

Virpi Vahlman, Satu Pärnänen, Vesa Parkkinen

TYÖTÖN JA ALKOHOLI

Voimavuodet 3 -hankkeeseen osallistuneiden
työttömien alkoholinkäyttö

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Maaliskuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>		Opinnäytetyön päivämäärä 22.3.2011
Tekijä(t) Vesa Parkkinen, Satu Pärnänen, Virpi Vahlman		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Nimeke TYÖTÖN JA ALKOHOLI. Voimavuodet 3-hankkeeseen osallistuneiden työttömien alkoholinkäyttö.		
Tiivistelmä Alkoholilla on kulttuurissamme vahva sosiaalista elämää tukeva rooli. Alkoholinkäyttöä pidetään normaalina ja alkoholista kieltäytymistä poikkeavana käytöksenä. Suomalaisten myönteinen asenne alkoholinkäyttöä kohtaan on vaihtumassa huoleen alkoholin aiheuttamista ongelmista. Työttömyys ja työttömyyden uhka sekä alkoholinkäyttö vaikuttavat haitallisesti terveyteen ja lisäävät sairauksien ja enenaikaisen kuolleisuuden vaaraa. Suomalaisten tutkimusten mukaan ennen työttömyyttä paljon alkoholia käyttäneiden vaara alkoholisoitua kasvaa työttömyyden myötä, kun taas vähemmän alkoholia käyttävät työttömät vähentävät käyttöä entuudestaan. Voimavuodet-hanke on Mikkelin ammattikorkeakoulun hallinnoima kolmiosainen hanke. Tämä opinnäytetyö on osa Voimavuodet 3 - <i>Takaisin työelämään</i> -hanketta. Hankkeen tavoitteena oli ehkäistä työelämästä poissaolevien syrjäytymistä ja edistää heidän terveyttään. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hankkeessa mukana olevien työttömien alkoholinkäyttöä sukupuolen, iän ja työttömyyden keston mukaan. Aihe on ajankohtainen, sillä sekä työttömyys että alkoholinkäyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena ja aineisto saatiin valmiina toimeksiantajalta. Tutkimuksen kohde-ryhmä oli Voimavuodet 3 -hankkeessa mukana olevat 121 työtöntä henkilöä. Heistä 78 henkilöä oli täytännyt strukturoidun AUDIT-kyselylomakkeen. Tässä työssä käytettiin kolmea ensimmäistä kysymystä ja kyselyn kokonaispistemäärää. Taustamuuttujina tutkimuskysymyksissä käytettiin sukupuolta, ikää ja työttömyysaika, jotka kerättiin asiakastietolomakkeesta. Vastauksista ilmeni, että miehet käyttivät alkoholia useammin ja suurempina annosmäärinä kuin naiset. Molemmilla sukupuolilla ja kaikkien ikäryhmien mukaan mitattuna alkoholinkäyttö jäi enimmäkseen 1-2 annokseen kerrallaan, mutta runsasta käyttöä oli kuitenkin lähes jokaisessa ikäryhmässä. Työttömyysajan pituuden mukaan käyttö oli runsainta alle 1 vuotta sekä yli 13 vuotta työttömänä olleilla. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Voimavuodet 3 -hankkeen loppuraportissa kehittämään työttömien terveystapaamisia.		
Asiasanat (avainsanat) Työttömyys, työtön, pitkäaikaistyötön, alkoholinkäyttö, mini-interventio, AUDIT, hoitotyö, työttömien terveystarkastukset, kvantitatiivinen tutkimus		
Sivumäärä 50	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) 2		
Ohjaavan opettajan nimi Anne Ulmanen, Paula Mäkeläinen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Voimavuodet 3 -hanke: Takaisin työelämään Mikkelin ammattikorkeakoulu

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Date of the Bachelor's thesis</p> <p>22.3.2011</p>	
<p>Author(s)</p> <p>Virpi Vahlman, Satu Pärnänen, Vesa Parkkinen</p>	<p>Degree programme and option</p> <p>Mikkeli University of Applied Sciences Health care program</p>	
<p>Name of the master's thesis</p> <p>Unemployed and alcohol: Unemployed clients and alcohol use in Voimavuodet- 3 project.</p>		
<p>Abstract</p> <p>Alcohol has a big role in Finnish social life. It's normal to use alcohol and abnormal if you don't drink. The positive attitude of Finnish people towards alcohol is changing, because we know more about alcohol's problems.</p> <p>Unemployment and alcohol use are health risks. You get more illnesses and you die younger. According to Finnish research, if you use a lot of alcohol before you are unemployed, you probably will drink even more when you lose your job. But if you haven't been drinking much, you probably won't drink during unemployment time.</p> <p>Voimavuodet 3 -project is a project run by Mikkeli University of Applied Sciences. This Bachelor's thesis is part of Voimavuodet 3 -project. The goal of this project is to prevent health problems by unemployed people and activate them. The purpose of our Bachelor's thesis is to find out how much unemployed people drink according to age, sex and unemployment time. This subject is topical, because unemployment and alcohol use has increased.</p> <p>Our Bachelor's thesis was quantitative and we obtained the ready material from the Voimavuodet 3 -project. Target group of that project was 121 unemployment people. 78 of them filled the AUDIT-questionnaire. We used first three questions and the final score. We used sex, age and unemployment time as variables.</p> <p>When we looked at the answers, we found out that men used more alcohol and bigger portions than women. In both sexes and in all age groups, the most common alcohol portion was one to two portions at once. But there were also heavy alcohol use in every age group. Alcohol use was the most heavies among those who had been unemployed less than a year or more than 13 years. The results of this Bachelor's thesis will be used in final raport of Voimavuodet 3 -project and to develop physical for unemployed.</p>		
<p>Subject headings, (keywords)</p> <p>Unemployment (unemployed), long-term-unemployed, alcohol use, mini-intervention, AUDIT, nursing, physical for unemployed, quantitative research</p>		
<p>Pages</p> <p>50</p>	<p>Language</p> <p>Finnish</p>	<p>URN</p>
<p>Remarks, notes on appendices</p> <p>2</p>		
<p>Tutor Anne Ulmanen, Paula Mäkeläinen</p>	<p>Bachelor's thesis assigned by</p> <p>Voimavuodet 3 -project: Mikkeli University of Applied Sciences</p>	

1 JOHDANTO.....	1
2 TYÖTTÖMÄT JA TERVEYS.....	2
2.1 Työttömyys, työtön ja pitkäaikaistyötön.....	2
2.2 Työttömän elämänhallinta ja syrjäytyminen.....	4
2.3 Yksilön riskitekijät ja yksilöä suojaavat tekijät.....	5
2.4 Työttömän terveys ja toimintakyky.....	6
2.5 Työttömien terveystarkastukset.....	8
3 MITEN ALKOHOLI NÄYTTÄYTYY TYÖTTÖMÄN ELÄMÄSSÄ.....	9
3.1 Alkoholi päihtenä.....	9
3.2 Alkoholin kohtuukäyttö, riskikäyttö sekä alkoholista aiheutuvat riippuvuudet.....	10
3.3 Alkoholinkäyttö Suomessa.....	12
3.4 Työttömien miesten ja naisten alkoholinkäyttö.....	13
4 TYÖTÖN ALKOHOLIN KÄYTTÄJÄ HOITOTYÖN HAASTEENA.....	15
4.1 Alkoholista aiheutuvat ongelmat ja sairaudet.....	15
4.2 Mini-interventio ja AUDIT.....	17
4.3 Ennaltaehkäisevä päihdetyö.....	19
4.4 Hoitajan auttamiskeinoja työttömän asiakkaan alkoholinkäyttöön.....	20
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	22
6.1 Kohderyhmä.....	22
6.2 Aineiston keruu.....	22
6.3 Aineiston analyysi.....	23
7 TULOKSET.....	23
7.1 Taustatiedot.....	23
7.2 Työttömien alkoholinkäyttö sukupuolittain.....	24
7.3 Työttömien alkoholinkäyttö ikäryhmittäin.....	29
7.4 Työttömien alkoholinkäyttö työttömyysajan mukaan.....	32
7.5 Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista.....	36
8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	37
9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	40

10 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	41
11 OPINNÄYTETYÖ PROSESSINA.....	42
12 JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSET.....	42
LÄHTEET.....	44

1 JOHDANTO

Alkoholilla on kulttuurissamme vahva sosiaalista elämää tukeva rooli, alkoholin käyttöä pidetään normaalina ja alkoholista kieltäytymistä poikkeavana käytöksenä (Havio ym. 2008, 93). Alkoholista liittyy vahvasti erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin kuten esimerkiksi vierailuihin tai juhliin. Tästä syystä alkoholinkäyttöä voidaan pitää ongelmallisena. (Salaspuro ym. 2003, 23.) Alkoholin käyttö ja sen myötä haitat ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä erityisen nopeasti. Selvitys suomalaisten alkoholisenteista osoittaa, että merkittävä osa suomalaisista pitää hyvänä tähänastista tehokkaampia toimia alkoholin aiheuttamien haittojen ja ongelmien vähentämiseksi. Alkoholimyönteinen asenne on vaihtumassa huoleen kulutuksen kasvusta koska päihtyneitä henkilöitä näkee yhä useammin arjessa. Suomalaiset toivovat, että asenteita humalajuomista kohtaan tiukennetaan (Laari 2008, 3). Työttömyys ja työttömyyden uhka vaikuttavat haitallisesti terveyteen ja lisäävät sairauksien ja ennenaikaisen kuolleisuuden vaaraa. Suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että esimerkiksi jo ennen työttömyyttä paljon alkoholia käyttäneiden vaara alkoholisoitua kasvaa työttömyyden myötä, kun taas muut työttömät vähentävät alkoholin kulutustaan. (Mannila & Martikainen, 2005.)

Erityisesti pitkään työttöminä olleilla on paljon sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Syrjäytymiskehityksen seurauksena osa työttömistä ei hakeudu oma-aloitteisesti terveyspalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii viranomaisilta aktiivisuutta. Pitkäaikaistyöttömän terveydentilan ongelmat ja työkyvyssä olevat terveyshaitat ovat usein esteenä työllistymiselle ja uhkana syrjäytymiselle. Pitkäaikaistyöttömät ovat eriarvoisessa asemassa muuhun työikäiseen väestöön nähden terveyspalvelujen saannissa, sillä he ovat työterveyshuoltoon liittyvien terveystarkastusten ja muiden niihin liittyvien palvelujen ulkopuolella. Heitä ei tavoita työikäiselle väestölle tarkoitettu työterveyshuollon palvelujärjestelmä ja siksi he tarvitsevat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja työ- ja toimintakuntonsa ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008)

Voimavuodet-hanke toimii Mikkelin ammattikorkeakoulun omistamassa hyvinvointipalvelukeskus Elixirissä. Yhteistyötahona hankkeessa on Vaalijalan kuntayhtymä.

Takaisin työelämään-hankkeen rahoittajana on Etelä-Savon elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. Voimavuodet-hankkeeseen kuuluu kolme eri osa-alueita: Voimavuodet 1 eli *Hyvinvoivat työyhteisöt*, Voimavuodet 2 eli *Sähköiset terveystapaamiset* ja Voimavuodet 3 eli *Takaisin työelämään*. Voimavuodet hankkeen toiminta-aika on 2008–2010. Voimavuodet 3 hankkeen tavoitteena on paneutua erityisesti työelämästä poissa olevien henkilöiden syrjäytymisen ehkäisemiseen ja terveyden edistämiseen. Työttömille järjestetään viisi laajennettua asiakastapaamista, joiden kesto on noin 1½ tuntia. Opiskelijat järjestävät terveystapaamiset ja niissä käsitellään erilaisia terveyteen liittyviä asioita.

Tämä opinnäytetyö on toimeksianto Voimavuodet 3 -takaisin työelämään -hankkeelta. Työn tarkoituksena on kartoittaa Voimavuodet 3 -hankkeessa mukana olevien työttömien alkoholinkäyttöä sukupuolen, iän ja työttömyys ajan mukaan. Aihe on ajankohtainen, koska työttömyys on lisääntynyt 2000-luvulla. Työttömien määrä on kasvanut vuodesta 2008 ja vuoden 2009 loppuun mennessä työttömiä oli jo runsas kolmannes työvoimasta. (Sihto, 2010.) Alkoholinkulutuksen kasvu alkoi 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen ja kiihtyi 2000-luvulla (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2009).

Hoitoalalla työskentelevillä on oltava tarpeeksi ammattitaitoa kohdata ja tunnistaa asiakas, jolle alkoholi on muodostumassa ongelmaksi. Hoitajalla on oltava taitoa ottaa asia puheeksi, ohjata asiakasta muutoksessa sekä tarvittaessa ohjata asiakas hoitoon. (Havio ym. 2008, 12.)

2 TYÖTTÖMÄT JA TERVEYS

2.1 Työttömyys, työn ja pitkäaikaistyön

Työttömyys määritellään niin, että työttömään työvoimaan luetaan vuoden viimeisenä työpäivänä työttömänä olleet 15–74-vuotiaat henkilöt. Työttömäksi luetaan henkilö, joka on työtä vaille tai on etsinyt työtä aktiivisesti viimeisen neljän viikon aikana ja hän voisi aloittaa työn kahden viikon kuluessa. Myös henkilö, joka on työtä vaille mutta odottaa sovitun työn alkamista kolmen kuukauden kuluessa, luetaan työttömäksi.

si, jos hän voisi aloittaa työn kahden viikon kuluessa. Työttömäksi katsotaan myös nykyisestä työpaikastaan toistaiseksi lomautettu, joka täyttää edellä mainitut kriteerit. Pitkäaikaistyötön on henkilö, jonka työttömyys on kestänyt yhtäjaksoisesti yli vuoden. Pitkäaikaistyöttömyys on varsinkin ikääntyneiden ja matalan koulutustason omaavien työttömien ja myös runsaasti alkoholia käyttävien ongelma. Jos työttömyys jatkuu pitkään, ammattitaito rapistuu ja työttömällä on suuri riski syrjäytyä lopullisesti työmarkkinoilta. Lisäksi on havaittu, että innostus työnhakuun vähenee työttömyyden pitkittyessä. (Tilastokeskus, 2009.)

On yleisesti tunnettua, että työttömyys vaikuttaa yksilöiden, perheiden ja koko yhteiskunnan elämään. Työttömyyden vaikutukset ovat taloudellisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja psyykkisiä. (Pentti K. Työttömyyden pitkä varjo, 2004) Työttömyyden ikävin seuraus on yhteiskunnallisesti työmarkkinoiden käyttämättä jättäminen. Työttömyys lisää toimenpiteitä ja valtion menoja, mutta se myös vähentää yhteiskunnan tuloja. Yhteiskunnassa jossa on paljon työttömyyttä, syntyy helposti myös epäoikeudenmukaisuuden ilmapiiriä niin työttömien kuin työssäkäyvienkin joukossa. (Julkunen, 2009; Leinonen & Vanhanen, 2010.) Laaja työttömyys on ristiriidassa suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan tavoitteiden kanssa. Työttömyyden muuttuessa pitkäaikaiseksi, se saattaa murentaa hyvinvointiyhteiskunnan perusteita. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus – tulevaisuuskatsaus 2010.) Työttömyys vaikuttaa muun muassa yksilön itsetuntoon ja uskoon omista voimavaroista. Se voi johtaa myös syrjäytymiseen, erilaisiin somaattisiin sairauksiin sekä psyykkisiin ongelmiin. (Leinonen & Vanhanen, 2010.)

Heponiemen ym. (2008) mukaan sosiaalinen tukiverkosto ja hyvät selviytymiskeinot voivat lieventää työttömyyden vaikutuksia. Useat työttömyysjaksot, työttömyyden pituus, korkea ikä, häpeä, taloudelliset vaikeudet, alkoholin käyttö sekä mielenterveysongelmat pahentavat työttömän elämänlaatua ja sitä kautta työn saanti mahdollisuuksia. (Lepistö, 2010.) Heponiemi (2008) sekä Pensola (2006) toteavat, että työttömyys erityisesti pitkittyessään tuo usein mukanaan muun muassa sosiaalisten suhteiden katkeamista, köyhyyttä sekä fyysisen ja psyykkisen terveydentilan ja työkyvyn heikkenemistä. (Kokko 2010.) Työttömyyden yhteys alkoholikuolleisuuteen on merkittävä. Työttömyyden pitkittyessä vähintään 25 kuukauteen, alkoholikuolleisuus on noin 20-kertaista koko ajan työssä olleisiin verrattuna. (Mäkelä ym. 2009.)

Työttömäksi jääminen heijastuu myös työttömän lähisuhteisiin. Yhden perheenjäsenen työttömyys vaikuttaa koko perheen toimintaan sekä vuorovaikutukseen. (Kokkonen, 2003,15.) Vanhempien työttömyys vaikuttaa koko perheen köyhyyteen sekä hyvinvointiin. Erityisesti alkoholi- ja mielenterveysongelmaisten vanhempien lapset kokevat turvattomuutta ja heitteillejättöä. Vaikka perheen tulotaso on niukkaa työttömyyden vuoksi, vanhemmat yleensä kantavat vastuun perheestään. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010.) Jones ym. (1991) mukaan työttömyys voidaan nähdä myös positiivisena asiana perheelle. Yleensä työttömyys enemmän vahvistaa kuin heikentää perheen välisiä suhteita. (Böök, 2001, 25.)

2.2 Työttömän elämäntilanteen ja syrjäytyminen

Elämäntilanteen kuvaaminen ihmisen suhdetta elämäänsä, kaikkiin asioihin. Ihmisen on hyväksyttävä ja tunnistettava tosiasiat, jotka ovat pohja todelliselle sekä pysyväälle elämäntilanteelle. Elämäntilanteen kuvaaminen on myös kykyä käyttää sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja tarkoituksellisesti. (Holmia ym. 2008, 33.)

Elämäntilanteen kuvaaminen on henkinen voimavara, joka auttaa selviämään stressitilanteista sekä erilaisista vastoinkäymisistä. Se on myös itseensä uskominen, kykyä ja tahtoa tehdä valintoja ja selviytyä erilaisista elämäntilanteista. Osa elämäntilanteen kuvaamisesta on myös elämän kokeminen mielekkäänä. Elämäntilanteen kuvaamiseen kuuluvat myös elämäntilanteen arvot, itsetunto ja käsitys siitä millainen olen. Ihmisellä, joka suhtautuu itseensä myönteisesti, on hyvä elämäntilanteen kuvaaminen. Hän pystyy luomaan itselleen mielekkäitä päämääriä ja omistautuu asioilleen. Kun ihmisen elämäntilanteen kuvaaminen on kunnossa, hän ei ahdistu, stressaannu tai masennu kohtuuttomasti vastoinkäymisissä tai muissa stressaavissa elämäntilanteissa. Taloudellisilla asioilla, sekä yhteiskunnassa vallitsevilla olosuhteilla on myös suuri merkitys elämäntilanteen kuvaamisessa. (Nyyti, Opiskelijoiden tukikeskus, 2009)

Elämäntilanteen kuvaamisen tunne ei ole pysyvä, vaan se muuttuu elämäntilanteiden vaihtuessa. Toisilta saatu rakentava palaute, perheen ja läheisten tuki ovat korvaamaton apu elämäntilanteen kuvaamisen tunne vahvistumisessa. Jos itseltään vaatii liian paljon, saattaa tämä johtaa elämäntilanteen kuvaamisen tunne väistymiseen. Seurauksena tästä saattaa olla esimer-

kiksi masennusta, työttömyyttä tai alkoholin ongelmakäyttöä. (Nyyti, Opiskelijoiden tukikeskus, 2009; Holmia ym. 2008, 33.)

Työttömyyttä pidetään elämänhallinnan häiriötekijänä sekä sosiaalisena riskitekijänä. Työmarkkinoilta syrjäytyminen ennakoi perinteisen näkemyksen mukaan häiriöitä keskeisillä elämänhallinnan alueilla. Toimeentulon muuttuminen pienemmäksi sekä työhistorian katkeaminen aiheuttavat paineita selviytymiseen. Tutkimuksissa on todettu, että työttömänä selviytymiseen vaikuttaa aikaisempi henkilön työmarkkina-asema. Esimerkiksi jos henkilö on ollut korkeassa asemassa ennen työttömyyttään, hän saattaa kokea työttömäksi jäämisen vaikeampana asiana. Tutkimukset osoittavat kuitenkin, että huono-osaisuus koskettaa yleensä pitkäaikaistyöttömiä. (Hietaniemi 2003.) Työttömyyden negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun ei tule aliarvioida, Lucasin ym. (2004) tutkimus osoittaa, että työttömyys huonontaa elämänlaatua.

Syrjäytyminen tarkoittaa yhteiskunnasta sivuun jäämistä. Syrjäytyminen etenee enemmän tai vähemmän yksilön tahdon vastaisesti ja siihen liittyy erilaisia oireita kuten esimerkiksi arvottomuuden tunne, aloitekyvyttömyys, elämänilon väheneminen, ihmissuhteiden puute, laiskuus, negatiivisuus, päihteiden runsas käyttö, vahva ulkopuolisuuden tunne ja välinpitämättömyys. (Lehto, 2010.) Mikäli henkilöltä puuttuu normaaliin elämäntapaan liittyviä voimavaroja, se näyttäisi edistävän syrjäytymistä. Sosiaalisiin suhteisiin ja yleiseen hyvinvointiin liittyviltä alueilta syrjäytyminen on usein yhteydessä myöhempään työmarkkinoilta syrjäytymiseen. Syrjäytymistä voidaan tehokkaasti estää yhteiskunnallisilla turvaverkoilla. (Hietaniemi, 2003.) Sevon (2006) ja Herttuan (2010) mukaan suomalaisen yhteiskunnan suurin uhka on syrjäytyminen, jonka syytä ovat muun muassa alkoholin käyttö ja työttömyys. Työttömyys sekä sosiaaliset ongelmat liittyvät yleensä yhteen. Ongelmien kasaantuminen lisää yksilön syrjäytymisriskiä. (Kokkonen, 2003,15.)

2.3 Yksilön riskitekijät ja yksilöä suojaavat tekijät

Jokaisella on elämässään riskitekijöitä sekä suojaavia tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen päätyykö ihminen vääränlaisiin ratkaisuihin elämässään. Muun muassa alkoholin haitallinen käyttö voi johtaa ongelmiin, kuten työttömyyteen. (Kokkonen, 2003, 15.)

Riskitekijä on yksilöön tai ympäristöön liittyvä ominaisuus, olosuhde tai tapahtuma, jonka on havaittu tietyissä olosuhteissa tai tietyssä ryhmässä lisäävän jonkin tietyn häiriön tai ongelman todennäköisyyttä. Sisäisiä riskitekijöitä ovat muun muassa itsetunnon haavoittuvuus, avuttomuuden tunne, huonot ihmissuhteet, seksuaaliset ongelmat, eristäytyneisyys, vieraantuneisuus tai laitostuminen. Ulkoisia riskitekijöitä ovat esimerkiksi kodittomuus, erot ja menetykset, hyväksikäyttö ja väkivalta, psyykkiset häiriöt perheessä, päihteet, leimaaminen, syrjäytyminen, köyhyys, kiusaaminen, työttömyys sekä haitallinen elinympäristö. (Taarnala, 2008.)

Suojaava tekijä on yksilön, yksilön lähisuhteiden tai yhteiskunnan ominaisuus, joka vaikuttaa tiettyjen riskitekijöiden vaikutuksilta suojaavasti. Suojaavat tekijät voivat olla sisäisiä ja ulkoisia. Mitä enemmän yksilöllä on suojaavia tekijöitä sitä paremmat ovat hänen selviytymismahdollisuudet. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi fyysinen terveys ja perimä, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, itsetunto, hyväksytyksi tuleminen tunne, ongelmanratkaisutaito, ristiriitojen käsittelytaito, vuorovaikutustaidot, mahdollisuus toteuttaa itseään sekä kyky luoda ja ylläpitää ihmissuhteita. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa sosiaalinen tuki, koulutusmahdollisuudet, työ tai muu toimeentulo, turvallinen elinympäristö, kuulluksi tuleminen ja vaikuttamismahdollisuudet. (Taarnala, 2008.)

2.4 Työttömän terveys ja toimintakyky

WHO:n eli Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan terveys on ihmisen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden puuttumista. Jokaisella ihmisellä on käsitys, mitä terveys on ja mitkä asiat siihen vaikuttavat. Terveysteen liitetään usein myös käsitys kyvystä vaikuttaa terveyteensä tai sairauteensa tai laajemmin kyvystä omaan elämänhallintaan. Terveysteden edistämisen avulla voidaan tukea ja mahdollistaa yksilöiden sekä yhteisöjen hyvinvointia ja oma-toimisuutta. Terveys voidaan nähdä yhtenä osana valintojamme sekä yhteiskunnallista päätöksentekoa. Terveysteden edistäminen on myös yksilön elämänhallinnan tukemista. (Inkinen ym. 2003, 99.)

Ihmisen toimintakyky voidaan määritellä kykynä tai mahdollisuutena selviytyä erilaisista elämäntilanteista tai elämän haasteista. Selviydytään työstä, huolehditaan itsestä, perheestä tai vapaa-ajasta. Toimintakyky on myös selviytymistä itselle ja elämälle astetuista tavoitteista ja toiveista esimerkiksi työikäisenä työstä. Toimintakykyä kuvataan myös tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. Käytännössä henkilön toimintakykyä tarkastellaan usein hänen fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina edellytyksinään selviytyä päivittäisistä toimista. (Karppi, 2009.) Linnanmäen (2010) tutkimuksen mukaan työttömyydestä muodostuu epäsuotuisa kierre. Työttömiksi valikoituu henkilöitä, joilla on huono terveys ja toimintakyky. Työttömyyden vaarantaessa terveyttä vaikeutuu myös uudelleentyöllistyminen. Työttömyyttä ennustavia terveysongelmia ovat muun muassa, stressioireet, mielenterveysongelmat, huono fyysinen toimintakyky, erilaiset syömishäiriöt, lihavuus, tupakointi ja alkoholin runsas käyttö.

Useat suomalaiset sekä kansainväliset tutkimukset osoittavat, että työttömällä on huonompi terveys sekä korkeampi kuolleisuus kuin työelämässä olevilla. Työttömyyden vaikutus välittyy usein psyykkisen rasittuneisuuden, epäterveellisten elämäntapojen sekä tulojen pienenemisen kautta. Myös jotkut psyykkiset sekä sosiaaliset henkilön ominaisuudet lisäävät sekä työttömyyden, terveysongelmien että kuoleman vaaraa. Tällöin työttömyys ei pelkästään aiheuta huonoa terveyttä. Tutkimusten mukaan pelkästään työttömyyden uhka aiheuttaa psyykkisesti pahaa oloa, mutta uudelleentyöllistyminen yleensä korjaa tilanteen. Työttömyyden jatkuessa mielenterveys ei yleensä heikkene loputtomasti, vaan useimmat työttömät sopeutuvat uuteen tilanteeseen. (Mannila & Martikainen, 2005.)

Suomalaiset tutkijat ovat esittäneet työttömyyden johtavan elintapojen polarisoitumiseen. Esimerkiksi ennen työttömyyttä paljon alkoholia käyttäneiden henkilöiden alkoholin kulutus kasvaa, kun taas muut työttömät usein vähentävät alkoholinkulutustaan. Suomessa suurin osa työttömien suuresta kuolleisuudesta näyttäisi johtuvan työttömyyttä edeltäneistä terveysriskeistä. Tämän mukaan kyse on työttömyyden ja kuolleisuuden vaaran lisääntymisestä mm. elämäntapaan liittyvien riskitekijöiden vuoksi. Työttömien joukossa on riskiryhmiä, joiden muita heikompi selviytyminen näkyy tut-

kimuksissa. Tällöin heidän elämäntilanteensa tarkempi tukeminen ja syrjäytymisen katkaisu on tärkeää koko yhteiskuntapolitiikan kannalta. Huono-osaisia, joiden elämäntilanteessa pitkäaikaistyöttömyys, köyhyys ja heikko terveys liittyvät toisiinsa, on Suomessa arviolta noin 30 000. (Mannila & Martikainen, 2005.)

Heponiemen ym. (2008) mukaan työttömän terveyttä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa vahva sosiaalinen verkosto, terveystalvelujen käyttö, kuntoutus, hyvä itsetunto ja mielekkäät selviytymiskeinot. Työttömän terveyttä pahentavia tekijöitä ovat puolestaan toistuvat työttömyys jaksot, pitkäaikaistyöttömyys, ikä (nuori/vanha), taloudelliset vaikeudet, huono itsetunto, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. (Linnanmäki 2010.)

Työ ja terveys tutkimuksen (2006) mukaan työttömistä 31% koki terveytensä huonoksi, 43% kohtalaiseksi ja vain 26% hyväksi. Tämän tutkimuksen mukaan pitkäaikaistyöttömät käyttävät alkoholia yhtä paljon kuin työssä käyvät. Näyttää siltä, että työttömissä on myös pieni ryhmä alkoholin ongelmakäyttäjiä ja enemmistö on jopa raittiimpia kuin työssä käyvät. Tutkimus osoitti myös, että puolet pitkäaikaistyöttömistä ei käytä lainkaan tai hyvin harvoin alkoholia.

2.5 Työttömien terveystarkastukset

Vasta viime vuosina on alettu kiinnittämään huomiota siihen, että työttömät tarvitsevat säännöllisiä terveystarkastuksia, sillä väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Eroja väestöryhmien välillä on terveydentilassa, elintavoissa sekä terveystalvelujen saatavuudessa. Työttömien terveystalvelujen kehittämistä on ryhdytty viime vuosina lisäämään kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon osoitetulla lisävaltionosuudella työttömien terveystarkastuksiin. Tämän lisäksi kokeilupaikkakunnat ovat saaneet hankerahoitusta kehittääkseen työttömien terveystarkastuksia. Työttömien terveystarkastukset ja -talvelut ovat lisääntyneet kunnissa. Talvelua toteuttaneet kunnat ovat arvioineet toiminnan erittäin hyväksi työttömille. Kunnissa, joissa toteutetaan työttömien terveystalveluja, on havaittu olevan tarvetta erityisesti työkyvyn arviointiin ja

sekä kuntoutusjärjestelmän tuntemukseen. Tärkeimmäksi tässä hankkeessa on nähty määrärahat, joita on annettu työttömien terveystarkastuksiin. Työttömien terveyspalvelujen jatkuvuus on epävarmaa joka kolmannessa hankkeessa mukana olevassa kunnassa, koska taloudelliset näkymät ovat huonot. Tällä hetkellä kuitenkin suurimmissa kunnissa on kehitetty työttömien terveyspalveluja. (Saikku, 2009.)

Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke eli PTT on THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) hallinnoima ja koordinoima. Hanke toteutettiin vuosina 2007–2010. Hankkeen rahoittajina toimi STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) ja osallistuvat kunnat. Hankkeeseen kuului noin 17 osahanketta. Hankkeen tavoitteena oli työttömien terveydentilan, elämänhallinnan sekä toiminta- ja työkyvyn paraneminen. Hankkeessa tarjottiin muun muassa terveyspalveluja, kartoitettiin hoitamattomat kansansairaudet, annettiin elintapaohjausta sekä kartoitettiin terveydellisiä työllistymisen esteitä. Hankkeen tavoitteena oli saada terveyspalvelu osaksi työttömien elämää ja arkea. Asiakkaita hankkeessa oli mukana noin 3700. PTT -hankkeen kuukauden seurannassa havaittiin, että 38%:lla oli alkoholista aiheutuva terveystarve kun taas 61%:lla ei ollut alkoholista aiheutuvaa terveystarvetta. Tästä hankkeesta on saatu myönteistä asiakaspalautetta. Asiakkaista 61% koki, että terveystarkastus sai heidät huomioimaan omaa terveyttään ja 91% piti terveystarkastuksia tarpeellisina. Työttömän taloudelliset tekijät ja terveyspalveluiden puutteet estävät omasta terveydestä huolehtimista. Työttömien terveystarkastukset nostavat esiin hoidon sekä kuntoutuksen tarpeita. (Saikku, 2009.) Voimavuodet 3-hanke on erillinen hanke Mikkeliissä ja se ei kuulu PTT-hankkeeseen millään tavoin.

3 MITEN ALKOHOLI NÄYTTÄYTYY TYÖTTÖMÄN ELÄMÄSSÄ

3.1 Alkoholi päihteenä

Terveytutkimus 2000 osoittaa, että työttömyys lisää alkoholin käyttöä. Alkoholi on Suomessa yleisesti hyväksytty laillinen päihde, sekä kolmanneksi yleisin päihde heti kofeiinin ja nikotiinin jälkeen. Alkoholia käytetään sen mielihyvää tuottavien, rentouttavien, jännitystä sekä estoja poistavien ominaisuuksien vuoksi. (Inkinen ym. 2003,

60.) Alkoholilla alkaa imeytyä jo suun limakalvoilta verenkiertoon. Suunnilleen 25% alkoholista imeytyy mahalaukusta, suurin osa ohutsuolesta. Suolistosta se kulkeutuu verisuoniin. Verenkierto kuljettaa alkoholin eri osiin kehossa, jonka jälkeen alkoholi kulkeutuu diffuusion avulla ympäröivään kudostilanteeseen. Sieltä se jakautuu tasaisesti elimistön vesiosaan. Alkoholin kulkeutuminen on nopeaa elimissä, joissa verenkierto on runsasta kuten aivoissa, maksassa ja keuhkoissa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 69.)

Alkoholin vaikutukset riippuvat ensisijaisesti nautitusta alkoholimäärästä ja veren alkoholipitoisuudesta. (Seppä & Alho 2010, 18.) Alkoholimäärä imeytyy yksilöllisesti ja siihen vaikuttaa esimerkiksi paino, ikä, sukupuoli, sairaudet, mieliala, raskaus, ympäristö ja lääkitys. Alkoholi poistuu elimistöstä joko sellaisenaan hengitysilman, hien tai virtsan kautta sekä hajoamalla muiksi aineiksi. Maksassa alkoholista hajoaa noin 95%. Tunnissa häviää alkoholia 0,1g alkoholia painokiloa kohti. Yksi alkoholiannos on 12g alkoholia. (Havio ym. 2008, 70.)

3.2 Alkoholin kohtuukäyttö, riskikäyttö sekä alkoholista aiheutuvat riippuvuudet

Alkoholin kohtuullinen käyttö ei aiheuta terveydelle haittaa. Kohtuullisena alkoholin käyttönä pidetään miehellä 3 annosta päivässä ja naisella 1½ annosta päivässä. Turvallisen käytön rajaa ei voida kuitenkaan tarkoin määrittää koska alkoholin vaikutus on yksilöllistä. (Alkoholiohjelma 2004–2007, 4.) Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa kolmeen luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus (Seppä & Alho 2010, 8).

Alkoholin riskikäyttö tarkoittaa sitä, että riskikäytön rajat ylittyvät mutta merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut. Riskirajoiksi on määritelty miehellä 24 annosta viikossa tai 7 annosta kerralla ja naisella 16 annosta viikossa tai 5 annosta kerralla. Riskirajojen ylittäjät ovat alkoholin suurkuluttajia. Riskien kannalta on yhdentekevää missä muodossa alkoholi juodaan. Ongelmia voi aiheuttaa yhtä lailla keskioluen kuin kirkkaan viinan juominen. Jatkuva riskirajan ylittäminen eli haitallinen käyttö lisää alkoholista johtuvia fyysisiä sekä psyykkisiä oireita. Riskikäytön rajat eivät määrittele turvallista juomisen rajaa ja alkoholin aiheuttamia haittoja voi esiintyä

alkoholin pienemmälläkin käytöllä. (Seppä & Alho 2010, 8, 10; Alkoholiohjelma 2004–2007, 5.)

Kiianmaa & Hyytiä (2003) toteaa, että päihderiippuvuus määritellään krooniseksi ja relapsoivaksi sairaudeksi (Havio ym. 2008, 42). Alkoholiriippuvuus eli addiktio on oireyhtymä joka on haitallisen käytön tavoin määritelty Maailman terveysjärjestön ICD -10-järjestelmässä. ICD-10-järjestelmään sisältyy kuusi kriteeriä, joilla diagnosoidaan alkoholiriippuvuutta. Alkoholiriippuvuus diagnoosi tehdään jos vähintään kolme kriteeristä esiintyy. Alkoholiriippuvuuden kriteerit ovat: pakonomainen tarve käyttää alkoholia, kyky hallita juomisen aloittamista tai lopettamista on heikentynyt, vieroitusoireiden esiintyminen lopetuksen tai käytön vähentyessä, kyky sietää alkoholia on kasvanut eli toleranssi (päihteen sietokyvyn kasvu toistuvan tai jatkuvan käytön seurauksena), alkoholi hallitsee yksilön elämää ja alkoholin käyttö jatkuu haitoista huolimatta. (Seppä & Alho 40, 213.)

Alkoholiriippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista tai näitä kaikkia yhdessä. Alkoholiaddiktiolla tarkoitetaan yleensä psyykkisen riippuvuuden kaltaista tilaa. Alkoholistiksi voidaan määritellä henkilö, joka on psyykkisesti riippuvainen alkoholista tai täyttää edellä mainitut diagnostiset kriteerit. Alkoholiriippuvuudelle on tyypillistä yksilön kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin heikkeneminen. Jatkuvasta sekä runsaasta alkoholin käytöstä on seurauksena fyysisen riippuvuuden kehittyminen. Fyysinen riippuvuus paljastuu yleensä vieroitusoireiden ilmetessä, kun alkoholin saanti loppuu ja alkoholi poistuu elimistöstä. Alkoholin poistuessa elimistöstä alkoholin lamauttavaan vaikutukseen sopeutuminen tulee esiin hermoston yliärtyvyytenä ja vieroitusoireina. Vieroitusoireita alkaa esiintyä veren alkoholipitoisuuden laskiessa lähelle nollaa. Tavallisesti oireet alkavat 12–48 tunnin kuluttua alkoholin nauttimisesta. Jo yhtä päihtymiskertaa seuraava krapula vastaa oireiltaan ja olemukseltaan vieroitustilaa. Fyysinen riippuvuus vieroitusoireineen edustaa yhtä alkoholismin oiretta. Alkoholin sosiaalinen riippuvuus ilmenee ihmisen liittymisenä sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa alkoholia käytetään paljon. Tällaiseen verkostoon kuulumalla henkilö saa tarvitsemaansa arvostusta ja hyväksyntää. (Havio ym, 2008, 43; Salaspuro ym 2003, 125.)

Seppäsen (2006) mukaan jokaiselle syntyy alkoholiriippuvuus, kun alkoholia tarpeeksi paljon käyttää. Tähän eivät vaikuta yksilön ominaisuudet vaan alkoholi itsessään. Tällöin jatkuvaa alkoholinkäyttöä on turhaa selitellä esimerkiksi työttömyydellä, avioerolla, traagisilla kokemuksilla tai synkillä tulevaisuuden näkymillä. Henkilö, jolle on kehittynyt riippuvuus alkoholista, tarvitsee alkoholia päivittäin vieroitusoireiden välttämiseksi.

3.3 Alkoholin käyttö Suomessa

Suomalaista kulttuuria pidetään alkoholikulttuurina. Alkoholin käyttö on edelleen humalahakuista, alkoholin sietokykyä ihannoivaa. Se on jo pitkään ollut osa suomalaista rentoutumista ja vapaa-ajan viettoa. Suomalainen alkoholipolitiikka perustuu kansanterveysajatteluun, jossa ei haluta rajoittaa liikaa yksilön vapautta, mutta pyritään hallitsemaan riskejä erilaisten väestöryhmiin kohdistuvien toimenpiteiden avulla. Kansanterveysajattelu kohdistuu koko väestöön eikä pelkästään alkoholia ongelmallisesti käyttävään pieneen väestöosaan. Alkoholin suurkuluttajat aiheuttavat kansantaloudellisesti merkittäviä haittoja. Alkoholipolitiikka on pyritty ohjaamaan sosiaali- ja terveystieteiden perusteiden osana suomalaista hyvinvointipolitiikkaa. Kuitenkin jotkut poliittiset päätökset on tehty ensisijaisesti valtiontalouteen ja alkoholielinkeinoon liittyvien perusteiden avulla. Viime vuosikymmenien suuri muutos suomalaisessa alkoholipolitiikassa oli vuonna 1969, tällöin keskiolut vapautettiin myytäväksi elintarvikekauppoihin. Tämän seurauksena alkoholin käyttö alkoi huomattavasti lisääntyä. Keskioluen sekä myös väkevien kulutus kasvoi nopeasti. 1990-luvun talouslama vähensi hetkellisesti alkoholin kokonaiskulutusta ja haittoja, mutta kokonaiskulutus lähti uudelleen nousuun vuosikymmenen puolivälissä. (Havio ym. 2008, 93, 95.)

2000-luvulla on tehty merkittäviä alkoholipoliittisia päätöksiä, jotka ovat ristiriidassa kokonaiskulutuksen laskutavoitteen kanssa. Suomessa laskettiin alkoholiveroa 2004 ja poistettiin verovapaiden juomien tuontirajoitukset Viron EU-jäsenyyden vuoksi. Alkoholin halvemmat hinnat ja helpompi saatavuus nostivat alkoholin kokonaiskulutusta ja haittoja. (Havio ym. 2008, 96.) Herttuan (2010) mukaan alkoholiveronalennus näkyy vahvasti huono-osaisten henkilöiden keskuudessa. Hän arvioi, että veronalennus nosti kuolemia reilulla kuudella sadalla. Näistä kuudesta sadasta lähes kaikki olivat

työttömiä. Suurella osalla heistä oli maksakirroosi, joka kehittyy pitkäaikaisen juomisen seurauksena. (Herttua 2010, 32.)

Suomalaisista aikuisista lähes 90% käyttää ainakin jonkin verran alkoholia. Suurimmalle osalle alkoholin käyttäjästä ei aiheudu mitään haittoja, sillä heidän päihteiden käyttönsä on niin vähäistä. Suomalaisesta aikuisväestöstä raittiita puolestaan on noin 12%. (Havio ym. 2008, 53.) Vuodesta 2000 vuoteen 2008 alkoholin kokonaiskulutus on lisääntynyt noin 15%, joka tekee asukasta kohti noin 1.6 litraa. Vuonna 2008 alkoholin kokonaiskulutus oli Suomessa 10.4 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohti. Vuoteen 1968 verrattuna määrä oli noin kolminkertainen. (Mäkelä & Mustonen 2010, 49.) Alkoholinkulutus vuonna 2009 oli Suomessa 10.2 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohti. Ennakkotietojen mukaan alkoholijuomien kokonaiskulutus vuonna 2010 oli noin 10.0 litraa puhdasta alkoholia asukasta kohti (Stakes 2010).

Alkoholin valtiolle tuottamat tulot ovat noin 2 miljardia euroa vuodessa. Alkoholin haitoista arvioituja menoja on noin 7 miljardia euroa vuodessa. (Herttua 2010, 32.) Alkoholin haitat aiheuttavat vuosittain melkoiset menot valtiolle, joten olisi erittäin tärkeää panostaa yhteiskunnallisesti ennaltaehkäisevään päihdetyöhön.

3.4 Työttömien miesten ja naisten alkoholin käyttö

Terveystutkimuksen (2000) mukaan tärkein havainto oli suurkuluttajien suuri määrä sekä keski-ikäisten miesten että työttömien miesten joukossa. Tutkimuksessa kaikista 45–54-vuotiaista miehistä suurkuluttajia oli viidesosa ja työttömistä miehistä kolmasosa. Tutkimuksessa työmarkkina-aseman mukaan alkoholia käyttivät eniten työttömät naiset sekä miehet. Yksinasuvat miehet käyttivät eniten alkoholia ja yksinasuvista naisista toiseksi eniten tässä tutkimuksessa. Alkoholin suurkuluttajiksi laskettavien naisten määrä on myös kasvanut. Naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt, varsinkin kaupungeissa se on alkanut muistuttaa yhä enemmän miesten alkoholinkäyttöä. (Havio ym. 2008, 171.)

Unemployment & Alcohol Abuse (2010) tutkimuksen mukaan alkoholiriippuvuus itsessään on vakava ongelma useille ihmisille, mutta siitä voi tulla ylitsepääsemätöntä

jos ihminen on lisäksi työtön. Henkilöstä voi tulla työttömyyden myötä alkoholista riippuvainen, vaikka hän ei olisi aikaisemmin käyttänyt paljon alkoholia. Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA) mukaan pitkittynyt työttömyys lisää alkoholin väärinkäyttöä. Huoli työttömyydestä, stressi taloudellisesta tilanteesta, itsetunnon heikkeneminen sekä sosiaalisten suhteiden väheneminen voivat johtaa siihen, että työtön lisää alkoholinkäyttöään. Adolescent Alcohol-use and Economic Conditions: A Multilevel Analysis of Data from a Period with Big Economic Changes tutkimus (2009) osoittaa, että pitkittynyt työttömyys ei lisää alkoholinkäyttöä. Säännöllinen alkoholinkäyttö väheni työttömyyden lisääntyessä. (Svensson & Hagquist, 2009.)

Alkoholinkäyttö ilmenee eri tavalla miesten ja naisten elämässä. Miesten osuus käyttäjistä on noin kolme neljäsosaa ja naisten osuus käyttäjistä on jo vuosia kasvanut. Naisten lisääntynyt alkoholinkäyttö on kulttuurimme merkittävin muutos 40 vuoden aikana. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaiseman ”Suomi juo” -kirjan mukaan naisten alkoholinkäyttö on tarkastelujakson aikana melkein kuusinkertaistunut ja raittiiden naisten osuus on laskenut noin 40 prosentista 10 prosenttiin. Naisten keskuudessa on yleistynyt varsinkin suurten alkoholimäärien (8 annosta tai enemmän) käyttö. (Kariniemi, 2010.)

Miesten alkoholin käyttöä on pidetty hyväksyttävämpänä kuin naisten alkoholin käyttöä, jota aina pidetty paheksuttavana ja häpeällisenä. Nykyään naiset käyvät kuitenkin baareissa samaan tapaan kuin miehetkin. Tähän ovat vaikuttaneet muun muassa terassikulttuuri, tasa-arvo ja nuoreneva asiakaskunta baareissa. (Lappalainen- Lehto ym. 2007, 49.) Ahlströmin (2005) tutkimuksen mukaan naisten alkoholin käytön on tehnyt yhteiskunnallisesti tärkeäksi alkoholin kulutuksen voimakas lisääntyminen, naiset käyvät työssä lähes yhtä paljon kuin miehet ja naisia koskevat tutkimukset ovat lisääntyneet. Vaikka naiset käyttävät alkoholia yhä enemmän, tästä huolimatta naisten alkoholinkäyttö ei ole saavuttanut miesten tasoa.

Naisten alkoholin käytöllä on tiettyjä erityispiirteitä, jotka nousevat esiin naisen fysiologiasta, elämäntavasta ja sosiaalisesta roolista. Naisten alkoholiriippuvuus kehittyy nopeammin ja alkoholin pitkäaikaisvaikutukset tulevat esille jo 2-5 vuoden kuluttua. Vaikka naisten alkoholinkäyttö on tullut näkyvämmäksi, niin alkoholin kulutusta sekä päihdeongelman kehittymistä ryhmittävät naisen elämän tapahtumat esimerkiksi per-

heen perustaminen tai naiseuden menettämiseen liittyvät kokemukset. Perheellisen naisen alkoholinkäyttö voi olla myös jaksottaista, jolloin alkoholinkäyttö vaihtelee elämäntilanteen mukaan. Suomalaisessa yhteiskunnassa elää vahvasti myytti naisuudesta ja äitiydestä, jonka vuoksi perheelliset, runsaasti alkoholia käyttävät naiset saavat helposti alkoholiongelmansa. Naisen häpeä alkoholiongelman vuoksi on suuri, siksi nainen herkästi eristäytyy ja juo salaa. Miesten päihdeongelmat ovat sosiaalisesti näkyvämpiä sekä hyväksyttävämpiä. Näistä syistä naisen runsaskaan alkoholinkäyttö ei tule helposti esille. (Havio ym. 2008, 171.)

4 TYÖTÖN ALKOHOLIN KÄYTTÄJÄ HOITOTYÖN HAASTEENA

4.1 Alkoholista aiheutuvat ongelmat ja sairaudet

Alkoholinkäytöllä on runsaasti negatiivisia vaikutuksia fyysiseen terveyteen. Runsas alkoholinkäyttö vaikuttaa haitallisesti lähes kaikkiin ihmisen elimiin ja elintoimintoihin. Alkoholilla on haitallisia vaikutuksia muihin jo olemassa oleviin sairauksiin sekä yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa. Osa sairauksista kehittyy vuosikymmenien säännöllisen juomisen myötä, myös rankka kertajuominen voi aiheuttaa sairastumisen. Pelkästään Suomessa on alkoholista aiheutuvia kuolemia yli 3000 joka vuosi. (Lappalainen-Lehto ym. 2007.) Tutkimusten mukaan työttömät käyttävät paljon alkoholia, joten heillä on suuri riski sairastua ja saada tai aiheuttaa muita ongelmia. Vahva humalatila altistaa myös erilaisille tapaturmille. (Sajama, 2009, 29.)

Alhon (2009) mukaan ensimmäisiä alkoholista aiheutuvia oireita ovat unihäiriöt, ruuansulatuskanavan vaivat, masentuneisuus sekä lievä verenpaineen nousu, joille ei usein löydy muuta syytä. Lisäksi alkoholin juominen lisää monia sosiaalisia ongelmia. Mitä suurempi on alkoholin kulutus, sitä suuremmat ovat myös siitä aiheutuvat ongelmat. Ongelmat vaihtelevat pienistä yöunien häiriintymisestä suurempiin ongelmiin kuten avio- ja perheongelmiin, fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan tai pahimmillaan jopa henkirikoksiin. (Työ ja terveys Suomessa, 2006.)

Alkoholin liikkakäyttö johtaa yleensä ylipainoon, keskivartalolihavuuteen sekä sitä kautta diabetesriskiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä uniapneaan (Tammi & Aal-

to, 2009, 91). Kohtuullinenkin alkoholin päivittäinen käyttö lisää ylipainon riskiä ja on tärkeä syy liikalihavuuteen. Toisaalta runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa aliravitsemusta, koska alkoholi korvaa suurkuluttajien ruokavaliossa monia tärkeitä ravintoaineita. Runsas alkoholinkäyttö vaikuttaa hormonitoimintaan. Miehellä testosteroni pitoisuudet saattavat pienentyä ja estrogeenipitoisuudet puolestaan suurentua mikä aiheuttaa muun muassa impotenssia, hedelmättömyyttä ja rintarauhasten suurenemista. Naisilla runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa munasarjojen pienentymistä, kuukautishäiriöitä ja hedelmättömyyttä. (Lappalainen-Lehto 2007, 89)

Alkoholin aiheuttamia maksasairauksia ovat rasvamaksa, maksatulehdus eli alkoholihepatiitti sekä maksakirroosi. Suurella osalla alkoholin suurkuluttajista kehittyy ainakin lievä rasvamaksa ja jo runsas viikonloppujuominen voi aiheuttaa rasvoittumista. Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö aiheuttaa 70% akuuteista haimatulehduksista Suomessa. Akuutti haimatulehdus voi muuttua krooniseksi haimatulehdukseksi. Kerran haimatulehduksen sairastanut voi sairastua uudelleen jopa pienestä määrästä alkoholia. Runsaaseen päihteiden käyttöön liittyy usein pahoinvointia ja ruoansulatuskanavan toimintahäiriöitä. Alkoholia runsaasti juovilla esiintyykin usein ripulia. Voimakkaat alkoholijuomat voivat vaurioittaa ruoansulatuskanavan limakalvoja, jolloin riski sairastua ruoansulatuskanavan syöpään kasvaa. Alkoholi lisää riskiä sairastua eri syöpäsairauksiin esimerkiksi suun, nielun, vatsan, suoliston, maksan, rinnan alueen ja haiman syöpiin. Paljon alkoholia juovilla esiintyy paljon aivoverenkierronhäiriöitä, mikä lisää aivoverenvuodon sekä aivoinfarktin riskiä. Häiriöiden syinä voivat olla alkoholinkäytöstä johtuvat sydämen rytmihäiriöt ja korkea verenpaine. (Lappalainen-Lehto 2007, 90, 93–94.) Alkoholi vaikuttaa lamaavasti keskushermostoon. Äkkipuoleman syynä voi olla hengityksen lamaantuminen tai sydänpysähdys. Pitkäaikainen ja runsas alkoholinkäyttö rappeuttaa isoja ja pikkuaivoja, sekä aiheuttaa muun muassa alkoholidementiaa. Lisäksi on riski saada Wernickin tai Korsakovin oireyhtymä, jotka vahingoittavat muistikeskusta. Aivovaurioiden mahdollisuus kasvaa tapaturmien myötä. Alkoholin pitkäaikainen käyttö aiheuttaa erilaisia neuropatioita eli ääreishermoston vaurioita, infektioita esimerkiksi (keuhkokuume), ihotauteja, anemiaa, sukupuoliteitse tarttuvia sairauksia, FASia eli sikiöalkoholivaurioita. (Lappalainen-Lehto, 2007, 95-102.)

4.2 Mini-interventio ja AUDIT

Mini-interventio on hoitotyön väline, jolla pyritään tunnistamaan ja hoitamaan alkoholin ongelmakäyttäjät ja suurkuluttajat jo varhaisessa vaiheessa. Mini-interventio on tehokas hoitomuoto alkoholin suurkulutuksessa ennen riippuvuuden kehittymistä. Suomessa on vakiintunut terveydenhuoltoon käsite suurkulutus (heavy drinking). Suurkulutuksella tarkoitetaan sitä, että alkoholinkäyttö ylittää riskirajat. Riskirajalla tarkoitetaan alkoholin säännöllistä käyttömäärää, jonka ylittäminen lisää merkittävästi haittoja. Suomessa riskirajana pidetään 40g/vrk miehillä ja 20g/vrk naisilla. Riskiraja ei ole turvaraja, koska pienikin alkoholimäärä voi tietyissä tilanteissa olla riski kenelle hyvänsä. Mini-interventio on mahdollisimman lyhyt ja niukimmillaan pelkkä alkoholin riskikulutuksen toteaminen ja keskustelu asiakkaan kanssa on antoisaa interventiota. Kokemusten mukaan jo kertaluontoisella keskustelulla on selvä myönteinen vaikutus alkoholinkäytön vähentämiseen. (Heljälä ym. 2006, 28–29; Raitasalo ym. 2005, 19–20.)

Mini-interventiota käytetään yleensä työterveyshuollossa, joten olisi tärkeää, että myös työttömille olisi järjestetty omia terveystarkastuksia. Alkoholinkäytöstä keskustelu mahdollistaa sen, että asiakkaalle kerrotaan alkoholin haitallisista vaikutuksista. Alkoholinkäytöstä on hyvä kysyä esimerkiksi terveystarkastuksissa, työkyvyn arvioinnin tilanteissa, terveysneuvonta tilanteissa, aina uusilta asiakkailta sekä asiakkailta, joilla on paljon poissaoloja/sairauslomia työstä, terveysongelmia tai toistuvia tapaturmia. (Heljälä ym. 2006, 28–29.) Työttömän alkoholinkäytöstä kysyminen on osa yksilön terveydentilan arviointia. Puuttuminen riskikulutukseen ennen vakavien terveysongelmien, riippuvuuden ja alkoholismin ilmenemistä on osa keskeistä alkoholiongelmien ehkäisytyötä. Terveysneuvonnan terveydenhuollossa on käytettävä tutkittuja ja hyväksi havaittuja työmenetelmiä muun muassa mini-interventio. (Heljälä ym. 2006, 3, 9.)

Mini-interventio sisältää alkoholinkäytöstä kysymisen ja keskustelun, riskikulutuksen tunnistamisen, alkoholin terveysvaikutuksista kertomisen, neuvonnan juomisen vähentämiseksi, asiakkaan kuuntelun, rohkaisun ja motivoinnin, tavoitteiden laatimisen asiakkaan kanssa sekä kirjaamisen ja seurannan. Seurantakertojen määrän määrittelee asiakkaan tuen tarve. Tavoitteena yleensä on asiakkaan kohtuukäyttö. Joissakin tapauksissa paras vaihtoehto on kuitenkin raittius. Asiakkaalle annetaan tukea ja käytän-

nön neuvoja riskikulutuksen vähentämiseksi. On vältettävä syyllistämistä ja moralisointia ja kaiken on tapahduttava asiakkaan ehdoilla. Asiallinen suhtautuminen ja luottamuksen luominen auttavat asiakasta motivoitumaan alkoholinkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen. (Heljälä ym. 2006, 12–13.) Jos mini-interventio ei riitä avuksi, täytyy asiakkaalle antaa tietoa päihdehoitomahdollisuuksista ja motivoida häntä hoitoon. (Havio, 2008, 121)

AUDIT-kysely on kehitetty alkoholin suurkulutuksen seulontaan. Kyselystä on laaja kokemus niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. AUDIT-kysely kehitettiin 1980-luvulla, kun Maailman terveysjärjestö, WHO:n toimesta. WHO antoi tutkijaryhmän tehtäväksi kehittää sellaisen kyselyn, jonka avulla voidaan helposti tunnistaa alkoholinkäytön aiheuttamia riskejä terveydenhuollon asiakkaiden parissa. Kyselyn haluttiin soveltuvan kehittyneiden sekä kehitysmaiden että toisistaan poikkeavien kulttuurien käyttöön. (Maailman terveysjärjestö WHO.)

AUDIT-kyselyssä on yhteensä kymmenen kysymystä. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen kysymys juomispäivänä juodun alkoholin määrää ja kolmas kysymys humalajuomisen tiheyttä. Loput seitsemän kysymystä selvittävät alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia. Paras menetelmä tunnistaa alkoholin riskikuluttaja on kysyä asiakkaalta alkoholinkäyttömääristä. AUDIT-kyselyn kolmea ensimmäistä kysymystä käytetään (AUDIT-C) riskikäytön tunnistamiseksi. AUDIT-C-kyselyllä saadaan nopeasti selville asiakkaan alkoholinkäytön määrä. Miesasiakkaiden, joiden AUDIT-C-pistemäärä on viisi tai enemmän sekä naisten, joiden AUDIT-C-pistemäärä on vähintään neljä, tulisi täyttää AUDIT-kysely kokonaan alkoholinkäytön perusteelliseksi selvittämiseksi. Varhaisen riskikäytön toteaminen onnistuu parhaiten, kun se kuuluu osana normaalia kliinistä toimintaa. (Alkoholiohjelma, 2006, 7-8; Heljälä ym. 2006, 19, 22.)

Pisteitä AUDIT-kyselyssä voi saada 0-40. Yleisesti käytettynä riskirajana pidetään kahdeksaa pistettä. Kaikkia asiakkaita ei voida motivoida täyttämään AUDIT-kyselyä, sillä alkoholineuvonnan tulisi aina tapahtua asiakasta tukien ja kuunnellen. Hänen ratkaisuaan on syytä kunnioittaa. AUDIT-kysely voidaan joko lähettää asiakkaalle etukäteen tai asiakas voi täyttää sen vastaanotolla. Mikäli asiakas saa AUDIT-kyselystä 8 pistettä tai enemmän, otetaan käyttöön mini-interventio. Jos AUDIT-

kyselystä saatu pistemäärä on yli 20, on usein kyse alkoholiriippuvuudesta. Tällöin asiakas ohjataan jatkohoitoon esimerkiksi A-klinikalle. (Heljälä yms. 2006, 22-23, 34.)

4.3 Ennaltaehkäisevä päihdetyö

Päihdehaittojen ehkäisy on nähty viime vuosina yhä enemmän osana hyvinvointipolitiikkaa ja terveyden edistämistä. Paikallistasolla kunnat ovat vastuussa terveystalouden toteuttamisesta. Tärkeimmät toimijat kunnassa ovat sosiaali- ja terveydenhuolto, nuorisotoimi, koululaitos, poliisi, seurakunnat ja järjestöt. Ehkäisevää päihdetyötä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisissä palveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Terveydenhuollossa päihdetyö on ehkäisevää, hoitoon ohjaavaa ja hoitotyötä. Työterveyshuolto on osa ehkäisevää päihdetyötä. Sosiaali- ja terveystalouteen kuuluu monissa kunnissa osana myös raittiustoimi, jolla on tärkeä rooli esimerkiksi päihdekasvatuksessa ja työelämän päihdeasioissa. Päihdehuollon erityispalvelut (esimerkiksi A-klinikka) ovat asiakkaille tiedon ja terveystalouden välittäjinä. Varsinaisella hoidolla on myös ehkäisevä rooli. Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa ehkäisevää sosiaali- ja terveystaloutta. Se on määritelty toiminnaksi, jolla ehkäistään ja vähennetään päihteiden käyttöä vaikuttamalla muun muassa päihteiden saatavuuteen, hintaan, asenteisiin sekä ongelmakäyttöä synnyttäviin olosuhteisiin. (Salaspuro ym. 2003, 50-53.) Ehkäisevä päihdetyö on päihteettömyyttä suosivien ympäristöjen luomista sekä ylläpitämistä vaihtoehtona päihteiden käytölle. Ehkäisevä päihdetyö on määritelty toiminnaksi, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihteetöntä elämäntapaa, ehkäisemällä päihdehaittoja sekä lisäämällä ymmärrystä päihteistä. (Havio ym. 2008, 118)

Varhainen puuttuminen alkoholinkäyttöön voi ehkäistä päihdeongelmien tai riippuvuuksien syntymistä. Menetelminä hyväksi koettuja ovat päihteidenkäytön puheeksi ottaminen, mini-interventio sekä itsehoitomateriaalin antaminen. Alkoholinkäyttö tulisi ottaa puheeksi aina kun käsitellään terveyteen ja elämään liittyviä asioita muun muassa terveystaloustalouksissa. Varhainen puuttuminen vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja onnistuakseen. Valitettavan usein alkoholinkäyttöön puututaan vasta kun haitat ovat jo näkyviä. Päävastuu alkoholinkäytöstä ja muutoksesta on yksi-

löllä itsellään, mutta ammattihenkilöllä on myös vastuu puheeksi ottamisesta ja motiivoinnista muutokseen. (Lappalainen-Lehto, 2007, 151.) Päihdetyö on pitkäjänteistä ja monialaista tavoitteellista yhteistyötä. Päihdetyölle annetut tavoitteet voidaan saavuttaa vasta sitten, kun riittävän moni taho saadaan sitoutettua yhteiseen ehkäisevään toimintaan. (Havio ym. 2008, 110.)

4.4 Hoitajan auttamiskeinoja työttömän asiakkaan alkoholinkäyttöön

Alkoholinkäytöstä keskusteleminen, riskikäytön tunnistaminen sekä haitallisen päihteenkäytön vähentäminen ovat nykyisin tärkeä osa sairaanhoitajan työnkuvaan hoitotyön eri aloilla. Hoitotyötä tekevillä on keskeiset keinot asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistamisen ja vähentämiseen sekä toisaalta päihderiippuvuuden hoitoon, mutta asiakas on itse vastuussa omasta muutoksestaan. On tärkeää, että sairaanhoitaja ottaa asian puheeksi, antaa neuvoja ja selvittää asiakkaan alkoholinkäyttöä. Päihteenkäyttäjää motivoidaan itse ottamaan vastuu omasta hyvinvoinnistaan ja ymmärtämään oma tilanteensa. Hoitotyö on täten terveysneuvontaa sekä tukemista muutokseen ja itsehoitoon. (Havio ym. 2008, 12, 120)

Sairaanhoitaja kohtaa työssään monenlaisia asiakkaita kuten työttömiä, jotka kärsivät erilaisista ongelmista kuten päihteen käyttöön liittyvistä haitoista tai riskikulutuksesta. Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu keskustelu kaikista terveyteen liittyvistä kysymyksistä. Tähän sisältyy puheeksi ottaminen ja tiedon jakaminen alkoholinkäytöstä ja terveysvaikutuksista sekä päihderiippuvuudesta ja sen kehittymisestä. Hoitaja on tiedonantaja, neuvoja ja ohjaaja, joka antaa vaihtoehtoja ja tietoa erilaisista tuki- ja hoitomahdollisuuksista. Sairaanhoitaja motivoi asiakasta hoitosuhteeseen, hän kannustaa päihteenkäyttäjää ymmärtämään omaa käyttäytymistään, päihteenkäyttöään ja siihen liittyviä ongelmia. Hoitajalla on tärkeä rooli asiakkaan muutoksessa. Sairaanhoitaja tukee myös päihteenkäyttäjää henkilökohtaisessa kasvussa ja pyrkii lisäämään hänen voimavarojaan ja elämänhallinta taitojaan. Sairaanhoitaja on vahvasti läsnä päihteenkäyttäjän ja hänen perheensä arjessa. (Havio ym. 2008, 11-12.) Alkoholista käyttävän asiakkaan kanssa hoitotyön näkökulma on kokonaisvaltainen. Alkoholiongelmainen tarvitsee apua niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Sairaanhoitajan tehtävä on yhdistää nämä kolme lähestymistapaa ja saada ne toimimaan yksilöllisesti jokai-

sen asiakkaan kohdalla. (Agge 2008, 32–33.)

Moni tutkimus osoittaa, että työttömät käyttävät alkoholia enemmän kuin muihin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvat henkilöt. Työttömät kuluttavat alkoholia enemmän ja heidän joukossaan on enemmän alkoholin suurkuluttajia. (Terveystutkimus 2000.) Suurkuluttajia on eniten työttömissä miehissä mutta myös alkoholia runsaasti käyttävien naisten osuus on kasvanut. Useiden eri tutkimusten johdosta hoitajalla on oltava vahva ammattitaito sekä moninaiset auttamiskeinot kohdatessaan työttömiä alkoholin käyttäjiä sekä työttömien terveystarkastusten tulisi olla luonteva osa terveyspalveluja. (Havio ym. 2008, 171).

Yhteenvetona voitaisiin sanoa, että alkoholilla on Suomessa vahva sosiaalista elämää tukeva rooli. Alkoholista kieltäytyjää pidetä epänormaalina, kun taas alkoholin runsastakin käyttöä pidetään normaalina. Ihmisen jäädessä työttömäksi vaikuttaa se hänen terveydentilaansa usein huonontavasti ja saattaa lisätä alkoholin käyttöä. Varsinkin keski-ikäisillä miehillä on suuri riski ajautua alkoholin suurkuluttajiksi. Työttömillä yleensäkin on huonompi terveys ja korkeampi kuolleisuus kuin työssäkäyvillä. Tätä asiaa parantamaan tarvittaisiin tiheämpiä terveystarkastuksia työttömille sekä tiedon lisäämistä alkoholin haitoista ja riskikäytöstä. Mini-interventio on tässä asiassa hoitajan tärkeä työväline.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kyselyn tarkoituksena oli selvittää Voimavuodet 3 -hankkeessa mukana olleiden työttömien asiakkaiden alkoholin käyttöä sukupuolen, iän sekä työttömyysajan mukaan. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi Voimavuodet 3 -hankkeessa, suunniteltaessa ja kehitettäessä työttömien terveyspalveluja Mikkelissä. Hankkeen myötä on tarkoitus kehittää toimintamalli, joka edistää työvoiman saataavuutta, ehkäisee työttömyydestä aiheutuvia terveysriskejä sekä sosiaalista syrjäytymistä että edistää omasta terveydestä huolehtimista.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä eroja on työttömien naisten ja työttömien miesten alkoholinkäytössä?
2. Miten eri ikäryhmiin kuuluvat työttömät käyttävät alkoholia?
3. Onko työttömyysajalla yhteyttä alkoholinkäyttöön?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmä oli Voimavuodet 3 -hankkeessa mukana olevat 121 työttöntä henkilöä, joista 78 henkilöä (n=78) oli täyttänyt AUDIT-kyselyn. Työttömät henkilöt tulivat Työvoimapaalvelukeskus Reitin kautta sekä Mikkelistä ja sen lähikunnista.

6.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto saatiin Voimavuodet 3 -*takaisin työelämään* -hankkeesta kerätystä valmiista aineistosta. Keräsimme itse aineiston täytetyistä AUDIT-kyselyistä sekä taustatiedot (ikä, sukupuoli, työttömyysaika) asiakastietolomakkeesta. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä. Kvantitatiivista tutkimusta käytetään esimerkiksi silloin, kun tutkittavan ominaisuuden mittaamisessa käytetään välimatkaa tai suhteasteikkoa. Näillä asteikoilla haetaan vastauksia kysymyksiin: mikä? missä? kuinka usein? tai kuinka paljon? Tutkimusaineistot ovat usein suuria ja tuloksia kuvataan numeerisesti. (Holopainen & Pulkkinen, 2002, 21.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien eli oletusten esittäminen, käsitteiden määrittely, soveltuminen määrälliseen mittaamiseen, taulukoiden käyttäminen ja päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.)

Aineiston keruussa käytettiin standardoituja kysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen. (Heikkilä 1999, 15–16.) Tässä opinnäytetyössä aineisto oli kerätty strukturoidulla AUDIT-kyselyllä, jonka kymmenestä kysymyksestä käytettiin kolmea ensimmäistä kysymystä sekä AUDIT-kyselyn kokonaispistemäärää. (Liite 1.) Taustamuuttujina tutkimuskysymyksissä käytettiin sukupuolta, ikää ja työttömyysaika. Sukupuoli, ikä ja työttömyysaika kerättiin asiakastietolomakkeesta. (Liite 3). Tutkimusaineisto saatiin valmiina toimeksiantajalta, Voimavuodet 3 -hankkeelta. Aineistoa kerättiin asiakailta 2009–2010 ja AUDIT-kysely annettiin täytettäväksi terveystapaamisten yhteydessä. Tutkimusaineistosta tehtiin sabluuna. (Liite 2).

6.3 Aineiston analyysi

Aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Asiakastietolomakkeessa oli myös asiakkaiden nimet, mutta niitä ei nähnyt muut kuin tekijät. Nimiä ei ole millään tavalla käytetty opinnäytetyötä tehdessä. Voimavuodet 3 -hanke kuului osana koko Voimavuodet -hanketta, jolloin asiakkaat tiesivät tulosten tilastoinnista lopulliseen raporttiin. Tutkimustulokset käsiteltiin SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for the Social Sciences.)

Aineiston käsittelyssä käytettiin ristiintaulukointia. Tutkimustulokset esitettiin frekvensseinä, taulukoina, kuvioina ja prosentteina. Aineiston henkilöiden iästä laskettiin keskiarvo sekä ilmoitettiin nuorin sekä vanhin aineistossa mukana ollut henkilö. Tuloksia on sujuvampaa lukea ja ymmärtää taulukoiden ja kuvioiden avulla. Määrällisessä analyysissä käytetään yleensä taulukoita, koska tutkimustulokset antavat numeraalista tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 224, 322.)

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimuksen aineistossa oli työttömiä henkilöitä yhteensä 78, naisia 27 (35%) ja miehiä 51 (65%). Tutkimuksessa oli mukana henkilöitä 22-vuotiaasta 63-vuotiaaseen.

Suurin osa vastaajista oli 41–50 vuotiaita. Työttömyysaika vaihteli kahdesta kuukaudesta 20 vuoteen. Suurin osa vastaajista oli ollut työttömänä alle vuoden.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikäjakauma

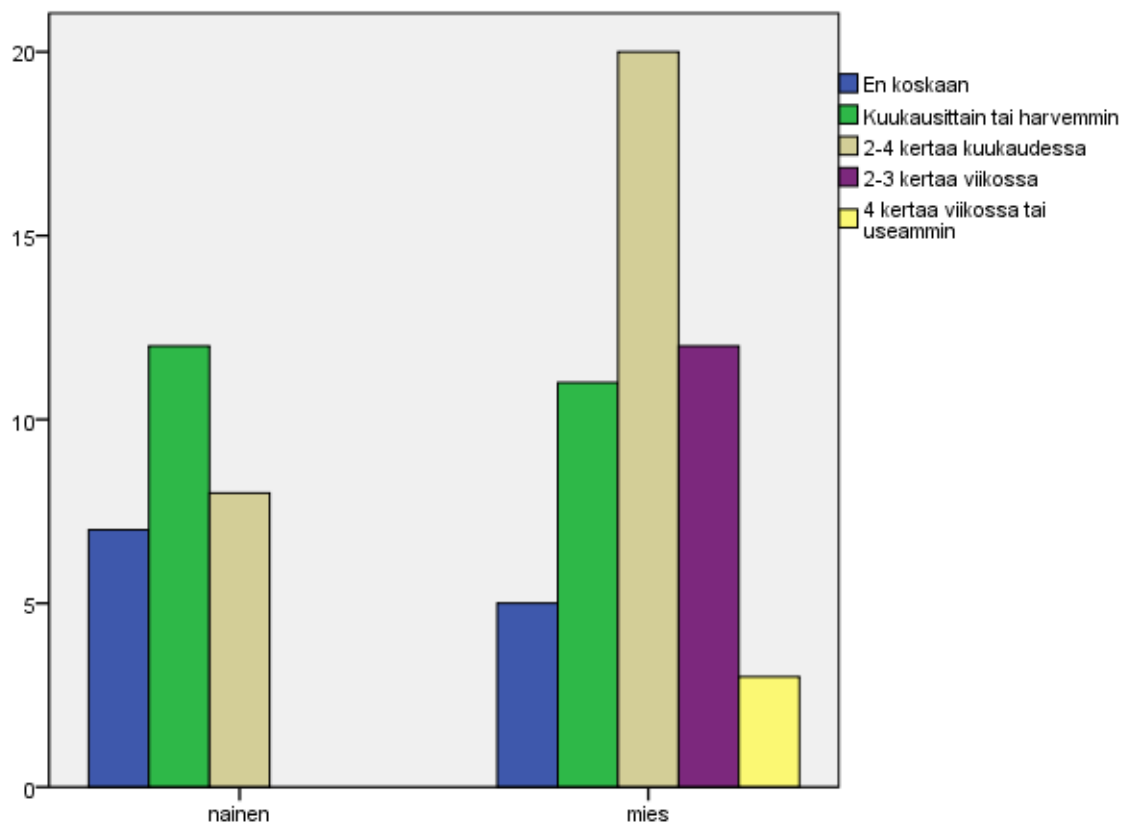
Ikäjakauma	n
alle 30-vuotias	7
30–40-vuotias	11
41–50-vuotias	29
51–60-vuotias	28
yli 60-vuotias	3
Yhteensä	78

TAULUKKO 2. Vastaajien jakauma työttömyysajan mukaan

Työttömyysaika	n
alle 1 vuotta	34
1-3 vuotta	26
4-6 vuotta	6
7-9 vuotta	2
10-12 vuotta	3
13-15 vuotta	1
16-18 vuotta	4
yli 19 vuotta	2
Yhteensä	78

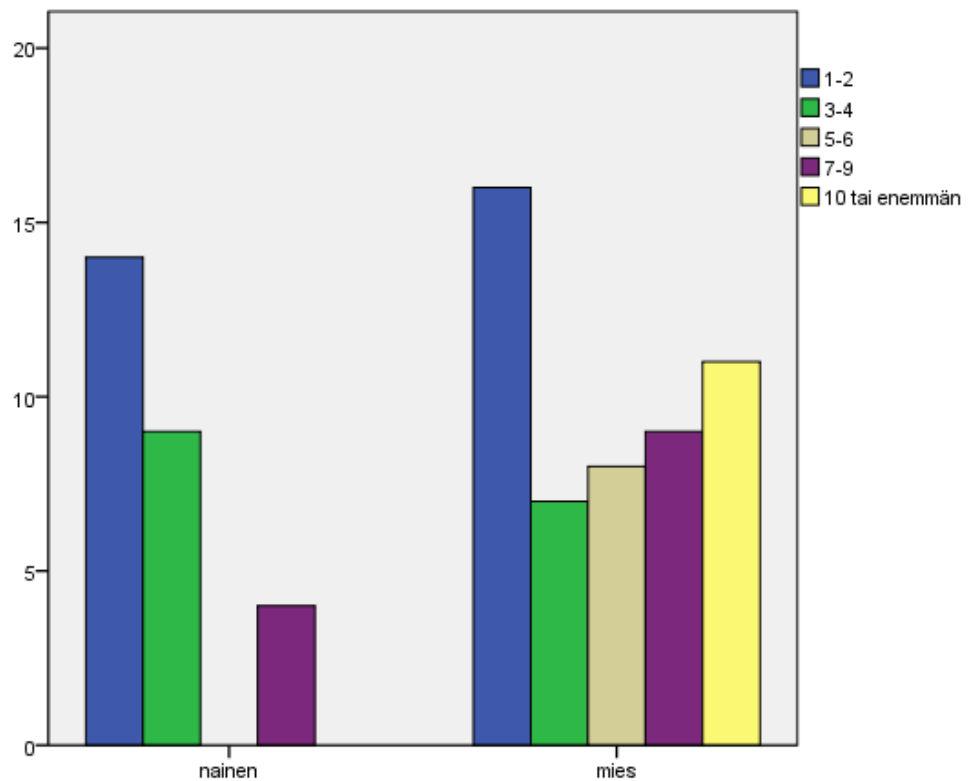
7.2 Työttömien alkoholinkäyttö sukupuolittain

Naisista seitsemän (26%) ja miehistä viisi (10%) ilmoitti ettei käytä alkoholia koskaan. Miehistä 20 (39%) ja naisista 8 (30%) kertoi käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa. Vastanneista miehistä 12 (24%) sanoi käyttävänsä alkoholia 2-3 kertaa viikossa. Naisilla ei ollut viikoittaista alkoholinkäyttöä lainkaan. Miehistä 3 (6%) sanoi käyttävänsä alkoholia 4 kertaa viikossa tai useammin. (**Kuvio 1**)



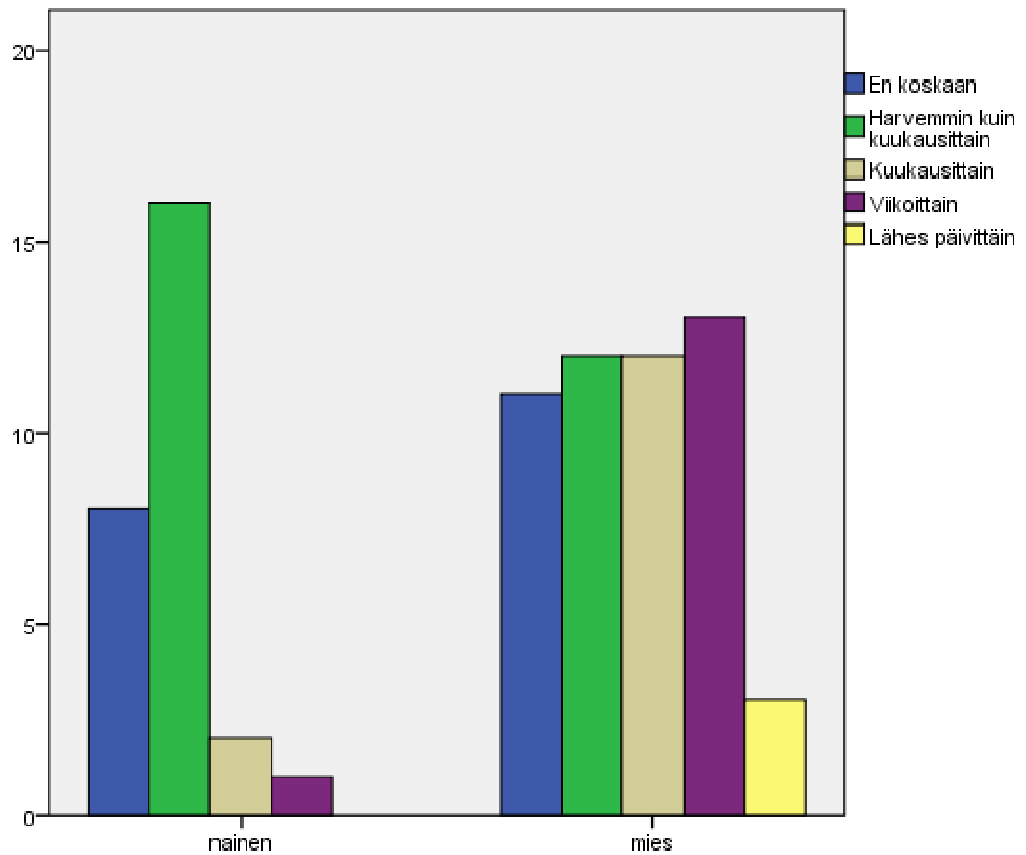
KUVIO 1. Työttömien alkoholinkäyttö sukupuolittain (n=78)

Naisista 14 (52%) ja miehistä 16 (31%) ilmoitti käyttävänsä 1-2 annosta päivässä. Miehistä 11 (22%) kertoi käyttävänsä alkoholia 10 annosta tai enemmän päivässä. Naisista 9 (33%) ja miehistä 7 (14%) sanoi käyttävänsä alkoholia 3-4 annosta päivässä. (Kuvio 2)



KUVIO 2. Työttömien alkoholinkäytön päivittäiset annosmäärät sukupuolittain (n=78)

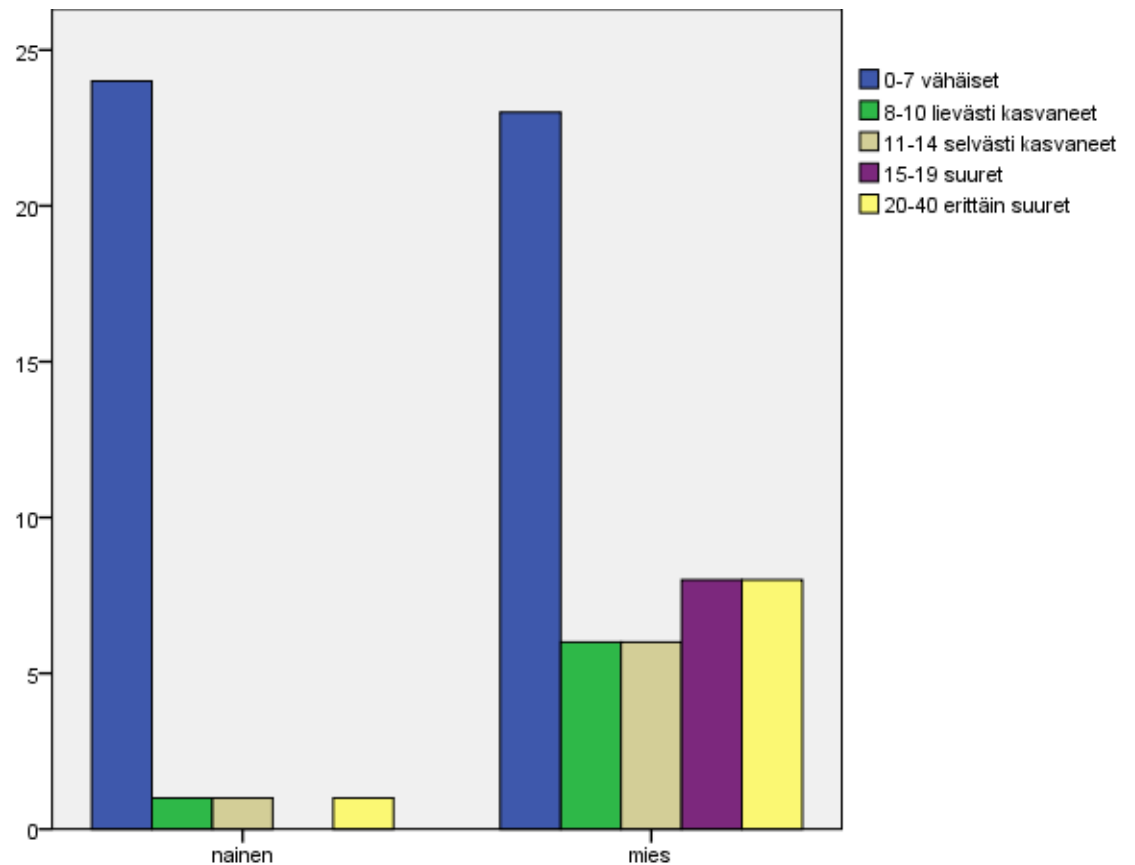
Naisista 16 (60%) ja miehistä 12 (24%) kertoi käyttävänsä alkoholia vähintään 6 annosta kerrallaan harvemmin kuin kuukausittain. Miehistä 13 (26%) ja vain yksi (4%) nainen ilmoitti käyttävänsä vähintään 6 annosta alkoholia kerrallaan viikoittain. Vastajista kolme (6%) miestä sanoi käyttävänsä alkoholia vähintään 6 annosta kerrallaan lähes päivittäin. **(Kuvio 3)**



KUVIO 3. Työttömien alkoholinkäyttö sukupuolittain, kun kerrallaan on käytetty vähintään kuusi annosta (n=78)

Naisista 24 (89%) ja miehistä 23 (45%) sai yhteispistemääräksi 0-7 pistettä. Miehistä 8 (16%) ja naisista yksi (4%) henkilö sai yhteensä 20-40 pistettä.

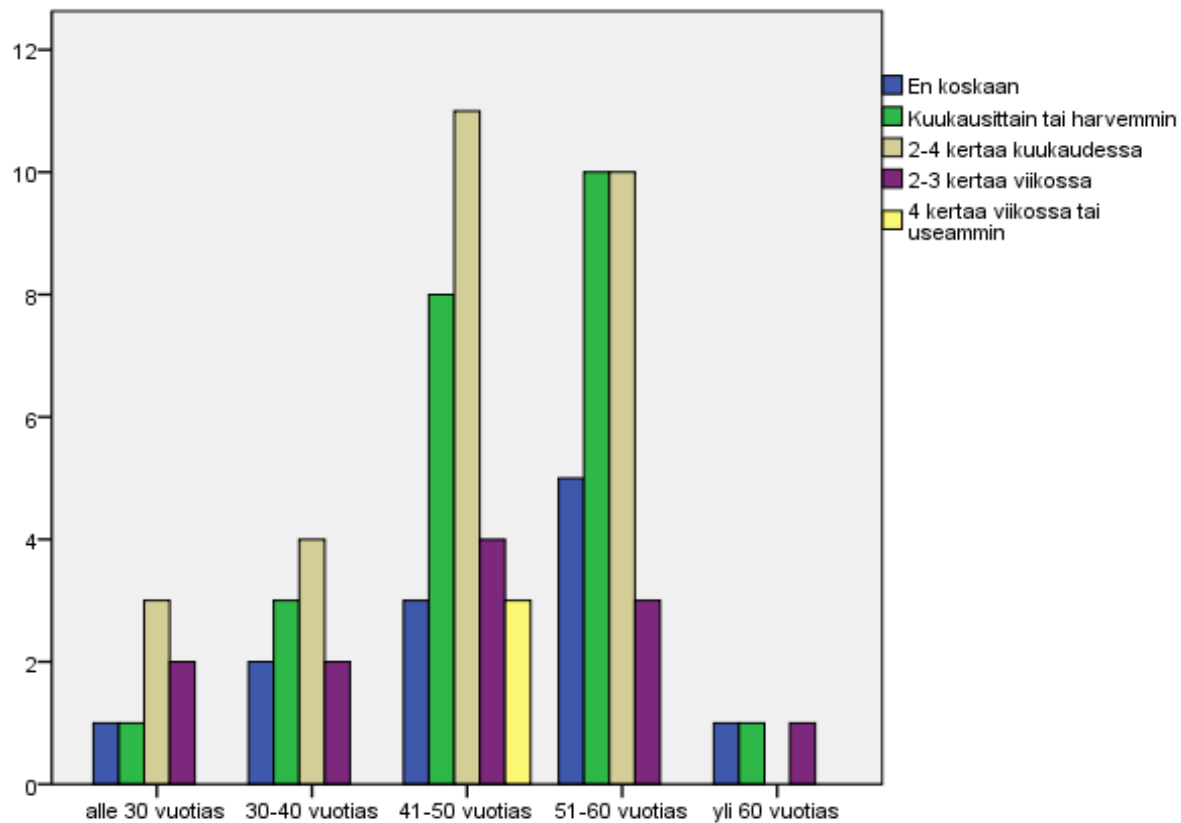
(Kuvio 4)



KUVIO 4. Tulokset työttömien AUDIT-kyselyn kokonaispistemäärästä sukupuolittain (n=78)

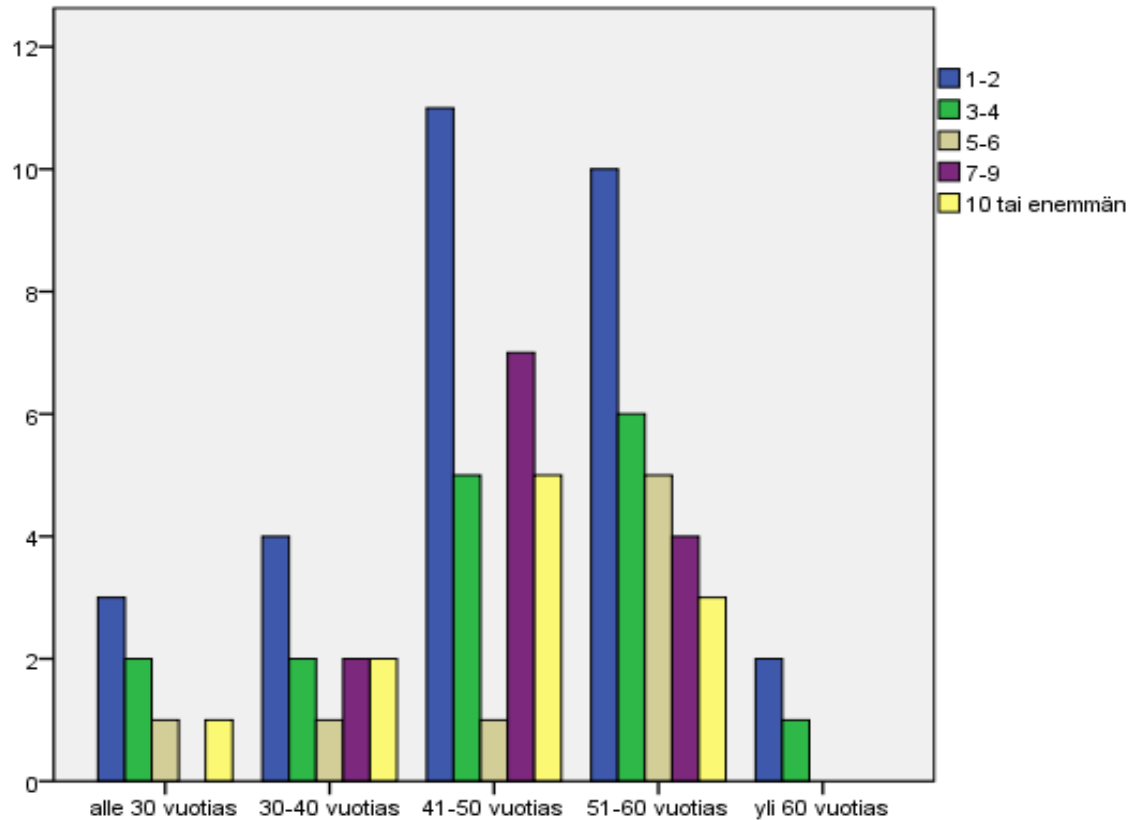
7.3 Työttömien alkoholinkäyttö ikäryhmittäin

Vastaajista (n= 78) 28 (36%) henkilöä ilmoitti käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa. 41-50-vuotiaissa oli 3 (10%) henkilöä, jotka kertoi käyttävänsä alkoholia 4 kertaa viikossa tai useammin. 51-60-vuotiaissa oli viisi (18%) henkilöä, jotka eivät oman ilmoituksensa mukaan käytä alkoholia ollenkaan. Alle 30-vuotiaista kaksi henkilöä (29%) ilmoitti käyttävänsä alkoholia 2-3 kertaa viikossa. (Kuvio 5)



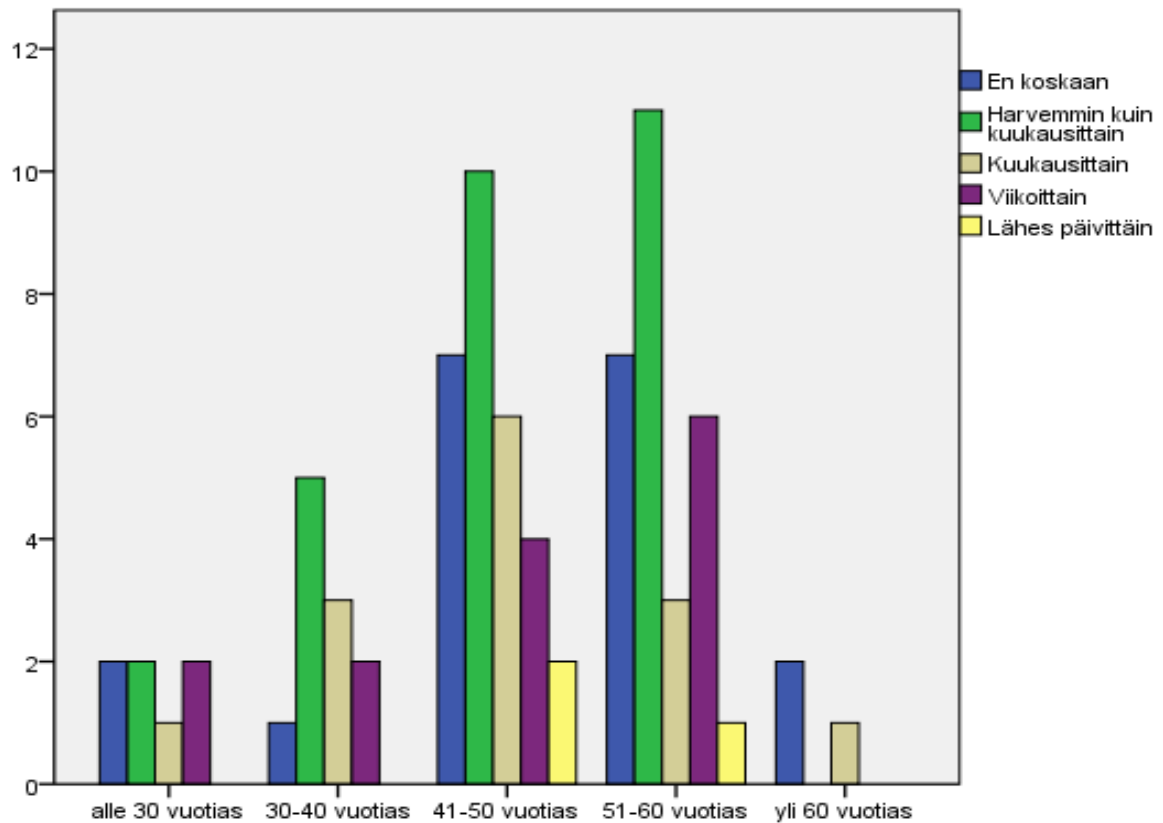
KUVIO 5. Työttömien alkoholinkäytön ja iän välinen yhteys (n=78)

Kaikissa ikäryhmissä oli yleisin ilmoitettu alkoholimäärä 1-2 annosta päivässä (39%), (vastaajia 30 henkilöä). 41-50-vuotiaissa viisi henkilöä (17%) vastasi käyttävänsä alkoholia 10 annosta tai enemmän päivässä. 41-50-vuotiaiden ryhmässä oli seitsemän (24%) henkilöä, jotka kertoi käyttävänsä alkoholia 7-9 annosta päivässä. (**Kuvio 6**)



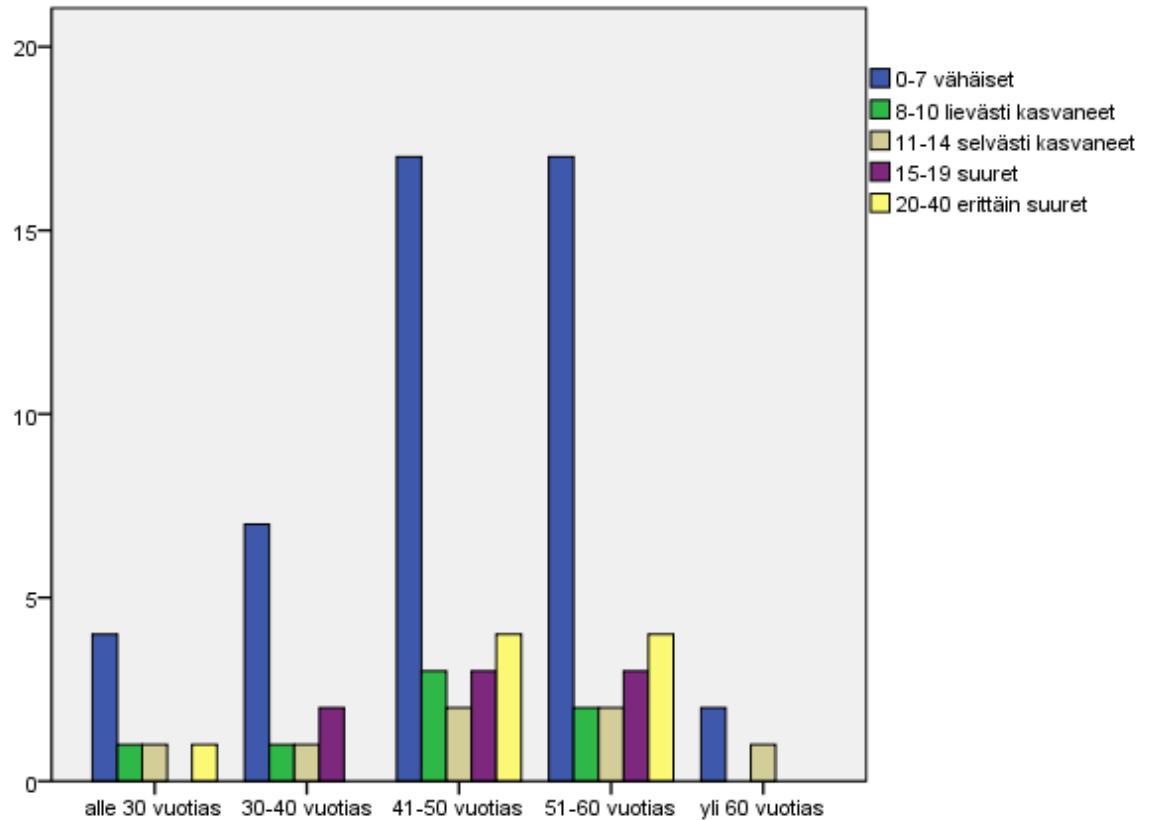
KUVIO 6. Työttömien alkoholin annosmäärien ja iän välinen yhteys (n=78)

41-50-vuotiaiden ryhmässä oli seitsemän (24%) henkilöä, jotka kertoivat, että eivät koskaan käytä enemmän kuin 6 annosta kerrallaan. 51-60-vuotiaiden ryhmässä oli 11 (39%) henkilöä, jotka ilmoittivat käyttävänsä 6 annosta harvemmin kuin kuukausittain. Alle 30-vuotiaiden ryhmässä oli kaksi (29%) henkilöä, jotka sanoivat käyttävänsä alkoholia yli 6 annosta kerralla viikoittain. (**Kuvio 7**)



KUVIO 7. Ikäryhmän välinen yhteys työttömien alkoholinkäyttöön, kun annoksia on kerrallaan vähintään kuusi (n=78)

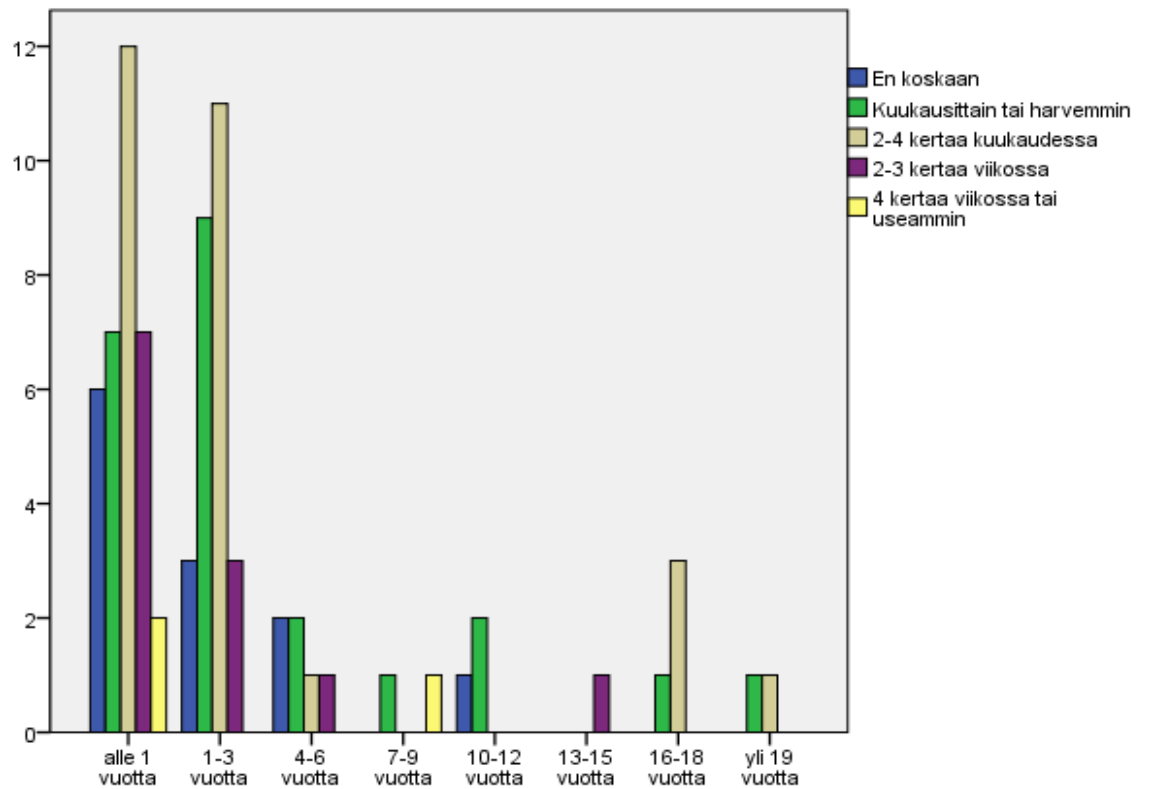
Kaikissa ikäryhmissä alkoholinkäytön riskit olivat vähäiset, (vastanneita 47 (60%)). Alle 30-vuotiaissa yksi (14%), 41-50-vuotiaissa neljä (14%) sekä 51-60-vuotiaissa neljä (14%), joiden alkoholinkäytön riskit olivat erittäin suuret. (**Kuvio 8**)



KUVIO 8. Työttömien alkoholinkäytön riskirajat ja iän välinen yhteys (n=78)

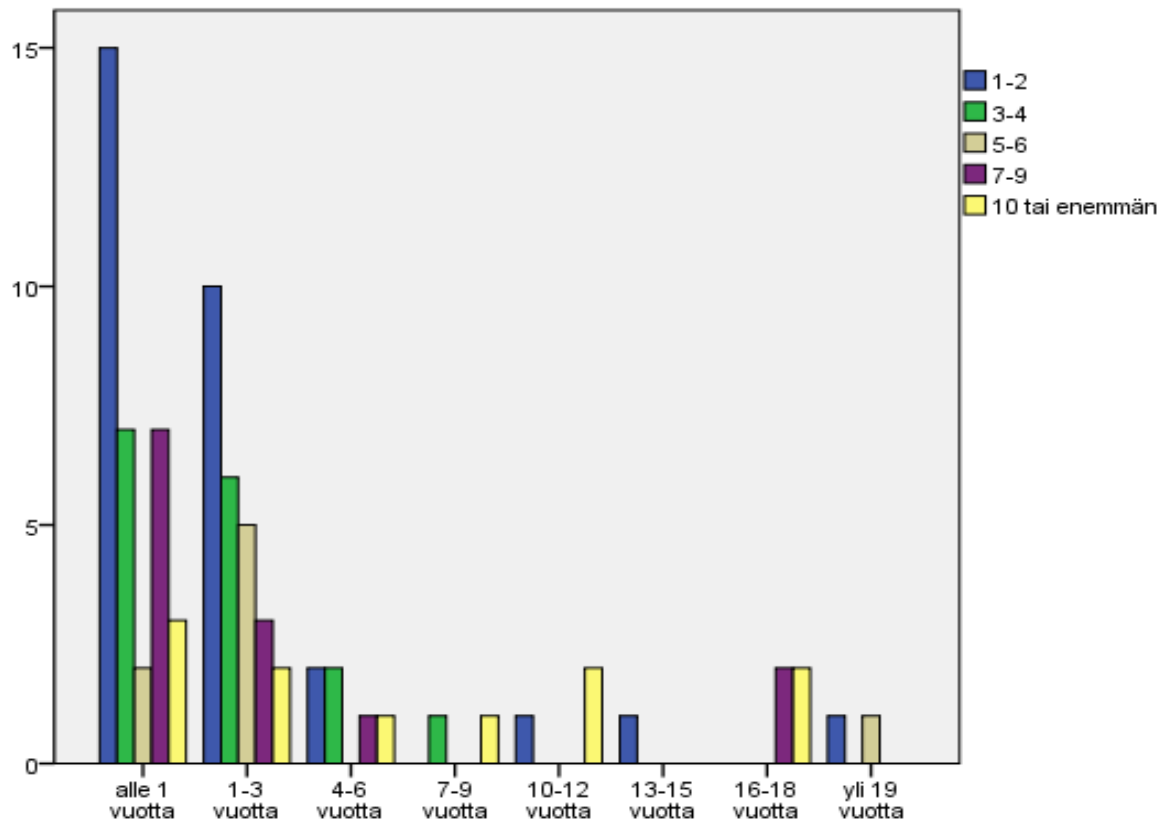
7.4 Työttömien alkoholinkäyttö työttömyysajan mukaan

Alle 1 vuotta työttömänä olleista 12 (35%) ilmoitti käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa sekä yhtä pitkään työttömänä olleista 7 (21%) kertoi käyttävänsä alkoholia 2-3 kertaa viikossa. 1-3 vuotta työttömänä olleista 11 (42%) sanoi käyttävänsä alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa. (Kuvio 9)



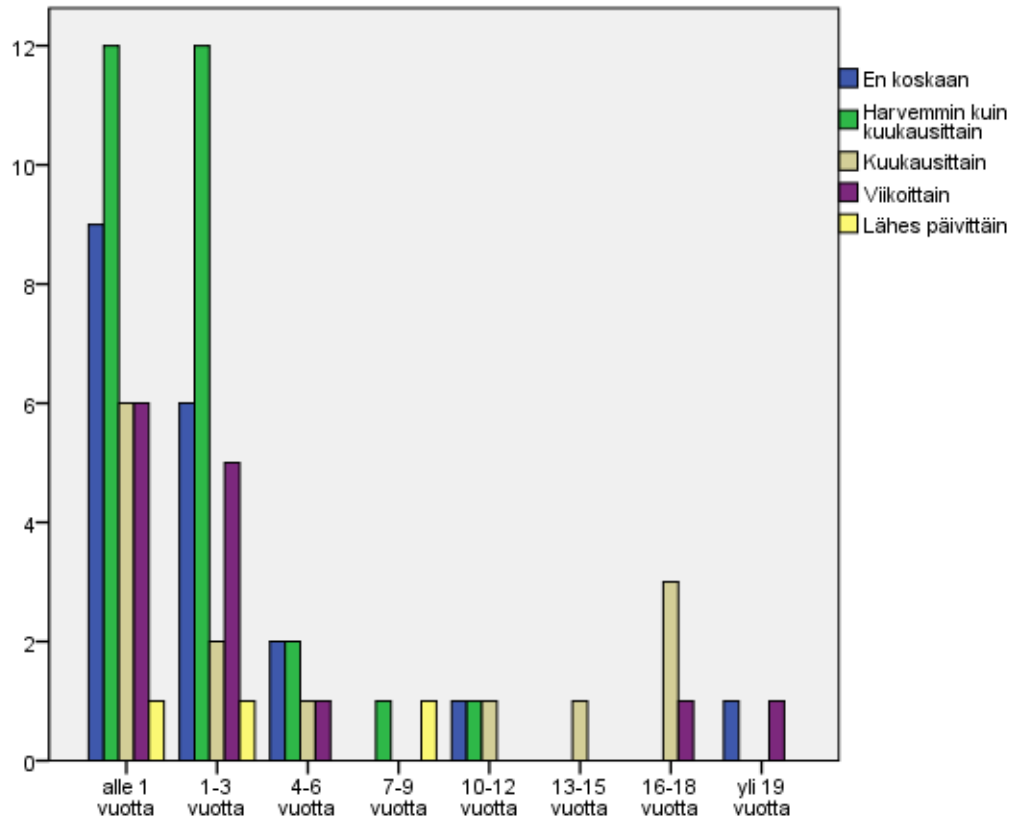
KUVIO 9. Työttömien alkoholinkäytön ja työttömyysajan välinen yhteys (n=78)

Alle 1 vuotta työttömänä olleista 15 (44%) ilmoitti käyttävänsä alkoholia 1-2 annosta päivässä, 1-3 vuotta työttömänä olleista 10 (39%) sanoi käyttävänsä alkoholia saman verran. Alle 1 vuotta työttömänä olleista 7 (21%) kertoi käyttävänsä alkoholia 7-9 annosta päivässä. 16-18 vuotta työttömänä olleista 2 (50%) ilmoitti käyttävänsä alkoholia 7-9 alkoholia annosta päivässä sekä samassa ryhmässä 2 (50%) kertoi käyttävänsä 10 annosta tai enemmän päivässä. **(Kuvio 10)**



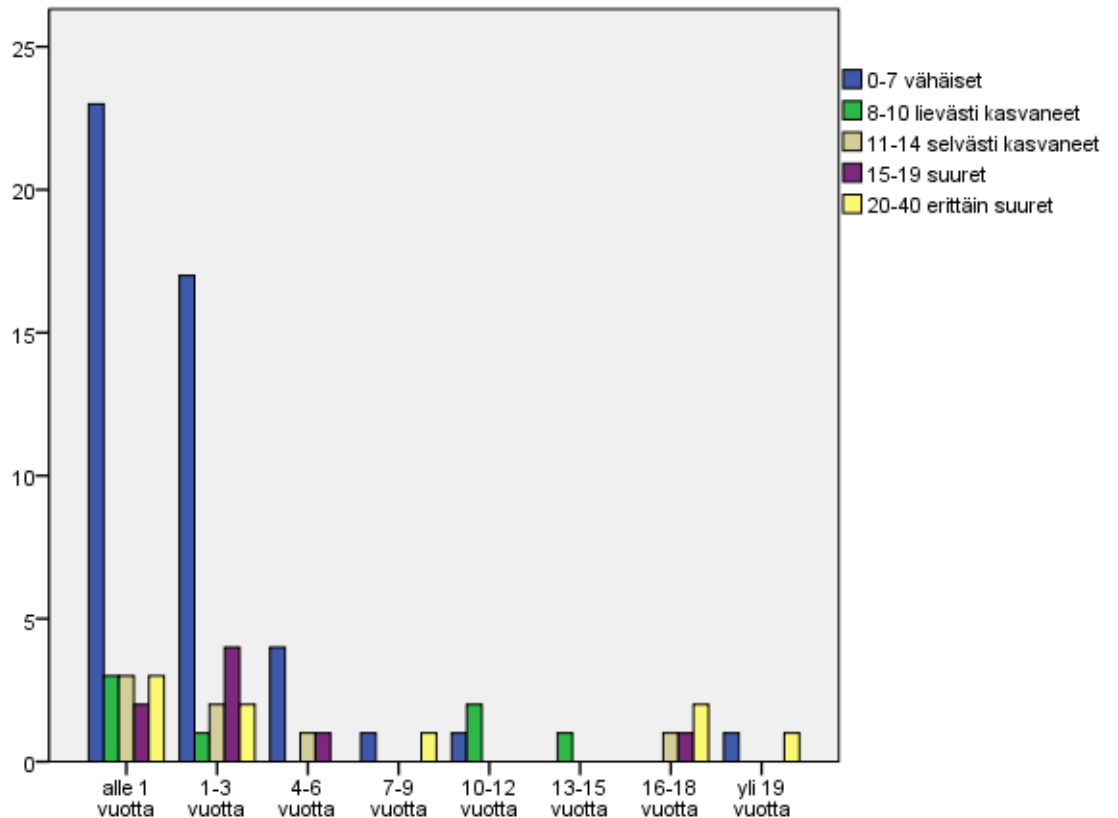
KUVIO 10. Työttömien alkoholinkäytön päivittäisten annosmäärien ja työttömyysajan välinen yhteys (n=78)

alkoholia 6 annosta tai enemmän harvemmin kuin kuukausittain. 1-3 vuotta työttömänä olleiden ryhmässä 12 (46%) henkilöä kertoi käyttävänsä Alle 1 vuotta työttömänä olleiden ryhmässä 12 (35%) henkilöä ilmoitti käyttävänsä alkoholia 6 annosta tai enemmän harvemmin kuin kuukausittain, sekä samassa ryhmässä 5 (19%) henkilöä sanoi käyttävänsä alkoholia 6 annosta tai enemmän viikoittain. (**Kuvio 11**)



KUVIO 11. Työttömyysajan yhteys työttömien alkoholin käyttöön kun alkoholi annoksia on kerrallaan kuusi tai enemmän (n=78)

Alkoholinkäytön riskit olivat vähäiset seuraavissa ryhmissä: alle 1 vuotta työttömänä olleet 23 (68%), 1-3 vuotta työttömänä olleet 17 (65%) ja 4-6 vuotta työttömänä olleet neljä (67%). Alkoholinkäytön riskit olivat erittäin suuret 9 (12%) henkilöllä koko aineistosta. (Kuvio 12)



KUVIO 12. Työttömien alkoholinkäytön riskirajat ja työttömyysajan välinen yhteys (n=78)

7.5 Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista

Tuloksista ilmeni, että miehet käyttivät enemmän alkoholia kuin naiset. Keski-ikäisten ryhmässä alkoholinkäyttöä oli tulosten mukaan eniten. Tässä samassa ryhmässä osalla oli myös erittäin suuret alkoholinkäytöstä johtuvat riskit. Eniten alkoholia käyttivät myös alle 1 vuoden työttömänä olleet sekä he, jotka olivat olleet työttömänä yli 13 vuotta.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Voimavuodet 3- hankkeessa mukana olleiden työttömien alkoholinkäyttöä. Selvitimme työttömien alkoholinkäyttöä sukupuolen, iän ja työttömyysajan mukaan.

Vastanneista naisista noin joka neljäs ja miehistä noin joka kymmenes ei oman ilmoituksensa mukaan käyttänyt alkoholia ollenkaan. Miehistä noin neljännes ilmoitti käyttävänsä alkoholia 2-3 kertaa viikossa sekä kolme miestä kertoi käyttävänsä alkoholia 4 kertaa viikossa tai useammin. Naisista noin puolet ja miehistä noin kolmannes sanoi käyttävänsä alkoholia 1-2 annosta päivässä, mikä oli myös alkoholiannosten mukaan yleisin tulos kaikissa ikäryhmissä. Naisista noin kolmannes ja miehistä noin seitsemännes ilmoitti käyttävänsä alkoholiannoksia päivittäin 3-4. Miehistä 11 henkilöä käytti oman kertomansa mukaan alkoholia 10 annosta tai enemmän päivinä, jolloin oli käyttänyt alkoholia. Miehistä 13 ja naisista yksi henkilö kertoi käyttävänsä viikoittain kerrallaan 6 annosta tai enemmän. Vastaajista miehet käyttivät selvästi enemmän alkoholia kuin naiset, mikä osoittaa sen, että miesten alkoholinkäyttö on edelleen suurempaa kuin naisten. Aikaisempia tutkimuksia työttömien miesten ja naisten alkoholinkäytöstä ei ole tehty tai emme ainakaan niitä löytäneet.

Jokaisessa ikäryhmässä noin kolmanneksella oli alkoholinkäyttöä myös useita kertoja kuukaudessa. Kaikissa ikäryhmissä oli myös henkilöitä, jotka eivät käyttäneet alkoholia lainkaan. 41–50-vuotiaiden ryhmässä oli kolme henkilöä, jotka kertoivat käyttävänsä alkoholia 4 kertaa viikossa tai useammin. Kaikista ikäryhmistä löytyi myös 2-3 kertaa viikossa alkoholia käyttäviä. Kaikissa ikäryhmissä, paitsi yli 60-vuotiaissa, oli muutama henkilö, jotka sanoivat käyttävänsä alkoholia 10 annosta tai enemmän päivässä. Kun alkoholiannoksia oli 6 tai enemmän oli lähes päivittäistä käyttöä omien sanojensa mukaan muutamalla henkilöllä, jotka olivat iältään 41–60-vuotiaita. Johtopäätöksenä tästä voisi todeta, että alkoholin runsasta käyttöä oli eniten 41–50-vuotiailla, mutta myös muutamilla henkilöillä muissakin ikäryhmissä. 41–50-vuotiaita oli tutkimuksessa mukana yhteensä 29 eli suurin osa.

Työttömyysaika vertailtuna alkoholinkäyttöön tuloksista kävi ilmi, että alkoholin käyttöä oli useamman kerran kuukaudessa noin kolmasosalla alle 1 vuoden työttömä-

nä olleista ja lähes puolella 1-3 vuotta työttömänä olleista henkilöistä. Viikoittaista alkoholinkäyttöä oli myös molemmissa ryhmissä eniten koko aineistoa katsottuna. Alle 1 vuoden työttömänä olleista oli kahdella henkilöllä 4 kertaa viikossa tai useammin alkoholinkäyttöä. Alkoholinkäyttö 1-2 annosta päivässä oli yleisin määrä (n=30) koko aineistossa työttömyyden pituuden mukaan. Kun annoksia oli 6 tai enemmän, oli koko aineistossa vain 3 henkilöä, jotka käyttivät tämän määrän lähes joka päivä. Nämä henkilöt olivat olleet työttömänä alle 1 vuodesta 9 vuoteen. Koko aineistosta 11 henkilöä kertoi käyttäneensä alkoholia 10 annosta tai enemmän. Tässä opinnäytetyössä ilmeni, että vähän (alle 1-3v) sekä pitkään työttömänä olleilla (yli 13 vuotta) alkoholinkäyttö lisääntyi. Aineisto jakautui hyvin epätasaisesti työttömyysaikojen mukaan, joten tästä ei saanut täysin luotettavaa kuvaa. Alkoholin riskikäyttöä ilmeni kuitenkin molemmissa ryhmissä.

Suurimmalla osalla naisista sekä miehistä työttömyysajan pituuden mukaan mitattuna sekä kaikissa ikäryhmissä AUDIT-kyselystä saadut alkoholinkäytön kokonaispistemäärät (0-7 pistettä) olivat alhaiset. Tämä osoitti sen, että molemmilla sukupuolilla, kaikissa ikäryhmissä sekä työttömyysajan mukaan oli melko vähäiset alkoholinkäytöstä terveydelle aiheutuvat riskit. Työttömyysajan pituuden mukaan mitattuna olivat erittäin suuret riskit yhteensä yhdeksällä henkilöllä. 20–40 pistettä oli saanut miehistä kahdeksan ja naisista vain yksi henkilö, jolloin heidän terveysturviansa olivat erittäin suuret. Näissä henkilöissä oli sekä lyhyemmän että pitemmän aikaa työttömänä olleita ja iältänsä he olivat 41–50-vuotiaita. Riskitekijöiden ollessa näin suuret, herää kysymys, kuinka moni työttömistä edes tietää alkoholinkäytön suurista terveydelle aiheuttavista haitoista.

osoitti myös, että Työ ja terveys tutkimuksen (2006) mukaan pitkäaikaistyöttömät käyttävät alkoholia yhtä paljon kuin työssä käyvät. Näyttää siltä, että työttömissä on myös pieni ryhmä alkoholin ongelmakäyttäjiiä mutta enemmistö on jopa raittiimpia kuin työssä käyvät. Tutkimus osoitti myös, että puolet pitkäaikaistyöttömistä ei käytä lainkaan tai hyvin harvoin alkoholia. Tämä tutkimus osoitti samansuuntaista tulosta kuin opinnäytetyömme tulokset. Anti-Drug Coalitions of America (CADCA) tutkimuksen mukaan työttömyyden pitkittyessä alkoholien väärinkäyttö lisääntyy. Huoli työttömyydestä, stressi taloudellisesta tilanteesta, itsetunnon heikkeneminen sekä sosiaalisten suhteiden väheneminen voivat johtaa siihen, että työtön lisää alkoholinkäyt-

töään. Opinnäytetyömme muutama pitkään työttömänä ollut henkilö lisäsi alkoholinkäyttöä. Adolescent Alcohol-use and Economic Conditions: A Multilevel Analysis of Data from a Period with Big Economic Changes tutkimus (2009) puolestaan osoittaa, että pitkittynyt työttömyys ei lisää alkoholinkäyttöä. Säännöllinen alkoholinkäyttö jopa väheni työttömyyden lisääntyessä. (Svensson & Hagquist, 2009.)

Opinnäytetyöstämme ilmeni, että alkoholin suurkulutusta oli vain muutamilla henkilöillä. Omassa opinnäytetyössämme saimme samansuuntaisia tuloksia kuin Terveystutkimuksessa (2000), jonka mukaan työttömien miesten ryhmässä oli paljon alkoholin suurkuluttajia sekä työmarkkina-aseman mukaan alkoholia käyttivät eniten työttömät ja yksinäiset miehet ja naiset. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan miesten alkoholinkäyttö hyväksytään sosiaalisesti paremmin kuin naisten, tästä syystä naisten alkoholinkäyttö ei tule niin helposti esiin. Tämä voi olla yksi syy, jonka vuoksi opinnäytteessämme tuli esille miesten runsaampi alkoholinkäyttö. (ks. Havio ym. 2008, 171.)

Työn edetessä on pohdittu paljon AUDIT-kyselyn luotettavuutta, koska kyselyyn voi vastata epärehellisesti. Suomessa vallitsee alkoholikulttuuri, jossa omaa alkoholinkäyttöä vähätellään ja naiset myös häpeilevät sitä. Sosiaalinen ympäristö odottaa, että ihmiset käyttävät alkoholia. Raitista ihmistä pidetään usein tylsänä. Monet eivät ehkä halua tai kehtaa myöntää todellista alkoholinkäyttöään ammatti-ihmiselle. Tämän vuoksi hoitoalan ihmisten olisi osattava käyttää kyselyä tilanteissa oikein eli hienovaraisesti ja sopivalla hetkellä. Hoitajan tulisi osata perustella asiakkaalle kyselyn tarkoitus, ja rohkaista häntä vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti. Olemme pohtineet, että moni ihminen ei välttämättä tiedä alkoholinkäytön haitallisia vaikutuksia tarpeeksi hyvin. Hoitajan työhön kuuluisi yhä enemmän tuoda esille alkoholinkäytöstä aiheutuvia ongelmia ja haittoja. Opinnäytetyötä tehdessä myös me olemme saaneet ja oppineet uutta tietoa alkoholin vaaroista ja haitoista. Opinnäytetyöhön on kulunut aikaa lukemattomia tunteja, mutta onneksi aihe on ollut mielenkiintoinen ja antanut meille paljon hyödyllistä tietoa.

9 TULOSTEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan tulee ottaa huomioon. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Täytyy myös selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Kun asiakkaille annettiin AUDIT-kysely täytettäväksi, heille kerrottiin, että kyselyn tietoja tullaan käyttämään anonymisti opinnäytetyössä. Asiakkailta oli mahdollisuus kieltäytyä AUDIT-kyselyn täyttämisestä. AUDIT-kyselyjä tuli täytettynä yhteensä 78 kappaletta. Vastanneiden määrä olisi voinut olla suurempi, kun otettiin huomioon terveystapaamisissa käyneiden työttömien kokonaismäärä (n=121). Saimme täytetyn AUDIT- kyselyn 64,5 prosentilta. Tämä herättää kysymyksen, jättivätkö vastaamatta ne, jotka käyttävät paljon alkoholia ja kuinka monella ei muistettu AUDIT-kyselyä tehdä. Opinnäytetyömme tulos saattaa siis olla liian optimistinen.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä. Tämän vuoksi tutkimuksessa arvioidaan sen luotettavuutta. Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta eli tutkimuksista saadaan samankaltaisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta monella tavalla, esimerkiksi jos kaksi tutkimusta päättyy samaan tulokseen, tulosta voidaan pitää luotettavana. Opinnäytetyötämme voidaan pitää luotettavana, sillä muissakin tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tutkimustuloksia tutkittaessa työttömiä ja alkoholin käyttöä. Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä asiaa, jota tutkija kuvittelee tutkivansa, esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymykset eritavalla kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee tuloksia oman ajatusmallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää luotettavana. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Tehokkain kaikista alkoholinkäytön kyselyistä on AUDIT, jossa alkoholikäytön suuruus tunnistetaan 51–97% todennäköisyydellä. (Raitasalo, 2005, 21.) Opinnäytetyössämme validius mitattiin valmiin AUDIT-mittarin avulla. Tämä on opinnäytetyömme ehdoton vahvuus, sillä AUDIT-mittari on luotettava. Toisaalta on kuitenkin todettu, että alkoholinkäytön arvioiminen kyselylomakkeen avulla on epäluotettavaa. Omassa opinnäytetyössämme on todennäköisesti ollut myös vastaajia, jotka eivät ole vastanneet kyselyyn totuudenmukaisesti. Ihmisillä on tapana vähätellä juomistaan, ammatti-ihmiset ovat todenneet, että alkoholinkulutuksen todellinen taso on vähintään kaksinkertainen asiakkaan ilmoittamaan nähden. (Seppänen, 2006, 30, 88.) Tämän asian johdosta voidaan pohtia tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Koska alkoholinkäyttöä koskeva kysely tehtiin valmiilla AUDIT-kyselyllä, emme voineet itse vaikuttaa kysymysten sisältöön tai ymmärrettävyyteen. Emme myöskään itse olleet tekemässä AUDIT-kyselyjä työttömille asiakkaille, vaan kyselyt suorittivat Voimavuodet-hankkeessa mukana olleet opiskelijat. Olemme tulkinneet strukturoidun kyselyn vastaukset parhaan taitomme mukaan. Tulokset olemme esittäneet rehellisesti muuttamatta mitään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Mikkelin alueen työttömien alkoholinkäyttöä, tuloksia ei ollut tarkoitus yleistää.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöstä ilmenee, että työttömät miehet käyttivät alkoholia enemmän kuin naiset. Miehet käyttivät useammin alkoholia sekä suurempia annosmääriä. Naisista vain muutama henkilö kertoi käyttävänsä alkoholia viikottain suurempia määriä. Molemmilla sukupuolilla sekä ikäryhmien mukaan mitattuna alkoholinkäyttö jäi enimmäkseen kuitenkin 1-2 annokseen kerrallaan. Vastanneista naisista noin joka neljäs ja miehistä noin joka kymmenes kertoi, etteivät käytä alkoholia ollenkaan. Alkoholinkäyttöä ilmeni eniten 41–50-vuotiailla miehillä, jotka olivat olleet työttömänä alle 1 vuoden tai yli 13 vuotta. AUDIT-kyselystä saadun pistemäärän mukaan heillä oli erittäin suuret riskit saada vakavia haittoja alkoholista. Runsasta alkoholinkäyttöä, yli 10 annosta kerrallaan, ilmeni lähes kaikissa ikäryhmissä sekä ryhmissä työttömyysajan mukaan mitattuna. Myös muutamilla 30–40-vuotiailla oli runsaampaa alkoholinkäyttöä sekä kaikissa ikäryhmissä oli henkilöitä, jotka käyttivät alkoholia viikoittain.

11 OPINNÄYTETYÖ PROSESSINA

Tämä opinnäytetyö oli toimeksianto Voimavuodet-hankkeelta, jonka loppuraporttiin työ liitetään. Työn tuloksia tullaan käyttämään Elixiiin toiminnan kehittämisessä. Hankkeen myötä on tarkoitus kehittää toimintamalli, joka edistää työvoiman saataavuutta, ehkäisee työttömyydestä aiheutuvia terveysriskejä sekä sosiaalista syrjäytymistä ja edistää omasta terveydestä huolehtimista. Valitsimme tämän aiheen opinnäytetyöksi, koska olemme kaikki kiinnostuneet päihdetyöstä. Aiheen saatuamme saimme ohjeet melko suurpiirteisesti ja jouduimme itse työstämään aktiivisesti työn aloitusta. Kului jonkin aikaa ennen kuin työn sisältö alkoi hahmottua meille. Alkuvaikeuksista päästyämme työn tekeminen alkoi sujua.

Yhteistyö ryhmän kesken sujui melko hyvin, saimme aikataulut sopimaan yksiin. Aikaisempien tutkimusten löytäminen oli hidasta, vanhempia tutkimuksia löytyi paremmin kuin 2000-luvulla tehtyjä. Yleensäkin työttömyys ja alkoholinkäyttö-aiheisia tutkimuksia löytyi yllättävän vähän. Kovan etsimisen tuloksena aiempia tutkimuksia kuitenkin löytyi. Tiedon hakeminen eri lähteistä on kehittynyt työtä tehdessä.

Opinnäytetyötä tehdessä meillä oli vaikeuksia saada valmista aineistoa Elixiiinistä. Jos vastaavanlaista hanketta ryhdyttäisiin uudestaan kehittämään, tulisi suunnittelu sekä organisointi järjestää paremmin: muun muassa aineisto ja koodit järjestyksessä, aineisto tietystä paikassa, asiankuuluville avaimet eri paikkoihin, asennetta yhteistyöhön opiskelijoiden kanssa sekä rauhalliset tilat työskentelyyn. Asioiden parempi organisointi auttaisi kaikkia hankkeen osapuolia hyvään yhteistyöhön ja lopputulokseen.

12 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Jatkotutkimusehdotukseksi nousi kysely, jossa tutkittaisiin kuinka hyvin ihmiset tietävät alkoholinkäytön riskeistä. Mielenkiintoinen jatkotutkimus olisi, miten terveydenhuoltohenkilöstö osaa käyttää AUDIT-kyselyä ja uskaltavatko he yleensä ottaa esille alkoholinkäytön. Jos vastaavanlainen hanke kuin Voimavuodet 3 toteutuu uudestaan,

olisi mielenkiintoista jos samansuuntainen tutkimus työttömien alkoholinkäytöstä tehtäisiin uudelleen. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hyväksi Voimavuodet-hankkeessa. Tuloksien ansiosta työttömien terveyspalveluja voidaan kehittää esimerkiksi jatkamalla terveystarkastuksia. Lisäksi tutkimus saattaa avata uusia tutkittavia asioita, esimerkiksi tämä tutkimus voidaan toistaa Suomen eri kaupungeissa.

LÄHTEET

Agge, Eva 2008. ”Päihdepotilas kuuluu meille!” Sairaanhoidaja 11, 32-33.

Ahlström, Salme 2005. 291 Nainen ja alkoholi. Tietoiskut. Päihdelinkki. HTML -dokumentti. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/291-nainen-ja-alkoholi>
Päivitetty 1.6.2009. Luettu 4.10.2010.

Alkoholiohjelma 2004-2007. Kohtuus kaikessa – opas alkoholinkäytön hallintaan.

Bondigas, Al. 2010. Unemployment & Alcohol Abuse. HTMLdokumentti. http://www.ehow.com/about_6529563_unemployment-alcohol-abuse.html
Päivitetty 19.5.2010. Luettu 26.10.2010.

Böök, Marja Leena 2001. Vanhemmuus ja vanhemmuuden diskurssit työttömyystilanteissa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

CADCA 2009. Study Finds Correlation between Rapid Rise in Unemployment and Alcohol Abuse.

<http://www.cadca.org/resources/detail/study-finds-correlation-between-rapid-rise-unemployment-and-alcohol-abuse> Ei päivitystietoja. Luettu 26.10.2010

Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria, Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, Tarja 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Heljälä, Leena, Jurvansuu, Hanna, Kuokkanen, Martti 2006. Alkoholin riskikäyttäjien mini-interventio työterveyshuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Herttua, Kimmo 2010. Hintaa ei jalosta juomatapoja. Länsi-Savo 11.04.2010, 32.

Hietaniemi, Eila 2003. Aktivointi – elämänhallinta – sosiaalista pääomaa. Pohdintaa ikääntyvien työttömien elämänhallinnan tekijöistä ja syrjäytymistä torjuvien toimenpi-

teiden merkityksestä. Työpoliittinen aikakauskirja 4/2003. PDF – dokumentti.http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/aikakausi/tak/TAK_2003_4_3.pdf Päivitetty 8.12. Luettu 7.6.2010.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Myllymäki, Hannele & Valtonen Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö

Holopainen, Martti, Pulkkinen, Pekka 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Inkinen, Maria, Partanen, Airi, Sutinen, Tiina 2003. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Julkunen, Raija 2009. Työllisyydestä työttömiin. PDF-dokumentti.
<http://www.tpk.fi/Public/download.aspx?ID=48230&GUID=%7Bd2d7881e-e0a0-495d-bd29-aa904fdeaf6c%7D> Päivitetty 17.9.2009. Luettu 5.10.2010.

K, Pentti. 2004. Työttömyyden pitkä varjo. HTML-dokumentti.
<http://www.tay.fi/laitokset/sostut/hlokunta/koistinen/pahkina/juttu3.htm>
Päivitetty 9.11.2004. Luettu 5.10.2010.

Kariniemi, Olli 2010. Naisten alkoholinkäyttö on kuusinkertaistunut.
http://www.sininauhaliitto.fi/ajankohtaista/lue_lisaa_uutisia/uutiset_2010/naisten_alkoholinkaytto_on_kuusinkertaistunut/ Päivitetty 29.6.2010. Luettu 25.1.2011.

Karppi, Sirkka-Liisa 2009. Kela. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. HTML – dokumentti.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument> Päivitetty 14.12.2009. Luettu 7.6.2010.

Kokkonen, Sari 2003. Työttömänä isänä perheessä ja yhteiskunnassa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Lappalainen-Lehto, Riitta, Romu, Maija-Liisa, Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihteet. Helsinki: WSOY.

Lehto, Pekka 2010. Syrjäytyminen. WWW- dokumentti. http://mielenterveys.info/ongelma_syrjaytyminen.html Päivitetty 4.10.2010. Luettu 7.6.2010.

Leinonen, Veli-Matti & Vanhanen, Nina 2010. Pitkittyneen työttömyyden vaikutukset yksilötasolla. PDF -dokumentti. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/33690C64-E47D-4121-B7EE-C3760CF4F922/16746/Leinonen_pitkittyneet_tyottomyyden_vaikutukset.pdf Päivitetty 9.9.2010. Luettu 5.10.2010.

Lepistö, Päivi 2010. Palveluohjauksellinen toimintamalli kuntouttavasta työtoiminnasta kohti avoimia työmarkkinoita. Pohjois-Satakunnan Työ – ja elinkeinotoimisto. PDF-dokumentti. http://www.valkky.fi/tiedostot/Toimintamalli_kuntouttavasta_tyotoiminnasta_kohti_avoimia_tyomarkkinoita.pdf Päivitetty 28.5.2010. Luettu 5.10.2010.

Linnanmäki, Eila 2010. Työttömyys ja terveys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF -dokumentti. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/5B917B9E-27E0-4D6B-9C84-CD09629D0FA9/16583/Linnanm%C3%A4kiTy%C3%B6tt%C3%B6myysjaterveys_2.pdf Päivitetty 18.6.2010. Luettu 4.10.2010.

Mannila, Simo & Martikainen, Pekka. Työttömyys. Suomalaisten terveys. HTML-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00011 Päivitetty 18.7.2005. Luettu 4.6.2010.

Menneen maailman strategioita. HTML -dokumentti. <http://www.phpoint.fi/ulrikaj/mms/pops/hallinta.htm> Päivitetty 25.6.2008. Luettu 7.6.2010.

Nyyti ry opiskelijoiden tukikeskus 2009. Elämänhallinta. WWW -dokumentti.
<http://www.nyyti.fi/tietoa/elamanhallinta/> Päivitetty 16.2.2009. Luettu 4.10.2010.

Päihdelinkki. Alkoholinkäytön riskit. HTML -dokumentti.
http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit_lisatieto.htm Ei päivitystietoja. Luettu 4.1.2011.

Raitasalo, Kirsimarja, Alho, Hannu, Lindeman, Jukka, Roine, Risto 2005. Tommi 2005 Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Saikku, Peppi 2009. Perusterveydenhuolto ja työttömien palvelut. Työttömien terveystarkastukset ja -palvelut kunnissa 2009. PDF -dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5de0d9d6-0c3d-4268-83d8-70346310c7a0> Päivitetty 26.5.2010. Luettu 4.10.2010.

Sajama, Sinikka 2009. Kohtuukäyttäjille alkoholisairauksia – riskiraja ei ole turvaraja. Tehy 9, 29-31.

Salaspuro, Mikko, Kiiänmaa, Kalervo, Seppä, Kaija 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppä, Kaija & Alho, Hannu 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Seppänen, Juhani 2006. Selvästi juovuksissa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Sihto, Matti. 2010. Taantuma ja työttömyys. PDF -dokumentti.
http://www.tem.fi/files/27778/TEM_57_2010_netti.pdf Päivitetty 9.9.2010.
Luettu 26.10.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja työkyvyn edistäminen.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1247207> Päivitetty 3.4.2008.
Luettu 26.10.2010.

Svensson, M. & Hagquist, C. 2009. Adolescent alcohol and illicit drug use among first- and second-generation immigrants in Sweden.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19933223> Päivitetty 18.11.2009. Luettu 26.10.2010.

Syrjäytymisessä suomalaisten yhteiskunnan suurin uhka. 2006. Päihdelinkki. HTML -dokumentti. <http://www.paihdelinkki.fi/mediassa/syrjaytymisessa-suomalaisen-yhteiskunnan-suurin-uhka> Päivitetty 7.6.2006. Luettu 4.10.2010.

Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri 2009. Irti päihdeongelmasta. Helsinki: Edita.

Tarnaala, Eerik 2008. Riskitekijät ja suojaavat tekijät. PDF -dokumentti.

http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/FA4F30DE-0363-45A2-B12C-96CC197AE507/0/tarnaala_tekijat.pdf Päivitetty 5.6.2008. Luettu 4.10.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Alkoholijuomien kulutus väheni vuonna 2010. HTML -dokumentti.

http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus_ennakko.htm Päivitetty 15.2.2011. Luettu 20.03.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lapsiköyhyys on Suomessa kasvussa. 2010. Tutkimus ja kehittäminen. HTML-dokumentti.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/nakokulmia/lapsikoyhyys_on_suomessa_kasvussa Ei päivitystietoja. Luettu 5.10.2010.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Miten alkoholin kulutus, haitat ja politiikka ovat kehittyneet 2000-luvun alussa? WWW -julkaisu.

<http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/ajankohtaista/mitenalkoholinkulutus.htm> Päivitetty 12.10.2009. Luettu 26.10.2010.

Tilastokeskus. 2009. Käsitteet ja määritelmät, työtön. HTML -dokumentti.

<http://www.stat.fi/meta/kas/tyoton.html> Päivitetty 30.9.2009. Luettu 17.5.2010.

Työ- ja elinkeinoministeriön tutkimuskatsaus 2008. Työttömyys vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin. WWW-dokumentti.

http://www.tem.fi/index.phtml?96107_m=91726&s=3407 Päivitetty 3.6.2008. Luettu 7.6.2010.

Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos, Helsinki. PDF -dokumentti.

http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Document/06_tyo_ja_terveys_sisallyslyettelo.pdf Päivitetty 4.4.2008. Luettu 4.10.2010.

Välimäki, Kari 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Tulevaisuuskatsaus 2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12410.pdf Päivitetty 16.9.2010. Luettu 5.10.2010.

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)**LIITE 1(1)**

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa

LIITE 1(2)

- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

LIITE 2 (1)

Koodi	Sukupuoli	Ikä	Työttömyys- aika	AUDITIN 1.kysymys	AUDITIN 2.kysymys	AUDITIN 3.kysymys	AUDITIN kokonais- pistemäärä
1	1	2	1	1	1	2	1
2	1	3	1	1	1	0	1
3	1	2	2	2	3	1	2
4	2	4	2	3	4	3	4
5	2	4	2	2	2	0	1
6	2	3	4	4	4	4	5
7	2	4	4	1	1	1	1
8	1	3	1	2	0	1	1
9	1	2	2	0	0	1	1
10	1	5	1	0	0	0	1
11	1	4	2	1	1	1	1
12	2	4	7	2	3	3	4
13	2	4	1	0	0	0	1
14	2	3	1	2	3	4	4
15	2	4	2	2	2	3	3
16	2	4	2	2	1	4	5
17	2	4	7	2	4	2	5
18	2	3	5	1	4	2	2
19	1	3	1	2	1	1	1
20	2	4	1	2	0	1	1
21	1	5	2	1	0	0	1
22	1	4	7	2	3	2	5
23	1	4	3	1	1	1	1
24	2	2	1	3	1	3	4
25	2	3	2	2	0	1	1
26	1	3	1	0	0	0	1
27	1	4	2	1	0	1	1
28	2	2	1	3	0	1	1
29	2	2	2	2	2	2	1
30	2	3	1	4	4	3	5
31	2	4	3	1	3	1	1
32	1	2	1	2	0	1	1
33	1	3	1	1	0	1	1
34	2	3	1	3	4	3	5
35	2	2	3	0	0	0	1
36	2	3	2	2	2	2	4
37	1	3	1	2	0	1	1
38	2	3	1	2	0	0	1
39	1	4	1	0	3	3	1
40	1	3	2	1	1	1	1
41	2	3	6	3	0	2	2
42	1	4	2	2	0	1	1
43	2	4	1	2	1	1	2
44	2	1	1	3	1	2	2

45	2	4	1	1	2	2	1
46	1	4	2	1	1	1	3
47	2	4	2	3	2	3	4
48	1	3	8	1	0	0	1
49	2	3	1	3	0	0	1
50	2	2	3	2	4	3	4
51	2	1	2	0	0	2	1
52	2	4	2	1	0	0	1
53	2	3	1	2	3	2	3
54	2	3	2	1	3	3	4
55	2	3	1	1	3	1	2
56	2	4	1	1	0	1	1
57	2	3	1	2	3	2	1
58	2	3	1	4	1	1	1
59	2	3	5	0	0	0	1
60	1	4	1	0	0	0	1
61	1	1	2	1	1	1	1
62	2	1	1	2	0	0	1
63	2	3	1	3	4	3	5
64	1	3	2	2	1	1	1
65	2	1	1	3	2	3	3
66	2	1	2	2	0	1	1
67	2	1	2	2	4	3	5
68	2	4	2	3	0	0	1
69	2	4	5	1	4	1	2
70	1	4	3	0	0	0	1
71	1	4	2	0	0	0	1
72	2	4	8	2	2	3	5
73	2	2	7	1	4	2	3
74	2	5	3	3	1	2	3
75	1	2	2	1	3	1	1
76	2	3	1	2	3	2	1
77	2	3	1	1	3	1	2
78	2	3	1	0	0	0	1

Projektissa aloittaneen henkilön tiedot

Perustiedot:

Nimi:		Syntymävuosi:	
Osoite:			
Puhelin:		Sähköposti:	
Asiakaskoodi:			

Koulutus: perus keski1 keski2 korkea

Työmarkkina-asema:

- Oletko
 - työtön
 - tukityöllistetty
 - työelämän valmennuksessa
 - työharjoittelussa
 - työkokeilussa
 - työllisyyskoulutuksessa
 - kuntouttavassa työtoiminnassa
- Oletko ollut työttömänä vähintään vuoden, kun kaikki työttömyysajat lasketaan viimeisten kuukausien ajalta? kyllä olen en ole
- Oletko tällä hetkellä:
 - koulutuksessa (työllisyyskoulutus, oppisopimus, opiskelija)
 - sairauslomalla / kuntoutustuella
 - hoitovapaalla
 - pysyvästi työkyvytön
 - eläkkeellä
 - joku muu
- Oletko
 - maahanmuuttaja (ei Suomen kansalaisuutta)
 - vähemmistöön kuuluva
 - vammainen (rajoittaako työhön sijoittumistasi sairaus tai vamma)
 - muu heikossa työmarkkina-asemassa oleva

Lisätietoja:

Lähete

Nimi: _____ Asiakaskoodi: _____

Osoite: _____

Puhelin _____ Sähköposti: _____

Syntymävuosi: _____

Aika Elixiriin

Pvm:	_____	Klo:	_____
Muuta:	_____		

Pvm: _____

Paikka: _____

Lähetteen antaneen henkilön allekirjoitus ja
nimenselvennys

Asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys