

TARTU ÜLIKOOLI PÄRNU KOLLEDŽ
Inimesekeskse sotsiaalse innovatsiooni õppekava

Kadri Melnits

**VÄLJAKUTSED JA TAASTUMINE PÄRAST
ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRE RAVI
PROGRAMMI LÄBIMIST SA PÄRNU
HAIGLA NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja: Monika Kumm, PhD

Pärnu 2026

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

(allkirjastatud digitaalselt)

Kadri Melnits

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Alkoholitarvitamise häire teoreetilised käsitlused	7
1.1. Alkoholitarvitamise riskitegurid ja sõltuvushäire kujunemise põhjused	7
1.2. Alkoholi liigtarvitamise häire ja selle ravi tuginedes teaduspõhiste teooriatele	9
1.3. Alkoholitarvitamise häirest taastumise protsessid ja mõjutustegurid	14
2. Uuring alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalenud inimeste taastumisest ..	18
2.1. Alkoholitarvitamise häire programm „Kainem ja Tervem Eesti“	18
2.2. Uurimisprotsessi kirjeldus	20
2.3. Uuringu tulemused ja analüüs	23
2.3.1. Psühhoteraapiline ja meditsiiniline lähenemine ravi programmis	23
2.3.2. Koostöö spetsialistiga	26
2.3.3. Inimesekeskne lähenemine ja motiveeriv intervjuerimine	30
2.3.4. Ravi programmis osaleja sotsiaalne võrgustik	33
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	38
Kokkuvõte	42
Viidatud allikad	44
Lisad	51
Lisa 1. Ankeet	51
Lisa 2. Intervjuu küsimused	57
Summary	60

SISSEJUHATUS

Rahvusvaheliselt on peaaegu võimatu kontrollida ja reguleerida alkoholi liigtarvitamist, mis on maailmas üks enim sõltuvust põhjustav mõnuaine. Ülemaailmselt on võetud vastu otsuseid, et alkoholile tuleks seada erinõuded, et vähendada antud toote tarbimist. (World Health Organization, 2024, lk 5) Esteban-Rodríguez jt (2024, lk 382) toovad välja, et alkoholi sõltuvushäire on haigus, mis nõuab enim sotsiaalmajanduslikke ressursse.

Eestis on alkoholi kättesaadavus ajaga muutunud järjest paremaks ja alkoholi hinna muutumine taskukohaseks on viinud selle tarbimise tõusutrendi. Sotsiaalministeeriumi (2025, lk 5) kohaselt on Eestis tõkestanud alkoholi müüki vaid Pärnu ja Tallinn, kes on märgatavalt piiranud alkoholi tarbimise aega ja kohta. Suure alkoholi tarbimisega on sagenenud Eestis lähisuhtevägivald ja suurenenud on probleemid peredes. Aastal 2024 tõusis naiste alkoholi tarbimine, kuid meeste olukord jäi samaks. Eesti elanike arvamuse kohaselt juuakse alkoholi pigem rohkem kui vähem. Suurimate probleemidena tuuakse välja nii alkoholi tarbijate kui ka alkohoolikute poolt joobes juhtimine ja kodune vägivald. (Martens *et al.*, 2025, lk 67) Eesti terviseuuringute järgi suri aastal 2023 vereringeelundite haigustesse 7500 inimest ja selle haiguse üheks faktoriks on välja toodud vaimne pingeline stress, vähene liikumine, vale toitumine ja alkoholi liigtarvitamine (Tervise Arengu Instituut, 2024, lk 14). Eestis sureb üle 500 inimese aastas alkoholist põhjustatud kõrvalnähtude tagajärjel. Surmade arv on kordades suurem, kus üheks surma põhjuseks on loetud alkoholi liigtarvitamist. (Jakobson, 2022, lk 579)

Alkoholi liigtarvitamise juures on kõige olulisem, et inimene on endale tunnistanud, et tal on probleem ja sellega on väljendanud soovi retsidiivsust vältida (Lima-Rodríguez *et al.*, 2015, lk 1169). Suurimaks probleemiks peetakse ravi katkemise juures muid sõltuvusi ja vaimse tervise häireid (Collin *et al.*, 2024, lk 11). Laialtlevinud stigmad ja häbi on samuti üks levinumaid põhjuseid, miks inimesed oma murega ei otsi ravi või jätavad selle sootuks pooleli (May *et al.*, 2019, lk 3). Samuti mõjutab olukord emotsionaalselt

sundkäitumishäire all kannatavat inimest ennast. Alkoholihaire on korduv ja üldjuhul impulsiivne haigus. (May *et al.*, 2019, lk 1)

Alkoholisõltuvuse raviks on loodud mittemedikamentoossed võimalused, mida saab läbi viia mitmetel tasanditel ja on sõltlastele kergesti kättesaadavad. Eesmärk on läbi erinevate tehnikate ja võimaluste toetada alkoholi tarvitamise vähendamist, et läbi selle vältida enneaegseid surmasid, parandada sotsiaalseid suhteid ning vaimseid ja füüsilisi vaevusi. Olulist rolli kannavad head sotsiaalsed suhted ja lähedased, et programmis osalemine oleks edukas. Kaasatakse lähedasi paariteraapiatesse, et uue rutiini loomisel oleks mõlemal osapoolel oma ülesanne. (Matta *et al.*, 2024, lk 2–3) Ravi ja toe saamise hetkel on pere olemasolu suure tähtsusega. Perekont võib protsessi jooksul mõjuda nii positiivselt kui ka negatiivselt. Terveneja vaimne ja füüsiline valmisolek muudab terve pere funktsioneerimisvõimet ja kõik sõltub sellest, kuidas pere seda vastu võtab. (McCrary & Flanagan, 2021, lk 3)

Eelnevale infole tuginedes leiab autor, et magistritöö uurimisprobleemiks on takistused mis alkoholitartvitamise häire ravi programmis osalenutel segavad taastumis- ja remissiooniprotsesside hoidmist. Magistritöö eesmärk on analüüsida alkoholitartvitamise häire ravi programmis osalenud inimeste taastumist ning vastavalt uurimistulemustele teha ettepanekud SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikule programmis osalevate inimeste paremaks toetamiseks.

Uurimisküsimused:

- Kuidas kirjeldavad alkoholitartvitamise häire ravi programmis osalenud inimesed oma raviteekonda ja taastumist pärast ravi lõppu?
- Millised on peamised põhjused, miks inimesed katkestavad alkoholitartvitamise häire ravi programmi?
- Millised muudatusi näevad alkoholitartvitamise häire ravi programmi spetsialistid vajalikuna, et toetada inimeste programmis püsimist ja edukat lõpetamist?

Magistritöö koosneb kahest osast. Esimeses osas tuuakse välja alkoholitartvitamise riskitegurid ja sõltuvushäire kujunemise põhjused. Antakse ülevaade meedia ja kampaaniate mõjust ning tutvustatakse alkoholi liigtartvitamist Eestis. Tuuakse välja alkoholi negatiivsed ja mõningad positiivsed omadused. Lugejale tutvustatakse alkoholi

liigtarvitamise häire ravi meetoditeid ja teaduspõhiseid teooriaid. Magistritöös keskendutakse kommunikatsiooniteooriale ja isiksuse teooriale. Esimese osa lõpetuseks saab lugeda alkoholitarvitamise häirest taastumise protsessidest ja nende mõjutusteguritest.

Teises osas antakse ülevaade alkoholitarvitamise häire programmist „Kainem ja Tervem Eesti“ ning Pärnu Haigla Psühhiaatriakliiniku töömehhanismidest ja käimasolevatest programmidest. Empiirilise osa teises pooles tutvustatakse valimit ja uuringu meetodit. Küsitluse ja intervjuude küsimuste loomisel tuginetakse teooria peatükis olevale kirjandusele. Tuuakse välja tulemused, mis loovad selgema pildi, millised on takistused alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalemisel, taastumisel ja remissiooniprotsesside hoidmisel.

1. ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRE TEOREETILISED KÄSITLUSED

1.1. Alkoholitartvitamise riskitegurid ja sõltuvushäire kujunemise põhjused

Alkoholi tarvitamine ja kättesaadavus on kultuuriti erinev. Üheks maailma suurimaks alkoholi tarvitamise propageerijaks peetakse meediat ja selle mõju muudab inimeste käitumist ning sotsiaalseid vaateid. Olgugi, et alkoholiseadused on tugevalt reglementeeritud, on Ameerika Ühendriigid suures hädas, kuna läbi meedia saavad inimesed järjepidevalt infot alkoholi ja selle tarvitamise kohta. (Sudhinaraset *et al.*, 2016, lk 37) Alkoholi tarbimise ja kahjuliku mõju vähendamist läbi massimeedia kampaaniate ei leidnud samuti positiivset tulemust. Kui suitsetamise kampaaniad olid tõhusamad, sest suunati konkreetsele loobumisele, siis alkoholi puhul pööratakse tähelepanu selle vähendamisele. Kampaaniad on loodud rohkem alkoholi suurema tarbimise vähendamisele, mitte inimestele, kes vähesel tarbimisel juures võiks lausa sellest loobuda. (Young *et al.*, 2018, lk 313–314) Vaatamata sellele, et alkohol on maailmas üks enamlevinud mõnuaine, ei tähtsustata selle kahjulikku mõju nagu teiste narkootiliste ainete puhul. Suhtumine alkoholi on kordades leebem, olgugi, et märkimisväärselt suur number on koduvägivalla juhtumeid, mille põhjustajaks on inimene, kes tarvitanud vägijooki. Kaasaarvatud mõrvad, kehalised vigastused ja hoomamatud tervishoiukulud, mis koormavad riigi rahakotti. Kahju on märgata ka tööturul, kus tööandjad tegelevad alluvate probleemidega ja proovivad leida omapoolseid lahendusi. Tööandjad mõistavad, et tegu on haigusega ja inimene vajab asjalikku ravi. (Stimmel, 2022, lk 7–8) Inglismaal koostatud täiskasvanute uuringus selgus, et naised on rohkem huvitatud alkoholist loobumisest, kui mehed. Uuritavatest naistest tulid rohkem esile kõrgharitud ja paremal järjel olevad naised, kes muretsesid rohkem oma tervise, rahalise seisuga ja tuleviku pärast. (Beard *et al.*, 2017, lk 9) Iraanis läbiviidud uuringus tuli välja, et kaassõltlasteks saavad

üldjuhul kindlate iseloomujoontega ja isikuomadustega lähedased. Lähedased jaotati kahe erineva isikuomaduse vahel. Kui naise neurootiline tase on kõrge, siis seda kergemini ta satub kaassõltuvuse ohvriks. Madala neurootilise tasemega naised on stabiilsemad, iseseisvamad ja rahulikumad, ning suudavad sõltuvushäirega paremini toime tulla. (Panaghi *et al.*, 2016, lk 100)

Eesti Konjunkturiinstituudi kohaselt hindavad kodanikud alkoholi kättesaadavust aastal 2024 heaks. Oluliseks mugavuseks peeti poe kaugust ja enim toodi välja, et neil kulub selleks umbkaudu 10 minutit. (Martens *et al.*, 2025, lk 31) On leitud, et Eesti rahvatervise paranemisele aitaks suuresti kaasa alkoholiteemaliste reklaamide vähendamine (Sotsiaalministeerium, 2025, lk 10). Poliitilisel tasandil on vaja teha suuri muudatusi. Oluline on poliitikutel teha koostööd teadlastega ja arstidega, et tõsta spetsialistide ning kodanike teadlikust alkoholi liigtarbimisest. Tähtsal kohal on omavalitsused, kelle võimuses on kohalike toetamine ja piirkondliku alkoholipoliitika loomine. (Ayares *et al.*, 2022, lk 1488) Eesti Taaste- ja vastupidavuskavas tuuakse välja, et aastatel 2020–2030 on olulisel kohal tervishoiuvaldkond. Soovitakse leida lahendusi, et mõnuainete tarvitamise tagajärjel sureks vähem inimesi. Prioriteet on ennetusravil ja leida viise, kuidas rahvastik elaks tervislikumalt ja vajaminev ravi oleks jätkusuutlikum. (Vabariigi Valitsus, 2023, lk 292) Aastal 2023 suri alkoholi tarvitamise tagajärjel 627 inimest. Võrreldes aasta varasemaga, on summa 126 juhtumi võrra väiksem. Liigtarvitamisele on kaasa aidanud alkoholiaktsiisi langus ja tarbimine suurenes koroonapandeemia ajal. (Tervise Arengu Instituut, 2024, lk 14) Tervise Arengu Instituudi andmete koondvaatena oli Eestis 2024. aastal 630 surmajuhtumit, kus oldi haigestunud alkoholi liigtarvitamise tõttu (Tervise Arengu Instituut, 2025). Tõhus ennetustöö on juba päästnud Eestis palju inimesi, kuid endiselt on suurem võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega märgatavalt kõrge. Suurimaks ennetustööks saab lugeda eluviisi ja käitumise muutumist, mille unarusse jätmisel oleks inimese eluiga tunduvamalt lühem. (Tervise Arengu Instituut, 2024, lk 15)

Alkohoolik ei ole oma sõltuvusega kunagi üksi. Alkohoolikutega koos elavad partnerid kannatavad nii füüsilise kui vaimse vägivalla all, mis omakorda viib elukaaslase emotsionaalselt ebastabiilsesse seisundisse. (Sharma *et al.*, 2016, lk 67) Meeste seas on enamlevinud psüühika- ja käitumishäired, mille üheks põhjuseks ja süvendajaks on

alkoholi ning muude mõnuainete tarvitamine (Tervise Arengu Instituut, 2024, lk 23). Alkoholi tarvitamisele aitavad samuti kaasa kaassõltlased, kes võivad olla pereliikmed või lähedased. Alkoholi tarvitamise algusaastatel on tarvitamise põhjused erinevad. Esimesena saab tuua välja sotsiaalsed mahajäämused, halba seltskonda ja suhteprobleeme. (Lima-Rodríguez *et al.*, 2015, lk 1167) Põhjusteks tuuakse veel stressi ja sellega toimetulemist. Kroonilise stressi maandamiseks hakatakse suurendama alkoholi koguseid, sooviga kogeda positiivsemaid emotsioone ja läbi selle saavutada lühiajaline rahulolu. Soovitakse vähendada või vältida negatiivseid mõtteid ja olukordi. (Kleszczewska-Albińska & Skudlarek, 2020, lk 224–225) Samuti on alkoholi tarbimisel negatiivsed ja tervist kahjustavad tagajärjed. Peale vaimse tasakaalutuse, tulevad mängu ka füüsilised kaebused. Loetelu on pikk, kuid peamisteks haigusteks tuuakse välja: maksakahjustused, haavandid, probleeme tasakaaluga, südamepuudulikkus, erinevate vähivormide teke, mälukaotus ja alatoitumisest tingitud vitamiinide puudust. (Barbor *et al.*, 2001, viidatud Thibodeau, 2021, lk 16 vahendusel) Alkoholi plusspooleks leitakse asjaolu, et see suurendab inimeste julgust ja soovi suhelda ning aitab tunda end lõõgastunult (Park & Grant, 2005, viidatud Thibodeau, 2021, lk 16 vahendusel).

Alkohol on tarkade inimeste jook. Meedia ja ühiskonna mõju on sotsiaalselt nõrgematele inimestele ohtlik, sest nende koosmõjul võib langeda alkoholi liigtarvitamise küüsi. Tähelepanu tuleks pöörata olukorrale laiemalt ja tegeleda probleemiga juuretasandil. Oluline on nii riiklik kui kogukondlik koostöö, et alkoholipoliitikat saaks sügavamalt juurutada ja vähendada sellest tulenevaid ning inimkonda mõjutavaid kahjusid.

1.2. Alkoholi liigtarvitamise häire ja selle ravi tuginedes teaduspõhiste teooriatele

Alkohol ei ole ainuke mõnuaine maailmas, kuid kindlasti on see üks enimlevinud ja kergemini kättesaadav. Samuti on kergesti kättesaadav vajaminev ravi, et taastuda alkoholi liigtarvitamisest. Selle leidmisel peab tarvitaja ise näitama, et soovib alkoholiga lõpparve teha.

Ameerikas koostatud uuringu analüüsis selgub, et maailmas sureb 2,25 miljonit inimest aastas alkoholi tarvitamise tagajärjel või selle kaasuvatel põhjustel. Olgugi, et sõltuvushäirete ravid on lihtsasti kättesaadavad, satub 60% inimestest ikkagi aasta jooksul

uuesti ravile või libastuvad kainuse teel. Üheks suremuse kaaskomponendiks on toodud välja vähene liikuvus. Maailmas tehtud uuringud on ebaselged ja ei kinnita üheselt, et suurem füüsiline aktiivsus vähendaks alkoholi tarbimist või just soodustab seda. (Linke & Ussher, 2015, lk 7) Uuringud on tõestanud, et inimeste käitumine on sõltuvushäirete korral üsna sarnane. Tung tekib kindlates kohtades, situatsioonides, olukordades või elulistes etappides. Seisundi stabiilsust mõjutavad mälestused ja meenutused. Selle vältimiseks tuleb asendada tegevus millegi muuga, et ei tekiks soov mõnuainet tarvitada. Selliseks puhuks soovitatakse leida endale sobiv aktiivne tegevus, mis ei eelda ainult sportliku eluviisi, vaid see hõlmab ka muid tervislike käitumismustreid. Jälgida tuleks, et toitumine oleks mitmekesine, uni oleks hea, oleks aktiivne liikleja ja omaks häid sotsiaalseid suhteid. (Linke & Ussher, 2015, lk 9) On täheldatud, et pikaajaline aktiivne treening on tõhus viis leida tee alkoholist vabanemise suunas. Kuna kehaline aktiivsus vähendab depressiooni ja parandab enesetunnet ning füüsilist vormi, siis tänu sellele paraneb ka vaimne tervis. (Hallgren *et al.*, 2017, lk 1063)

Alkoholi tarvitamise häire on ühiskonnale nii majanduslikuks kui sotsiaalseks koormaks, mille tagajärjel haigestuvad inimesed ja saavad vigastusi. Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel oli aastal 2012 maailmas umbes 3,3 miljonit surmajuhtumit, mille üheks põhjuseks oli alkoholi tarvitamine. (Fiabane *et al.*, 2019, lk 2) Aastal 2019 oli surmajuhtumeid 2,6 miljonit, aga sinna juurde lisandusid surmad, mis olid tingitud muudest narkootilistest ainetest. Neid inimesi oli maailmas kokku 600 000. Maailma Terviseorganisatsiooni 2030. aasta eesmärk on mõnuainete tarvitamise ennetamine ja keskenduda tagajärgedele ning ravile. Võimatu on selgeks teha, kui suuri majanduslikke puudujääke see olukord tekitab ja kui tõsiseid sotsiaalseid ebameeldivusi kaasa toob. (World Health Organization, 2024, lk 4) Oluline on tegeleda ennetustööga ja tõhustada alkoholi häire ravi, mille komponentideks on nii ambulatoorne kui statsionaarne ravi ja erinevad teraapiad. Statsionaarse ravi asemel on hakatud üha rohkem kasutama alternatiivset ravi, mille eesmärk on suurendada toimetulekuoskust, et aidata leida inimeses motivatsioon muuta oma elu täisväärtuslikumaks. (Fiabane *et al.*, 2019, lk 2) Fiabane jt (2019, lk 9–10) uurisid inimesi, kes osalesid ravil, mis koosnes lühikesest haiglaravist, intensiivsetest sekkumistest, personaalsest lähenemisest ning koostööst omaala spetsialistidega. Antud ravi ajal uuriti suurt hulka patsiente ja jõuti järeldusele, et sellisel kujul on ravi üsna edukas ning mis omakorda tõi kaasa positiivseid tulemusi.

Patsiente küsitleti 6 ja 12 kuu möödudes peale ravi lõppu ning leiti, et antud lähenemisviis on jätkusuutlik ja tulemuslik. Alkoholi liigtarvitamise häire üheks sümptomiks on võimetus end alkoholi tarbides kontrollida. Muudatused toimuvad nii käitumises, sooritustes kui ka emotsionaalsete tunnete valdamises. Suurimateks muredeks on muudatused ajupiirkonnas, mille mõjul juba kõik järgmised tervisemured vallanduvad. Kui äkitselt lõpetada joomine, siis tekib inimese närvisüsteemis hüperaktiivsus ja see omakorda tekitab võõrutusnähte. (Koob, 2003, viidatud Witkiewitz *et al.*, 2019, lk 2 vahendusel)

Alkoholisõltuvuse ravi on kombinatsioon psühhoteraapilisest ja meditsiinilisest lähenemisest. 28 päeva kestva taastumisravis rakendatakse mitmekesist raviprogrammi. Vajadusel pakutakse alkoholismiga seotud koolitusi, mille eesmärk on tutvustada erinevaid abimaterjale, pakkuda terviseharidust, arendada toimetulekuoskusi ja antakse praktilisi nõuandeid. Ravi ajal viiakse läbi grupiteraapiaid ja pühendatakse individuaalteraapiasse. Terve ravi vältel on professionaalne meeskond patsiendile abiks, et aidata üle emotsionaalsetest tagasilöökidest ja juhendada ravi teekonnal. (Giorgi *et al.*, 2015, lk 2989–2990) Ravi koostamisel tuleb rõhku panna selle intensiivsusele ja rakendada koostööd mitme valdkonna vahel, et tervenemise teekond oleks tõhus ja jätkusuutlik (Fiabane *et al.*, 2019, lk 1). Uuringud on tõestanud, et statsionaarse alkoholihäireravi läbinud on võimelised jätkama kainena ja ravi on efektiivne. Haiglate eeliseks on võimekus pakkuda peale meditsiinilise abi ka teraapiaid ning nõustamisi. (Giorgi *et al.*, 2015, lk 2993)

Alkoholi kuritarvitamisega kaasneva käitumise eripärad on sooti erinevad. Sellega tuleks arvestada rehabiliteerimise juures, kuna lähenemissuunad on kategooriliselt erinevad. Meeste puhul joonistub muster, kus ravi on tõhus enesekindlatel ja kõrge enesehinnanguga inimestel. Naiste juures tuleb esile kõrge stressi taluvus, positiivne suhtumine oma probleemi ja soov leida infot analoogsete juhtumite kohta. Naiste juures mängib suurt rolli emotsionaalsus ja sõltuvuse aktsepteerimine. (Kleszczewska-Albińska & Skudlarek, 2020, lk 224) Kommunikatsiooniteooria (ingl *Communication theory*) kohaselt võib suhtlusprobleem olla mõningate probleemsete olukordade peamiseks põhjuseks. Sellest tingitult tekivad erimeelsused, arusaamatused ja halvenevad sotsiaalsed suhted. (Barnlund, 2017, lk 12) Selleks, et inimest mõista, tuleb selgeks teha

tema sotsiaalne taust ja tegutsemisviisid. Inimese ümber olev kogukond mõjutab tema käitumist ja selle mõjutamiseks tuleb inimesega suhtlemisel leida ühine keel ning läheneda talle individuaalselt. (Barnlund, 2017, lk 17)

Üheks populaarsemaks käitumismustrite selgitamise võimaluseks on transteoreetiline mudel, mis koosneb viiest etapist ja 10 muutumisprotsessist (DiClemente *et al.*, 2008, DiClemente *et al.*, 2004, viidatud Sussman *et al.*, 2022, lk 1 vahendusel). Antud teooria üheks kriitikaks on asjaolu, et käitumismustreid ei saa võtta üheselt. Liigne alkoholi tarvitamine võib olla suure kehalise aktiivsuse põhjusel või siis hoopis vastupidi, kõrge kehaline aktiivsus vähendab alkoholi tarvitamist. Samuti tuuakse välja olukord, kus inimesed on samasuguses kriitilises olukorras, aga käitumisviis on täiesti erinev. (Brug *et al.*, 2005, viidatud Sussman *et al.*, 2022, lk 3 vahendusel) Üheks suurimaks miinuseks tuuakse asjaolu, et inimene peab kõik viis etappi läbima järjestikusest, mis jällegi ei ole kõikide inimeste puhul vajalik (Mayr, 1992, viidatud Sussman *et al.*, 2022, lk 4 vahendusel).

Prakash jt (2020, lk 806–807) toovad välja kuus konkreetset psühhosotsiaalset teooriat, mis iseloomustavad alkoholi liigtarvitamist:

- Hüpotees, et alkohol vähendab pingeid (ingl *Tension reduction Hypothesis*). Mitmed uuringud tõestavad, et alkoholi tarvitamine rahustab ja vähendab pingeid, kuid samas toovad välja, et alkohoolikute ärevus on suurem ning alkohol vähendab pingeid erinevalt kui mitte alkohoolikutel. (Roebuck & Kessler, 1972, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 806 vahendusel) Teoorias väidetakse, et alkohol aitab raskel päeval lõõgastuda, kuid antud teooria on ajas muutumas, kuna konkreetset tõestust ei leita (Cappel & Herman, 1972, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 806 vahendusel). 2015. aastal tehti Ühendkuningriikides veebiküsitlus, mille tulemusena leiti kindel seos, et kõrtsi külastamine pakub meelerahu ja vähendab pingeid (Dunbar *et al.*, 2017, lk 126).
- Tugevdamise teooria (ingl *Reinforcement theories*). Tugevdamise all mõeldakse olukorda, kui alkohoolik leiab põhjuse, miks tal oli vaja alkoholi tarvitada. Alkohoolik tarvitab alkoholi oma ärevuse vähendamiseks või ebameeldivate olukordade mugavdamiseks. (Conger, 1956, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 806–807 vahendusel) Taanis teostatud uuringus süveneti sotsiaalselt tõrjutud inimeste

lugudesse ja tulemustes selgus, et kui alkoholi määrati kui kahetise tähendusega elukaaslasena, siis mõjutajaks olid kaunid mälestused, hea seltskond ja meeldivad kogemused (Eriksen & Hoeck, 2022, lk 82). Samuti soovivad noorukid tunda end suuremana ja sulanduda kogukonda (Nathan & Lisman, 1976, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 807 vahendusel).

- Transaktsionaalne teooria (ingl *Transactional theories*). Teooriale tulenevalt aitab alkohol käitumist õigustada. Kui alkohoolik lõpetab joomise, võib olukord muutuda, kuna teatava käitumise vabanduseks ei ole enam alkoholi tarbimine. (Ward & Faillace, 1970, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 807 vahendusel)
- Isiksuse teooria (ingl *Personality theories*). Ei ole kindlaid inimese tüüpe, kellest saavad alkohoolikud ja nende geenid ei erine mittealkohoolikutest (Prakash *et al.*, 2020, lk 807). Alkoholi tarbimist mõjutavad mitmed tegurid. Mõjutajaks võib olla keskkond, isiklikud riskitegurid, milleks on vanus ja sugu ning üldine riiklik hetkeolukord. (World Health Organization, 2024, lk 9)
- Vabanduste teooria (ingl *Excuse Theory*). Alkoholi tuuakse vabandusena, kui pannakse toime väärtegu. Mõningates piirkondades nähakse joobes olekut leevendava asjaoluna. (MacAndrew & Edgerton, 1969, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 807 vahendusel) Tuleb teha vahet, mis on õigustused ja mis on vabandused. Vabandatavad tegevused võiks liigitada valedeks tegevusteks ja õigustatud tegevused õigeteks tegevusteks. (Pleasants, 2021, lk 339)
- Sotsiaal-kultuuriline teooria (ingl *Socio Cultural Theories*). Alkohol on üldjoontes kõikide kultuuride osa, ühes rohkemal ja teisel väiksemal määral (Becon *et al.*, 1974, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 807 vahendusel). Mitmetes kultuurides tulevad mängu usulised normid ja tegurid ning on selgelt toodud välja, et Euroopa piirkondades tarvitatakse alkoholi rohkem kui Ida-Vahemere kultuurides (World Health Organization, 2024, lk 30). Inimestel on raske kohaneda oma kogukonnaga ja ühiskondlike normidega ning ebamugavustunne viib alkoholi liigtarvitamiseni (Ward & Faillace, 1970, viidatud Prakash *et al.*, 2020, lk 807 vahendusel).

Lapsepõlvetraumadel nähakse suurt rolli täiskasvanueas mõnuainete meelevalda sattumisel. Sõltuvushäiretega kaasnevad käitumismustrid, mis omakorda viivad enneaegsete surmadeni, psüühikahäireni ja ennastkahjustava käitumiseni. (Bombardieret *et al.*, 2004, Brucker, 2007, Dickey *et al.*, 2000, Ross, 2000, viidatud Goodman, 2017, lk

189 vahendusel) Oluline on mõista trauma olemust ja selle mõju. Üha rohkem on vaja pöörata tähelepanu traumade tekkepõhjustele ja mehhanismidele, et vältida nende taaselukumist. See on üks enamlevinud põhjuseid, miks inimesed tahavad unustamiseks mõnuaineid tarvitada. (SAMHSA, 2015, viidatud Goodman 2017, lk 193 vahendusel)

Kui liigtarvitajal on kindel soov muuta kardinaalselt oma elu, siis valikuvõimalusi on teooriate järgi mitmeid. Isiksuse teooria toob selgelt välja, et alkohoolikud ei ole kindlat tüüpi inimesed ja nad ei erine ega eristu teistest kogukonna liikmetest. Probleemide ilmnemisel tuleb leida endale sobiv lahendus ja uskuda spetsialistide töösse. Oluline on avastada endas tahtejõud ja soov muutuda ning siis pole ravi leidmine enam keeruline. Ei piisa ainult medikamentoosest ravist, vaid üles tuleb leida probleemi tuum ja tegeleda sellega süvitsi. Kommunikatsiooniteooria juures pööratakse suurt rõhku vestlusele ja abivajajaga suhtlemisele. Alati pole oluline rääkimine, vaid määrava tähtsusega võib olla ka kuulamine. Hea spetsialist kombineerib oma tööd ja läheneb abivajajale personaalselt ning empaatiliselt.

1.3. Alkoholitarvitamise häirest taastumise protsessid ja mõjutustegurid

Alkoholist taastumine ei ole lühiajaline ja ühe-etapiline protsess. Taastumise juurde kuulub rohkem tegureid kui esialgu tundub. Ravimeetodeid ja programme on loodud mitmesuguseid ja nende ajalugu ulatub kaugele minevikku.

Juba 18. sajandi lõpust on leitavad dokumendid, mis räägivad alkoholi liigtarvitamisest ja selle oletatavast ravist (Rush, 1784, viidatud Witkiewitz *et al.*, 2019, lk 1 vahendusel). 1930 asutati Anonüümsete Alkohoolikute 12-astmeline toetusprogramm. Eesmärk oli luua taastumisprotsess, mis hõlmas vastastikulist toetamist, mille tulemusena suudaks alkoholi liigtarvitaja säilitada kainust terve elu. Need 12 sammu pühenduvad olevikule ja minevikule, mis on alkohoolikule jätnud jälje ja mis vajavad lahendamist. (Witkiewitz *et al.*, 2020, lk 3) Tähtis on see, et probleemide lahendamiseks tuleks leida tõhusaid viise, mitte leida vigu, et takistada olukordade paremaks muutmist (Stimmel, 2022, lk 9–10). Anonüümsete Alkohoolikute on üks enimlevinud toetusgrupp, kuhu on võimalik alkoholi tarvitamise häire probleemiga minna ning kõrgelt hinnati kaassõltlaste toetust ja mõistvat suhtumist. Vajaliku toetuse annavad samuti pereliikmed, preestrid ning sõbrad, kuid

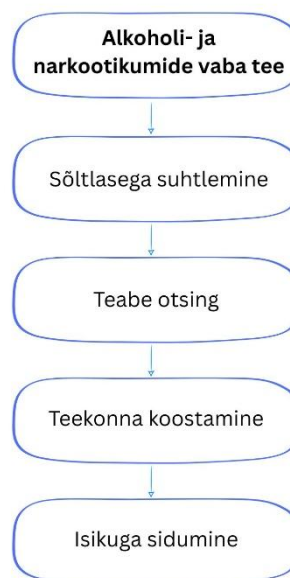
kaasteeliste toetust peetakse olulisimaks. Statsionaarse ravi olemasolu ei saa samuti alahinnata, kuna see on turvaline keskkond, kus igal võimalikul momendil saavad spetsialistid toeks olla. Sotsiaalse toe ja võrgustiku üheks miinuseks on keskkond. Kui liikuda tagasi keskkonda, kus alkoholism sai alguse, siis on raske kainust säilitada. (Brooks *et al.*, 2017, lk 79) Vajaliku sotsiaalse toe puudumine võib olla taastumise juures määrava tähtsusega. Kui puudub vajaminev võrgustik, on keeruline kainuseteel püsida. Igale inimesele tuleks leida temale olulised sotsiaalsed toetajad, kes aitavad peale statsionaarset ravi turvaliselt tavaellu naaseda. (Brooks *et al.*, 2017, lk 81)

Taastumise ja kainuse perioodil on tähtis, et sõltuvusest vabaneja saaks olla sotsiaalselt kaasatud ja selle juures on isiklikud suhted märgilise tähtsusega (Esteban-Rodríguez *et al.*, 2024, lk 390). Paranemiseks nimetakse seisundit alles siis, kui sõltlane on olnud juba pikemat aega remissioonis, tänu millele on paranenud tema elukvaliteet, suhted, tervis ja funktsionaalsed võimed (Hagman *et al.*, 2022, lk 808).

Taastumise protsessid on inimeseti erinevad. See nõuab tugevat tahtejõudu ja pingutust, sest kaineks olemise juures mängivad rolli ka sotsiaalsed suhted, rahaline seis ja hea tervis. (Witkiewitz *et al.*, 2020, lk 5) Oluline on perekonna tugi ja inimese enda tahteaktiivsus. Taastumine ei ole lihtsalt tegevus, vaid üks tervikprotsess läbi elu. (Inanlou *et al.*, 2020, lk 175) Eneseabiprogrammi mõju uuringus selgus, et alkoholist loobumise programmis osalemine on üldjuhul edukas, kui inimesel on soov ja tahe see positiivse tulemusega lõpetada. Programmi edukalt lõpetajatel täheldatakse alkoholi liigtarbimise vähenemist. (Kaal & Vorobjov, 2022, lk 84)

Programmides tuleks naistele ja meestele läheneda erinevalt. Meeste puhul tuleks keskenduda sisemistele motivatsiooniallikatele ja naiste puhul välistele. Naised ootavad abi passiivsemalt, aga mehed samas tegelevad oma stressiga ja üritavad luua uusi sotsiaalseid suhteid. (Kleszczewska-Albińska & Skudlarek, 2020, lk 220) Motivatsioon on üheks olulisemaks mõjutusteguriks, mis paneb alkohooliku edasi liikuma. Motivatsiooni on kahte liiki: soov ise muuta oma käitumismustreid või raviga nõustumine. Esimesel juhul on üldjuhul teostaja ja soovi taga inimene ise, kuid ravil osalemine on kaaslaste poolne surve, mis omakorda võib vallandada sisemise motivatsiooni puudumise. Sellega peaks teraapiatundides töötama terapeut, et taaslustada alkohooliku sisemine motivatsioon. (Kleszczewska-Albińska & Skudlarek,

2020, lk 223) Rehabilitaerimiseks ei ole vaja teha ainult tööd sõltlasega, vaid terve kogukonnaga. Alkoholi- ja narkootikumide vaba tee loomine on üks võimalustest, kuidas aidata kaasa taastumisele, et vältida uuesti sattumist keskkonda, mis ei toeta taastumisprotsessi. Kasutades erinevaid sotsiaalmeedia keskkondi, telefoni rakendusi ja statistilisi andmeid, on võimalik luua alkoholi- ja narkootikumide vaba marsruut, mida võiks oma taastumisprotsessi käigus sõltlane jälgida. Statistika, tänavavaadete ja sotsiaalmeedia kaudu on kaardistatud kohad, kus on suurenenud alkoholi kuritarvitamine ja kus toimuvad suuremad kuriteod. Tuuakse välja asukohad, kus sõltlane on varem liikunud ja mis võivad viia uuesti ebasoodsate tttavate juurde. Süsteem pakub välja mitu võimalikku teekonda, mida kasutades saab sõltlane vältida ebamugavaid kohti, inimesi ning loomulikult alkoholi. (Zang *et al.*, 2019, lk 2930–2931) Joonisel 1 on kajastatud alkoholi- ja narkootikumide vaba tee loomise protsessi.



Joonis 1. Alkoholi- ja narkootikumide vaba rehabilitatsioonitee. Allikas: Zang *et al.*, 2019, lk 2930–2931

Vähemtähtsaks ei saa pidada ka ennetustööd, mis on alkoholi liigtarvitamise juures üks märkimisväärne osa. Selleks on vaja mõista, mida toob endaga kaasa alkoholi tarvitamine ja sellele tuginedes kujundada poliitikat ja ravimeetmeid. Teekonna takistuskivideks võiks tuua välja alkoholitootjad, kes on kasumi nimel valmis uurima segmenti süvitsi, mille tulemusel valmivad just neile sobivad ja meelepärased tooted. (Thibodeau, 2021, lk

16) Kuna patsientidel on erinevad vajadused ja mõjutusfaktorid, siis on vaja neisse suhtuda empaatiliselt ning arvestada nendega faktoritega. On leitud, et motiveeriv intervjuu on tõhus meede, mida saab taastumisprotsesside juures rakendada. Motiveerivat intervjuud kasutatakse lisaks meditsiinilise toele ning eesmärk on tugevdada sõltlase teotahet ja motivatsiooni püsimeks kainuse teel. (Bischof *et al.*, 2021, lk 109–110)

Teadvelolekul ja aktsepteerimisel baseeruvaid programme on tänapäeval üha rohkem ja on laialdaselt kasutusel ning nende positiivset mõju on juba täheldatud. Üheks neist on tähelepanelikkusele suunatud sekkumine (ingl *Mindfulness-Based Intervention*). See on sobilik lähenemine vaimsete ja füüsiliste kaebustega inimestele, mis aitab selgitada ja tajuda hetkeolukorda. (Wilson *et al.*, 2017, lk 888) Ajapikku on lisandunud erinevad sekkumised. Kognitiiv-käitumuslikud lähenemisviisid ning lühi- ja pikaajalised koolitused. Levinud on veebipõhised õpped ja erinevad mobiilsed rakendused. Oluliseks märksõnaks tuuakse lihtsust ja inimesekeskset, mis aitavad rakendusi lihtsasti kasutada. (Kazemi *et al.*, 2017, lk 413) Järjest rohkem proovitakse läheneda abivajajale süvitsi, et teha selgeks tingimused, tegurid, inimesed ja sündmused, mis võivad sõltlase tervenemise kulgu takistada. Kõik need ja palju muud tegureid segavad eneseregulatsiooni ja muutuste protsessi. (Roos & Witkiewitz, 2017, lk 118)

Taastumise juures mängivad rolli nii inimese omavastutus kui spetsialisti tugi. Tihtilugu alkoholi liigtarvitamise all kannatav inimene ei ole võimeline iseseisvalt taastumisprotsessides püsima ja vajab selleks lisatoetust. Kuna valik on suur ja variatsioon rikkalik, siis leiab abivajaja just endale sobiva meetoodika.

2. UURING ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRE RAVI PROGRAMMIS OSALENUD INIMESTE TAASTUMISEST

2.1. Alkoholitarvitamise häire programm „Kainem ja Tervem Eesti“

Tervise Arengu Instituudi poolt loodud programm „Kainem ja Tervem Eesti“ on mõeldud inimestele, kes kannatavad alkoholi liigtarvitamise häire all. Liigtarvitamist nimetatakse olukorda, kui alkoholi tarvitamine kahjustab juba inimese tervist. Ohtlikuks loetakse seisundit, kui ületatakse madala riski piire. Naiste puhul loetakse piiriks 7 ühikut nädalas ja meeste puhul 14 ühikut. Järgnevas tabelis 1 tuuakse välja tooted, mille 1 ühik on 10 g puhast alkoholi. (Tervise Arengu Instituut, 2022, lk 1)

Tabel 1. Alkoholi kogused ühikutes

Alkohoolne jook	Alkoholi sisaldus	Alkoholi ühikud
Õlu, 500 ml	5,2%	2,1 ühikut
Vein, 120 ml	12%	1,1 ühikut
Siider, 500 ml	4,4%	1,8 ühikut
Kange alkohol, 40 ml	40%	1,3 ühikut

Allikas: Tervise Arengu Instituut, 2022, lk 1

Tervise Arengu Instituudi (2022, lk 2) kohaselt võib jaotada alkoholi tarvitamist nelja rühma. On madala riskiga tarvitamine, kus juuakse alkoholi vähestes kogustes. Järgmisena tuuakse välja ohustav alkoholitarvitamine ning sellele järgneb alkoholi kuritarvitamine, millele juba kaasuvad probleemid tervisega. Kui seda piiri ületada, tekib alkoholi tarvitajal sõltuvus ja seda iseloomustavad pohmell ning võõrutusnähud. Kui inimesel on tekkinud sõltuvus, siis sellest on võimalik iseseisvalt loobuda või paluda meditsiinilist abi. Alkoholitarvitamise häire ravi alustamiseks peab inimene olema kaine ja avaldama selleks ise soovi. Raviteekond sisaldab alkoholivõõrutusseisundi ravi ning

tagasilangust ennetavat tegevust. Teekonnal teeb sõltlane koostööd vaimse tervise õega, psühhiaatriga, psühholoogiga ja teiste spetsialistidega. Parima tulemuse saavutamiseks kombineeritakse ravi. Tähtsal kohal on nõustamine ja vajadusel ka hospitaliseerimine. Mugavuse säilitamiseks saab 6–12 kuulist ravi viia läbi ambulatoorselt, et osalejal jääks võimalus jätkata tööl käimist ja tegeleda oma igapäevaelutoimingutega. (Tervise Arengu Instituut, 2022, lk 4)

Aastast 2023 korraldab „Kainem ja Tervem Eesti“ projekti Tervisekassa. Tervisekassa juhiste kohaselt ei ole vaja osalejal tervisekindlustust ega saatekirja. Osalejale ei määrata visiiditasu ning tal on võimalik korduvalt programmis osaleda. Teenusele registreerumiseks peab osaleja valima endale sobiva asukoha, kus talle oleks kõige mugavam teenust saada. Tervisekassa kodulehelt on leitav nimekiri, kus saab valida 13 asutuse vahel, mis suuresti hõlmab tervet Eestit. (Kivi, 2023)

Üheks asutuseks on SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinik, mis pakub alkoholitarvitamise häire ravi programmi. Psühhiaatriakliinik alustas tööd aastal 1999 ning töös juhinduvad psühhiaatrilise abi seadusest. Patsiendi kiiremaks abistamiseks pakub psühhiaatriakliinik vaimse tervise õe iseseisvat vastuvõttu, mida pakutakse ka Pärnu perearstikeskustes. Kliiniku eesmärk on pakkuda kaasaegset võõrutusravi ning täiskasvanute psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimist ning ravi. (SA Pärnu Haigla, s. a.) Alkoholi liigtarvitamise ravi ajal kasutatakse astmelist mudelit, mis on suunatud vastavalt osaleja vajadustele. Vajadusel kaasatakse osaleja lähedasi või kui sõltlane ise ei soovi osaleda, siis nõustatakse liigtarvitaja pereliikmeid. (SA Pärnu Haigla, 2026) Juhtumikorraldaja sõnade kohaselt käib aastas programmist läbi umbkaudu 110 abivajajat. Koroonapandeemia ajal ei täheldatud osalejate seas langustrendi. Pandeemia ajal pöörati rohkem tähelepanu telefonivestlustele ja motiveerivale intervjuerimisele. (H. Saluri, suuline vestlus, 25.08.2025)

SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinik ja Tervisekassa on tihedad koostööpartnerid, kelle toetusel saavad alkoholisõltuvuse all kannatavad inimesed vajaminevat abi. Abi saamine ei sõltu rahvusest ega soost ning majanduslikust hakkamasaamisest. Professionaalset abi pakutakse kõigile, kui vaid osaleja seda ise soovib ja on nõus täieliku koostööga.

2.2. Uurimisprotsessi kirjeldus

Magistritöö uuringu läbiviimiseks kasutas autor kombineeritud ehk segameetodit, mis võimaldab koguda nii kvantitatiivseid, kui ka kvalitatiivseid andmeid. Antud uurimisviis lubab saada statistilisi vastuseid ning elulisi kogemusi. (Creswell, 2022, lk 2) Kvalitatiivse uuringu suurimateks plussideks on inimesekeskne lähenemine, mis kirjeldab inimese kogetut, ning selle tulemusena saab koguda tundlikku ja personaalset infot. See annab võimaluse uurida kultuurilisi nähtusi ja aitab seletada lahti keerukamaid olukordi. (Askarzai & Unhelkar, 2017, lk 29) Kvalitatiivse uuringu käigus selguvad uuritavate sotsiaalsed normid ja käitumismustrid, mis selgitavad ning iseloomustavad antud sihtgruppi (Lune & Berg, 2017, lk 13). Rolli mängivad isiklikud kogemused ja lood, erilised rutiinid ja elulised probleemid, millesse on võimalik sügavamalt süüvida (Taherdoost, 2022, lk 56). Kvantitatiivne uurimisviis võimaldab kasutada suurt valimit ja suletud lõpuga küsimusi (Õunapuu, 2014, lk 54). Samuti toob Õunapuu (2014, lk 60) välja, et nähtuste põhjuste ja tagajärgede uurimiseks on kõige sobivam kasutada põhjuslik-võrdlevat uurimismetoodikat. Autor leiab, et kombineeritud uurimisviisi kasutades selguvad uuringus osalejate probleemid ja takistused, mis tulevad esile osalemaks alkoholitarvitamise häire ravi programmis ning spetsialistide vaade, kuidas tõhustada programmi sisu.

Magistritöö sihtrühmaks oli SA Pärnu Haigla alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalejad ja programmis töötavad spetsialistid. Lisaks sooviti intervjuuerida ülejäänud 12 asutust Eestis, kes pakuvad alkoholitarvitamise häire ravi programmi. Antud uurimistöös on kasutusel eesmärgipärane valim, mille üheks kriteeriumiks on kindlat tüüpi osalejad (Õunapuu, 2014, lk 143). Valim on homogeenne, kuna nende elukogemused on sarnased ja vastuste põhjal on võimalik saada uurimisküsimustele autentsed ja kogemustele põhinevad vastused (Etikan *et al.*, 2016, lk 3). Uurimistöösse on valitud vastajad, kes on osalenud programmis aastal 2021. Juhtumikorraldaja sõnade kohaselt osales aastal 2021 projektis 110 inimest ja 5 aastat on sõltlase jaoks kriitiline aeg. (H. Saluri, suuline vestlus, 25.08.2025). Esindusliku valimi leidmiseks kasutatakse MaCorr valimikalkulaatorit. Kui valimi usaldusväärsuse tase on 95% ja usaldusvahemikuks määrata 5%, siis esindusliku tulemuse annaks 86 vastajat. (MaCorr Research, n.d.) Valiku määrajaks on programmist möödumise aeg, et selgitada välja osalejate taastumine viie aasta möödudes. Spetsialistide

puhul kasutati kõikset valimit (Õunapuu, 2014, lk 142), mille käigus sooviti intervjuuerida kõiki viit programmis töötavat spetsialisti. Spetsialistid ei ole aastate jooksul programmis muutunud. Alkoholitarvitamise häire ravi programmi meeskonda kuulub juhtumikorraldaja, vaimse tervise õde, psühhiaater, kliiniline psühholoog ja psühhoterapeut (Tervisekassa, 2023, lk 2). Kolmandaks sihtrühmaks valiti alkoholitarvitamise häire ravi programmi pakkuvate asutuste juhtumikorraldajad, kelle kohta leiab infot Tervisekassa kodulehelt. Asutusi on koos SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikuga kokku 13. (Kivi, 2023) Koostööd tehti uuringu käigus SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikuga, kelle haldusalasse kuulub alkoholitarvitamise häire ravi programm (SA Pärnu Haigla, *s. a.*). Uuringu alustamiseks taotles autor SA Pärnu Haigla juhtkonnalt ja Psühhiaatriakliiniku juhatajalt nõusoleku uuringu läbiviimiseks. Autor täitis „Ravimi kliinilise uuringu/uurimustöö läbiviimiseks“ (SA Pärnu Haigla, 2025) loodud avalduse, millele lisas juurde seletuskirja magistritöö sisulise töö ja uuringumeetodite kohta. Avaldus digiallkirjastati kolmepoolselt 24.10.2025 ja saadeti osapooltele e-kirja teel.

Uuringu läbiviimiseks kasutas autor andmekogumismeetodina ankeetküsitlust, mille küsimuste koostamisel tuleb arvestada osalejate eripäradega ja küsimused peavad vastama kindlatele tunnustele (Õunapuu, 2014, lk 161). Töös koostati ankeet, mis võimaldas küsida avatud lõpuga küsimusi ning valikvastustega suletuid küsimusi, mis andis osalejale võimaluse ausalt oma arvamuse avaldamiseks ning tuua selgemad vastused uurimisküsimustele (Õunapuu, 2014, lk 159–160). Ankeet oli jagatud viieks osaks ja küsimused tuginesid Kommunikatsioonimudelile ja Isiksuse teooriale (vt lisa 1). Küsimuste loomisel tugineti teooria peatükis olevatele autoritele: Barnlund, Prakash jt, Giorgi jt, Fiabane jt, Brooks jt ja Bischof jt. Küsimustik koostati Tartu Ülikooli LimeSurvey (<https://survey.ut.ee>) keskkonnas. Küsimustiku link ja uuringu tutvustus saadeti juhtumikorraldaja poolt projektis osalenutele e-kirja teel ning nendega ei olnud võimalik edaspidi edasi suhelda, kuna autori jaoks olid vastused anonüümsed. Samuti helistas programmi vaimse tervise õde osalejatele, kellel puudus andmestikus e-kirja aadress. Autor pidi arvestama, et kogutud info põhjal ei looda tervikpilti ja selle tulemusel ei tehta järeldusi kõikide programmis osalejate kohata (Pandey & Pandey, 2015, lk 76). Avatud küsimuste töötlemine on aeganõudev ja vajab suuremat süstematiseerimist (Õunapuu, 2014, lk 159). Küsitluse vastuseid oodati 01.03–27.03.2026 LimeSurvey

keskkonda. Peale vastuste analüüsimist ja lõputöö kaitsmist kustutatakse vastused ja küsitluse vorm. Küsitlusele vastas 15 inimest, neist üks täitis küsimustiku poolikult (vt tabel 2). See moodustab soovitud esinduslikust valimist 16%. Seega ei saa tulemusi üldistada uuritavaal aastal programmis osalenutele ja tulemused peegeldavad ainult uuringus osalenute arvamusi.

Tabel 2. Uuritavate demograafilised andmed, n = 15

Vanuserühm	Osalejate arv	Sugu	Programmis osalemise aeg
41–45	3	Mees	1 kord
46–50	2	Mees	2 korda
46–50	1	Naine	Ei soovinud vastata
51–55	1	Mees	2 korda
51–55	1	Naine	1 kord
56–60	1	Mees	1 kord
56–60	1	Naine	1 kord
61–65	4	Mees	1 kord
66–70	1	Mees	1 kord

Programmis töötavaid spetsialiste intervjueriti. Intervjuud võimaldavad läbi küsimuste ja vestluse saada teema kohta täpsemat infot, et viia autorit lähemale uurimisprobleemile (Adhabi & Anozie, 2017, lk 88). Antud töös kasutati poolstruktureeritud intervjuud, mis koosnes kindlal struktuuril, aga oma olemuselt on paindlik ja jätis töö käigus lisaküsimuste võimalikkuse (Lune & Berg, 2017, lk 69). Alkoholarvitamise häire ravi programmis töötavatele spetsialistidele vormistati intervjuukava, tuginedes teooria peatükis olevale kirjandusele: Barnlund, Prakash jt, Giorgi jt, Fiabane jt, Brooks jt ja Bischof jt. Küsimusi sai vajadusel suhtlemise käigus muuta või täiendada. Intervjuu küsimusi oli kokku 22 ja jagatud viieks osaks (vt lisa 2).

Uuringus osalevatele spetsialistidele saadeti eelnevalt juhtumikorraldaja poolt e-posti aadressidele magistritöö tutvustus, ülevaade uurimistöö eesmärkidest, intervjuu kava ja töö autori kontaktandmed. Peale spetsialistide vastust, lepiti e-kirja teel kokku aeg, millal sobis vestlusel osaleda. Intervjuud viidi läbi ajavahemikul 11.03–26.03.2026. Uuringus nõustus osalema neli spetsialisti, kellest kolm oli nõus osalema intervjuul ja üks andis vastuse e-kirja teel. Viies spetsialist ei vastanud korduvatele meeldetuletustele. Ühe intervjuu läbiviimiseks planeeriti 30–60 minutit. Töös kasutati spetsialistide eristamiseks pseudonüüme S1, S2, S3 ja S4 (vt tabel 3).

Tabel 3. Intervjuude läbiviimise aeg ja kestus minutites

Respondent	Intervjuu läbiviimise aeg	Intervjuu kestus, min
S1	11.03.2026	48
S2	12.03. 2026	42
S3	17.03.2026	36
S4	27.03.2026	e- kiri

Vastuste salvestamiseks paluti spetsialistide käest eelnevalt nõusolekut, mille järel kasutati telefoni helisalvestussüsteemi. Vastused laeti peale intervjukeerimist parooliga kaitstud arvutisse ja eemaldati telefonist. Vastused transkribeeriti käsitsi.

Uurimaks alkoholitarvitamise häire ravi programmi üldist käekäiku ja sarnasusi, saadeti e-kiri kõigile ülejäänud 12 asutusele, kes tegelevad sama teenuse pakkumisega. E-kirjaga saadeti magistr töö tutvustus, ülevaade uurimistöö eesmärkidest, intervjuu kava ja töö autori kontaktandmed. Intervjuu kava oli kohandatud ja välja jäeti küsimused, mis olid seotud SA Pärnu Haiglaga. Üks e- kirjale vastaja saatis manusega intervjuukava oma kolleegidele edasi, palvega osaleda antud uuringus. Rohkem vastuseid kirjale ei tulnud. Ülejäänud 11 asutust kirjale ei vastanud.

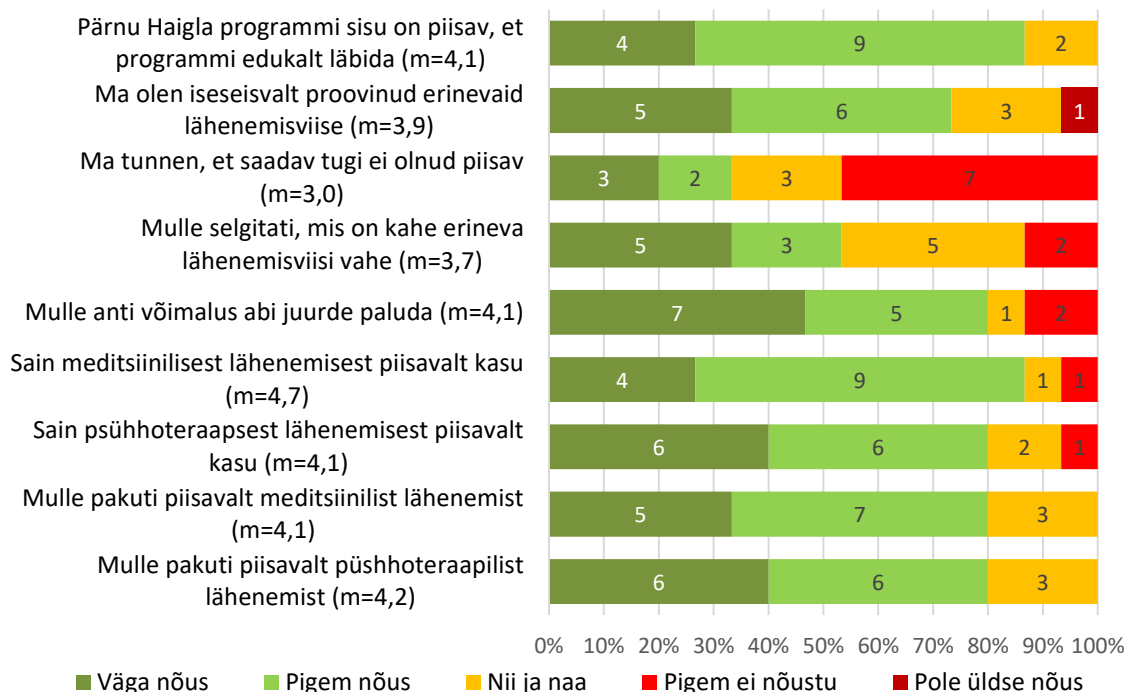
Analüüsimeetodina kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivses sisuanalüüsis uuriti vastustes leiduvaid sarnasusi ja kordusi (Lune & Berg, 2017, lk 184). Kvantitatiivuuringus kasutati kirjeldavat statistikat, mis aitab muutuva vahelisi seoseid võrrelda ja kokku võtta. Selle tulemusel on neid võimalik rühmitada ja töös illustratiivselt esitada. (Kaliyadan & Kulkarni, 2019, lk 83) Kvantitatiivses analüüsis on oluline eristada lahti kirjutatud andmed ja koondandmed (Sheppard, 2020, lk 224). Peale lõputöö kaitsmist, helisalvestised ja kirjalikud märkmed hävitatakse. Järgmises alapunktis tuuakse välja uuringu tulemused ja analüüs.

2.3. Uuringu tulemused ja analüüs

2.3.1. Psühhoteraapiline ja meditsiiniline lähenemine ravi programmis

Käesolevas peatükis antakse ülevaade alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalenud inimeste hoiakutest, seoses programmis pakutud erinevate lähenemisviiside suhtes ning spetsialistide hinnangutest, milliseid lähenemisviise kasutatakse programmis ravis ja millistel alustel valitakse õige lähenemine.

Programmis osalenud vastajad kinnitasid, et on teenusega üldjoontes rahul. Järgneval joonisel 2 tuuakse välja nägemus, kuidas hindavad osalejad projekti psühhoterapilist ja meditsiinilist lähenemist.



Joonis 2. Programmis osalenute hinnang psühhoterapilisele ja meditsiinilisele lähenemisele (n = 15)

Vastajad hindavad programmi sisu positiivselt ja see võimaldab programmi edukalt läbida. Enamike väidetega oldi kas väga nõus või pigem nõus. Kõige positiivsemalt hinnati programmi meditsiinilist lähenemist, millest oli kasu (m = 4,7) ning programmi sisukust, mis oli piisav, et seda edukalt läbida (m = 4,1). Kriitikat pälvis saadav tugi (m = 3,1), mis seitsme vastaja arvates ei olnud piisav ja kolm ei osanud seisukohta võtta. Segadust on tekitanud psühhoterapilise ja meditsiinilise lähenemisviisi selgitamine (m = 3,7).

Projekti „Kainem ja Tervem Eesti“ tuli iseseisvalt kaheksa inimest. Lähedane tõi programmi viiel korral ja peale haiglaravi liitus projektiga üks inimene. Programmi käigus tehti kõige rohkem koostööd vaimse tervise õega, keda mainiti küsitluses üheksal korral. Viiel korral mainiti psühhiaatrit, kolmel korral kliinilist psühholoogi ja kahel korral juhtumikorraldajat. Koostööd psühhoterapeudiga toodi esile ühel korral.

Spetsialistide hinnangul, jääb ühest raviviisist väheseks. Sõltuvusravi on kombinatsioon mitmest erinevast ravist. Programmis osalejatele sobivam lähenemisviis valitakse mitme teguri põhjal. Raviteekonna alguses toimub põhjalik hindamine kolme spetsialisti poolt ja edasine ravi sõltub hindamise tulemusest. Igale inimesele lähenetakse individuaalselt. S4 lisas, et tema osaleb ainult esmasel hindamisel ja üldjuhul rohkem projektis osalejaga ei kohtu. Programmi käigus saab vajadusel uusi spetsialiste juurde kaasata, aga see kõik on ikka väga individuaalne. S2 oli õige lähenemisviisi valiku suhtes eriarvamusel:

Ei olegi aru saanud, mille alusel projekti spetsialistid seda teevad. Minu silmis lähenetakse liialt individuaalselt ja süsteemi ei kaasata piisavalt. Süsteem on tihti just sõltuvust soosiv või siis kaassõltuv. Olen märganud, et suunajad ei ole süsteemsest lähenemisest teadlikud ega motiveeri patsienti piisavalt kaasama lähedasi ehk päritoluperekonda analüüsi. (S2)

Psühhoterapia lähenemise osakaalu antud projektis hindavad spetsialistid vajalikuks, kuid programmis siseselt on suunamine psühhoterapiasse kaootiline. S3 leiab, et psühhoterapia on väga oluline osa ravist ja võrdleb selle toimet võrdselt ravimite võtmisega. See võib olla väga suur osa sõltuvusravist ja aitab mõista, miks on üldse alkoholi liigtarvitamise võrku langetud. S2 hinnangul on psühhoterapiasse suunamiste arv minimaalne, kuigi ressurss on olemas. S1 on veendumusel, et kõik programmi spetsialistid teevad omamoodi psühhoterapiat ja teinekord edasi suunamine ei olegi vajalik. Õige lähenemise käigus tuleb inimesel endal soov rääkida pikemalt oma muredest ja probleemide tagamaadest. Oluline on õige suhtumine osalejasse:

Tegelikult seda peetakse küll olulisemaks kui ravim. See on õige. Oluline on see, mis tasemel on see psühhoterapia, see ei nõua alati psühholoogi. Juba sada aastat tagasi oli psühhoterapia ka juba olemas. Külarahva, kogukonna või naabrinaisega suhtlemine ja oma murede jagamine ning probleemide arutamine, siis juba ka sellest on kasu. Ilmtingimata ei pea olema kliiniline psühholoog. (S1)

Meditšiinilise lähenemise osakaalu hindavad spetsialistid erinevalt. S3 selgitusel tuleb meditsiiniline lähenemine mängu sel juhul, kui ravimid on olulised kaasuvate haiguste raviks. See on oluline, kuid mitte domineeriv osa raviprogrammist. Meditsiinilist lähenemist tuleb rohkem ette raviteekonna alguses ning pikemaajalises ravis see osakaal väheneb. Tihtilugu kasutatakse Esperali ravimit, mis on mõeldud alkoholi raviks ja selle

tarvitamisel ei tohi üldse juua. Vastasel juhul võib tulla väga äge mürgistus: „Ja, sellel osal on ka oluline tähtsus. Paljudel juhtudel on ju tegemist mitmikdiagnoosiga. Eelkõige ärevus ja/või depressioon, mis küll eeldavad ravimit.“ (S1)

S1 toob veel välja, et kui osaleja valib alkoholi raviks süsti, siis tema teekond lõppeb antud programmis. Kui osaleja on nõus tableti kujul võtma ravimit (Esperali), siis võib programmis edasi olla, sest siis on mängus inimese vaba tahe, võtta või mitte võtta rohtu. Paljud on selle abil alguse sisse saanud ja siis juba enda jõul edasi proovinud hakkama saada. Oluline on kõige selle juures selgitustöö.

Kui võrrelda psühhoterapia ja meditsiinilise lähenemise olulisust, siis ei osata vastata ning üleüldine info puudub selle kohta. Oluliseks peetakse kombineeritud ravi:

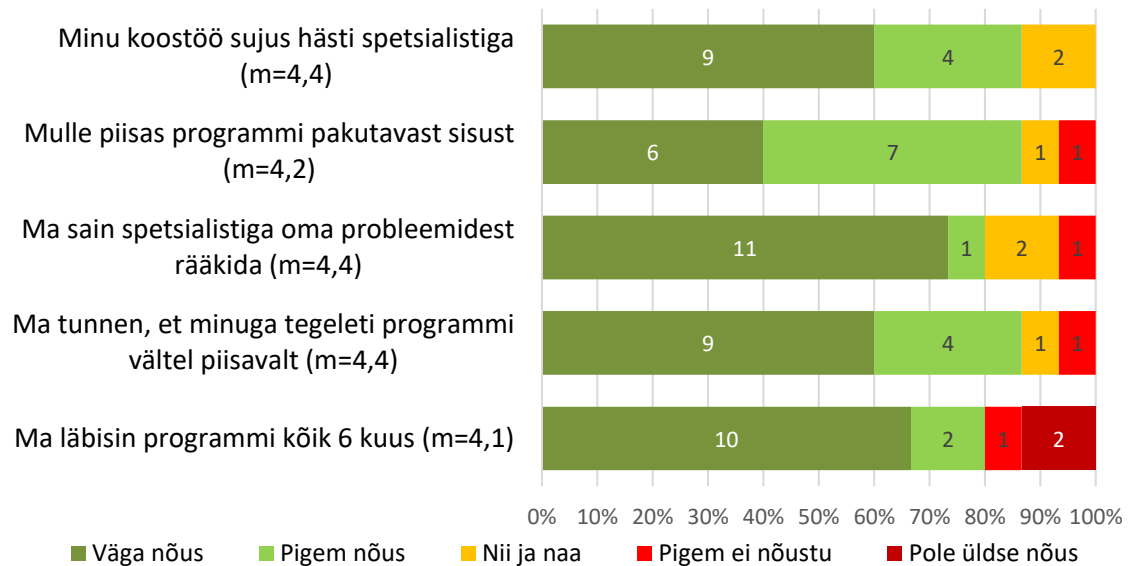
Alkoholisõltuvus on probleemide kombinatsioon ning kõige efektiivsem patsiendi jaoks on kombineeritud ravi, seetõttu ei saa välja tuua seda, kumb on olulisem ja vajalikum. On tehtud erinevaid uuringuid mis näitavad, et ainult ravimeid tarvitades ilma teraapias osalemata on kainuse püsimise määr märgatavalt väiksem, kui ravimid kombineeritakse teraapiaga. (S3)

Psühhoterapilise ja meditsiinilise lähenemisviiside vajalikkust kinnitasid kõik spetsialistid. Antud hetkel on oluline mõista, kui suures mahus osaleja vajab teatud lähenemisviisi ja kas suuremas perspektiivis ka sellest kasu oleks. Kõikidele osalistele ei ole meditsiiniline lähenemine vajalik, kuid psühhoterapilise ravi osakaalu ja tähtsust hinnatakse alkoholi liigtarvitajate ravi juures kõrgelt.

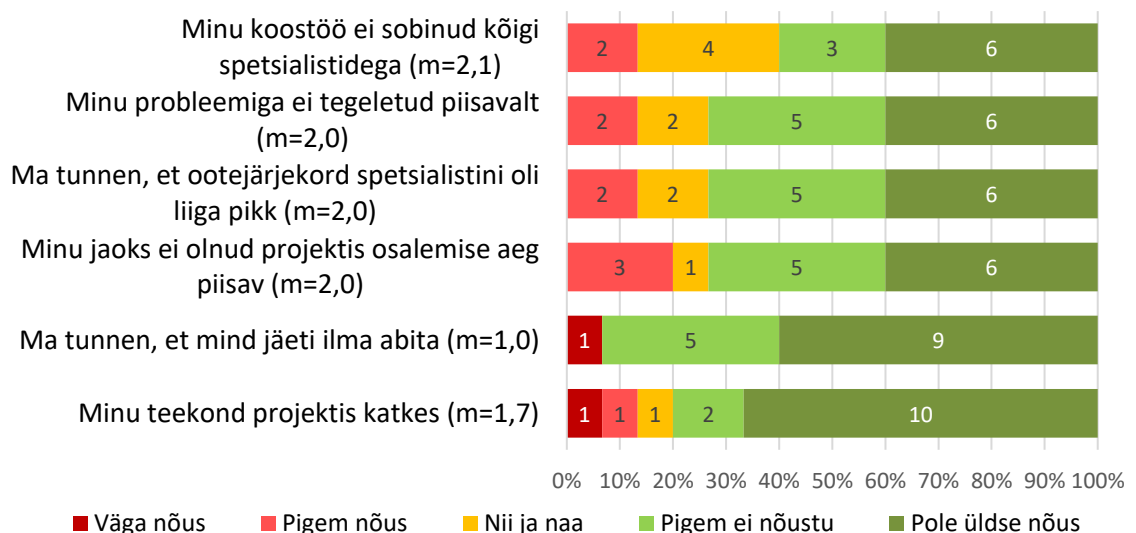
2.3.2. Koostöö spetsialistiga

Alapeatükk hõlmab koostööd programmis osalejatega, programmi teiste spetsialistidega kui ka spetsialistidega väljastpoolt maja. Hea läbisaamine ja mõistev suhtumine on eduka lõpetamise alus. Alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalenud uuritavad hindasid koostööd üldjoontes heaks, kuid oli ka momente, kus koostöö ei liikunud positiivsel suunal. Programmis osalenute käest sooviti teada saada, kuidas sujus programmi ajal koostöö spetsialistidega. Järgneval joonisel 3 ja 4 tutvustatakse koostöö sisu laiemalt ja loob täpsema ülevaate osalejate hinnangutest. Tuuakse välja nägemus, kuidas hindavad vastajad koostööd programmi spetsialistidega. Kõrgelt hinnati nii koostööd ($m = 4,4$) kui

ka võimalust oma probleemidest spetsialistiga rääkida ($m = 4,4$). Samas kuus vastajat tõi välja, et neil kõikide spetsialistidega koostöö ei sobinud. Programmis osalejatega tegeleti piisavalt üheksal korral ($m = 4,4$), kuid kuuel korral ei hinnatud nii kõrgelt. Üldiselt peeti programmis osalemise aega piisavaks. Vaid kolm vastajat oleks soovinud pikemat programmi.



Joonis 3. Koostöö spetsialistidega programmis osalenute vaates, positiivsed väited ($n = 15$)



Joonis 4. Koostöö spetsialistidega programmis osalenute vaates, negatiivsed väited ($n = 15$)

Ootejärjekorra pikkust spetsialisti vastuvõtule hinnati heaks. Samuti hinnati positiivselt projektis osalemise aega. Küsitlusele vastajate seast kinnitasid enamus ($m = 4,1$), et osalesid programmis kõik kuus kuud ja läbisid selle edukalt. Katkestamise põhjustena toodi kolmel korral välja aja puudus ja ühel korral saadi abi mujalt. Kolmel inimesel oli muu põhjus. Kuus vastajat hindasid koostööd programmi spetsialistidega üldiselt heaks ja projektis osalemisel on spetsialisti abi kiiresti kättesaadav. Vastajad tundsid, et nendega tegeleti piisavalt ja nad said oma probleemidest rääkida. Ankeedis nimetatud viiest spetsialistist toodi uuritavate poolt enim välja vaimse tervise õde, kelle vastuvõttudel käis üheksa vastajat. Projekti eduka toimimise juures on oluline spetsialistide vaheline koostöö. Koostöö nii programmi spetsialistide, kui ka väljastpoolt maja osaleja probleemidega tegelevate spetsialistidega.

Spetsialistide hinnangul jõuavad inimesed alkoholitarvitamise häire ravi programmi erinevalt. Suuremalt jaolt on pereliikmed need, kes tungival soovil inimese projekti suunavad. Samuti tuleb inimene ise omal algatusel ning perearsti või eriarsti suunamisel. Koostööd tehakse nii lastekaitsespetsialistidega kui sotsiaaltöötajatega. Erandiks pole ka sõbrad, kes ise veel tarvitavad alkoholi, aga suurem mure on kaaslase pärast. Infot leitakse internetist ja sõbralt-sõbrale liiguvad jutud. S3 loetleb erinevaid spetsialiste, kellega on läbi aastate tulnud koostööd teha: „Meil on koostöö Kriminaalhooldusega – ühendame juriidilise järelevalve ja meditsiinilise ravi. Koostöö on ka Prokuratuuriga, kus ühendame karistuse ravi ja pakume abi inimesele, kes on politsei poolt tabatud. On olnud alkoholijoobes autoroolis“.

Spetsialistide vahelist koostööd hindavad oluliseks kõik osalenud spetsialistid. Tuntakse puudust juhtumiaruteludest, kus on kohal ka teised spetsialistid. Koostöö juures usutakse, et meeskonnatöö rakendamine on tõhusaim viis patsiendile, et programm edukalt läbida. Oluliseks peetakse spetsialistide erinevat vaatenurka ja lähenemist erinevate aspektidega. Kuigi koostöö on vajalik, ei pea see olema sage ja tihti, vaid see peab olema olemas. On palutud eraldi haigla sotsiaaltöötajat, et vajadusel suunataks inimesi programmi abi saama. Levib arvamus, et teatud juhtudel on programmis osalemine kohustuslik:

Helistatakse ja öeldakse, et kohus käskis tulla. Kohtuotsus on selline, et ma pean läbima selle programmi. See ei ole võimalik, keegi ei saa sundida inimest ravile tulema. Seda enam, kui inimene ise ei tunnista probleemi ja ei taha ja ei soovi.

Vägisi me ei ravi siin kellegi käsul. Eriti selline ravi, kus loobumine on nii isiklik teema. Selleks ainult ei pea olema endal tahe, vaid see tahe peab olema väga tugev, see peab olema pühendumus. (S1)

Koostööd peetakse väga heaks, sest töötatakse ühiste põhimõtete eesmärkide nimel. Info liikumine ravimeeskonnas toimib hästi ja kõigil on meeskonnas rollide selgus. Raviarstidega on natuke raskem, kuna on aja puudus ja vastuvõtud, kuid üldiselt hinnatakse olukorda heaks. Samas tuuakse välja, et koostöö on küll olemas, aga see ei toimu süstemaatiliselt. Juhtumite arutelud on liiga harvad ja suunamine teraapiasse puudulik.

Programmis töötavad spetsialistid leiavad ühiselt, et neil on piisavalt aega, et osaleja probleemi süveneda. Ühe kohtumise ajaks on määratud 1 tund. Vahel jäetakse ka kuskil pooleli ja vahel jätkatakse järgmisel kohtumisel, aga 1 tund on spetsialisti arvates kindlasti piisav. Kõigile lähenetakse individuaalselt. Algusperioodil, kus on õrnem periood, siis kohtutakse sagedamini, vajadusel isegi kord nädalas. Kui inimene suudab kaine olla, siis juba kord kuus. S3 on teadlikult hoidnud patsientide arvu antud raviprogrammis kontrolli all ja püüdnud kasutada ajalisi ressursse maksimaalselt efektiivselt. Kui töökoormus liiga suureks kasvab, ei ole võimalik patsiendi probleemidesse sügavuti minna, sellepärast on alati lähtutud põhimõttest – kvaliteet on olulisem kui kvantiteet: „Selliste põhimõtete ja töökorralduse tõttu hindan oma ajalisi ressursse üsna heaks, kuigi pean ütleva ka seda, et aeg-ajalt siiski töötame kõik oma võimete ja võimekuse piiril“ (S3).

Peamiseks takistavaks teguriks programmi edukaks läbimiseks peavad spetsialistid osaleja motivatsiooni puudust või selle langust. Mõned ootavad „imet“, näiteks temast sõltumatut abivahendit. Inimestel on soov õppida jooma, mitte seda lihtsalt vähendada. Takistusteks on osalejate irratsionaalsed ootused. Mõnedel osalejatel puudub sisuline kriitika oma alkoholitarvitamise osas ja ambivalentsus. S3 toob veel välja sotsiaalsed probleemid ja ebastabiilse elu, keerulised peresuhted ja alkoholi tarvitav sõpruskond: „Mõnikord on patsiendil raske saada klappima tööalast ajagraafikut raviteenustega, kuigi püüame aegade kokkuleppimisel olla maksimaalselt paindlikud“.

Alkoholi juuakse tihtilugu negatiivse emotsiooni läbielamisel. Keegi ütleb midagi halvasti, elulised ja rahalised raskused, võlad. Perelega halvad suhted ja tülid on tagasilanguse üheks osaks. Inimesed ei tule toime oma tunnetega, aga nende tunnetega toimetulemine ja õpetamine võtab aega. Õigete tehnikate õppimine võtab aega ja see ei ole ühe kohtumisega võimalik. Sisemine ressurss on kainuse perioodi säilitamise juures olulise tähtsusega. Peamisteks katkestamise põhjusteks tuuakse samuti välja ebapiisav motivatsioon. Ei suudeta ega taheta oma harjumustest vabaneda ja neid muuta. S2 toob esimesena välja tahtejõu, meelekindluse ja isiklikud faktorid: „Peale mõningast edu minnakse katsetama, kas „oskavad juua“ ja toimub tagasilangus ja siis löövad tihti ka käega. Tihti ka süsteemi (perekonna) negatiivne mõju. Pere liikmed ei aita kainusele kaasa, nad ei toeta muutusi“. S1 toob välja sisemise ressursi puudumise. Tung on suur ja sellega on raske toime tulla. Ressursi puudumisel on väga keeruline õpetada toimetulekut ja tagasilangus on kerge tulema. Enamasti on katkestamise põhjus olemas ja üldjuhul on need negatiivsed tunded.

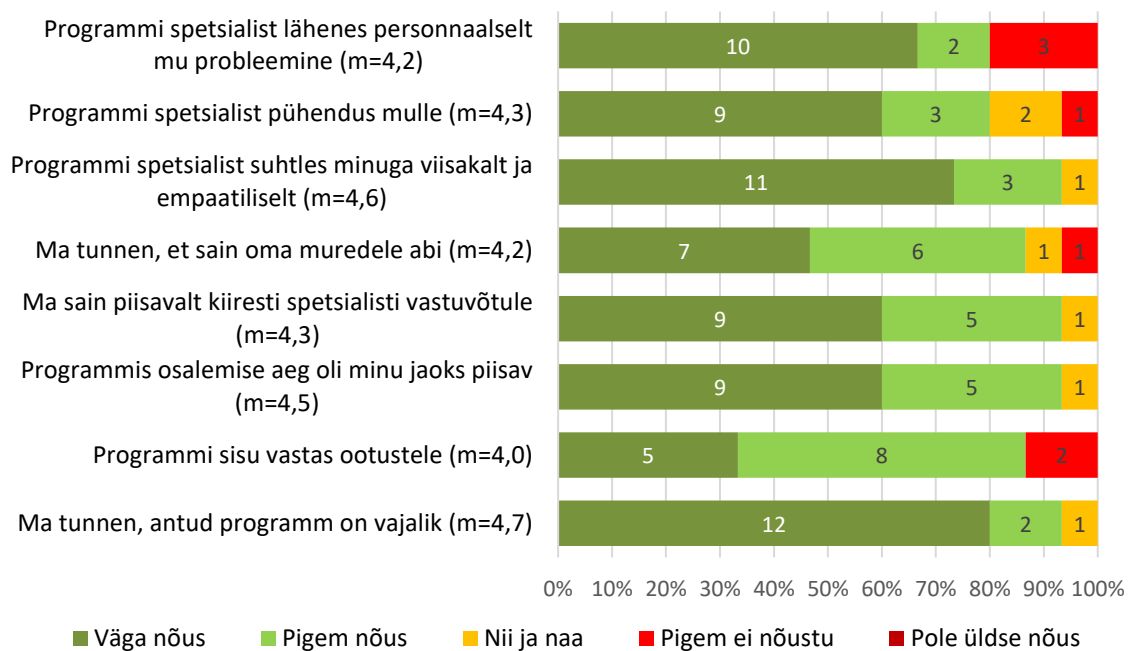
Kokkuvõtvalt võib öelda, et koostöö tähtsust hindavad kõik spetsialistid, kuid kõik ei tunne end ühtemoodi kaasatuna. Programmis osalejate jaoks on spetsialistid alati olemas ja ajaline ressurss on piisav, et tegeleda abivajajaga süvitsi. Peamisteks loobumise ja katkestamise põhjusteks peetakse motivatsiooni puudust ja isikliku võimekust hinnata oma seisundit adekvaatselt.

2.3.3. Inimesekeskne lähenemine ja motiveeriv intervjuerimine

Motiveeriva intervjuerimise eesmärk on tugevdada abivajaja teotahet ja motivatsiooni püsivaks kainuse teel. Osalejatega tegelenud spetsialistide tööd tunnustatakse ja üldjoontes antakse positiivne hinnang. Siinkohal tutvustatakse spetsialistide lähenemisviise ja pühendumist osalejate vaatenurgast. Joonisel 5 kirjeldatakse motiveeriva intervjuerimise ja empaatilise suhtlemisviisi tajumist.

Alkoholitarvitamise häire ravi programmi spetsialistide suhtlemisoskust hinnatakse kõrgelt. Programmis osalejad mõistavad programmi vajalikkust ja on antud sisuga enam-vähem rahul. Programmi spetsialisti personaalselt lähenemist hinnati väga heaks ($m = 4,2$) ning samuti kiideti spetsialisti pühendumist ($m = 4,3$). Alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalejad leiavad, et antud programm on vajalik ($m = 4,7$), kuid

programmi sisu nii kõrgelt ei hinnatud ($m = 4,0$) ja kaks vastajat tõid välja, et see ei vastanud nende ootustele. Spetsialistide motiveerivat intervjuerimist hindas suurepäraseks kaheksa inimest. Kümnepunktiskaalas hindasid kaks vastajat spetsialisti intervjuerimist nelja ja viie punkti vääriliselt. Üldiselt hinnati kümnepunktiskaalas spetsialistide tööd üheksal korral suurepäraseks. Madalaimaks hindeks anti kahe inimese poolt viis punkti, kes omakorda olid samad osalejad, kelle jaoks ei vastanud programm nende ootustele.



Joonis 5. Programmi läbinute hinnang programmi tegevustele ($n = 15$)

Inimesekeskset lähenemist hinnatakse tänapäeval üha rohkem ja väga oluliseks peetakse individuaalset kontakti. Teraapia käigus aitab seda toetada empaatiline lähenemine. Seda kinnitavad ka uuringus osalenud spetsialistid. Patsiendi jaoks on see väga oluline, sest see mõjutab osaleja motivatsiooni, usaldust ja raviteenusel püsimist. Samuti mängib see suurt rolli osaleja valmisolekul koostööd teha, et ta suudaks oma probleeme jagada ning see suurendab psühholoogilist turvatunnet. See mõjutab inimest positiivselt. Vahest on osaleja esimest korda kuulnud ja kuulatud, ilma, et keegi annaks hävitava hinnangu. Kindlasti peab lähtuma personaalselt ja ei tohiks lugeda teoreetilist loengut. Inimesed on ainulaadsed ja kõik vajavad sisulist sekkumist. Inimese jaoks on oluline, et teda kuulataks ära ja ei tänitata. Hinnatakse kuulamise oskust, mida tihtilugu kodudes lähedased ei paku.

Spetsialisti hinnangul on see isegi kõige olulisem, isegi olulisem kui mingid peened ja keerulised teadmised: „See inimlik faktor on tegelikult nii väärtuslik, väärtuslikum kui mingid professionaalsed keemilised teaduskraadid ja muu. On märgata, et see inimlik ja empaatiline faktor jääb järjest haruldasemaks“. (S1)

Spetsialistide lähenemisviisi mõjutab üldiselt programmis osaleja motivatsioon. Selle puudumisel muutub ka spetsialisti töömetoodika. Spetsialist saab üsna kähku aru, milliste eesmärkidega on projekti tulnud. Kas sellepärast, et kriminaalhooldajale näidata, et on ära käidud, või lihtsalt endale ja teistele valetades. Tehakse kellegi teise pärast, aga endal tegelikult soovi muutuda ei ole. Esimestel kohtumistel silmast-silma tajub kõige paremini inimese hoiakut. Inimesed on väga erinevad ning on juhusid, kus sunniviisiliselt saadetud osalejad on kohati provotseerivad ja ülbed ning nendega neil polegi üldjuhul midagi teha. Oluline on koordineeritus, ühendamaks meditsiinilised, psühholoogilised ja vajadusel sotsiaalsed sekkumised. Oluliseks peab spetsialist, et osaline mõistaks, et tema olukorda käsitletakse tervikuna.

Empaatilise lähenemise juurde kuulub ka motiveeriv intervjuerimine. Motiveeriva intervjuerimise vajalikkust hindavad spetsialistid kõrgelt. See on vajalik, kuid see ei saa olla ainuke sekkumise viis. Sellest ei piisaks. See on oluline, et säiliks raviprogrammis aktiivne osalemine, motivatsioon ja järjepidevus. S1 töö juures on see märkimisvääriva tähtsusega.

Motiveeriva intervjuerimise juures peetakse kõige raskemaks vähest motiveeritust. On keeruline, kui patsient on ambivalentne ning kui osaleja on tõrges ja asub kaitsepositsioonile. S1 toob samuti välja olukorra, kus patsient on kohale tulnud vastu tahtmist.

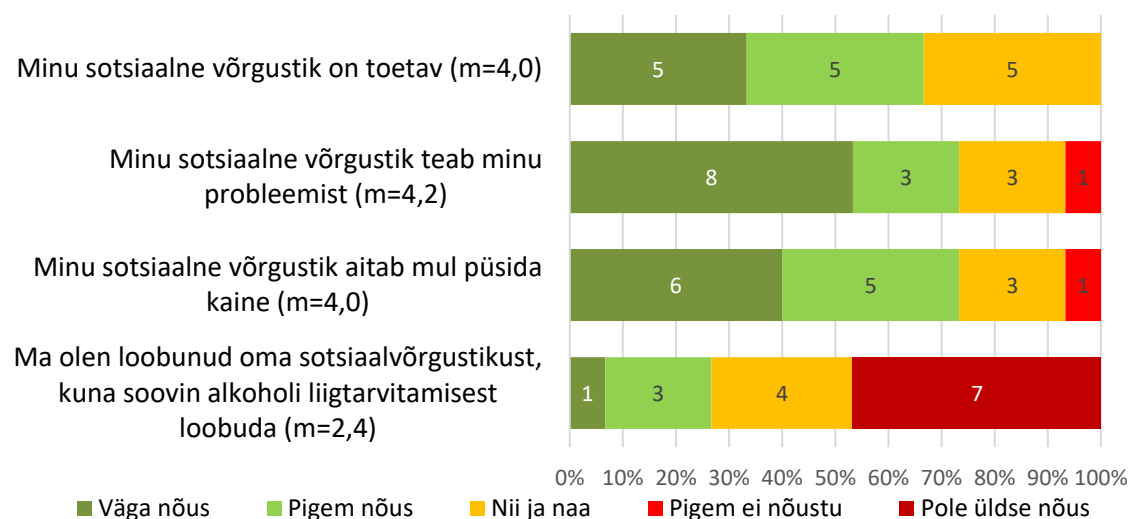
Programmis osalejatega suhtlemise juures tuuakse välja kõige suurema takistusena isiksuse eripärad. Isiksuse eripäradega tuleb eelkõige arvestada multiprobleemsete lugude puhul, kus isiksusehäire on üheks patoloogiliseks teguriks. Kui on kohe näha vastupanu ilmingud, siis sellisel juhul ei ole patsiendiga midagi teha. Peamine on vähene motivatsioon, mis seab suurimad takistused osalejaga suhtlemisel: „Motivatsiooni puudus ja vähene valmisolek reaalseks muutusteks oma elus. Mõnikord ka ebarealistlikud ootused raviprogrammis osalemise osas – patsient sooviks maksimaalselt head, kiiret ja

püsivat tulemust. Samas pakkudes minimaalset omapoolset pingutust selle saavutamisel“.
(S3)

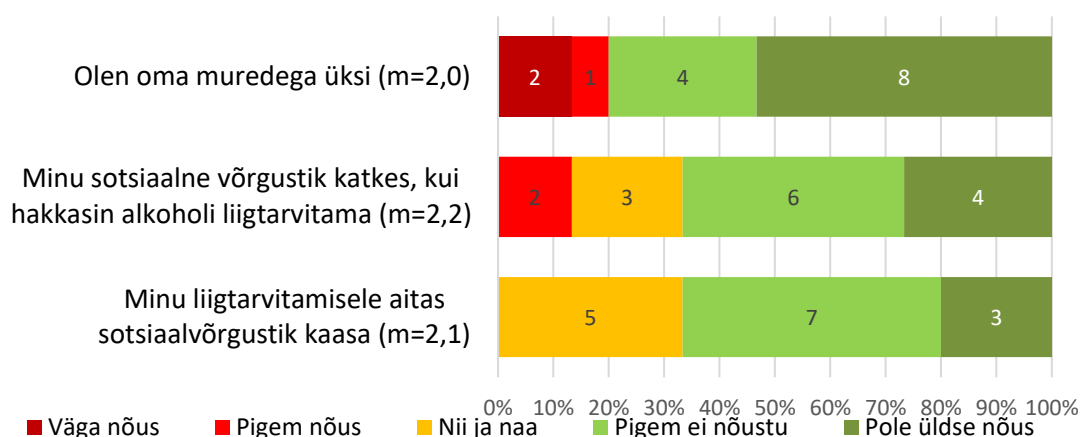
Üldiselt võib kinnitada, et motiveeriv intervjuerimine ja empaatiline lähenemine on programmi jooksul väga oluline. Osaliste vastuvõtuvõime ja suhtumine programmi toimumisse on erinev ning kõigil on sellega seoses omad ootused. Samas ei pruugi need eesmärgid ühtida spetsialistide omadega ja selle tulemusena saab koostöö olema pinnapealne või siis katkeb sootuks. Kui programmis osaleja motiveeritus on kõrge, siis on tema eesmärkide saavutamine kergem ja võimaldab rohkem koostööd teha erinevate oma ala spetsialistidega.

2.3.4. Ravi programmis osaleja sotsiaalne võrgustik

Sotsiaalne ja positiivne võrgustik on raviteekonnal määrava tähtsusega. Programmi osalejad on oma sotsiaalse võrgustiku abil suutnud säilitada oma kainusperioodi. Vastajad hindavad oma sotsialvõrgustiku olulisust ja enim oodatakse tuge pereliikmetelt. Küsitluses pööratakse tähelepanu sotsiaalsete võrgustike olemasolule ja toimemehhanismidele. Programmis osalejatel palutakse hinnata oma sotsiaalset võrgustiku seitsme väite abil. Joonisel 6 ja 7 kirjeldavad vastajad oma sotsiaalset võrgustikku ja selgitavad selle vajalikkust kainusperioodi säilitamise juures.



Joonis 6. Alkoholitartvitamise häire ravi programmis osaleja sotsiaalse võrgustiku tutvustus, positiivsed väited (n = 15)



Joonis 7. Alkoholitarvitamise häire ravi programmis osaleja sotsiaalse võrgustiku tutvustus, negatiivsed väited (n = 15)

Sotsiaalset võrgustikku ei nähta kui põhjust, millega kaasneks alkoholi liigtarvitamine. Osalejate hinnangul üldjuhul ei mõjuta lähedased alkoholi kuritarvitamist ega soodusta tarbimist. Samuti ei ole enamuse oma muredega üksi. Sotsiaalset võrgustikku hindavad vastajad pigem toetavaks (m = 4,0) ja kinnitavad, et suuremal osal aitab sotsiaalne võrgustik püsida programmi jooksul kaine (m = 4,0). Üksikud osalejad vastasid, et nad on loobunud oma võrgustikust, kuna nad takistavad teda alkoholi liigtarvitamisest loobumisel (m = 2,4).

Kainusperioodi säilitamise juures aitavad vastajate hinnangul neid kõige enam pere liikmed. Seda kinnitas üheksa vastajat. Elukaaslase osalust ei saa samuti alahinnata, kelle on toonud välja viis vastajat. Kahel korral toodi välja sõprade ja töökaaslaste poolne tugi. Ühel vastajal puudub sotsiaalne võrgustik ja kolm vastajat leiavad tuge muul moel. Keerulistel perioodidel on professionaalse toe kättesaadavus uuringus osalejate hinnangul hea. Üheksa vastajat viieteistkümnest on kindlad, et neil on võimalik saada raskel ajal professionaalset abi. Kolm vastajat pöördub esimesel võimalusel raviarsti või terapeudi poole. Perearstilt palub abi kaks vastajat. Mujalt saab abi seitse inimest, kuid neid võimalusi ei ole soovitud avaldada. Pärnu Haigla alkoholitarvitamise häire ravi programmiga saab abivajaja korduvalt liituda. Sellest võimalusest oli vastajate seast teadlikud üheksa inimest. Viis osalejat ei olnud sellest varem teadlikud.

Spetsialistid toovad välja, et sotsiaalse toe olulisus on üks mõjukamaid vahendeid, kuidas aidata programmis osalejat. Tuuakse välja ka erandeid, kus sotsiaalne tugi seab takistused

ja vajab ise lisatoetust. S2 selgitab, et teinekord on patsiendi võrgustik sama toimetulematu: „Tihti on võrgustik häiret alal hoidev, puudulik, patsient on oma murega ükski või on võrgustik sama düsfunktsionaalne. Näiteks lävib alkohoolikutega ja ei saa ringist välja. Taaskord projekt ei kaasa piisavalt võrgustiku, kelle ressurss oleks muutustes vajalik“.

Sotsiaalne tugi ja keskkond mõjutavad palju patsiendi edu alkoholiprobleemi kontrolli alla saamisel. Oma töös spetsialistid täpsustavad ja koguvad andmeid, kus ja kellega patsient elab ja millised on tema suhted pereliikmetega. Samuti uuritakse, kas patsient töötab, kui aktiivne on ta sotsiaalselt, millised on tema sõprussuhted, kas tal on hobisid. Need näitajad on patsientidel väga erinevad. Kuna valdav osa raviteenusel olevatest patsientidest on n-ö funktsioneerivad alkohoolikud, siis nende sotsiaalsed võrgustikud toimivad veel hästi. Neil on olemas mitmekülgne toetus, kui nad on otsustanud alkoholist loobuda. Siiski on ka neid, kes on oma eluga jõudnud alkoholi tõttu punkti, kus kõik suhted on rikutud ning inimene elab juba täielikus isolatsioonis. S1 hinnangul on toetav ja mõistev roll väga oluline. Tihtilugu on inimesed üksikud, sest peresuhted on halvad ja konfliktsed:

Näägutamine, karjumine, sõim. Olen isegi kuulnud siin lähendastelt, kui on tulnud siia rääkima patsiendist, siis tegelikult jääb lähedane ainult kirjeldama, kui kohutavalt ta käitub joobes olles. Kui on joobes, siis teeb seda ja teist ja kolmandat. Et see tegelikult ei ole üldse oluline, mis moodi ta joobes käitub. Seda on näha kohe, kui on kuri ja tige suhtumine. (S1)

Võrgustiku rolli kainusperioodi säilitamise juures kirjeldavad spetsialistid sarnaselt. Kui võrgustik pakub tuge, siis on ka projektis osaleja motivatsioon kõrgem. Korralikku ja toetavat keskkonda ei suuda ka kõik pakkuda. Samas toob spetsialist välja, et hoolivus, mõistmine ja toetus ei oleks lõputu, sest muidu hakkab see sõltlasliku käitumist alal hoidma.

Osalejate positiivse sotsiaalse võrgustiku moodustavad spetsialistide sõnul suuresti perekond ja sugulased. Oluline on päritoluperekonna analüüs ja sealsete suhete hindamine. Selle tulemusel saab hinnata, keda raviprotsessi kaasata või mitte. Samas ei ole alati perekond ja sugulased need kõige positiivsemad võrgustiku liikmed. Alahinnata ei saa sõpru, kes ise alkoholi tarvitades näevad, et sõber vajab tegelikult rohkem abi, kui

tema ise. S3 toob välja ühe lisaaspekti, milleks on mõistmine. Mõistmine, miks inimene on hakanud jooma või miks ta ei suuda loobuda:

Positiivse sotsiaalse võrgustiku moodustavad perekond, lähedased, sõbrad, sugulased ja kõik teised, kes on patsiendi sõltuvust teadvustanud ja toetavad seda. Oluline on, et lähedased mõistaksid sõltuvuse olemust ja toetaksid muutust. Me saame pakkuda patsiendi lähedasele kahte olulist teenust: raviteenusel oleva patsiendi lähedase nõustamine ning raviteenusel mitteoleva patsiendi lähedase nõustamine. (S3)

Lisaks tuuakse välja ravimeeskond, kui positiivne võrgustik, sest professionaalne tugi on patsiendile oluline. Professionaalse abi kättesaadavust hindavad spetsialistid heaks. Üldjuhul jääb see patsiendi enda tahte taha. S1 on oma patsientidele korduvalt öelnud, et kui on vaja ja tung väga suureks läheb, siis võib kindlasti koheselt helistada. Tuuakse välja erinevad spetsialistid, valvearstid, erakorralise meditsiini osakond ja perearstid. Alkoholarvitamise häire ravi pakuvad kõik Eesti juhtivad psühhiaatriakliinikud ja mõned erakliinikud.

Eestis on professionaalne abi alkoholisõltuvuse puhul olemas ja põhimõtteliselt kättesaadav, kuid kindlasti on vaja tegeleda selle arendamisega, parendamisega, tugevdamisega. Kvaliteetsemaks muutmisega ja kättesaadavuse parandamisega. Antud raviteenus on Tervisekassa poolt täies mahus rahastatud, mis on suurepärane. Pöörduda saavad nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustuseta abivajavad inimesed. (S3)

Millise professionaalse toe poole abivajaja enamasti pöördub sõltub osalejast. Kui abivajaja on juba projektis osalenud, siis üldjuhul helistatakse oma arstile või vaimse tervise õele. Üldjuhul pöörduvad abivajajad otse programmi poole või räägivad oma murest perearstile ja tema soovitusel jõutakse programmi juhtumikorraldaja vastuvõtule. Perearstidega tehakse tihedalt koostööd ja just viimastel aastatel on märgata perearsti suunamiste osakaalu suurenemist, mis teeb spetsialistidele heameelt, sest varajane märkamine või kiire sekkumine on teinekord määrava tähtsusega.

Pärnu Haigla alkoholarvitamise häire ravi programmi saab korduvalt astuda ning osalejate teadlikus sõltub jällegi inimesest. Kindlasti loeb varasem töö iseloom, kas

soovitakse tagasi pöörduda. Igale osalejale kinnitatakse, et programmiga võib mitu korda liituda. Põhjuseid, miks inimesed ei jõua korduvalt raviprogrammi, on mitmeid:

On ka neid, kes on unustanud, et saab ja võib, kuid siiski on kuidagi leidnud taaskord tee meieni. Mõni kirjeldab, kuidas ta viivitas uuesti pöördumisega kuna tundis väga suurt häbi ja läbikukkumise tunnet, ka lootusetust, et jälle ei saa hakkama. Üldiselt on see teadlikus olemas, seda võimalust kasutatakse. (S3)

Aastate jooksul on korduvaid osalejaid olnud mitmeid. Tagasilanguse põhjuseid on samuti erinevaid. Kui ollakse projektis juba mitmendat korda ja spetsialist juba näeb, et tervenemislootust ei ole, kuna motivatsioon ja tahteaktiivsus madal, siis on kenasti öeldud ja palutud enam mitte tagasi pöörduda. Nähakse, et ressursse saab jagada motiveeritud abivajajatele. Järgnevas tabelis 4 tuuakse välja spetsialistide nägemus põhilistest programmi probleemidest.

Tabel 4. SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliiniku „Kainem ja Tervem Eesti“ projekti spetsialistide nägemus programmi probleemidest

Märksõna	Probleem	Lahendus
Koostöö spetsialistide vahel	Koostöö on puudulik	Kommunikatsiooni parendamine, võrgustiku koosolekud, juhtumianalüüs, ühise aja leidmine
Programmi osaleja motivatsioon	Motivatsioon on madal	Tõsta osaleja motivatsiooni, kaasates sotsiaalset võrgustikku, tõsta osaleja tahteaktiivsust, vajadusel aidata medikamentidega
Positiivne sotsiaalne võrgustik	Ebapiisav võrgustiku kaasamine	Programmi protsessi kaasata võimalusel osaleja positiivne võrgustik
Inimesekeskne lähenemine	Osalejale ei läheneta süvitsi	Kaasata rohkem programmi pädevaid spetsialiste, tööjaotus loogilisemaks

Alapeatüki kokkuvõtteks saab tuua välja, et positiivne sotsiaalne võrgustik on kainuse säilitamise juures väga oluline. Oluline on see, et oleks mõistmine ja arusaam, miks abivajaja sellisest käitub ning võimalusel suunata ta professionaalse spetsialisti juurde. Alkoholarvitamise häire ravi programmi spetsialistide peamine märksõna on kõrge motivatsioon ja teotahe. Nende kahe puudumisel muutub spetsialistide töö ebaoluliseks

ja sellega kaasneb vaid ressursikulu. Toetav võrgustik tõstab sõltlase motivatsiooni ja tahteaktiivsust läbida programm edukalt.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Alkoholi liigtarvitamine ja sõltuvushäired võivad olla seotud lapsepõlvetraumadega, mille tagajärjel muutub inimese käitumine, mis omakorda võib viia abivajaja ekstreemse käitumiseni (Bombardieret *et al.*, 2004, Brucker, 2007, Dickey *et al.*, 2000, Ross, 2000, viidatud Goodman, 2017, lk 189 vahendusel). Alkoholi sõltuvust ei saa ravida vaid ühe kindla meetodi alusel. See hõlmab mitut erinevat metoodikat, mis toetab raviteekonnal püsimist. (Giorgi *et al.*, 2015, lk 2989–2990) Seda kinnitavad nii programmis osalejad, kui spetsialistid. Programmis osalejad olid teadlikud nii psühhoteraapilisest lähenemisest kui ka meditsiinilisest lähenemisest. Õige lähenemisviis leitakse meeskonnaga ühiselt abivajaja esmahindamisel. Mõnele osalejale ei pruugi ühest teenusest piisata ja vajab programmi jooksul mitut erinevat lähenemist. Kui teekond on raske, siis teinekord saadakse abi medikamendist.

Projektiga liitudes peab osaleja arvestama, et koostööd on vaja teha erinevate spetsialistidega. Spetsialistiga suhtlemisel on oluline üksteisega arvestamine. Fiabane jt (2019, lk 9–10) toovad välja, et programmi eduka läbimise võti on kombineeritud ravi, mis hõlmab mitme spetsialisti koostööd ja järjepidevat sekkumist. Koostöö algab juba kodust ja on oluline, kes ning kuidas suunab abivajaja programmi. Toetav sotsiaalne võrgustik on ravi teekonnal väga oluline. Selle puudumine võib tuua kaasa kiire tagasilanguse. (Brooks *et al.*, 2017, lk 81) Uuringus osalejad kinnitasid, et perekondlikud väärtused ja head suhted on vajalikud. Mõistev suhtumine aitab hoida motivatsiooni kõrgel ja toetav lähedane, sealhulgas toetav spetsialist, on alkoholitarvitamise ravi ajal määrav komponent. Kleszczewska-Albińska ja Skudlarek (2020, lk 224) järgi tuleks naisi ja mehi käsitleda ravi ajal teisiti. Nad toovad soopõhiselt välja käitumise eripärasid. Kõik inimesed on erinevad ja vajavad erinevas ajalises mahus tähelepanu, kinnitavad uuringus osalenud spetsialistid. Kõige olulisem on, et inimest võetakse kui indiviidi. Kõik osalejad on mõnes mõttes sarnased, kuid samas täiesti erinevad. Kõigil on oma põhjus, miks ta on sellele rajale sattunud.

Et abivajajat üldse mõista ja talle õiget tuge pakkuda, tuleb leida probleemi tuum (Barnlund, 2017, lk 17). Inimesed võivad sarnastes situatsioonides käituda kategooriliselt erinevalt (Brug *et al.*, 2005, viidatud Sussmann *et al.*, 2022, lk 3 vahendusel). Samuti leitakse, et oluline on tuua välja kõik tegurid, mis on viinud inimese alkoholi liigtarvitamise juurde, sest need kõik mängivad taastumisprotsessi juures suurt rolli (Roos & Witkiewitz, 2017, lk 118). Uuringu vastustest selgusid, et psühhoterapeudiga ja psühholoogiga suheldi programmi käigus kõige vähem, mis võib omakorda abivajaja probleemi tuuma selgitamisse lisaraskusi tuua. Oluline on, et pakutav tugi oleks mitmekülgne, mis omakorda tugevdaks osaleja tahteaktiivsust. Inimlikku lähenemist kinnitasid kõik programmi osapooled. Personaalne suhtlemine ja mõistmine on kainuse teel oluline lähenemisviis. Inimesekeskset lähenemist hindasid kõrgelt kõik vastanud spetsialistid. Selle saavutamiseks on motiveeriv intervjuerimine, mida osalejad kiitsid positiivselt. Inimesekeskne lähenemine ei ole lihtsalt sõbralik suhtlemine, vaid see kätkeb motiveerivat intervjuerimist, mis annab meditsiinilisele ravile tugeva toe (Bischof *et al.*, 2021, lk 109–110). Motiveeriv intervjuerimine on oluline, kuid ei tohi jääda lõputult kiitma, sest see võib pöörduda raviteekonnaval negatiivseks mõjuks. Stimmel (2022, lk 9–10) toob välja, et abivajaja juures ei tohiks ainult tema vigu otsida, vaid leida temas midagi positiivset, mis aitaks raviteekonnaval kaasa. Antud olukorda kinnitavad programmi spetsialistid, et pahatihti leitakse kaaslaste juures ainult vigu ja tegelikult aidata ei taheta. Inimese juures on oluline leida tema positiivsed jooned ja neid hakata täiustama.

Heale suhtlemisele aitab kaasa osaleja sotsiaalne võrgustik. Alkoholi liigtarvitajad on toonud välja, et halvad suhted ja sotsiaalne mahajäämus on aidanud alkoholi tarvitamisele palju kaasa (Lima-Rodríguez *et al.*, 2015, lk 1167). Uuringus tuuakse välja, et kui osaleja tuuakse projekti sunniviisiliselt, või suunatakse kolmandate osapoolte poolt, siis on vastuseis tugev. Positiivne sotsiaalne võrgustik on kainuse teel eluliselt tähtis. Kui abivajaja on sotsiaalselt kaasatud ja see on järjepidev ning suhted lähedastega head, siis see aitab taastumisele ja remissiooniprotsessile kaasa (Esteban-Rodríguez *et al.*, 2024, lk 390). Uuringus osalejate hinnangul on üldjuhul sotsiaalne võrgustik toetav programmi läbimise juures, kuid harvadel juhtudel tuuakse välja, et püsivaks kaine, oli vaja oma lähikonnast loobuda. Enim leitakse positiivset toetust pereliikmetelt ja sõpradelt. On peresid, kes toimivad ideaalselt ja on neid, kes pigem aitavad sõltuvushäirele kaasa.

Uuringus osalejate mõtteid toetavad Brooks jt (2017, lk 79), et sotsiaalne võrgustik on määrav ja seda tohiks eirata, vaid kaasata raviteekonnal.

Magistritöös püstitatud uurimisküsimused said vastused ja autor toob välja, et osaleja taastumine peale ravi lõppu sõltub tugevalt tema isiklikust motivatsioonist ja sotsiaalsest võrgustikust. Kui motivatsioon on kõrge ja võrgustik toetav, siis on tagasilanguse oht minimaalne. Programmi katkestamise põhjusteks toodi välja sisu ebapiisavust ja üheks peamiseks põhjuseks oli osalejate ajaline sobivus. Ei leitud enam aega programmis osalemiseks. Spetsialistide arvamisel on peamiseks katkestamise põhjuseks motivatsiooni puudus ja madal tahteaktiivsus. Vähemtähtsaks ei saa ka pidada positiivse sotsiaalse võrgustiku olemasolu, mille tooks välja kui kõige olulisem aspekt kainuse teel püsimisel. Tugevat toetust vajab osaleja motivatsiooni hoidmine ja sotsiaalse võrgustiku kaasamine programmi, et sõltlane saaks igakülgset abi nii kodus kui ravil olles. Vajadusel pakkuda medikamentooset abi.

Antud magistritöö tulemusena, teeb autor ettepanekud SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikule alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalevate inimeste paremaks toetamiseks:

- Kaasata teraapiatesse ja kokkusaamistele sõltuvusravil olevate inimeste positiivset sotsiaalset võrgustikku.
- Kaasata regulaarselt programmi psühhoterapeuti ja psühholoogi.
- Korraldada igakuiseid juhtumianalüüse ja võrgustiku koosolekuid.

Uuringu suurimaks piiranguks oli ravi programmis osalenute madal tahteaktiivsus ja soov oma mõtteid avaldada. Küsimustikule mittevastamist põhjendati aja puudusega ja oskamatuses küsimustikule vastata. Telefonis selgitati vaimse tervise õele, et tuldi just haiglast või poeg tegeleb tema asjadega ja ise ei oma e-posti aadressi. Ühel juhul tänati südamest ja lubati koheselt projekti tagasi pöörduda, kuna olukord on eskaleerinud ning tervislik seisund on ületanud kriitilise piiri.

Spetsialistide puhul kardeti intervjuudele vastata, kuna sellega selguvad isiklikud tunded. Paluti täielikku konfidentsiaalsust. Ühe vastaja puhul mängis rolli aja puudus ja vähene kontakt osalejatega. Viienda spetsialisti kohta info puudub, kuna eirati nelja meeldetuletuskirja. Autorile jääb arusaamatuks, miks ei soovinud ülejäänud 12 asutust

osaleda intervjuul. Soov kaardistada ja leida ühiseid tunnusjooni oleks olnud positiivne tõuge „Kainem ja Tervem Eesti“ projekti käekäigule.

Uuringu põhjal saab teha järeldusi, et alkoholitarvitamise häire ravi programm on inimeste jaoks oluline ja selle olemasolu hinnatakse kõrgelt. Takistused on pigem programmi sisesed, mille mõjud ulatuvad ka projektis osalejateni. „Kainem ja Tervem Eesti“ projekt on jätkusuutlik ning vajalik, sest alkoholi liigtarvitamine on maailmas tõusutrendis ja vajab pidevat sekkumist.

KOKKUVÕTE

Tänapäeva kiires ja muutuv maailmas on alkoholi liigtarvitamine üha enam levinud haigus, mis omakorda nõuab majanduslikult kõige enam väljaminekuid. Alkoholi kättesaadavus on kordades kergem võrreldes teiste mõnuainetega ja üleüldine suhtumine on alkoholi tarvitamise leebem kui mõningate muude narkootiliste ainete puhul. Alkoholi liigtarvitamise tagajärjel või sellest tingitult sureb Eestis aastas pooltuhat inimest ja koduvägivalla üheks põhjuseks on alatihti liigne alkoholi tarvitamine. Alkoholi kampaaniates ei suunata alkoholist loobuma, vaid selle tarvitamist pigem vähendama. Sõltlastele on loodud erinevad programmid ja projektid, mis aitavad sõltuvusprobleemist vabaneda ilma meditsiinilise sekkumiseta. See, aga nõuab osalejalt kõrget motivatsiooni ja tahteaktiivsust, kuna kogu protsess on vabatahtlikkuse alusel.

Magistritöö teoreetilises osas toodi välja alkoholi liigtarvitamisega seotud riskitegurid ja tutvustati sõltuvushäire põhjuseid ning selle väljakujunemist. Kultuuriti tarvitatakse alkoholi erinevalt ja kuigi on suuremates riikides seadused tugevalt reglementeeritud, siis ikkagi toimub läbi erinevate sotsiaalmeediate ning reklaamide tugev info edastus. Töös anti ülevaade, kuidas mõjutab meedia ja erinevad kampaaniad alkoholi liigtarvitamist ning milline on hetkeolukord Eestis. Eestis on alkoholi kättesaadavus kerge ja vaid kahes linnas on kindlalt reguleeritud alkoholi tarvitamise aeg ning koht. Töös tutvustas autor liigtarvitamise häire ravi ja teaduspõhiseid teooriaid. Isiksuse teooria kinnitab, et alkoholi tarvitamist mõjutavad mitmed tegurid ja neid ei saa alati seostada ühe kindla isikuga. Alkohoolik ei ole ühte kindlat tüüpi inimene, vaid selle seisundi kujunemisele aitavad kaasa mitmed tegurid. Üheks levinud põhjuseks toob kommunikatsiooniteooria välja suhtlemisprobleemid, mis võivad viia problemaatilise käitumiseni.

Käesoleva töö teises, empiirilises peatükis, anti ülevaade alkoholitarvitamise häire projektist „Kainem ja Tervem Eesti“, mille elluvijaks oli Tervise Arengu Instituut. Projektis osalevad 13 Eesti raviasutust, sealhulgas SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinik,

kes on programmi viinud läbi aastast 2016. Uuringus osalesid 2021. aastal alkoholitarvitamise häire ravil osalejad ja programmi spetsialistid. Uuringu tulemusena saab kinnitada, et peamisteks katkestamise põhjusteks on aja puudus ja madal motivatsioon, elulised muudatused ja programmi mittesobivus. Ei pühendata piisavalt ja süvitsi ning osalemiseks määratud aeg on piiratud. Uuringus selgus, et kõik osalejad ei teadnud, et võivad programmi korduvalt astuda. Samas kinnitasid spetsialistid, et ressursside säästmiseks ollakse kordusosalejate suhtes ausad ja mittesobivuse korral antakse sellest viisakalt teada. Vähestele vastajatele vaatamata on selge, et antud projekt on oluline ja täidab oma kohta alkoholi liigtarvitajate raviteekonnal kainuse suunal. Programmi sisu ja ajaline maht on küll määratud, kuid vajab kaasajastamist ja ümber vaatamist, et positiivse tulemusega lõpetaks aastas rohkem osalejaid. Tuginedes tulemustele, tehakse ettepanekud SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikule, et pakkuda veel kvaliteetsemat ja mitmekesisemat programmi sõltuvuse all kannatava inimeste abistamiseks ning pereliikmete toetamiseks. Paludes pöörata rohkem tähelepanu spetsialistide omavahelisele koostööle ja kommunikatsioonile. Rõhutades erinevate spetsialistide professionile ja oskustele, mis on programmi eduka toimimise võti.

Autor on veendumusel, et alkoholi liigtarvitajad vajavad igakülgset abi ja kui inimese motivatsioon on kõrge, siis tuleks kaasata protsessi võimalikult suur osa abivajaja positiivsest sotsiaalsest võrgustikust. Ühine koostöö, nii spetsialistide kui sotsiaalse võrgustiku vahel on määrava tähtsusega. Spetsialistide omavaheline koostöö vajalikkus on sama oluline kui abivajaja ja tema sotsiaalse võrgustiku vaheline koostöö. Kui programmis on üks nõrk lüli, siis võib tahtmatult osaleja teekond katkeda. Koostöö erinevate eriarstide ja perearstide vahel on tõusutrendis ja üha rohkem saadetakse eriarsti kaudu abivajajaid programmi. Projekt „Kainem ja Tervem Eesti“ on hädavajalik ja osalejate seas tunnustatud, kuid suuremale ühiskonnale teadmata. Oluline on suurendada reklaami ja uurida projekti ellu viivate raviasutuste kogemuslugusid, et leida võimalus programmi kaasajastamiseks ning selle tulemusel pakkuda multidiagnoosidega osalejatele efektiivsemat tuge. Tulevastes uuringutes leida regiooniti ühisjooni ja takistusi, mis võimaldab luua tervikpildi programmi toimimisest ning tuua välja nõrgad kohad. Eesmärgiks on resultaat, kus lõpetaks aastas rohkem abivajajaid positiivse tulemusega.

VIIDATUD ALLIKAD

- Adhabi, A. A., & Anozie, C. (2017). Literature Review for the Type of Interview in Qualitative Research. *International Journal of Education* 9(3), 86–97. <https://doi.org/10.5296/ije.v9i3.11483>
- Askarzai, W., & Unhelkar, B. (2017). Research Methodologies: An Extensive Overview. *International Journal of Science and Research Methodology*, 6(4), 21–42. <https://ijsrm.humanjournals.com/research-methodologies-an-extensive-overview/>
- Ayares, G., Idalsoaga, F., Arnold, J., Fuentes-Lopez, E., Arab, J. P., & Diaz, L. A. (2022). Public Health Measures and Prevention of Alcohol-Associated Liver Disease. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 12(6), 1480–1491. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2022.05.005>
- Barnlund, D. C. (2017). Communication: the context of change. In C. D. Mortensen (Ed.), *Communication Theory* (2nd ed., pp. 6–26). Routledge.
- Beard, E., Brown, J., Kaner, E., West, R., & Michie, S. (2017). Predictors of and reasons for attempts to reduce alcohol intake: A population survey of adults in England. *PLoS ONE*, 12(3), Article e0173458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173458>
- Bischof, G., Bischof, A., & Rump, J. H. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109–115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Brooks, A. T., Lopez, M. M., Ranucci, A., Kreumlauf, M., & Wallen, G. R. (2017). A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.08.002>
- Collin, A., Ayuso-Muñoz, A., Tejera-Nevado, P., Prieto-Santamaría, L., Verdejo-García, A., Díaz-Batanero, C., Fernández-Calderón, F., Albein-Urios, N., Lozano, Ó. M., & Rodríguez-González, A. (2024). Analyzing Dropout in Alcohol Recovery Programs:

- A Machine Learning Approach. *Journal of Clinical Medicine*, 13(16), Article 4825. <https://doi.org/10.3390/jcm13164825>
- Creswell, J. W. (2022). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Dunbar, R. I. M., Launay, J., Wlodarski, R., Robertson, C., Pearce, E., Carney, J., & MacCarron, P. (2017). Functional Benefits of (Modest) Alcohol Consumption. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 3, 118–133. <https://doi.org/10.1007/s40750-016-0058-4>
- Eriksen, L. L., & Hoeck, B. (2022). The construction of meaning in alcohol addiction: A narrative study of socially excluded people's stories about alcohol. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(1), 76–88. <https://doi.org/10.1177/1455072521999220>
- Esteban-Rodríguez, L., Pérez-López, M., Sion, A., Olmos-Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Maldonado-Sánchez, D., León-Gayo, M., Armada, V., & Rubio, G. (2024). Agreement for Recovery: First Spanish Consensus on the Concept of Alcohol Addiction Recovery. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52(4), 382–393. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i4.1633>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fiabane, E., Scotti, L., Zambon, A., Vittadini, G., & Giorgi, I. (2019). Frequency and Predictors of Alcohol-Related Outcomes Following Alcohol Residential Rehabilitation Programs: A 12-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), Article 722. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050722>
- Giorgi, I., Ottonello, M., Vittadini, G., & Bertolotti, G. (2015). Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2989–2996. <https://doi.org/10.2147/NDT.S93520>
- Goodman, R. (2017). Contemporary Trauma Theory and Trauma-Informed Care in Substance Use Disorders: A Conceptual Model for Integrating Coping and Resilience. *Advances in Social Work*, 18(1), 186–201. <https://doi.org/10.18060/21312>

- Hagman, B. T., Falk, D., Litten, R., & Koob, G. F. (2022). Defining Recovery From Alcohol Use Disorder: Development of an NIAAA Research Definition. *The American Journal of Psychiatry*, 179(11), 807–813. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21090963>
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A., & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sport Medicine*, 51(14), 1058–1064. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096814>
- Inanlou, M., Bahmani, B., Farhoudian, A., & Rafiee, F. (2020). Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(2), 172–181. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/1851>
- Jakobson, L. (2022). Ravirefraktaarne alkoholvõõrutus: haigusjuhu kirjeldus ja kirjutuse ülevaade. *Eesti Arst*, 101(10), 578–583. <https://doi.org/10.15157/ea.vi.19278>
- Kaal, E., & Vorobjov, S. (2022) Alkoholarvitamise vähendamisele suunatud veebipõhise eneseabiprogrammi mõju uuring. *Eesti Arst*, 101(2), 77–85. <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/18765>
- Kaliyadan, F., & Kulkarni, V. (2019). Types of Variables, Descriptive Statistics, and Sample Size. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(1), 82–86. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_468_18
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A., & Matta, L. A. (2017). A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *Journal of Health Community*, 22(5), 413–432. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1303556>
- Kivi. A. (2023, 8. august). *Sõltuvushäired*. Tervisekassa. <https://tervisekassa.ee/soltuvushaired>
- Kleszczewska-Albińska, A., & Skudlarek, M. (2020). Motivation for participation in rehab therapy and stress-coping styles in alcohol dependent women and men. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 33(3), 219–238. <https://doi.org/10.5114/ain.2020.101799>
- Lima-Rodríguez, J. S., Guerra-Martín, M. D., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2015). Alcoholic patients' response to their disease: perspective of patients and

- family. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1165–1172. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0516.2662>
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(1), 7–15. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.976708>
- Lune, H., & Berg, B. L. (2017). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. (9th ed., Global ed.). Pearson Education Limited.
- Macorr Research. (n.d.). *Sample size calculator*. Retrieved November 27, 2025, from <https://www.macorr.com/sample-sizecalculator.htm>
- Martens, K., Orro, E., Lepane, L., Mattheus, Ü., Niklus, I., Reiman, M., & Pulver, B. (2025). *Eesti alkoholiturg, alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika 2024. aastal*. Eesti Konjunkturiinstituut. https://sm.ee/sites/default/files/documents/2025-08/Eesti_alkoholiturg%2C_alkoholi_tarbimine_ja_alkoholipoliitika_2024.pdf
- Matta, S. E., Terechin, O., Podesta, A., Lento, R., & Stern, T. A. (2024). Strategies for Cutting Down and Stopping Alcohol Use. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(3), Article 23f03644. <https://www.psychiatrist.com/pcc/strategies-cutting-down-stopping-alcohol-use/>
- May, C., Søgaaard Nielsen, A., & Bilberg, R. (2019). Barriers to Treatment for Alcohol Dependence. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 8(2), Article 236083. <https://www.ashdin.com/articles/barriers-to-treatment-for-alcohol-dependence.pdf>
- McCrary, B. S., & Flanagan, J. C. (2021). The role of the family in alcohol use disorder recovery for adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), Article 6. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.06>
- Panaghi, L., Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Sadeghi, M. S., & Madanipour, A. (2016). Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. *Addiction & Health*, 8(2), 98–106. https://ahj.kmu.ac.ir/article_84680.html
- Pandey, B., & Pandey, M. M. (2015). *Research methodology: tools and techniques*. Bridge Center.
- Pleasants, N. (2021). Excuse and justification: What’s explanation and understanding got to do with it? *European Journal of Social Theory*, 24(3), 338–355. <https://doi.org/10.1177/1368431020986753>

- Prakash, P., Kumar, P., & Singh A. R. (2020). Psychosocial theories of alcohol abuse: an understanding and its relevance. *The International Journal of Indian Psychology*, 8(2), 801–810. <https://ijip.in/articles/psychosocial-theories-of-alcohol-abuse-an-understanding-and-its-relevance/>
- Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2017). A Contextual Model of Self-Regulation Change Mechanisms among Individuals with Addictive Disorders. *Clinical Psychology Review*, 57, 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.008>
- SA Pärnu Haigla. (s. a.). *Psühhiaatriakliinik*. Loetud 10. november 2025 aadressil <https://www.ph.ee/et/kliinikud/psuhhiaatriakliinik>
- SA Pärnu Haigla. (2025). *Ravimi kliinilise uuringu/uurimustöö läbiviimiseks* [avaldamata dokument].
- SA Pärnu Haigla. (2026, 10. veebruar). *Programm AHR ehk alkoholitarvitamise häire ravi*. <https://www.ph.ee/et/kliinikud-ja-teenistused/psuhhiaatriakliinik/programm-ahr-ehk-alkoholitarvitamise-haire-ravi>
- Sharma, N., Sharma, S., Ghai, S., Basu, D., Kumari, D., Singh, D., & Kaur, G. (2016). Living with an alcoholic partner: Problems faced and coping strategies used by wives of alcoholic clients. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(1), 65–71. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.196053>
- Sheppard, V. (2020). *Research Methods for the Social Sciences: An Introduction*. Pressbooks. <https://pressbooks.bccampus.ca/jibcresearchmethods/>
- Sotsiaalministeerium. (2025). *Alkoholitarvitamise vähendamise arengusuunad 2025–2035*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-12/Alkoholitarvitamise%20v%C3%A4hendamine%20arengusuunad%202025-%202035.pdf>
- Stimmel, B. (2022). The support of Scientific Controversies. In B. Stimmel (Ed.), *Controversies in Alcoholism and Substance Abuse* (pp. 1–11). Routledge.
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 35–45. <https://doi.org/10.35946/arcv.v38.1.05>
- Sussman, S. Y., Ayala, N., Pokhrel, P., & Herzog, T. A. (2022). Reflections on the Continued Popularity of the Transtheoretical Model. *Health Behavior Research*, 5(3), Article 2. <https://doi.org/10.4148/2572-1836.1128>

- Zang, Y., Siriaraya, P., Kawai, Y., & Jatowt, A. (2019). Rehab-Path: Recommending Alcohol and Drug-free Routes. In *CIKM '19 Proceedings of the 28th ACM International Conference on Information & Knowledge Management* (pp. 2929–2931). Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/3357384.3357843>
- Taherdoost, H. (2022). What are different research approaches? Comprehensive review of qualitative, quantitative, and mixed method research, their applications, types, and limitations. *Journal of Management Science & Engineering Research*, 5(1), 53–63. <https://doi.org/10.30564/jmser.v5i1.4538>
- Tervise Arengu Instituut. (2024). *Rahvastiku tervise aastaraamat 2024. Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: toitumine*. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/rahvastiku-tervise-aastaraamat-2024>
- Tervise Arengu Instituut. (2025, 28. mai). *SD40: Surmad alkoholi tarvitamisest põhjustatud haigustesse soo ja maakonna järgi* [andmebaas]. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__01Rahvastik__04Surmad/SD40.px/
- Tervise Arengu Instituut. (2022). *Alkoholi liigtarvitamine – mis see on ja kust saab abi*. <https://ravijuhend.ee/patsiendivarav/juhendid/215/alkoholi-liigtarvitamine-mis-see-on-ja-kust-saab-abi>
- Tervisekassa. (2023). *Alkoholitarvitamise häire ravi teenuse osutamise juhend*. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/ennetusedendus/2023_08_07_Alkoholitarvitamise%20h%C3%A4ire%20ravi%20juhend.pdf
- Thibodeau, K. M. (2021). *Thermal tasting: methodological considerations and implications for alcohol behaviour* [Doctoral dissertation, Brock University]. Brock Theses. <http://hdl.handle.net/10464/15156>
- Vabariigi Valitsus. (2023). *Taaste- ja vastupidavuskava*. <https://pilv.rtk.ee/s/kwzABsf9cJY4mmb>
- Wilson, A. D., Roos, C. R., Robinson, C. S., Stein, E. R., Manuel, J. A., Enkema, M. C., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Addictive Behaviors: Implementation Issues on the Road Ahead. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 888–896. <https://doi.org/10.1037/adb0000319>

- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., & Tucker, J. A. (2020). What is recovery?. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(3), Article 1. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), Article eaax4043. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- World Health Organization. (2024). *Global alcohol action plan 2022–2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/376939>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/36419>
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K., Ashie, A., & Langley, T. (2018). Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 5(3), 302–316. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx094>

Lisa 1. Ankeet

Lugupeetud vastaja.

Olen Kadri Melnits, TÜ Pärnu kolledži Inimesekeskse sotsiaalse innovatsiooni magistriõppekava üliõpilane ja kirjutan lõputööd teemal „Väljakutsed ja toimetulek pärast alkoholitarvitamise häire ravi programmi läbimist SA Pärnu Haigla näitel“.

Küsitluse eesmärk on analüüsida alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalenud inimeste toimetulekut ning vastavalt uurimistulemustele teha ettepanekud SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikule ja Tervisekassale programmis osalevate inimeste paremaks toetamiseks.

Küsitlus on anonüümne ning andmeid kasutatakse ainult uuringu raames ning üldistuste tegemiseks. Küsitlus võtab aega 7–10 minutit.

Ette tänades,

Kadri Melnits

Üldandmed:

Vanus

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 18–25 | ☐ 51–55 |
| ☐ 26–30 | ☐ 56–60 |
| ☐ 31–35 | ☐ 61–65 |
| ☐ 36–40 | ☐ 66–70 |
| ☐ 41–45 | ☐ 71 ja vanem |
| ☐ 46–50 | |

Sugu

- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ Mees | ☐ Ei soovi vastata |
| ☐ Naine | ☐ Muu ____ |

Lisa 1 järg

Mitu korda olete projektis osalenud?

1 2 3 4

II Psühhoteraapiline ja meditsiiniline lähenemine

Giorgi jt (2015, lk 2989–2990) toovad välja, et alkoholisõltuvuse ravi on kombinatsioon psühhoteraapilisest ja meditsiinilisest lähenemisest.

Kui nõus olete järgmiste väidetega:

	Väga nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Pole üldse nõus
Mulle pakuti piisavalt psühhoteraapilist lähenemist					
Mulle pakuti piisavalt meditsiinilist lähenemist					
Sain psühhoteraapilisest lähenemisest piisavalt kasu					
Sain meditsiinilisest lähenemisest piisavalt kasu					
Mulle anti võimalus abi juurde paluda					
Mulle selgitati, mis on kahe erineva lähenemisviisi vahe					
Ma tunnen, et saadav tugi ei olnud piisav					
Ma olen iseseisvalt proovinud erinevaid lähenemisviise					
Pärnu Haigla programmi sisu on piisav, et programm edukalt läbida					

III Koostöö spetsialistidega

Fiabane jt (2019, lk 9–10) leiavad, et kui ravi koosneb lühikesest haiglaravist, intensiivsetest sekkumistest, personaalsest lähenemisest ning koostööst oma ala spetsialistidega, siis on see jätkusuutlik ja edukas.

Kuidas Te leidsite „Kainem ja tervem Eesti“ programmi?

- Peale haiglaravi
- Tulin ise
- Lähedane tõi
- Muu ____

Lisa 1 järg

Milliste spetsialistidega tegite projekti käigus kõige tihedamini koostööd?

- ☐ Juhtumikorraldaja
- ☐ Vaimse tervise õde
- ☐ Psühhiaater
- ☐ Psühhoterapeut
- ☐ Kliiniline psühholoog

Kui nõus olete järgmiste väidetega:

	Väga nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Pole üldse nõus
Minu koostöö sujus hästi spetsialistiga					
Mulle piisas programmis pakutavast sisust					
Ma sain spetsialistiga oma probleemidest rääkida					
Ma tunnen, et minuga tegeleti programmi vältel piisavalt					
Minu koostöö ei sobinud kõigi spetsialistidega					
Minu probleemiga ei tegeletud piisavalt					
Ma tunnen, et ootejärjekord spetsialistini oli liiga pikk					
Minu jaoks ei olnud projektis osalemise aeg piisav					
Ma tunnen, et mind jäeti ilma abita					
Ma läbisin programmi kõik 6 kuud					
Minu teekond projektis katkes					

Mis oli peamine katkestamise põhjus?

- ☐ Programm ei sobinud
- ☐ Spetsialist ei sobinud
- ☐ Mul ei olnud enam aega käia
- ☐ Sain mujalt abi
- ☐ Jätkasin alkoholi tarvitamist
- ☐ Muu ____

Lisa 1 järg

IV Inimesekeskne lähenemine ja motiveeriv intervjuu

Bischof jt (2021, lk 109–110) leiavad, et peale meditsiinilist ravi on oluline inimesekeskne ja empaatiline lähenemine ning selle käigus teostatav motiveeriv intervjuu.

Selgitus: Motiveeriva intervjuueerimise eesmärk on tugevdada abivajaja teotahet ja motivatsiooni püsivaks kainuse teel.

Kui nõus olete järgmiste väidetega:

	Väga nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Pole üldse nõus
Programmi spetsialist lähenes personaalselt minu probleemile					
Programmi spetsialist pühendus mulle					
Programmi spetsialist suhtles minuga viisakalt ja empaatiliselt					
Ma tunnen, et sain oma muredele abi					
Ma sain piisavalt kiiresti spetsialisti vastuvõtule					
Programmis osalemise aeg oli minu jaoks piisav					
Programmi sisu vastas ootustele					
Ma tunnen, et antud programm on vajalik					

Kuidas hindate Teiega tegelenud spetsialisti motiveerivat intervjuueerimist.

1 väga halb

.....

10 suurepärase

Kuidas hindate Teiega tegelenud spetsialiste üldiselt.

1 väga halb

.....

10 suurepärase

Lisa 1 järg

V Sotsiaalne võrgustik

Alahinnata ei tohi sotsiaalset võrgustikku ja professionaalset tuge (Brooks *et al.* 2017, lk 79).

Kuidas hindate oma sotsiaalset võrgustikku?

	Väga nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Pole üldse nõus
Minu sotsiaalne võrgustik on toetav					
Minu sotsiaalne võrgustik teab minu probleemist					
Minu sotsiaalne võrgustik aitab mul püsida kaine					
Olen oma muredega üksi					
Minu sotsiaalne võrgustik katkes, kui hakkasin alkoholi liigtarvitama					
Minu liigtarvitamisele aitas sotsiaalne võrgustik kaasa					
Ma olen loobunud oma sotsiaalse võrgustikust, kuna soovin alkoholi liigtarvitamisest loobuda					

Kes Teie lähedastest moodustavad kõige olulisema sotsiaalse võrgustiku, kes aitab kainusperioodi säilitada?

- ☐ Pere
- ☐ Elukaaslane
- ☐ Vanemad
- ☐ Sõbrad
- ☐ Töökaaslased
- ☐ Mul puudub toetav sotsiaalne võrgustik
- ☐ Muu ____

Kui Teil on keeruline periood, siis kas Teil on professionaalne tugi olemas?

- ☐ Jah
- ☐ Ei

Lisa 1 järg

Kui Teil on keeruline periood, siis kelle poole Te esimesena pöördute?

- ☐ Perearst
- ☐ Raviarst
- ☐ Psühholoog
- ☐ Terapeut
- ☐ Muu ____

Pärnu Haigla alkoholitarvitamise häire ravi programmi saab korduvalt astuda. Kas te olite sellest teadlik?

- ☐ Jah
- ☐ Jah, olen korduvalt sinna pöördunud
- ☐ Ei teadnud
- ☐ Ei soovi rohkem pöörduda

Lisa 2. Intervjuu küsimused

Lugupeetud programmi spetsialist.

Olen Kadri Melnits, TÜ Pärnu kolledži Inimesekeskse sotsiaalse innovatsiooni magistriõppekava üliõpilane ja kirjutan lõputööd teemal „Väljakutsed ja toimetulek pärast alkoholitarvitamise häire ravi programmi läbimist SA Pärnu Haigla näitel“.

Intervjuu eesmärk on analüüsida alkoholitarvitamise häire ravi programmis osalenud inimeste toimetulekut ning vastavalt uurimistulemustele teha ettepanekud SA Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinikule ja Tervisekassale programmis osalevate inimeste paremaks toetamiseks.

Palun Teie nõusolekut osalemaks intervjuul Teile sobival ajal. Intervjuude läbiviimise aeg on 1.03–15.03.2026. Planeeritav intervjuu aeg on 1 tund.

Palun Teie vastust aadressile [redacted]@ut.ee

Ette tänades,

Kadri Melnits

Üldandmed

Mitu aastat olete projektis töötanud?

Psühhoteraapiline ja meditsiiniline lähenemine

Giorgi jt (2015, lk 2989–2990) toovad välja, et alkoholisõltuvuse ravi on kombinatsioon psühhoteraapilisest ja meditsiinilisest lähenemisest.

1. Mille alusel valitakse osalejale õige lähenemisviis?
2. Kuidas Te hindate psühhoteraapia lähenemise osakaalu antud projektis?
3. Kuidas Te hindate meditsiinilise lähenemise osakaalu antud projektis?
4. Kui projektis osalejad on saanud lisaks psühhoteraapilist ja meditsiinilist lähenemist, siis mis oli nende jaoks olulisem ja vajalikum?

Lisa 2 järg

Koostöö spetsialistidega

Fiabane jt (2019, lk 9–10) leiavad, et kui ravi koosneb lühikesest haiglaravist, intensiivsetest sekkumistest, personaalsest lähenemisest ning koostööst oma ala spetsialistidega, siis on see jätkusuutlik ja edukas.

1. Kuidas jõuavad osalejad projekti?
2. Kuidas hindate mitme spetsialisti koostöö vajalikkust programmi eduka läbimise juures?
3. Kuidas hindate oma koostööd Pärnu Haigla alkoholiravi programmi spetsialistidega?
4. Kuidas hindate, kas Teil spetsialistina on piisavalt aega osaleja probleemi süveneda?
5. Mis on Teie hinnangul peamised takistavad tegurid programmi edukaks lõpetamiseks?
6. Mis on Teie hinnangul peamine katkestamise põhjus?

Inimesekeskne lähenemine ja motiveeriv intervjuu

Bischof jt (2021, lk 109–110) leiavad, et peale meditsiinilist ravi on oluline inimesekeskne ja empaatiline lähenemine ning selle käigus teostatav motiveeriv intervjuu.

1. Kuidas mõjutab spetsialisti empaatiline ja personaalne lähenemine projekti kulgu?
2. Mis muudab Teie töö juures Teie lähenemise viisi?
3. Kuidas hindate motiveeriva intervjuueerimise vajalikkust?
4. Mis on motiveeriva intervjuu juures kõige raskem?
5. Mis on projektis osalejaga suhtlemise juures kõige suuremad takistused?

Sotsiaalne võrgustik

Alahinnata ei tohi sotsiaalset võrgustikku ja professionaalset tuge (Brooks *et al.* 2017, lk 79).

Lisa 2 järg

1. Kuidas hindate osalejate sotsiaalset võrgustikku?
2. Kuidas hindate osalejate võrgustiku olulisust kainusperioodi säilitamise juures?
3. Kes moodustavad Teie hinnangul osalejate positiivse sotsiaalse võrgustiku?
4. Kuidas hindate professionaalse abi kättesaadavust osalejatele, nende keerulistel perioodidel?
5. Millise professionaalse toe poole enamasti pöördub abivajaja?
6. Pärnu Haigla alkoholitarvitamise häire ravi programmi saab korduvalt astuda. Kuidas hindate osalejate teadlikust, et probleemide uuesti esinemisel on võimalik programmiga taas liituda?

SUMMARY

CHALLENGES AND RECOVERY AFTER COMPLETION OF AN ALCOHOL USE DISORDER TREATMENT PROGRAMME BASED ON THE EXAMPLE OF FOUNDATION PÄRNU HOSPITAL

Kadri Melnits

In today's fast-paced and ever-changing world, excessive alcohol consumption has become an increasingly prevalent disease that imposes the heaviest economic burden. Alcohol is significantly more accessible than many other intoxicating substances and society is more accepting of alcohol consumption than it is of the use of certain other narcotic substances. In Estonia, half a thousand people die each year as a result of or due to excessive alcohol consumption. Moreover, excessive alcohol consumption is often one of the underlying causes of domestic violence. A number of programmes and projects have been developed for persons with addiction to help them overcome addiction without medical intervention. However, participation requires a high level of motivation and willpower, as the entire process is voluntary.

The research problem of this master's thesis concerns the barriers that hinder persons who have participated in an alcohol use disorder treatment programme from maintaining recovery and remission processes. The aim of the master's thesis is to analyse the recovery of persons who have participated in an alcohol use disorder treatment programme and, based on the findings, to make recommendations to the Psychiatry Clinic of Foundation Pärnu Hospital on how to provide better support for programme participants. Research questions:

- How do persons who have participated in an alcohol use disorder treatment programme describe their treatment journey and recovery after treatment?
- What are the main reasons why people discontinue participation in an alcohol use disorder treatment programme?

- What changes do specialists in alcohol use disorder treatment programmes consider necessary to support programme retention and successful completion?

In the theoretical part of the master's thesis, the risk factors associated with excessive alcohol consumption are highlighted and the causes of addiction and its development are introduced. Alcohol consumption patterns vary across cultures and although strict regulations are in place in many larger countries, alcohol-related messaging continues to be widely disseminated through social media and advertising. In Estonia, alcohol is readily available and the time and place of alcohol consumption are strictly regulated in only two cities. In this thesis, the author presented treatment approaches and evidence-based theories regarding substance use disorders. Personality theory suggests that alcohol consumption is influenced by several factors and cannot always be associated with a particular type of person. A person with alcohol use disorder is not a specific type of person; rather, the development of the disorder is shaped by a range of contributing factors. Communication theory identifies communication difficulties as a common cause of problematic behaviour.

The study included participants in an alcohol use disorder treatment programme and programme specialists in 2021. To conduct the research for this master's thesis, the author used a mixed-methods approach, allowing the collection of both quantitative and qualitative data. Data were collected using a questionnaire and specialists working in the programme were interviewed. The study's results confirmed that the main reasons for discontinuing the programme were lack of time and low motivation, life changes, and the programme's unsuitability. Participants often did not engage sufficiently or in enough depth and the time allocated for participation was limited. The study also revealed that not all participants were aware that they could enrol in the programme more than once. At the same time, specialists confirmed that, to conserve resources, they were candid with repeat participants and politely informed them if the programme was considered unsuitable for them. Although the content and duration of the programme have been established, they require updating and reassessment to increase the number of participants who complete the programme successfully each year. Greater attention should also be paid to collaboration and communication among specialists, with emphasis on the

professional roles and competencies of different specialists, which are key to the programme's successful implementation.

The research questions posed in this master's thesis were answered, and the author concludes that participants' recovery after treatment completion depends strongly on their personal motivation and social support network. When motivation is high and the support network is strong, the risk of relapse is minimal. The reasons cited for discontinuing the programme included inadequate programme content and, as a main reason, scheduling conflicts, as participants were no longer able to find time to participate. According to specialists, the primary reasons for discontinuation are a lack of motivation and low willpower. The presence of a positive social support network should not be underestimated and may be among the most important factors in maintaining sobriety. Strong support is needed to sustain participants' motivation and to involve their social support networks in the programme so that persons with addiction can receive comprehensive support both at home and during treatment. Where necessary, pharmacological treatment should also be provided.

As a result of this master's thesis, the author makes the following recommendations to the Psychiatry Clinic of Foundation Pärnu Hospital to better support persons participating in an alcohol use disorder treatment programme:

- involve the positive social support networks of persons in addiction treatment in therapy sessions and meetings;
- ensure regular involvement of a psychotherapist and psychologist in the programme;
- organise monthly case studies and network meetings.

The author is of the opinion that persons with alcohol use disorder require comprehensive support. Co-operation between specialists is just as important as co-operation between the person in need and their social support network. If there is a weak link in the programme, the participant's journey may unintentionally be disrupted. The 'Sober and Healthy Estonia' project is essential but remains largely unknown to the wider public. Future research should identify commonalities and barriers across regions to provide a comprehensive overview of the programme's implementation and its shortcomings. The aim is to achieve a result in which a greater number of persons in need of help complete the programme successfully each year.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kadri Melnits,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose VÄLJAKUTSED JA TAASTUMINE PÄRAST ALKOHOLITARVITAMISE HÄIRE RAVI PROGRAMMI LÄBIMIST SA PÄRNU HAIGLA NÄITEL, mille juhendaja on Monika Kumm, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Kadri Melnits

15.05.2026