

TARTU ÜLIKOOL

Sotsiaalteaduste valdkond

Psühholoogia instituut

Triin Ülesoo

**ÜLEVAADE PIKAAJALISTEST INTERNETIPÕHISTEST  
ENESEABIPROGRAMMIDEST ALKOHOLITARVITAMISE VÄHENDAMISEKS  
EESMÄRGIGA LEIDA SOBIV LAHENDUS EESTISSE KOHANDAMISEKS**

Uurimistöo

Juhendaja: Kariina Laas, PhD

Tartu 2018

# ÜLEVAADE PIKAAJALISTEST INTERNETIPÕHISTEST ENESEABIPROGRAMMIDEST ALKOHOLITARVITAMISE VÄHENDAMISEKS EESMÄRGIGA LEIDA SOBIV LAHENDUS EESTISSE KOHANDAMISEKS

## KOKKUVÕTE

Uurimistöö käigus anti ülevaade alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud internetipõhiste sekkumisprogrammide efektiivsusest ning leiti maailmas olemasolevatest pikaajalistest, mitmetest sessioonidest koosnevatest programmidest sobivaimad Eestisse kohandamiseks.

Ülevaate tegemiseks teostati otsingud teadusandmebaasides ning hangiti ligipääsud programmidele. Eesti jaoks sobiva lahenduse leidmiseks võrreldi leitud pikaajalisi programme Tervise Arengu Instituudi poolt väljatöötatud kvaliteedikriteeriumitega.

Leiti neliteist maailmas olemasolevat pikaajalist veebipõhist programmi alkoholitarvitamise vähendamiseks. Neist viis vastasid vajalikele kvaliteedikriteeriumitele Eestisse kohandamiseks: Alkoholhjalpen, Balance, CBT4CBT, Down Your Drink ning Take Care of You. Autori hinnangul on efektiivsust, kasutajasõbralikkust, kohandamise lihtsust ning riske arvestades kõige suurema potentsiaaliga Eesti jaoks programmid Take Care of You ning Balance.

Uurimistöö tulemuseks on praktiline lähteinfo Eestisse alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud pikaajalise programmi valimiseks ja kohandamiseks.

**Märksõnad:** alkohol, alkoholitarvitamine, internet, sekkumine, veebipõhine, *online*, eneseabiprogramm, Eesti.

## **OVERVIEW OF LONG TERM INTERNET-BASED SELF-HELP PROGRAMS FOR DECREASING ALCOHOL CONSUMPTION IN ORDER TO FIND SUITABLE SOLUTION FOR ADAPTATION TO ESTONIA**

### **ABSTRACT**

The paper gave an overview of the effectiveness of Internet based intervention programs for decreasing alcohol consumption and found suitable long term, multisession programs for adaptation to Estonia.

Information was gathered by searching science databases and getting access to the programs. Long term programs were compared to the quality criteria given by the National Institute for Health Development.

Fourteen long term programs were found. Five were in accordance with the quality criteria - Alkoholhjalpen, Balance, CBT4CBT, Down Your Drink and Take Care of You from which the programs Take Care of You and Balance have the biggest potential for Estonia.

The research paper is a practical starting point for choosing and adapting a program for Estonia.

**Key words:** alcohol, alcohol consumption, Internet, intervention, web-based, online, self-help program, Estonia.

## SISSEJUHATUS

### Probleemi kirjeldus

Eestis on suur hulk inimesi, kes tarvitavad alkoholi ohustaval või kahjustaval tasemel. Alkoholarvitamine sellisel viisil toob kaasa tõsiseid kahjusid nii individuaalsel, kui ühiskondlikul tasandil – kaotatud tervis, töövõimetus, puuded, surmad, kehv toimetulek sotsiaalsete rollidega, liiklusõnnetused, vigastused ja kokkuvõttes kõigist probleemidest tulenevad majanduslikud kulud.

Viimasel aastakümnel on maailmas arendatud ja uuritud palju uudseid internetipõhiseid sekkumisi alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks. Sellistel sekkumistel tundub olevat suur potentsiaal jõuda paljude inimesteni ning aidata neid alkoholarvitamise vähendamisel. Eestis on internetikasutuse määr väga kõrge ning veebipõhine sekkumine võiks seetõttu jõuda paljudeni, kes muidu abini ei jõua. Siiani on Eestis veebipõhiselt rakendatud AUDIT-lühitesti koos personaalse tagasisidega, mis asub [www.alkoinfo.ee](http://www.alkoinfo.ee) lehel. Puudub aga pikem, mitmetest sessioonidest koosnev eneseabiprogramm, mis oleks alkoholarvitamise vähendajale toeks pikema aja jooksul. Samuti pole tehtud värskeid ülevaateid, milline on alkoholarvitamise vähendamiseks mõeldud internetipõhiste sekkumiste efektiivsus ning milliseid pikemaajalisi programme maailmas leidub. Tervise Arengu Instituut on huvitatud pikaajalise programmi kohandamisest Eestisse ning nende poolt on kirjeldatud vastavad kvaliteedinõuded, millele see peab vastama. Vajadus on ülevaate järgi, mis kaardistab maailmas olemasolevad programmid ja võrdleb neid vastavate kvaliteedikriteeriumitega.

### Uurimistöö eesmärk

Uurimistööl on kaks eesmärki:

1. Anda ülevaade alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks mõeldud internetipõhiste sekkumiste efektiivsusest.
2. Leida maailmas leiduvatest pikaajalistest, mitmetest sessioonidest koosnevatest alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks mõeldud internetiprogrammidest Eestile sobivaim arvestades vastavust Eesti jaoks oluliste kvaliteedikriteeriumitega.

## **Lahenduskäik ja töö struktuur**

Sissejuhatuses esitatakse taustainfo – alkoholitarvitamisega seotud mõisted, alkoholitarvitamise statistika Eestis, alkoholist tulenevad kahjud ja probleemid, ülevaade erinevatest internetipõhistest sekkumistest alkoholitarvitamise vähendamiseks, sekkumisprogrammide eeldatavad kasud.

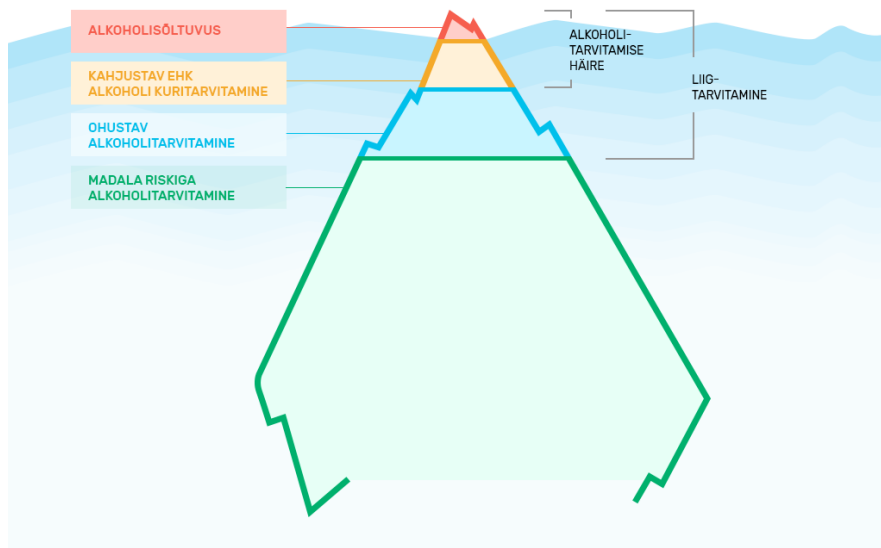
Meetodi osas on kirjeldatud info otsimise viisid ja allikad, ülevaate koostamise põhimõtted ning programmi sobivuse hindamise kriteeriumid.

Tulemuste osas esitatakse info sekkumisprogrammide ja nende efektiivsuse kohta üldiselt, samuti tuuakse välja mõju osas küsimused, mille kohta uuringutest hetkeseisuga vastuseid ei leia. Antakse ülevaade kõigist leitud pikaajalistest programmidest ning nende vastavusest Eestile olulistele kvaliteedikriteeriumitele. Programmidest, mis nendele nõudmistele vastavad tehakse täpsem ülevaade, milles sisaldub kirjeldus programmi sisust, ülesehitusest, graafikast ning mõju-uuringute tulemustest.

Arutelu ja järelduste osas arutletakse, milliseid üldiseid aspekte peaks programmi Eestisse kohandamisel arvesse võtma ning millised on iga konkreetse programmi puhul olulised nüansid, millega arvestada. Antakse soovitusel programmi valiku osas.

## **Alkoholitarvitamisega seotud mõisted ning statistika Eestis**

Alkoholitarvitamise mustreid jaotatakse nelja gruppi: madala riskiga alkoholitarvitamine, ohustav alkoholitarvitamine, kahjustav ehk alkoholi kuritarvitamine ning alkoholisõltuvus. Liigtarvitamiseks nimetatakse ohustavat ja kahjustavat alkoholitarvitamist ning alkoholisõltuvust kokku. Alkoholitarvitamise häire hõlmab endas kahjustavat ehk alkoholi kuritarvitamist ning alkoholisõltuvust (Alkoinfo, 2018).



Joonis 1 – Liigtarvitamise astmed (Alkoinfo, 2018).

Madala riskiga alkoholitarvitamine - alkoholi tarvitamise madala riski piiriks, mida järgides üldjuhul ei kaasne olulisi tervisekahjustusi ega sotsiaalseid probleeme on meestel mitte üle nelja, naistel mitte üle kahe alkoholiühiku päevas (vastavalt mitte üle 40 g või 20 g absoluutset alkoholi), kusjuures igasse nädalasse peab seejuures jääma vähemalt kolm täielikult alkoholivaba päeva. Nädalas tarvitatud madala riskiga absoluutse alkoholi piiriks on 16 alkoholiühikut meestel ning 8 ühikut naistel (Tekkel, 2017).

Üks alkoholiühik sisaldab 10 g puhast ehk absoluutset alkoholi - see on ligikaudu 4 cl 40% kanget alkoholi või 12 cl 12% veini, 0,5 l õlut (5,2%) on kaks alkoholiühikut (Tekkel, 2017).

Rehm, Shield, Rehm, Gmel, ja Frick (2012) uuring näitab, et hinnanguliselt on Eestis 15.-64. aastaste elanike hulgas madala riskiga alkoholitarvitajaid ligi 70% ehk veidi üle 600 000 inimese. Nende hulgas on inimesi, kes ei tarvi üldse alkoholi (2016. aastal 14% 16.-64. aastasest elanikkonnast) ning need, kelle alkoholitarvitamine piirdub madala riski kogustega (Alkoinfo, 2018; Tekkel, 2017).

Ohustav alkoholitarvitamine - tervis on ohustatud meestel 4–6 alkoholiühiku, naistel 2–4 ühiku tarbimisel päevas (Tekkel, 2017). Antud alkoholitarvitamise muster tõstab inimese riske tervisekahjustuste tekkeks, kuigi alkohol ei ole jõudnud veel nähtavalt tervist kahjustada. Siia gruppi kuuluvad ka need, kes tavatsevad juua küll harvem, aga korraga suuremas koguses, ehk nõ purjutada (Alkoinfo, 2018). EL riikides kasutatakse ühekordse riskipiiril alkoholi tarbimise (episoodiline ohustav alkoholitarvitamine - *binge drinking*), mõõdikuna

kuut alkoholiühikut, mis on nõ keskmise inimese alkoholimürgistuse tekke lävikogus. Eestis on purjutamine üsna levinud, eriti just meeste seas. Iganädalaselt joob üle 6 alkoholiühiku iga neljas täiskasvanud mees, naiste seas on neid inimesi ligikaudu 15% (Tekkel, 2017).

Kahjustav ehk alkoholi kuritarvitamine - alkoholi tarvitamine päevas suuremates kogustes kui üle 6 alkoholiühiku meeste puhul ning üle 4 ühiku naiste puhul mõjub tervist kahjustavalt (Tekkel, 2017). Sellise alkoholitarvitamise puhul esinevad juba selged füüsilised või psüühilised terviseprobleemid. Samas võib ilmned erinevaid probleeme, mis viitavad liigsele alkoholitarvitamisele, sealhulgas näiteks alkoholi süül tekkinud õnnetused või alkoholimürgitus (Alkoinfo, 2018).

Alkoholi ohustavalt ja kahjustavalt tarvitavaid inimesi kokku Eesti elanikkonnas on ligikaudu 25% (Alkoinfo, 2018; Rehm jt, 2012).

Alkoholisõltuvus – alkoholisõltuvust iseloomustavad füüsilised, käitumuslikud ja psüühilised protsessid, mille korral alkoholitarvitamine muutub inimese jaoks tähtsamaks, kui tema jaoks eelnevalt suurema väärtusega tegevused. Seda võivad iseloomustada järgmised sümptomid: tung tarvitada alkoholi, võimetus kontrollida joomise hulka, tarvitamise kestvust ja oma käitumist, alkoholi tarvitamise vähendamisel või lõpetamisel tekkiv võõrutusseisund, tolerantsuse teke ehk et esialgse toime saavutamiseks vajaminevad aina suuremad kogused, joomise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele ning muude huvide taandumine joomise ees (Tervise Arengu Instituut, 2015). Hinnanguliselt on alkoholisõltuvusega inimesi Eestis ligikaudu 5% elanikkonnast, kusjuures meeste seas on sõltuvus ligikaudu 11%-l (Alkoinfo, 2018; Rehm jt, 2012).

## **Alkoholi liigtarvitamisega kaasnevad probleemid**

### ***Alkoholi mõju tervisele***

Alkoholi kahjulik tarvitamine on maailmas esimese viie riskifaktori hulgas, mis põhjustavad haiguseid, töövõimetust ja puudeid ning surmasid. See on põhjuslik faktor rohkem kui 200 haiguse ning vigastustüübi puhul. Puhtalt alkoholi kahjulik mõju põhjustab üle maailma 3,3 miljonit surma aastas ehk 5,9% kõigist maailma surmadest (World Health Organization (WHO), 2014).

Alkoholi tarvitamise puhul on leitud põhjuslik seos selliste terviseprobleemide tekkimisel nagu alkoholisõltuvus, maksatsirroos, pankreatiit, vähid, epilepsia, vigastused ja suitsiidid. Alkoholitarvitamine on seotud ka depressiooni ja ärevushäiretega, kuid kuna nende tekkemehhanismid on väga kompleksed, siis ei loeta neid hetkel veel alkoholitarvitamisest otseselt tulenevateks haigusteks. Südame- veresoonekonna probleemide puhul on küll leitud, et madalate alkoholikoguste tarvitamisel on positiivne efekt isheemilise kardiomiopaatia ja insuldi puhul, kuid see soodus mõju kaob suuremate koguste tarvitamisel. Lisaks on alkoholil äärmiselt kahjustav mõju kõrgvererõhu, südame rütmihäirete ning hemorraagilise insuldi puhul. Uuem tõendusmaterjal viitab ka põhjuslikule seosele alkoholi ja nakkushaiguste vahel nagu näiteks tuberkuloos ja kopsupõletik, kuna alkohol nõrgestab immuunsüsteemi. Diabeedi puhul on leitud, et madala riskiga tarvitamine võib olla soodsa mõjuga, kuid suuremate koguste tarvitamine on kahjustav. Enamus haiguseid ja vigastusi, mis on alkoholist põhjustatud on ka doosist sõltuvad – näiteks kõigi alkoholist põhjustatud vähiliikide puhul on risk seda suurem, mida suuremad on kogused. Lõpetuseks on oluline märkida, et alkohol võib põhjustada mitut terviseprobleemi korraga (WHO, 2014).

Konservatiivsetel hinnangutel oli 2016.a Eestis üle 1000 alkoholiga seotud surma aastas, millest 465 otseselt alkoholist põhjustatud haigustesse (kokku 13 diagnoosi, milles esineb sõna „alkohol“). 2017.a. pöörduti eri- ja perearsti poole seoses alkoholist otseselt tingitud tervise seisunditega 16 834 korral. 2016. aastal oli 47% liikluses, 66% tuleõnnetustes, 40% uppunutest ja 33% kukkunutest, 58% alajahtunuist ning 34% enesetapu tagajärjel hukkunutest alkoholijoobes (Sotsiaalministeerium, 2018).

### ***Sotsiaalmajanduslikud kahjud alkoholitarvitajale endale***

Purjusoleku, alkoholisõltuvuse või alkoholivõõrutuse tagajärgedeks võivad olla kehv hakkamasaamine erinevate sotsiaalsete rollidega – toimetulek tööga, lastekasvatusega, suhetega jne. Tulemuseks võivad olla kehvad töötulemused, lahkuminekid, probleemid perekonnas, näiteks koduvägivald jmt. See omakorda võib põhjustada füüsilise või vaimse tervise häireid. Kui sissetulekud on madalad võib suurte koguste alkoholi joomine inimese enda või ka tema perekonna vaesusesse viia. Paljudes kultuurides on kalduvus inimesi, kes regulaarselt purjus on, tõrjuda ning neisse halvustavalt suhtuda. See tähendab muuhulgas, et sellistel inimestel on ka kehvem ligipääs heale tervishoiule, kuna valitsevad uskumused, et ta on ise oma hädades süüdi ning tema peale ei peaks ressursse raiskama (WHO, 2014).

### ***Kahjud teistele inimestele***

Alkoholarvitaja joomisest mõjutatud inimesed võivad olla näiteks tema partner, laps, sugulane, sõber, naaber, töökaaslane või kasvõi võõras inimene nagu näiteks juhtub sageli liiklusõnnetuste puhul. Teistele põhjustatud kahjudeks on muuhulgas: vigastused, tööõnnetused, hooletussejätmine ja kuritarvitamine, sotsiaalsete rollide mittetäitmine, vara kahjustamine, mürgisusega seotud kahjud (nt. rasedusaegse alkoholarvitamisega seotud fetaalne (e. loote) alkoholisündroom), hingerahu kaotamine (WHO, 2014).

Joobes juhid põhjustasid 2016. a. Eestis 165 inimkannatanuga liiklusõnnetust, milles sai surma 7 ja vigastada 216 inimest. 2017. a. pandi alkoholi joobes toime 3145 kuritegu (Sotsiaalministeerium, 2018).

### ***Kahjud ühiskonnale***

Alkoholi liigtarvitamine põhjustab olulisi kaotusi ühiskonnale tervikuna mõjutades rahvastiku tervisenäitajaid ning tekitades sotsiaalseid ja majanduslikke kahjusid. 5,9% kõigist maailma surmadest ning 5,1% tervisekaotustest mõõdetuna DALY meetodikaga (*Disability-Adjusted Life Years* – kasutatakse haigustest ja vigastustest tekkinud tervisekaotuse hindamiseks, arvutatakse eraldi ja seejärel summeeritakse enneaegse surma tõttu kaotatud eluaastad ning aastad, mida inimene pole elanud täie tervise juures) on põhjustatud alkoholist (WHO, 2014).

Alkoholi kulud ühiskonnale võib jaotada kolmeks: otsesed, kaudsed ning mittemateriaalsed kulud. Otseseks kuludeks on alkoholiga selgelt seostatavad kulud, mille kohta andmed saadakse enamasti erinevatest registritest – haiglad ja meditsiinisüsteem, politsei ja õigussüsteem, töötukassa ja hoolekande süsteem. Nende kulude alla lähevad erinevad tervishoiuteenused nagu haiglaravi, kiirabi, hooldekodud, retseptiravimid ja koduhooldus. Lisaks õigussüsteemi kulud arreteerimistest ja õigusmõistmistest. Kuid hinnatakse, et sellised otsesed kulud moodustavad vaid 9-25% kõigist ühiskonnale langevatest sotsiaalsetest kuludest (WHO, 2014).

Kaudseteks kuludeks on näiteks kaotatud tootlikkus tänu puudumistele või väiksemale töövõimele, töötus, vähenenud sissetulekud ja kaotatud tööaastad tänu pensionile või surmale. Mittemateriaalsed kulud on raskesti mõõdetavad, nende alla lähevad inimlikud kannatused ja üldine elukvaliteedi kaotus, seda nii alkoholarvitaja enda puhul kui temaga kokkupuutuvate inimeste puhul (WHO, 2014).

Eesti Haigekassale läks alkoholiga seotud haiguste ravimine 2015. aastal hinnanguliselt maksma 50,3 miljonit eurot, sealhulgas ei sisalda need kulud ravikindlustatute ravimite kompenseerimise ja täiendavate ravimihüvitiste kulusid ega haigushüvitisi ning alahinnatud on eriarstiabi kulusid. Alkoholi tarvitamisest tingitud töötundide ja eluaastate kaotus ning vähenenud tootlikkus maksavad Eestile hinnanguliselt ligi 2% SKT-st ehk 400 miljonit eurot (Sotsiaalministeerium, 2018).

### **Internetipõhised sekkumised alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks**

Juba 1990. aastal avaldati märgiline raport „*Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*“ („Alkoholiprobleemide ravi baasi laiendamine“), mis leidis, et on vaja arendada, standardiseerida ning levitada uusi käitumuslikke sekkumisi, et inimestele alkoholiravi kättesaadavamaks teha. Sellest ajast alates on alkoholitarvitamise vähendamiseks arendatud palju uusi ja lubavaid internetipõhiseid sekkumisi (Carroll, 2014).

Aastal 2005 näitas Kypri, Sitharthan, Cunningham, Kavanagh ja Dean artikkel, et kuigi sel ajal oli arvutipõhiseid sekkumisi alkoholiprobleemide vähendamiseks vähe uuritud, hakkasid esimesed uuringud selles valdkonnas ilmuma ning üldiselt võeti sekkumised patsientide ning avalikkuse poolt hästi vastu.

Aastal 2008 avaldati esimene süstemaatiline ülevaade arvutipõhistest sekkumistest alkoholiprobleemidele, mis leidis, et nende mõju kohta andmeid on veel vähe. Sellest ajast saadik on sekkumiste arv ja tõendus põhise baas jõudsalt kasvanud, uuringuid on tehtud eri maades, eri sihtrühmade peal ning erinevate ülesehitustega (Sundström, Blankers, Khadjesari, 2017).

Sekkumise pikkuse järgi võib jaotada internetipõhiseid programme kaheks (Cunningham, Kypri, McCambridge, 2011; Carroll, 2014):

1. Skriiningtestid ja lühisekkumised
2. Pikaajalisemad sekkumised, mis koosnevad mitmetest sessioonidest

Skriiningtestid ja lühisekkumised on kõige enam levinud arvutipõhised alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks mõeldud sekkumised. Enamasti täidab nende puhul osaleja küsimustiku oma joomisharjumuste kohta ning saab seejärel personaliseeritud tagasiside, mis kirjeldab tema riske alkoholiga seotud probleemide tekkeks (Cunningham jt, 2011).

Enamus taolisi lühisekkumisi on üles ehitatud samadele põhimõtetele nagu tervishoiuteenustes näost-näku pakutavad skriining- ja lühisekkumised ning kasutavad samu valideeritud skriininginstrumente nagu näiteks AUDIT-test (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Cunningham, Kypri, McCambridge, 2011; Carroll, 2014). Sellise lühisekkumise näiteks on <http://www.alcoholscreening.org>. Kui testi tulemused näitavad, et riskid on kõrged, suunab programm osaleja oma regioonile vastavate ravivõimaluste info juurde. See on positiivne näide, kuidas internetipõhine abi võib olla seotud klassikaliste raviteenustega. Heaks lühisekkumise näiteks on ka [www.CheckYourDrinking.net](http://www.CheckYourDrinking.net). See test annab tagasiside nii inimese joomisharjumuste kohta, kui lisaks infot ka selle kohta, milline on tema alkoholitarvitamine võrdluses samast soost, samast vanusegrupist ning samast regioonist pärit inimestega (Cunningham jt, 2011).

Võrreldes skriiningtestide ja lühisekkumistega on arvuliselt vähem väljatöötatud internetipõhiseid sekkumisi, mis on pikaajalised ja koosnevad mitmetest sessioonidest (Carroll, 2014). Paljud neist pikematest sekkumistest kasutavad laia valikut kognitiiv-käitumusliku teraapia tehnikaid, mis on abiks alkoholi vähendamisel. Neis on sageli osad, mida kasutatakse ka näost-näku teraapias, nagu näiteks alkoholipäevik, eesmärgi seadmise harjutused ning tagasilanguste vältimise tehnikad (Cunningham jt, 2011).

Oluline on märkida, et lühisekkumised ja pikaajalisemad sekkumised ei moodusta kahte eri kategooriat vaid pigem on tegu teljega, millel on erinevate pikkustega sekkumised – mõned lühisekkumised on päris põhjalikud ja võtavad kauem aega ning mõned kognitiiv-käitumuslikud sekkumised võivad olla päris lühidad, kui osaleja seda soovib (Cunningham jt, 2011).

Internetipõhiseid sekkumisprogramme võib jaotada ka selle põhjal, kas need sisaldavad terapeudi lisatuge või mitte (McAuley, 2012). See tähendab, et lisaks automatiseeritud programmis osalemisele on võimalus ka terapeudiga mingil moel suhelda – näiteks saadab ta osalejale e-maile või suhtleb temaga kirjalikult reaalsajas. Siia alla ei loeta sekkumisi, mis toimivad nagu reaalsajas telefoni- või videovestlus (Kaner jt, 2017).

Muudeks internetipõhisteks abivõimalusteks alkoholiprobleemidega inimestele on reaalsajas nõustamine veebi vahendusel (näiteks Skype-kõned) ning *online* tugifoorumid, näiteks Anonüümsete Alkohoolikute foorum veebis (Cunningham jt, 2011). Kuna antud töö keskendub eelkõige automatiseeritud programmidele, siis neid võimalusi siin täpsemalt ei käsitleta.

## **Internetipõhiste sekkumisprogrammide võimalikud kasud**

Hinnangud näitavad, et vähem, kui 10% alkoholisõltuvusega inimestest saavad mingit sorti ravi (Rehm jt, 2012). Enamasti jõuavad nad ravile ka väga hilises staadiumis, kui muutusi on juba väga raske teha (Cunningham, 2004). Samas on abi vajalik tegelikult hoopis varajasemas etapis – vastavalt Eesti ravijuhendile on vajalik nõustamine alkoholitarvitamise vähendamiseks juba tervist ohustava alkoholitarvitamise mustri juures (Tervise Arengu Instituut, 2015).

Kuigi siin võib olla mitmeid põhjuseid, miks ravivõimalusi vähe kasutatakse, on uuringud näidanud, et üheks faktoriks on sotsiaalne stigma ehk häbimärgistamine, mis on seotud alkoholiprobleemidega. Selle tõttu arvatakse, et veebipõhised sekkumised võivad olla tänu anonüümsusele ja 24/7 kättesaadavusele eriti atraktiivsed nende jaoks, kes muud abi ei otsi. Need võimaldavad kasutajale rohkem privaatsust, anonüümsust ja paindlikkust ning tekitavad tunde suuremast kontrollist ja seotusest raviga, kaitses neid samaaegselt häbimärgistamise hirmu eest (McAuley, 2012; Sundström, 2017).

Uuringutest selgub ka, et kuigi suur osa alkoholiprobleemidega inimestest soovivad tegelikult abi leida, siis nad eelistavad saada seda väljastpoolt traditsioonilisi tervishoiuteenuseid. Internetipõhised sekkumised võivad aidata vähendada vajakajäämist ja suurt vahet inimeste vahel, kes liigtarvitavad alkoholi ja kes tegelikkuses ka abi saavad. Uuringud, mis käsitlevad täiskasvanutele mõeldud internetisekkumisi alkoholitarvitamise vähendamiseks näitavad, et 80-90% inimestest, kes nendeni jõuavad, otsivad abi esimest korda. Lisaks on tõendatud, et alkoholi liigtarvitajate valmisolek kasutada internetipõhiseid abivõimalusi on hoopis suurem, kui näiteks esmatasandi tervishoiusüsteemi pakutud lühisekkumisi ja nõustamist (Riper, 2014).

Esmatasandi tervishoiutöötajatel võib olla ka kõhklusi sekkumiste läbiviimisel – nad viitavad ressursside nappusele, vähestele koolitustele, suurele töökoormusele, madalale lisatasule tehtud töö eest ning hirmule patsiendipoolse vastuseisu ees. Patsiendipoolseteks barjäärideks võivad peale hirmu stigmatiseerimise ees olla ka negatiivsed kogemused ja ootused ravi suhtes või uskumus, et probleem ei ole nii suur, et peaks abi otsima (Crane, Garnett, Brown, West, Michie, 2018).

Internetikasutuse kõrge määr tähendab suurt potentsiaali jõuda palju rohkemate inimesteni, kui senini ning anda neile võimalus kasutada tervisekäitumise parendamiseks mõeldud

efektiivseid sekkumisi. Internetisekkumiste potentsiaalne laiaulatuslik levik võib võimaldada jõudmist ka sihtrühmadeni, kes traditsioonilisi ravivõimalusi eriti vähe kasutavad – nagu näiteks noored või naised (McAuley, 2012).

Internetipõhised sekkumised võivad näost-näkku nõustamisega võrreldes olla ka oluliselt väiksemate kuludega. Kui tegu on üleni automatiseeritud programmiga, siis on põhilisteks kuludeks programmi algne arendus ja jooksvad kulud programmi hoolduseks on üsna väikesed, samas kui sekkumist saab pakkuda limiteerimata arvule inimestele (Sundström, 2017). Samuti on võimalik programme vajadusel kiiresti uuendada, kui on välja tulnud uudsed tehnoloogilised lahendused või teoreetilised lähtekohad, mis aitavad sekkumise sisu efektiivsemaks muuta (McAuley, 2012).

Mugavus ja kättesaadavus on internetisekkumiste puhul olulised eelised. Need on kättesaadavad ööpäev läbi, pole ootejärjekordi ja inimene saab vajalikku abi kohe, kui ta motivatsioon on kõrgeim. Sekkumist saab kasutada enda jaoks sobivaimal ajal ja enda valitud tempos. Samuti pole geograafilisi piiranguid ning programme saavad kasutada ka näiteks maapiirkonna inimesed, kelle jaoks liikumine suurematesse keskustesse võib olla raske. Internetipõhiseid sekkumisprogramme saab kasutada ka erinevates kohtades ning siduda need muude teenustega – näiteks tervishoiuteenuste pakkujate juures, töökohtades või ülikoolides (McAuley, 2012). Kindlasti toetab see ka arstide ja nõustajate tööd, kui neil on võimalus patsiendile lisaks ravile pakkuda ka lisateenuseid, mida ta saab kodus ise kasutada.

Internetipõhised alkoholi liigtarvitamise vastased sekkumised võimaldavad ka kõigi abivajajateni viia standardiseeritud ning ühtlast sekkumisviisi, mis ei erine oma kvaliteedilt ja sisukomponentidelt. Programmid annavad ka personaalset tagasisidet vastavalt kasutaja sisestatud infole (McAuley, 2012).

Kuna Eestis on internetikasutus väga kõrge, võib see olla heaks võimaluseks jõuda abiga paljude inimesteni. Eestis kasutas 2017 aastal interneti isiklikuks tarbeks 82% inimestest. Sealhulgas kasutasid isiklikuks tarbeks interneti 100% inimestest vanuses kuni 44 aastat, 94% 45-54 a. vanustest ning 58% üle 55 a. vanustest. Internetti sisenemiseks kasutatakse erinevaid vahendeid - 78% inimestest kasutas selleks arvutit, 65% nutitelefoni ning 25% tahvelarvutit. Sealhulgas kasutasid paljud mitut vahendit – 23% kasutas ühte, 42% kahte ning 20% kolme. 62% vastajatest ütlesid, et kasutavad nutitelefoni interneti vaatamiseks vähemalt sama sageli, kui arvutit (Consumer Barometer with Google, 2018).

## MEETOD

### Ülevaate otsingukriteeriumid

Alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks mõeldud internetiprogrammide efektiivsusest ülevaate tegemiseks koguti viimasel viiel aastal avaldatud süstemaatilised ülevaateartiklid ja metauuringud, mis olid kättesaadavad teadusandmebaasidest PubMed, MEDLINE, Academic Search Premier ja PsychINFO või interneti otsingumootoritest. Peamiste otsinguterminitega sisestati erinevate kombinatsioonidena „*alcohol*“ või „*drinking*“ + „*program*“, „*intervention*“, „*screening*“ + „*Internet*“ või „*web-based*“ või „*online*“ või „*computer*“. Maailmas leiduvate pikaajaliste programmide osas ülevaate tegemiseks laiendati sama otsingut erinevate uuringutüüpide peale ning ajaliselt viimasele 15-le aastale. Samuti teostati interneti otsingumootorite abil otsing leidmaks erinevaid alkoholi temaatikaga seotud veebilehti ning neis leiduvaid programme. Juhul, kui mõni taoline pikaajaline programm leiti, teostati selle nimega lisaotsing teadusandmebaasides, et leida üles programmiga seotud uuringud, mis hindavad programmi mõju. Igale programmile hangiti ligipääs – osadele oli võimalik iseseisvalt veebis registreerida, osadele sissepääsuks suheldi programmi haldajatega, et saada kas programmile või demokeskkonnale ligipääs. Programmis osaledes uuriti programmi sisu, kasutajamugavust, graafikat ja ülesehituse loogikat. Vajadusel küsiti lisaküsimusi programmi arendajalt. Saadud info põhjal võrreldi iga programmi näitajaid Eesti jaoks oluliste kvaliteedikriteeriumitega.

### Eesti jaoks olulised kvaliteedikriteeriumid programmi kohandamisel

Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud kvaliteedikriteeriumid pikaajalisele internetiprogrammile alkoholitartvitamise vähendamiseks on järgmised (Noormets, 2017):

1. Põhineb tõendus põhisel teoreetilisel mudelil - eelistatud on kognitiiv-käitumuslik teraapia ja motiveeriv intervjuerimine. Mõlemal on tugev tõendus põhisuus alkoholitartvitamise vähendamisel.
2. Sisaldab pikaajalist tuge alkoholist loobujale, ei koosne ainult ühest sessioonist.
3. Võimalikult automatiseeritud, et vajaks minimaalselt lisa inimressursse.
4. Mõju hindamiseks on teostatud efektiivsusuuringud.
5. Kasutajasõbralik, lihtsa navigatsiooniga, visuaalselt atraktiivne.
6. Veebipõhine, ligipääsetav nii arvutist, kui mobiilist.

7. Suunatud täiskasvanutele.

## **TULEMUSED**

### **Internetipõhiste sekkumisprogrammide efektiivsus**

Efektiivsusest ülevaate andmiseks kasutati allikatena viimase viie aasta jooksul avaldatud metauuringuid ning süstemaatilisi ülevaateid, mis on kokkuvõtvalt esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Kokkuvõtte internetipõhiste sekkumiste metauuringutest ja süstemaatilistest ülevaadetest

Uuring	Uuringu tüüp	Meetod	Sisalduvate uuringute sobivuskriteeriumid	Analüüsitud uuringute arv	Mõõdetud olulisemad näitajad	Tulemused	Lisaanalüüs
Riper jt, 2014	Meta-analüüs	Süstemaatiline kirjanduse ülevaade kuni 2013.a. septembrini	Uuringud, mis: 1) võrdlesid veebipõhist sekkumist kontrollgrupiga 2) sisaldasid eneseabi sekkumist, mida osaleja sai kasutada arvuti või mobiili vahendusel, koos või ilma terapeudipoolse juhendusega 3) hindasid alkoholitarvitamise kogust esmase mõõdikuna 4) uurisid täiskasvanuid vanuses 18+ 5) uurisid alkoholi liigtarvitajaid, kelle tarvitamise tase ületas madala riski piire	16 randomiseeritud, kontrollgrupiga uuringut, kokku 5612 osalejaga	Keskmine alkoholi tarvitamise kogus - efekti suurus kahe grupi keskmisena (Hedges' <i>g</i> )	$g=0,2$ , väike mõju. Internetisekkumises osalejad jõid keskmiselt 2,2 alkoholiühikut nädalas vähem, kui kontrollgrupp.	Internetisekkumised terapeudi toega $g =0,23$ ; ilma terapeudi toeta $g=0,2$ . Tulemus ei ole statistiliselt oluline
Sundström, 2017	Süstemaatiliste ülevaadete ülevaade	Süstemaatiline kirjanduse ülevaade kuni 9. detsembrini 2015	Süstemaatilised ülevaadet, mis: 1) uurisid internetisekkumise mõju alkoholitarvitamisele 2) võrdlesid sekkumist kontrollgrupiga 3) hindasid mõõdikuna alkoholitarvitamise kogust või alkoholist põhjustatud kahjusid 4) sisaldasid enamjaolt randomiseeritud uuringudisaini	14 süstemaatilist ülevaadet	Keskmine alkoholi tarvitamise kogus - efekti suurus kahe grupi keskmisena (Coheni <i>d</i> )	Kokkuvõtvaid arvutusi üle kõikide uuringute pole tehtud. Alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud sekkumised on efektiivsed, mõju suurus on väike. Pikemad sekkumised võivad olla efektiivsemad. Tõendid teoreetilise baasi, terapeudi toe ja väljakukkumiste ning efektiivsuse vahel on piiratud.	Tulemusi raporteeriti: 1) õpilaste sihtrühmas 2) täiskasvanud sihtrühmas 3) segapopulatsiooni sihtrühmas 4) teoreetilise baasi osas 5) sekkumise pikkuse osas 6) terapeudi toe osas 7) väljakukkumiste osas
Kaner jt, 2017	Süstemaatiline ülevaade	Süstemaatiline kirjanduse ülevaade kuni 2017.a. märtsini	Uuringud, mis: 1) olid randomiseeritud kontrollgrupiga uuringud 2) võrdlesid internetisekkumist kontrollgrupiga või näost-näku sekkumisega 3) hindasid alkoholitarvitamise kogust (absoluutalkoholi kogus nädalas) 4) sisaldasid osalejaid, kes kasutasid sekkumist iseseisvalt või töökohtades või tervisekliinikutes 5) uurisid ohustava või kahjustava alkoholitarvitamise muustriga osalejaid	57 randomiseeritud, kontrollgrupiga uuringut, kokku 34 390 osalejaga	Tarvitatud absoluutalkoholi kogus grammides nädalas	Internetisekkumises osalejad jõid keskmiselt 2,3 alkoholiühikut nädalas vähem, kui kontrollgrupp. Võrreldes internetisekkumist näost-näku sekkumistega polnud tulemustes vahet.	1) sekkumiste tulemused ajalisel teljel 2) käitumise muutmise tehnikad 3) sekkumiste teoreetiline baas 4) vanus ja sugu
Crane jt, 2018	Meta-analüüs	Meta-regressiooni-analüüs	Uuringud, mis: 1) sisaldasid Kaner jt, 2017 Cochrane süstemaatilises ülevaates 2) kontrollgrupiga uuringud (välistati võrdlused näost-näku sekkumistega)	41 uuringut	Keskmine alkoholi tarvitamise kogus kindla aja jooksul – vahe sekkumise ja kontrollgrupi vahel	Kõige suurem mõju oli järgmistel käitumise muutmise tehnikatel: „käitumise asendamine“ (-95 grammi nädalas, $g/n$ ), „probleemilahendus“ (-46 $g/n$ ) ja „usaldusväärne allikas“ (-32 $g/n$ )	Kasutatud käitumise muutmise tehnikate arv ja sagedus

Viimase viie aasta jooksul läbi viidud meta-analüüsid ja süstemaatilised ülevaated internetipõhistest sekkumistest alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks näitavad, et need on üldiselt efektiivsed (sekkumisprogrammis osalenud inimeste alkoholitarvitamine väheneb rohkem, kui kontrollgrupi oma), kuigi mõju on väike (Riper jt, 2014; Sundström, 2017; Kaner jt, 2017). Samas on ka väike positiivne mõju rahvatervise seisukohalt oluline, kui sekkumist on võimalik pakkuda suurele grupile inimestele (Riper jt, 2014; Kaner jt, 2017).

Sundström (2017) ülevaade näitas, et sekkumist saanud inimesed jõid keskmiselt 1-2,5 alkoholiühikut (10-25g absoluutalkoholi) nädalas vähem, kui kontrollgrupis osalejad. Riper jt (2014) metaanalüüsi tulemusteks oli, et sekkumisi kasutanud inimesed jõid keskmiselt 2,2 alkoholiühikut (22g absoluutalkoholi) nädalas vähem ja tarvitasid oluliselt suurema tõenäosusega alkoholi madala riski piirides, kui kontrollgrupis olivad. Kaner jt (2017) ülevaade jõudis järeldusele, et sekkumistes osalenud inimesed jõid keskmiselt 2,3 alkoholiühikut (23g absoluutalkoholi) nädalas vähem. Samas, kui arvesse võeti vaid kõrgema kvaliteediga uuringuid, mille risk kallutatusele oli väiksem, siis oli alkoholitarvitamise vähenemine ligikaudu 1,1 alkoholiühikut nädalas (11g absoluutalkoholi).

Peale üldise hinnangu internetisekkumiste efektiivsusele käsitlesid metauuringud ja süstemaatilised ülevaated ka muid aspekte nagu sekkumise pikkus, võrdlus näost-näku sekkumistega, terapeudi tugi programmile ning sekkumiste sisukomponendid.

On mõningaid tõendeid, et pikemad, mitmetest sessioonidest koosnevad sekkumisprogrammid võivad olla tõhusamad, kui lühisekkumised – mitmed uuringud näitavad, et mida pikem on sekkumine, seda suurem on mõju, samas osades uuringutes seda seost ei leitud (Sundström, 2017). Ühtegi metauuringut ega süstemaatilist ülevaadet, mis käsitleks eraldi vaid pikaajalisi sekkumisprogramme, ei leitud.

Kui võrrelda internetipõhiseid sekkumisprogramme näost-näku lühinõustamisega esmatasandi tervishoiusteemis, siis viimaste tulemused on paremad – Cochrane Collaboration ülevaade 29-st uuringust näitas, et aasta pärast reaalelus toimunud sekkumist tarvitati alkoholi keskmiselt 3,8 alkoholiühikut (38g absoluutalkoholi) vähem (Kaner jt, 2009). Samas näitasid viis väikest uuringut, mis otseselt võrdlesid arvutipõhiseid ja näost-näku sekkumisi, et nende tulemustes polnud erilist vahet (Kaner jt, 2017).

Mõned uuringud on näidanud, et kui lisada arvutipõhisele programmile ka mõningane suhtlus päris inimesega, siis efektiivsus tõuseb (Sundström, 2017), kuid Riper jt (2014) meta-analüüs, mis just seda seost uuris, ei leidnud alkoholipõhiste programmide puhul vahet terapeutipoolse toega ja ilma selleta programmide vahel. Ärevuse ja depressiooni vähendamiseks mõeldud programmide puhul on ilmnenud selge seos, et inimkontakti lisamine tõstab efektiivsust. Alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud programmide puhul võib olla, et avaldatud uuringute hulk terapeuditoega programmide efektiivsuse kohta on veel liiga väike, et lõplikke järeldusi teha (Riper jt, 2014).

Selle asemel, et käsitleda kõiki alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud internetisekkumisi homogeensena, on hiljuti hakatud uurima programmides sisalduvaid käitumise muutmise tehnikaid, et analüüsida, millised komponendid programmides viivad paremate tulemusteni. Crane jt (2018) meta-regressioonianalüüs näitas, et selliste käitumise muutmise tehnikate nagu „käitumise asendamine“, „probleemilahendus“ ja „usaldusväärne allikas“ kasutamine internetisekkumises oli tugevalt seotud parema tulemusega e. väiksema alkoholikoguse tarvitamisega nädalas.

„Käitumise asendamine“ sekkumisprogrammides koosnes sageli järgmistest osadest: 1) joomise plusside ja miinuste kaalumise, 2) joomise tagajärgede detailne väljatoomine, 3) käitumisviiside valik, mis oleksid heaks alternatiiviks joomisele. „Probleemilahendus“ tähendab komponenti, mis suunab inimest analüüsima oma käitumist ning valima strateegiaid, mis aitavad üle saada takistustest või võtta appi abistavaid tegureid joomise vähendamisel. Näiteks käib siia alla ettevalmistav planeerimine, kuidas hakkama saada olukordadega, kus võib kergemini tekkida tagasilangus. „Usaldusväärne allikas“ tähendab verbaalset või visuaalset kommunikatsiooni mingi käitumisviisi poolt või vastu, mis tuleb usaldusväärsest allikast. Näiteks käivad siia alla riiklikud soovitused alkoholitarvitamise riskipiiride kohta või mingi usaldusväärse institutsiooni rõhutamine infoallikana (Crane jt, 2018).

Leiti ka, et mõningaid käitumise muutmise tehnikaid, mis on muudes keskkondades, näiteks näost-näku lühisekkumistes, andnud häid tulemusi, kasutati alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks mõeldud internetisekkumistes harva – näiteks „enesejälgimine“ ning „eesmärgi seadmine“. „Enesejälgimine“ tähendab meetodit, mille abil inimene saab oma käitumist jälgida, salvestada ja analüüsida – siia alla käib näiteks alkoholipäeviku pidamine.

„Eesmärgi seadmine“ tähendab nii isikliku eemärgi püstitamist, kui aegajalt selle ülevaatamist ja tulemuste võrdlemist eesmärgiga (Crane jt, 2018).

### **Internetipõhiste sekkumisprogrammide vastamata küsimused**

Kaner jt (2017) ülevaade alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud mõju-uuringutest leidis, et 57-st uuringust mitte ükski ei uurinud programmide võimalikke kahjusid. Üle poolte uuringutest ei maininud, mis teooriale sekkumine baseerus või oli see segaselt välja toodud. Hetkel on tõendid teoreetilise baasi ja efektiivsuse kohta puudulikud. On olemas mõningad uurimused, mis käsitlevad programmide sisukomponentide (käitumise muutmise tehnikad) efektiivsust, kuid seda valdkonda peaks täpsemalt edasi uurima. Kui vaadeldi sekkumise tulemusi ajas, siis esialgsel hinnangul võib öelda, et sekkumise positiivne mõju kestab kuus kuud, aga mitte terve aasta. Pikemaajalised uuringud hetkel puuduvad. On tõenäoline, et sekkumise mõjud ajas kahanevad ning seetõttu on vajalikud korduvad meeldetuletused programmist, et mõju pikendada. Kuigi võib eeldada, et arvutipõhised sekkumised suurel skaalal rakendatuna on odavamad, kui reaalelus sekkumised, pole selliste majanduslike kulude võrdluse kohta uuringuid tehtud (Kaner jt, 2017).

Kuigi arvatakse, et internetipõhised sekkumised on sobivad eelkõige inimestele, kelle alkoholitarvitamine on madalamal tasemel (ohustava ja kahjustava joomismustriga inimesed) ning alkoholisõltuvusega inimesed neist olulist abi ei saa, pole selle kohta uuringutest infot. Sekkumiste puhul, mis kasutasid skriiningvahendina AUDIT-testi, olid skoorid kõrged – keskmiselt 20 punkti juures, mis viitab riskile, et alkoholisõltuvusega inimesi on programmides osalenud palju. Samas ei ole täpsemalt uuritud, millised on tulemused erineva tasemega joomismustritega osalejate puhul (Riper jt, 2014). Samuti pole uuritud tulemusi erinevates sotsiaalmajanduslikes alagruppides, et tuvastada, millistele inimestele sekkumised rohkem sobivad. On tõenäoline, et mõnede inimestele sobib rohkem reaalelus näost-näkku nõustamine ja osadele arvuti vahendusel tehtud sekkumine, kuid puuduvad teadmised, millistele omadustele need inimgrupid vastavad (Kaner jt, 2017).

Hetkel on teadmiste baas selle kohta, kas inimsuhtluse lisamine alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud programmile efektiivsust tõstab väike. Oleks vaja lisauuringuid, et seda seost täpsemalt selgitada (Riper jt, 2014).

Kõrge väljakukkumiste protsent iseloomustab üleüldiselt internetisekkumisi ning alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud nii veebipõhiseid, kui näost-näkku sekkumisi (Riper jt, 2014). Pole võimalik ka garanteerida, et osalejad kasutaksid kogu programmi sisu (Kaner jt, 2017). Uuringutest ei leidnud infot, kui palju ja millised inimesed katkestavad programmis osalemise või kui suure osa programmist nad läbivad.

Töö autor ei leidnud uuringutest infot ka programmide kasutajasõbralikkuse, graafika ja navigatsiooni ning efektiivsuse seoste kohta.

### **Internetipõhised pikaajalised sekkumisprogrammid ja vastavus Eesti kriteeriumitele**

Järgnevalt on tabelis 2 hinnatud pikaajaliste programmide vastavust Eesti jaoks oluliste kriteeriumitega. „+“-märk tähendab, et kriteerium on täidetud, „-“-märk, et on täitmata, mõlemad märgid korraga tähendavad, et on olemas elemente mõlemast (näiteks kujunduse, graafika ja kasutajasõbralikkuse osas) või et teatud juhtudel on kriteeriumid täidetud (näiteks on programm küll täielikult automatiseeritud, kuid sellele on lisatud inimtööd nõudvad osad, mille kasutamine ei ole programmi tulemuste seisukohalt keskne ning nende osade kasutamise üle võib otsustada). Kui antud kriteeriumit polnud võimalik hinnata (näiteks ei olnud võimalik saada programmi ligipääsu), siis on märgina lisatud „?“.

Tabel 2. Maailmas leiduvad pikaajalise toega alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud internetiprogrammid ja nende sobivus Eesti jaoks oluliste kriteeriumitega

	Teoreetiline mudel KKT/MI	Pikaajaline, mitu sessiooni	Automatiseeritud	Efektiivsusuuringute olemasolu	Kasutajasõbralik, atraktiivne	Arvuti ja mobiil	Täiskasvanutele	Allikad
A-Chess	-	+	- (programmi osaks on suhtlemine terapeudiga)	-	? (hetkel puudub ligipääs)	-(ainult äpp)	+	Gustafson jt, 2011
Alcohol Help Center www.alcoholhelpcenter.net/	+	+	+- (lisatud foorum)	-	+-	-	+	Alcohol Help Center, 2018
Alcoholhjälpen www.alkoholhjälpen.se/	+	+	+	+	+-	+	+	Alcoholhjälpen, 2018; Sinadinovic, Wennberg, Johansson, Berman, 2014
Balance akan.no/verktoy/balance	+	+	+	+	+	+	+	Balance Program, 2018; Brendryen, Johansen, Nesvåg, Kok, Duckert, 2013; Brendryen jt, 2014
CBT4CBT www.cbt4cbt.com/	+	+	+	+	+	+	+	CBT4CBT, 2018; Carroll jt, 2008
DEAL www.dealproject.org.au/	+	+	+	- (hetkel käimas)	? (hetkel puudub ligipääs)	-	-(18-25a)	The Deal Project, 2018; Deady, Kay-Lambkin, Teesson, Mills, 2014
Down Your Drink www.downyourdrink.org.uk/	+	+	+	+	+	+	+	Down Your Drink, 2018; Linke, McCambridge, Khadjesari, Wallace, Murray, 2008; Wallace jt, 2011
Jellinek www.jellinek.nl/	+	+	- (programmi osaks on online teraapiasessioonid psühholoogiga)	-	+	+	+	Jellinek, 2018
Minder Drinken www.minderdrinken.nl/	+	+	+	+	+-	-(ainult äpp)	+	Minder Drinken, 2018; Riper jt, 2008
Moderate Drinking www.moderatedrinking.com/	-	+	+- (lisatud foorum)	+	+	-	+	Moderate Drinking, 2018; Hester, Delaney, Campbell, 2011
Jepe juomapäivakirja (link is external) www.paihdelinkki.fi	? (info puudub)	+	+	-	+	+	+	Päihdelinkki, 2018
Rational Recovery http://www.rational.org	-	+	+- (lisatud foorum)	-	? (tasuline programm, puudub ligipääs)	-	+	Rational Recovery, 2018
Take Care of You www.takecareofme.ca	+	+	+- (poolautomatiseeritud meeldetuletused, foorum)	+	+	+	+	Take Care of You, 2018; Boss jt, 2018; Schaub jt, 2016
Vorvida www.vorvidastudie.de/	+	+	+	- (hetkel käimas)	+	+	+	Vorvida, 2018; Zill jt, 2016

Kõik programmid, välja arvatud A-Chess, Moderate Drinking ja Rational Recovery baseeruvad kognitiiv-käitumusliku teraapia ja motiveeriva intervjuerimise põhimõtetel. Jeppe juomapäivakirja puhul ei leitud infot teoreetilise baasi kohta. A-Chess ja Jellinek põhimõtteks on terapeudiga suhtlemine programmi vahendusel, seega ei ole need automatiseeritud ning vajavad olulisi ressursse käigushoidmiseks. Mitmed programmid olid küll automatiseeritud, kuid neile olid lisatud võimalused inimkontaktiks läbi programmi (Alcohol Help Center, Moderate Drinking, Rational Recovery ning Take Care of You). Mõju uurimiseks olid läbi viidud uuringud seitsmele programmile. Viiel programmil polnud taolisi uuringuid läbi viidud ning kahel programmil on need hetkel läbiviimisel (DEAL ja Vorvida). Hea kasutajasõbralikkuse ja atraktiivse graafikaga paistsid silma kaheksa programmi. Kolme programmi puhul (Alcohol Help Center, Alkoholhjalpen ning Minder Drinken) oli nii plusse kui miinuseid ja erinevad osad olid eri kvaliteediga (näiteks alkoholipäevik oli liiga algeline, kuigi muu programm oli tänapäevane). Kolmele programmile ei saanud töö autor ligipääsu. Programmid A-Chess ja Minder Drinken on kasutatavad ainult mobiili vahendusel ning arvutipõhine rakendus puudub. Alcohol Help Center, DEAL, Moderate Drinking ja Rational Recovery puhul puudub võimalus läbi mobiili programmi kasutada. Kõik programmid peale DEAL-i olid suunatud täiskasvanutele.

### **Eesti kriteeriumitele sobivate programmide kirjeldus ja efektiivsusuuringud**

Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud kvaliteedikriteeriumitele vastasid järgmised pikaajalise toega internetiprogrammid: Alkoholhjalpen, Balance, CBT4CBT, Down Your Drink ning Take Care of You.

#### ***Sobivate programmide kirjeldused***

##### Alkoholhjalpen


Tegu on Rootsis välja arendatud eneseabiprogrammiga alkoholitartumise vähendamiseks. Programm põhineb kognitiiv-käitumusliku teraapia ja motiveeriva intervjuerimise põhimõtetel. Programmis on 18 erinevat moodulit: riskisituatsioonid, päevik, tagajärjed, progressi jälgimise skaala, tasakaalukad otsused, muutuste teekonnad, eesmärkide seadmine, probleemide lahendamine, uued lahendused, juba töötavad asjad, ime-küsimused, sõbrad ja

perekond, muu toetus ja ravi, ei-ütlemine, joomistungiga hakkamasaamine, mõtetega toimetulek, kaasnevad probleemid ning tagasilanguste ennetamine. Igas moodulis on psühhohariduslik tekst, interaktiivsed harjutused ja videod, mis harjutusi selgitavad. Programm sisaldab ka küsimustikke, mis vastavalt sisestatud vastustele annavad personaliseeritud soovitusi – näiteks millise mooduliga parajasti võiks edasi liikuda. Lisavõimalusena on olemas foorum, kus saab suhelda teiste programmi kasutajatega (Sinadinovic jt, 2014).

Enda edasiminekut on võimalik jälgida alkoholipäeviku abil, kuhu sissekandeid teha. Sellest saab võtta välja statistikat, mis annab tarbimisest ülevaate - keskmine alkoholitartvitamine, kaine päevade arv, purjutamise sagedus, kokkuvõte riskisituatsioonidest ja seos joomistungiga (Sinadinovic jt, 2014).

Programmis on kasutatud palju videoid, mis teeb selle kindlasti kasutaja jaoks kaasahaaravamaks. Navigatsioon ja kasutajasõbralikkus ei ole kohati kõige selgem ja parem. Alkoholipäevikusse peab inimene sisestama alkoholiühikud, mille arvutamine võib ilma interaktiivsete vahenditeta olla keeruline. Lihtsam oleks, kui saaks sisestada konkreetseid jooke ja koguseid (Alkoholhjalpen, 2018).


**2. Objectives**

 In this assignment, the idea is that you decide what goals you want to achieve during this program and begin to think about what you need to do to achieve it. Deciding on a goal is important partly because you will be able to objectively know when the program and your efforts really impact, but also to get a clear target image to strive for these weeks. So now we want you to really think: How would you like to change your habits? How do you want your relationship to alcohol to look after the end of the program?

In your goal, we want you to enter the following:

- if you want to reduce your alcohol consumption or if you completely want to stop drinking.
- if you want to cut down on your alcohol consumption - how many glasses you would like to drink per day and what weekdays you will not drink at all.
- what date you intend to start and how long to follow this goal

Expert Movie: Peter Wirbing - Why is it important to set a goal?




If you have any thoughts on how you want and hope that your relationship with alcohol will look in the

**The program**

- ▶ Welcome
- Log
- ▼ Mission
  - 1. Motivation
  - 2. Objectives
  - 3. Map
  - 4. Options
    - 4.1 Handle suction
    - 4.2 Take care of emotions
    - 4.3 Thank you no
  - 5. Relapse Prevention

**Your completed assignments**

**User points** 

- Assignments : 1
- Registrations : 14
- Forum : 0
- Bonus : 0
- Total: 15

**Registrations this month**

«Previous **November 2017** Next»

m	t	O	t	f	l	s
30	31	1	2	3	4	5

Joonis 2. Alkoholhjalpen programmi ekraanitõmmis (Alkoholhjalpen, 2018)

## Balance

Balance puhul on tegu Norras välja arendatud alkoholi liigtarvitamise vastase eneseabiprogrammiga. Programmi aluseks olevad teoreetilised baasid on järgmised: kognitiiv-käitumuslik teraapia, transteoreetiline mudel, motiveeriv intervjuerimine, positiivne psühholoogia, omaksvõtmise ja pühendumise teraapia (*acceptance and commitment therapy*) ning teadvelolekuteraapia (*mindfulness*). Programmi põhilisteks komponentideks on igapäevane eesmärkide seadmine, alkoholikoguste jälgimine, emotsioonide reguleerimine ning psühhohariduslik info. Eesmärgiks on muutusi sisse viia järgmistes valdkondades: teadmised, hoiakud, normid, planeerimine, enesetõhusus, oskused ja käitumine (Brendryen jt, 2013).

Balance on reageeriv osaleja jaoks antud ajahetkel olulistele teemadele – selle põhimõtteks on programmi reaktsioon inimese poolt sisestatud käitumuslikule või emotsionaalsele infole ehk “täpselt ajastatud teraapia“ („*just-in-time therapy*“). Vastavalt sisestatud infole muudab programm “trajektööri”, ehk et inimene saab koheselt tagasiside ja soovitusel vastavalt oma käitumisele või tunnete, mis on aktuaalsed. Näiteks, kui osaleja sisestab alkoholipäevikusse suured joodud alkoholikogused, siis suunab programm ta tagasilangusega tegelevasse osasse (Brendryen jt, 2013).

Programmi sisenemine algab FAST skriiningtestiga (*Fast Alcohol Screening Test*). Testi tulemusena saab inimene personaalse tagasiside, mis võrdleb tema alkoholitarvitamist riiklike soovitustega. Peale tagasisidet antakse riskitarvitajatele, kelle tulemus on 3 punkti või kõrgem soovitus liituda pikema programmiga (Brendryen jt, 2013).

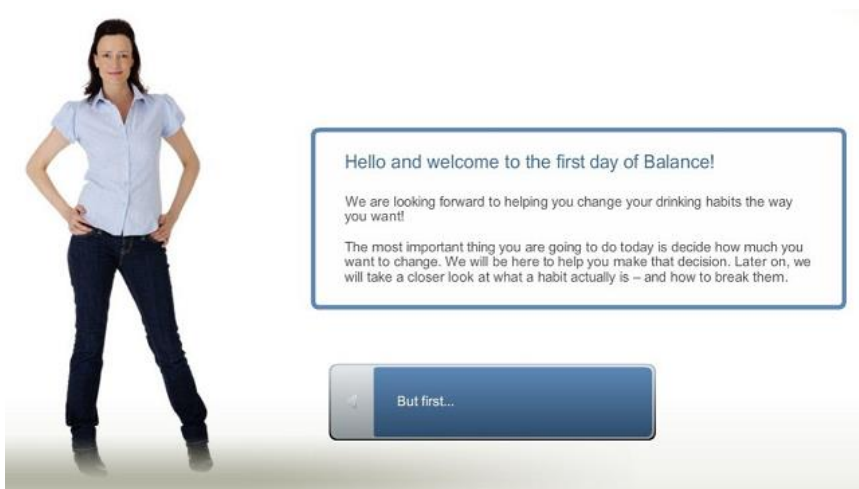
Balance programm on üles ehitatud tunnelmeetodil – see tähendab, et inimene liigub programmis edasi ühte tunnelit mööda, järgides etteantud sisu sessiooni kaupa. Tihti on võimalik valida ainult nuppude “edasi” ja “tagasi” vahel. See lihtsustab kasutamist, sest osaleja ei pea programmis ise orienteeruma. Lisaks võimaldab see jõuda materjalini, millest muidu üle liigutaks - seega on tulemused efektiivsemad. Samas võib selline ülesehitus ärritada kasutajat, kuna ta kaotab autonoomias ning ei saa ise programmis osalemist juhtida. Programmi katkestajate osakaal on suur, kuid programmi loojad on öelnud, et eesmärgiks pole see, et kõik lõpuni läbiks programmi vaid et osalejad läbiks piisaval määral sessioone, et oma tarvitamismustreid muuta (Brendryen jt, 2013).

Kokku on programmis 73 sessiooni, iga päev saab ligipääsu uuele sessioonile. Arvestatud on infomahuga, mida programmis osaleja suudab vastu võtta - igas sessioonis on ca 1000 sõna ning 10-15 ekraanivahetust, sessioon võtab läbitöötamiseks aega 3-10 minutit. Keelekasutus on lihtne. Sessioonid sisaldavad interaktiivseid harjutusi ning käitumuslikke ülesandeid - näiteks on iga nädala lõpus vastusevariantidega test, mis käsitleb nädala tähtsamaid teemasid. Iga sessiooni puhul antakse ülesanne, et inimene sisestaks eelmisel päeval joodud alkoholikogused. Igal esmaspäeval peab sisestama joodavate koguste eesmärgid nädalaks. Nädala lõpus kuvatakse eesmärkide ja tegelike koguste graafikud. Sisestusel saab positiivse tagasiside, kui joodud kogus on madalam eesmärgist (Brendryen jt, 2013).

Kõikide sessioonide läbitöötamine kokku kestab 10 tundi. Sessiooni kohta saadetakse iga päev e-mailile link, millele vajutades saab sisse antud päeva materjalidele. Programm algab intensiivsemalt ning lõppeb harvemate sessioonidega – kahe esimese kuu jooksul vabastatakse iga päev uus sessioon, edasi pakub programm kuu jooksul kord nädalas uue sessiooni, seejärel kuu jooksul üle nädala ning siis 8 kuu jooksul üks kord kuus (Brendryen jt, 2013).

Programm on tehtud “inimesesarnaseks”, andes talle inimese kuju persooni näol, kes osalejat läbi programmi juhatab. Lisaks on erinevatel osadel veel kolm persooni, näiteks on emotsioonidega tegelevate osade jaoks oma “meeleolu-treener” (Brendryen jt, 2013).

Programmi visuaalne keel on puhas ja selge, navigeerimine on lihtne (Balance Program, 2018).



Joonis 3. *Balance* programmi ekraanitõmmis (Balance Program, 2018)

## CBT4CBT

Programmi väljatöötajaks on Yale University, hetkel on litsentsi haldajaks firma CBT4CBT LLC. Antud programmist on olemas eri versioonid alkoholi ja narkootikumide tarvitamise vähendamiseks. Programm on mõeldud inimestele, kelle elus on alkoholi või narkootikumide tarvitamine praegu või minevikus olnud probleemiks. Hetkel ei pakuta programmi eraldiseisvalt, vaid see on mõeldud lisatoena inimestele, kes juba käivad arsti juures või teraapias (CBT4CBT, 2018).

Programmi eesmärk on õpetada inimesele kognitiiv-käitumuslikul teraapial põhinevaid eneseabitehnikaid alkoholi või narkootikumide kasutamise vähendamiseks. Erinevad osad, mis on programmis kaetud on järgmised: 1) tarvitamismustritest arusaam, 2) kuidas ära tunda ja hakkama saada joomistungiga, 3) tarvitamist soodustavate mõtete äratundmine ja vaidlustamine, 4) kuidas öelda ei, 5) kuidas olla teadlikum mõtte- ja käitumismustritest, mis viivad tarvitamiseni, 6) probleemilahendusvõtted. Tegu on 7 mooduliga eneseabiprogrammiga, mida inimene saab läbida omas tempos. Iga osa läbimiseks kulub umbes tund aega. Tavaliselt läbitakse nädalas üks moodul (CBT4CBT, 2018).

Kuna alkoholi liigtarvitajate puhul tegu on inimestega, kellel on probleeme tähelepanu fokuseerimisega pikemaks ajaks, on programm tehtud võimalikult visuaalselt kaasahaarav, et see hoiaks tähelepanu. Kasutatud on palju videoid ja pilte, teksti lugemiseks on vähe. Navigatsioon on lihtne ja selge ning juhiseid liikumiseks antakse edasi audioga. Lisaks on programmis interaktiivsed harjutused ja testid ning iga osa lõpus antakse kodutöö harjutused. Õppimiseks on valitud kognitiiv-käitumusliku teraapia baasoskused, mis on võimalikult laialt kasutatavad ja paljudes situatsioonides olulised (Carroll jt, 2008).

Oluline on mudeldamine – videotel on esitatud oskuste kasutamine realistlikes stressisituatsioonides, näidatakse elulisi näiteid. Inimesed õpivad kõige paremini sotsiaalsel viisil – vaadates, kuidas teised inimesed probleeme lahendavad. Igasugused tekstil põhinevad õppimised võivad jääda liiga abstraktseks ning mitte haakuda päris eluga (Carroll jt, 2008).

The screenshot displays the CBT4CBT (Computer Based Training for Cognitive Behavioral Therapy) interface. At the top, there are three colored circles labeled 'Recognize' (yellow), 'Avoid' (red), and 'Cope' (green). The main header reads 'CBT4CBT™ Computer Based Training for Cognitive Behavioral Therapy' and includes a 'Logout' button. A 'Topics Menu' on the left lists various topics, with 'Stand up for Yourself' selected. The main content area features a video player with the title 'Please Click on one of the Testimonials'. Three testimonials are visible, each with a video thumbnail and a text description: Renee (3 months clean), John (1 year clean), and Kevin (3 weeks clean). Below the testimonials is a video progress bar showing 0:01 / 0:11. At the bottom, there are navigation buttons for 'Restart Page', 'Restart Topic', and 'Page 23 of 32', along with the 'Recognize', 'Avoid', and 'Cope' icons.

Joonis 4. CBT4CBT ekraanitõmmis (CBT4CBT, 2018).

### Down Your Drink

Down Your Drink puhul on tegu Inglismaal välja arendatud alkoholi liigtarvitamise vastase eneseabiprogrammiga, mis on mõeldud ohustava alkoholitarvitamismustriga inimestele. Programm põhineb kognitiiv-käitumuslikul teraapial ja motiveerival intervjuerimisel. Viimane on väljendunud näiteks keekekasutuses, toonis ja interaktiivsetes harjutustes, mis toetavad enesevaatlust ja individuaalseid valikuid (Linke, McCambridge, Khadjesari, Wallace, Murray 2008).

Programm toimib nii iseseisva lühiajalise sekkumisena kui ka pikaajalise sekkumisena, mida võib ükskõik kui sageli kasutada. Kuna materjali on väga palju, on välja töötatud ka erinevad “rajad”, mida kasutaja saab valida – 1 tunni, 5-päeva ning 4-nädala rada. Programmis on interaktiivsed vahendid, mis kasutavad efektiivselt ära interneti võimalusi – joomispäevik, alkokalkulaator, küsimustikud, vere alkoholisisalduse kalkulaator, interaktiivne käitumuslik joomissituatsioonide analüüs ja intelligentne emaili/SMS-i süsteem, mis saadab meeldetuletusi ja nippe joomise kontrollimiseks. Alkoholipäevik aitab jälgida joodud alkoholikoguseid ning lisaks salvestada ja hiljem analüüsida erinevaid joomisega seotud

aspekte – joomise aeg, inimesed, kellega koos joodi, kohad, kus joodi, kalorid, rahaline kulu, mõtted, tunded ja käitumine (Linke jt 2008; Wallace jt, 2011).

Programm on jagatud kolme faasi, mis igaüks omakorda on jaotatud erinevateks tasemeteks, erineva info ning seotud harjutustega. Faasideks on:

1) Otsuse tegemine. See põhineb motiveerival intervjuerimisel ning aitab inimesel otsustada, kas ta tahab oma joomismustreid muuta. Siin on näiteks järgmised osad: alkoholarvitamise kahjud ja kasud, isiklikud väärtused, praegune tarvitamine ja selle mõju, alkoholiühikud, alkokalkulaator, riskipiirid, joomispäevik, purjutamine, dilemmad ja barjäärid, muutuse olulisus, enesekindlus, isiklikud eesmärgid, ette planeerimine, situatsiooni analüüs, muutuste mudeli tutvustus, detailne plaan muutuseks (Linke jt 2008).

2) Muutuse elluviimine. Selles on näiteks järgmised osad: riskitegurid, kontrollitud joomise taktikad, toetusallikad, tulemuste ülevaatamine ja enda premeerimine, alkoholiapäeviku analüüs. Lisaks on harivad infomaterjalid enesekehtestamise, enesekontrolli, stiimulite kontrolli, enesetõhususe, kognitiivsete lähenemiste ning otsustavuse kohta. Samuti on lisa interaktiivseid vahendeid – vere alkoholisisalduse kalkulaator, tarbimisega seotud mõtete salvestus, registreerimine igapäevaste nippide emailile saamiseks (Linke jt 2008).

3) Tagasilanguse vältimine. See faas on nende jaoks, kes on proovinud oma joomisharjumusi muuta ning vajavad tuge, et endale kindlaks jääda ja tagasilangusi vältida. Moodulid põhinevad tagasilanguste vältimise tehnikatel ning sisaldavad infot sõltuvuse, alkoholihimu ja tagasilanguste kohta. See sisaldab järgmiseid osi: kontroll tarvitamise üle, sõltuvuse test, kõrge riskiga situatsioonid, himu alkoholi järgi, enesekehtestamine, uneprobleemid, toitumine, suhted (Linke jt 2008).

Programm kasutab graafikat, pilte ja interaktiivseid harjutusi, mis teevad selle visuaalselt kaasahaaravaks. Navigeerimine on loogiline ja kasutajasõbralik (Down Your Drink, 2018).

## Task: Handling risky situations

On this page we encourage you to think about four types of risky situations for drinking too much. You can work your way through all of these or just skip to those situations that you think are most relevant to you.

1. Where there are [negative feelings](#).
2. Where there is [conflict between people](#).
3. Where there is [social pressure](#).
4. Where there are [positive feelings](#).

You may also be able to identify [other risky situations](#) that often lead you to drink too much.

If you know that you always drink heavily with a particular person or in a particular place, then it is best to **stay away from these situations** as much as possible. However, if that person is your partner or friend, and the place is your home or the local pub, then you might have a problem.

Here we will provide some space for you to think about how to deal with these risky situations. Because **planning in advance** is very useful.

### Negative feelings

Are you more likely to drink in situations where you are experiencing negative feelings?

These might be situations that lead to emotions such as:

Anger, Frustration, Anxiety, Depression or Boredom

What situations do you encounter that fit this description?

What ways can you deal with them that don't involve alcohol?

[Quick visit](#)

[Should I cut down?](#)

[Planning to cut down](#)

**Cutting down**

[Controlled drinking](#)

**Handling risky situations**

[Refusing drinks](#)

[Assertiveness](#)

[Dealing with cravings](#)

[Three ways to control the urge](#)

[Alcohol and relationships](#)

[Staying on track](#)

### Joonis 5. *Down Your Drink* ekraanitõmmis (Down Your Drink, 2018)

#### Take Care of You

Programmi arendajaks on Swiss Institute for Addiction and Health Research. Take Care of You programm on hetkel kasutuses Hollandis, Saksamaal ja Šveitsis. Välja on arendatud 2 erinevat programmi: 1) ainult alkoholarvitamise vähendamiseks ning 2) alkoholarvitamise ja depressiooni sümptomite vähendamiseks. Viimase põhjenduseks on, et alkoholi liigtarvitamine ja depressioon või ärevushäired käivad tihti käsikäes. Depressiooni all kannatavate inimeste seas on alkoholarvitamise häire 2-3 korda levinum, kui üldises elanikkonnas. Samuti on alkoholi riskitarvitamine seotud kõrgema tõenäosusega meeoluhäirete tekkeks (Schaub jt, 2016).

Programm põhineb kognitiiv-käitumusliku teraapia ja motiveeriva intervjuerimise põhimõtetel - kõik harjutused ja moodulid tuginevad tõenduspõhiste meetoditele. Lahendus on kasutatav nii arvutis, mobiilis, kui tahvelarvutis (Schaub jt, 2016).

Programm koosneb kaheksast erinevast moodulist, mis sisaldavad eneseabiharjutusi depressiooni ja alkoholarvitamise vähendamiseks ning probleemilahendusvõtteid. Moodulite pikkus on reguleeritud selliseks, et seda oleks võimalik lihtsalt vastu võtta. Moodulid on järgmised (Schaub jt, 2016):

1. Sissejuhatus – joomise poolt ja vastu, motivatsioon muutuseks, eneseusk muutuse osas, sissejuhatus päevikutesse (joomispäevik, tujupäevik, meeldivate tegevuste planeerimine)
2. Eesmärgi saavutamise strateegiad – harjumuste muutmine, alkohol kodus, “aitäh, ma ei joo”, alkohol lõõgastumiseks, minu isiklikud strateegiad
3. „Ütle jah!“ – positiivsed tegevused, sagedased probleemid – motivatsioon, segavad tegurid
4. Mured ja probleemid – depressiooni ja probleemide seos, 6-astmeline plaan probleemide lahendamiseks
5. Joomistung – psühholoogiline ja füüsiline tung, päästikud ja vallandavad situatsioonid, kuidas tungiga hakkama saada
6. Tagasilangustega toimetulek – mis on tagasilangus, kuidas sellega hakkama saada, plaan edasisteks tagasilangusteks
7. Oma vajaduste mõistmine – uni, muretsemine, sotsiaalsed kontaktid
8. Edu hoidmine – sinu raskeimad momendid, kõige abistavamad moodulid, sinu viis põhilist strateegiat

Lisaks on olemas järgmised osad: 1) alkoholipäevik, tuju- ja aktiivsuspäevik, 2) virtuaalne kaaslane, kes sõnumeid edastab (võimalik valida 6 eri soost ja vanusest kaaslase vahel), 3) foorum, mida administreerib kliiniline psühholoog, 4) *e-coach*, kelle roll on vastata küsimustele ning julgustada inimesi programmiga jätkama. Kasutatakse nii automaatseid sõnumeid, kui personaalset kirjutamist osalejatele. See lisab motivatsiooni jätkata ja mitte programmi katkestada (Schaub jt, 2016).

Kui programmi ülejäänud visuaalne keel on küllaltki tänapäevane ning teksti ilmestamiseks on lisatud ka pilte ja graafikat, siis alkoholipäevik näeb küllaltki algeline välja ja seda on raske kasutada. Sisestama peab alkoholiühikud, kuid nende arvutamine ilma interaktiivsete abivahenditeta võib inimese jaoks olla keeruline – lihtsam oleks sisestada konkreetseid jooke ja koguseid (Take Care of You, 2018).



## Module 7 - Craving

### 2. Talk about craving

Talk to good friends, relatives or family members, who do not use alcohol. Do this especially when you are in the moment of experiencing craving or when it is looming. This strategy can be very effective. It can help you to reduce your craving, and it may also resolve feelings of fear about craving.

Close friends may also get anxious when they witness your craving. Who could you talk to who does not get worked up easily? Please write down about 3 people who you feel comfortable talking with about cravings.

**My craving listeners:**



Name of the person and place(s) where you often meet this person:

Page 8 of 13

◀ back

next ▶▶

Joonis 6. *Take Care of You* programmi ekraanitõmmis (Take Care of You, 2018)

### *Eesti kriteeriumitele sobivate programmide efektiivsusuuringud*

Programmide efektiivsusest ülevaate tegemiseks otsiti iga programmi kohta välja kõik randomiseeritud võrdlusgruppidega uuringud, mille eesmärgiks oli mõju hindamine. Iga programmi kohta leiti vaid üks vastav uuring.

Tabel 3. Eesti kriteeriumitele sobivate programmide kohta randomiseeritud, võrdlusgruppidega mõju-uuringud

Programm	Uuringu periood	Võrdlusgrupid	Osalejate kriteeriumid	Osalejate arv	Olulisemad mõõdikud	Tulemused	Allikad
Alkoholhjalpen	Uuringusse värbamine sept. 2009 – nov. 2010, uuringu kestvus ca 12 kuud	1) lühisekkumise grupp 2) pikema programmi grupp 3) kontrollgrupp - ootelist	1) alkoholi liigtarvitajad - AUDIT testi tulemus naistel $\geq 6$ , meestel $\geq 8$ 2) ei kasuta narkootikume	633	AUDIT-C ja AUDIT testi tulemus 3, 6 ja 12 kuud peale sekkumist	Kõigi kolme grupi AUDIT-C ja AUDIT skoorid vähenesid 3 kuud peale sekkumist ja püsisid sellel tasemel 12 kuud. Gruppide vahel ei olnud statistilisi erinevusi.	Sinadino vic jt, 2014
Balance	Uuringusse värbamine apr.-nov. 2011, uuringu kestvus ca 6 kuud	1) lühisekkumine (test + personaliseeritud normatiivne tagasiside) + infoteatmik alkoholi kohta (see ei sisaldanud infot, kuidas alkoholitarvitamist vähendada) 2) lühisekkumine + pikem programm	1) vanus üle 18aasta 2) alkoholi riskitarvitajad - Fast Alcohol Screening Testi tulemus 3 punkti või kõrgem	244	Viimase seitsme päeva jooksul tarvitatud alkoholikogus 6 kuud peale sekkumist	Programm lisatuna lühiajalisele sekkumisele on efektiivne alkoholitarvitamise vähendamisel. Pikaajalise programmi grupis osalenud tarvitasid alkoholi 6 kuud peale programmiga alustamist nädalas keskmiselt 3 alkoholiühiku võrra vähem, kui teises grupis osalejad.	Brendry en jt, 2014
CBT4CBT	Uuringu kestvus oli 8 nädalat, täpset andmekogumisperioodi polnud märgitud	1) inimesed, kes said tavalist sõltuvusravi (iganädalane individuaalne ja grupinõustamine) 2) inimesed, kes said tavalist sõltuvusravi ja lisaks kasutasid CBT4CBT programmi	1) on tarvitanud viimase 28 päeva jooksul erinevaid aineid – alkohol või narkootikumid 2) saavad sõltuvusravi Liberation Program's Mill Hill kliinikus 3) neil olid DSM-IV järgi täidetud sõltuvushäire kriteeriumid	77	Protsent päevadest, mil osaleja tarvitas aineid (vastavalt uriinianalüüsile, mida viidi läbi 2x nädalas). Ainete mittetarvitamise perioodi pikkus.	Programm on efektiivne lisatuna tavalisele sõltuvusravile. CBT4CBT grupis osalejate positiivsete uriiniproovide osakaal (ükskõik milliste ainete osas) oli oluliselt madalam, kui grupil, kes sai tavalist sõltuvusravi (34% vs. 53%). Pikim mittetarvitamise periood internetisekkumisega grupis oli 22 päeva, tavaravi grupis 17 päeva.	Carroll jt, 2008
Down Your Drink	Uuringusse värbamine veebr. 2007 – mai 2009, uuringu kestvus ca 12 kuud	1) tavaline alkoholiteemaline veebileht (tekstiga alkoholi negatiivsest mõjust, interaktiivsed elemendid puudusid) 2) interaktiivne eneseabiprogramm	1) vanus üle 18aasta 2) AUDIT-C tulemus üle 5 punkti	7935	Viimase seitsme päeva jooksul tarvitatud alkoholikogus 3 kuud peale sekkumist	Interaktiivne eneseabiprogramm ei olnud efektiivsem, kui alkoholiteemaline veebileht alkoholi negatiivsest mõjust. Tavalise veebilehe grupi nädalane tarvitamine langes 45,7 alkoholiühiku pealt 25,6 peale, programmi grupis 46,3 pealt 26,4 peale. Tulemustel ei olnud statistilist vahet.	Wallace jt, 2011

Programm	Uuringu periood	Võrdlusgrupid	Osalejate kriteeriumid	Osal ejate arv	Olulisemad mõõdikud	Tulemused	Allikad
Take Care of You	Uuringusse värbamine okt. 2014 – veebr. 2016, uuringu kestvus ca 6 kuud	1) veebipõhine eneseabiprogramm ilma terapeudi toeta 2) veebipõhine eneseabiprogramm koos terapeudi toega 3) kontrollgrupp - ootelist	1) vanus üle 18aasta 2) töö omamine 3) viimase 7 päeva jooksul tarvitatud alkoholiühikud 14 (naised) või 21 (mehed) 4) AUDIT testi tulemus naistel $\geq 6$ , meestel $\geq 8$ 5) ei olnud eelnevaid psühhoose või narkosõltuvust 6) ei olnud saanud alkoholi sõltuvusravi 7) ei olnud suitsiidiriski	434	Viimase seitsme päeva jooksul tarvitatud alkoholiühikud 6 nädalat ja 6 kuud peale sekkumist.	Veebipõhine eneseabiprogramm on efektiivne alkoholitartvitamise vähendamisel. Osalejad, kes said veebipõhist sekkumist tarvitasid 6 nädalat peale sekkumist 4,9 alkoholiühikut (Coheni $d=0,3$ ) ja 6 kuud peale sekkumist 5,7 alkoholiühikut ( $d=0,42$ ) vähem, kui kontrollgrupp. Terapeudi toega ja ilma programmide tulemuste vahel ei olnud statistilist erinevust.	Boss jt, 2018*

\*antud uuringus on programmi nimeks öeldud „GET.ON Clever weniger trinken“, tegu on Take Care of You programmiga, millel oli veidi vähem sisuosasid. Praeguseks on programmi edasi arendatud.

## Alkoholhjalpen

2014.a. avaldasid Sinadovic jt randomiseeritud, kontrollgrupiga uuringu tulemused, mis mõõtsid Alkoholhjalpen programmi mõju. Võrdluses oli kolm gruppi:

1. Lühisekkumise grupp – kasutaja suunati <https://escreen.se/> lehele, kus ta läbis skriiningtestid ning sai personaalse tagasiside oma alkoholitarvitamise kohta ning võrdluse oma vanusegrupi ning sooga.
2. Pikema programmi grupp – kasutaja sai ligipääsu Alkoholhjalpen programmile.
3. Kontrollgrupp – tegu oli ootelistiga, kasutajaid informeeriti, et nendega võetakse tulevikus ühendust ning pakutakse infot nende alkoholitarvitamise kohta.

Uuringus osales 633 inimest. Osalemist pakuti ainult alkoholi vähemalt ohustaval tasemel tarvitavatele inimestele, kelle AUDIT skoori tase oli vastavalt  $\geq 6$  naiste puhul ning  $\geq 8$  meeste puhul ja kes ei tarvitanud narkootikume. Uuringusse värvati inimesi aastatel 2009-2010, uuringu kestvus oli ca 12 kuud (Sinadinovic jt, 2014).

Olulisemateks mõõdikuteks olid AUDIT ja AUDIT-C skoorid 3, 6 ja 12 kuud peale sekkumist. Tulemusena vähenesid kõikide gruppide skoorid 3 kuud peale sekkumist ning püsisid sellel tasemel kuni 12 kuud peale sekkumist. Lühisekkumise grupis vähenes skoor 3 kuuga 8,2 pealt 6,8 peale, Alkoholhjalpen grupis 8,0 pealt 6,7 peale ning kontrollgrupis 8,2 pealt 6,8 peale. Siiski ei olnud gruppide vahel statistilisi erinevusi ning ei lühitest ega pikem programm ei saavutanud paremaid tulemusi, kui kontrollgrupp (Sinadinovic jt, 2014).

## Balance

Balance programmi mõju hindamiseks viidi 2014 aastal läbi randomiseeritud võrdlusgrupiga uuring. Võrdluses olid kaks sekkumist: 1) lühisekkumine (test + personaliseeritud normatiivne tagasiside) + infoteatmik alkoholi kohta (see ei sisaldanud infot, kuidas alkoholitarvitamist vähendada) ning 2) lühisekkumine + pikem programm. Programm koosnes 62 sessioonist (kokku 10h lugemist), mis jõudsid osalejani 6 kuu jooksul. Uuringusse värvati inimesi aastal 2011, uuringu kestvuseks oli ca 6 kuud (Brendryen jt, 2014).

Osalejaid oli kokku 244. Osalesid üle 18-aastased alkoholi riskitarvitajad (*Fast Alcohol Screening Test*'i tulemus oli 3 punkti või kõrgem). Võrreldi raporteeritud viimase seitsme

päeva jooksul tarvitatud alkoholikogust enne sekkumist ja 2 ning 6 kuud peale seda (Brendryen jt, 2014).

Pikema programmi grupis oli kokku 125 osalejat, neist 50% läbisid vähem kui 3 sessiooni. Enamus neist (60%) ei loginud isegi esimesele sessioonile sisse. Jätkajatest (62 inimest) 50% (31 inimest) lõpetasid üle 20 sessiooni ning 16% (10 osalejat) lõpetasid kõik 62 sessiooni (Brendryen jt, 2014).

Uuringu tulemused näitasid, et Balance programm lisatuna lühisekkumisele võib aidata alkoholitartvitamise vähendamisel - pikaajalise programmi grupis osalenud tarvitasid alkoholi 6 kuud peale programmiga alustamist keskmiselt 3 alkoholiühiku võrra vähem, kui teises grupis osalejad (Brendryen jt, 2014).

### CBT4CBT

Aastal 2008 viidi läbi randomiseeritud, võrdlusgrupiga mõju-uuring hindamaks CBT4CBT programmi efektiivsust. Uuring viidi läbi inimeste peal, kes said ravi kliinikus. Võrdluses oli kaks gruppi: 1) inimesed, kes said tavalist ravi (iganädalane individuaalne ja grupinõustamine), 2) inimesed, kes said tavalist ravi ja lisaks kasutasid CBT4CBT programmi. Osalejad olid erinevate ainete tarvitajad ja tingimuseks oli, et inimene pidi olema tarvitanud viimase 28 päeva jooksul ning et tal on DSM-IV järgi täidetud sõltuvushäire diagnoosimiseks vajalikud kriteeriumid. Osalejatest tarvitasid: 59% kokaiini, 18% alkoholi, 16% opioide ning 7% kanepit. 79% kasutas rohkem kui ühte ainet. Tegu oli keerulise sihtrühmaga - 77% neist olid töötud ning 37% olid kriminaaljärevalve all (Carroll jt, 2008).

Sekkumine kestis 8 nädalat. Infot koguti kliiniliste intervjuude, küsimustike ning uriiniproovidega (koguti 2x nädalas). Olulisemateks tulemusnäitajateks olid protsent päevadest, mil osaleja tarvitas aineid (vastavalt uriinianalüüsidele) ning ainete mittetarvitamise perioodi pikkus. Peale 8 nädalat olid tulemused järgmised:

- Tavalise ravi grupp – 53% tarvitasid, pikim vahe tarvitamises oli 15 päeva
- Tavalise ravi + programmi grupp – 34% tarvitasid, pikim vahe tarvitamises 22 päeva

Osalejate sotsiaalsed oskused paranesid aja jooksul ka peale 8 nädala lõppemist. Peale 6 kuud näitasid testid programmis osalenute oskuste paranemist veelgi. Ka ainete kasutamine vähenes nende puhul edasi (Carroll jt, 2008).

Uuringu järelduseks oli, et CBT4CBT programm on efektiivne lisatuna tavalisele sõltuvusravile (Carroll jt, 2008).

### Down Your Drink

Down Your Drink programmi mõju hindamiseks viidi 2011 aastal läbi randomiseeritud, võrdlusgrupiga uuring. Võrdluses oli tavaline alkoholiteemaline veebileht (tekstiga alkoholi negatiivsest mõjust, interaktiivsed elemendid puudusid) ja interaktiivne eneseabiprogramm. Uuringus osales kokku 7 935 osalejat. Osaleda said inimesed, kes olid üle 18-aasta vanad ning kelle AUDIT-C testi tulemus oli suurem, kui 5 punkti (Wallace jt, 2011).

Oluliseks mõõdetavaks kriteeriumiks oli viimase seitsme päeva jooksul tarvitatud alkoholikogus 3 kuud peale sekkumist. Tavalise veebilehe grupi nädalane alkoholarvitamine langes 45,7 alkoholiühiku pealt 25,6 peale, interaktiivse programmi grupis 46,3 pealt 26,4 peale. Tulemustel ei olnud statistilist vahet, seega ei saanud järeldada, et interaktiivsel lehel oleks tavalise veebilehe ees eeliseid. Kuna tegu oli naturalistliku värbamisega internetis, siis võib teoretiseerida, et kõik kasutajad olid juba eelnevalt tugevalt motiveeritud. Uuringu tulemused näitavad, et on olemas laialdane vajadus internetipõhiste sekkumiste järgi inimeste seas, kes tarbivad ohustaval määral alkoholi. Lisaks näitas uuring, et tegu on võrreldes näost-näku sekkumistega väga kuluefektiivse vahendiga (Wallace jt, 2011).

### Take Care of You

Take Care of You programmi mõju hinnati aastal 2018 randomiseeritud, kontrollgrupiga uuringuga. Uuringus oli Take Care of You programmist eelmine versioon, mida praeguseks on mõnevõrra täiendatud. Programm oli uuringus nimega „GET.ON Clever weniger trinken“. Uuringus olid võrdluses järgmised grupid (Boss jt, 2018):

1. Veebipõhine eneseabiprogramm ilma terapeudi toeta
2. Veebipõhine eneseabiprogramm koos terapeudi toega – igale osalejale määrati psühholoogi väljaõppega *e-coach*, kellega oli võimalik ühendust võtta ja kes andis semi-struktureeritud manuaali abil kasutajale tagasisidet. Eelkõige julgustas psühholoog osalejaid sekkumisega jätkama.
3. Kontrollgrupp, milleks oli ootelist

Uuringus osales 434 inimest. Osalemise kriteeriumiteks oli vanus üle 18 aasta, töö omamine, alkoholarvitamise kogus viimase nädala jooksul vähemalt 14 ühikut naiste puhul ja 21 ühikut meeste puhul ning AUDIT testi tulemus naistel  $\geq 6$  ning meestel  $\geq 8$ . Uuringus ei saanud osaleda inimesed, kellel oli esinenud psühhoose või kellel oli varem diagnoositud sõltuvus narkootikumidest, kellel tuvastati suitsiidirisk või kes oli varem saanud alkoholi sõltuvusravi. Uuringusse värvati inimesi aastatel 2014-2016, uuringu kestvus oli ca 6 kuud (Boss jt, 2018).

Olulisemateks mõõdikuteks olid raporteeritud viimase seitsme päeva jooksul tarvitatud alkoholiühikud 6 nädalat ja 6 kuud peale sekkumist. Tulemuseks oli, et veebipõhine eneseabiprogramm on efektiivne alkoholarvitamise vähendamisel. Osalejad, kes said veebipõhist sekkumist tarvitasid 6 nädalat peale sekkumist 4,9 alkoholiühikut (Coheni  $d=0,3$ ) ja 6 kuud peale sekkumist 5,7 alkoholiühikut ( $d=0,42$ ) vähem, kui kontrollgrupp. See tulemus on mõnevõrra kõrgem, kui internetisekkumiste tulemused üldiselt hiljutiste meta-analüüside põhjal. Terapeudi toega ja ilma programmide tulemuste vahel ei olnud statistilist erinevust (Boss jt, 2018).

Samas võib uuringu põhjal öelda, et terapeudi toega eneseabiprogrammi puhul tehti läbi rohkem arv mooduleid – vastavalt 3 moodulit võrreldes ilma toeta programmi puhul 2,5 moodulit. *E-coach*'iga suhtlesid ja vastasid tema kirjadele 33% osalejatest. Siiski oli suhtluse protsent madal – uuringu autorid toovad võimaliku põhjusena välja stigmatiseerimishirmu, mis takistab otse suhtlemist psühholoogiga.

Lisaanalüüs näitas, et veebipõhise sekkumise puhul oli suurem osa inimesi, kes nii 6 nädalat kui 6 kuud peale sekkumist tarvitasid alkoholi madala riski piirides. Samuti vähenesid sekkumise puhul osalejate depressiooni, ärevuse ja stressi sümptomid, efekti suurus Coheni  $d$  järgi oli väike (Boss jt, 2018).

### **Arutelu ja järeldused**

Uuringute ülevaate põhjal võib järeldada, et internetipõhised sekkumisprogrammid alkoholarvitamise vähendamiseks on üldiselt efektiivsed, kuigi mõju on väike. Otsingu tulemusena leiti kokku neliteist pikaajalist, mitmetest sessioonidest koosnevat programmi

alkoholitarvitamise vähendamiseks, millest viis vastasid Tervise Arengu Instituudi poolt väljatöötatud kvaliteedikriteeriumitele: Alkoholhjalpen, Balance, CBT4CBT, Down Your Drink ning Take Care of You.

Programmi Eestisse kohandamisel on vaja arvestada, et kuna selle mõju on väike, on Eesti rahvatervise jaoks olulise kasu saavutamiseks kindlasti vaja olulisel määral meediatuge kampaaniate näol, et sekkumine jõuaks sihtrühmani piisavalt suurel skaalal. Samuti on see finantsiliselt otstarbekohane – programmi kohandamise ja väljatöötamisega kaasnevad kulud, mis tasuvad ära seda enam, kui palju rohkem inimesi sekkumisest abi saab. Samas tuleb siiski arvestada, et internetipõhine sekkumine ei saa tänu väiksele mõjule kindlasti olla ainus abivahend alkoholiprobleemidega inimestele, vaid see on ainult üks valik laiemast võimaluste komplektist, milleks on näiteks ka esmatasandi tervishoiusüsteemi poolt pakutavad lühisekkumised ning komplekssemad alkoholitarvitamise häire raviteenused. Tõenäoliselt on internetipõhise sekkumise mõju ka lühiajaline ning vajab hiljem meeldetuletust või on vaja abivajajale muid teenuseid lisaks.

Kuna Eestis on internetipõhine lühisekkumine juba olemas (veebipõhine AUDIT skriiningtest, mille tulemustega koos saab personaalse tagasiside) ning osade uuringute tulemused näitavad, et pikaajalised, mitmetest sessioonidest koosnevad programmid võivad olla mõjuvamad, oleks taolise pikaajalise programmi Eestisse kohandamine potentsiaalselt hea lisa. Finantsiliselt on programmi lihtsam pakkuda üleni automatiseerituna, et vähendada tööjõukulusid. Samas on depressiooni ja ärevuse sekkumisprogrammide puhul inimkontakti lisamine andnud paremaid tulemusi (Riper jt, 2014). Alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud programmide puhul on see seos hetkel segane ja tulemused pole lõplikud. Seetõttu on mõistlik iga programmi puhul eraldi läbi analüüsida, mida annab lisatud inimkontakt (nt. foorum, kirjaliku vestluse võimalus, meilid jne) ning millised on senised tulemused antud programmi puhul, arvestades samuti, et selliste võimaluste pakkumiseks on olemas ressursid.

Nagu ülalpool kirjutatud, on veebipõhiste programmidele küll efektiivsusuuringuid tehtud, kuid vähe on uuritud, kuidas mõjutab teoreetiline baas, millele programm toetub, selle efektiivsust. Hetkel on selle kohta tõendid puudulikud. Programmide sisukomponente on samuti praegusel momendil küllaltki vähe uuritud. Kindlasti võiks pikaajaline programm sisaldada käitumise muutmise tehnikaid, mille tulemused praegustes uuringutes on head: „käitumise asendamine“, „probleemilahendus“ ja „usaldusväärne allikas“. Lisaks on

soovituslikud ka sellised komponendid, mis on muudes keskkondades, näiteks näost-näku lühisekkumistes, andnud häid tulemusi, nagu näiteks „enesejälgimine“ ning „eesmärgi seadmine“. Kuna täpsemat infot sisukomponentide efektiivsuse kohta on vähe, on mõistlik muus osas esialgu lähtuda selliste teraapiasuundade ja -võtete teoreetilisest baasist, millel on tõendatud efektiivsus alkoholitarvitamise häire ravimisel - näiteks kognitiiv-käitumuslik teraapia ja motiveeriv intervjuerimine (Tervise Arengu Instituut, 2015).

Kuna ükski uuring siiani pole käsitlenud alkoholitarvitamise vähendamiseks mõeldud internetiprogrammide kahjusid, siis võib vaid hüpoteetiliselt oletada, millised negatiivsed tagajärjed võivad programmis osaledes tekkida. Näiteks, arvestades, et programmidesse satub tihti osalejaid, kelle AUDIT skoor on kõrge (see võib viidata alkoholitarvitamise häirele), võib osalejal alkoholitarvitamise vähendamisel või lõpetamisel tekkida tugev alkoholi võõrutussündroom, mille puhul inimene vajab abi. Kui inimesel on lisaks alkoholiprobleemidele ka meeleoluhäired võib alkoholitarvitamise vähendamine ajutiselt depressiooni süvendada, võimalik, et tekitada isegi suitsiidiohu. Samuti võib probleemiks olla, et kui inimene kasutab internetipõhist sekkumist, jätab ta reaalelus ravile pöördumata, kuigi see võib siiski vajalik olla. Neid riske on võimalik veidi maandada vastava info lisamisega programmile – julgustades ravile pöörduma juhul, kui tekivad võimalikud negatiivsed mõjud.

Kuna puudub täpsem info selle kohta, kui kõrge on üldiselt väljakukkumiste protsent ja kui paljud kasutavad programmi lõpuni, siis on esialgu raske prognoosida, kui paljude inimesteni peab programm jõudma, et mingi osa sellest kasu saaks. Samuti pole andmeid selle kohta, kes on selliste programmide jaoks täpsem sihtrühm. See viitab jällegi sellele, et programmi peaks reklaamima massimeediakanalites võimalikult laiale sihtrühmale, et jõuda paljude inimesteni.

Siiani pole uuritud programmide kasutajasõbralikkust, graafikat ja visuaalseid elemente ning nende mõju efektiivsusele. Kuna alkoholiprobleemidega inimeste jaoks võib kontsentreerumine ja tähelepanu fookuseerimine olla keeruline, siis võib arvata, et mida lihtsamini on programm navigeeritav ning mida visuaalselt kaasahaaravam, seda parem. Soovitatav on sobiva programmi valimisel ja Eestile kohandamisel viia läbi kvalitatiivuuring, et tuvastada ja lahendada võimalikud kitsaskohad.

Viie Eesti kriteeriumitele sobiva programmi puhul on efektiivsus kõige selgemini tõendatud Take Care of You puhul, kuna see võrdles programmi kontrollgrupiga ja jõudis järeldusele, et mõju vahe nende gruppide vahel on oluline. Samas peab arvestama, et uuring oli läbi viidud töötavate inimeste peal, seega sihtrühma laiendades võivad tulemused muutuda. Balance programmi efektiivsus sai samuti selgelt tõendatud, kuid võrdluseks polnud kontrollgrupp vaid lühisekkumine. Siiski võib arvata, et kui pikem programm on lühisekkumisest efektiivsem, on see ka mittesekkumisest efektiivsem. CBT4CBT efektiivsus on muljetavaldav, arvestades, et see viidi läbi eriti keerulise sihtrühma peal – ainete segamini tarvitajad, kelle seas oli palju töötuid ja kriminaaljärevalve all olijaid. Samas on oluliseks piiranguks see, et programmi pole kunagi pakutud iseseisvalt vaid alati sõltuvusravi osana, nagu ka antud uuringus. Selle tulemused tõenäoliselt ei ole laiendatavad iseseisva kasutuse peale laiema sihtrühma peal. Nii Alkohohljalpeni kui Down Your Drink eneseabiprogrammide puhul ei tõendatud otseselt programmi efektiivsust – selle tulemused polnud paremal kui kontrollgrupil või tavalisel veebilehel. Siiski tuleb välja tuua, et osalejate alkoholarvitamise tase ikkagi langes uuringu jooksul.

Kohandatava programmi valimisel tuleb peale efektiivsuse hinnata veel erinevaid aspekte, mis võivad programmi kasutust või adapteerimisprotsessi mõjutada. Näiteks Balance programmi puhul on riskikohaks, et igapäevane meilide saatmine võib kasutajat hakata ärritama ning seetõttu teda programmist eemale lükata. Samas on tunnelversiooniga programmil omad plussid, eelkõige see, et inimene saab kätte kogu vajaliku info ja ei jäta olulisi osasid vahele.

Nii CBT4CBT kui Alkohohljalpen kasutavad programmis palju filmitud videoid. Eesti kontekstis ei saa kindlasti kasutada inglise- või rootsikeelseid videoid, kus on näitlejateks kultuuriliselt ja rassiliselt erinevad inimesed. Seega peaks kõik videod kohalikul tasandil otsast peale filmima, mis teeb adapteerimise oluliselt kulukamaks.

CBT4CBT oluliseks tugevuseks on kindlasti see, et programmis ei pea teksti lugema, vaid see mudeldab ette päriselu realistlikke situatsioone. Samas on riskikohaks, et programmi pole hetkel väljaspool sõltuvusravi iseseisvalt pakutud ja pole teada, kuidas see iseseisvalt töötaks. Sellisel juhul on ohuks näiteks, et inimene ei otsigi professionaalset abi või et ta tõlgendab programmis õpetatavaid tehnikaid ja põhimõtteid valesti, kuna keegi ei jälgi tema progressi. Samuti on seda siiani pakutud ainult sõltuvuse staadiumis olevatele inimestele ja ei ole teada, kuidas see mõjuks madalama alkoholarvitamise mustril puhul.

Alkoholhjalpen ja Take Care of You programmi puhul on alkoholipäevik üsna algeline – kasutaja peab ise arvutama oma joodud alkoholikoguste põhjal alkoholiühikud ja need sisestama programmi. Eestis on olemas alkoholiühikute arvutamiseks oluliselt mugavam alkokalkulaator (<http://kalkulaator.alkoinfo.ee/>) ning mõistlik oleks uurida, kas seda oleks võimalik programmiga ühildada, et viimane kasutajasõbralikumaks teha.

Take Care of You programm on ainuke, millel on olemas peale alkoholarvitamise ka versioon joomise ning depressioonisümptomite vähendamiseks. Kuna alkoholi liigtarvitamine ja depressioon käivad tihti käsikäes võib see olla oluline lisaväärtus. Samas võib see kitsendada sihtrühma, kuna alkoholarvitajate jaoks, kellel pole depressiooni, võib sellele probleemile viitamine mõjuda eemaletõukavalt. Sellel programmil on ka *e-coach* süsteem, mis võimaldab ressursisäästlikult personaalsemat suhtlemist kasutajatega – tõenäoliselt on sellele kuluv tööaeg pigem väikse ajamahuga. Programmiga kaasnev foorum ilmselt nõuaks rohkem tööd, kuid selle seotus programmiga on väike ning variandiks on see Eestisse kohandades ära jätta.

Kindlasti on Eesti jaoks sobiva programmi valimisel oluliseks kriteeriumiks ka programmi hind. Antud töö finantsilise poolega ei tegelenud.

Autori hinnangul on efektiivsust, kasutajasõbralikkust, kohandamise lihtsust ning riske arvestades kõige suurema potentsiaaliga Eesti jaoks programmid Take Care of You ning Balance. Samas on adapteerimise jaoks olulised kriteeriumid ka hind ning kohandamise tingimused, mis võivad antud otsust oluliselt mõjutada. Sellisel juhul on kindlasti head valikud ka CBT4CBT ning Down Your Drink. Alkoholhjalpen paistis silma kõige nõrgemate efektiivsustulemuste ning kasutajamugavusega. Kui mingil põhjusel siiski antud programm valida, siis peaks seda edasi arendama, et kasutajasõbralikkust tõsta.

Ükskõik millise ülaltoodud programmi kohandamisel on soovitatav teha Eesti inimeste peal kvalitatiivuuring, et arvestada nüanssidega, mis mängivad programmi puhul rolli kohalikus kontekstis.

## KOKKUVÕTE

30% Eesti inimestest on alkoholi liigtarvitajad, kes tarvitavad alkoholi üle madala riski piiride. See toob kaasa palju kahjusid nii inimesele endale, teistele, kui ka ühiskonnale tervikuna.

Viimase 10-15 aasta jooksul on arendatud ja uuritud palju uusi internetipõhiseid sekkumisi alkoholarvitamise vähendamiseks. Sekkumised jagunevad pikkuse järgi kaheks: lühisekkumised ja pikaajalisemad sekkumised. Internetipõhised sekkumised võivad aidata vähendada vahet inimeste vahel, kes abi vajavad ja seda ka saavad. Sekkumised võivad tänu anonüümsusele ja 24/7 kättesaadavusele olla atraktiivsed neile, kes mujalt abi ei otsi. Tõenäoliselt on internetisekkumised ka väga kulutõhusad.

Viimase 5 aasta jooksul läbi viidud metaanalüüsid ja süstemaatilised ülevaated näitavad, et alkoholarvitamise vähendamiseks mõeldud internetisekkumised on üldiselt efektiivsed, kuigi mõju on väike. Internetisekkumisi saanud inimesed tarvitasid alkoholi nädalas 1-2,5 alkoholiühikut vähem, kui kontrollgrupp. Kuna sekkumisi on võimalik pakkuda suurele hulgale inimestele võib neist olla rahvatervisele oluline kasu. Mõned uuringud on näidanud, et pikemad, mitmetest sessioonidest koosnevad sekkumisprogrammid võivad olla tõhusamad, kui lühisekkumised.

Alkoholarvitamise vähendamiseks mõeldud internetisekkumiste võimalikke kahjusid pole siiani uuritud. Pole ka teada, millistele inimestele võiksid just veebipõhised sekkumised rohkem sobida ega ka see, milline mõju on kasutajamugavusel ja graafikal.

Leiti 14 maailmas olemasolevat pikaajalist veebipõhist programmi alkoholarvitamise vähendamiseks. Neist 5 vastasid Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud kvaliteedikriteeriumitele Eestisse kohandamiseks: Alkoholhjalpen, Balance, CBT4CBT, Down Your Drink ning Take Care of You.

Autori hinnangul on efektiivsust, kasutajasõbralikkust, kohandamise lihtsust ning riske arvestades kõige suurema potentsiaaliga Eesti jaoks programmid Take Care of You ning Balance. Samas on adapteerimise jaoks olulised kriteeriumid ka hind ning kohandamise tingimused, mis võivad antud otsust oluliselt mõjutada. Sellisel juhul on kindlasti head valikud ka CBT4CBT ning Down Your Drink.

**KASUTATUD ALLIKATE LOETELU**

Alcohol Help Center (2018). Kasutatud 4.01.2018 <http://www.alcoholhelpcenter.net/>

Alkoholhjalpen (2018). Kasutatud 5.01.2018 <https://alkoholhjalpen.se>

Alkoinfo (2018). *Liigtarvitamise astmed*. Kasutatud 19.04.2018  
<http://alkoinfo.ee/et/moodukus/ule-piiride/liigtarvitamise-astmed/>

Balance Program (2018). Kasutatud 5.02.2018  
[https://program.changetech.no/partner/easychange\\_en/Demo7832#/](https://program.changetech.no/partner/easychange_en/Demo7832#/)

Boss, L., Lehr, D., Schaub, M.P., Castro, R.P., Riper, H., Berking, M., Ebert, D.D. (2018). Efficacy of a web-based intervention with and without guidance for employees with risky drinking: results of a three-arm randomized controlled trial. *Addiction*, 113(4):635-646. doi: 10.1111/add.14085

Brendryen, H., Johansen, A., Nesvåg, S., Kok, G., Duckert, F. (2013). Constructing a Theory- and Evidence-Based Treatment Rationale for Complex eHealth Interventions: Development of an Online Alcohol Intervention Using an Intervention Mapping Approach. *JMIR research protocols*, 2(1):e6. doi: 10.2196/resprot.2371

Brendryen, H., Lund, I.O., Johansen, A.B., Riksheim, M., Nesvåg, S., Duckert, F. (2014). Balance - a pragmatic randomized controlled trial of an online intensive self-help alcohol intervention. *Addiction*, 109(2):218-26. doi: 10.1111/add.12383

Carroll, K. M. (2014). *Computerized Cognitive-Behavioral Therapy*. Alcohol Research: Current Reviews, Volume 36, Number 1, 2014. Kasutatud 23.04.2018  
<https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr361/article12.htm>

Carroll, K.M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T.A., Nuro, K.F., Gordon, M.A., Portnoy, G.A., Rounsaville, B.J. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7):881-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07111835

CBT4CBT (2018). Kasutatud 5.02.2018 <http://www.cbt4cbt.com/>

Consumer Barometer with Google (2018). Kasutatud 19.04.2018  
<https://www.consumerbarometer.com/en/graph-builder/>

Crane, D., Garnett, C., Brown, J. West, R., Michie, S. (2018). Behavior Change Techniques in Popular Alcohol Reduction Apps: Content Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5): e118. doi: 10.2196/jmir.4060

Cunningham, J.A., Breslin, F.C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive behaviors*, 29(1):221-3.

Cunningham, J.A., Kypri, K., McCambridge, J. (2011). The Use of Emerging Technologies in Alcohol Treatment. *Alcohol research and health*, 33(4): 320–326.

Deady, M., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., Mills, K. (2014). Developing an integrated, Internet-based self-help programme for young people with depression and alcohol use problems. *Internet Interventions*, vol 1, no 3: 118-131. doi: 10.1016/j.invent.2014.06.004

Down Your Drink (2018). Kasutatud 5.01.2018 <https://www.downyourdrink.org.uk/>

Gustafson, D. H., Boyle, M. G., Shaw, B. R., Isham, A., McTavish, F., Richards, S., ... Johnson, K. (2011). An e-health solution for people with alcohol problems. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 327-337.

Hester, R.K., Delaney, H.D., Campbell, W. (2011). ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(2): 215–224. doi: 10.1037/a0022487

Hester, R.K., Delaney, H.D., Campbell, W. (2011). ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 215-224.

Jellinek (2018). Kasutatud 30.01.2018 <https://www.jellinek.nl/>

Kaner, E.F., Beyer, F.R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J.J., Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No.: CD011479. doi: 10.1002/14651858.CD011479.pub2.

Kaner, E.F., Dickinson, H.O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J.B., Burnand, B., Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28(3):301-23. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x.

Kypri, K., Sitharthan, T., Cunningham, J.A., Kavanagh, D.J., Dean, J.I. (2005). Innovative approaches to intervention for problem drinking. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(3):229-34.

Linke, S., McCambridge, J., Khadjesari, Z., Wallace, P., Murray, E. (2008). Development of a psychologically enhanced interactive online intervention for hazardous drinking. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 0, No. 0, pp. 1–6. doi: 10.1093/alcalc/agn066

McAuley, A. (2012). *Computer Based Alcohol Interventions*. Scotland: NHS Health Scotland.

Minder Drinken (2018). Kasutatud 15.01.2018 <https://minderdrinken.nl/>

Moderate Drinking (2018). Kasutatud 22.01.2018 <https://www.moderatedrinking.com>

Noormets, H. (2017). Intervjuu Tervise Arengu Instituudi kommunikatsiooniosakonna juhatajaga. Tallinn, 20.10.2017.

Päihdelinkki (2018). Jeppe Juomapäiväkirja. Kasutatud 22.01.2018 <https://paihdelinkki.fi/fi/oma-apu/alkoholi/jeppe-juomapaivakirja>

Rational Recovery (2018). Kasutatud 2.02.2018 <https://rational.org>

- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G. ja Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. *Centre for Addiction and Mental Health*, 20, 58, 74. doi: 10.5167/uzh-64919.
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., Ebert, D., Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *Public Library of Science One*, 17;9(6):e99912. doi: 10.1371/journal.pone.0099912
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103(2):218-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02063.x.
- Schaub, M.P., Blankers, M., Lehr, D., Boss, L. Riper, H., Dekker, J., Goudriaan, A.E., Maier, L.J., Haug, S., Amann, M., Dey, M., Wenger, A., Ebert, D.D. (2016). Efficacy of an internet-based self-help intervention to reduce co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: study protocol of a three-arm randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6:e011457. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011457
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., Johansson, M., Berman, A.H. (2014). Targeting Individuals with Problematic Alcohol Use via Web-Based Cognitive-Behavioral Self-Help Modules, Personalized Screening Feedback or Assessment Only: A Randomized Controlled Trial. *European Addiction Research*, 20:305–318. doi: 10.1159/000362406
- Sotsiaalministeerium (2018). *Alkoholipoliitika faktileht*. Publitseerimata infoleht, Sotsiaalministeerium, Rahvatervise osakond.
- Sundström, C., Blankers, M., Khadjesari, Z. (2017). Computer-Based Interventions for Problematic Alcohol Use: a Review of Systematic Reviews. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(5):646-658. doi: 10.1007/s12529-016-9601-8.
- Zill, J.M., Meyer, B., Topp, J., Daubmann, A., Härter, M., Dirmaier, J. (2016). Vorvida: study protocol of a randomized controlled trial testing the effectiveness of Internet-based self-help program for the reduction of alcohol consumption for adults. *BMC Psychiatry*, 16:19. doi 10.1186/s12888-016-0725-9
- Take Care of You (2018). Kasutatud 11.01.2018 <https://www.takecareofme.ca/>
- Tekkel M, Veideman T. (2017) . *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring, 2016*. Kasutatud 19.04.2018 <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6665/1/Tervisekaitumine2017.pdf>
- Tervise Arengu Instituut (2015). *Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus: Eesti ravijuhend*. Kasutatud 19.04.2018 <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/1/alkoholitarvitamise-hairega-patsiendi-kasitus>
- The Deal Project (2018). Kasutatud 2.02.2018 <https://dealproject.org.au/>
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I.R., Thompson, S.G., Kalaitzaki, E., Godfrey, C., Linke, S. (2011). On-line Randomized Controlled Trial of an

Internet Based Psychologically Enhanced Intervention for People with Hazardous Alcohol Consumption. *PloS One*, 6(3): e14740. doi: 10.1371/journal.pone.0014740

World Health Organization. (2014). Global Status Report on Alcohol and Health. *Luxembourg: World Health Organization*.

Vorvida (2018). Kasutatud 5.02.2018 <https://vorvida-studie.de/>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Triin Ülesoo