

# YHTEISÖN INTRESSIEN JA TUTKIMUSTAVOITTEIDEN INTEGROIMINEN YHTEISÖTOIMINTATUTKIMUKSISSA

## JOHDANTO

Yhteisötasoisia projekteja on yhä laajemmin ryhdytty pitämään päihdeaineiden väärinkäytön ehkäisemisen hyväksyttynä osana. C. L. Perry (1986) mainitsee neljä pääasiallista syytä siihen, että yhteisöt ovat alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemisyrittämysten looginen lähtökohta. Ensinnäkin monien päihteiden käyttö on yleistä kautta koko yhteisön eikä rajoitu mihinkään nimenomaiseen alaryhmään. Toiseksi laaja-alaiset ehkäisevät interventiot näyttävät olevan kustannustehokkuuden näkökulmasta hoitoa parempia. Kolmantena syynä ehkäisemis- tai torjuntaohjelmien ulottamiseen yhteisöön kokonaisuudessaan on se, että päihteiden väärinkäyttö sosiaalisena käyttäytymisenä on kiinteästi sidoksissa sitä sääteleviin yhteisöllisiin normeihin ja tukijärjestelmiin. Lopulta yhteisöpohjainen lähestymistapa voi auttaa väärinkäytön aiheuttamien ongelmien vähentämisessä mahdollistaessaan puuttumisen

---

Tämän artikkelin tekijät ovat N. Giesbrecht, B. K. Hyndman, D. R. Bernardi, N. Coston, R. R. Douglas, R. G. Ferrence, L. Gliksman, M. S. Goodstadt, D. G. Graham ja P. D. Loranger. Hyndman työskentelee Toronton yliopistossa ja muut ovat Addiction Research Foundationista.

Esitetyt näkemykset ovat kirjoittajien omia eivätkä välttämättä edusta Addiction Research Foundationin kantaa.

Esitys on alun perin laadittu Tukholmassa 2. – 7. kesäkuuta 1991 pidettyyn 36. International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism -kokoukseen.

yhteisössä itsessään esiintyviin taustasyihin.

Monet yhteisötasoiset ehkäisemisohjelmat on toteutettu toimintatutkimusprojekteina. Tässä lähestymistavassa yhteisön jäsenet vedetään aktiivisesti mukaan omien tarpeidensa määrittelyyn ja niiden toteuttamiseen tähtäävien interventioiden kehittämiseen ja toteuttamiseen. Viime vuosina on käynnistetty myös alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäviä monitahoisia yhteisötoimintaohjelmia (Casswell & Gilmore 1986; Pentz & al. 1989). Niiden taustalla on yhtäältä alan asiantuntijoiden lisääntyvä tietoisuus siitä, että toivottuun alkoholi- ja huumeongelmien vähenemiseen ei ole mahdollista päästä millään erillisstrategialla (Saltz 1988), sekä toisaalta useita eri interventiomuotoja soveltaneiden yhteisötasoisien sydän- ja verisuonitautien torjuntaohjelmien ilmeinen onnistuminen (Farquhar & al. 1985; Puska & al. 1985).

Tässä esityksessä tarkastelemme moniaikaisien yhteisötoimintaohjelmien mahdollisuuksia alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiskeinoina. Kuvaamme tällaisten ohjelmien teoreettisia lähtökohtia, niiden tavoitteita ja potentiaalisia tuloksia sekä niihin osallistuvia avaintoimijoita. Esitämme myös yleiskatsauksen olemassa oleviin monitasoisiin yhteisötoimintaohjelmiin ja arvioimme tällaisten ohjelmien toteuttamisen etuja ja haittoja. Lopuksi ehdotamme yhteisöllisten panosten integroimista tutkimuksellisiin interventioihin keinoksi lisätä yhteisötoimintaohjelmien tehokkuutta.

## YHTEISÖTOIMINTATUTKIMUKSEN LUONNE

Yhteisötasoiset toimintatutkimusprojektit nojaavat sosiaalipsykologi Kurt Lewinin (1946) kehittämän, toimintatutkimuksena tunnetun tieteellisen tutkimusmenetelmän periaatteisiin. Toimintatutkimuksessa pyritään oikeasemaan ne vääristymät, joita tutkijan arvojärjestelmän määräävä vaikutus aiheiden, metodologian ja analyysimenetelmien valintaan on perinteisissä tutkimusmuodoissa aiheuttanut. Toimintatutkimuksessa tutkijan näkökulman vastapainona ovat normaalisti tutkimuksen kohteina tai vastaanottajina pidettyjen ihmisten näkemykset (Shain 1990). Näiden kahden poolin välinen tasapaino saavutetaan kyseisten yksilöiden aktiivisella osallistumisella tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin (Leitko & Peterson 1982). Joskin poikkeuksiakin esiintyy, esimerkiksi maaseutuympäristössä, tutkimusta suorittavat tutkijat eivät aina välttämättä kykene ymmärtämään paikallisen väestön erityistarpeita ja -intressejä. Tutkijoiden tulisi kyetä havaitsemaan herkästi yhteisöjen virallisten ja epävirallisten verkostojen erilaiset suhteet maaseudulla ja kaupungissa.

Yhteisötasoisien toimintatutkimuksen käsitteellinen perusta on siten peräisin paikallistoiminnan ja kansanterveystyön piiristä, joissa kummassakin korostetaan voimakkaasti yleisön osallistumista. Paikallistoiminta voidaan määrittellä prosessiksi, jossa kansalaiset tiedollisen perustan nojalla arvioivat omia tarpeitaan, asettavat tavoitteita ja vaikuttavat toteutettavaan politiikkaan (Porter & Peters 1981), tai tiivistetympin prosessiksi, jonka kuluessa ihmisille annetaan valmiudet ryhtyä vastaamaan omasta elämästään (Stirling 1989). Paikallistoimintaa on pidetty tehokkaana keinona vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen, koska ihmisten voidaan olettaa olevan valmiimpia omaksumaan ajatuksia, joiden muotoilemiseen he ovat itse osallistuneet (Cole 1989).

J. Rothman (1970) erottaa toisistaan kolme lähestymistapaa yhteisölliseen kehittämistoimintaan. Varsinaisessa aluetoiminnassa (lo-

cality development) pyritään ihmisten mahdollisimman laajaan osallistumiseen, ja se nojaa mahdollisimman suuressa määrin yhteisön omiin aloitteisiin (Pederson & Roxburgh & Wood 1990). Yhteiskuntasuunnittelu (social planning) sitä vastoin merkitsee prosessia, jossa ongelmia ratkotaan asiantuntijoiden aloitteesta toteutettavilla rationaalisilla ja valvotuilla muutoksilla. Edellisiä kiistelympi yhteisötoiminta (social action) taas on lähestymistapa, jossa tähdätään vallan ja voimavarojen uudelleenjakoon yhteisön vähäosaisempien kerrostumien hyväksi. Yhteisötoimintaan nojaavissa aloitteissa muutosa-gentti omaksuu yhteisön edustajan roolin. Rothmanin typologioilla on ollut suuri vaikutus yhteisötasoisien toimintatutkimuksen käytäntöön, ja monissa tässä esityksessä käsitellyissä yhteisöpohjaisissa projekteissa viitataan hänen vaikutukseensa projektien teoreettisessa viitekehityksessä (Farquhar & al. 1985; Lefebvre & al. 1987; Mittelmark & al. 1986).

Väestön osallistumisen edistäminen soveltamalla aluetoiminnan tai yhteisötasoisien toimintatutkimuksen menetelmiä kuuluu kansanterveystyön tärkeimpiin strategioihin. Ns. Ottawan peruskirjassa (1986) kansanterveystyö määritellään ”prosessiksi, jonka myötä ihmisille annetaan mahdollisuus lisääntyvästi vaikuttaa omaan terveydentilaansa ja kohentaa sitä”. Yhteisön mukaan vetämistä pidetäänkin ratkaisevan tärkeänä kansanterveystyön onnistumiselle (Watt & Rodmell 1988).

### **YHTEISÖTOIMINTAAN NOJAAVIEN EHKÄISYOHJELMIEN TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET**

Päihdeiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtääville yhteisötoimintaohjelmille voidaan asettaa kuusi yleistä tehtävää: 1) hypoteesien testaaminen ja tiedonhankinta, 2) yhteisön mielekkään osallistumisen rohkaiseminen ja edistäminen koko projektin aikana, 3) inter-

ventioiden suunnitteleminen ja toimeenpano vastaukseksi yhteisön jäsenten ja tutkijoiden yhdessä määrittelemiін tarpeisiin ja vaatimuksiin, 4) yhteisön jäsenten varustaminen kehitettyjen ohjelmien ja palveluiden jatkuvassa ylläpidossa vaadittavilla valmiuksilla, 5) toteutettuja hankkeita tai palveluja koskevan vastuun siirtäminen yhteisön jäsenille projektin päättyessä sekä 6) viitekehysten, mallien ja muun aineiston tuottaminen muiden yhteisöjen hyödynnettäväksi vastaavassa toiminnassa. Projektien ensisijaisena tavoitteena tulisi olla alkoholiin ja huumeisiin liittyvien ongelmien esiintymisen vähentäminen sekä niiden taustalla oleviin syihin vaikuttaminen. Meidän näkemyksemme mukaan kaikki muut tavoitteet ja päämäärät ovat alisteisia tälle tarkoitukselle.

Projektien ensimmäiseksi tehtäväksi tulisi asettaa alustavan projektisuunnitelman laatiminen. Toisena tehtävänä on määritellä ”sisäänmenokohdat” eli löytää yhteisön piiristä sellaisia organisaatioita, jotka ovat kiinnostuneita päihdeiden väärinkäytön ehkäisemisestä. Nämä organisaatiot voivat olla luonteeltaan joko virallisia (koulujen johtokunnat) tai epävirallisia (paikalliset kansalaisryhmät). Sopiva keino potentiaalisten sisäänmenokohden selvittämiseksi voi olla kaikille paikkakuntalaisille ja paikallisille ryhmille avoimen julkisen kokouksen järjestäminen.

Kolmantena tehtävänä tulisi laatia sellainen käsitteellinen viitekehys, joka määrittelee avaintoimijoiden (kuten paikallisten asukkaiden, yhteyshenkilöiden tai muutosaagenttien sekä tutkijoiden/arvioitsijoiden) roolit kussakin projektin vaiheessa. Ihannetapauksessa tällainen viitekehys tarjoaa puitteet tutkijoiden, paikkakuntalaisten ja muutosaagenttien usein toisistaan poikkeavien näkemysten, odotusten ja suunnitelmien yhteensovittamiseen. Avaintoimijoiden näkökulmia ja heidän ristiriitaisten näkemystensä yhteisötaoiselle toimintatutkimukselle asettamia haasteita käsitellään esityksessämme myöhemmin.

Sen jälkeen kun sisäänmenokohdat ja niis-

sä esiintyvä kiinnostus projektiin on määriteltä, voidaan siirtyä neljänteen tehtävään, joka on tarvearviointien valmistelu, laatiminen ja toteuttaminen. Valmistavina toimenpiteinä tässä ovat mm. yhteisön infrastruktuuria ja terveydellistä/sosiaalista tilannetta koskevan olemassa olevan tiedon arviointi sekä tarvearviointien selostaminen yhteisön jäsenille ja heidän kannustamisensa osallistumaan tietojen keruuseen.

Yhteisön jäsenille tulisi tarjota koulutusta, jonka turvin he voivat osallistua tarpeiden arviointiin. Heille voitaisiin esimerkiksi kertoa tarvearviointien tarkoituksesta ja tarjota tilaisuus saada omaa kokemusta asiasta osallistumalla arvioinnin suunnitteluun (kuten kohde-ryhmien määrittelyyn). Yhteisön jäseniä voitaisiin valmentaa auttamaan kotitaloustiedustelujen järjestämisessä.

Toimintatutkimusprojektien viidentenä tehtävänä on alustavan tutkimussuunnitelman tarkistaminen yhteisöstä saadun palautteen ja tarvearvioinnin tulosten pohjalta.

Kuudentena tehtävänä on vihdoin yhteisön jäsenten ja tutkijoiden määrittelemiін tarpeisiin ja tehtäviін kohdistuvien interventioiden suunnittelu ja toteuttaminen. C. A. Johnson (1986) määrittelee mainitut tarpeet ja tehtävät ohjelmien lopputavoiteiksi jakaen ne kolmeen päätyyppiin. Käyttäytymiseen liittyviä lopputavoitteita mitataan päihdeaineiden käytöllä kohdepopulaatiossa. Sosiaalisia lopputavoitteita mitataan päihdeaineiden käyttöön liittyvillä häiriöillä (kuten alkoholista aiheutuvien liikenneonnettomuuksien määrä vuosittain). Terveydelliset lopputavoitteet ovat päihdyttävien aineiden käytön ja väärinkäytön tunnettuja fyysisiä ja psykologisia seurauksia.

Yhteisötoimintaan perustuvien ehkäisemisohjelmien sisältö tulisi niin ikään jäsentää pitäen silmällä yhteisön osallistumisen edistämistä ja interventioiden jatkamiseksi projektin päätyttyä tarpeellisen koulutuksen tarjoamista väestölle. Yhteisön osallistumisen edistämiseksi ja ylläpitämiseksi mainitaan kolme välttämätöntä edellytystä (Green & al.

1980); edistävissä tekijöissä on kyse ohjelman kannalta merkityksellisestä olemassa olevasta tietämyksestä ja valmiuksista yhteisössä; mahdollistavat tekijät ovat niitä ohjelman osia, jotka jakavat yhteisön jäsenille uutta tietoa ja lisäävät heidän valmiuksiaan; vahvistavat tekijät taas motivoivat yhteisön jäseniä käyttämään interventioiden tuloksena saamia tietoja ja valmiuksia. Ohjelmien suunnittelun yhteydessä tulisi selvittää, missä määrin näitä edellytyksiä on ja/tai missä määrin ne voidaan täyttää.

Yhteisötoimintaan nojaavien ehkäisemisohjelmien viimeisenä tehtävänä on toteutettujen interventioiden tehokkuuden arviointi. Johnson (1986) mainitsee neljä päihdeaineiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäävien aloitteiden kannalta merkityksellistä arviointitasoa. *Formatiivinen arviointi* keskittyy ohjelman aineistoon ja yhteisön reaktioihin ohjelman eri vaiheissa. *Toteutuksen arvioinnissa* mitataan, missä määrin suoritetut interventiot vastasivat laadittuja suunnitelmia ja miten hyvin yhteisö ne omaksui. *Prosessiarvioinnissa* tarkastellaan niitä ohjelman lyhyen aikavälin vaikutuksia, joiden uskotaan kuvastavan sen lopullista tehokkuutta. Lopuksi *tulosarvioinnissa* mitataan, missä määrin aikaisemmin määritellyt lopputulokset toteutuivat.

Ohjelman aikana toteutettujen interventioiden kattava arviointi edistää edellä mainittua pyrkimystä tuottaa käyttökelpoista aineistoa käytettäväksi edelleen muissa yhteisöissä. Silti myös myöhemmissä toteutuksissa tarvitaan jatkuvaa arviointi- ja muokkaustyötä, jotta varmistettaisiin tuotettujen aineistojen soveltuvuus muiden paikkakuntien erityisolosuhteisiin.

#### **YLEISKATSAUS MONITAHOISIIN YHTEISÖTOIMINTAOHJELMIIN**

Monissa ehkäisemisohjelmissä käytetään monitahoisia interventioita tavoitteiden ja tehtävien toteuttamiseksi. Useimmat tällaiset aloitteet ovat tähdänneet sydän- ja verisuoni-

tautien esiintymisen vähentämiseen, mutta viime aikoina on käynnistetty myös alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiseen suunnattuja moni-interventio- tai monitahoisia yhteistyötoimintaohjelmia. Ilmiön taustalla on nähty kaksi pääasiallista tekijää: yhtäältä ehkäisytoimen asiantuntijoiden lisääntyvä tietoisuus siitä, että toivottuun alkoholi- ja huumeongelmien vähenemiseen ei ole mahdollista päästä millään erillisstrategialla, sekä toisaalta monitahoisten sydän- ja verisuonitautien torjuntaohjelmien ilmeinen onnistuminen (Johnson 1985; Saltz 1988). Useiden erityyppisten interventioiden soveltaminen yhteisötoiminnallisissa ehkäisemisprojekteissa voi myös olla omiaan lisäämään yhteisön jäsenten osallistumista; monipuolisemat toimintamuodot voivat herättää laajempaa kiinnostusta yhteisössä.

Johnson (1985) toteaa, että sairauksien torjuntaan tähtäävillä yhteisöohjelmilla on runsaasti yhteisiä piirteitä päihteiden väärinkäytön ehkäisemisohjelmien kanssa. Monet käytäytymiseen liittyvät tavoitteet ovat samoja molemmissa ohjelmatyypeissä. Yhteisön organisoimisessa kohdatut ongelmat ovat samantapaisia, ja molemmissa ohjelmatyypeissä voidaan soveltaa samoja yhteisön jäsentämisen ja arvioinnin strategioita. Niin ikään monet mittaongelmat ovat samoja. Viimein ohjelmatyypin puitteet ovat yhtä lailla laajoja ja organisatorisesti haastavia. Nämä yhtenevyudet huomioon ottaen yhteisötasoisista sydäntautien torjuntaohjelmista saadut kokemukset ovat varsin merkitseviä alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäävien projektien suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta.

Kuviossa I esitetään yhteenveto yhdeksästä yhteisötoiminnallisesta ehkäisemisohjelmasta. Näistä kuusi keskittyi sydän- ja verisuonitautien torjuntaan: Budapestin sydän- ja verisuonitautien torjuntaprojekti ("Budapest Cardiovascular Disease Prevention Project"; Kokeny & al. 1986), Minnesotan terve sydän-projekti ("Minnesota Heart Health Project"; Jacobs & al. 1986; Mittelmark & al. 1986);

*Kuvio 1. Yleiskatsaus yhteisötoiminnallisiin ehkäisyprojekteihin*

	BUDAPEST	MINNESOTA
Teoreettinen perusta	Kansanterveystyön ja aluetoiminnan periaatteet Rakenteellisten tekijöiden (alhaisen sosiaalisen aseman) huomioon ottaminen kehon ruokavalion ja epäterveellisen elämäntavan syinä	Terveyskäyttäytyminen on opittua ja oppimisprosessiin vaikuttavat sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö Teoreettisena perustana sosiaalinen oppiminen, aluetoiminta, kommunikaatio ja käyttäytymisen muutos -malli sekä innovaatioiden leviämismalli
Kohdepopulaatio(t)	Budapestin 17. kaupunginosan asukkaat Erityishuomio koululaisiin	Koko yhteisön kattava (kolmen Minnesotassa ja Pohjois-Dakotassa sijaitsevan paikkakunnan asukkaat)
Ehkäisevän toiminnan kohteet (ks. kuvio 2)	Yksilö, päihdeaine ja ympäristö	Yksilö, päihdeaineet ja ympäristö
Interventiot	Paikallistoimintaa sekä koulutusta ja valmiuksien opettamista	Aluetoimintaa, koulutusta, valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet ja ryhmäkohtaiset riskiarvioinnit
Yhteisön osallistumisen luonne ja laajuus	Luotu paikallisten järjestöjen ja vapaaehtoisten verkosto	Yhteisön avainvaikuttajat kartoitettu ja näitä pyydetty toimimaan projektin asiantuntijajäimessä
Arviointimallit (kokeellisuus)	Ei yksilöity	Puolikokeellinen (kolmea interventioyhteisöä verrataan kolmeen vertailupaikkakuntaan – valinta ei satunnainen) Arviointityö keskittynyt sairauksiin ja riskitekijöihin
Projektin tulokset	Ei tietoa	Ei tietoa
	POHJOIS-KARJALA	PAWTUCKET
Teoreettinen perusta	Projektin perustana yhtenäinen teoria, joka nojaa neljään malliin: käyttäytymismuutosten edistäminen, kommunikaatio ja käyttäytymisen muutos, innovaatioiden leviäminen ja aluetoiminta	Perustana aluetoiminta, sosiaalisen oppimisen teoria, sosiaalinen markkinointi sekä behavioraalinen yhteisöpsykologia
Kohdepopulaatio(t)	Koko yhteisö (Pohjois-Karjalan läänin asukkaat)	Koko yhteisö (Pawtucketin kaupungin asukkaat)
Ehkäisevän toiminnan kohteet (ks. kuvio 2)	Yksilö, päihdeaineet ja ympäristö	Yksilö
Interventiot	Aluetoimintaa, koulutusta ja valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet	Aluetoimintaa, koulutusta ja valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet ja riskiarvioinnit
Yhteisön osallistumisen luonne ja laajuus	Yhteisön epäviralliset mielipidejohtajat kartoitettu ja heitä valmennettu toteuttamaan projektin hankkeita Paikalliset organisaatiot osallistuvat	Vapaaehtoisten värväys ja valmennus toteuttamaan interventioita Yhteisön jäsenistä koostuva neuvonantajaryhmä
Arviointimallit (kokeellisuus)	Puolikokeellisia (naapurilääni vertailukohteena) Huomio keskitetty prosesseihin, tuloksiin ja kustannustehokkuuteen	Puolikokeellinen (vertailukaupunki valittu) Arviointi keskittynyt prosesseihin ja tuloksiin
Projektin tulokset	Tupakoinnin, veren kolesterolipitoisuuden, verenpaineen sekä sydän- ja verisuonitautihin kuolleisuuden tuntuva väheneminen	Ei tietoa

Kuvio 1. Yleiskatsaus yhteisötoiminnallisiin ehkäisyprojekteihin (jatkoa)

	STANFORD ("5 City" -projekti)	WALES
Teoreettinen perusta	Perustuu kommunikaatio ja käyttäytymisen muutos -malliin, sosiaaliseen markkinointiin ja aluetoimintaan	Perustana sosiaalinen oppimisteoria, aluetoiminta, innovaatioiden leviämisteoria, sosiaalinen markkinointi sekä organisatoristen muutosten teoria
Kohdepopulaatio(t)	Koko yhteisö (kahden pohjoiskalifornialaisen kaupungin asukkaat)	Kaikki walesilaiset
Ehkäisevän toiminnan kohteet (ks. kuvio 2)	Yksilö	Yksilö, päihdeaineet ja ympäristö
Interventiot	Aluetoimintaa, koulutusta ja valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet	Aluetoimintaa, koulutusta ja valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet
Yhteisön osallistumisen luonne ja laajuus	Interventioita suunniteltaessa otettu huomioon yhteisön ehdotukset Hankkeiden toteuttamisessa käytetty paikallisia resursseja	Luovutettu voimavaroja paikallisten ehkäisemisprojektien käyttöön
Arviointimallit (kokeellisuus)	Puolikokeellinen (kolme vertailuyhteisöä) Arviointi keskittynyt ensisijaisesti tulosten mittaamiseen	Ennako- ja jälkikäiteistaukset (lähtötietoja verrataan paikan päällä projektin jälkeen suoritettuihin mittauksiin) Myös prosessiarviointia
Projektin tulokset	Tupakoinnin, verenpaineen, plasma-arvojen, kolesterolin ja sydän- ja verisuonitauteihin kuolleisuuden tuntuva aleneminen	Ei tietoa
	YHTEISÖTOIMINTAPROJEKTI (Uusi-Seelanti)	KESKILÄNNEN EHKÄISYPROJEKTI (Yhdysvallat)
Teoreettinen perusta	Perustana Stanfordin "3 City" -projekti sekä ympäristötekijät, joiden on todettu vaikuttavan alkoholin kulutukseen	Perustana "porttiteoria" ja tarve integroida kouluihin suunnatut kampanjat tiedotusvälineiden kautta tehtävään työhön ja paikallistoimintaan Myös Stanfordin "3 City" -projekti ja Pohjois-Karjala-projekti mainitaan vaikutteidenantajina
Kohdepopulaatio(t)	Koko yhteisö (kahden uusiseelantilaisen kaupungin asukkaat)	Kansas Cityn kuudes- ja seitsemäsluokkalaiset
Ehkäisevän toiminnan kohteet (ks. kuvio 2)	Yksilö ja ympäristö	Yksilö
Interventiot	Aluetoimintaa, tiedotusvälineet	Koulutusta, valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet
Yhteisön osallistumisen luonne ja laajuus	Paikalliset koordinoitiryhmät, jotka käsittelevät alkoholiin liittyviä ongelmia	Yhteisön johtohenkilöt mukana projektin koordinoinnissa
Arviointimallit (kokeellisuus)	Puolikokeellinen (perustuu Stanfordin 3 kaupungin projektiin: 2 viite-, 2 koe- ja 2 vertailukaupunkia)	Puolikokeellinen (yhteisön koulut jaettu, osaksi satunnaismenetelmällä, koe- ja kontrolliryhmiin)
Projektin tulokset	Alkoholin saataavuuden ja mainonnan rajoittamisen kannatus pysynyt ennallaan samanlaisesta liberalisointikampanjasta huolimatta	Alkoholin, tupakan ja marihuanan käyttö tunnutvasti alhaisempaa interventioiden kohteina olleiden koululaisten keskuudessa kuin kontrolliryhmässä

KOLMEN PAIKKAKUNNAN EHKÄISY-  
PROJEKTI (Ontario, Kanada)

Teoreettinen perusta	Perustuu kulutusjakaumamalliin, käyttäytymismuutosten tukemisen ja aluetoiminnan periaatteisiin
Kohdepopulaatio(t)	Koko yhteisö, ensisijaisen huomion kohdistuessa alkoholin suurkuluttajiin
Ehkäisevän toiminnan kohteet (ks. kuvio 2)	Yksilö ja ympäristö
Interventiot	Aluetoimintaa, koulutusta ja valmiuksien opettamista, tiedotusvälineet
Yhteisön osallistumisen luonne ja laajuus	Yhteisön jäsenet apuna joidenkin ehkäisyhankkeiden toteuttamisessa
Arviointimallit (kokeellisuus)	Puolikokeellinen (interventioyhteisö ja kaksi kontrolliyhteisöä)
Projektin tulokset	Koulutus- ja neuvontaohjelmaan osallistuneet suurkuluttajat vähensivät kulutustaan Keskimääräinen kulutus ja alkoholiin liittyvät ongelmat eivät vähentyneet interventioyhteisössä

Pohjois-Karjalan läänin yhteisötason sydän- ja verisuonitautien torjuntaohjelma (Puska & al. 1985), Pawtucketin terve sydän -ohjelma ("Pawtucket Heart Health Program"; Lefebvre & al. 1987; Roncarati & al. 1989), Stanfordin 5 kaupungin sydäntautien torjuntaohjelma (Stanford 5 City Heart Disease Prevention Program"; Farquhar & al. 1985; Farquhar & al. 1990) ja Walesin sydänohjelma ("Welsh Heart Program"; Nutbeam & Crawford 1987). Kolme muuta projektia tähtäävät alkoholin ja huumeiden väärinkäytön ehkäisemiseen: uusiseelantilainen Yhteisötoimintaprojekti ("Community Action Project"; Casswell & Gilmore 1986), Keskilännen ehkäisyprojekti ("Midwestern Prevention Project"; Pentz & al. 1989) sekä Ontariossa Kanadassa toteutettu Kolmen paikkakunnan ehkäisyprojekti ("Tri-Community Prevention Project"; Giesbrecht & Pravnovi & Wood 1990). Seuraavas-

sa jaksossa arvioimme ja vertailemme näiden projektien teoreettisia perustoja, kohdepopulaatioita ja tavoitteita sekä niissä toteutettuja interventioita, yhteisön osallistumisen luonnetta ja laajuutta sekä käytettyjä arviointimalleja.

TEOREETTINEN PERUSTA

**Paikallis- ja aluetoiminta:** Kaikkien sydän- ja verisuonitautien torjuntaprojektien teoreettisessa viitekehyksessä hyödynnettiin paikallis- ja aluetoiminnan periaatteita. Minnesotan ja Pawtucketin projekteissa sovellettiin osittain Rothmanin edellä esiteltyä (s. 360) kolmijakoa, kun taas Rothmanin typologioita käytettiin ohjenuorana aluetoiminnan rungon suunnittelussa Stanfordin "5 City"-projektissa (Farquhar & al. 1985). Lyhyesti

sanottuna projektin todettiin käynnistäneen omaehtoista kehitystä paikallisyhteisön eri ryhmissä. Projektin merkeissä ”luodut” yhteisöorganisaatiot käynnistivät itsenäisesti uusia kollektiivisia hankkeita joko projektin rajoissa tai sen ulkopuolella (Shea & Basch 1990).

Pohjois-Karjala-projektissa omaksutussa lähestymistavassa korostettiin yksilöihin vaikuttamista yhteisössä toteutettavien muutosten kautta (Puska & al. 1985). Tässä otettiin huomioon sekä yhteisön omaehtoinen kehitys että rakenteellisten muutosten käynnistämiseksi tarvittavat ulkopuoliset muutosagentit. Budapestin ja Walesin sydäntautien torjunta-projekteissa paikallistoimintaa ohjaavaa teoreettista viitekehystä ei nimenomaisesti todettu, joskin jälkimmäisessä myönnettiin Minnesotan, Pohjois-Karjalan ja Pawtucketin strategioiden vaikutus (Nutbeam & Crawford 1987).

Päihdeaineiden väärinkäytön ehkäisyyn tähtääviä projekteja koskevassa kirjallisuudessa ei lähemmin esitetä, mistä lähestymistavoista paikallistoimintaan niissä mahdollisesti on saatu vaikutteita. S. Casswell ja L. Gilmore (1986) mainitsevat Pohjois-Karjala-projektin ja Stanfordin ”3 City” -projektin, joka oli aiempi ja suppeampi versio Stanfordin ”5 City” -aloitteesta, Uuden-Seelannin Yhteisötoimintaprojektin innoittajina (Farquhar 1980; Holmila & al. 1980). Keskilämmen ehkäisyprojektin kehittelijät näkevät yhteisön osallistumisen välttämättömänä ja projektin tehokkuutta parantavana lisänä omaksutulle kouluissa tapahtuvalle lähestymistavalle (Pentz & al. 1989). Ontarion Kolmen paikkakunnan ehkäisyprojektissa omaksutut paikallistoiminnan menettelytavat perustuivat aikaisempia vastaavia hankkeita kuvaavaan kirjallisuuteen (Giesbrecht & Douglas 1990).

**Sosiaalisen oppimisen teoria:** Minnesotan, Pohjois-Karjalan, Pawtucketin, Stanfordin ja Walesin sydäntautien torjuntaprojektien suunnittelijat mainitsevat sosiaalisen oppimisen teorian yhtenä keskeisenä vaikutus-

lähteenä (Nutbeam & Crawford 1987; Shea & Basch 1990). A. Banduran (1977) kehittänyt sosiaalisen oppimisen teoria esittää, että uudet käyttäytymistavat syntyvät muiden ihmisten käyttäytymisen havainnoimisesta ja että niitä ylläpitää toissijainen vahvistustoiminto (käyttäytymisen seurausten havainnointi). Mainituissa projekteissa toteutettu valistustoiminta suunniteltiin sosiaalisen oppimisen teorian suosituksia seuraten.

**Innovaatioiden leviäminen:** Minnesotan, Pohjois-Karjalan ja Walesin projektit nojasivat osaksi innovaatioiden leviämisen teoriaan (Nutbeam & Crawford 1987; Shea & Basch 1990). E. Rogersin (1962) kehittämän innovaatioiden leviämismallin mukaan terveelliset käyttäytymistottumukset voidaan ymmärtää innovaatioiksi, jotka leviävät yhteisön sosiaalisen verkoston kautta. Teorian mukaan tehokkain keino innovaatioiden levittämiseen ovat tiedotusvälineet, kun taas yksilöllinen kanssakäyminen soveltuu paremmin asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseen. Yksilöt luokitellaan teoriassa sen ajan mukaan, jonka innovaatioiden omaksuminen heiltä vie; nopeasti omaksuvilla on yleensä eniten sosiaalista vaikutusvaltaa yhteisössä, joten he ovat avainasemassa laajemman omaksumisen kannalta (Shea & Basch 1990). Kaikissa tämän teorian periaatteita hyödyntäneissä projekteissa pyrittiin vaikuttamaan yhteisön mielipidejohtajiin.

**Sosiaalinen markkinointi:** Sosiaalisen markkinoinnin keskeisenä periaatteena on, että markkinointitekniikoita voidaan menestyksellisesti soveltaa myös vaikutettaessa ihmisten terveysasenteisiin ja -käyttäytymiseen (Kotler & Zaltman 1973). Sosiaalisen markkinoinnin periaatteilla oli vaikutusta tiedotusvälineissä julkaistuihin vetoomuksiin, joita käytettiin Pawtucketin, Stanfordin ja Walesin sydäntautien torjuntaprojekteissa.

**Kommunikaatio ja käyttäytymisen muutos -malli:** W. McGuiren (1973) kommuni-



kaatio ja suostuttelu -teoriaan ja I. Ajzenin ja M. Fishbeinin (1975) uskomus ja tavoitteisuus -malliin perustuvassa kommunikaatio ja käyttäytymisen muutos -mallissa esitetään, että uusien käyttäytymistapojen viemisessä yhteisöön onnistutaan parhaiten henkilökohtaisen ja tiedotusvälineiden välityksellä tapahtuvan viestinnän avulla. Pohjois-Karjala-projektin ja Stanfordin ”5 City” -projektin suunnittelijat laativat kyseiseen teoriaan perustuvia malleja (Shea & Basch 1990). Näissä kuvataan tiedotusvälineiden ja henkilökohtaisen kanssakäymisen vaikutusta käyttäytymisen muutokseen.

**Sosiaaliset ja rakenteelliset tekijät:** Ainoastaan Budapestin projektin suunnittelijat ottivat huomioon makrotason rakenteellisten tekijöiden vaikutuksen yhteisön terveystilanteeseen. Köyhyyttä ja alhaista sosioekonomista asemaa pidettiin välittömästi kehnoon ruokavalioon ja ei-liikunnalliseen elämäntapaan vaikuttavina tekijöinä. Ennen ohjelman käynnistämistä toteutettu Budapestin väestön terveydentilaa koskenut kysely näytti tukevan tätä olettamusta (Kokeny & al. 1986).

**Nuorison huumeiden käytön ”porttiteoria”:** Keskilännen ehkäisyprojektissa pyrittiin nuorten alkoholi-, tupakka- ja marihuana-kokeilujen viivästyttämiseen. Nämä aiheet oli määritelty ”porttihuumeiksi”, koska alkoholin, tupakan ja kannabiksen käyttö nuorella iällä ennakoivat laittomampien huumeiden käyttöä myöhemmin (Kandel & Logan 1984).

**Kulutusjakaumamalli:** Ontarion Kolmen paikkakunnan ehkäisyprojektissa pyrittiin testaamaan ns. kulutusjakaumamallia (Ledermann 1956 & 1964). Tässä mallissa, joka kuvaa keskimääräisen kulutuksen ja suurkuluttajien suhteellisen osuuden välistä vuorovai-  
kutusta, ehdotetaan ehkäisytoimien kehittämistä kahdella suunnalla: yhtäältä alentamalla suurkuluttajien suhteellista osuutta keskimääräiseen kulutukseen vaikuttavilla säänte-

lytoimilla sekä toisaalta lisäämällä yleisön tietoisuutta alkoholin saatavuuden ja kulutuksen sekä suurkulutuksen aiheuttamien terveysriskien välisestä suhteesta (Giesbrecht & Douglas 1990). Mainitun tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli selvittää, onko suurkuluttajien suhteellisen osuuden muutoksella mitattavissa olevia vaikutuksia kulutuksen yleiseen jakaumaan.

**Käyttäytymismuutosten tukeminen:** Ontarion Kolmen kaupungin ehkäisyprojektin osana toteutettu neuvontakampanja perustui käyttäytymismuutosten tukemisen periaatteisiin (Giesbrecht & al. 1990). Tämän lähestymistavan edustajat näkevät alkoholin suurkulutuksen opittuna käyttäytymisenä eivätkä sairautena tai psykopatologisena oireena (Sanchez-Graig 1984). Raittiutta tai kohtuullista alkoholin käyttöä voidaan opettaa oppimis- ja vahvistamisstrategioiden avulla.

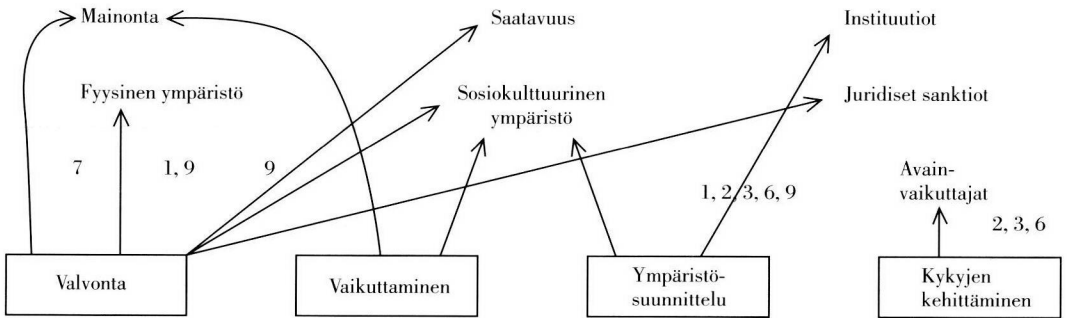
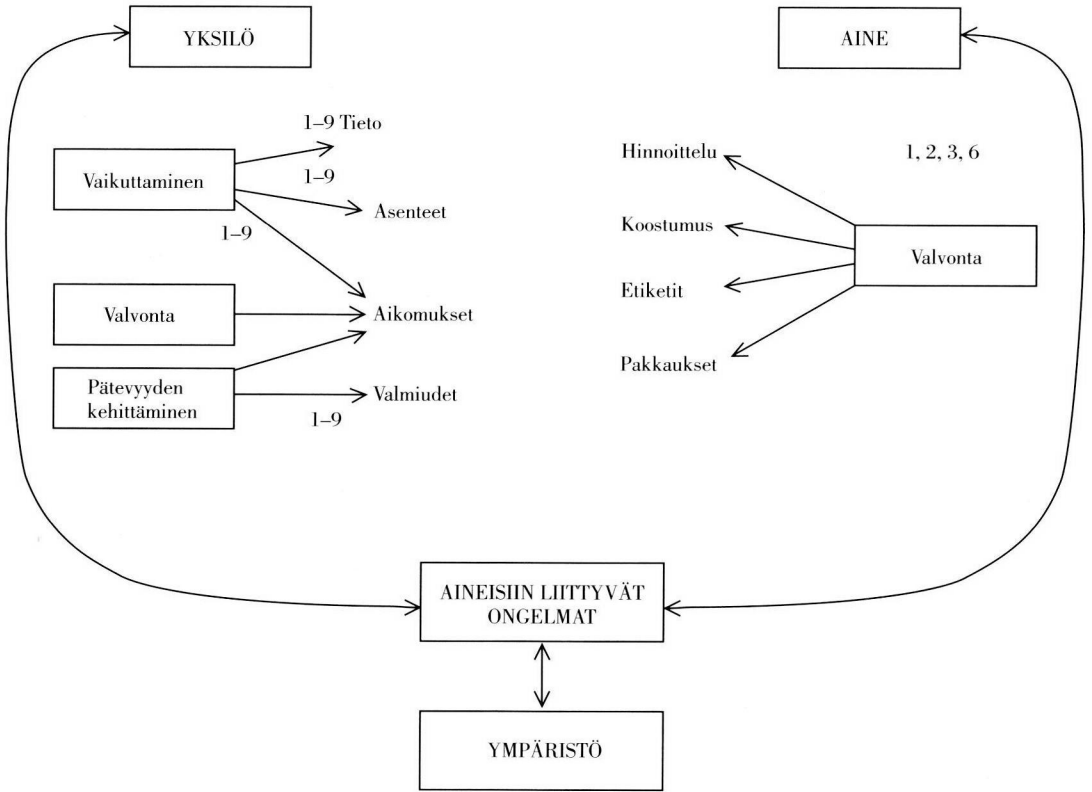
#### KOHDEPOPULAATIO

Useimmat tarkastelluista projekteista suuntautuivat yhteisöön kokonaisuudessaan. Lukuun ottamatta Budapestin projektia (Kokeny & al. 1986), joka keskittyi koululaisiin ja erään köyhän kaupunginosan asukkaisiin, missään sydän- ja verisuonitautien torjuntahankkeissa ei interventiota kohdistettu ensisijaisesti johonkin yhteisön alaryhmään. Keskilännen ehkäisyprojektin keskittyminen koulujen kuudes- ja seitsemäsluokkalaisiin vastaa projektin käsitystä, jonka mukaan päihteiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäävät ponnistukset tulee suunnata ensisijaisesti nuorisoon (Johnson 1985; Pentz & al. 1989).

#### EHKÄISEVÄN TOIMINNAN KOHTEET

Kuviossa 2 esitetään ehkäisevän toiminnan käsitteellinen viitekehtys, joka on S. R. Torjmanin (1986) kehittämä alkoholin ja huumei-

Kuvio 2. Monitahoiset yhteisötoimintaprojektit ”ehkäisevän toiminnan käsitteellisen viitekehyksen” (Torjman 1986) valossa



Numeroiden selitykset

- 1. Budapest
- 2. Minnesota
- 3. Pohjois-Karjala
- 4. Pawtucket
- 5. Stanfordin ”5 City”
- 6. Wales

- 7. Yhteisötoimintaprojekti (Uusi-Seelanti)
- 8. Keskilämmen ehkäisyprojekti
- 9. Kolmen paikkakunnan ehkäisyprojekti (Ontario)

den väärinkäytön ehkäisemistoiminnan ohjenuoraksi tarkoitettu malli. Tässä kansanterveys- ja epidemiologiseen näkökulmaan perustuvassa viitekehyksessä määritellään kolme ehkäisevän toiminnan kohdetta: yksilö, huume ja ympäristö. Tämän esityksen tarkoituksiin olemme korvanneet sanan huume sanoilla päihteet ja ravintoaineet; näin saamme mukaan myös joidenkin sydän- ja verisuonitautien torjuntaprojektien kohteina olleet terveelliset ja epäterveelliset ravintoaineet.

Kuhunkin kohteeseen liittyy joitakin terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia avaintekijöitä. Kun ehkäisevän toiminnan kohteena on esimerkiksi yksilö, kyseiset tekijät ovat tietämys, asenteet, aikomukset ja valmiudet. Torjman (1986, 39) hahmottelee neljä ehkäisevän toiminnan strategiaa. Vaikuttamisstrategia viittaa ”moniin erilaisiin toimintoihin tiedon jakamisesta jäsennellympiin pyrkimyksiin yksilön asenteiden muuttamiseksi määrättyyn suuntaan”. Valvontastrategia sisältää ”toimia, jotka edistävät lakien tai asetusten säätämistä, muuttamista tai toimeenpanoa jonkin päihteen saatavuuden tai kysynnän säätämiseksi”. Kompetenssin kehittämiseksi kutsutussa strategiassa on kyse ”toimista, jotka tähtäävät yksilöiden valmiuksien lisäämiseen heidän itsetuntonsa ja arkipäivän tilanteista selviämisenä kohentamiseksi”. Ympäristönuokkastrategiassa on kyse ”yksilöiden tyytyväisyyden lisäämisestä tai heidän stressinsä vähentämisestä suhteessa kulloiseenkin ympäristöön, erityisesti kouluun, työpaikkaan ja yhteisöön”.

Kuten kuviosta 2 ilmenee, kaikki tässä esityksessä kuvatut monitahoiset ehkäisyprojektit kohdistuvat yksilöön. Jokaisessa projektissa on toteutettu interventioita sellaisten tietojen ja valmiuksien jakamiseksi, jotka vaikuttavat yksilöiden terveysasenteisiin ja käyttäytymisaikomuksiin. Monissa projekteissa on pyritty edistämään ympäristömuutoksia. Niinpä Uuden-Seelannin Yhteisötoiminta-projektissa pyrittiin keskitetysti saamaan yleisö vakuuttuneeksi alkoholimainonnan ja alkoholin saatavuuden aiempaa tiukemman

rajoittamisen tarpeellisuudesta (Casswell & Gilmore 1986). Joissakin projekteissa pyrittiin edistämään institutionaalisia muutoksia: Budapestin projekti kannusti paikallisia kouluja tarjoamaan voimistelusalinsa lauantaiaamuisin urheilukäyttöön, Ontarion projektissa koulutettiin anniskelupaikkojen henkilöstöä vastuullisempaan palveluun ja Pohjois-Karjala-projektissa uudistettiin paikallisten terveyspalvelujen organisaatiota (Giesbrecht & al. 1990; Kokeny & al. 1986; Puska & al. 1985). Innovaatioiden leviämisteoriaan nojaavissa projekteissa yhteisön avainjäseniä käytettiin ympäristömuutosten toteuttajina (Jacobs & al. 1986; Mittelmark & al. 1986; Nutbeam & Crawford 1987; Puska & al. 1985).

Monet projektit näyttävät pitäneen kohteenaan myös päihde- tai muita aineita (epäterveellinen ruoka, tupakka). Minnesotan projektin toiminnan ansiosta paikalliset supermarketit varustivat hyllynsä opastuskyltein ja ravintolat lisäsivät ruokalistoihinsa ravitsevia ruokia (Mittelmark & al. 1986). Useimpien aineisiin kohdistuneiden interventioiden täsmällinen luonne jää kuitenkin kirjallisuudessa selvittämättä.

#### INTERVENTIOT

**Tiedotusvälineet:** Kaikki monitahoprojektit – Budapestin projektia lukuun ottamatta – hyödynsivät tiedotusvälineitä. Televisiossa, radiossa ja lehdistössä julkaistut tiedon lisäämiseen, asenteisiin vaikuttamiseen ja/tai terveellisten käyttäytymistottumusten edistämiseen tähtäävät vetoamukset kuuluivat oleellisena osana useimpiin projekteihin. Keskilännen projektissa tiedotusvälineiden käyttö kuitenkin rajoittui itse projektista tiedottamiseen.

**Paikallis- ja aluetoiminta:** Projektien toteuttaman paikallistoiminnan luonne vaihtelee tuntuvasti. Budapestin, Pawtucketin ja Stanfordin projektit nojasivat interventiois-

saan korostetusti paikallisiin voimavaroihin (Farquhar & al. 1985; Kokeny & al. 1986; Lefebvre & al. 1987). Walesin sydäntautien torjuntaprojekti sitä vastoin tuotti itse resursseja yhteisöryhmien kehittämien hankkeiden tueksi (Nutbeam & Crawford 1987). Useimmissa projekteissa on käytetty paikallisia vapaaehtoisia. Pawtucketissa värvättiin ja koulutettiin vapaaehtoisia toteuttamaan useita eri interventioita, kuten esim. painontarkkailuasemia ja riskitekijöiden seulontapalvelua (Lefebvre & al. 1987; Roncarati & al. 1989). Minnesotan terve sydän -projektiin pyrittiin saamaan yhteisön jäseniä neuvonantajiksi (Mittelmark & al. 1986).

Joissakin projekteissa on tehty yhteistyötä paikallisten järjestöjen kanssa. Pohjois-Karjala-projektissa oli mukana runsaasti paikallisia vapaaehtoisryhmiä, elintarviketeollisuuden edustajia sekä elintarvikeliikkeitä (Puska & al. 1985). Walesin sydäntautien torjuntaprojektissa pyrittiin elintarvikkeiden ravintosisällön parantamiseen yhteistyössä paikallisten maanviljelijöiden ja markkinointiorganisaatioiden kanssa (Nutbeam & Crawford 1987). Uuden-Seelannin Yhteisötoimintaprojektissa käytettiin organisaattoreina raittiusjärjestöjen paikallisia aktiiveja (Casswell & Gilmore 1986).

**Koulutus ja valmiuksien lisääminen:** Uuden-Seelannin Yhteisötoimintaprojektia lukuun ottamatta kaikissa projekteissa käytettiin tiedotusvälineissä julkaistujen vetoomusten lisäksi myös koulutusinterventioita. Walesin, Pohjois-Karjalan ja Minnesotan projekteissa paikalliselle terveydenhuoltohenkilöstölle annettiin koulutusta sydän- ja verisuonitautien torjuntatyössä (Mittelmark & al. 1986; Nutbeam & Crawford 1987; Puska & al. 1985). Kahdessa viimeksi mainitussa projektissa koulutettiin myös vapaaehtoisia osallistumaan interventioiden toteutukseen. Samoin tehtiin Pawtucketin projektissa (Roncarati & al. 1989).

Budapestin ja Stanfordin projekteissa järjestettiin terveyskasvatustunteja paikallisissa

kouluissa (Farquhar & al. 1990; Kokeny & al. 1986). Edellä jo mainittujen suurkuluttajille suunnattujen koulutus- ja neuvontapalvelujen lisäksi Ontarion Kolmen paikkakunnan yhteisöprojektissa hyödynnettiin paikalliselle terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstölle tarkoitettuja seminaareja (Giesbrecht & al. 1990). Keskilännen ehkäisyprojektin keskeisenä osana oli kymmenestä luennosta koostunut kurssi, jolla opetettiin huumeiden käyttöön johtavien paineiden vähentämisessä tarvittavia valmiuksia (Pentz & al. 1989). Minnesotan, Pawtucketin ja Stanfordin projekteissa koulutetut paikkakuntalaiset järjestivät nuorille ja aikuisille tarkoitettuja koulutustilaisuuksia (Farquhar & al. 1990; Mittelmark & al. 1986; Roncarati & al. 1989). Joissakin projekteissa jaettiin myös oheisluonnetta opastusaineistoa, kuten tietopakkausia kolesterolin käytön vähentämisestä tai tupakoinnin lopettamisesta.

**Seulonta ja riskien arviointi:** Minnesotan ja Pawtucketin projekteissa tarjottiin koulutusohjelmien kohderyhmille testejä seulontaa ja riskien arviointia varten (Lefebvre & al. 1987; Mittelmark & al. 1986; Roncarati & al. 1989). Koulutetut vapaaehtoiset suorittivat sydän- ja verisuonitautien torjuntaan tähtääviä mittauksia, kuten painon, verenpaineen ja kolesterolin tarkastuksia. Sydän- ja verisuonitautien riskiryhmiin luetuille henkilöille tarjottiin neuvoja ja tukea terveellisemmän elämäntavan omaksumiseksi.

#### YHTEISÖN OSALLISTUMISEN LUONNE JA LAAJUUS

Yhteisön osallistumisen täsmällistä luonnetta ja laajuutta eri projekteissa on vaikea tarkoin selvittää, sillä kirjallisuudessa esitetyt kuvaukset yhteisöllisestä vuorovaikutuksesta ovat parhaimmillaankin tyypistettyjä. Kaikissa projekteissa näkyy kuitenkin tavoitellun jonkinasteista paikallisväestön panosta.

Minnesotan terve sydän -projektissa tehtiin

yhteisöanalyysi avainjohtajien ja mielipiteenmuodostajien löytämiseksi. Tämän jälkeen kyseisiä henkilöitä pyydettiin mukaan projektin neuvonantajaryhmään (Mittelmark & al. 1986). Myös Pohjois-Karjala-projektissa kartoitettiin yhteisön keskeiset jäsenet, mutta heitä ei kuitenkaan vedetty hallinnollisesti mukaan projektiin. Sen sijaan heitä koulutettiin osallistumaan projektin interventioiden toteuttamiseen (Puska & al. 1985).

Eräät Stanfordin ”5 City” -projektin osat kehitettiin yhteisön jäseniltä saatujen virikkeiden pohjalta (Farquhar & al. 1985). Projektista ei kuitenkaan ole saatu tarkempaa selvitystä, millä tavoin kyseiset virikkeen hankittiin. Myöskään Pawtucketin, Ontarion ja Keskilännen projekteissa käytettyjen paikallisten asiantuntija- ja koordinoitielimien tehtävistä ja valtuuksista ei ole tarkempia tietoja (Casswell & Gilmore 1986; Lefebvre & al. 1987; Pentz & al. 1989). Ontarion Kolmen paikkakunnan ehkäisyprojektin toiminnan tuloksena perustettiin paikallisia komiteoita, joiden tehtävänä oli määrittellä suuntaviivat alkoholijuomien tarjoilulle anniskeluluvan saaneissa tiloissa (Giesbrecht & al. 1990). Pohjois-Karjala-projektin yhteydessä mainitaan useiden paikallisten järjestöjen toiminnasta, mutta niiden luonne jää arvailujen varaan (Puska & al. 1985).

#### ARVIOINTIMALLIT

Useimmissa projekteissa käytettiin puolikokeellista arviointimenetelmää. Projektin kohteina oleville kaupungeille, maakunnille tai kouluille valittiin vastaavat vertailu- tai kontrollipaikkakunnat tai -laitokset. Monissa projekteissa seurattiin ja arvioitiin tutkimusohjelman etenemistä, interventioiden toteutumista suunnitelmien mukaan sekä niiden yhteisössä saamaa vastaanottoa. Useimmat projektit olivat kuitenkin ensisijaisesti kiinnostuneita tulostiedoista, toteutettujen interventioiden lopullisesta vaikutuksesta käyttäytymiseen tai – sydän- ja verisuonitautien torjun-

taprojekteissa – sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen.

#### PROJEKTIEIEN TULOKSET

Projektit, joiden varsinaisista tuloksista on käytettävissä tietoja, näyttävät onnistuneen vaihtelevasti. Pohjois-Karjalan ja Stanfordin projektien kohteina olleissa yhteisöissä voitiin todeta tupakoinnin, verenpaineen, kolesterolitason sekä sydän- ja verisuonitautihin kuolleisuuden tuntuvaa laskua (Farquhar & al. 1990; Puska & al. 1985). Uuden-Seelannin Yhteisötoimintaprojektiin kaupungeissa alkoholin saatavuuden ja mainonnan tiukemman valvonnan kannatus pysyi vakaana siitä huolimatta, että maassa samaan aikaan kampanjoitiin liberaalimman alkoholipolitiikan puolesta (Casswell & Gilmore 1986). Keskilännen ehkäisyprojektin interventioiden kohteina olleiden opiskelijoiden todettiin vuoden kestäneen seurantaprojektin aikana käyttäneen tuntuvasti vähemmän alkoholia, tupakkaa ja marihuanaa kuin vastaavien kontrolliryhmien (Pentz & al. 1989). Ontarion Kolmen paikkakunnan yhteisöprojekti tuotti kahdensuuntaisia tuloksia: koulutus- ja neuvontaohjelmissa mukana olleet alkoholin suurkuluttajat vähensivät juomistaan, mutta keskimääräiskulutuksen ei kohdeyhteisöissä voitu todeta laskeneen (Giesbrecht & al. 1990).

#### **YHTEISÖTOIMINTATUTKIMUKSEN HAASTEET**

Edellä mainittujen tulosten valossa on ilmeistä, että yhteisön aktiiviseen mukaan vetämiseen perustuvassa monitahoisessa ehkäisemistyössä on saavutettu menestystä. Silti ei tule olettaa, että tällaiset myönteiset tulokset olisivat yhteisötoimintatutkimuksessa sääntönä: monissa yhteisötason hankkeissa niin tutkijoiden kuin yhteisön jäsentenkin asettamat tavoitteet ovat jääneet toteutumatta (Flannigan 1987; Room 1990).

Kuvio 3.

	YHTEISÖ	MUUTOSAGENTTI	TUTKIJA/ARVIOIJA
Käsitys omasta roolista	Yhteisön tarpeiden ja prioriteettien arvioinnin paikallisia asiantuntijoita Aktiivisesti mukana ohjelmien ja palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa Voi haluta jonkinasteista valvontaa ohjelmiin ja palveluihin	Neuvonantaja ja palvelujen toimittaja yhteisöön päin Kouluttaja, pätevoittaja ja neuvonantaja	Hypoteeseja testaavia ja interventioiden tehokkuutta arvioivia tiedemiehiä/-naisia Vastuussa projektin "tieteellisen tarkkuuden" säilyttämisestä
Odotukset muille osapuolille	Voi odottaa, että asiantuntijat ja muutosagentit käynnistävät interventiot, ennen kuin välttämättömät valmistelutoimet on suoritettu Odottaa tutkijoilta ja muutosagenteilta poliittisten realiteettien tajuamista Odottaa nopeaa palautetta interventioiden tuloksista	Odottaa tutkijoiden ja arvioijien tuottavan palautetta, joka auttaa parantamaan projektia	Yhteisön panos paikallisten tarpeiden ja prioriteettien määrittämiseksi Yhteisön osallistuminen ohjelmien ja palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen Yhteisön jatkuva tuki projektille ja sitoutuminen siihen Voi odottaa, että muutosagentit ajavat ja valvovat yhteisön etuja ja tukevat projektia
Projektista odotetut tulokset	Ohjelmien ja palvelujen kehittäminen ja toteuttaminen yhteisön tarpeiden toteuttamiseksi Koettuja tarpeita toteuttavien ohjelmien ja palvelujen jatkaminen (mahdollisista kielteisistä tutkimustuloksista huolimatta) Ohjelmien ja palvelujen levittäminen (mahdollisista kielteisistä tutkimustuloksista huolimatta)	Yhteisö omaksuu vastuun ohjelmien ja palvelujen jatkamisesta projektin jälkeen	Ehkäisemistoimintaa koskevan tiedon lisääminen Niiden ohjelmien ja palvelujen levittäminen, joiden tueksi on saatu myönteisiä tutkimustuloksia

Nykyisen tiedon valossa näyttäisi siltä, että yhteisötoimintatutkimusta soveltavien projektien kohtaamat vaikeudet kumpuavat pääasiassa kolmesta lähteestä. Ensinnäkin ovat projektien keskeisten osapuolten (tutkijoiden, muutosagenttien ja yhteisön jäsenten) toisistaan poikkeavat ja joskus yhteensovittamattomatkin näkemykset ja odotukset. Toisena yhteisötoimintatutkimuksen toteuttamisen esteenä ovat ne väistämättömät vaikeudet, joita kohdataan pyrittäessä säilyttämään jonkinasteinen tieteellinen johdonmukaisuus ja tarkkuus yhteisöllisessä viitekehyksessä. Kolmas yhteisötoiminta-aloitteiden kohtaama haaste koskee yhtä projektien teoriassa tavoittelemaa tulosta, joka kuitenkin liian usein

jää käytännössä toteutumatta, nimittäin yhteisön jäsenten varustamista ongelmien ratkaisemisen edellyttämällä valmiuksilla ja resursseilla. Seuraavassa jaksossa käsittelemme näitä haasteita yksityiskohtaisemmin.

Nämä vaikeudet koskevat kaikkea yhteisötasoisista tutkimustoimintaa, eivät ainoastaan monitahoprojekteja. Kriittinen kysymys monitahoprojektien arvosta verrattuna voimakkaasti keskittytyihin, yhteen yksittäiseen interventioon perustuviin projekteihin kaipaisi tarkempaa selvittämistä. Teoreettinen perusta monitahoisten interventioiden toteuttamiselle on kyllä olemassa, mutta tuo perusta tarvitsee vielä käytännön tutkimustyön tarjoamaa vahvistusta.

Kuvio 3 esittää yhteisötoimintatutkimukseen perustuvien projektien avaintoimijoiden käsitteitä omista rooleistaan sekä siitä, mitä he odottavat mukana olevilta muilta toimijoilta ja millaisia tuloksia he projektista toivovat. Kuten kuvion 3 nuolet osoittavat, näistä kysymyksistä vallitsee jonkinasteinen yksimieliisyys. Varsin usein käy kuitenkin niin, että avaintoimijoiden toisilleen vastakkaisten asenteiden ja etujen synnyttämät jännitteet haittaavat vakavasti yhteisötoimintaprojektien menestyksellistä toteuttamista.

Tutkijoiden/arvioijien ja yhteisön jäsenten väliset konfliktit kumpuavat usein kyseisten ryhmien tavoitteiden ja prioriteettien erilaisuudesta. Kuten M. Goodstadt (1990) toteaa, yhteisötoimintaan perustuviin ehkäisemisprojekteihin osallistuvat tutkijat ovat ensisijaisesti kiinnostuneita ehkäisemistyötä koskevan tiedon lisäämisestä. Yhteisö sitä vastoin odottaa lähinnä kokemiaan tarpeita palvelevien hankkeiden tai palveluiden toteuttamista.

Tutkimusohjelmien toteuttamisesta kiinnostuneet yhteisön jäsenet eivät juuri piittaa tutkimustuloksista ja tieteellisen tutkimuksen periaatteista. Monesti yhteisö painostaa tutkijoita käynnistämään heti jonkin intervention, nojaamaan ohjelman arvioinnin sillä hetkellä käytettävissä oleviin tietoihin ja ratkaisemaan toimeenpano-ongelmat ilman riittävää tietoa ohjelman vastaanottajaryhmistä (Pentz & al. 1986). Yhteisösidonnaiset ehkäisemis- ja torjuntaohjelmat perustuvatkin usein ratkaisevasti yhteisön vallitseviin käsityksiin ja uskomuksiin varsinaisten tutkimustulosten sijasta (Giesbrecht & Douglas 1990). Niinpä yhteisöt ovat taipuvaisia hyväksymään kouluihin suunnatut ehkäisemisohjelmat riippumatta siitä, onko niiden vaikutuksesta näyttöä vai ei (Goodstadt 1990).

Samanaikaisesti odotetaan, että tutkijat interventioehdotuksia tehdessään tuntevat kaikki asiaan liittyvät poliittiset näkökohdat. Lähestymistapoja, joiden tehokkuudesta on

kiistatonta, seurantaan perustuvaa näyttöä, saatetaan usein pitää mahdottomina yhteisön päätöksentekijöiden ennakoidun vastustuksen vuoksi (Howard & Barofsky 1989). Näin mahdolliseksi katsottujen interventiotyyppien valikoima supistuu entisestään ja toteutettava interventio joudutaan valitsemaan vähemmän toivottujen vaihtoehtojen joukosta.

Vastaavasti yhteisön jäsenet voivat pitää tutkijoiden vaatimuksia perusteettomina esteinä ehkäisemishankkeiden toteuttamiselle. Tutkijat syyllistyvät aivan liian usein paheeseen, jota Goodstadt (1990, 228) nimittää ”tieteellisyyden synniksi”. He käyttävät perinteisiä tieteellisen tutkimuksen sääntöjä perusteena yhteisön ehdotusten ja ponnistusten mitätöimiseen. Sanomattakin on selvää, että tämäntyyppinen arvostelu ei juuri kannusta yhteisöä osallistumaan. Myös arviointityössä tarvittavien tietojen keräämiseen ja tutkimiseen kuluva aika turhauttaa yhteisön päätöksentekijöitä. Aikaa vievää tietojen keruuta ja erittelyä vaativat projektit johtavat usein siihen, että yhteisön jäsenet tuntevat tulleensa hyväksikäytetyiksi (Pentz & al. 1986).

Muutosagentit tarjoavat yhteisölle neuvoja ja palveluja. Heidän tulee olla valmiita omaksumaan yhteisön tarpeista riippuen useita eri rooleja, kuten kouluttajan, neuvojan tai edunvalvojan rooli. Yhteisötoimintaprojekteihin osallistuvat paikalliset muutosagentit toimivat yhdysiteenä tutkijoiden ja paikallisen väestön välillä tehden yhteistyötä molempien osapuolten kanssa ohjelman kehittämiseksi ja toteuttamiseksi. Kun tutkijoiden ja yhteisön jäsenten näkökulmat ja suunnitelmat poikkeavat toisistaan, nämä tehtävät voivat muodostua äärimmäisen vaativiksi. Koska muutosagenteilla on vakiintuneet siteet erilaisiin yhteisöllisiin verkostoihin, vastuu yhteisön jäsenten etujen vaalimisesta ja edistämisestä lankeaa usein koko projektin ajaksi heidän harteilleen. Myyntimiehen/-naisen roolin omaksuminen voi kuitenkin saattaa muutosagentin hankalaan asemaan, jos yhteisölle annetut lupaukset eivät toteudukaan tai

jos sen odotukset jäävät täyttymättä. Muutosagentithan joutuvat tutkijoista poiketen vielä projektin päätyttyäkin elämään ja työskentelemään yhteisössä.

Myös muutosagentit väsyvät usein arviointiprosesseihin, joskin eri syistä kuin yhteisön jäsenet. He voivat kyseenalaistaa arviointityön merkityksen siksi, että he eivät näe mahdolliseksi kvantifioida joitakin projektin avaintekijöitä, kuten esimerkiksi henkilökohtaisia yhteyksiä yhteisön jäseniin (Graham & Saunders & Flower 1990). Lisäksi muutosagentit voivat kokea arvioinnit omien työsuoritustensa mittaamiseksi. Silti he ovat kiinnostuneita siitä, että yhteisön jäsenet ymmärtäisivät arviointityön merkityksen ja tietäisivät siitä enemmän, koska tällainen tietoisuus on omiaan edistämään yhteisön mielekästä mukanaoloa projektissa.

#### METODOLOGINEN TARKKUUS

Yhteisötoimintatutkimuksen luonne asettaa omat rajoituksensa tieteellisten menetelmien soveltamiselle. Kuten Goodstadt (1990) toteaa, satunnaismenetelmän käyttö valittaessa yksilöitä testeihin tai kontrolliryhmiin, mikä on ratkaisevan tärkeää kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa, on yhteisötason tutkimuksessa vain harvoin mahdollista. Otannat suoritetaan tavallisesti niistä yhteisön jäsenistä ja ryhmistä, jotka ylipäätään ovat halukkaita osallistumaan. Yhteisötoimintatutkimuksen tieteellistä integriteettiä murentaa myös se, että ajan myötä moniin vastanneisiin menetetään väistämättä kosketus. Lisäksi poliittisilla näkökohdilla on vaikutuksensa myös tutkimuksen suunnitteluun (esim. arkaluonteisten aiheiden poistaminen kyselylomakkeesta) ja sen tulosten levittämiseen.

#### YHTEISÖN "PÄTEVÖITÄMINEN": RETORIikka VAI TODELLISUUTTA?

Pätevöittäminen on käsite, jota käytetään

yleisesti kuvaamaan kaikkien sellaisten projektien ja toimintojen tavoitteita, joissa ihmisiä autetaan määrittelemään yhteisiä ongelmiaan ja tavoitteitaan sekä keskustelemaan niistä ja ryhtymään kollektiiviseen toimintaan niiden suhteen. Monet tekniikat, joiden avulla yhteisön muutosagentit pyrkivät edistämään päteväyttämistä, nojaavat brasilialaisen kouluttajan Paulo Freiren alkuaan esittämiin käsitteisiin. Freire (1973) näki päteväyttämisen perustana "tiedollistamiseksi" kutsumansa prosessin. Tämä lähestymistapa, jossa jokainen osallistuja on tasavertainen ja yhtä lailla mukana oppimassa, sisältää kolme toistaan erottuvaa vaihetta: ryhmän esittämien kysymysten kuunteleminen, osallistuva vuoropuhelu määritellyistä tavoitteista ja prioriteeteista sekä toiminta eli osallistujien vuoropuhelun myötä hahmottelema positiivinen muutos.

Koska toimintatutkimus auttaa yhteisön jäseniä määrittelemään ongelmansa ja toimimaan niiden ratkaisemiseksi, se on tapana käsittää päteväyttämismenetelmäksi. G. I. Susman ja R. D. Evered (1978, 599–600) kuvaavat toimintatutkimusta "päteväyttäväksi tieteeksi" – Toimintatutkija luo edellytyksiä toisten ihmisten kehittymiselle. Hän kehittää taitojaan sellaisten organisatoristen infrastruktuurien ja verkostojen kehittämiseksi, jotka antavat organisaatioiden jäsenille mahdollisuuden suunnitella, organisoida, oppia ja auttaa itse itseään".

Käytännössä toimintatutkimus ei kuitenkaan aina onnistu täyttämään yhteisön päteväyttämisen ihanteita. Usein tutkijat ja muutosagentit olettavat erheellisesti, että yhteisön jäsenillä jo on mielekkään osallistumisen edellyttämät tiedot, valmiudet ja kyvyt. Tällöin toimintatutkimusaloitteet voivat johtaa suorastaan "pätevyyttä vähentäviinkin" vaikutuksiin: yhteisön jäsenet kokevat olevansa voimattomia ja kyvyttömiä käsittelemään yhteisiä huolenaiheitaan. Kun yhteisö ei odotuksista huolimatta käynnistäkään kaavailtuja aloitteita, tutkijat ja muutosagentit ryhtyvät täyttämään tyhjiötä omilla "valmiilla" ajatuk-



sillaan. Yhteisön jäsenet, jotka eivät koe pysyväänsä antamaan mielekästä panosta projektiin, ovatkin varsin valmiita jättämään ongelmien käsittelyn ”asiantuntijoille”. Kuten S. Hunt (1990, 180) toteaa, ”sosiaalityöntekijöillä on usein oma kirjoittamaton 'työjärjestyksensä', he tietävät, 'mikä toimii', ja heidän varmuutensa voi näyttää sangen houkuttelevalta paikkakuntalaisten osoittaman epävarmuuden ja epäroinnin rinnalla”.

**TOIMINTATUTKIMUKSEN ESTEIDEN  
VOITTAMINEN: EHDOTUS YHTEISÖN JA  
TUTKIJOIDEN ETUJEN INTEGROIMISEN  
VIITEKEHYKSEKSI**

Monitahoisissa yhteisötason toimintatutkimusprojekteissa on saavutettu myönteisiä tuloksia, mutta ne ovat alttiita kaikkia yhteisötasoisia aloitteita vaaniville vaaroille. Niiden välttämiseksi tulee kiinnittää erityistä huomiota monitahoisten projektien kehittelyyn yhdessä yhteisön kanssa. Tutkijoiden, paikallisten muutosagenttien ja yhteisön jäsenten tulee käydä avointa keskustelua, jolla varmistetaan, että monitahoiset yhteisötoiminnalliset tutkimusprojektit vastaavat kaikkien osapuolien etuja.

Tutkijoiden ja arvioijien tulee selvittää oman panoksensa merkitystä ja käyttämiensä menetelmien perusteita sekä selostaa saamiinsa tuloksia yhteisön jäsenille ymmärrettävällä tavalla (Goodstadt 1990). Tulee myös harkita vaihtoehtoisia, kulloiseenkin yhteisökehykseen kenties paremmin soveltuvia koe- ja arviointijärjestelyjä. Esimerkiksi satunnaisotantaan perustuvat tutkimukset eivät suinkaan ole ainoa arviointikeino, jonka sisäinen luotettavuus on suuri. M. Hennesy (1991) ehdottaa satunnaisotannan vaihtoehdoksi pidemmän ajan kuluessa tehtyjen havaintojen ja interventioiden tahallisen manipuloinnin yhdistelmää. Tälläkin menetelmällä päästään tulosten suhteellisen yksiselitteiseen tulkintaan ja selittämiseen.

Yhteisön jäsenten puolestaan tulee suoda

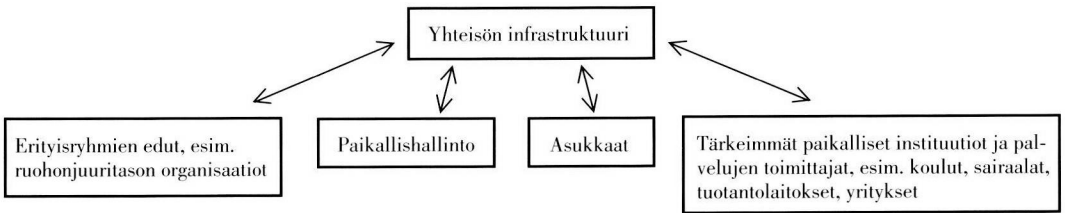
tutkijoille mahdollisuus osoittaa, että tieteellisten menetelmien soveltamisella yhteisön ongelmiin voidaan tosiaan päästä myönteisiin tuloksiin. Yhteisön avainjohtajilta ja keskeisiltä instituutioilta vaaditaan suurempaa joustavuutta tarvittavan tuen osoittamiseksi tutkijoille ja muutosagenteille monitahoisia projekteja käynnistettäessä. Yhteisötasoisien projektien tuomien potentiaalisten hyötyjen tiedottaminen yhteisölle ja sen jäsenten vetäminen mukaan jo alkuvaiheen suunnitteluun auttavat ylittämään paikallisten poliitikkojen ja muiden yhteisön avainhenkilöiden epäilysten muodostamia innovaatiokynnyksiä.

Jos tutkijat ja paikalliset muutosagentit tosisaan haluavat ”pätevöittää” yhteisöä, heidän on tarjottava asukkaille mielekkään osallistumisen vaatimaa koulutusta ja valmennusta. D. Piette (1990) ehdottaa, että yhteisön jäsenille annettavaan koulutukseen sisällytetäisiin asiantuntijoiden lähestymistavan ymmärtäminen, itseluottamuksen kehittäminen sekä johto-, ryhmätyö- ja neuvottelutaitojen jakaminen. Lisäksi yhteisön jäsenille tulisi antaa tietoja ja valmiuksia, joita toteutettujen ohjelmien ja palvelujen ylläpitäminen projektin päättymisen jälkeen vaatii.

Ennen monitahoisen yhteisötoimintaprojektin käynnistämistä tulisi laatia yleisluonteinen organisaatiokaavio, josta ilmenee, miten projektia tullaan koordinoimaan, sekä hahmotella projektin toimintojen toteuttamisjärjestys. Tällainen kaavio mahdollistaa kaikkien avaintoimijoiden osallistumisen. Kuviossa 4 luetellaan päihde- ym. aineiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäävien monitahoisten yhteisötoimintaprojektien keskeiset osapuolet. Kuvio 4 sisältää myös luettelon kysymyksistä, jotka voivat johtaa erimielisyyksiin ja konflikteihin avaintoimijoiden kesken.

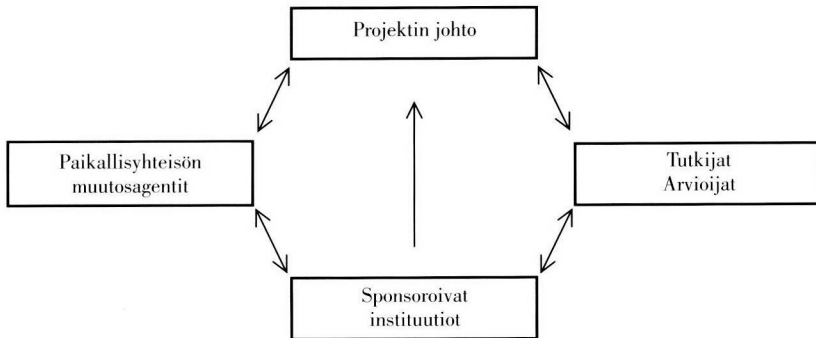
Kuvio 5 on kaavamainen esitys kuvitteellisen monitahoisen yhteisötoimintatutkimusta soveltavan projektin hallinnosta. Projektin yleisjohdosta vastaa tutkijoista, paikallisista muutosagenteista ja yhteisön avainjäsenistä koostuva koordinoitiryhmä. Tämän ryhmän jäsenmäärä vaihtelee projektin koon ja laa-

Kuvio 4. Päihdeaineiden väärinkäytön ehkäisemiseen tähtäävien monitahoisten yhteisötoimintaohjelmien keskeiset osapuolet



Kysymykset

- \* Omistus ja valvonta
- \* Käytettävät interventiotyypit
- \* Rahoitus
- \* Tulosten levittäminen
- \* Yhteisön mukanaolon luonne ja laajuus
- \* Tutkimussuunnitelman toteuttamisen edistäminen

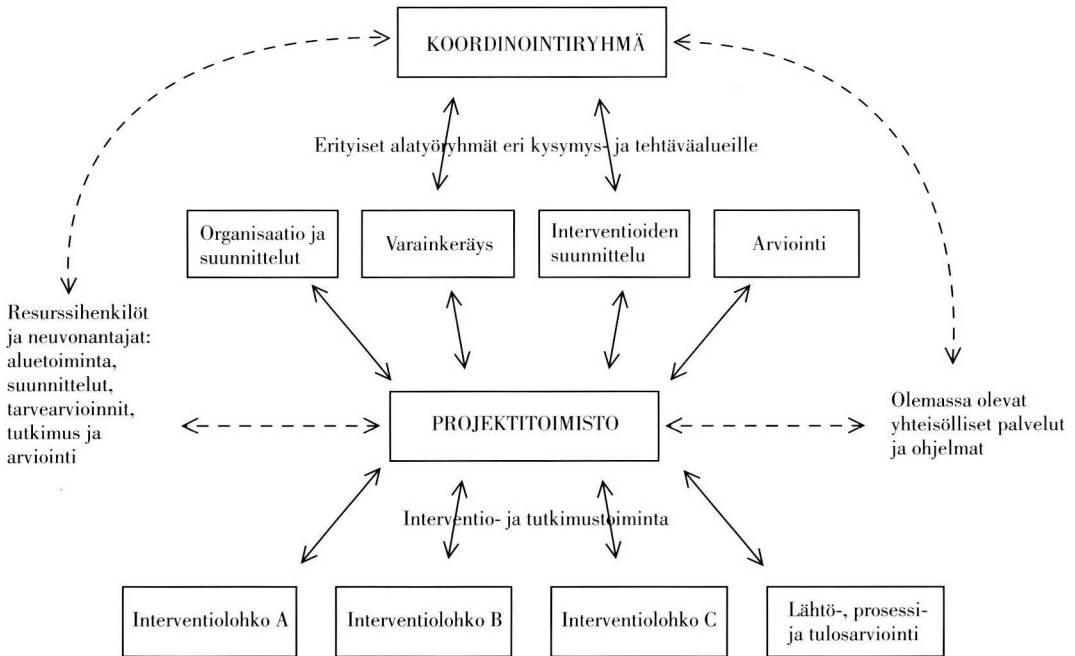


juuden mukaan. Erityisiä projektialueita ja -tehtäviä varten muodostetut työryhmät toimivat koordinaatioryhmän alaisuudessa.

Tutkimus- ja interventio toiminnan toteuttamista varten perustetaan projektin osittain itsenäisin valtuuksin toimiva toimisto, joka sijaitsee projektin kohteena olevan yhteisön alueella. Projektitoimistoa johtaa joku kokenempi muutosagentti ja sen työntekijöinä ovat paikalliset muutosagentit ja vapaaehtoiset. Jokainen muutosagentti vastaa jostakin nimenomaisesta projektitehtävästä tai -inter-

ventiosta. Yhteisön jo olemassa olevat palvelut ja erityisintressit ovat vuorovaikutuksessa koordinaatioryhmän ja projektin toimiston kanssa. Sama koskee resurssihenkilöstöä ja projektin toiminnoissa mukana olevia neuvonantajia.

Kuviossa 6 esitetään luonnostelma monitahoisten yhteisötasoisien ehkäisemisprojektien aikatauluksi. Projektin tehtävät jakautuvat kuuteen pääryhmään: hallintoon, tiedottamiseen, aluetoimintaan ja yhteisön mobilisointiin, interventioihin, arviointiin ja seuran-



taan sekä projektista saatujen tulosten levittämiseen ja soveltamiseen. Koko projektin ajan yhteisön jäsenille tarjotaan koulutusta ja tietoja, jotka helpottavat heidän jatkuvaa osallistumistaan projektiin.

Sen jälkeen kun alustavat päätökset projektin toteuttamisesta on tehty, suoritetaan taustaselvityksiä hankkeen teoreettisen ja käsitteellisen perustan luomiseksi. Tämän vaiheen aikana kootut tiedot toimitetaan myös yhteisön jäsenille. Tässä vaiheessa myös pohditaan, olisiko jotkut hankkeet tai palvelut tarpeen ulottaa yhteisöön kokonaisuutena.

Tämän jälkeen suoritetaan tarvearviointi yhteisön jäsenten myötävaikutuksella. Tarvearvioinnin tuloksia käytetään hyväksi projektisuunnitelman viimeistelyssä. Tässä vaiheessa hankitaan niin ikään perusinformaa-

tiota sellaisista kysymyksistä kuin esimerkiksi alkoholiin liittyvien liikenneonnettomuuksien määrästä. Osallistuminen kuviossa 5 esitetyn koordinaatio-organisaation toimintaan ja vuorovaikutus sen kanssa auttavat yhteisön jäseniä reagoimaan perusarviointien tuloksiin ja osallistumaan projektin yleisstrategian hahmotteluun.

Tämän jälkeen toteutetaan yhdessä yhteisön kanssa tarvearvioinnin nojalla määriteltyihin projektin kohderyhmiin suunnatut interventiot. Projektia arvioidaan määräajoin, jotta varmistettaisiin ohjelmien ja palvelujen toteutuminen suunnitelmien mukaisesti. Prosessiarviointien tuloksista tiedotetaan edistymisraporttien muodossa.

Sitten arvioidaan interventioiden tehokkuutta asianmukaisin tulosarviointimenetel-

Kuvio 6. Monitahoisten yhteisötason ehkäisyprojektien avaintehtävien aikataulu

Hallinto	Alkup. rahoitus	Ydin- ja oheisprojektien rahoitus			
Koordinointi ja projektin johto					
Teoria, informaatio	Taustatiedot, suunnittelu	Suunnittelun viimeistely	Interventiostrategia	Teorian tarkistaminen	
Aluetoiminta, mobilisointi	Tiedon jakaminen	Reaktiot lähtötietoihin	Interventioverkostot	Uusien interventioiden mobilisointi	
Jatkuva valmennustoiminta					
Interventiot	Vaihtoehtojen kartoitus	Yleisstrategian suunnittelu	Toteutus ja tarkistukset	Siirtymä vakiintuneeseen ohjelmaan	
Arviointi ja seuranta	Tarvearviointi	Lähtötiedot	Prosessiarvioinnit	Tulosarviinnit	
Levittäminen ja soveltaminen	Tarvearviointien tulokset	Ongelman ulottuvuudet	Interventiotekniikat ja -välineet	Tuotteet ja raportit	
	Aika I	----->			Aika X

min. Tämän arvioinnin tulokset esitetään raportointilomakkeilla. Toteutettujen ohjelmien ja palvelujen valvonta siirretään yhteisön vastuulle.

Tässä ehdotetun kaltainen viitekehys tarjoaa keinot tutkijoiden, muutosagenttien ja yhteisön jäsenten etujen integroimiseen. Kuten edellä jo todettiin, monitahoiset ehkäisyprojektit ovat johtaneet myönteisiin asenne- ja käyttäytymismuutoksiin. Useiden erilaisten interventioiden soveltaminen ei kuitenkaan

sellaisenaan takaa onnistunutta lopputulosta; tulokset riippuvat niiden toteutuksesta yhteisössä itsessään. Monitahoisten toimintatutkimusaloitteiden tärkeimpänä haasteena ovat niissä mukana olevien avaintoimijoiden toisistaan poikkeavat näkökulmat. Ratkaisevaa realistisesti suunnittelun ja toimivan projektin aikaansaamisessa on luoda sellainen koordinaatiotehtävistä huolehtiva viitekehys, joka mahdollistaa avainosapuolten mielekkään panoksen ja osallistumisen.

**KIRJALLISUUS**

Ajzen, I. & Fishbein, M.: Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1975

Bandura, A.: Social learning theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1977

Casswell, S. & Gilmore, L.: An evaluated community action project on alcohol. *Journal of Studies on Alcohol* 50 (1986): 4, 339–346

Cole, P. N.: Working together for health: A community development strategy for the Health Department. Brampton, Ont.: Peel Region Health Department, 1989

Farquhar, J. W.: Changing cardiovascular risk factors in entire communities: The Stanford Three-Community Project. P. 435–440. In: Lauer, R. M. & Shekelle, R. B. (eds.): Childhood prevention of atherosclerosis and hypertension. New York: Raven

Press, 1980

Farquhar, J. W. & Fortmann, S. P. & Maccoby, N. & al.: The Stanford Five-City Project: design and methods. *American Journal of Epidemiology* 122 (1985): 2, 323–334

Farquhar, J. W. & Fortmann, S. P. & Flora, J. A. & al.: Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Medical Association* 264 (1990): 3, 359–365

Flanigan, B.: The hidden subverter: a case study in community adolescent alcohol education. *Journal of Alcohol and Drug Education* 33 (1987): 1, 11–19

Freire, P.: *Education for critical consciousness*. New York: Seabury Press, 1973

Giesbrecht, N. & Douglas, R. R.: The demonstration project and comprehensive community programming: dilemmas in preventing alcohol-related problems. *Contemporary Drug Problems* 17 (1990): 3, 421–459

Giesbrecht, N. & Pravnovi, P. & Wood, L.: Impediments to changing local drinking practices: lessons from a prevention project. P. 225–238. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): *Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Goodstadt, M. S.: Addressing the problems of action research in the community: lessons from alcohol and drug education. P. 225–238. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): *Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Graham, K. & Saunders, S. J. & Flower, M.: Approaches and agenda of researchers or evaluators versus those of community developers: perspectives of the program developer, the program manager, and the program evaluator. P. 196–212. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): *Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Green, L. W. & Kreuter, M. W. & Deeds, S. G. & Partridge, K. B.: *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, Ca.: Mayfield 1980

Hennesy, M.: Designing and evaluating alcohol problem community interventions: quasi-lessons from the experience of medical trials. *Journal of Primary Prevention* 11 (1991): 3, 169–192

Holmila, M. & Partanen, J. & Piispa, M. & Virtanen, M.: *Alcohol education and alcohol policy*. Report No. 139. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies, 1980

Howard, J. & Barofsky, I.: Protecting the scientific integrity of community intervention studies: confronting social realities. Paper presented at the conference "Methodological Issues in Community Prevention Trials for Alcohol Problems". Berkeley, California, December 5, 1989

Hunt, S.: Building alliances: professional and political issues in community participation: examples from a health and community development project. *Health Promotion International* 5 (1990): 3, 179–185

Jacobs, D. R. & Luepker, R. V. & Mittelmark, M. B. & al.: Community-wide prevention strategies: evaluation design of the Minnesota Heart Health Program. *Journal of Chronic Disease* 39 (1986): 10, 775–788

Johnson, C. A.: Comprehensive community programs for drug abuse prevention. P. 76–113. In: Glynn, T. J. & Leukfeld, C. G. & Ludford, J. P. (eds.): *Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies*. Rockville, Md.: NIDA Research Monograph 47, 1985

Johnson, C. A.: Objectives of community programs to prevent drug abuse. *Journal of School Health* 56 (1986): 9, 364–368

Kandel, D. B. & Logan, S. A.: Problems of drug use from adolescence to young adulthood I: periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health* 74 (1984): 6, 660–666

Kokeny, M. & Gyarfás, I. & Makara, P. & Kishegyi, J.: The role of health promotion in preventive policy against cardiovascular diseases in Hungary. *Health Promotion* 1 (1986): 1, 85–92

Kotler, P. & Zaltman, G.: Social marketing: an approach to planned social change. In: Lazar, W. & Kelley, E. (eds.): *Social marketing perspectives and viewpoints*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1973

Ledermann, S.: *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. Volume 1. Paris: Presses Universitaires de France, 1956

Ledermann, S.: *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. Volume 2. Paris: Presses Universitaires de France, 1964

Lefebvre, R. C. & Lasater, T. M. & Carleton, R. A. & Peterson, M. S.: Theory and delivery of programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Preventive Medicine* 16 (1987): 1, 80–95

Leitko, R. A. & Peterson, S. A.: Social exchange in research: towards a "new deal". *Journal of Applied Behavioural Science* 18 (1982): 4, 447–462

Lewin, K.: Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 2 (1946): 4, 34–46

McGuire, W.: Persuasion, resistance, and at-

titude change. In: Sola Pool, I. de & al. (eds.): Handbook of communication. Chicago: Rand-McNally, 1973

Mittelmark, M. B. & Luepker, R. V. & Jacobs, D. R. & al.: Community-wide prevention of cardiovascular disease: education strategies of the Minnesota Heart Health Program. *Preventive Medicine* 15 (1986): 1, 1–17

Nutbeam, D. & Crawford, J.: The Welsh heart programme evaluation strategy: progress, plans, possibilities. *Health Promotion* 2 (1987): 1, 5–18

Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1 (1986): 4, iii–v

Pederson, A. & Roxburgh, S. & Wood, L.: Conducting community action research. P. 265–285. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Pentz, M. A. & Cormack, C. & Flay, B. & al.: Balancing program and research integrity in community drug abuse prevention: Project STAR approach. *Journal of School Health* 56 (1986): 9, 389–393

Pentz, M. A. & Dwyer, J. H. & Mackinnon, D. P. & al.: A multicomunity trial for primary prevention of drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 261 (1989): 22, 3259–3266

Perry, C. L.: Community-wide health promotion and drug abuse prevention. *Journal of School Health* 56 (1986): 9, 359–363

Piette, D.: Community participation in formal decision-making mechanisms. *Health Promotion International* 5 (1990): 3, 187–197

Porter, R. A. & Peters, J. A.: An ecological framework for the integration of practice methods: community organization for the '80s. *Social Development Issues* 5 (1981): 2–3, 157–165

Puska, P. & Salonen, J. T. & Koskela, K. & al.: The community health strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annual Review of Public Health* 6 (1985), 147–193

Rogers, E.: *Diffusion of innovations*. New York: Free Press, 1962

Roncarati, D. D. & Lefebvre, R. C. & Carleton, R. A.: Voluntary involvement in community health promotion: The Pawtucket Heart Health Program.

*Health Promotion* 4 (1989): 1, 11–18

Room, R.: Community action on alcohol problems: The demonstration project as an unstable mixture. P. 1–25. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Rothman, J.: Three models of community organization practice. P. 20–36. In: Cox, F. & al. (eds.): Strategies of community organization. Itasca, Ill.: Peacock, 1970

Sanchez-Craig, M.: A therapist's manual for secondary prevention of alcohol problems: Procedure for teaching moderate drinking and abstinence. Toronto: Addiction Research Foundation, 1984

Saltz, R. F.: Research in environmental and community strategies for the prevention of alcohol problems. *Contemporary Drug Problems* 15 (1988): 1, 67–81

Shain, M.: Work site community processes and the prevention of alcohol abuse: Theory to action. P. 106–112. In: Giesbrecht, N. & al. (eds.): Research, action, and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug problems. Rockville, Md.: OSAP Prevention Monograph 4, 1990

Shea, S. & Basch, C. E.: A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part I: Rationale, design, and theoretical framework. *American Journal of Health Promotion* 4 (1990): 3, 203–213

Stirling, A.: Workshop summary. P. 13–18. In: Hood, C. (ed.): Community development: Nice idea or working reality? Proceedings of the 8th Annual Health Promotion Division Workshop. Toronto: Ontario Public Health Association, 1989

Susman, G. I. & Evered, R. D.: An assessment of the merits of action research. *Administrative Science Quarterly* 23 (1978), 582–603

Torjman, S. R.: Prevention in the drug field monograph I: Essential concepts and strategies. Toronto: Addiction Research Foundation, 1986

Watt, A. & Rodmell, S.: Community involvement in health promotion: progress or panacea? *Health Promotion* 2 (1988): 4, 359–367.

#### ENGLISH SUMMARY

**N. Giesbrecht & B. K. Hyndman & D. R. Bernardi & N. Coston & R. R. Douglas & R. G. Ferrence & L. Gliksman & M. S. Good-**

**stadt & D. G. Graham & P. D. Loranger: Community action research projects: Integrating community interests and research agenda in multicomponent initiatives (Yhtei-**

***sön intressien ja tutkimustavoitteiden integroiminen yhteisötoimintatutkimuksissa)***

The potential goals of community action projects to prevent substance abuse are as follows: to test hypotheses and advance knowledge; to facilitate community development and needs assessment; to build and implement interventions; to establish a base of support for a program or service after the project is completed; and to provide models, frameworks, materials and protocols for similar or related projects in other communities. The overall purpose of these projects is to reduce the prevalence of alcohol- and drug-related problems and curtail factors that give rise to these problems in the first place.

Recent years have seen an expansion of these projects and a better appreciation of what needs to be done in order to produce measurable behavioural change in the community. Some of these projects involve multiple interventions and have multiple foci (e.g., alcohol, drinker, and/or the environment). These projects have been influenced by community action research and prevention trials focusing on cardiovascular, tobacco-related, and illicit drug-related disorders or problems. Multi-component initiatives require special attention in

order to balance, coordinate, and synthesize community interests with the research agenda.

This paper provides a rationale for multicomponent community-based action research projects. By use of illustrations from previous multicomponent initiatives in the alcohol, tobacco, and cardiovascular areas, this paper outlines both the unique pitfalls of multicomponent projects as well as their potential in facilitating community mobilization, and increasing, expanding and reinforcing impact.

The paper also considers two key aspects of these projects: a collection of community needs and interests may provide a basis for community initiatives, but not a conceptual framework or cohesive plan of action. A key challenge faced by community action research is to combine a sensitivity towards community needs and interests with a conceptualization supported by research and involving both process and outcome evaluation. The integrated development of community-based projects transforms and enhances both community interests and a conceptually-based plan of action. Through the involvement of change agents and local community members, community development research plans can emerge as relevant, realizable, and worthwhile protocols.