

Laura Hyvönen, Enni Janhunen

Naisten terveyttä edistävät menetelmät – alkoholi, tupakointi ja masennus

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suuhygienisti AMK

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Opinnäytetyö

19.11.2015

Tekijä(t) Otsikko	Laura Hyvönen, Enni Janhunen Naisten terveyttä edistävät menetelmät – alkoholi, tupakointi ja masennus
Sivumäärä Aika	42 sivua + 3 liitettä 19.11.2015
Tutkinto	Suuhygienisti (AMK)
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	FT, THM, Lehtori Marjatta Kelo TtM, Lehtori Niina Eklöf
<p>Tämä opinnäytetyö oli osa Metropolia Ammattikorkeakoulun sekä Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) yhteistä Voimaa naisissa – matalapalkkaisten naisten elintaparyhmät -hanketta. Hankkeen kohderyhmänä ovat matalapalkkaiset, keski-ikäiset naiset ja sen tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen menetelmiä, joilla kohderyhmä voi omatoimisesti vaikuttaa terveyteensä.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen kuvailla, minkälaisia menetelmiä on alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä masennusoireiden lievittämiseen. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää omatoimisuuteen painottuvien terveyden edistämisen menetelmien kehittämisen pohjana, ja siten edistää työssäkäyvien matalapalkkaisten naisten terveyttä. Tavoitteenamme oli myös lisätä omaa tietouttamme ajatellen tulevaa suuhygienistin työtämme.</p> <p>Aineisto kerättiin systemaattisella tiedonhauulla Cinahl-, Medic-, Medline- ja PubMed -tietokannoista täydentäen hakua manuaalisesti. Aineistoksemme valikoitui kymmenen englanninkielistä tutkimusta tai artikkelia. Aineistohaku rajattiin vuosien 2005–2015 välille. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulokset osoittivat, että muutokseen valmentaminen, muutoksen tukeminen, hyvän olon lisääminen, teknologian ja luovuuden hyödyntäminen sekä liikunta ovat tehokkaita menetelmiä alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä masennusoireiden lievittämiseen. Opinnäytetyömme perusteella voisi kuitenkin olla tarpeen tutkia eri menetelmiä vielä enemmän sellaisella otoksella, joka edustaisi paremmin niin sanottua tavallista väestöä.</p>	
Avainsanat	Alkoholi, tupakointi, masennus, terveyden edistäminen, menetelmät

Author(s) Title	Laura Hyvönen, Enni Janhunen Methods to Promote Women's Health – Alcohol, Smoking and Depression
Number of Pages Date	42 pages + 3 appendices 19 November 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Oral Hygiene
Instructor(s)	Senior Lecturer, PhD, MNSc Marjatta Kelo Senior Lecturer, MNSc Niina Eklöf
<p>This bachelor's thesis was a part of Voimaa naisissa – matalapalkkaisten naisten elintaparyhmät, which is a joint project between Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and the Trade Union for the Public and Welfare Sectors JHL. The target group in the project is low-income, middle-aged women and its aim is to develop such methods for health promotion that can be used independently by the target group to affect their well-being.</p> <p>The purpose of this study was to describe the methods for reduction of risk consumption of alcohol, smoking cessation and relieving the symptoms of depression. Our goal was to obtain information, which can be use as inspiration for the development of methods of health promotion and additionally increase our own knowledge that we can use in our work as an oral hygienist.</p> <p>Our study was a literature review. Data was gathered both manually and from databases Cinahl, Medic, Medline and PubMed. The material consists of ten studies and articles in English, published in 2005–2015. The data was analyzed by using inductive content analysis.</p> <p>The results showed that coaching for change and supporting the change as well as the use of technology, physical exercise, increasing well-being and utilization of creativity are effective methods for reducing the risk consumption of alcohol, smoking cessation and relieving the symptoms of depression. On the basis of our thesis it is necessary to study the different methods further with a sample that better represents the average population.</p>	
Keywords	Alcohol, smoking, depression, health promotion, methods

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tietoperusta	2
2.1	Alkoholin riskikäyttö ja sen terveyshaitat	2
2.2	Tupakointi ja sen terveyshaitat	4
2.3	Masennus	6
2.4	Terveyden edistäminen	7
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
4	Opinnäytetyön menetelmät	11
4.1	Kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Aineiston keruu	12
4.3	Sisällönanalyysi	14
5	Opinnäytetyön tulokset	16
5.1	Menetelmät alkoholin riskikäytön vähentämiseen	16
5.2	Menetelmät tupakoinnin lopettamiseen	18
5.3	Menetelmät masennusoireiden lievittämiseen	21
6	Pohdinta	24
6.1	Eettisyys	24
6.2	Luotettavuuden arviointi	25
6.3	Tulosten tarkastelu	26
6.4	Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen ja kehitysideat	30
6.5	Oman oppimisprosessin arviointi	31
	Lähteet	34
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku	
	Liite 2. Tutkimusaineistoksi valitut tieteelliset julkaisut	
	Liite 3. Analyysitaulukot	

1 Johdanto

Alkoholinkulutus jatkaa yhä Suomessa kasvuaan ja sen käytöstä aiheutuvat haitat lisäävät kustannuksia yhteiskunnalle (Karlsson – Kotovirta – Tigerstedt – Warpenius 2013: 11, 36–38). Tupakointi aiheuttaa Suomessa merkittävästi syöpää sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksia, ja niistä johtuvia kuolemantapauksia. (Borodulin – Jousilahti 2012).

Mielenterveysongelmat ovat suuri kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen riski. Mielenterveyden ongelmat rajoittavat ihmisen elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä, mikä näkyy enenevässä määrin niin terveydenhuolloissa kuin muillakin palvelusektoreilla. (Aalto ym. 2009: 7, 29.) Yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syy on masennus, ja se on myös kasvattanut merkittävästi sairauspäiväraha-kausien sekä työkyvyttömyyseläkkeiden määrää 1990-luvun loppupuolelta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun sekä Julkisten ja hyvinvointialojen liiton yhteistä Voimaa naisissa – matalapalkkaisten naisten elintaparyhmät-hanketta. Hankkeen kohderyhmänä ovat matalapalkkaiset, keski-ikäiset naiset ja sen tavoitteena on kehittää terveyden edistämisen menetelmiä, joilla kohderyhmä voi omatoimisesti vaikuttaa hyvinvointiinsa. Sitä kautta voidaan kaventaa yhteiskunnassa vallitsevia eri tuloluokkien välisiä terveyseroja sekä edistää kohderyhmän terveyttä ja hyvinvointia. (Rekola 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen kuvailla, minkälaisia menetelmiä on alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä masennusoireiden lievittämiseen. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää omatoimisuuteen painottuvien terveyden edistämisen menetelmien kehittämisen pohjana, ja siten edistää työssäkäyvien matalapalkkaisten naisten terveyttä. Tavoitteenamme oli myös lisätä omaa tietoutta ajatellen tulevaa suuhygienistin työtämme.

2 Opinnäytetyön tietoperusta

2.1 Alkoholin riskikäyttö ja sen terveyshaitat

Alkoholi on nautintoaine, jota valmistetaan sokeripitoisista aineista hiivan avulla käyttämällä. Raaka-aineina voidaan käyttää esimerkiksi viljaa ja perunaa, joiden tärkkelys ensin pilkotaan sokereiksi. (Laakso 1987: 14.) Alkoholijuomat jaetaan mietoihin ja väkeviin siten, että miedossa alkoholijuomassa on korkeintaan 22 tilavuusprosenttia ja väkevässä yli 22 tilavuusprosenttia etyylialkoholia (Valtioneuvoston asetus alkoholilaita 1143/1994 § 3).

Alkoholia käytetään Suomessa, kuten suurimmaksi osaksi muuallakin Euroopassa, pääasiassa päihdyttävän vaikutuksensa vuoksi, ja kulutuksen määrä on yhteydessä vapaa-ajan määrään (Karlsson ym. 2013: 12–14). Tilastot puhuvat sen puolesta, että yksi alkoholinkulutuksen ongelmaryhmä on työikäiset suomalaiset. Vuoden 2012 tilastojen mukaan alkoholisairauden vuoksi sairaalahoidossa olleista yli puolet lukeutui yli 50-vuotiaisiin, ja alkoholisairauksiin tai -myrkytyksiin kuolleista suurin osa oli työssäkäyviä keski-ikäisiä suomalaisia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2014: 31–40.) Tärkeää on myös huomata naisten alkoholin käytön kasvu. Vuosien 1984 ja 2008 välisenä aikana raittiiden osuus 15–69-vuotiaista naisista laski lähes viidenneksen. Myös naisten säännöllisen, vähintään viikoittaisen alkoholinkäytön on huomattu kasvaneen vuoteen 2008 mennessä selkeästi. (Mäkelä – Mustonen – Tigerstedt 2010: 43–45.)

Alkoholi vaikuttaa lamauttavasti pääasiassa keskushermostoon ja näkyy siten erilaisina muutoksina käyttäytymisessä, mielialoissa ja suorituskyvyssä. Vaikutus ilmenee ensisijaisesti humalatilana ja sammumisena, mutta pitkään jatkuneeseen ja runsaaseen käyttöön liittyy myös esimerkiksi muistin ja motoriikan heikkenemistä, kouristusalttiutta, tasapaino- ja koordinaatio-ongelmia sekä pahimmillaan aivovaurion mahdollisuus. (Kii-anmaa – Korpi 1987: 49; Holopainen 2005.) Alkoholin liiallinen käyttö aiheuttaa vakavia terveydellisiä ongelmia (Huttunen 2012a). Vuonna 2013 tehty tilasto suomalaisten kuolinsyistä osoittaa, että alkoholiperäiset sairaudet ja alkoholimyrkytykset olivat työikäisten kuolinsyiden kärkipäässä. Työikäisten miesten keskuudessa alkoholiperäiset kuolemat olivat kolmanneksi yleisin kuolinsyy ja työikäisten naisten alkoholiperäisiä kuolemia oli jopa enemmän kuin rintasyövän aiheuttamia. (Kuolemansyyt vuonna 2013.) Runsas alkoholinkäyttö altistaa tapaturmille, kohottaa verenpainetta ja aiheuttaa psyko-

logisia sairauksia, kuten masennusta, neurologisia sairauksia, ravitsemushäiriöitä sekä sydän- ja verisuonisairauksia. Sillä on yhteys myös syöpään sairastumiseen. Pitkään jatkunut, runsas käyttö kasvattaa esimerkiksi suun, kurkunpään ja ruokatorven syöpäriskiä jopa kolminkertaiseksi ja naisten rintasyövän riskiä jopa puolitoistakertaiseksi. Jo kohtuullinenkin alkoholinkäyttö kasvattaa syöpäriskiä. (Huttunen 2012a.) Alkoholilla on vaikutusta myös hormonitoimintaan. Runsaasti alkoholia käyttävillä vaikutukset näkyvät muun muassa sukupuolihormonien häiriöinä. Miehillä voi esiintyä esimerkiksi impotenssia sekä kivesten surkastumista ja naisilla munasarjojen toimintahäiriöitä sekä hedelmättömyyttä. Erityisesti vaihdevuosi-ikässä olevilla naisilla alkoholi kasvattaa estrogeenipitoisuutta veressä, mikä mahdollisesti selittää rintasyöpäriskin kasvua. Runsaalla alkoholinkäytöllä näyttäisi olevan vaikutusta myös mineraaliaineenvaihduntaan ja sitä kautta osteoporoosiin. (Laitinen – Välimäki 2003: 365–371.)

Alkoholisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, joiden ensisijainen aiheuttaja on runsas alkoholinkäyttö. Yksi tällaisista sairauksista on alkoholiriippuvuus eli alkoholismi. (Huttunen 2012a.) Alkoholismi on krooninen sairaus, jolle tyypillistä on pakonomainen, jatkuva alkoholinkäyttö sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista huolimatta. Yksilön sietokyky alkoholin vaikutuksiin on riippuvuudessa kohonnut ja alkoholinkäytön lopettamista hankaloittavat vieroitusoireet. (Huttunen 2014b.)

Sopivalle alkoholinkäytölle on haastavaa määritellä selkeitä ja tiukkoja rajoja. Alkoholin riskikäytölle on kuitenkin pyritty määrittämään keskimääräisiin arvioihin perustuvat riskirajat, joiden ylittäminen tarkoittaa joko omatoimista tai ammatillista hoitoa vaativaa ongelmallista alkoholin käyttöä. Riskikäytöstä voidaan puhua, mikäli raja-arvot ylittyvät säännöllisesti. Tällöin ei ole vielä syntynyt merkittäviä haittoja eikä riippuvuutta. Terveen aikuisen naisen alkoholin riskikäytön raja-arvot ylittyvät nautittaessa vähintään 16 alkoholiannosta viikossa tai 5 annosta yhdellä käyttökerralla viikoittain. Miehillä vastaavat raja-arvot ovat 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla. Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan Suomessa esimerkiksi 33 senttilitraa keskiolutta, 12 senttilitraa mietoa viiniä tai 4 senttilitraa väkeviä alkoholijuomia. (Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio; Lindroos 2006; Saarto 2005; Seppä 2013.) On huomattava, että todellisuudessa riskikäytön rajat vaihtelevat huomattavasti yksilön ja tilanteen mukaan eikä siksi ole hyvä sokeasti tuijottaa numeerisia raja-arvoja. Raja-arvojen alittaminen ei takaa alkoholihaittojen välttämistä. Jo yksikin voimakas humaltuminen voi vaikuttaa terveyteen sitä heikentävästi. Riskirajat on määritelty terveelle aikuiselle eikä niissä siten ole huomioitu esimerkiksi sitä, että nuorilla, iäkkäämmillä, naisilla, pienikokoisilla ja

lääkekuuria nauttivilla sietokyky voi olla huomattavastikin raja-arvoja matalampi. (Lindroos 2006.) Riskikäytön mahdollisuutta voidaan raja-arvojen lisäksi arvioida myös seuraavien oireiden perusteella: krapula, vatsavaivat, tapaturma-alttius, unihäiriöt ja väsymys, lievä vapina ja tärinä, kohonnut verenpaine, masennus ja ahdistuneisuus (Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio; Lindroos 2006; Saarto 2005; Seppä 2013).

2.2 Tupakointi ja sen terveyshaitat

Tupakka sisältää monia haitta-aineita, kuten nikotiinia, tervaa ja hiilimonoksidia. Haitta-aineiden lisäksi tupakka sisältää lisäaineita, joilla pystytään vaikuttamaan savukkeen makuun, palamistavan säätelyyn sekä estämään tupakan kuivumista. Suomessa tupakkatuotteita ja niiden sisältämiä haitta-aineita valvoo Valvira. (Valvira 2015.)

Naisten tupakointi lisääntyi 90-luvun puoliväliin saakka, jonka jälkeen se lähti hiljalleen laskuun (Borodulin – Jousilahti 2012). Vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa työikäisistä miehistä viidesosa ja naisista alle viidesosa ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Naisten päivittäinen tupakointi lähti kolmen prosentin kasvuun vuoden 2005 jälkeen, mutta muutaman vuoden kuluttua se lähti taas hiljalleen laskuun. Eläkeikäisten naisten tupakoinnin määrä lähti kasvuun 2000-luvun jälkeen. (Tupakkatilasto 2013.)

Tupakkaan jäädyään yleensä koukkuun sen sisältämän nikotiinin vuoksi. Riippuvuus saattaa syntyä jo 100 säännöllisen savukkeen polton jälkeen. Nikotiini imeytyy tupakan-savusta vereen ja sieltä nopeasti aivoihin. Esimerkiksi keskushermostossa, kuten myös muualla elimistössä on reseptoreita, mihin nikotiini tarrautuu ja aiheuttaa tämän vuoksi hyvinolontunteen. Nikotiinin vaikutus on yksilöllinen ja siksi ei voida sanoa, mikä määrä kenelläkin on se sopivin tuomaan nautintoa. (Syöpäjärjestöt 2010.) Nikotiiniriippuvuus tarkoittaa keskushermostoon syntyvää nikotiinireseptorien suuruuden ja aktiiviteetin muutosta, jonka vuoksi tupakoinnin lopettaminen johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Nikotiiniriippuvuus syntyy nopeasti, mutta siinäkin on yksilöllisiä eroja, miten se jokaiseen vaikuttaa. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Tupakkariippuvuus on monialainen riippuvuus, johon ei liity ainoastaan nikotiinin aiheuttama riippuvuus. Se voidaan luokitella fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tapariippuvuuteen. Fyysisen riippuvuuden aiheuttaa nikotiini, joka muuttaa aivojen rakennetta pysyvästi. Sen vuoksi vuosien tauon jälkeen yksikin tupakka saattaa aiheuttaa

uudelleen riippuvuuden. Psykkinen riippuvuus näkyy tunnetiloissa, paikoissa tai erilaisissa tilanteissa, koska olemme tottuneet tupakoimaan juuri näillä hetkillä tai juuri siinä tunnetilassa. Fyysinen riippuvuus vahvistaa psykkinistä riippuvuutta, sillä puolentoista tunnin tupakoimattomuus aiheuttaa vieroitusoireita, jotka taas lievittyvät tupakoimalla. Sosiaalinen riippuvuus näkyy kaveripiirissä. Tupakkatauolla vaihdetaan kuulumisia ja samalla kuulutaan johonkin porukkaan. Se voi tuoda myös paineita, kun muut polttavat ja tarjoavat tupakkaa. Tapariippuvuuteen liittyy tietty tapa toimia joka päivä. Kun polttaa askin tupakkaa päivässä, tulee liikkeitä toistettua monesti samalla tavalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Tupakoinnin huonot vaikutukset terveyteen on osoitettu kiistatta monissa eri tutkimuksissa. Pelkästään Suomessa joka viidennen kuoleman aikuisiällä aiheuttaa tupakointi. Joka kolmas on tupakan aiheuttama syöpäkuolema ja joka viides sydän- ja verenkiertoelinten sairaus aiheutuu tupakoinnista. Tupakointi itsessään vähentää tupakoijan elämää kahdeksalla vuodella. (Patja 2014.) Suomalaisten kuolinsyitä listanneen tilaston mukaan työikäisten miesten yleisimpiä kuolinsyitä ovat verenkiertoelinten sairaudet ja syöpä, ja työikäisenä menehtyneiden naisten kuolema on lähes puolissa kuolemantapauksissa syövän aiheuttama. Miehiin yleisin syöpäsairaus on keuhkosyöpä ja naisillakin se on toiseksi yleisin syöpä. (Kuolemansyyt vuonna 2013.)

Tupakointi vaikuttaa koko elimistöön. Se myös vaikuttaa useiden sairauksien hoitoon vaikeuttaen niiden hoitoa sekä heikentäen parantumista niistä. Naisilla on suurempi riski sairastua tupakkasairauksiin. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.) Jokainen poltettu tupakka kohottaa sykettä, pienentää verisuonia ja kasvattaa verenpainetta, mitkä edesauttavat sydän- ja verisuonitautien syntyä. Keuhkoihin alkaa kerääntyä erilaisia pienhiukkasia ja palamistuotteita, joiden seurauksena värekarvat lamaantuvat ja keuhkojen rakenne rikkoutuu. Tämä aiheuttaa tupakkayskää, hengitysteiden limakalvojen ärsyyntymistä ja liman poistumisen heikentymistä. Se altistaa hengitysteiden tulehdukseen, krooniseen keuhkoputkentulehdukseen ja jopa keuhkoastma- ja keuhkoastma- tauteihin. Tupakointi on tärkein syöpätautien riskitekijä. Se yhdistetään erityisesti keuhko- ja kurkunpään syöpiin, mutta on yhteydessä myös muun muassa suuontelo-, nielu- ja kohdunkaulansyöpään. Tupakointi heikentää veren hyytymistä, kiihdyttää ihon elastaanien hajoamista, ärsyttää ruokatorven sulkijaa ja heikentää ihon sekä silmän linssin joustavuutta. Kun savukkeiden määrä toistuu jatkuvasti, suun limakalvot muuttuvat vaaleammiksi, hampaiden kiinnityskudokset huononevat ja väri hampaissa muuttuu. Aivojen hermosolut alkavat muuttua tupakoinnin myötä ja nikotiinille herkäksi tul-

leet solut sekä reseptorit kasvavat ja herkistyvät. Nikotiinia hajoaa kokoajan maksassa, jonka vuoksi lääkehoidon teho voi muuttua. Myrkyjä elimistöön erittävät munuaiset ja sen vuoksi ne ovatkin vaarassa vahingoittua. Lisäksi tupakointi on yhteydessä muun muassa osteoporoosin, mahahaavan ja impotenssin syntyyn sekä vaihdevuosien varhaisempaan alkamiseen. (Pietilä 2003: 421–422; Tupakan terveystaitat nyt ja tulevaisuudessa 2009.)

2.3 Masennus

Masennus eli depressio on mielenterveyden häiriö. Se on toimintakykyä lamaava monitekijäinen sairaus, jonka oireet ja syntyyn vaikuttavat tekijät ovat moninaisia. Meillä jokaisella voi olla ohimeneviä mielialan vaihteluja ja alakulon tunteita, mutta harvalla ne johtavat sairauteen asti. Tunnetilan jatkuessa pidempään voidaan puhua sairaudeksi luokiteltavasta masennustilasta. (Heiskanen – Huttunen – Tuulari 2011: 7–8; Melartin – Vuorilehto 2009: 29.)

Masennuksen kehittymisen taustalla on perinnöllistä ja hankittua biologista alttiutta sekä psykologisia että sosiaalisia riskitekijöitä. Menetykset ja epäonnistumisen kokemukset ovat usein keskiössä masennustilassa ja usein masennuksen laukaisevatkin esimerkiksi muutokset elämässä. Myös pitkään jatkunut stressi voi olla masennukseen altistava tekijä. Sairautena masennus näkyy apeutena, uupumuksena, alavireisyytenä ja toivottomuuden tilana, joka haittaa päivittäistä elämää ja ihmissuhteita. Masennukseksi ei luokitella normaalia reaktiota, joka tulee esimerkiksi läheisen ihmisen menetyksestä. Masennus on todella yleinen sairaus ja sitä voidaan jo kutsua kansansairaukseksi, sillä joka viides suomalainen sairastuu siihen elämänsä aikana. Naisilla sairastuminen on yleisempää kuin miehillä. (Heiskanen – Huttunen – Tuulari 2011: 7–9; Melartin – Vuorilehto 2009: 29–30.) Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyteen on vaikutusta myös heikommalla tulotasolla. Matalatuloisista vajaalla viidenneksellä on diagnosoitu masennus- tai ahdistushäiriöitä ja matalapalkkaisilla naisilla on kaksinkertainen riski sairastua verrattuna hyvätuloisiin. (Ahola – Pirkola – Suvisaari – Virtanen 2010: 16.)

Tautiluokitus ICD-10:ssä masennustilojen keskeisimmät muodot jaetaan masennustiloihin sekä toistuvaan masennukseen. Masennuksen vaikeusaste määritellään oireiden lukumäärän mukaisesti lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi. Lievässä masennustilassa potilas kokee subjektiivista kärsimystä, mutta toimintakyky ei yleensä heikkene. Keskivaikeassa masennustilassa esiintyy selvää toimintakyvyn heikkenemistä ja vaike-

assa masennustilassa tarvitaan usein ulkopuolista apua päivittäisiin toimintoihin. Jotta diagnoosi voidaan tehdä, täytyy vähintään neljän oireen kymmenestä esiintyä päivittäin yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan. Lievässä masennustilassa esiintyy 4–5 oiretta, keskivaikeassa 6–7 oiretta ja vaikeassa 8–10 oiretta. (Depressio 2014.) Oireiden perusteella voidaan määritellä myös erilaisia masennustiloja, kuten melankoliset depressiot ja epätyypilliset depressiot (Huttunen 2014a). Masennustilaksi luokitellaan myös erityisesti pimeinä aikoina oireileva vuodenaikamasennuksen alamuoto kaamosmasennus, joka oireilee muun muassa lisääntyneenä unen tarpeena ja väsymyksenä sekä kasva-neena ruokahaluna. Kaamosmasennuksen oireet usein iän myötä voimistuvat ja naisilla esiintyvyys on yleisempää. (Depressio 2014; Huttunen 2014a, Huttunen 2014c; Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2012: 98.)

Mielenterveys on voimavara, tärkeä osa yksilön terveyttä ja hyvinvointia. Erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät voivat vaikuttaa mielenterveyteen sekä edistävästi että heikentävästi. Sisäisiä, mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä itsetunto, vuorovaikutustaidot, terveellinen ruokavalio ja hyvä fyysinen terveys. Ulkoisia suojaavia tekijöitä voivat olla hyvä sosiaalinen tuki eli ystävät, työ tai turvallinen elinympäristö. Mielenterveyden riskitekijöitä voivat olla vastaavasti itsetunnon puute, huonot ihmissuhteet, päihteet, työttömyys sekä syrjäytyminen. (Depressio 2014; Vernerinen 2014.)

Masennuksella on molemminpuolinen yhteys sekä alkoholin käytön että tupakoinnin kanssa. Runsas alkoholin käyttö ja tupakointi altistavat masennukselle ja vastaavasti masennus herkistää alkoholin käyttöön ja tupakointiin. Erityisesti tupakoinnin osalta on huomattu masennuksen liittyvän nikotiiniriippuvuuteen. Masentuneella tupakointi etenee todennäköisemmin nikotiiniriippuvuudeksi ja tupakoinnin lopettamisen yhteydessä riski masennustilan syntymiseen on suuri. (Niemelä 2011: 265–271.)

2.4 Terveyden edistäminen

Oma ja läheisten terveys on ihmisten yleisimpiä toiveita. Terveysteen vaikuttavat muuan muassa elinympäristö, yksilön valinnat esimerkiksi elintapojen suhteen, ihmisten välinen sosiaalinen tuki, tiedot sekä osaaminen. Terve väestö on tärkeä myös valtiolle, sillä se on edellytys taloudelliselle kasvulle ja kilpailukyvyille. Terveysteen edistämisen tärkeys onkin huomattu valtion ylimmässä johdossa, sillä viimeisten 15 vuoden aikana se on ollut keskiössä kansanterveysohjelmassamme ja kansanterveyden edistäminen on edelleen merkittävä kärkihankkeeksi nykyisen hallituksen hallitusohjelmassa. (Ratkai-

sujen Suomi 2015: 20–21; Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta 2001: 3–9.)

Terveyden edistäminen on käsitteenä laaja ja monialainen kokonaisuus. Terveyden edistämällä tarkoitetaan ihmisten terveyttä sekä hyvinvointia edistävää ja sairauksia ehkäisevää tavoitteellista ja välineellistä toimintaa, joka koostuu promootiosta ja preventiosta. Terveyden edistämisen tuloksena sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät vahvistuvat, elämäntavat muuttuvat terveellisemmiksi ja terveyspalvelut kehittyvät, mikä näkyy niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnankin tasolla parantuneena terveytenä ja hyvinvointina. (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 7.)

Promootio ja preventio ovat terveyden edistämisen eri näkökulmia. Promootiolla pyritään luomaan selviytymistä tukevia ja auttavia elinoloja sekä kokemuksia jo ennen ongelman tai sairauden syntyä. Terveyden edistämisen tarkoituksena on promootionäkökulman mukaan säilyttää ja vahvistaa terveyttä suojaavia ulkoisia sekä sisäisiä tekijöitä, kuten terveellisiä elämäntapoja, positiivista asennetta, hyviä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, hyviä sosiaalisia verkostoja ja taloudellista toimeentuloa. (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 12–15.) Promootion ollessa voimavaralähtöistä on preventio ongelma-lähtöistä sairauksien ehkäisyä terveyskasvatuksen keinoin. Sen tavoitteena on tietoa lisäämällä tähdätä käyttäytymisen muutokseen. Preventio voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaaripreventio on sairauksia ennaltaehkäisevää toimintaa, sekundaaripreventio sairauden pahenemisen estämistä poistamalla riskitekijä tai vähentämällä sen vaikutusta ja tertiaaripreventio on toimintakyvyn lisäämistä sekä olemassa olevien sairauksien ja niiden oireiden vähentämistä. (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 15–16.)

Elintavat omaksutaan usein hyvin varhaisessa vaiheessa elämänkaarta, mutta niihin voidaan vaikuttaa pitkin elämää. Elintavoilla on suuri merkitys ihmisen terveydelle, sillä terveelliset valinnat edesauttavat merkittävästi terveyttä ehkäisemällä sairauksien syntyä. (Huttunen 2012b.) Terveellisiä elintapoja edistävien menetelmien hyödyntämisen voidaankin sanoa olevan osa laaja-alaisempaa terveydenedistämistoimintaa. Tässä työssä pyrimme kuvaamaan sellaisia elintapoja ja terveyttä edistäviä menetelmiä, joissa pääpaino olisi omahoidossa. Omahoidolla tarkoitetaan oma-aloitteista sairauden ja terveyden hoitoa (MOT Kielitoimiston sanakirja 2015). Potilas itse toteuttaa yhdessä ammattihenkilön kanssa suunniteltua ja elämäntilanteen mukaisesti valikoitua näyttöön perustuvaa hoitoa ottaen vastuun ratkaisuisistaan. Omahoidolla on myönteinen vaikutus

potilaan elämänlaatuun ja sairastavuuteen, ja se vähentää tarvetta käyttää terveydenhuollon palveluita ja sairaalahoitoa. (Pitkälä – Routasalo 2009: 5–6.)

Käypä hoito -suositukset ohjaavat perusterveydenhuollon henkilöstöä niin alkoholiongelman, tupakkariippuvuuden kuin masennuksenkin hoidossa. Suositusten keskeisimpinä tavoitteina ovat ongelmien varhainen tunnistaminen, tiedon lisääminen, hoidon tehostaminen ja selkeyttäminen sekä vaikuttavien hoitomuotojen käytön edistäminen. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011; Depressio 2014; Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Alkoholiongelmaisen hoidossa pyritään löytämään riskikäyttäjät jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa lyhytneuvonnan eli mini-intervention avulla. Sen on todettu olevan tehokas keino alkoholin liiallisen kulutuksen vähentämiseksi ennen alkoholiriippuvuuden syntyä. Terveystieteissä voidaan käyttää alkoholiongelman hoitoon sekä psykososiaalisia että lääkkeellisiä hoitomuotoja. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot luovat perustan alkoholiriippuvuuden hoitoon. Niissä keskeistä on tiedonanto, vuorovaikutus, potilaan motivointi ja hoitoon sitouttaminen. Lisäksi keskiössä on toiminta esimerkiksi erilaisissa terapiavaihtoehtoissa, kuten yksilö- ja ryhmäterapiassa tai luovuutta hyödyntävässä kuvataide- ja musiikkiterapiassa. Edellä mainittujen lisäksi psykososiaalisiin hoitomuotoihin lukeutuvat vertaishoito sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia, jossa tarkoituksena on muuttaa toiminta- ja ajattelutapoja esimerkiksi harjoitustehtävien avulla. Lääkehoitoa voidaan käyttää psykososiaalisen hoidon rinnalla parantamaan tulosta. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011.)

Tupakoinnin lopettaminen on koko elämänmittainen prosessi ja siihen on motivoituttava täysin. Tupakasta vieroittamisessa ja siihen tähtäävässä toiminnassa on tärkeää olla välittävä, ymmärtävä sekä empaattinen. Vieroittaminen onnistuu siten, että lopettajaa tuetaan ja rohkaistaan. Väestö- sekä yhteisötasolla on erilaisia menetelmiä, joiden avulla voi onnistua lopettamaan tupakoinnin. On erilaisia opaslehtisiä ja neuvontapuhelinpalveluita, jotka auttavat omaehtoista lopettajaa. Niistä saa helposti ja nopeasti apua, jos on motivoitunut lopettaja. Myös yksilöllisesti muodostetusta kirjallisesta materiaalista sekä Internet- ja tekstiviestituksesta on havaittu olevan apua tupakoinnin lopettamisessa. Ryhmäohjaus on monipuolinen, tarkasti suunniteltu, joustava sekä ryhmän tarpeet huomioon ottava menetelmä. Se on tehokkaampi menetelmä tupakoinnin lopettamiseen kuin opasmateriaali, sillä se on räätälöity juuri tietylle ryhmälle. Yksilöohjausta voi käydä monella eri tasolla. Lääkäriin toteuttamat lyhyet, lopettamiseen tähtäävät kes-

kustelut ovat osoittautuneet tehokkaiksi, sillä tapaamisia voi olla useita ja intervention tehoon voi kukin itse vaikuttaa. Myös sairaanhoitajat ja suun terveydenhuollon ammattilaiset voivat toteuttaa yksilöllistä tupakasta vieroitusta. Tupakoinnin lopettamisen tueksi on myös lääkkeellisiä hoitomuotoja. Vieroituslääkkeet ovat reseptivalmisteita, joita ei suositella alle 18-vuotiaille. Toinen lääkkeellinen hoitomuoto on nikotiinikorvaushoito, joka korvaa tupakasta saatavan nikotiinin. Sen avulla voidaan välttyä tai ainakin vähentää vieroitusoireita tupakoinnin lopettamisen yhteydessä. Nikotiinikorvaushoidossa nikotiinin pitoisuus veressä jää aina pienemmäksi kuin tupakoitaessa. Nikotiinikorvaushoito on reseptivapaa itsehoitolääke. Muita erilaisia motivointia lisääviä ja vieroitusoireita helpottavia hoitomuotoja ovat esimerkiksi häkämittaukset, spirometria, liikunta sekä sosiaalinen tuki. Jokaisen tulee siis valita itselleen sopivin vieroitusmuoto, sillä ne kaikki edistävät tupakoinnista irrottautumista. (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.)

Masennuksen akuuttivaiheen hoidon tavoite perusterveydenhuollossa on oireettomuus, jolloin käytetään pääsääntöisesti lääkkeellisiä hoitoja sekä psykoterapian eri muotoja joko erikseen tai yhdistettynä. Lääkehoito on kaikissa masennuksen vaikeusasteissa hyödyllinen, mutta erityisesti vaikeassa masennuksessa lähes välttämätön. Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa lääkehoito on hyödyllinen ja tarpeellinen, mutta sen sijasta voidaan käyttää myös psykoterapiaa yksinään. Psykoterapia yhdistettynä lääkehoitoon on havaittu olevan kuitenkin huomattavasti tehokkaampi kuin kumpikaan yksinään, joten molempien hyödyntäminen on suositeltavaa. Lääkehoitoa käytetään myös akuuttivaiheen jälkeen jatkohoidossa oireiden uusiutumisriskin vuoksi. Terveysthuollossa hyödynnetään lääkkeellistä hoitoa myös pidempikestoisena hoitona uusiutumisen ehkäisemiseen erityisesti niillä, jotka ovat sairastaneet toistuvasti vähintään keskivaikeaa masennusta. Osaksi hoitoa kuuluu aina psykoedukaatio eli sairauteen ja sen hoitoon liittyvän tiedon lisääminen. Psykoterapian ja lääkehoidon lisäksi terveydenhuolto voi hyödyntää masennuksen hoidossa tarpeen mukaan sähköhoitoa, kirkasvalohoitoja, transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa sekä neuromodulaatiohoitoa. Myös liikuntaa suositellaan perushoitoa täydentävänä, mutta sen ei kuitenkaan nähdä riittävän ainoana hoitomuotona. (Depressio 2014).

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Yksilön sosioekonominen asema on yhteydessä vahvasti terveydentilaan. Alempi koulutus- ja tulotaso ovat yhteydessä alhaisempaan elinajanodotteeseen sekä suurempaan sairastavuuteen. Alkoholien käyttö, tupakointi sekä masennukseen sairastuminen ovat yleisempiä heikommassa sosiaalisessa asemassa olevilla. Erityisesti naiset kärsivät masennusoireista enemmän. (Karisto – Lahelma 2005; Koskinen – Lahelma – Martelin 2005.) Suomen terveystalouden on jo pitkään tavoitellut väestön hyvää terveyttä ja terveyserojen kaventamista (Lehto – Melkas – Saarinen – Santalahti 2005). Nykyinen Sipilän hallitus painottaa hallitusohjelmassaan terveyden edistämistä sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamista. Painopiste on ennaltaehkäisyssä ja asiakaslähtöisissä palveluissa. Tavoitteena on lisäksi tukea yksilön vastuunottoa terveydestään ja elintavoistaan sekä mahdollistaa eri elämäntilanteisiin soveltuvia vaihtoehtoja. Terveysteknologian ja sähköisten palveluiden hyödyntämistä esimerkiksi omahoidossa ja neuvonnassa korostetaan. (Ratkaisujen Suomi 2015: 18–21.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen kuvailla, minkälaisia menetelmiä on alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä masennusoireiden lievittämiseen. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää omatoimisuuteen painottuvien terveyden edistämisen menetelmien kehittämisen pohjana, ja siten edistää työssäkäyvien matalapalkkaisten naisten terveyttä. Tavoitteenamme oli myös lisätä omaa tietoutta ajatellen tulevaa suuhygienistin työtämme.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia menetelmiä on naisten alkoholin riskikäytön vähentämiseen?
2. Minkälaisia menetelmiä on naisten tupakoinnin lopettamiseen?
3. Minkälaisia menetelmiä on naisten masennusoireiden lievittämiseen?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Hoitoalalta on tuotettu jo pitkään runsaasti erilaista tietoa eri muodoissa (Tähtinen 2007:10). Kirjallisuuskatsaukset ovat saaneet jalansijaa terveys- ja lääketieteessä, jotta

löydettäisiin korkealaatuisia tutkimustuloksia ja edistettäisiin näyttöön perustuvaa toimintaa. Kirjallisuuskatsauksella saadaan tietoa tutkimuskysymykseen vastaavista aiemmista tutkimuksista ja tuloksista. (Johansson 2007: 3–4; Leino-Kilpi 2007: 2.)

Kirjallisuuskatsaus voi olla osa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusta, mutta myös itsenäinen, tieteellinen tutkimusmenetelmä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 91–97). Prosessina se on monivaiheinen, joka lähtee liikkeelle aiheen päättämisestä ja ilmiön kuvaamisesta. Tämän jälkeen tehdään tutkimussuunnitelma, jossa määritellään tutkimuskysymykset, ja niiden pohjalta aloitetaan tutkitun tiedon hakeminen eri tietokannoista valitun menetelmän mukaisesti. Hakua voidaan täydentää manuaalisella haulla. Aineisto valitaan ennalta määriteltujen valintakriteerien mukaan ja lopuksi se analysoidaan, tuloksia yhdistellään ja raportoidaan. Karkeimmillaan kirjallisuuskatsaus voidaan ajatella kolmivaiheisena prosessina, jonka ensimmäinen vaihe on suunnittelu. Suunnitteluvaiheessa keskitytään aiemman tutkimustiedon tarkasteluun, katsauksen tarpeellisuuden määrittämiseen ja tutkimussuunnitelman tekemiseen. Toisessa vaiheessa hankitaan tutkimussuunnitelman mukaisesti tutkimukset katsausta varten, analysoidaan ne sisällöllisesti sekä laadullisesti, ja yhdistetään niistä saadut tulokset. Lopuksi tulokset raportoidaan ja tehdään johtopäätöksiä tutkitusta aiheesta. (Johansson 2007: 5–7.)

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsausta tehdessä on syytä olla kriittinen aineistoa kohtaan. Tutkimuksia valitessa on syytä pohtia niiden ikää ja pyrkiä valitsemaan uusimpia tutkimuksia. Työn luotettavuuden lisäämiseksi on syytä käyttää vain alkuperäislähteitä välttääkseen siirtämistä toisen käden lähteen mahdollisia virhetulkintoja eteenpäin. Lisäksi on oltava lähdekriittinen ja valittava mahdollisimman laadukkaita tieteellisiä julkaisuja. Otoskoon ja sen valintatapaan on tarpeellista kiinnittää huomiota, sillä liian pieni otoskoko tai yksipuolinen valintatapa eivät takaa tulosten yleistettävyyttä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 92–93.)

Aineiston valintakriteereiksi määriteltiin suomen- tai englanninkieliset alkuperäistutkimukset tai tieteelliset artikkelit ja julkaisut vuosilta 2005–2015. Tullakseen valituksi tutkimuksen tuli sen vastata tutkimuskysymykseen ja käytettyjen menetelmien tuli osoittaa näyttöä tehokkuudestaan. Valinnan ulkopuolelle rajattiin tutkimukset, joissa ei ollut mukana naisia. Mukaan ei myöskään kelpuutettu tutkimuksia, jotka kohdistuivat raskaana

oleviin tai pitkäaikaissairaisiin, lukuun ottamatta alkoholismia ja masennusta sairastavia. Emme sulkeneet pois tutkimuksia, joissa osallistujat saivat lisänä lääkkeellisiä hoitoja, mutta olemme huomioineet sisällönanalyyysissä vain lääkkeettömät menetelmät. Tiedonhaku tehtiin systemaattisesti eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä (Liite 1) käyttäen relevantteja tietokantoja, kuten Medic, Cinahl PubMed ja Medline. Täydensimme hakua myös manuaalisesti, esimerkiksi hyödyntämällä jo löydettyjen artikkelien lähdeviitteitä.

Valintakriteerit olivat

- Alkuperäistutkimus, tieteellinen artikkeli tai julkaisu
- Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen
- Tutkimus on julkaistu vuosien 2005–2015 välillä
- Suomen- tai englanninkielinen tutkimus
- Abstrakti ja kokoteksti saatavilla
- Tutkimustulosten tuli osoittaa näyttöä menetelmien tehokkuudesta

Poissulkukriteerit

- Tutkittavissa ei naisia
- Tutkimus kohdistui raskaana oleviin tai muihin pitkäaikaissairaisiin, lukuun ottamatta alkoholismia ja masennusta

Tiedonhaun jälkeen aineistoa käytiin ensin läpi otsikkotasolla, sitten tiivistelmätasolla ja viimeiseksi luettiin aineistot kokonaan. Jokaisessa vaiheessa aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymyksen perusteella valinta- sekä poissulkukriteerit huomioiden. Aineistoa, joka ei vastannut tutkimuskysymykseen tai täyttänyt kriteereitä, ei otettu seuraavassa vaiheessa enää käsittelyyn. Koko tekstin perusteella läpikäytäväksi valikoitui yhteensä 17 tutkimusartikkelia. Viimeisen tarkastelun ja kaksoiskappaleiden poiston jälkeen aineistoksi valikoitui 10 englanninkielistä tutkimusartikkelia tai tieteellistä julkaisua, joista kolme käsitteli alkoholin riskikäytön vähentämistä, neljä tupakoinnin lopettamista ja kolme masennusoireiden vähentämistä. Tiedonhaku on kuvattu taulukkomuodossa liitteessä 1.

Valitusta aineistosta kolme tutkimusta oli toteutettu Alankomaissa, yksi Norjassa, neljä Yhdysvalloissa ja kaksi Suomessa. Kuudessa tutkimuksessa myös verrokkiryhmillä käytettiin tutkimuskysymyksiimme vastaavia ja kriteereidemme mukaisia menetelmiä,

jotka otimme mukaan sisällönanalyysiin. Tutkimusartikkeleiden perustiedot ja tutkimuskysymysten kannalta keskeiset päätulokset taulukoitiin (Liite 2).

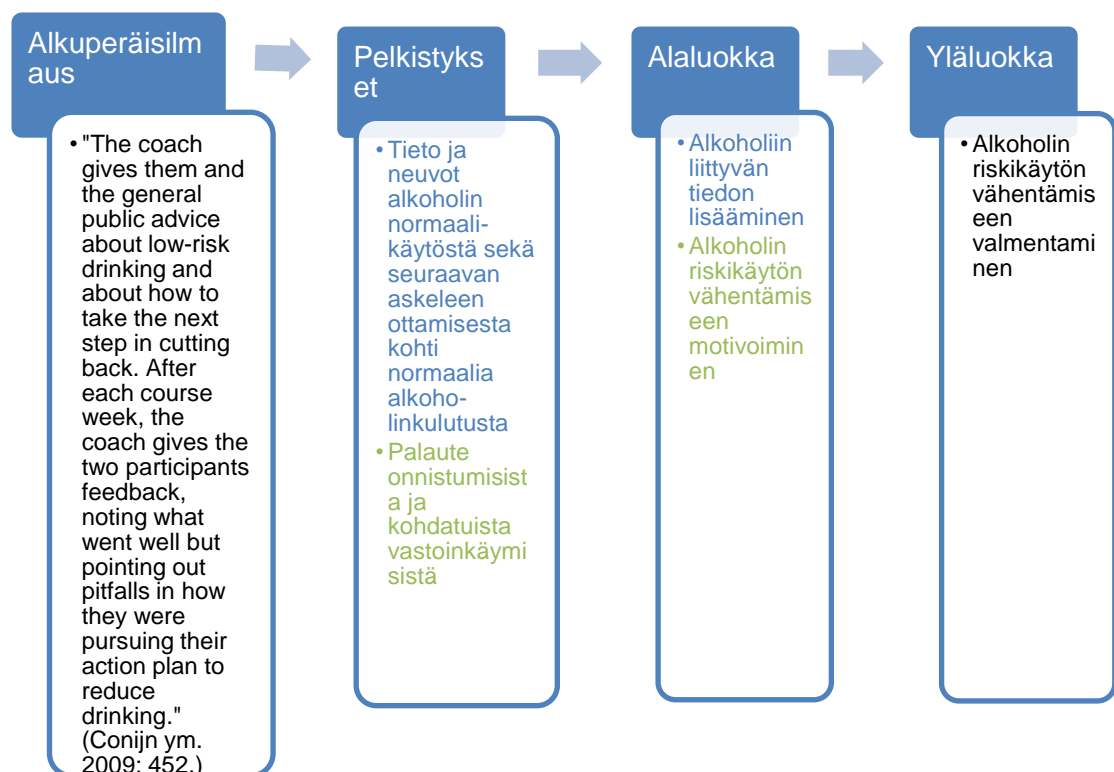
4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on yksi perusanalyysimenetelmistä, jota käytetään usein laadullisten tutkimusten menetelmissä ja lähestymistavoissa. Lisäksi sisällönanalyysia käytetään usein hoitotieteen tutkimuksissa, johon se onkin saavuttanut tärkeän jalansijan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165–166.) Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Erilaisia dokumentteja ovat esimerkiksi kirjat, artikkelit tai haastattelut. Analyysimenetelmän avulla pyritään tekemään dokumenteista havaintoja ja saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetysti ja yleisesti. (Janhonen – Nikkonen 2001: 21–23; Sarajärvi – Tuomi 2009: 103.)

Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöinen eli induktiivinen tai teorialähtöinen eli deduktiivinen. Analyysissä voidaan myös keskittyä joko aineiston ilmi- tai piilosisältöihin. Induktiivisessa analyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Induktiivinen analyysi on konkreettisesta käsitteellisempään näkemykseen etenevää tulkintaa ja päättelyä. Deduktiivinen analyysi perustuu aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla teoria, ja siinä tarkastellaan teorian näkymistä konkreettisesti. Teorialähtöinen sisällönanalyysi alkaa analyysirungon muodostamisesta. Tämä runko saa olla väljä, jolloin se mahdollistaa erilaisten kategorioiden muodostamisen aineistosta noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Janhonen – Nikkonen 2001: 24; Sarajärvi – Tuomi 2009: 107–117.)

Sisällönanalyysi on vaiheittainen prosessi, jossa valitaan ensin analyysiyksikkö, aineistoon tutustutaan ja se pelkistetään, pelkistetty aineisto luokitellaan ja tulkitaan sekä viimeisimpänä arvioidaan luotettavuus (Janhonen – Nikkonen 2001: 24). Analyysiyksiköksi voidaan valita esimerkiksi yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tutkittavasta aineistosta kirjataan tutkimuskysymykseen vastaavia, valitun analyysiyksikön mukaisia ilmauksia, jolloin puhutaan aineiston pelkistämisestä. Pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joiden perusteella ne ryhmitellään. Samankaltaisista ilmaisuista koostuvat ryhmät nimetään niitä kuvaaviksi alaluokiksi. Yhteneväiset alaluokat vielä abstrahoidaan eli yhdistellään yläluokkiin. (Janhonen – Nikkonen 2001: 26–29).

Analysoimme aineistoa induktiivisesti keskittyen niin sanottuun ilmissisältöön eli varsinaiseen sisältöön. Halusimme välttää päättelmissen rivien välistä, joten huomioimme vain aineistossa selkeästi esiintyneet käsitteet ja ilmaisut. Analyysiyksikön valitsimme opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti ja analyysiyksiköksi valikoituvat esimerkiksi alkuperäislauseet ja ajatuskokonaisuudet. Keräsimme analyysiyksiköt taulukkoon, jonka jälkeen samankaltaisia analyysiyksiköitä ryhmiteltiin käyttäen apuna eri värikoodeja. Ryhmittelyn jälkeen luokittelimme pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi ja edelleen yläluokiksi. Emme nähneet tarpeelliseksi ryhmitellä yläluokkia edelleen pääluokiksi. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saimme luokiteltua viisi alaluokkaa, joista muodostettiin kolme yläluokkaa ryhmittelemällä samankaltaiset alaluokat yhteen. Toiseen tutkimuskysymykseen luokiteltiin seitsemän alaluokkaa, joita ryhmittelemällä muodostui neljä yläluokkaa. Kolmannesta tutkimuskysymyksestä muodostui kuusi alaluokkaa, jotka ryhmiteltiin neljäksi yläluokaksi. Esimerkki aineiston luokittelusta on esitetty kuviossa 1. Analyysitaulukot kokonaisuudessaan löytyvät liitteestä 3.



Kuvio 1. Esimerkki aineiston luokittelusta

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Menetelmät alkoholin riskikäytön vähentämiseen

Alkoholin riskikäytön vähentämisen menetelmät muodostivat kolme yläluokkaa, jotka olivat *Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen*, *Alkoholin riskikäytön vähentämisen tukeminen* sekä *Teknologian hyödyntäminen alkoholin riskikäytön vähentämisessä*.

Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen muodostui alaluokista *Alkoholiin liittyvän tiedon lisääminen* ja *Alkoholin riskikäytön vähentämiseen motivoiminen*. Tietoa alkoholista, hoitopalveluista, alkoholin vaikutuksista sosiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn, alkoholin normaalikäytöstä sekä tavoitteiden asettamisesta lisättiin Internet-sivustojen, sähköpostien ja omahoito-oppaan avulla. Alkoholin riskikäytön vähentämiseen motivoinnissa hyödynnettiin palautteen antoa, motivoivia sähköpostiviestejä sekä erilaisia välineitä, kuten omahoito-ohjelmaa, harjoitteita ja alkoholipäiväkirjaa alkoholin kulutukseen liittyvän nykytilanteen kartoittamiseksi, tavoitteiden asettamiseksi sekä alkoholikäyttäjien muutokseen ohjaamiseksi. Taulukossa 1 on esitetty Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen -yläluokan muodostuminen.

Taulukko 1. Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Alkoholista ja hoitopalveluista tietoa tarjoava Internet-sivusto	Alkoholiin liittyvän tiedon lisääminen	Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen
Opetusmateriaali alkoholin vaikutuksista fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn		
Tieto ja neuvot alkoholin normaalikäytöstä sekä seuraavan askeleen ottamisesta kohti normaalia alkoholinkulutusta		
Tavoitteiden asettamiseen liittyvä informaatio		
Alkoholiin liittyvää tietoa sähköpostitse		
Suosituksia alkoholitietoutta sisältäville Internet-sivustoille		
Vapaaehtoista tukimateriaalia esimerkiksi Internetissä ja omahoito-oppaassa		
Toimintaan valmistautumisesta, tavoitteiden asettamisesta, alkoholikäyttäjien	Alkoholin riskikäytön vähentämiseen	

muutoksesta ja saavutuksien ylläpitämiseen ohjeistamisesta koostuva omahoito-ohjelma	motivoiminen	
Palaute onnistumisista ja kohdatuista vastointikäymisistä		
Välineet, kuten alkoholipäiväkirja, alkoholin käyttöön liittyvän nykytilanteen, vahvuuksien ja heikkouksien, tavoitteiden, riskien ja motivaation selvittämiseksi		
Arvioinnin ja tehtävät juomistottumuksien kartoittamiseksi		
Harjoitteet apuna tavoitteiden asettamisessa		
Alkoholipäiväkirjan päivittäinen täyttäminen omien juomistottumuksien ymmärtämiseksi		
Terapeutin yksilöllinen palaute		
Alkoholikäyttäytymisen muutokseen ohjaaminen asettamalla tavoitteeksi raittius tai alkoholin kohtuukäyttö		
Motivoivat sähköpostiviestit		

Alkoholin riskikäytön vähentämisen tukeminen koostui alaluokista *Ammattiapu alkoholin riskikäytön vähentämisessä* ja *Vertaistuki alkoholin riskikäytön vähentämisessä*. Koulutetun riippuvuusvalmentajan läsnäolo ja terapeutin antama apu sekä ohjeet tarjosivat ammattiapua osallistujille. Vertaistuki muodostui mahdollisuudesta keskustella erilaisilla keskustelufoorumeilla samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa kokemuksia vaihtaen ja toisia tukien. Kahden interventioon osallistuneen oman prosessin raportoiminen televisioiduissa jaksoissa tarjosi myös vertaistukea muille osallistujille. Taulukossa 2 on esitetty yläluokan muodostuminen.

Taulukko 2. Alkoholin riskikäytön vähentämisen tukeminen -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Televisioiduissa jaksoissa oli mukana koulutettu riippuvuusvalmentaja	Ammattiapu alkoholin riskikäytön vähentämisessä	Alkoholin riskikäytön vähentämisen tukeminen
Terapeutin apu ja ohjeet intervention eri vaiheissa		
Keskusteleminen muiden osallistujien kanssa keskustelufoorumilla	Vertaistuki alkoholin riskikäytön vähentämisessä	
Kaksi interventioon osallistujaa oli mukana televisioiduissa jaksoissa raportoimassa		

omaa prosessiaan		
Keskustelukanava osallistujille kokemusten vaihtamiseen ja toisten tukemiseen		
Verkkokeskustelupalstan, jossa ”kanssa-kärsijöitä”, suositteluinen		

Teknologian hyödyntäminen alkoholin riskikäytön vähentämisessä muodostui alaluokasta *Viestintävälineet apuna alkoholin riskikäytön vähentämisessä*. Viestintävälineistä hyödynnettiin Internetiä, jossa tarjottiin terapeutitonta omahoito-interventiota sekä kaksiosaista e-terapiaa tukemaan alkoholinkulutuksen vähentämistä tai alkoholin käytön lopettamista. Lisäksi hyödynnettiin sähköpostiviestejä sekä television välityksellä näytettyjä tilaisuuksia, joilla tuettiin alkoholinkulutuksen vähentämistä. Taulukko 3 havainnollistaa yläluokan muodostumisen.

Taulukko 3. Teknologian hyödyntäminen alkoholin riskikäytön vähentämisessä -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Internet-pohjainen terapeutiton omahoito-interventio alkoholinkulutuksen vähentämiseksi	Viestintävälineet apuna alkoholin riskikäytön vähentämisessä	Teknologian hyödyntäminen alkoholin riskikäytön vähentämisessä.
Televisioidut tilaisuudet alkoholinkulutuksen vähentämiseksi		
Kaksiosainen e-terapia alkoholinkäytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi		
Kontrolliryhmälle sähköpostiviestejä, joihin ei vastausmahdollisuutta		

5.2 Menetelmät tupakoinnin lopettamiseen

Tupakoinnin lopettamisen menetelmät muodostuivat neljästä yläluokasta, joita olivat *Tupakoinnin lopettamiseen valmentaminen*, *Teknologian hyödyntäminen tupakoinnin lopettamisessa*, *Tupakoinnin lopettamisen tukeminen* sekä *Fyysinen aktiivisuus apuna tupakoinnin lopettamisessa*.

Tupakoinnin lopettamiseen valmentaminen muodostui alaluokista *Tupakoinnin lopettamiseen liittyvän tiedon lisääminen* sekä *Tupakoinnin lopettamiseen motivoiminen*. Tiedon jakaminen tupakoinnin lopettamisessa toteutettiin erilaisilla opetusmateriaaleilla, terveystietoa käsittelevillä luennoilla, Internetin välityksellä, kirjallisella materiaalilla,

ohjeilla sekä hyvinvointituokioilla. Motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen lisättiin edistämällä liikunnan omaksumista sekä jatkuvuutta käsittelemällä liikunnan hyviä vaikutuksia terveyteen ja asettamalla tavoitteita. Taulukko 4 kuvaa yläluokan muodostumisen.

Taulukko 4. Tupakoinnin lopettamiseen valmentaminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Opetusmateriaalia tupakoinnin lopettamiseen	Tupakoinnin lopettamiseen liittyvän tiedon lisääminen	Tupakoinnin lopettamiseen valmentaminen
Ohjeistaminen fyysiseen aktiivisuuteen lisäämiseen		
Terveysopetusta esimerkiksi suun terveydestä, passiivisen tupakoinnin ja sairauksien yhteisvaikutuksista tupakoinnin kanssa		
Terveystiedon lisääminen luentojen välityksellä		
Terveystiedon lisääminen kirjallisen materiaalin välityksellä		
Terveystiedon lisääminen ryhmätehtävien avulla		
Terveystiedon lisääminen Internetin avulla		
Kirjallinen materiaali videoilla käsitellyistä aiheista		
Puhelinneuvonta tupakoinnin lopettamiseen		
Hyvinvointituokiot esimerkiksi ruokavaliosta ja terveydestä		
Ohjeita tupakoinnin lopettamiseen		
Tiedon lisääminen terveydestä ja lääketieteellisistä apukeinoista		
Yksilöidyt ohjeet ja kunnianosoitukset ex-tupakoitsijoilta		
Liikunnan omaksumisen ja jatkuvuuden edistäminen käsittelemällä esimerkiksi psyykkisiä ja fyysisiä terveyshyötyjä, esteitä sekä asettamalla tavoitteita	Tupakoinnin lopettamiseen motivoiminen	

Teknologian hyödyntäminen tupakoinnin lopettamisessa muodostui alaluokasta *Viestintävälineet apuna tupakoinnin lopettamisessa*. Viestintävälineistä hyödynnettiin

ääniviestejä, joilla annettiin apua tupakoimaan retkahtaneille. Videoilla sekä audion ja animaatioiden avulla välitettiin erilaisia terveystietoon liittyviä materiaaleja. Lisäksi käytettiin tekstiviestejä ja sähköposteja, joilla annettiin tietoa tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä päivän teemoista ja tapahtumista, sekä Internet -sivustoa, jossa oli tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä interventio. Taulukossa 5 kuvataan yläluokan muodostuminen.

Taulukko 5. Teknologian hyödyntäminen tupakoinnin lopettamisessa

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Automatisoitu digitaalinen interventio tupakoinnin lopettamiseksi	Viestintävälineet apuna tupakoinnin lopettamisessa	Teknologian hyödyntäminen tupakoinnin lopettamisessa
Päivittäiset tekstiviestit interventioon osallistujille		
Sähköpostitse kehoitettiin avaamaan päivän teemaan liittyvä Internet-sivusto, joka käsitteli tupakoinnin lopettamista		
Ennakkoon äänitetty audio-viesti retkahdukseen liittyvän hoidon välineenä		
Audio ja animaatiot terveystiedon lisäämisen välineenä		
Päivittäinen ääniviesti kirjautuessa Internet-palveluun		
Päivittäinen ääniviesti kirjautuessa ulos Internet-palvelusta, jolla selvitetään retkahdusta		
Internet-sivustolla oleva tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä interventio		
Videot terveystiedon jakamisen välineenä		

Tupakoinnin lopettamisen tukeminen muodostui alaluokista *Ammattiapu tupakoinnin lopettamisessa*, *Tukipalvelu tupakoinnin lopettamisessa* sekä *Vertaistuki tupakoinnin lopettamisessa*. Ammattiapua tupakoinnin lopettamiseen tarjosivat liikunta-alan ammattilainen erilaisissa liikuntatuokioissa sekä psykologi ryhmäperusteisessa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Auttava puhelinlinja oli muiden materiaalien tukena tupakoinnin lopettamisessa. Vertaistukea tupakoinnin lopettajat saivat psykologin ohjaamissa keskusteluissa. Taulukossa 6 kuvataan yläluokan muodostuminen.

Taulukko 6. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Liikunta-alan ammattilaisen apu liikunta- tuokioissa	Ammattiapu tupa- koinnin lopettamises- sa	Tupakoinnin lopettamisen tukemi- nen
Psykologin ohjaama ryhmäperusteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia		
Auttava puhelinlinja tupakoinnin lopet- tamiseen	Tukipalvelu tupakoin- nin lopettamisessa	
Psykologin ohjaama keskustelu hyvin- voinnista yhdessä osallistujien kanssa	Vertaistuki tupakoin- nin lopettamisessa	

Fyysinen aktiivisuus apuna tupakoinnin lopettamisessa muodostui alaluokasta *Liikunnan eri muodot apuna tupakoinnin lopettamisessa*. Liikunnan eri muodot jakautuivat dynaamisiin asentoihin ja rentoutumiseen perustuvaan Vinaysa-joogaan sekä kohtalaisesti kuormittavaan liikuntamuotoon, joka suoritettiin joko kotona tai erilaisissa liikunta-
tuokioissa. Taulukossa 7 kuvataan yläluokan muodostuminen.

Taulukko 7. Fyysinen aktiivisuus apuna tupakoinnin lopettamisessa

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Vinyasa-jooga kahdesti viikossa	Liikunnan eri muodot apuna tupakoinnin lopettamisessa	Fyysinen aktiivisuus apuna tupa- koinnin lopettamisessa
Kohtalaisen kuormittava liikunta joko kotioloissa tai liikuntatuokioissa		

5.3 Menetelmät masennusoireiden lievittämiseen

Masennusoireiden lievittämisen menetelmät muodostivat neljä yläluokkaa, jotka ovat *Muutokseen valmentaminen apuna masennusoireiden lievittämisessä*, *Hyvän olon lisääminen apuna masennusoireiden lievittämisessä*, *Masennusoireiden lievittämisen tukeminen* ja *Luovuuden hyödyntäminen masennusoireiden lievittämisessä*.

Muutokseen valmentaminen apuna masennusoireiden lievittämisessä muodostui alaluokista *Masennukseen liittyvän tiedon lisääminen* ja *Masennusoireiden lievittämiseen motivoiminen*. Masennukseen liittyvää tietoa lisättiin luennoimalla masennuksesta sekä sen oireiden lievittämiseen liittyvistä asioista. Motivoinnissa käytettiin apuna ohjaajien ja osallistujien esimerkkejä elämästä ja sekä kotona että tapaamisissa tehtäviä

masennuksen ja oireiden lievittämistä tukevia sekä itsetuntoa ja -hyväksyntää kasvattavia yksilötehtäviä. Taulukossa 8 esitetään yläluokan muodostuminen.

Taulukko 8. Muutokseen valmentaminen apuna masennusoireiden lievittämisessä -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Luennot masennuksesta ja oireiden lievittämiseen liittyvistä asioista	Masennukseen liittyvän tiedon lisääminen	Muutokseen valmentaminen apuna masennusoireiden lievittämisessä
Esimerkit ohjaajien ja osallistujien elämästä	Masennusoireiden lievittämiseen motivoiminen	
Yksilötehtävät, joissa kasvatettiin itsetuntoa sekä itsensä hyväksymistä		
Yksilötehtävät tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		
Kotiläksyt tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		

Hyvän olon lisääminen apuna masennusoireiden lievittämisessä muodostui alaluokasta *Vireystilaan vaikuttaminen valon ja liikunnan keinoin*. Aerobista harjoittelua sekä rentoutumista tai venyttelyä hyödynnettiin vireystilaan vaikuttamiseksi sekä kirkasvalossa että normaalissa tai heikossa valaistuksessa. Taulukossa 9 esitetään yläluokan muodostuminen.

Taulukko 9. Hyvän olon lisääminen apuna masennusoireiden lievittämisessä -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Aerobinen harjoittelu kirkasvalossa	Vireystilaan vaikuttaminen valon ja liikunnan keinoin	Hyvän olon lisääminen apuna masennusoireiden lievittämisessä
Aerobinen harjoittelu normaali-valaistuksessa		
Rentoutuminen / venyttely kirkasvalossa		
Rentoutuminen / venyttely heikossa valaistuksessa		

Masennusoireiden lievittämisen tukeminen muodostui alaluokista *Ammattiapu masennusoireiden lievittämisessä* ja *Vertaistuki apuna masennusoireiden lievittämisessä*.

Ammattiapua saatiin fysioterapeutilta, joka räätälöi yksilöllisesti aerobisen harjoitusohjelman sekä terapeutilta, jonka kanssa keskusteleminen helpotti ja tuki terapeutista prosessia. Masennukseen ja oireiden lievittämiseen liittyvä keskustelu ja työskentely ryhmässä tarjosivat osallistujille vertaistukea. Taulukossa 10 esitetään yläluokan muodostuminen.

Taulukko 10. Masennusoireiden lievittämisen tukeminen -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Fysioterapeutin yksilöllisesti räätälöimä aerobinen harjoitusohjelma	Ammattiapu masennusoireiden lievittämisessä	Masennusoireiden lievittämisen tukeminen
Terapeuttisen prosessin helpottaminen ja tukeminen keskustelemalla terapeutin kanssa		
Ryhmäkeskustelu masennukseen ja oireiden lievittämiseen liittyen	Vertaistuki apuna masennusoireiden lievittämisessä	
Ryhmätyöskentely tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		

Luovuuden hyödyntäminen masennusoireiden lievittämisessä muodostui alaluokasta *Musiikin käyttö masennusoireiden lievittämisen apuna*. Musiikkia hyödynnettiin musiikkiterapiassa, joka perustui improvisaatioon itseilmaisun välineenä. Musiikillisten elementtien käyttö helpotti ja tuki terapeutista prosessia. Taulukossa 11 esitetään yläluokan muodostuminen.

Taulukko 11. Luovuuden hyödyntäminen masennusoireiden lievittämisessä -yläluokan muodostuminen

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Improvisaatioon perustuva musiikkiterapia itseilmaisun välineenä	Musiikin käyttö masennusoireiden lievittämisen apuna	Luovuuden hyödyntäminen masennusoireiden lievittämisessä
Terapeuttisen prosessin helpottaminen ja tukeminen musiikillisin elementein		

6 Pohdinta

6.1 Eettisyys

Tieteellisten tutkimuksien eettisyyttä ohjaa Suomessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tutkimuseettiset ohjeet (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012: 4–5). Ollakseen eettisesti hyväksyttävä sekä luotettava, täytyy tieteellisen tutkimuksen olla tietyn käytännön mukainen. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arvioinnin menetelmien tulee olla eettisiä ja avoimen raportoinnin kestäviä. Toisten tutkijoiden tekemää työtä tulee kunnioittaa eikä heidän työnsä tuloksia saa esittää omissa nimissään. Tutkimuksen edetessä eri vaiheet raportoidaan asiaankuuluvasti. Tutkimusluvut hankitaan ajoissa ja tutkimusten tekijöillä tulee olla tiedossaan omat oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012: 6–7.)

Tutkimusetiikkaa luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, jonka tarkoituksena on vastata kysymykseen tietyistä normeista, joita tutkimuksessa täytyy totella. Pietarinen (2002) on esittänyt hyvän kahdeksanosaisen perustan eettiselle pohdinnalle, joka koostuu vaatimuksesta älylliseen kiinnostukseen, tunnollisuuteen, rehellisyyteen ja sosiaaliseen vastuuseen, ihmisarvon kunnioittamisesta, vaarojen eliminoimisesta sekä ammatinharjoittamisen edistämisestä ja kollegiaalisesta arvostuksesta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211–212 mukaan). Tutkimusetiikka voidaan myös jakaa sisäiseen ja sen ulkopuoliseen tieteseen. Sisäinen etiikka koostuu asianomaisesta luotettavuudesta sekä totuudellisuudesta. Ulkopuolisella etiikalla tarkoitetaan sitä, millaisia vaikutuksia ulkopuolisilla tekijöillä on tutkimusaiheen valintaan ja sen tutkimiseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211–212.)

Tehdessämme opinnäytetyötä, huomioimme eettisen puolen, joka vaatii rehellisyyttä, luotettavuutta, huolellisuutta sekä tarkkuutta. Olimme kiinnostuneita aiheesta ja pyrimme raportoimaan työn eri vaiheet sekä tulokset huolellisesti ja tarkasti. Kunnioitimme yhteistyökumppaniamme ja muodostimme tutkimuskysymyksemme mahdollisimman hyvin heidän tavoitettaan palveleviksi. Merkitsimme tarkasti kaikki lähteet sekä lähdeviitteet kunnioittaaksemme alkuperäisiä tekijöitä ja jotta lukija löytäisi haluamansa tie-

don nopeasti sekä luotettavasti. Työn valmistuttua tarkistimme sen Turnitin – plagioinnin tunnistusohjelmalla, jolla suljettiin pois plagioinnin mahdollisuus.

6.2 Luotettavuuden arviointi

Laadullinen tutkimus suoritetaan normaalisti yksin, jolloin se saa tekijän harkintakyvyn omaa tutkimusta kohtaan muuttumaan. Siksi vältetäänkin niin sanottua holistista harhaluuloa tai virhepäätelmää, joka merkitsee sitä, että tutkimuksen edetessä tutkija on edelleen vakuuttunut omasta johtopäätöksensä oikeellisuudesta sekä todellisuudesta, vaikka todellisuudessa näin ei olisi. Laadullisen tutkimuksen kriteereiksi kerrotaan uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys sekä vahvistettavuus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198.)

Uskottavuus merkitsee tulosten, analyysin tekemisen ja sen voimakkuuksien sekä rajoitusten selkeää ja ymmärrettävää havainnointia. Aineiston sekä sen tulosten määrän kuvaus on erittäin oleellinen luotettavuuskysymys. Siinä edellytetään, että tutkija kuvaillee analyysinsä niin tarkkaan kuin vain on mahdollista. Sen vuoksi onkin hyvä käyttää taulukointeja ja liitteitä, joissa kuvataan analyysin etenemistä. Siirrettävyys tarkoittaa, että miten tulokset voidaan siirtää johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Aina, kun puhutaan siirrettävyydestä, vaaditaan hyvin selkeää ja huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, aineistojen hankinnan ja analyysin perusteellista kuvausta sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös totuuden ja objektiivisuuden näkökulmasta. Totuusteoriat voidaan jakaa neljään eri luokkaan, joissa tarkastellaan totuutta aistihavainnoin ja sen varmentamista arviointiin, sekä ihmisten luomia sopimuksia ja kielikuvia. Sitä voidaan myös havainnoida erilaisten toimien mahdollisuuksina ja rationaalisen tiedon alueella. Laadullinen tutkimus on totta, mutta objektiivisuuden ongelmasta tulee myös erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuus nousee siinä kohtaa esille, kun ei tiedetä haluaako tutkija ymmärtää ja kuunnella tiedonantajia vai paistaako tiedonantajien kertomus tutkijan oman edistymisen läpi. Tutkijan sukupuoli, ikä tai uskonto voi vaikuttaa siihen, mitä hän havainnoi tai kuulee. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 134–136.) Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta haasteita tuovat tutkijan objektiivisuuden puute sekä aineiston luotettava pelkistäminen ja kategoriointi. Tutkimustuloksen luotettavuutta lisää, jos tulokset ja aineisto ovat yhteydessä toisiinsa. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10–11.)

Tämän opinnäytetyön on tehnyt kaksi henkilöä, mikä vahvistaa luotettavuutta, sillä yksin työskentelyssä harkintakyky voi herpaantua ja virheet kasvaa. Työn jokainen vaihe on kirjattu selkeästi ja niin tarkasti, että virheet minimoituvat ja katsauksen toistettavuus mahdollistuu. Tässä työssä luotettavuutta on lisätty määrittämällä tarkasti sisäänotto- ja poissulkukriteerit, hankkimalla korkealaatuisia tutkimuksia, sekä kirjaamalla tarkasti kaikki lähdemerkinnät.

Aineiston kerääminen on kuvattu sanallisesti sekä taulukoin. Tiedonhaussa käytimme tietokantoja Medic, Medline, Cinahl ja PubMed, jotka ovat tieteellisesti suosittuja sekä luotettavia. Tutkimuskysymykset ovat antaneet meille pohjan valita hakusanat, joista teimme erilaisia yhdistelmiä saadaksemme parhaimmat tulokset. Täydensimme sähköistä tiedonhakua myös manuaalisesti, esimerkiksi hyödyntämällä jo löydettyjen artikkelien lähdeviitteitä. Olisimme kuitenkin voineet hyödyntää vielä enemmän manuaalista hakua sekä alan kirjallisuutta.

Opinnäytetyössämme suurin osa tutkimuksista oli englanniksi. Siksi onkin huomioitava, että virheymmärryksiä on voinut tulla. Se vaikuttaa myös meidän opinnäytetyön luotettavuuteen. Käytössämme ollut aika ja tutkimuskysymyksien runsas määrä eivät kohdanneet, mikä osaltaan vaikuttaa työn luotettavuuteen. Emme pystyneet käsittelemään tarpeeksi kattavaa joukkoa aineistoa kustakin tutkimuskysymyksestä ja siksi tulokset ovat mielestämme melko suppeita, ja siten vain suuntaa antavia. Tutkimusten vähäisyys vaikuttaa myös tämän opinnäytetyön luotettavuuteen. Toisaalta tutkimustulokset olivat selkeästi yhteydessä opinnäytetyön tietoperustaan, mikä vastaavasti kasvattaa työn luotettavuutta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Etsimme opinnäytetyössämme vastauksia kysymyksiimme: Millaisia menetelmiä on naisten alkoholin riskikäytön vähentämiseen, millaisia menetelmiä on naisten tupakoinnin lopettamiseen ja millaisia menetelmiä on naisten masennusoireiden lievittämiseen. Sisällönanalysistä nousseet teemat vastasivat mielestämme hyvin teoreettista pohjaa. Jokaisen tutkimuskysymyksen osalta teoreettinen pohja muodostui hyvin samankaltaisista teemoista, mikä oli havaittavissa myös sisällönanalysissä. Emme tutkimusaineistostamme löytäneet juurikaan tietoperustasta poikkeavaa, mikä saattoi johtua aineiston vähäisestä määrästä kutakin tutkimuskysymystä koskien. Saatavilla ollut aineisto oli alkuvaiheessa kunkin tutkimuskysymyksen osalta runsas, minkä vuoksi jouduimme käy-

tössä olevien resurssien vuoksi rajaamaan aineistoa melko tiukasti. Halusimme käyttää aineistoa, joka edustaisi mahdollisimman hyvin niin sanotusti tavallista väestöä ja jouduimmekin toteamaan, että kriteereidemme mukaista, laadukasta aineistoa ei ollut saatavilla riittävästi. Erilaisia menetelmiä on tutkittu paljon tietyn potilasryhmän keskuudessa, mutta tulosten yleistettävyyden vuoksi niitä olisi tarve tutkia myös monipuolisemman joukon keskuudessa.

Tarkastellessa tutkimuskysymyksiämme sekä tarkoitusta ja tavoitetta, vastasivat ne mielestämme terveyden edistämisen preventiivistä näkökulmaa. Jo olemassa oleviin terveyden kannalta huonoihin elintapoihin tai sairauksiin pyritään vaikuttamaan joko terveydellisiä seurauksia ehkäisemällä, riskitekijöitä poistamalla tai riskitekijöiden vaikutuksia minimoimalla. (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 15.) Aineistosta nousi esille jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla muutokseen valmentavia menetelmiä, kuten tiedon lisääminen ja motivointi erilaisin keinoin, jotka lukeutuvat preventiiviseksi toiminnaksi. Preventiivisessä toiminnassa hyödynnetään sekä asiantuntija- ja potilaslähtöisyyttä että yhdessä oppimista. (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 15.) Ammattiapu niin asiantuntija- kuin potilaslähtöisestäkin, sekä vertaistuki osoittautuivat toimiviksi muutosprosessia tukeviksi menetelmiksi.

Vaikka promootionäkökulmassa korostuu terveyttä suojaavien tekijöiden, kuten terveellisten elämäntapojen, vuorovaikutustaitojen sekä sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja säilyttäminen ennen ongelman tai sairauden syntyä, ei se sulje pois promotiivisen toiminnan hyödyntämistä apuna käyttäytymisen muutoksessa (Koskinen-Ollonqvist – Savola 2005: 13–15). Tukemalla muutosta esimerkiksi hyvää oloa lisäävien ja luovuutta hyödyntävien menetelmien, kuten liikunnan, musiikin tai kirkasvalon avulla, vahvistetaan samalla terveyttä suojaavia tekijöitä. Toisaalta myös muutokseen valmentavat menetelmät, kuten motivointi sekä vuorovaikutustaitoja ja sosiaalisia verkostoja kehittävä ammattilaisen tai vertaisihmisten tarjoama tuki edesauttavat terveyttä suojaavien tekijöiden vahvistumista.

Voimme sanoa terveydenhuollon käytössä olevien hoitomuotojen tukevan tuloksiamme, sillä tuloksistamme löytyi samoja menetelmiä niin alkoholin riskikäytön, tupakoinnin lopettamisen kuin masennuksen osalta (Alkoholiongelmaisen hoito 2011; Depressio 2014; Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012). Tutkimusaineistosta nousivat selkeimmin esille tiedon lisäämisen, motivoinnin ja vertaistuen tärkeys muutosprosessissa. Julkinen terveydenhuolto hyödyntää erilaisia terapiamuotoja, kuten yksilö- ja

ryhmäterapiaa, luovuutta hyödyntävää terapiaa sekä tehtäväävusteista, toiminnan muutokseen ohjaavaa terapiaa apuna hoidossa. Lisäksi hyödynnetään ammattilaisten apua esimerkiksi tiedon lisäämisessä. (Alkoholiongelman hoito 2011; Depressio 2014; Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012.) Tutkimusaineistossamme oli edustettuina erilaiset terapiavaihtoehdot ja erityisesti ammattiavun tärkeys muutoksen tukemisessa nousi esille tuloksissamme. Ammattiapu on perustellusti tärkeä osa omahoitoa, sillä omahoito koostuu yhdessä ammattilaisten kanssa valikoiduista näyttöön perustuvista hoitomenetelmistä (Pitkälä – Routasalo 2009: 5–6). Tutkimusaineistossamme oli mielestämme kiitettävästi edustettuna ammattiavun mahdollisuus ilman reaaliaikaista kontaktia terapeutin tai muun ammattilaisen kanssa. Kuitenkin esimerkiksi Ala-Ruonan ym. (2011) tutkimuksessa terapeutti oli fyysisesti läsnä musiikkiterapiassa, mikä herättikin mieleemme kysymyksen terapian tai muun ammattiavun tehokkuudesta ilman fyysisesti läsnä olevaa ammattilaista. Toinen tutkimusaineistostamme nousut huomio oli tutkittavan menetelmän lisänä tarjottu perushoito, joka usein sisälsi lääkahoitoa tai ammattiapua. Tämä sai pohtimaan menetelmien tehokkuutta yksinään ilman muuta hoitoa. Emme löytäneet tutkimuksia, joissa edellä mainittuja olisi tutkittu, joten mielestämme jatkotutkimuksen tarve olisi ainakin tällä saralla.

Tuloksistamme nousi esille henkisen ja fyysisen hyvän olon lisääminen sekä luovuuden hyödyntäminen muutosprosessissa, joita esiintyi tuloksissamme lähinnä tupakoinnin lopettamiseen ja masennusoireiden lievittämiseen tähtäävissä menetelmissä. Liikuntaa suositellaan tupakoinnin lopettamisen sekä masennusoireiden lievittämisen tueksi, ja kaamosmasennuksen hoitoon voidaan suositella kirkasvaloa (Depressio 2014; Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012). Tulokset osoittivat sekä kohtalaisen kuormittavan että rauhallisemman liikunnan olevan tehokkaita tupakoinnin lopettamisessa. Leppämäen (2006) tutkimuksesta kävi ilmi, että etenkin vuodenajasta johtuvien masennusoireiden lievittämisessä kirkasvalolla sekä liikunnalla oli selkeästi positiivisia vaikutuksia ilman perushoitoakin. Erityisen hyviä tuloksia saatiin tutkimuksen perusteella yhdistämällä liikunta ja kirkasvalo. Koska pimeän aika on Suomessa pitkä, kaamosmasennus koskettaa toistuvasti noin prosenttia väestöstä ja jopa neljännes kärsii lievemmästä kaamosoireilusta. Naisilla kaamosmasennusoireet ovat yleisempiä. (Huttunen 2014c; Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2015.) Huomioon otettava seikka Leppämäen (2006) tutkimuksessa oli myös naisten suuri määrä tutkittavissa, mikä puoltaa mielestämme näiden menetelmien käyttöä erityisesti naisille suunnattuina ja siten tulokset ovat hyödyllisiä hankkeen kannalta. Vaikka alkoholin riskikäytön vähentämisen osalta eivät edellä mainitut menetelmät olekaan tuloksissa edustettuina, ovat ne mie-

lestämme yhtäläillä hyödynnettävissä alkoholin riskikäytön vähentämisessä erityisesti luovuuden ja fyysisen aktiivisuuden osalta. Luovuutta hyödynnetään myös terveydenhuollossa esimerkiksi musiikki- tai rentoutusterapian muodossa alkoholiongelman hoitoon (Alkoholiongelmaisen hoito 2011). Säännöllisellä liikunnalla on lukuisia positiivisia terveysvaikutuksia niin fyysisestä kuin henkisestä näkökulmasta katsottuna ja mielekkästä liikunnasta voi muodostua myös nautintoa tuottava positiivinen riippuvuus (Huttunen 2015). Siksi liikunta voisi mielestämme tukea myös alkoholin riskikäytön vähentämistä. Mielekkään liikuntamuodon löytäminen voisi parhaimmassa tapauksessa syrjäyttää tieltään terveydelle haitallisia riippuvuuksia. Se, kuinka väestö saadaan oma-toimisesti hyödyntämään kirkasvalolaitteita, innostumaan liikunnasta tai hyödyntämään luovuuttaan on mielestämme suuri haaste. Kirkasvalolaitteiden hankkiminen vaatii jonkin verran taloudellista pääomaa, jota välttämättä hankkeen kohderyhmällä ei ole. Mielekkään liikuntamuodon löytymiseksi täytyisi olla tarjolla kekseliäitä ja monipuolisia vaihtoehtoja, jotka olisivat mahdollisia myös heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville. Samoin luovuuden hyödyntämiseen täytyisi löytyä käyttäjilleen edullisia ja helposti toteutettavissa olevia vaihtoehtoja.

Opinnäytetyömme sekä hankkeen tavoitteen kannalta merkittävin tuloksistamme esiin noussut menetelmä on teknologian hyödyntäminen, joka on niin sanotusti nykypäivää. Teknologiaa on jo hyödynnetty erityisesti tupakoinnin lopettamiseen tähtäävässä toiminnassa (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012). Suurimmassa osassa aineistoamme hyödynnettiin perusterveydenhuollon hoitomenetelmiä teknologian avulla. Tämä mielestämme tukee hyvin yhteistyökumppanimme hankkeen tavoitetta, sillä nykyisin vallitsevalla tekniikan aikakaudella todennäköisin väylä tarjota terveyttä edistäviä menetelmiä omatoimiseen terveyden edistämiseen ovat juuri tutkimusartikkeleissakin esiintyneet teknologian menetelmät. Ammattiapua ja vertaistukea on mielestämme helposti ja kustannustehokkaasti tarjottavissa ilman fyysistä tai reaaliaikaista läsnäoloa lukuisten teknologian tarjoamien välineiden avulla. Samoin tiedon lisääminen ja motivoiminen on helposti toteuttavissa teknologian eri kanavien kautta. Uskomme, että nekin menetelmät, joita ei vielä ole tarjottu teknologiaa hyödyntäen, ovat siirrettävissä esimerkiksi Internetiin. Esimerkkinä musiikkiterapia, jonka uskomme olevan mahdollista tarjota muun muassa Internetin, television tai älypuhelinsovellusten välityksellä. Emme pidä myöskään mahdottomana luovien ja hyvää oloa lisäävien menetelmien hyödyntämistä teknologian avulla, mutta ne ovat kuitenkin selkeästi haasteellisempia. Jatkotutkimuksia tehokkuudestaan ja tavoitettavuudestaan teknologian menetelmät mielestämme vielä tarvitsevat lisää.

6.4 Opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen ja kehitysideat

Tämän työn pohjalta opimme paljon erilaisia menetelmiä, joita voidaan hyödyntää tupakoinnin lopettamiseen, alkoholin riskikäytön vähentämiseen ja masennusoireiden lievittämiseen. Tavoitteenamme oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää omatoimisuuteen painottuvien terveyden edistämisen menetelmien kehittämisen pohjana ja siten edistää työssäkäyvien matalapalkkaisten naisten terveyttä. Uskomme, että yhteistyökumppanimme voi ainakin jossain määrin hyödyntää tuloksia hankkeessaan. Tulokset osoittivat, mitkä tekijät muutosprosessissa ovat tärkeitä ja millä tavoin niitä voidaan tehokkaasti tarjota kohderyhmälleen. Hankkeen tavoitteena on kehittää menetelmiä omatoimiseen terveyden edistämiseen ja mielestämme tuloksissa selkeästi esiin nousut teknologian hyödyntäminen yhdistettynä muihin tehokkaiksi havaittuihin menetelmiin ovat vastaus hankkeen tavoitteeseen. Teknologian tarjoamat mahdollisuudet ovat laajat ja nykypäivänä esimerkiksi älypuhelinsovellukset ovat suosittuja. Omakohtaisten kokemusten perusteella voimme sanoa niiden olevan koukuttavia, joten esimerkiksi fyysiseen aktiivisuuteen kannustavat sovellukset voisivat olla tehokkaita. Sosiaalinen media on myös näyttänyt viime aikoina tehonsa esimerkiksi erilaisten haasteiden muodossa. Kenties haaste tupakoinnin lopettamiseen, alkoholin riskikäytön vähentämiseen tai masennusoireitakin lievittävään liikunnan lisäämiseen tai luovaan toimintaan nousivat hitiksi sosiaalisessa mediassa. Myös työpaikkojen haastaminen työntekijöiden terveyttä edistävään toimintaan voisi tuottaa tuloksia.

Kasvatimme myös itse tietouttamme runsaasti ja uskomme, että voimme hyödyntää tuloksissa esiin nousseita menetelmiä suuhygienistin työssämme. Tupakointi, alkoholin riskikäyttö sekä masennus ovat yleisiä asiakkaidemme keskuudessa, joten on hienoa, jos voimme hyödyntää esiin nousseita menetelmiä muutokseen sekä terveyden edistämiseen kannustamisessa ja motivoinnissa. Toivomme, että yhteistyökumppanimme kehittää tulosten pohjalta sellaisia terveyden edistämisen menetelmiä, joita mekin voimme työssämme asiakkaille suositella. Opinnäytetyömme tulokset julkaistiin myös posteresityksenä Metropolia Ammattikorkeakoulun Tukholmankadun toimipisteessä. Toivomme, että opinnäytetyömme tavoittaisi myös muita aiheesta kiinnostuneita hoitoalan ihmisiä, jolloin myös he voivat hyötyä tuloksista.

Saimme koottua hyviä menetelmiä, joita Julkisten ja hyvinvointialojen liitto voi hyödyntää omassa hankkeessaan, mutta meidän rajallisen ajan puitteissa emme saaneet mielestämme tarpeeksi kattavaa ja monipuolista aineistoa kasaan. Olisimme toivoneet

löytävämme vieläkin enemmän erilaisia menetelmiä ja että samankaltaisia tutkimuksia olisi ollut enemmän kustakin aiheesta tulosten paremman hyödynnettävyyden takaamiseksi. Jatkotutkimuksissa voisi kartoittaa käytettävissä olevia menetelmiä lisää ja selvittää, olisiko keskenään samanlaisia menetelmiä käsitteleviä tutkimuksia enemmänkin kunkin aiheen osalta, jotta tulokset olisivat nykyistä luotettavampia. Toivoisimme, että jatkotutkimuksia tehtäisiin enemmän myös eri menetelmien toimivuudesta yleisemmällä tasolla ja että menetelmiä tutkittaisiin enemmän yksinään, ilman lääkettä tai muuta perushoitoa.

Mielestämme on hyvä tarkastella kriittisesti tulosten hyödynnettävyyttä myös tutkittavien taustatiedot huomioiden. Voimaa naisissa -hanke on kohdennettu matalapalkkaisiin, keski-ikäisiin naisiin. Aineistossamme oli mielestämme hyvin edustettuina naiset, vaikka vain yksi tutkimus oli suunnattu täysin naisille. Muissa tutkimuksissa kuitenkin keskimäärin puolet tutkittavista muodostui naisista. Tutkittavien keski-ikä vastasi myös hankkeen kohderyhmää hyvin. Näiltä osin tulokset ovat mielestämme hyvin hyödynnettävissä hankkeeseen. Tutkittavien sosioekonomista taustaa tarkastellessa on todettava, että tutkittavat edustivat hyvin erilaisista lähtökohdista olevaa väestöä. Tulosten perusteella emme voi todeta niiden olevan täysin hyödynnettävissä heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleviin, mutta vastaavasti tulokset eivät kerro päinvastaitakaan. Tuloksia hyödynnettäessä matalapalkkaisiin naisiin onkin pohdittava, miten menetelmiä voidaan tarjota kohderyhmälle ilman, että heidän sosioekonominen asemansa estäisi menetelmien hyödyntämisen.

6.5 Oman oppimisprosessin arviointi

Opinnäytetyön tekeminen oli henkisesti pitkä ja raskas prosessi, vaikka todellisuudessa käytössä ollut aika oli suhteellisen lyhyt. Tämä opinnäytetyö toteutettiin parityöskentelyinä. Teimme työtä kotona itsenäisesti sekä koulussa yhdessä. Hakusanojen täsmennyttä jaoimme aiheet puoliksi, mikä mahdollisti yksintyöskentelyn. Kävimme kuitenkin kaikki vartenotettavat tutkimukset kokotekstin perusteella yhdessä läpi, että ei tulisi väärinkäsityksiä ja kumpikin tietäisi, mitä opinnäytetyömme sisältää. Lopulliset aineistovalinnat sekä sisällönanalyysin teimme yhdessä. Prosessin aikana osallistuimme erilaisiin pajoihin, joista saimme hyödyllistä tietoa jatkaa työtämme. Hyödynsimme myös opinnäytetyöohjaajamme apua ainakin kerran jokaisen vaiheen kohdalla.

Opinnäytetyömme teko oli vuoden mittainen prosessi ja se eteni vaiheittain. Ensimmäinen tapaaminen oli kaikille 1.12.2014, jossa meille kerrottiin opinnäytetyönprosessista ja sen etenemisestä. Seuraavaksi meillä oli hankekohtainen ryhmänohjaus 8.1.2015, jossa saimme kuulla Julkisten ja hyvinvointialojen liiton hankkeesta ja samalla meille kerrottiin oma aiheemme. Sen jälkeen lähdimme työstämään opinnäytetyötämme, jonka pohjana oli kirjallisuuskatsaus. Keväällä 2015 meillä oli suunnitelmaseminaari, jonka jälkeen pääsimme aloittamaan varsinaisten tutkimusten hakemisen. Ohjaajan vaihdoksen vuoksi työskentelymme pysähtyi ohjauksen puutteen vuoksi loppukeväästä ja pääsimme kunnolla jatkamaan vasta syksyllä 2015. Olimme kuitenkin omatoimisesti tehneet pohjatyötä, mikä auttoi meitä etenemään muutamista vastoinkäymisistä huolimatta tehokkaasti ja aikataulussa. Syksyllä 2015 meillä oli myös toteutusseminaari, jonka jälkeen viimeistelimme työmme ja palautimme valmiin työn. Kirjallinen tuotosemme julkaistiin Theseus -tietokannassa ja tulokset esitettiin posteresityksenä Metropolia Ammattikorkeakoulun Tukholmankadun toimipisteessä.

Opinnäytetyön tekeminen oli todella opettavainen prosessi. Opimme hakemaan tietoa eri tietokannoista ja hyödyntämään tieteellisiä tutkimuksia. Prosessi vaati enemmän aikaa, mitä olimme suunnitelleet. Toteutimme opinnäytetyön yllättäen opetussuunnitelmasta poiketen eikä meille ollut varattu tunteja lukujärjestykseen pelkästään opinnäytetyön tekemistä varten. Jouduimme siis tekemään kaikki opinnäytetyöhön liittyvät haut ja kirjoittamiset muiden kurssien lomassa, lähes kokonaan omalla ajalla. Ajan puutteen vuoksi jouduimme asettamaan tiukkoja kriteereitä hakutuloksille, jotta ehdisimme käydä ne läpi. Tiukat kriteerit osoittautuivatkin ongelmaksi, sillä rajausten ulkopuolelle jäi hyvältä vaikuttavia tutkimuksia, emmekä siksi tahtoneet saada tarpeeksi materiaalia. Olisimme halunneet saada kullekin tutkimuskysymykselle kattavammin menetelmävaihtoehtoja sekä toisaalta useampia samankaltaisia menetelmiä, jotta tulokset olisivat luotettavampia. Huomasimme kuitenkin, että menetelmät olivat samankaltaisia jokaisen tutkimuskysymyksen välillä eli pitkälti samanlaisia menetelmiä käytetään alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen sekä masennusoireiden lievittämiseen.

Omassa työssämme suuhygienisteinä voimme hyödyntää opinnäytetyöstämme saatuja teoreettisen pohjan tietoja, samoin kuin menetelmiä, joita löysimme kustakin aiheesta. Teoreettinen pohja auttaa meitä ymmärtämään paremmin tekijöitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat terveyteen epäedullisesti ja siten osaamme paremmin huomioida asiakkaidemme voimavaroja. Yksi pääasia suuhygienistin työssä on terveyden edistäminen.

Tutkimustuloksista löytyneiden menetelmien avulla pystymmekin auttamaan asiakkaitamme entistä paremmin, tarjoamalla heille hyviä menetelmiä alkoholin riskikäytön vähentämiseen, tupakoinnin lopettamiseen tai masennusoireiden lievittämiseen, joita he voivat omatoimisesti käyttää oman tarpeensa mukaan. Voimme lisäksi hyödyntää erityisesti tukemisen ja valmentamisen menetelmiä myös suun terveyden edistämässä.

Käydessämme otsikkotasolla aineistohakuja läpi, huomasimme suun hoidon esiintyvän osana useampaakin tutkimusta. Nämä tutkimukset olisivat ammattimme puolesta olleet kiinnostavia, mutta eivät vastanneet tutkimuskysymyksiämme, joten niihin emme päässeet perehtymään enempää. Suuhygienistinä meitä kiinnostaisi tietää, olisiko suun terveyteen liittyvän tiedon lisääminen tehokas menetelmä erityisesti alkoholin riskikäytön vähentämisessä tai tupakoinnin lopettamisessa.

Lähteet

Aalto, Mauri – Bäckmand, Heli – Haravuori, Henna – Lönnqvist, Jouko – Marttunen, Mauri – Melartin, Tarja – Partanen, Airi – Partonen, Timo – Seppä, Kaija – Suomalainen, Laura – Suokas, Jaana – Suvisaari, Jaana – Viertiö, Satu – Vuorilehto, Maria 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos THL. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1>>. Luettu 4.2.2015.

Abrantes, Ana M – Bloom, Erika Litvin – Brown, Richard A – Desaulniers, Julie – Fokas, Kathryn – Riebe, Deborah – Strong, David R. 2013. A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Behavioral Exercise Intervention for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research* 16 (8). 1094–1103.

Ahola, Kirsi – Pirkola, Sami – Suvisaari, Jaana – Virtanen, Marianna 2010. Työ ja mielenterveys. Teoksessa Aromaa, Arpo – Koskinen, Seppo (toim.): *Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa*. Raportti 11/2010. THL. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80299/346e246c-991f-4ca3-a7f7-3813415facf3.pdf?sequence=1>>. Luettu 6.3.2015.

Ala-Ruona, Esa – Erkkilä, Jaakko – Fachner, Jörg – Gold, Christian – Punkanen, Marko – Pönttiö, Inga – Tervaniemi, Mari – Vanhala, Mauno 2011. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2011 (199). 132–139.

Alkoholi-ongelmaisen hoito 2011. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=CEA717BD0396B874E61DB3DB3587988F?id=hoi50028>>. Luettu 9.10.2015.

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. Neuvontakortti. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos THL. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/10531/104447/Alkoholin%20riskik%C3%A4yt%C3%B6n%20tunnistaminen.pdf>>. Luettu 28.3.2015.

Ary, D.V – Noell, J.W – Schroeder S.W – Swartz L.H.G 2006. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control* 2006 (15). 7–12.

Becker, Eni S. – de Haan, Hein A. – ter Huurne, Elke D. – de Jong, Cor AJ. – Poste, Marloes Gl. 2010. Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 12 (4): e68. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://www.jmir.org/2010/4/e68/>>.

Becker, Bruce M. – Bock, Beth C. – Fava, Joseph L. – Gaskins, Ronnesia – Jennings, Ernestine – Marcus, Bess H. – Morrow, Kathleen M. – Tremont, Geoffrey – Williams, David M. 2012. Yoga as a Complementary Treatment for Smoking Cessation in Women. *Journal of Women's Health* 21 (2). 239–248.

Borodulin, Katja – Jousilahti, Pekka 2012. Suomalaisten tupakointi vähenee. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/90884/TutkimuksestaTiiviisti3_tupakka.pdf?sequence=1>. Luettu 4.2.2015.

Boyd, Sherry – Carter, Tina M. – Cook, Judith A. – Copeland, Mary Ellen – Floyd, Carol B. – Grey, Dennis D. – Hamilton, Marie M. – Hudson, Walter B. – Jonikas, Jessica A. – Macfarlane, Rachel T. – Razzano, Lisa A. 2011. Result of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin* 38 (4) 881–891. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/38/4/881.full.pdf+html>>.

Brendryen, Håvar – Kraft, Pål 2005. Happy Ending: a randomized controlled trial of a digital multimedia smoking cessation intervention. *Addiction* (103). 478–484.

Conijn, Barbara – Cuijpers, Pim – Kramer, Jeannet – Riper, Heleen – Schippers, Gerard – Smit, Filip 2007. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction* (103). 218–227.

Conijn, Barbara – Kramer, Jeannet – Lemmers, Lex – Riper, Heleen – Smit, Filip – van Straten Annemieke 2009. Television-supported self-help for problem drinkers: A randomized pragmatic trial. *Addictive Behaviors* 2009 (34). 451–457.

Depressio 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>>. Luettu 29.4.2015

Heiskanen, Tarja – Huttunen, Matti O. – Tuulari, Jyrki 2011. Mitä masennuksella tarkoitetaan. Teoksessa Heiskanen, Tarja – Huttunen, Matti O. – Tuulari, Jyrki (toim.): *Masennus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Holopainen, Antti 2005. Alkoholi ja aivot. A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-aivot>>. Luettu 8.2.2015.

Huttunen, Jussi 2012a. Alkoholi ja terveys. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120>. Luettu 8.10.2015.

Huttunen, Jussi 2012b. Mistä terveys syntyy. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00928&p_haku=>>. Luettu 18.10.2015.

Huttunen, Jussi 2015. Terveysliikunta -- kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934>. Luettu 14.11.2015.

Huttunen, Matti 2014a. Masennustilat eli depressiot. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538>. Luettu 5.5.2015.

Huttunen, Matti 2014b. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196>. Luettu 9.10.2015.

Huttunen, Matti 2014c. Kaamosmasennus. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. < http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00377>. Luettu 24.10.2015.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Verkkodokumentti <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 29.4.2015

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset - Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Axelin, Anna – Johansson, Kirsi – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto. 3–9.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Karisto, Antti – Lahelma, Eero 2005. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00008>. Luettu 6.11.2015.

Karlsson, Thomas – Kotovirta, Elina – Tigerstedt, Christoffer – Warpenius, Katariina 2013. Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Raportti 13/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN_ISBN_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1>. Luettu 31.1.2015.

Kiiänmaa, Kalervo – Korpi, Esa 1987. Humala ja sen syntymekanismi. Teoksessa Kiiänmaa, Kalervo – Ylikahri, Reino (toim.): Alkoholi, vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero – Martelin, Tuija 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043>. Luettu 6.11.2015.

Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1>. Luettu 14.11.2015.

Koskinen-Ollonqvist, Pirjo – Savola, Elina 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/3005. Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti <http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf>. Luettu 12.10.2015.

Kuolemansyyt vuonna 2013. Suomen virallinen tilasto. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html>. Päivitetty 30.12.2014. Luettu 9.10.2015.

Kuussaari, Kristiina – Kaukonen, Olavi – Partanen, Airi – Ronkainen, Jenni-Emilia – Vormaa, Helena 2014. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014): 3. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116222/kuussaari.pdf?sequence=2>>. Luettu 2.2.2015.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällönanalyysi. Teoksessa Eriksson, Katie – Nikkonen, Merja – Paunonen, Marita – Pietilä, Anna-Maija – Raatikainen, Ritva - Suominen, Tarja (toim.). Hoitotiede 1/1999. Journal of Nursing Science. Volume 11. Turku: Hoitotieteiden tutkimusseura ry. 3–12.

Laakso, Raimo 1987. Alkoholin valmistus ja käyttötarkoitukset. Teoksessa Kiianmaa, Kalervo – Ylikahri, Reino (toim.): Alkoholi, vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Laitinen, Kalevi – Välimäki, Matti 2003. Alkoholien hormonaaliset ja luustovaikutukset. Teoksessa Kiiänmaa, Kalervo – Salaspuro, Mikko – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 365–371.

Lehto, Juhani – Melkas, Tapani – Saarinen, Merja – Santalahti, Päivi 2005. Terveys- ja yhteiskuntapolitiikka. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo000006>. Luettu 6.11.2015.

Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus - Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Axelin, Anna – Johansson, Kirsi – Stolt, Minna – Ääri, Riitta- Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Leppämäki, Sami 2006. The Effect of Exercise and Light on Mood. Publications of the National Public Health Institute KTL A8/2006. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78481/2006a08.pdf?sequence=1>>.

Lindroos, Lolan 2006. Miten alkoholia kannattaa käyttää. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>>. Päivitetty 21.3.2013. Luettu 28.3.2015.

Melartin, Tarja – Vuorilehto, Maria 2009. Masennus. Teoksessa Aalto, Mauri – Bäckmand, Heli – Haravuori, Henna – Lönnqvist, Jouko – Marttunen, Mauri – Melartin, Tarja – Partanen, Airi – Partonen, Timo – Seppä, Kaija – Suomalainen, Laura – Suokas, Jaana – Suvisaari, Jaana – Viertiö, Satu – Vuorilehto, Maria (toim.). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1>>. Luettu 4.2.2015.

MOT Kielitoimiston sanakirja 2015. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. Verkkodokumentti. <<https://mot-kielikone-fi.ezproxy.metropolia.fi/mot/metropolia/netmot.exe>>. Luettu 31.3.2015

Mäkelä, Pia – Mustonen, Heli – Tigerstedt, Christoffer (toim.) 2010. Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti.

<<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80301/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.2.2015.

Niemelä, Solja 2011. Päihteet ja masennus. Teoksessa Heiskanen, Tarja – Huttunen, Matti O. – Tuulari, Jyrki (toim.): Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Patja, Kristiina 2014. Tupakka ja sairaudet. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066&p_haku=tupakoinnin%20terveyshaitat>. Luettu 5.2.2015.

Pietilä, Kirsi 2003. Nikotiini. Teoksessa Kianmaa, Kalervo – Salaspuro, Mikko – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 419–429.

Pitkälä, Kaisu – Routasalo, Pirkko 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf>. Luettu 26.4.2015.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2014. Alkoholit ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125383/URN_ISBN_978-952-302-295-9.pdf?sequence=1>. Luettu 2.2.2015.

Ratkaisujen Suomi 2015. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Verkkodokumentti. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82>. Luettu 18.10.2015.

Rekola, Leena 2015. Suullinen tiedonanto. 8.1.2015.

Saarto, Ari 2005. Liikakäytön tunnistaminen. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/liikakayton-tunnistaminen>>. Päivitetty 21.3.2013. Luettu 28.3.2015.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Seppä, Kaija 2013. Juomisen luokittelu. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-luokittelu>>. Luettu 28.3.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Massenusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15344.pdf>. Luettu 4.2.2015.

Syöpäjärjestöt 2010. Syövän ehkäisy. Tupakka. Nikotiiniriippuvuus. Verkkodokumentti. <<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/tupakka/nikotiiniriippuvuus/>>. Luettu 2.2.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Tupakka. Mitä on tupakkariippuvuus. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakoinnin-lopettaminen/mita-on-tupakkariippuvuus>>. Luettu 4.2.2015.

Tupakan terveyshaitat nyt ja tulevaisuudessa 2009. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00120>. Luettu 18.10.2015.

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020>>. Luettu 17.10.2015.

Tupakkatilasto 2013. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkodokumentti.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116822/Tr24_14.pdf?sequence=5>. Luettu 9.2.2015.

Tähtinen, Helena 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Axelin, Anna – Johansson, Kirsi – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto. 10–45.

Valtioneuvoston asetus alkoholilaista 1143/1994. Annettu Helsingissä 8.12.1994.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113586/terveys2015.pdf?sequence=1>>. Luettu 18.10.2015.

Valvira 2015. Tupakka. Haitta-aineet. Verkkodokumentti. <http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/tupakka/tuotevalvonta/haitta-aineet>. Luettu 2.2.2015.

Vernerit 2014. Mielen terveyteen vaikuttavat tekijät. Verkkodokumentti. <<http://verneri.net/yleis/mielen-terveyteen-vaikuttavat-tekijat>>. Luettu 28.3.2015.

Tiedonhaku

Tietokan- ta	Hakusanat	Rajaukset	Osu- mat	Otsikkotasol- la luettu	Tiivistelmätasol- la luettu	Kokotekstitasol- la luettu	Valit- tu
CINAHL	(methods OR therapy OR treatment) AND (self care OR self help OR peer support OR peer groups) AND (alcohol* AND drinking*) 10.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged: 45-64 years	26	8	5	4	2
	(methods OR therapy OR treatment) AND (self care OR self help OR peer support OR peer groups) AND (depression AND (recovery OR con- valescence OR rehabilitation)) 10.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged: 45-64 years	54	11	4	2	0
	(methods OR therapy OR treatment) AND (self care OR self help OR peer support OR peer groups) AND (smoking cessation) 17.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged: 45-64 years, female	52	11	5	5	1
MEDIC	(depression masennus) AND (treat- ment hoito therapy pia menetelmä* method*) AND (itsehoito vertaisryhmä* "peer	2005-2015, suomi ja englanti	55	10	1	1	0

	group*"peer support" self-care ver- taistuki)						
	(alkoholi alcohol*) AND (treatment hoito therapy terapia menetelmä* method*) AND (itsehoito vertaisry- hmä* "peer group*" "peer support" self-care vertaistuki)	2005-2015, suomi ja englantia	67	2	0	0	0
	(methods OR therapy OR treatment) AND (self care OR self help OR peer support OR peer groups) AND (smoking cessation) 17.4.2015	2005-2015, suomi ja englantia	39	2	2	2	0
PubMed	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND (alcohol* AND drinking*) 10.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged: 45-64 years	89	23	11	3	3
	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND (smoking cessation) 20.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged:45-64 years, female	134	20	15	11	1

	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND (depression AND recovery) 10.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged: 45-64 years	47	15	11	9	1
Medline	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND (alcohol* AND drinking*) 10.4.2015	2005-2015, mid- dle-aged	92	21	10	3	3
	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND (depression AND recovery) 10.4.2015	2005-2015, mid- dle-aged	43	12	8	7	0
	(methods OR therapy OR treatment) AND ("self care" OR "self help" OR "peer support" OR "peer groups") AND ("smoking cessation") 29.4.2015	2005-2015, finnish and english, mid- dle-aged	148	26	13	11	1

Käsinhaku	5
Yhteensä	17
Lopullinen aineisto (kaksoiskappaleet poistettu)	10

Tutkimusaineistoksi valitut tieteellisen julkaisut

	Tekijä(t), maa, jossa tutkimus tehty	Otsikko	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Päätulokset
1.	Becker, Eni S. - de Haan, Hein A. - ter Huurne, Elke D. - de Jong, Cor AJ. - Poste, Marloes Gl. 2010, Alankomaat	Effectiveness of a Web-based Inter- vention for Problem Drinkers and Rea- sons for Dropout: Randomized Con- trolled Trial	Tarkoituksena oli arvioida vähentääkö e-terapia - ohjelma, jossa on mukana aktiivisesti terapeutti, alko- holin riskikäyttäjien viikoit- taista alkoholin kulutusta sekä parantaako se heidän terveydentilaansa.	156 hollannin kieltä puhuvaa alkoholin ongelmakäyttäjää tavallisesta väestöstä: 78 in- terventoryhmässä ja 78 kont- rolliryhmässä.	E-terapia -ohjelma vähensi merkittävästi alkoholin viikoit- taista kulutusta.
2.	Conijn, Barbara - Kramer, Jeannet - Lemmers, Lex - Ri- per, Heleen – Smit, Filip - van Straten Annemieke 2009, Alankomaat	Television- supported self-help for problem drink- ers: A randomized pragmatic trial	Tarkoituksena oli testata televisio-avusteisen oma- hoito-intervention tehok- kuutta alkoholin riskikäytön vähentämiseen alkoho- lisuositusten mukaisiksi.	181 osallistujaa: 90 interventi- oryhmässä ja 91 kontrolliry- hmässä.	Interventioon osallistuneiden juomistottumukset palautui- vat alkoholisuositusten mu- kaiseksi huomattavasti enemmän kuin kontrolliryh- mässä.
3.	Conijn, Barbara -	Web-based self-	Tarkoituksena oli tutkia,	261 osallistujaa: 130 interven-	Interventioon osallistuneista

	Cuijpers, Pim - Kramer, Jeannet - Ripper, Heleen - Schippers, Gerard - Smit, Filip 2007, Alankomaat	help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial	vähentääkö Internetissä toteutettu, terapeutiton omahoito-interventio tehokkaammin alkoholin käyttöä ja viikoittaista alkoholinkulutusta kohti alkoholinkäytön suositusrajoja verrattuna Internetissä tarjottuun psykoedukaatio - oppaaseen.	tioryhmässä ja 131 kontrolliryhmässä	huomattava osa käytti tutkimuksen jälkeen alkoholia suositusten mukaisesti.
4.	Brendryen, Håvar - Kraft, Pål; 2008, Norja	Happy Ending: a randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention	Tarkoituksena oli arvioida automatisoidun, digitaalisen lopettamis -intervention pitkäaikaisvaikuttavuutta.	396 osallistujaa: 197 interventioryhmässä ja 199 kontrolliryhmässä.	Interventioryhmässä pidättäytyminen tupakoinnista oli kliinisesti ja tilastollisesti merkittävämpää.
5.	Abrantes, Ana M - Bloom, Erika Litvin - Brown, Richard A - Desaulniers, Julie - Fokas, Kathryn - Riebe, Deborah	A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Behavioral Exercise Intervention for Smoking Cessation	Tarkoituksena oli verrata aerobisen harjoittelun vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamiseen verrattuna terveystietoa saaneeseen verrokkiryhmään.	61 osallistujaa: 30 interventioryhmässä ja 31 kontrolliryhmässä	Interventioryhmän tulokset sekä viikon kestäneessä tupakoimattomuudessa että pitkään jatkuneessa tupakoimattomuudessa olivat suuremmat heti intervention

	Strong, David R; 2013, Yhdysvallat				jälkeisessä seurannassa sekä kolmen että kuuden kuukauden seurannassa.
6.	Ary, D.V - Noell, J.W - Schroeder S.W – Swartz L.H.G 2006, Yhdysvallat	A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme	Tarkoitus oli testata automatisoidun, internet-sivuston kautta tarjotun käyttäytymisintervention tehokkuutta tupakoinnin lopettamiseen.	351 osallistujaa: 171 interventioryhmässä ja 180 kontrolliryhmässä	Interventioryhmään osallistuneista suurempi osa oli ollut 90 päivän seurannan kohdalla tupakoimatta verrattuna kontrolliryhmään.
7.	Becker, Bruce M. - Bock, Beth C. - Fava, Joseph L. - Gaskins, Ronnesia - Jennings, Ernestine - Marcus, Bess H. - Morrow, Kathleen M. - Tremont, Geoffrey - Williams, David M. 2012, Yhdysvallat	Yoga as a Complementary Treatment for Smoking Cessation in Women	Tarkoitus oli tutkia joogan soveltuvuutta ja tehokkuutta täydentävänä terapia-muotona tupakoinnin lopettamisessa.	55 naista: 32 joogaryhmässä ja 23 verrokkiryhmässä.	Joogaryhmään osallistuneet osoittivat suurempia lukuja tupakoimattomuudessa verrattuna verrokkiryhmään.
8.	Ala-Ruona, Esa - Erkkilä, Jaakko -	Individual music therapy for depres-	Ottaa selvää tavalliseen hoitoon lisätyn musiikkite-	79 osallistujaa: 33 interventioryhmässä ja 46 kontrolliryh-	Musiikkiterapiaa tavallisen hoidon lisäksi saaneet osoit-

	Fachner, Jörg - Gold, Christian - Punkanen, Marko - Pönttiö, Inga - Ter- vaniemi, Mari - Van- hala, Mauno 2011, Suomi	sion: randomised controlled trial	rapian tehokkuudesta ma- sennusoireiden vähentä- miseen.	mässä.	tivat suurempaa parannusta masennus- ja ahdistusoireis- sa.
9.	Leppämäki, Sami 2006, Suomi	The Effect of Exer- cise and Light on Mood	Tarkoitus oli errata liikun- nan ja kirkasvalohoidon vaikutusta mielialaan ja masennusoireiden hoitoon yhdessä ja erikseen.	244 osallistujaa jaettuna kah- teen eri tutkimusajankohtaan. Kummallakin kerralla osallistu- jat jaettiin kolmeen ryhmään tasaisesti.	Liikunta sekä kirkasvalo vä- hensivät masennusoireita ja paransivat mielialaa.
10.	Boyd, Sherry - Carter, Tina M. - Cook, Judith A. - Copeland, Mary Ellen - Floyd, Carol B. - Grey, Dennis D. - Hamilton, Marie M. - Hudson, Walter B. - Jonikas, Jessica A.	Result of a Ran- domized Controlled Trial of Mental Ill- ness Self- management Using Wellness Recovery Action Planning	Tarkoitus oli ottaa selvää vertaislähtöisen sairauden itsehallinta-intervention, Wellness Recovery Action Planning, tehokkuudesta masennusoireiden vähen- tämiseen.	555 osallistujaa; 276 interven- tioryhmässä ja 279 kontrolli- ryhmässä	Interventioryhmässä masen- nuksen oireet vähenivät merkittävästi.

	- Macfarlane, Rachel T. - Razzano, Lisa A. 2011, Yhdysvallat				
--	---	--	--	--	--

Analyysitaulukot

Taulukko 12. Alkoholin riskikäytön vähentämisen menetelmät

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Alkoholista ja hoitopalveluista tietoa tarjoava Internet-sivusto	Alkoholiin liittyvän tiedon lisääminen	Alkoholin riskikäytön vähentämiseen valmentaminen
Opetusmateriaali alkoholin vaikutuksista fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn		
Tieto ja neuvot alkoholin normaalkäytöstä sekä seuraavan askeleen ottamisesta kohti normaalia alkoholinkulutusta		
Tavoitteiden asettamiseen liittyvä informaatio		
Alkoholiin liittyvää tietoa sähköpostitse		
Suosituksia alkoholitietoutta sisältäville Internet-sivustoille		
Vapaaehtoista tukimateriaalia esimerkiksi Internetissä ja omahoitopöytäkirjoissa		
Toimintaan valmistautumisesta, tavoitteiden asettamisesta, alkoholikäytön muuttamisesta ja saavutusten ylläpitämiseen ohjeistamisesta koostuva omahoito-ohjelma		
Palautteet onnistumisista ja kohdatuista vastoinkäymisistä		
Välineet, kuten alkoholipäiväkirja, alkoholin käyttöön liittyvän nykytilanteen, vahvuuksien ja heikkouksien, tavoitteiden, riskien ja moti-		

vaation selvittämiseksi		
Arvioinnin ja tehtävät juomistottumusten kartoittamiseksi		
Harjoitteet apuna tavoitteiden asettamisessa		
Alkoholipäiväkirjan päivittäinen täyttäminen omien juomistottumusten ymmärtämiseksi		
Terapeutin yksilöllinen palaute		
Alkoholikäyttäytymisen muutokseen ohjaaminen asettamalla tavoitteeksi raittius tai alkoholin kohtuukäyttö		
Motivoivat sähköpostiviestit		
Televisioiduissa jaksoissa mukana koulutettu riippuvuusvalmentaja	Ammattiapu alkoholin riskikäytön vähentämisessä	Alkoholin riskikäytön vähentämisen tukeminen
Terapeutin apu ja ohjeet interventioon eri vaiheissa		
Keskusteleminen muiden osallistujien kanssa keskustelufoorumilla	Vertaistuki alkoholin riskikäytön vähentämisessä	
Kaksi interventioon osallistujaa mukana televisioiduissa jaksoissa raportoimassa omaa prosessiaan		
Keskustelukanava osallistujille kokemusten vaihtamiseen ja toisten tukemiseen		
Verkkokeskustelupalstan, jossa ”kanssakärsijöitä”, suosittelu		
Internet-pohjainen terapeutiton omahoito-interventio alkoholinkulutuksen vähentämiseksi	Viestintävälineet apuna alkoholin riskikäytön vähentämisessä	Teknologian hyödyntäminen alkoholin riskikäytön vähentämisessä.
Televisioidut tilaisuudet alkoholinkulutuksen vähentämiseksi		

Kaksiosainen e-terapia alkoholin-käytön vähentämiseksi tai lopettamiseksi		
Kontrolliryhmälle sähköpostiviestejä, joihin ei vastausmahdollisuutta		

Taulukko 13. Tupakoinnin lopettamisen menetelmät

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Opetusmateriaalia tupakoinnin lopettamiseen	Tupakoinnin lopettamiseen liittyvän tiedon lisääminen	Tupakoinnin lopettamiseen valmentaminen
Ohjeistus lisäämään fyysistä aktiivisuutta		
Terveysopetusta esimerkiksi suun terveydestä, passiivisen tupakoinnin ja sairauksien yhteisvaikutuksista tupakoinnin kanssa		
Terveystiedon lisääminen luento- jen välityksellä		
Terveystiedon lisääminen kirjallisen materiaalin välityksellä		
Terveystiedon lisääminen ryhmä- tehtävien avulla		
Terveystiedon lisääminen Inter- netin avulla		
Kirjallinen materiaali videoilla käsitellyistä aiheista		
Puhelinneuvonta tupakoinnin lopettamiseen		
Hyvinvointituokiot esimerkiksi ruokavaliosta ja terveydestä		
Ohjeita tupakoinnin lopettami- seen		
Tiedon lisääminen terveydestä ja lääketieteellisistä apukeinoista		

Yksilöidyt ohjeet ja kunnianosoitukset ex-tupakoitsijoilta		
Liikunnan omaksumisen sekä jatkuvuuden edistäminen käsittelemällä esimerkiksi psyykkisiä ja fyysisiä terveyshyötyjä, esteitä ja asettamalla tavoitteita	Tupakoinnin lopettamiseen motivoiminen	
Automatisoitu digitaalinen interventio tupakoinnin lopettamiseksi	Viestintävälineet apuna tupakoinnin lopettamisessa	Teknologian hyödyntäminen tupakoinnin lopettamisessa
Päivittäiset tekstiviestit interventioon osallistujille		
Sähköpostitse kehoitettiin avaamaan päivän teemaan liittyvä Internet -sivusto, joka käsittelee tupakoinnin lopettamista		
Ennakkoon äänitetty audio-viesti, retkahdukseen liittyvän hoidon välineenä		
Audio ja animaatiot terveystiedon lisäämisen välineenä		
Päivittäinen ääniviesti kirjautuessa Internet-palveluun		
Päivittäinen ääniviesti kirjautuessa ulos Internet-palvelusta, jolla selvitetään retkahdusta		
Internet-sivustolla oleva tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä interventio		
Videot terveystiedon jakamisen välineenä		
Liikunta-alan ammattilaisen apu liikuntatuokioissa		
Psykologin ohjaama ryhmäperusteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia tupakoinnin lopettami-		

seen		
Auttava puhelinlinja tupakoinnin lopettamiseen	Tukipalvelu tupakoinnin lopettamisessa	
Psykologin ohjaama keskustelu hyvinvoinnista yhdessä osallistujien kanssa	Vertaistuki tupakoinnin lopettamisessa	
Vinyasa-jooga kahdesti viikossa	Liikunnan eri	Fyysinen aktiivisuus apuna
Kohtalaisen kuormittava liikunta joko kotioloissa tai liikuntatuokioissa	muodot apuna tupakoinnin lopettamisessa	tupakoinnin lopettamisessa

Taulukko 14. Masennusoireiden lievittämisen menetelmät

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Luennot masennuksesta ja oireiden lievittämiseen liittyvistä asioista	Masennukseen liittyvän tiedon lisääminen	Muutokseen valmentaminen apuna masennusoireiden lievittämisessä
Esimerkit ohjaajien ja osallistujien elämästä	Masennusoireiden lievittämiseen motivoiminen	
Yksilötehtävät, joissa kasvatettiin itsetuntoa sekä itsehyväksyntää		
Yksilötehtävät tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		
Kotiläksyt tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		
Aerobinen harjoittelu kirjakasvalossa	Vireystilaan vaikuttaminen valon ja liikunnan keinoin	Hyvän olon lisääminen apuna masennusoireiden lievittämisessä
Aerobinen harjoittelu normaalivalaistuksessa		
Rentoutuminen / venyttely		

kirkasvalossa		
Rentoutuminen / venyttely heikossa valaistuksessa		
Fysioterapeutin yksilöllisesti räätälöimä aerobinen harjoitusohjelma	Ammattiapu masennusoireiden lievittämisessä	Masennusoireiden lievittämisen tukeminen
Terapeuttisen prosessin helpottaminen ja tukeminen terapeutin kanssa keskustelemalla		
Ryhmäkeskustelu masennukseen ja oireiden lievittämiseen liittyen	Vertaistuki apuna masennusoireiden lievittämisessä	
Ryhmätyöskentely tukena masennuksen ja oireiden lievittämisessä		
Improvisaatioon perustuva musiikkiterapia itseilmaisun välineenä	Musiikin käyttö masennusoireiden lievittämisen apuna	Luovuuden hyödyntäminen masennusoireiden lievittämisessä
Terapeuttisen prosessin helpottaminen ja tukeminen musiikillisin elementein		