja auttaa vieroituksessa (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 2). Päihdehuoltolaissa (41/1986) kunnat veloitetaan järjestämään päihdehuolto sekä ehkäisemään päihteiden ongelmakäyttöä lisäävien olosuhteiden ja elämäntapojen syntymistä sekä seuraamaan päihteiden ongelmakäyttöä (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41).

Tupakoinnin haluaisi lopettaa seitsemän tupakoijaa kymmenestä. Lopettaminen vaatii keskimäärin 3-4 yritystä. Tupakoijien motivoituminen lopettamiseen vaihtelee ja tupakasta irrottautuminen ei ole erillinen tapahtuma vaan elintapojen pysyvään muutokseen tähtäävä prosessi. Valmiutta elintapamuutokseen on kuvattu Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemallilla. Terveystieteiden ammattilaisen tulee selvittää missä vaiheessa potilas juuri nyt on, jotta häntä voidaan kannustaa parhaalla mahdollisella tavalla tupakoimattomuuteen. Motivoi-

valla terveysneuvonnalla voidaan vahvistaa potilaan valmiutta, halukkuutta ja kykyä elintapamuutokseen. (Terveysportti 2010.)

Muita menetelmiä tupakoinnin lopettamiselle on terveydenhuollon ammattilaisten järjestämä yksilöohjaus tai ryhmäohjaus. Myös nikotiinikorvaushoitoa ja muita lääkkeellisiä hoitokeinoja voidaan käyttää tupakoinnin lopettamiseksi. Lääkkeitä tupakoinnin lopettamiseksi ovat muun muassa bupropioni ja varenikliini, joita lääkäri voi määrätä tupakoinnin lopettamiseen. (Käypähoito, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot 2006, 5-9.)

3.3 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosi viittaa monihäiriöisyyteen, jossa potilaalla on samanaikaisesti päihdehäiriö ja vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Tupakan käyttö on kuitenkin useimmiten rajattu käsitteen kaksoisdiagnoosin ulkopuolelle ja joskus myös alkoholihäiriöt rajataan käsitteen kaksoisdiagnoosi ulkopuolelle, jolloin kyseessä lienevät hallinnollis-byrokraattiset syyt. (Aalto 2007, 1293.)

Päihteet voivat aiheuttaa erilaisia psyykkisiä oireita. Esimerkiksi alkoholi voi aiheuttaa huomattavia masennus- ja ahdistusoireita. Päihteiden käytön loppuessa nämä oireet kuitenkin useimmiten häviävät muutaman viikon kuluessa. Tällöin ensisijaista on päihdeongelman hoito. Sen sijaan kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkiset oireet, esimerkiksi alkoholi-riippuvaisen masennus tai ahdistus, eivät häviä pitkänkään raittiuden jälkeen. (Aalto 2009.)

Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä. Alkoholiongelmaisista noin 40 %:lla on jossakin elämänsä vaiheessa jokin päihteistä riippumaton psykiatrinen häiriö. Huumeongelmaisilla luku on vielä suurempi. Yleisyyttä voidaan tarkastella myös toisin päin. Noin 30 %:lla psykiatrisia häiriöitä potevista on jossakin vaiheessa myös päihdeongelma. Luku vaihtelee kuitenkin huomattavasti eri psykiatrisissa häiriöissä. Esimerkiksi noin puolella skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on myös päihdeongelma. (Aalto 2009.)

3.3.1 Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa kiinnitetään huomiota sekä päihdeongelman että psykiatrisen häiriön hoitoon. Päihteet usein ylläpitävät tai pahentavat myös kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkistä oireilua ja siksi heillekin päihdeongelman hoito on usein ensisijainen. Riittävän pitkää päihteetöntä jaksoa tarvitaan, jotta voidaan varmistua psykiatrisen häiriön olemassaolosta ja laadusta. Lisäksi useiden psykiatristen häiriöiden hoito ei onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman että päihdeongelma on riittävästi hallinnassa. Esimerkiksi alkoholin ja bentsodiatsepiinien runsas käyttö voi aiheuttaa sen, että lääkehoito tai psykoterapia ei lievitä masennusta tai ahdistusta. Usein kaksoisdiagnoosipotilaiden psyykkinen oireilu on vaikeampaa kuin niillä, joilla ei ole päihdeongelmaa. Hoidot kuitenkin tehoavat yhtä hyvin molemmissa tilanteissa. (Aalto 2009.)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ovat olleet vallitsevia jaksottaisen ja rinnakkaisen hoidon mallit, joissa molemmissa on kaksi hoitotahoa. Jaksottaisessa mallissa hoidetaan ensin toista ongelmaa (esim. päihdeongelmaa A-klinikalla) ja kun hoidossa on päästy riittävän hyvään hoitotulokseen, aloitetaan toisen ongelman hoito (esim. masennusta psykiatrisen poliklinikalla). Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia ongelmia mutta kummallekin häiriölle on oma erillinen hoitotaho. Uudempana kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomallina on niin sanottu integroitu hoito. Siinä sama tahon hoitaa molempia ongelmia. Erityisesti vaikeimmissa psykiatrisissa häiriöissä tarvitaan usein integroitua hoitoa. Yksittäisissä hyvin tehdyissä tutkimuksissa integroitu hoito on osoittautunut vaikuttavaksi, ja integroitu hoito on Käypä hoitosuosituksen mukaan ilmeisesti tehokkaampaa kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito. (Käypähoito, Huumeongelman hoito 2006, 609; Aalto 2009.)

Päihdeongelman ja mielenterveyden häiriön samanaikainen hoito edellyttää pitkäjänteistä hoito-otetta, jossa huomioidaan se, että hoidossa on erilaisia vaiheita. Osana motivointia tavoitellaan usein ensin potilaan sitoutumista hoitopaikkaan ja vasta sitten itse hoitoon. Retkahtaminen päihteisiin sinällään ei ole syy lopettaa hoitoa, vaan se käynnistää käytetyn hoidon arvioinnin ja tarvittaes-

sa sen tehostamisen. Tämä on usein välttämätön lähestymistapa, jos halutaan saavuttaa tuloksia pitkäaikaisen päihdeongelman hoidossa. Päihteiden käytön aiheuttamien haittojen vähentämistä pidetään joissakin tilanteissa riittävänä tavoitteena. Päihteiden käytön vähentymisen ohella hoidon hyötyä arvioidaan myös tarkastelemalla potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun kehittymistä. (THL 2008b.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVA KYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää mitä on motivoiva terveysneuvonta ja miten sitä voidaan hyödyntää päihdehoitotyössä. Tarkoitus oli tutkia motivoivaa terveysneuvontaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla ja selvittää, miten motivoivaa terveysneuvontaa toteutetaan päihdehoitotyössä ja minkälaista hyötyä motivoivasta terveysneuvonnasta on päihdeongelmaisten hoidossa.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymys oli:

1. Miten motivoivaa terveysneuvontaa voidaan hyödyntää päihdehoitotyössä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tekemällä systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaukset ovat koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta. Yleensä katsaus tehdään vastauksena johonkin kysymykseen, tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia ja ne edellyttävät, että aiheesta on olemassa edes jonkin verran tutkittua tietoa. Nykyisin pääosa katsauksista noudattaa tiettyä systematiikkaa. Kirjallisuuskatsauksien luotettavuutta arvioidaan ja tulokset ovat yksityiskohtaisesti luettavissa. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on saanut huomiota näyttöön perustuvan toiminnan myötä ja se nähdäänkin yhtenä mahdollisuutena löytää tutkimustuloksia, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus olemassa oleviin tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin, ja se on päivitettävä aika ajoin tulosten relevanttiuden ylläpitämiseksi. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen spesifin tarkoituksen ja erityisen tarkan tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessin vuoksi. (Johansson 2007, 4.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kokoamalla tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen saadaan kuvaa muun muassa siitä, miten paljon tutkimustietoa on olemassa ja millaista tutkimus sisällöllisesti ja menetelmällisesti on. (Johansson 2007, 3.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on järjestelmällinen ja kriittinen kirjallisuuden kerääminen ja analysointi perustellusti muotoillun kysymyksen avulla. Kirjallisuuskatsaus etenee suunnitellusti eri vaiheiden kautta. Ongelmien asettamisen ja kohderyhmän määrittelyn jälkeen tehdään kirjallisuushaku, jonka tavoitteena on löytää mahdollisimman kattavasti aiheeseen liittyvät tutkimukset. Kirjallisuuskatsaus osoittaa lukijalle, miksi esitettävä uusi tutkimus on tärkeä ja millä

tavoin se täydentää aiempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus muodostaa myös tutkimukselle teoreettisen taustan. Kirjallisuuskatsaus esittää sen, mistä näkökulmasta ja miten asiaa on aiemmin tutkittu. (Stolt & Routasalo 2007, 58.)

5.2 Kirjallisuushaku

5.2.1 Hakusanat ja rajaukset

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakusanoina käytettiin seuraavia termejä: *motivational interview*, *motivational interviewing*, *motivational counseling*, *nursing*, *alcohol*, *review*. Hakuja tehtäessä näitä hakusanoja yhdisteltiin eri tietokannoissa. Haut suoritettiin seuraavissa elektronisissa tietokannoissa: Cinahl, PubMed ja Medline. Myös kotimaisesta Medic:istä etsittiin tutkimuksia, mutta hakusanat motivoiva terveysneuvonta ja vaikuttava terveysneuvonta tai motivoiva haastattelu eivät tuottaneet aiheeseen liittyviä tuloksia. Tutkimukset rajattiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoihin julkaisuihin, eli vuosilta 2001-2011. Kirjallisuushaku suoritettiin heinä-elokuussa 2011.

5.2.2 Valinta- ja sisäänottokriteerit

Tutkimuksen valinta- tai sisäänottokriteerit tulee kuvata tarkasti ja täsmällisesti ja niiden tulee olla johdonmukaiset ja tarkoituksenmukaiset tutkittavan aiheen kannalta. Täsmälliset valintakriteerit ehkäisevät systemaattisia virheitä. (Pudas-tähkä & Axelin 2007, 48.)

Opinnäytetyön tutkimukset saivat olla joko hoito- tai lääketieteellisiä tutkimuksia, koska aihetta ovat tutkineet paljon niin lääkärit kuin hoitoalan ammattilaiset. Hakuja rajattiin usein kuitenkin hoitotieteellisiin lehtiin liian suurten osumien takia hakuprosessissa, koska ensisijaisina lähteinä haluttiin käyttää hoitotieteellisiä julkaisuja. Rajauksista huolimatta mukaan valittiin myös lääketieteellisiä tutkimuksia. Rajaukset ja kirjallisuushaun vaiheet ovat tarkemmin kuvattu seuraavassa kappaleessa.

Tutkimusten tuli käsitellä motivoivaa terveysneuvontaa päihdehoitotyössä. Motivoivan terveysneuvonnan tuli olla pääosassa tutkimuksissa. Päihteiksi tässä opinnäytetyössä valittiin alkoholi ja tupakka. Muita päihteitä käsitteleviä tutkimuksia ei tähän opinnäytetyöhön valittu. Myös kaksoisdiagnoosipotilaita käsittelevät motivoivaan terveysneuvontaan liittyvät tutkimukset valittiin opinnäytetyöhön.

5.2.3 Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet

Hakustrategian tarkoituksena on tunnistaa kaikki katsauksen kannalta relevantit tutkimukset. Hakuprosessi on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe. (Pudastähkä & Axelin 2007, 49.) Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset valittiin kuudessa vaiheessa. Haut toteutettiin kolmessa eri elektronisessa tietokannassa.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain perustuen siihen, vastaavatko hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Vastaavuutta tarkastellaan otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla. (Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Ensimmäiset kaksi vaihetta toteutettiin Cinahl-tietokannassa. **Ensimmäisessä haussa** hakusanoiksi valittiin *motivational interview* ja julkaisuajankohta rajattiin vuosiin 2001-2011. Osumia tuli yhteensä 32. Kun hakua rajattiin lisäämällä Hakusanaksi AND *nursing*, tuotti se vain neljä otsikkoa. Hakusana *nursing* otettiin pois ja jatkettiin alkuperäisillä hakusanoilla. Otsikkotason tarkastelussa valittiin kuusi otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsitelivät motivoivan terveysneuvonnan muita aihealueita, kuten ravitsemusneuvontaa, lasten ja nuorten hoitotyötä tai muita päihteitä kuin tupakkaa ja alkoholia. Valituista kuudesta otsikosta valittiin edelleen viisi abstraktia. Abstraktit luettiin huolellisesti ja niistä neljä vastasi sisällöltään valittuja sisäänottokriteereitä. Viidestä abstraktista neljä tutkimusta täyttivät vaaditut kriteerit ja ne luettiin kokonaisuudessaan. Kaikki neljä kokotekstiä täyttivät vaaditut kriteerit kokotekstitasolla ja valittiin tutkimukseen.

Toinen haku suoritettiin myös Cinahl-tietokannassa. Hakusanoja muutettiin tällä kertaa hieman, eli hakusanat olivat *motivational counseling*. Julkaisuajan kohtarajaus oli sama vuodet 2001- 2011. Osumia tuli yhteensä 44. Hakua rajattiin lisäämällä hakusanaksi AND *Alcohol*. Tämä haku tuotti kuitenkin vain kuusi otsikkoa, joten palattiin alkuperäisiin hakusanoihin. Otsikkotason tarkastelussa valittiin kymmenen otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsittelivät ravitsemusneuvontaa, kuntoutushoitotyötä, tarttuvien tautien leviämistä ehkäisevää hoitotyötä, liikuntaa, lasten hoitotyötä, synnytyksen jälkeistä hoitotyötä ja traumapotilaiden hoitotyötä. Valituista kymmenestä otsikosta valittiin edelleen neljä abstraktia. Abstraktit luettiin huolellisesti ja kaikki neljä tutkimusta hyväksyttiin tarkasteluun kokoteksti tasolle. Kokotekstit luettiin läpi ja kiinnitettiin huomio sisäänottokriteereihin. Vain yksi tutkimus täytti sisäänottokriteerit kokonaisuudessaan, mikä valittiin mukaan opinnäytetyöhön. Muut kolme tutkimusta käsittelivät potilaiden kokemuksia motivoivasta terveysneuvonnasta, nuorten tupakointia ja motivoivaa tupakan lopettamiseen ilman, että motivoiva terveysneuvonta oli pääosassa.

Kolmannessa vaiheessa haku suoritettiin PubMed-tietokannassa. PubMed:ia käytettäessä hyödynnettiin valmiita hakusanaehdotuksia, joita tietokanta ehdottaa kirjoitettaessa hakusanaa haku-kenttään. Hakusanoiksi kirjoitettiin *motivational interviewing* ja valittiin vaihtoehdoista *motivational interviewing alcohol*. Koska osumia näillä hakusanoilla tuli yhteensä 275, rajattiin haku vain hoitotieteellisiin lehtiin. Tämä tuotti yhteensä 11 osumaa. Otsikkotason tarkastelussa valittiin viisi otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsittelivät keskeisenä menetelmänä jotain muuta kuin motivoivaa terveysneuvontaa, tai muuta kuin potilaan hoidon näkökulmaa. Valituista viidestä otsikosta valittiin neljä abstraktia, jotka luettiin huolellisesti läpi. Abstrakteista kolme hyväksyttiin tarkastelulle kokotekstitasolla, joista edelleen kaksi tutkimusta valittiin mukaan opinnäytetyöhön. Yksi tutkimus, jota ei valittu mukaan opinnäytetyöhön oli kirjallisuuskatsaus, joka ei ollut kovin laaja ja johon oli valittu sellaisia tutkimuksia, jotka oli jo valittu mukaan opinnäytetyöhön.

Neljännessä vaiheessa haku suoritettiin myös PubMed-tietokannassa. Hakusanoiksi valittiin *motivational counseling AND smoking*. Julkaisuajankohdaksi rajattiin viimeiset kymmenen vuotta. Tämä haku tuotti yhteensä 140 osumaa. Rajauksiin lisättiin hoitotieteelliset lehdet, koska haku tuotti liian suuren määrän osumia. Tämä rajaus tuotti yhteensä 18 osumaa. Otsikkotason tarkastelussa valittiin yhteensä kuusi otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsittelivät muita tupakoinnin lopettamiskeinoja kuin motivoivaa terveysneuvontaa. Valituista kuudesta otsikosta valittiin neljä abstraktia. Abstraktit luettiin huolellisesti läpi ja niistä neljä valittiin tarkasteluun kokotekstitasolla. Kolme tutkimusta valittiin mukaan opinnäytetyöhön. Yksi tutkimus, jota ei valittu mukaan opinnäytetyöhön ei käsitellyt motivoivaa terveysneuvontaa pääosassa tutkimusta.

Viidennessä vaiheessa suoritettiin haku niin ikään PubMed-tietokannassa. Hakusanoiksi valittiin jälleen *motivational interviewing* ja lisättiin hakukoneen ehdottamaa *AND review*. Julkaisuajankohdaksi rajattiin hakukriteerien mukainen viimeiset kymmenen vuotta. Tämä haku tuotti yhteensä 211 osumaa. Koska osumia tuli liikaa, rajattiin hakua hoitotieteellisiin lehtiin. Tämä haku tuotti yhteensä 34 osumaa. Otsikkotason tarkastelussa valittiin yhteensä seitsemän otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsittelivät ravitsemusneuvontaa, motivoivaa terveysneuvontaa teoriassa, diabetespotilaiden hoitoa, ylipainoisten potilaiden hoitoa, sydänsairauksista kärsivien hoitoa ja motivoivan terveysneuvonnan kouluttamista. Valituista seitsemästä otsikosta valittiin edelleen kolme abstraktia. Abstraktit luettiin huolellisesti läpi ja abstrakteista kaikki kolme valittiin tarkasteluun kokotekstitasolla. Yksi tutkimus valittiin lopulta mukaan opinnäytetyöhön. Toisessa poisjätetyssä tutkimuksessa ei käsitelty motivoivaa terveysneuvontaa pääosassa tutkimusta. Toinen poisjätetty tutkimus oli kirjallisuuskatsaus, joka oli sisällöltään hyvin samanlainen sekä osittain samojen tutkijoiden tekemä kuin opinnäytetyöhön valittu tutkimus.

Viimeisessä eli **kuudennessa vaiheessa** haku suoritettiin Medline (Ovid)-tietokannassa. Hakusanoiksi valittiin *motivational interview*. Tämä haku tuotti osumia yhteensä 422, joten aihetta rajattiin lisäämällä hakusana *AND alcohol*. Tämä haku tuotti 275 osumaa. Osumia oli edelleen liikaa, joten lisättiin vielä

hakusana AND *nursing*. Tämä haku tuotti yhteensä 44 osumaa. Otsikkotason tarkastelussa valittiin kahdeksan otsikkoa. Hylätyt tutkimukset käsittelivät ravitsemusneuvontaa, huumeongelmaisten potilaiden hoitotyötä, hoitajien roolia terveysneuvonnassa, ylipainoisten potilaiden hoitotyötä ja diabetesta sairastavien hoitotyötä. Osa hylätyistä tutkimuksista oli tullut jo aiemmissa hauissa vastaan. Kahdeksasta otsikosta valittiin yksi abstrakti, joka luettiin huolellisesti. Tutkimusta ei kuitenkaan valittu kokotekstitarkasteluun, koska tutkimus ei käsitellyt motivoivaa terveysneuvontaa pääosassa tutkimusta. Yhtään uutta tutkimusta ei löytynyt Medline-tietokannassa tehdyssä haussa.

Kaikkiaan kirjallisuushaut tuottivat yhteensä 12 tutkimusta, jotka otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitason tarkasteluiden jälkeen hyväksyttiin mukaan opinnäytetyöhön. Kaikki tutkimukset olivat kansainvälisiä ja kirjoitettu englannin kielellä. Kirjallisuushaun vaiheet on kuvattu kuviossa 3, jossa ilmenee kirjallisuushaku eri vaiheittain.



Kuvio 3. Kirjallisuushaku vaiheittain.

5.3 Sisällönanalyysi

Aineiston keruun ja tutkimusten valinnan jälkeen tehtiin aineiston analyysi, jossa tutkimukset analysoitiin opinnäytetyötä ohjaavan kysymyksen avulla. Laadullis-

nessa analyysissa analyysi jaetaan usein induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) ja deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) analyysiin. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista, aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 123.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teorettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteutumisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 106, 108.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Ajatuksena on, että systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkijalla saattaa hyvin paljon tutkimuksia, joissa olevaa tietoa hänen pitäisi koota ja tiivistää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123-124.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta käsitteet ja asiasanat käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimitetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Sisällönanalyysillä saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos vaan ainoastaan apukeino tiivistäen tarkastella tutkimuksessa olevaa tietoa. Varsinainen systemaattinen kirjallisuuskatsauksen tulos alkaa hahmottua vasta sitten, kun saatujen luokkien sisällä tarkastellaan lähteisiin nojaten, millaisia kuvauksia kyseisestä aiheesta tutkimuksessa esitetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123-124.) Tässä opinnäytetyössä aineisto klusteroitiin kolmeen luokkaan: alkoholo-

liiongelmaisten potilaiden hoito, tupakasta vieroittautuminen ja kaksoisdiag-
noosipotilaiden hoito.

6 TULOKSET

6.1 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kuvailua

Tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on jaettu kolmeen osaan. Ensimmäinen osa käsittelee alkoholiongelmaisten potilaiden hoitotyötä ja motivoivan terveysneuvonnan hyödyntämistä. Toinen osa käsittelee tupakoinnin lopettamista motivoivan terveysneuvonnan avulla ja viimeinen osa käsittelee kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyötä motivoivan terveysneuvonnan näkökulmasta. Analysoitavia tutkimuksia oli yhteensä kaksitoista. Kymmenen tutkimusta oli empiirisiä tutkimuksia ja kaksi tutkimusta oli kirjallisuuskatsauksia, joista toinen oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Yhteensä seitsemän tutkimusta käsitteli alkoholiongelmaisten potilaiden hoitotyötä. Tutkimuksista neljä oli kokeellisia tutkimuksia, joista yksi oli satunnaistettu kontrolloitu koe ja kaksi survey-tutkimuksia. Yksi kokeellinen tutkimus käsitteli alkoholiongelmaa mielenterveyspotilailla, mutta valittiin tähän kategoriaan siksi, että tutkimus käsitteli nimenomaan alkoholiongelmaa psykiatrisilla potilailla, ei kaksoisdiagnoosipotilailla. Yksi tutkimus oli kirjallisuuskatsaus. Kahdessa tutkimuksessa otos oli satunnaistettu ja neljässä tutkimuksessa otos oli valittu systemaattisesti.

Systemaattisissa otoksissa oli käytetty useita eri menetelmiä ja mittareita osallistujien valinnassa. Viidessä kuudesta alkoholiongelmaisen potilaan hoitoa käsittelevässä tutkimuksessa oli käytetty AUDIT-testiä apuna osallistujien valinnassa. Myös muita menetelmiä käytettiin, jotka mainitaan taulukossa 5.

Kolme tutkimusta käsitteli tupakoinnin lopettamista. Kaksi tutkimuksista oli kokeellisia tutkimuksia, jotka molemmat olivat satunnaistettuja kontrolloituja kokeita. Yksi tutkimus oli survey-tutkimus. Survey-tutkimuksen otos oli valittu systemaattisesti. Tutkimuksista kaksi käsitteli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa. Toinen tutkimuksista oli kokeellinen tutkimus ja toinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kokeellisessa tutkimuksessa otanta oli satunnaistettu.

6.2 Motivoiva terveysneuvonta ja sen hyödyntäminen päihdehoitotyössä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten motivoivaa terveysneuvonataa voidaan hyödyntää päihdehoitotyössä. Valitut tutkimukset on taulukoitu taulukoissa 5-7. Taulukoissa käytetyt lyhenteet selityksineen ovat taulukoiden jälkeen.

Taulukko 5. Alkoholiongelmaiset potilaat. Tutkimuksen tekijät ja vuosi, tarkoitus, aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä, terveysneuvonnan menetelmät sekä keskeiset tulokset.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä	Terveysneuvonnan menetelmät	Keskeiset tulokset
Barnett, N; Apodaca, T; Magill, M; Colby, S; Gwaltney, C; Rohsenow, D & Monti, P 2010	Vertailla MI:tä ja palautteen antamisen sekä pelkkää palautteen antamisen (FO) vaikutusta potilaiden alkoholin käytön vähentämisessä.	N=172 Osallistujat jaettiin ryhmiin sen perusteella olivatko he olleet alkoholin vaikutuksen alaisena saapuessaan ensiapuun. Osallistujille tehtiin myös AUDIT-testi, jonka perusteella potilaat jaettiin ryhmiin. Osallistujille soitettiin ensimmäisen ja kolmannen kuukauden jälkeen. Alkoholin käyttöä seurattiin kyselyllä.	Yksi MI ja palautteen antaminen (30-45 min) sekä FO alkoholin käyttöön liittyen.	Potilaat, jotka kuuluivat MI-ryhmään ja jotka eivät olleet alkoholin vaikutuksen alaisena hyötyivät MI:stä eniten. Potilailla, jotka olivat olleet alkoholin vaikutuksen alaisena, ei löytynyt eroja MI:n ja FO:n välillä.
Beckham, N 2007	Tutkia MI:n vaikuttavuutta runsaasti alkoholia käyttävillä terveyskeskuksien asiakkailta.	N=27 Aineisto kerättiin terveyskeskuksien asiakkailta, joilla oli suuri riski saada alkoholiriippuvuus AUDIT-testin perusteella. Osallistujat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen oli MI-ryhmä ja toinen	Kokeellinen ryhmä sai MI:tä yhden 45-60 min kerran. Verrokkiryhmä ei saanut mitään hoitoa. Lisäksi kaikilta osallistujilta seurattiin myös veren	MI:llä oli positiivisia vaikutuksia potilaiden alkoholin käytön vähentämisessä. Myös kontrolliryhmän veren GGT-arvot pienenevät.

Taulukko 5 (jatkuu).

		verrokkiryhmä, joka ei saanut minkäänlaista hoitoa. Osallistujat vastasivat kyselyyn alkoholin kulutuksesta.	GGT-arvoja.	
Ehrlich, P; Haque, A; Swisher-McClure, S & Helmkamp, J 2006	Selvittää onko opiskelijaterveyden huolto mahdollinen paikka seurata opiskelijoiden alkoholin kulutusta ja antaa mini-interventioita riskikäyttäjille.	N=49 Osallistujat valittiin vapaaehtoisista opiskelijaterveydenhuollon asiakkaista, jotka käyttävät alkoholia. Osallistujat valittiin tutkimukseen AUDIT-testin tulosten perusteella. Osallistujat haastettiin kolmen kuukauden kuluttua.	Menetelmänä oli MI. MI sisälsi sekä suullista että kirjallista tietoa alkoholin käyttöön liittyen.	51% tavattiin uudestaan kolmen kuukauden kuluttua, joista 75% oli sitä mieltä, että opiskelijaterveydenhuollon tarjoamasta avusta oli heille apua.
Hulse, G & Tait, R 2003	Verrata viiden vuoden aikana MI:n ja tietopaketin (IP) vaikuttavuutta alkoholin käytön vähentämisessä psykiatrisessa sairaalahoitossa olevilla potilailta.	N=120 Osallistujat valittiin vapaaehtoisista, joille tehtiin AUDIT-testi ja SADQ -testi. Osallistujat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Tuloksia seurattiin laskemalla sairaalasaolopäiviä ja syitä sairaalassa oloon.	62:lle osallistujalle annettiin MI:tä ja 58:lle IP.	Tutkimuksen mukaan eroja alkoholin kulutuksessa ei esiintynyt ryhmien välillä.
The Project CHOICES Intervention Research Group 2003	Tutkia MI:n soveltuvuutta ja vaikutuksia alkoholin käytön vähentämiseksi, ja lisätä raskauden ehkäisynnön onnistumista naisilla, jotka ovat vaarassa altistaa sikiö alkoholille.	N=143 Yhteensä 2384 naista seulottiin sen perusteella miten paljon he käyttivät alkoholia. Valituilla ei myöskään ollut käytössään raskauden ehkäisyä. 230 valittiin, joista 190 ilmoittautui. 143 naista suoritti loppuun kuusi kuukautta kestävä seurannan. Kolmen kuukauden jälkeen osallistujat haastatettiin	Tutkimus sisälsi neljä MI-haastattelua ja yhden ehkäisyneuvontakerran. MI sisälsi tietoa alkoholin käytöstä ja siihen liittyvistä riskeistä raskauden aikana sekä tietoa	69% naisista ei ollut enää kuuden kuukauden kuluttua riskissä altistaa sikiö alkoholille. 13% vähensi alkoholin käyttöä. 23% käytti ainoastaan luotettavaa raskauden ehkäisyä ja 33% sekä vähensi alkoholin kulutusta että käytti luotettavaa raskauden ehkäisyä.

Taulukko 5 (jatkuu).

		puhelimitse ja kuuden kuukauden jälkeen heidät tavattiin uudestaan ja haastateltiin.	raskauden ehkäisystä.	
Saitz, R; Palfai, T; Cheng, D; Horton, N; Freedner, N; Dukes, K; Kraemer, K; Roberts, M; Guirriero, T & Samet, J 2007	Selvittää minikäläinen mini-interventio-menetelmä auttaa vähentämään alkoholin kulutusta sairaalassa olevilla potilailta, jotka käyttävät liikaa alkoholia.	N=341 Osallistujille tehtiin AUDIT-testi ennen tutkimusta. Osallistujat jaettiin ryhmiin satunnaisesti. Osallistujat tavattiin kolmen kuukauden kuluttua, jolloin heidät haastateltiin ja uudestaan 12 kuukauden kuluttua tutkimuksen alusta. RCT.	Tutkimusryhmä (N=172) sai MI:tä (30min) sairaalassa olon aikana. Verrokkiryhmä (N=169) sai tavanomaista hoitoa.	Tutkimuksen avulla ei pysytty todistamaan, että MI toimisi paremmin kuin tavanomainen hoito. 12 kuukauden seurannassa verrokkiryhmä vähensi alkoholin käyttöään 3,1 annosta/päivä kun tutkimusryhmä vähensi vain 1,5 alkoholian-nosta/päivä.
Wachtel, T & Staniford, M 2010	Tutkia mini-interventioiden (BI) vaikuttavuutta nuorten alkoholin käytössä ja selvittää onko BI:stä hyötyä alkoholin käytön vähentämisessä.	Kirjallisuuskatsaus. 14 tutkimusta.	Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin BI:tä käsitteleviä menetelmiä, joista 5 käsitteli MI:tä.	MI oli osittain menestyksellinen BI-menetelmä, jossa oli vaikuttavimmat tulokset alkoholihaittojen vähentämisessä.

Taulukko 6. Tupakoitsijat. Tutkimuksen tekijät ja vuosi, tarkoitus, aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä, terveysneuvonnan menetelmät sekä keskeiset tulokset.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä	Terveysneuvonnan menetelmät	Keskeiset tulokset
Davis, M; Shapiro, D; Windsor, R; Whalen, P; Rhode, R, Miller, H & Sechrest, L 2010	Vertailla MI:tä ja ohjailevaa terveysneuvontaa tupakoitsijoilla, jotka eivät ole valmiita lopettamaan tupakointia.	N=218 Osallistujat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään (interventio- ja verrokki-ryhmä). Osallistujiksi tutkimukseen valittiin vain sellaisia tupakoitsijoita, jotka eivät olleet halukkaita lopettamaan tupakointia. Osallistujia haastateltiin puhelimitse tutkimuksen ensimmäisen kuukauden ja kuudennen kuukauden jälkeen sekä päivää ennen, jolloin he olivat päättäneet lopettaa tupakoinnin. RCT.	Interventio-ryhmä sai 15min MI:tä ja verrokki-ryhmä 15min ohjailevaa terveysneuvontaa.	Noin 33% osallis- tujista raportoi ainakin yhden 24h kestävästä tupakoimattomuuden kuuden kuukauden aikana. Tutkimus osoitti, että kumpikaan menetelmä ei ollut ylivoimainen. MI:tä saaneet kuitenkin vastasivat useammin jatkokyselyihin.
Karatay, G; Kublay, G & Emiroğlu, O 2010	Arvioida MI:n vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisessa raskaana olevilla naisilla.	N=38 Tutkimukseen osallistuneet valittiin julkisen terveydenhuollon neuvolassa käyneistä alle 16. raskausviikolla olevista naisista, jotka polttivat vähintään yhden tupakan päivässä. Tutkimuksen jälkeen osallistujat täyttivät arviointilomakkeen ja kyselyn. Heiltä mitattiin myös CO-pitoisuus.	Tutkimukseen kuului kahdeksan kotikäyntiä, joihin kuului MI:tä ja CO-pitoisuuden mittaamista.	40% osallistujista lopetti tupakoinnin ja 45% vähensi 60% tupakointiaan alkutilanteesta. Myös passiivisen tupakoinnin määrä väheni tutkimuksen aikana 87%:sta 55%:iin.
Thyrian, J; Freyer-Adam, J;	Tutkia MI:n vaikuttavuutta	N=84 Tutkimuksessa	Interventio-ryhmälle	38 % MI-neuvonnoista

Taulukko 6 (jatkuu).

Hannöver, W; Röske, K; Mentzel, F; Kufeld, C; Bi- schof, G; Rumpf, H; John, U & Hapke, U 2008	tupakoinnin lopettamisessa synnytyksen jälkeen.	pidettiin yht. 84 MI- neuvontaa. Osallistu- jat jaettiin satunnai- sesti kahteen (inter- ventio ja kontrolli) ryhmään. Osallistujien tupa- kointia seurattiin tutkimuksen ajan kyselyillä. RCT.	annettiin MI:tä 45min, joka sisälsi itsehoi- to-oppaan. Kontrolliryhmä sai tavan- omaista hoi- toa.	osoitti MI:n hyö- dyllisyyden tupa- koinnin vähentä- misessä alussa, mutta kuuden kuukauden kulut- tua ei enää ollut havaittavissa tilastollisia eroja osallistujien tupa- koinnissa.
--	--	---	--	---

Taulukko 7. Kaksoisdiagnoosipotilaat. Tutkimuksen tekijät ja vuosi, tarkoitus, aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä, terveysneuvonnan menetelmät sekä keskeiset tulokset.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruutapa ja tutkimusmenetelmä	Terveysneuvonnan menetelmät	Keskeiset tulokset
Baker, A; Le- win, T; Reichler, H; Calsy, R; Carr, V; Garret, R; Sly, K; Devir, H & Terry, M 2002	Tutkia MI:n vaikuttavuutta sairaalahoi- dossa olevilla psykiatrisilla potilailla, joilla on päihdeon- gelma.	N=160 Satunnaisotos. Osallistujia tutkittiin kolmen kuukauden ajan. Tuloksia seu- rattiin SCID- ja OTI- mittareiden avulla.	MI-ryhmä (n=79) sai MI:tä (30- 45min) ja ver- rokkiryhmä (n=81) sai itsehoito- esitteen.	MI-ryhmän osal- listajat vähensivät päihteiden käyt- töään enemmän kuin kontrolliryh- män osallistajat. Päihteiden käytön vähentäminen oli kuitenkin melko vähäistä.
Cleary, M; Hunt, G; Matheson, S & Walter, G 2008	Tutkia kak- soisdiagnoosi potilaiden hoi- toa ja psy- kososiaalisia haastatteluita keinoina vä- hentää potilai- den päihteiden käyttöä.	Systemaattinen kir- jallisuuskatsaus, 60 tutkimusta.	Kirjallisuuskat- sauksessa oli vertailtu erilai- sia terapia- muotoja. Tut- kimuksista yhteensä 15 käsitteli MI:tä menetelmänä vähentää päih- teiden käyttöä.	Kirjallisuuskatsa- us osoitti, että MI oli kaikkein vai- kuttavin keskus- telumenetelmä päihteiden käytön vähentämisessä.

Taulukoissa 5-7 käytetyt lyhenteet:

AUDIT = Alcohol use disorders identification test

BI = Brief intervention (mini-interventio)

FO = Feedback only

GGT = Gammaglutamyylitransferaasi

IP = Information pack

MI = Motivational Interviewing (motivoiva terveysneuvonta)

OTI = Opiate treatment index

RCT = Randomized controlled trial (satunnaistettu kontrolloitu koe)

SADQ = Severity of Alcohol Dependence Questionnaire

SCID = Structured Clinical Interview for Diagnosis

6.2.1 Alkoholiongelmaisten potilaiden hoito

Alkoholiongelmaisen hoitotyötä käsitteli yhteensä seitsemän tutkimusta. Barnett ym. (2010) tutkivat motivoivaa terveysneuvontaa ja palautteen antamista sekä pelkkää palautteen antamista potilaille. Tutkimus oli kokeellinen, jossa osallistujat jaettiin neljään ryhmään systemaattisesti. Henkilöt jaettiin kahteen osaan sen perusteella olivatko he olleet alkoholin vaikutuksen alaisena saapuessaan ensiapuun ja nämä kaksi ryhmää jaettiin edelleen kahteen ryhmään, josta toinen sai motivoivaa terveysneuvontaa sekä palautetta toiminnastaan ja toinen ryhmä sai pelkkää palautetta. Tarkoitus oli tutkia, miten alkoholin käyttö vähenee näiden tutkimusryhmien välillä. Tutkimus osoitti, että potilaat, jotka kuuluivat motivoivan terveysneuvonnan ryhmään ja eivät olleet alkoholin vaikutuksen alaisena hyötyivät eniten motivoivasta terveysneuvonnasta. Potilaat, jotka olivat olleet alkoholin vaikutuksen alaisena, eivät tutkimuksen mukaan hyötäneet motivoivasta terveysneuvonnasta.

Beckham (2007) tutki motivoivan terveysneuvonnan vaikuttavuutta runsaasti alkoholia käyttävillä terveyskeskuksen asiakkailta, missä kokeellinen ryhmä sai motivoivaa terveysneuvontaa ja verrokkiryhmä ei saanut hoitoa alkoholi-ongel-

maan. Tutkimuksella osoitettiin, että motivoivalla terveysterveystieteiden neuvonnalla oli positiivisia vaikutuksia osallistujien alkoholin vähentämisessä. Tutkimuksen eettisyys on kuitenkin kyseenalainen, sillä verrokkiryhmä ei saanut minkäänlaista hoitoa alkoholi-ongelmaan, jolloin tämä laskee tutkimuksen painoarvoa tässä opinnäytetyössä.

Ehrlich ym. (2006) selvittivät, voisiko opiskelijaterveydenhuolto olla toimiva paikka antaa yliopisto-opiskelijoille motivoivaa terveysterveystieteiden neuvontaa alkoholin käytöstä. Aiemmin opiskelijat olivat usein saaneet alkoholin neuvontaa ensiavussa, jos jotain oli sattunut alkoholin vaikutuksen alaisena. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli pyrkiä antamaan ehkäisevää alkoholin neuvontaa liikaa alkoholia käyttäville opiskelijoille jo ennen kuin jotain sattuu. Vain hieman yli puolet osallistujista tavattiin kontrollikäynnillä, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kuitenkin heistä kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että motivoivasta terveysterveystieteiden neuvonnasta oli hyötyä.

Hulse ja Tait (2003) vertasivat kokeellisesti viiden vuoden ajan motivoivan terveysterveystieteiden neuvonnan ja tietopakettien vaikuttavuutta alkoholin käytön vähentämisessä potilailla, jotka olivat psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tämä tutkimus ei pystynyt osoittamaan motivoivaa terveysterveystieteiden neuvontaa tietopakettia paremmaksi menetelmäksi alkoholin käytön vähentämisessä. Tutkimus oli niin sanottu nollatutkimus, jolla ei pystytty osoittamaan motivoivan terveysterveystieteiden neuvonnan toimivuutta.

The project CHOICES intervention research group (2003) tutki motivoivan terveysterveystieteiden neuvonnan soveltuvuutta ja vaikutuksia alkoholin käytön vähentämiseksi raskaana olevilla naisilla, jotka ovat vaarassa altistaa sikiönsä alkoholille. Survey-tutkimuksessa tutkittiin myös raskauden ehkäisyn onnistumista runsaasti alkoholia käyttävillä naisilla. Tutkimuksessa osoitettiin motivoivan terveysterveystieteiden neuvonnan auttaneen suurinta osaa naisista. Myös luotettavien ehkäisymenetelmien käyttö lisääntyi naisilla, jotka käyttivät runsaasti alkoholia. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että lisätutkimukset aiheesta olisivat hyödyllisiä.

Saitz ym. (2007) selvittivät minkälainen mini-interventiomenetelmä auttaa vähentämään alkoholin kulutusta sairaalassa olevilla potilailla, jotka käyttävät lii-

kaa alkoholia. Tutkimuksessa koeryhmä sai motivoivaa terveysneuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi ja toinen ryhmä sai tavanomaista hoitoa. Tutkimuksen avulla ei kuitenkaan pystytty todistamaan motivoivan terveysneuvonnan toimivan paremmin kuin tavanomainen hoito alkoholin käytön vähentämisessä kahdentoista kuukauden seurannassa. Päinvastoin tavanomaista hoitoa saanut ryhmä vähensi alkoholin käyttöönsä huomattavasti enemmän kuin motivoivan terveysneuvonnan ryhmä.

Wachtel ja Staniford (2010, 605-620) tutkivat mini-interventioiden vaikuttavuutta nuorten alkoholin käytössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko mini-interventioista hyötyä alkoholin käytön vähentämisessä. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, joissa vertailtiin eri mini-interventiomenetelmiä, mukaan lukien motivoivan terveysneuvonnan, jota käsitteli yhteensä viisi tutkimusta. Tämä kirjallisuuskatsaus osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan vaikuttava menetelmä, jossa oli parhaimmat tulokset alkoholihaittojen vähentämisessä nuorilla. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, ettei tutkimus ollut systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

6.2.2 Tupakasta vieroittautuminen

Davis ym. (2010) vertailivat motivoivaa terveysneuvontaa ja ohjailevaa terveysneuvontaa kokeellisessa tutkimuksessa tupakoitsijoilla, jotka eivät olleet motivoituneita lopettamaan tupakointia. Tutkimuksessa interventioyhmä sai motivoivaa terveysneuvontaa ja verrokkiryhmä ohjailevaa terveysneuvontaa tupakoinnin lopettamiseksi. Tutkimustuloksissa kerrottiin noin kolmasosan osallistujista olleen ainakin yhden vuorokauden tupakoimatta kuuden kuukauden tutkimusjakson aikana. Tutkimus osoitti, että kumpikaan menetelmä ei ollut ylivoimainen tupakoinnin lopettamisessa, mutta motivoivaa terveysneuvontaa saaneet vastasivat todennäköisemmin jatkokyselyihin. Tällä tutkimuksella ei varsinaisesti pystytty osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan hyödyllisyyttä harjintaa edeltävässä vaiheessa.

7 POHDINTA

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. Tutkijat soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Tutkijat ottavat myös huomioon muiden tekijöiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla niin, että he kunnioittavat näiden työtä ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.)

7.1 Eettisyys

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset näkökannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Jälkimmäistä etiikan ja tutkimuksen yhteyttä kutsutaan varsinaisesti tieteen etiikaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 125.)

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Erillistä tutkimusetiikka ei siinä mielessä ole, etteivät tutkijaa tai tutkijayhteisöä koskisi samat eettiset kysymykset kuin muutakin yhteiskuntaa. Tutkimusetiikka voidaan kuitenkin pitää erillisenä sillä perusteella, että tietyt eettiset ongelmat ja niiden ratkaisut toteutuvat ainoastaan tieteellisen tutkimuksen kuluessa, eivätkä juuri muilla yhteiskunnan alueilla. Nämä kysymykset koskevat tutkimustyölle asetettavia vaatimuksia, tutkittavien oikeuksien suojelemista ja tutkitun tiedon julkaistamista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362.)

Kirjallisuuskatsausta tehdessä tulee ottaa huomioon tutkimuksen eettisyys. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Tutkimuksessa ei saa plagioida toisen työtä esittelemällä sitä omanaan. Tutkija ei saa myöskään plagioida itseään, eli muita omia tutkimuksiaan. Tuloksia ei tule yleistää kriiikkittömästi, sepitellä, eikä niitä saa kaunistella. Tutkimuksen raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei myöskään saa vähätellä omassa tutkimuksessaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 25-27.)

Tässä opinnäytetyössä ei ole plagioitu toisten tutkijoiden työtä. Tulokset on esitetty kriittisesti, eikä tuloksia ole sepitelty tai kaunisteltu. Tutkimustulokset on pyritty raportoimaan avoimesti ilman, että ne johtaisivat lukijaa harhaan tai epäselviin tutkimustuloksiin.

7.2 Luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta pystytään arvioimaan, kuinka luotettavaa katsauksella tuotettu tieto on todellisuudessa. Katsauksen tekemisen vaiheet ovat yhtenevät tältä osin empiirisen tutkimusprosessin etenemisen kanssa. Haun onnistumisen arvioinnissa mielenkiinnon tulisi ainakin kohdistua siihen, kuinka edustavasti aihetta koskeva tieto on pystytty kartoittamaan. On muistettava, että positiivisilla tutkimustuloksilla on suurempi todennäköisyys tulla julkaistuksi. Julkaisuharhaa voidaan välttää käyttämällä myös julkaisematonta tietoa, mutta sen hakeminen ei välttämättä täytä systemaattisen haun kriteereitä. Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan käytetty julkaisematonta tietoa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Tässä opinnäytetyössä mukana olevissa tutkimuksissa on saatu myös negatiivisia tutkimustuloksia ja ”nollatuloksia”, mikä lisää tämän opinnäytetyön luotettavuutta edellä mainituin perustein. Jos kaikki tutkimukset olisivat tuottaneet positiivisia tutkimustuloksia, olisi tämän opinnäytetyön luotettavuus ollut kyseenalainen.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää se, että tutkimusta olisi tekemässä vähintään kaksi tutkijaa. Aikaisemman tutkimustiedon läpikäy-

minen toisen tutkijan kanssa vähentää virheitä. Tutkijat voivat myös päätyä erilaisiin tuloksiin valittaessa tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, 51.)Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentää se, että tekijöitä opinnäytetyössä oli vain yksi. Tutkimuksia oli valitsemassa vain yksi tekijä ja on mahdollista, että jos mukana olisi ollut myös toinen tekijä, tutkimusten valinnassa olisi voitu päätyä toisenlaiseen tutkimusten valintaan ja näin ollen toisenlaisiin tutkimustuloksiin.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa myös alkuperäistutkimuksen laatu tulee arvioida. Laadunarvioinnilla pyritään lisäämään kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta, mutta myös tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjaamaan tulosten tulkintaa ja määrittämään vaikutusten voimakkuutta. (Kontio & Johansson 2007, 101.)

Tutkimukset olivat laadultaan eritasoisia. Osassa tutkimuksia tulokset ovat yleistettävissä, mutta suurimmassa osassa päädytään siihen, että aihetta on tutkittava vielä lisää ennen kuin tuloksia voidaan yleistää. Kuitenkin yhdeksän kahdestatoista tutkimuksesta osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan ainakin jossain määrin hyvä ja käyttökelpoinen mini-interventiomenetelmä potilaiden päihteiden käytön vähentämisessä.

7.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää mitä on motivoiva terveysneuvonta ja miten sitä voidaan hyödyntää päihdehoitotyössä. Tarkoitus oli selvittää miten motivoivaa terveysneuvontaa voidaan hyödyntää alkoholiongelmaisten, tupakoitsijoiden ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitotyössä. Tarkoitus oli selvittää onko motivoiva terveysneuvonta tehokas hoitokeino päihdehoitotyössä. Tämä opinnäytetyö toteutettiin tekemällä systemaattinen kirjallisuuskatsaus motivoivan terveysneuvonnan hyödynnettävyydestä.

Tutkimustulokset osoittivat, että motivoivaa terveysneuvontaa ei ole vielä tutkittu riittävästi ja sitä käytetään vielä suhteellisen vähän. Etenkään kotimaisia tutkimuksia aiheesta ei löytynyt. Myös aiempien tutkimusten tulokset motivoivan

terveysneuvonnan hyödyistä olivat osin ristiriitaisia. Erityisesti alkoholiongelmaisen hoitotyössä tulokset olivat ristiriitaiset. Kuitenkin suurin osa tutkimuksista osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan hyödyllinen menetelmä päihteiden käytön vähentämisessä.

Alkoholiongelmaisten potilaiden hoitotyöstä käsittelevistä tutkimuksista kolmessa ei pystytty osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan olevan hyödyllinen menetelmä alkoholin käytön vähentämisessä. Barnett'in ym. (2010) tutkimuksessa ei pystytty varsinaisesti osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan hyötyjä, vaikkakin osa potilaista siitä hyötyikin. Hulsen ja Taitin (2003) tutkimuksessa ei pystytty osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan hyödynnettävyyttä psykiatrisilla potilailla. Myöskään Saitzin ym. (2007) tutkimuksella ei pystytty todistamaan, että motivoiva terveysneuvonta toimisi paremmin ainakaan sairaalahoitossa olevilla potilailla.

Neljä tutkimusta kuitenkin osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan hyödyllinen, mutta ei aivan yksiselitteisesti. Beckhamin (2007) tutkimuksessa osoitettiin motivoivan terveysneuvonnan hyödyllisyys. Ehrlich ym. (2006) osoittivat tutkimuksessaan, että opiskelijat hyötyivät motivoivasta terveysneuvonnasta opiskelijaterveydenhuollossa. The project CHOICES intervention research group (2003) osoitti tutkimuksellaan, että raskaana olevat naiset hyötyivät motivoivasta terveysneuvonnasta ja, että myös luotettavien ehkäisykeinojen käyttö naisilla lisääntyi, koska he eivät halunneet altistaa sikiötä alkoholille. Myös Wachtelin ja Stanifordin (2010) kirjallisuuskatsaus osoitti motivoivan terveysneuvonnan olevan vaikuttavin mini-interventio menetelmä alkoholihaittojen vähentämisessä nuorilla.

Erityisesti motivoivasta terveysneuvonnasta edellä mainittujen tutkimusten mukaan hyötyivät nuoret ja raskaana olevat naiset. Tämä osoittaa, että motivoiva terveysneuvonta voisi olla hyödyllinen menetelmä alkoholin käytön vähentämisessä erityisesti potilailla, jotka ovat alttiita alkoholin aiheuttamille terveyshaitoille. Tutkimustietoa aiheesta tarvitaan kuitenkin vielä lisää.

Tupakasta vieroittautumista käsitteli kolme aiempaa tutkimusta. Myös tupakasta vieroittautumisessa oli ristiriitaisia tutkimustuloksia. Davisin ym. (2010) tutkimuksessa ei pystytty osoittamaan motivoivan terveysneuvonnan toimivan paremmin kuin verrokinryhmällä. Karatayn ym. (2010) ja Thyrian ym. (2008) alkuperäistutkimuksissa osoitettiin motivoivan terveysneuvonnan vaikuttavuus. Molemmissa tutkimuksissa tupakointi ei kuitenkaan vähentynyt aivan odotetulla tavalla. Eniten motivoivasta terveysneuvonnasta näyttivät hyötyvän raskaana olevat naiset Karatayn ym. (2010) tutkimuksessa.

Tupakasta vieroittautumista käsittelevissä tutkimuksissa osoitettiin, että motivoiva terveysneuvonta olisi hyödyllinen menetelmä, jolla voitaisiin motivoida potilasta savuttomuuteen. Lisää tutkimuksia aiheeseen liittyen olisi hyvä vielä kuitenkin toteuttaa.

Kaksoisdiagnoosipotilaat näyttävät tämän opinnäytetyön mukaan hyötyvän motivoivasta terveysneuvonnasta. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksia oli vain kaksi, joskin toinen niistä oli laaja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Cleary ym. (2008) osoittivat kirjallisuuskatsauksessaan motivoivan terveysneuvonnan kaikkein vaikuttavimmaksi menetelmäksi kun verrattiin useita eri terapia-
muotoja päihteiden käytön vähentämiseksi. Bakerin ym. (2002) tekemässä tutkimuksessa päihteiden käyttö väheni motivoivan terveysneuvonnan avulla hie-
man enemmän kuin verrokkiryhmällä. Nämä tutkimustulokset olivat kuitenkin ristiriidassa Hulsen ja Taitin (2003) tutkimustulosten kanssa, jossa oli tutkittu alkoholin käyttöä psykiatrisilla potilailla. Lisätutkimuksia on tarpeen kuitenkin vielä tehdä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

1. Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin motivoivaa terveysneuvontaa alkoholiongelmallisilla potilailla, tupakoitsijoilla ja kaksoisdiagnoosipotilailla. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että motivoivaa terveysneuvontaa on tutkittu paljon päihdehoitotyössä, eri päihteiden käyttäjillä ja erilaisissa hoitoympäristöissä.

2. Kirjallisuuskatsauksen perusteella motivoivasta terveysneuvonnasta hyötyivät eniten alkoholiongelmallisista potilaista nuoret ja raskaana olevat naiset ja tupakoitsijoista raskaana olevat naiset. Kaksoisdiagnoosipotilaat hyötyivät motivoivasta terveysneuvonnasta.

3. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvisi, että motivoiva terveysneuvonta on vaikuttava menetelmä päihteiden käytön vähentämisessä. Tulokset olivat kuitenkin osittain ristiriitaiset. Siksi tarvittaisiin lisää tutkimustietoa motivoivasta terveysneuvonnasta ja sen hyödynnettävyydestä päihdehoitotyössä. Erityisesti kotimaisia tutkimuksia aiheesta tulisi tehdä.

4. Hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa Suomessa enemmän antamaan potilaalle motivoivaa terveysneuvontaa ja siitä voisi tulla osa terveystarkastuksia. Motivoidun terveysneuvonnan menetelmiä voitaisiin kouluttaa sairaanhoitajille ja lääkäreille täydennyskoulutuksissa sekä jo peruskoulutusvaiheessa.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 2007; 123: 1293-1298.
- Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Viitattu 10.10.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>
- Ahlström, S. 2003. Sosiokulttuurinen tausta ja juomatavat. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 20-28.
- Ahtee, L. 2003. Nikotiini. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 132.
- Baker, A.; Lewin, T.; Reichler, H.; Clancy, R.; Carr, V.; Garrett, R.; Sly, K.; Devir, H. & Terry, M. 2002. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*: 97, 1329-1337.
- Barnett, N.; Apodaca, T.; Magill, M.; Colby, S.; Gwaltney, C.; Rohsenow, D. & Monti, P. 2010. Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*: 105, 452-465.
- Beckham, N. 2007. Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*: 19, 2007, 103-110.
- Britt, E.; Hudson, S. & Blampied, N. 2004. Motivational Interviewing in Health Settings: a review. *Patient Education and Counseling*: 53, 2004, 147-155.
- Cleary, M.; Hunt, G.; Matheson, S. & Walter, G. 2008. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*: 65(2), 238-258.
- Davis, M.; Shapiro, D.; Windsor, R.; Whalen, P.; Rhode, R.; Miller, H. & Sechrest, L. 2010. Motivational interviewing versus perspective advice for smokers who are not ready to quit. *Patient education and counseling*: 83, 129-133.
- Ehrlich, P.; Haque, A.; Swisher-McClure, S. & Helmkamp, J. 2006. Screening and brief intervention for alcohol problems in a university student health clinic. *Journal of American college health*: vol. 54, no. 5, 279- 287.

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

Hulse, G. & Tait, R. 2003. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*,: 98, 1061-1068.

Huttunen, M. 2010. Päihde- ja huumeriippuvuus. Viitattu 12.10.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414&p_haku=p%E4ih*

ImPrim 2011. ImPrim-esite.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. 3-9.

Karatay, G.; Kublay, G. & Emiroğlu, O. 2010. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*: 66(6), 1328-1337.

Kiianmaa, K. 2003, Alkoholi. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 120.

Kiianmaa, K. & Hyytiä, P. 2003 . Päihteiden vaikutusten neurobiologinen perusta. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 110-119.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksen laatuun. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. 101-108.

Käypähoito 2006. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki.

Käypähoito 2006. Huumeongelman hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki.

Käypähoito 2011. Alkoholiongelman hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. 2.

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Levensky, E.; Forcehimes, A.; O'Donohue, W. & Beitz, K. 2007. Motivational Interviewing, an evidence-based approach to counseling helps patient follow treatment recommendations. *American Journal of Nursing*: 2007, Vol. 107, No 10, 50-58.
- Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing, preparing people for change. Second edition. The Guilford Press. New York.
- Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen lääkäri-lehti* 42/2003, 4245-4236.
- Mustajoki, M. & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 27.9.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147
- Poikolainen, K. 2003. Päähteet ja kansanterveys. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 42-46.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. 46-57.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1989/41
- Saitz, R.; Palfai, T.; Cheng, D.; Horton, N.; Freedner, N.; Dukes, K.; Kraemer, K.; Roberts, M.; Guirriero, T. & Samet, J. 2007. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use. A randomized controlled trial. *Annals of internal medicine*: Vol. 146, No. 3, 167-176.
- Salo-Chydenius, S. 2010. Motivoiva haastattelu/ motivoiva toimintatapa. Viitattu 6.10.2011 <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>.
- Seppä, K. 2003. Mini-interventio. Teoksessa Salaspuro, M.; Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 64-68.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. 58-70.
- THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2007. Päihderiippuvuus. Viitattu 12.10.2011 http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/paihderiippuvuus
- THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2008a. Ympäristön tupakansavu. Viitattu 12.10.2011 http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/ympariston_tupakansavu/

THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2008b. Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. Viitattu 15.10.2011

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_4_2008/tehoa_kaksoisdiagnoosien_hoitoon/

THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2011a. Alkoholijuomien kulutus. Viitattu 6.10.2011 ja 8.10.2011 <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus.htm>

THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2011b. Tupakka. Viitattu 12.10.2011 http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/

Terveysportti. 2009. Tupakoinnin tärkeimmät tunnetut terveyshaitat. Viitattu 8.10.2011 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01104&p_haku=tupakka

Terveysportti. 2010. Tupakoinnin lopettaminen. Viitattu 8.10.2011 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01104&p_haku=tupakka

The Project CHOICES Intervention Research Group. 2003. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*: Vol. 111, No. 5, 1131-1135.

Thyrian, J.; Freyer-Adam, J.; Hannover, W.; Röske, K.; Mentzel, F.; Kufeld, C.; Bischof, G.; Rumpf, H.; John, U. & Hapke, U. 2008. Population-based smoking cessation in women post partum: adherence to motivational interviewing in relation to client characteristics and behavioral outcomes. *Midwifery*: 26, 202-210.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. *Latvia*: Tammi.

Wachtel, T. & Staniford, M. 2010. The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 605-620.

Österberg, E. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholien käyttö Suomessa. Viitattu 3.11.2011 <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa>