

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Mari Ahtinen & Riitta Lind

ALKOHOLIKYSELY ERÄMESSUILLA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

AHTINEN, MARI

LIND, RIITTA

Alkoholikysely Erämessuilla

Opinnäytetyö

35 sivua + 5 liitesivua

Työn ohjaaja

THM Anna Anttolainen

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupunki

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskus

Maaliskuu 2012

Avainsanat

alkoholi, alkoholinkäyttö, Audit-kysely, mini-interventio

Suomalaisten alkoholin käyttö on lisääntynyt suuresti viimeksi kuluneen puolen vuosisadan aikana. Alkoholinkulutus jakautuu erittäin epätasaisesti. Pieni osa ei juo ollenkaan, suuri osa juo vähän, suurin osa juo kohtuudella ja pieni osa juo erittäin paljon.

Opinnäytetyössämme pyrimme selvittämään alkoholin vaikutusta ihmiseen. Tutkimusongelmat työssä olivat miten sukupuoli, ikä, koulutus ja asuinalue näkyvät Audit-kyselyn pisteissä sekä millaisia ajatuksia humalahakuinen juominen herätti vastaajissa. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Tutkimukseen vastasi 290 henkilöä.

Tämän opinnäytetyön vastausten perusteella asuinalueella ei näyttänyt olevan merkitystä vastaajien Audit-pisteiden lukumäärään. Sen sijaan eroja oli havaittavissa eri koulutustasojen välillä. Kaikissa ikäryhmissä 1 – 7 Audit-pistettä oli yleisin tulos. Kyselyn mukaan naisten alkoholinkulutus oli vähäisempää kuin miesten. Tutkimuskysymyksessämme halusimme selvittää mihin vastaajien mielestä humalahakuinen juominen ensisijaisesti ihmisessä vaikuttaa. Vastauksia saimme useita erilaisia. Sillä koettiin olevan erilaisia vaikutuksia ihmiseen ja omaan ympäristöön. Messuvieraiden suuri kiinnostus osastoamme kohtaan toi esille myös sen, että on tarvetta terveydenhoitajien jalkautumiselle yleisötapahtumiin. Rikkomalla perinteisiä valistustapoja kynnys keskustella alkoholista madaltuu.

Tutkimustulosten tarkoitus on auttaa terveydenhoitohenkilökuntaa omassa työssään ymmärtämään alkoholin monet eri vaikutukset. On myös tarpeen muistaa, että Audit-kysely ei ole varsinainen diagnostinen työkalu, eli sen tulosten perusteella ei voida yksin päätellä, että testattava on suurkuluttaja tai alkoholisti. Riskirajan ylittävät testipistemäärät merkitsevät, että omalle juomiselle on tarpeen tehdä jotain ja tarvittaessa etsiä perusteellisempaan tilannearvioon, tutkimuksiin tai hoitoon.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

AHTINEN, MARI

LIND, RIITTA

Alcohol Consumption Inquiry for Visitors at Local
Outdoors Fair

Bachelor's Thesis

35 pages + 5 pages of appendices

Supervisor

MNSc Anna Anttolainen

Commissioned by

City of Kouvola

Center of promotion of health and welfare

March 2012

Keywords

alcohol, alcohol consumption, Audit-questionnaire,
mini-intervention

Alcohol consumption has greatly increased during the past half century in Finland. This consumption is divided remarkably unevenly. A small amount of people do not drink at all, the majority are moderate users and a small amount are heavy users.

The objective of this thesis was to examine the effects of alcohol on humans. The research consisted of the effects of gender, age, education and area of residence in the points of Audit, and the type of thoughts drinking to get drunk arouse among the answerers. The research method used in this thesis was a quantitative one (N=290).

According to the results of this inquiry the area of residence had no effect on the Audit points. Instead, education implicated differences. 1 – 7 Audit points was a general result in all age groups. According to the inquiry smaller alcohol consumption was less common in females than in males. The research questions concerning the effects of heavy drinking resulted in a variety of answers. The effects consisted of diverse relations to humans and their environment. The interest the fair visitors showed for our stand proved a demand for the presence of health care personnel at public fairs. By crossing the traditional borders in the manners of discussion, the threshold to discuss drinking is lower.

The objective of this research was to aid working health care personnel to understand the various effects of alcohol. It is significant to notice that the Audit questionnaire is not a diagnostic tool, and thus someone's heavy drinking or alcoholism cannot be defined based on the results. Points exceeding the risk limit are a sign of a need for action and when necessary, seeking for assessment, examinations or care.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	ALKOHOLI ARKIPÄIVÄÄ?	7
	2.1 Normit ja asenteet alkoholiin	7
	2.2 Suomalaisten juomatavat	8
	2.3 Alkoholin käytön nykytila Kymenlaaksossa	8
3	ALKOHOLI	9
	3.1 Alkoholin määrittely	9
	3.2 Alkoholiaineenvaihdunta	10
	3.3 Alkoholinkäytön vaikutukset fyysiseen terveyteen	11
	3.4 Alkoholinkäytön vaikutukset mielenterveyteen	15
	3.5 Alkoholinkäytön muita haitallisia vaikutuksia	15
4	PÄIHDEHOITOTYÖ	16
	4.1 Päihdehoitotyön määrittely	16
	4.2 Päihteenkäytön tasot	17
	4.3 Alkoholiongelmien ennaltaehkäisy	19
	4.4 Mini-interventio	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
	5.1 Tutkimuksen tavoitteet	22
	5.2 Tutkimusongelmat	22
	5.3 Tutkimusmenetelmän valinta ja aineiston keruu	22
	5.4 Erämessut 2011	23
	5.5 Aineiston analyysi ja esittäminen	23
6	TUTKIMUSTULOKSET	24
	6.1 Audit-pisteet asuinalueittain	24
	6.2 Audit-pisteet ikäryhmittäin	25
	6.3 Audit-pisteet sukupuolen mukaan	26

6.4	Audit-pisteet koulutusasteittain	27
6.5	Vastaajien käsityksiä mihin humalahakuinen juominen ensisijaisesti vaikuttaa	28
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	29
	Tutkimuksen luotettavuus	30
8	POHDINTA	31
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	
	Liite 1. Erilaisia kirjallisia oppaita jaettavaksi	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Valokuvia Erämessuilta	
	Liite 4. Audit-testi	

1 JOHDANTO

Alkoholinkulutus Suomessa on jatkuvasti kasvanut helpon saatavuuden sekä etenkin vuoden 2004 alkoholiveroalennuksen myötä. Alkoholin kasvava kulutus luo lisääntyviä ongelmia yhteiskunnalle, ja sillä on myös suuri vaikutus yksilön hyvinvointiin ja terveyteen. Alkoholinkäyttö vaikuttaa myös yhteiskunnan talouteen. Suurkulutuksen mukana tuomia ongelmia ovat kasvavat työpoissaolot ja alkoholin aiheuttamat sairaudet. Lisääntyneet tapaturmat ja niiden kallis hoito kuormittavat myös yhteiskuntaa.

Alkoholinkulutus Kymenlaakson alueella on kasvanut tuntuvasti viimeisen kymmenen vuoden aikana (Kouvolan Päihdestrategia 2009 – 2012). Päihdestrategia sisältää ehkäisevän päihdetyön, päihdetyön peruspalveluissa sekä päihdetyön erityispalvelut. Vuonna 2010 Kymenlaaksossa alkoholia myytiin 8,6 litraa alkoholia asukasta kohti (THL 2011a.)

Varhain aloitettu alkoholien käyttö altistaa moninkertaiselle riskille kohdata alkoholihäiriöitä työikäisenä. Alkoholien käytön haitallinen vaikutus nuoren terveyteen on kiistaton. Eräs keskeisimmistä tekijöistä hyvinvoinnin edistämiseksi on alkoholien käyttöön liittyvien näkökulmien hahmottaminen ja aktiiviset toimet alkoholien käytön ennaltaehkäisemisessä. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 103.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, onko asuinalueella, iällä, sukupuolella ja koulutuksella merkitystä käytetyn alkoholien määrään ja antaa tietoa alkoholien käytön vaikutuksista ihmisen elämään. Tavoitteena on, että työstä olisi hyötyä sairaan- ja terveydenhoitajille heidän omassa työssään. Lisäksi halusimme syventää omia tietojamme kyseisestä aiheesta tulevaa työuraamme ajatellen. Alkoholien kulutusta mitattiin alkoholien käytön riskejä mittaavalla Audit-kyselyllä. Tämän lisäksi vastaajat saavat täytettäväksi laatimamme kysymyslomakkeen. Opinnäytetyössä selvitetään vastaajien ajatuksia alkoholien käytön vaikutuksista omaan elämään.

2 ALKOHOLI ARKIPÄIVÄÄ?

2.1 Normit ja asenteet alkoholiin

Jokaisessa kulttuurissa on normeja, jotka säätelevät alkoholin käyttöä. Normit määrittelevät, onko juominen sallittua ja missä määrin se on hyväksyttävää. Kun yhteiskunnassa tapahtuu muutoksia, mukautuvat samalla normit ihmisten toiveiden ja tarpeiden mukaan. Normit säätelevät juotavia määriä sekä, sitä milloin ja missä on soveliaista juoda. Kulttuurien juomista säätelevät normit ovat vahvasti sidoksissa uskontoon. Maailmanlaajuisesti naisten juomista säädellään tiukemmin kuin miesten. Yhteiskuntien sisällä väestön juomatavat vaihtelevat asuinalueen ja kaupungistumisasteen mukaan. Teollistuneissa länsimaissa nuorten juomista ja alkoholin saantia säädellään ikärajoituksin. Joissakin kulttuureissa ylemmät sosiaaliryhmät suhtautuvat sallivammin alkoholinkäyttöön kuin alemmat, toisissa kulttuureissa tilanne on päinvastoin. Myös eri ammattiryhmien välillä on havaittavissa eroja. Alkoholin nauttiminen on useimmiten osa sosiaalista tapahtumaa. Sen avulla voidaan osoittaa kuuluvansa johonkin ryhmään. Kanssakäyminen helpottuu, koska alkoholin estoja poistava vaikutus antaa syyn jutella ystävien kanssa aiheista, joista ei normaalisti uskaltaisi, keskustella ja tämä voi olla hyvinkin terapeutista. Alkoholi on osana ihmisten arkipäivää. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 22 – 26.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus ry:n tekemän Suomalaisten alkoholi- ja huumeidenkäytön tutkimuksen perusteella suomalaiset ovat yleisesti sitä mieltä, että Suomessa käytetään liikaa alkoholia ja humalajuomiseen suhtaudutaan liian vapaasti. Asenteet ovat selvästi tiukentuneet vuodesta 2006. Humalaisten anniskeluun ja myyntiin pitäisi suomalaisten mielestä suhtautua tiukemmin. Itäsuomalaiset olisivat muuta Suomea valmiimpia nostamaan alkoholiveroa. Itä- ja Kaakkois-Suomesta löytyvät korkeat alkoholikuolleisuuden alueet. Suurin osa suomalaisista kokee humalaisten näkymisen kaduilla häiritseväksi. Samalla turvallisuuden tunne on vähentynyt humalaisten käytöksen vuoksi. Suhtautuminen erilaisiin keinoihin alkoholihaittojen vähentämiseksi kuitenkin vaihtelee. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tehtävät mini-interventiot hyväksyvät lähes kaikki suomalaiset. (Järvinen & Varamäki 2010.)

2.2 Suomalaisten juomatavat

100 prosenttisen alkoholin kulutus nousi Suomessa vuonna 2011. Mietojen viinien kulutus on kasvanut niin ruoka- kuin seurustelujuomana. Alkoholia myydään eniten jouluna ja kesä-heinäkuussa. Juominen keskittyy viikonloppuihin. Alkoholin käyttö ajoittuu iltaan. Alkoholin käyttökertojen lisääntyminen ja niiden levittäytyminen entistä suuremmassa määrin myös arkipäiville luo yhdessä korkean kulutustason kanssa pohjaa pitempiaikaisen säännöllisen alkoholin käytön aiheuttamien haittojen lisääntymiselle. Naisilla yli seitsemän alkoholiannoksen juomiskerrat kotona ovat lisääntyneet huomattavasti. Miehillä kotiympäristöön sijoittuneiden pariskuntien keskinäisten juomiskertojen osuus on kasvanut huomattavasti. Anniskelupaikoissa miehet eivät enää juo samassa määrin miesseurueissa kuin aiemmin. (Österberg & Mäkelä 2009.)

Humalajuominen on oleellinen osa nuorten ja nuorten aikuisten hauskanpitoa. Suomalainen humalajuominen tapahtuu yleensä olemassa olevissa kaveriporukoissa tai muissa porukoissa. Suomalaisessa kulttuurissa runsas juominen ei välttämättä ole merkki alkoholiongelmista. Rankkakin ryypääminen näyttäytyy ongelmattomana, jos se tapahtuu hyvässä porukassa ja rankalle juomiselle hyväksyttävissä puitteissa – erillään työstä, kotielämästä ja muista harrastuksista. Sen sijaan suomalaiset liittävät ongelmat säätelemättömään ja kyseenalaisista syistä tapahtuvaan juomiseen. Ongelmallisimmaksi koetaan yksilöllinen, sooloileva juominen, joka ei sitoudu juomisen ryhmähenkeen eikä tilannekohtaisiin pelisääntöihin. Ongelmajuojana pidetään henkilöä, joka seuraa juodessaan vain omia mielihalujaan eikä sitoudu toisten toiveisiin tai tarpeisiin. (Österberg ym. 2009.)

2.3 Alkoholin käytön nykytila Kymenlaaksossa

Vuonna 2010 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 100-prosenttisena alkoholina 10,0 litraa asukasta kohti. Kokonaiskulutus väheni kolmatta vuotta peräkkäin. Kulutus jakaantuu tilastoituun ja tilastoimattomaan kulutukseen. Tilastoimattoman alkoholin kulutuksen arvioitiin olevan 1,9 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohti vuonna 2010. Alkoholin myynti koostuu alkoholijuomien vähittäis- ja anniskelumyynnistä. Kymenlaaksossa alkoholia myytiin 8,6 litraa alkoholia asukasta kohti koko maan keskiarvon ollessa 8,1 litraa. (THL 2011b.)

Kouvolan päihdestrategiahanke on aloitettu Kouvolan seudun kuntien yhteishankkeena tammikuussa 2008. Seudun kuuden kunnan (Anjalankoski, Elimäki, Jaala, Kouvola, Kuusankoski ja Valkeala) päätettyä yhdistymisestä hanke järjestäytyi syksyllä 2009 Kouvolan päihdestrategiahankkeeksi 2009 - 2012, jonka tavoitteena oli laatia uudelle kunnalle päihdestrategia. Päihdestrategia kattaa ehkäisevän päihdetyön, päihdetyön peruspalveluissa sekä päihdetyön erityispalvelut. Strategia pohjautuu lainsäädäntöön ja laatusuosituksiin. Strategiassa käytetään käsitettä *päihde*, jolla tarkoitetaan alkoholin ja huumeiden käyttöä sekä lääkkeiden väärinkäyttöä. Strategian arvoja ovat asiakaslähtöisyys, ihmisarvon kunnioitus, osallisuus, moniammatillisuus ja yhteisvastuullisuus. Visiona on turvallinen Kouvola, jossa päihdehaittojen ehkäisy ja päihdetyö ovat osa paikallista hyvinvointityötä. Päihdepalvelut ovat kynnyksettömiä, vaikuttavia ja pohjautuvat lainsäädäntöön ja asiakkaiden tarpeisiin. Strategiassa pääpaino asetetaan ehkäisevään työhön, varhaiseen puuttumiseen ja päihdehaittojen oleelliseen vähentämiseen. Työhön osallistuvat kaupungin kaikki toimialat sekä osaltaan myös seurakunta ja kolmas sektori. Erityishuomio kiinnitetään lapsiperheiden, nuorten aikuisten ja ikäihmisten päihdepalvelujen tarpeisiin vastaamiseen. (Kouvolan Päihdestrategia 2009 – 2012.)

3 ALKOHOLI

3.1 Alkoholin määrittely

Alkoholi on nautintoaine ja päihde. Alkoholiannoksella tarkoitetaan määrää, joka sisältää alkoholia 12 grammaa. Yksi annos on esimerkiksi viinilasi (12 cl), pieni keskiolut- tai siideripullo, annos väkevää viiniä (8 cl) tai annos viinaa (4 cl). Kohtuudessa pysyminen edellyttää tietoisuutta siitä, paljonko nautittuihin juomiin sisältyy alkoholia. Juomisen tarkkailun helpottamiseksi on hyvä oppia arvioimaan kulutustaan vakioannoksina. Riskiraja ylittyy, kun nainen käyttää yli 16 ja mies yli 24 annosta viikossa. Yli 65-vuotiailla juomisen riskirajat ovat kaksi annosta vuorokaudessa ja viisi annosta viikossa. Kertakäytön raja on naisilla viisi ja miehillä seitsemän annosta. Alkoholipitoisuus ilmoitetaan promilleina. Yksi promille tarkoittaa, että yhdessä litrassa verta on gramma puhdasta alkoholia. Yhtä paljon alkoholia on muuallakin elimistössä, kuten lihaksissa ja aivoissa. Rasvakudoksessa alkoholipitoisuus on alhaisempi. Alkoholin määrä mitataan verestä. Veren alkoholipitoisuutta käytetään myös epäsuorana humalan voimakkuuden mittarina,

koska humalan voimakkuus riippuu veren alkoholipitoisuudesta. Alkoholimäärän lisäksi veren alkoholipitoisuuteen vaikuttavat ruumiinpaino ja sukupuoli. Naisia erottaa miehistä keskimääräisen ruumiinkoon lisäksi myös kehon koostumus. Naisissa on enemmän rasvakudosta ja vähemmän vesipitoisia kudoksia kuin miehissä. (Inkinen ym. 2000, 39 - 46; Österberg ym. 2009.)

Alkoholijuomalla tarkoitetaan nautittavaksi tarkoitettua juomaa, joka sisältää enemmän kuin 1,2 tilavuusprosenttia etyylialkoholia. Alkoholijuomat jaetaan alkoholipitoisuuden mukaan väkeviin (> 22 tilavuusprosenttia) ja mietoihin (< 22 tilavuusprosenttia). Miedot juomat voidaan jakaa edelleen väkeviin ja mietoihin viineihin sekä mallasjuomiin. Alkoholijuomat sisältävät valmistustavan mukaan hyvin monenlaisia orgaanisia ja epäorgaanisia sivuaineita, mm. aldehydejä, metanolia, sikuna-alkoholeja, folaattia, rautaa, lyijyä sekä lisäaineita. Alkoholijuomien sisältämä etanoli toimii päihtenä, jolla on keskushermostoa lamaannuttava vaikutus. Alkoholijuomien sisältämä etanoli aiheuttaa humalatilaa, jossa koordinaatio, reaktionopeus, arvostelukyky ja tarkkaavaisuus heikkenevät. (Inkinen ym. 2000, 39 - 46; Tillonen 2001.)

3.2 Alkoholaineenvaihdunta

Alkoholin vaikutukset elimistössä synnyttää joko alkoholi itse tai sen aineenvaihdunta. Alkoholaineenvaihdunnan päätapaukset ovat alkoholin imeytyminen, jakautuminen ja häviäminen. Alkoholin imeytyminen alkaa jo suun limakalvolta vereen. Välittömästi kun alkoholi on alkanut imeytyä vereen alkaa sen jakautuminen kudostenesteeseen. Verenkierto kuljettaa imeytyneen alkoholin ruumiin eri osiin. Osa alkoholista imeytyy mahalaukusta, suurin osa suolistosta. Elimissä, joissa verenkierto on runsasta, kuten aivoissa, maksassa, keuhkoissa ja munuaisissa on alkoholin kulkeutuminen nopeaa. Alkoholin kemialliset ominaisuudet ja pieni molekyylikoko selittävät täydellisen vesiliukoisuuden. Alkoholin diffuusiotapahtuma on samankaltainen kuin veden. Alkoholin imeytymiseen vereen vaikuttavat monet tekijät. Yksi niistä on alkoholin väkevyys. Ravinto on tunnettu alkoholin imeytymiseen vaikuttava tekijä. Alkoholin nauttiminen tyhjään vatsaan kasvattaa veren alkoholipitoisuuden nopeasti suureksi. Oluen ja muiden mietojen juomien alkoholin imeytymistä ruoka hidastaa vähän tai ei lainkaan. (Kiiänmaa & Ylikahri 1991, 24 – 32; Österberg ym. 2009.)

Kun alkoholin jakautuminen on tasapainovaiheessa, veren alkoholipitoisuuden huippuarvo promilleina (grammaa alkoholia litrassa verta) voidaan laskea, jos tiedetään nautittu alkoholimäärä grammoina, elimistön nestetilavuuskerroin ja ruumiinpaino. Jakautumisvaiheessa suurin osa alkoholista on jo imeytynyt. Veren alkoholipitoisuus pienenee alkoholin jakautumisen ja poistumisen takia. (Kiianmaa ym. 1991, 24 – 32; Österberg ym. 2009.)

Häviämisyvaiheessa alkoholi on imeytynyt ja jakautunut tasan elimistöön. Häviäminen tapahtuu kahdella tavalla: alkoholi joko hajoaa muiksi aineiksi tai poistuu muuttumattomana alkoholina kehosta. Maksassa palaa 90 – 98 % alkoholista. Maksassa tapahtuva palaminen on alkoholin pääasiallinen poistumistie, eikä sitä juuri voi nopeuttaa. Palamisnopeus riippuu lähinnä ruumiin koosta, koska maksan koko on suhteessa ruumiin kokoon. Tunnissa poistuu noin gramma alkoholia jokaista ruumiinpainon kymmentä kiloa kohti. Promilleissa ilmoitettuna tämä tarkoittaa, että verestä häviää tunnissa vain 0,12 – 0,16 promillea. Normaalirakenteisella 70-kiloisella henkilöllä alkoholia palaa tunnissa seitsemän grammaa ja 60 kg painavalla vain kuusi grammaa. Pieni osa häviää kehosta uloshengitysilman, virtsan, hien ym. mukana. Muuttumattomana ihmisestä poistuvan alkoholin osuus on alle viisi prosenttia. (Kiianmaa ym. 1991, 24 – 32; Österberg ym. 2009.)

Ulkoiset tekijät eivät juuri vaikuta alkoholin häviämisyvaiheeseen. Alkoholitoleranssi on elimistön keino sopeutua alkoholiin. Alkoholin humaltuva vaikutus vähenee alkoholin toistuvan käytön seurauksena. Elimistö sopeutuu alkoholiin hyvin nopeasti, sillä tottuminen näkyy jo yhden humaltumiskerran aikana. Toleranssi ei jää pysyväksi, vaan se häviää vähitellen, kun alkoholijuomien käyttö lopetetaan tai sitä vähennetään. Alkoholitoleranssin kehittyminen sisältää aineenvaihdunnallisen ja toiminnallisen toleranssin. Oppimis- ja muistitekijät saattavat myös liittyä toiminnallisen toleranssin kehitykseen. Alkoholialtistuksen täytyy olla usein toistuvaa ja runsasta, jotta merkittävä alkoholitoleranssi pääsisi kehittymään. Alkoholitoleranssi kuitenkin vähenee huomattavasti jo muutaman viikon raittiina olon jälkeen. (Kiianmaa ym. 1991, 24 – 32; Österberg ym. 2009.)

3.3 Alkoholinkäytön vaikutukset fyysiseen terveyteen

Alkoholin käytöllä on eri tavoin vaikutuksia ihmisen terveyteen. Alkoholilla on suora, määrästä riippuvainen vaikutus verenpaineeseen. Lasillisella mietoa alkoholia on

rentouttava ja verenpainetta alentava vaikutus, mutta tätä runsaammin käytettynä selkeästi sitä nostava. Alkoholin kertakäyttö nostaa aluksi verenpainetta, mutta humalan myöhäisemmässä vaiheessa verenpaine voi laskea jopa normaalia alhaisemmaksi. Erityisen haitallista verenpainetta ajatellen on alkoholin päivittäiskäyttö. Silloin verenpaine-arvot eivät ehdi laskea normaalille tasolle. Lisäksi alkoholin kokonaismäärä nousee joka päivä nautittuna helposti suuremmaksi kuin kerran viikossa nautittuna. Alkoholissa on paljon energiaa ja runsaasti alkoholia nauttivilla liikapainon kertyminen voi olla syy verenpaineen nousuun. Verenpaineen kannalta on terveellisempää juoda alkoholia kohtuullisesti kerran viikossa kuin joka päivä. Humalatila ei saisi nousta yhdellä juomakerralla yli promillen. Jo yksi suuri alkoholiannos nostaa verenpainetta. (Österberg ym. 2009; Tillonen 2001; Salaspuro ym. 2003, 334.)

Kohtuullinen alkoholinkäyttö ei lisää sydän- ja verisuonitautien vaaraa vaan päinvastoin saattaa suojata sepelvaltimotaudilta. Tämän arvellaan johtuvan alkoholin myönteisestä vaikutuksesta veren kolesterolipitoisuuteen. Yksilön kannalta optimaalisen, terveyttä edistävän alkoholimäärän arvioiminen on mahdotonta. Sen on arvioitu olevan kuitenkin pieni: miehillä yhdestä kahteen annosta vuorokaudessa ja naisilla noin yksi annos vuorokaudessa. Alkoholi heikentää välittömästi sydänlihaksen supistusvireyttä ja sillä on epäsuoria vaikutuksia sydämen pumppaustoimintaan. Jos sydämen supistumiskyky on sydänvian vuoksi heikentynyt, alkoholin suonia laajentavan ja nestettä poistavan vaikutuksen merkitys korostuu. Krapula saattaa aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä. Rytmihäiriöiden lisäksi krapula lisää sydäninfarktin ja aivohalvauksen vaaraa. (Salaspuro ym. 2003, 334.)

Suomessa yli 90 % maksakirrooseista on alkoholin aiheuttamia. Alkoholimaksasairauksiin kuuluvat rasvamaksa, alkoholihepatiitti (maksatulehdus) ja maksakirroosi. Terveessä maksassa on rasvaa noin 5 %. Merkittävänä rasvamaksaa voidaan pitää silloin, kun yli 25 % maksasoluista on rasvoittuneita. Maksasolujen rasvoittuminen on tavallisin ja ensimmäinen ilmaantuva alkoholin aiheuttama muutos. Jo huomattavan suuri alkoholin kerta-annos aiheuttaa lievän rasvamaksan. Alkoholialtistuksen jatkuessa maksasolut tuhoutuvat ja kuolevat. Niitä ympäröivät tulehdussolut. Tilaa kutsutaan tällöin alkoholihepatiitiksi. Taudinkuva on yleensä rajumpi kuin rasvamaksan. Maksakirroosille on tunnusomaista sidekudoksen ympäröimien uudissolukkokertymien syntyminen. Sidekudoksen lisääntyessä maksa

kovettuu eikä suolistosta tuleva veri pääse normaalisti kulkeutumaan maksan kautta verenkiertoon. Verenpaine suolistossa kasvaa. Vatsaonteloon saattaa kertyä nestettä, mikä ilmenee voimakkaana vatsan turpoamisena. Verenkierron huonontuessa maksasolujen toiminta heikkenee. Maksasolut eivät pysty valmistamaan veren hyytymistekijöitä ja albumiinia, poistamaan verestä punasolujen hajoamistuotteita eivätkä hävittämään suolistosta verenkiertoon tulevaa ammoniakkaa ja muita myrkkyyjä. Alkoholinkäytön aiheuttaman maksavaurion suuruutta, vaikeusastetta, ennustetta ja paranemista voidaan jossain määrin arvioida verinäytteistä. Tyypillisimpiä seerumista mitattavia maksaentsyymejä ovat ASAT, ALAT ja Gamma-GT. (Tillonen 2001; Salaspuro ym. 2003, 308 - 316.)

Haima on ruoansulatusnesteitä ja insuliinia erittävä elin. Alkoholinkäyttö voi aiheuttaa akuutin haimatulehduksen tai johtaa krooniseen tilaan. Suomalaisille tyypillisellä humalahakuisella juomisella on katsottu mahdollisesti olevan osuutta äkillisiin haimatulehduksiin. Riskirajaa päivittäiselle alkoholinkäytölle ei ole voitu asettaa, mutta kroonista haimatulehdusta edeltävä alkoholinkäyttö on usein vuosien tai vuosikymmenien mittainen. Krooniseen haimatulehdukseen liittyy haimakudoksen palautumatonta korvautumista sidekudoksella. (Tillonen 2001.)

Alkoholia runsaasti käyttävillä henkilöillä esiintyy usein närästystä, pahoinvointia, oksentelua, ripulia ja ilmavaivoja. Ruokatorven ja mahan limakalvot saattavat vaurioitua vahvoista alkoholijuomista. Alkoholi lisää suun, nielun, kurkunpään ja ruokatorven syöpäriskiä. Alkoholinkäyttöön usein liittyvä tupakointi lisää riskiä moninkertaisesti. (Salaspuro ym. 2003, 318 – 319.)

Aivot ovat alkoholin käytön ja vaikutusten kannalta keskeisin elin. Alkoholin käytön ja riippuvuuden kehittymisen kannalta uskotaan aivojen mielihyväradan olevan keskeinen osa. Pitkäaikainen runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa aivoissa sekä toiminnallisia että rakenteellisia muutoksia. Alkoholisteilla esiintyy aivoatrofiaa (aivokudoskatoa). Se voi aiheuttaa dementiaa (tylsistymistä). Alkoholi estää uusien neuroneiden ja niiden välisten yhteyksien syntymisen, mikä johtaa alkuvaiheessa muisti- ja oppimisongelmiin ja myöhemmin jopa aivojen surkastumiseen. Aivojen kudoskato on alkoholisteilla jopa maksakirroosia yleisempi sairaus ja suurkuluttajilla todetaan usein muistin ja päättelykyvyn heikentymistä, aloitteellisuuden vähenemistä

ja motorisia ongelmia. (Salaspuro ym. 2003, 287; Österberg ym. 2009; Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 89; Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 24.)

Alkoholi saattaa aiheuttaa runsaasti nautittuna aivovaltimoiden tukoksia ja repeämiä, mikä voi johtaa aivoja vioittavaan hapen puutteeseen. Aivot ohjaavat alkoholin käyttöä, ja alkoholin keskeisimmät vaikutukset, kuten humala ja riippuvuus, perustuvat alkoholin vaikutuksiin aivoihin. Humala ilmenee kaikkinaisena aivotointojen heikkenemisenä; niin henkiset toiminnat kuin liikkeidenkin säätely kärsivät. Pikkuaiivot säätelevät liikkeiden koordinaatiota ja tasapainoa. Alkoholi aiheuttaa niissä solumassan vähenemistä. Oireena voi olla huimaus, josta seuraa horjuva ja leveäraiteinen kävely. Alkoholin suurkulutusta ja alkoholiriippuvuutta voidaan pitää aivojen sairautena, sillä aivot ovat menettäneet kyvyn säädellä alkoholin käyttöä. (Salaspuro ym. 2003, 287; Österberg ym. 2009; Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 89; Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 24.)

Wernicken taudin synnyssä ratkaisevin tekijä on B₁-vitamiinin (tiamiini) puute ja siitä seurauksena on vakava neurologinen sairaus. Se liittyy useimmiten alkoholismiin, pitkäaikaiseen alkoholinkäyttöön, jossa esiintyy aivojen harmaan aineen tuhoutumista. Wernicken taudin oireisiin kuuluvat mm. silmänliikehäiriö, ataksia (tahdonalaisten liikkeiden koordinaation häiriöitä) ja sekavuus. Alkoholin suurkuluttaja altistuu tiamiinin puutteelle monista mm. ravitsemuksellisista syistä ja siitä johtuen, että alkoholi ehkäisee tiamiinin imeytymistä suolistosta. B₁-vitamiinin puutos ei vielä kuitenkaan yksinään aiheuta Wernicken tautia. Tauti puhkeaa kun alkoholin aineenvaihdunta loppuu ja hiilihydraattien nauttimisen seurauksen hiilihydraattiaineenvaihdunta kiihtyy. (Havio ym. 1994, 89; Bode, Karttunen, Karttunen & Jartti 2006; Tillonen 2001.)

Epilepsiaa esiintyy huomattavasti enemmän alkoholisteilla kuin muulla väestöllä. Epilepsian ja alkoholismin väliseen kiinteään yhteyteen on useita eri syitä. Epilepsia on aivojen sähköisen toiminnan häiriö. Häiriöt solujen aivosähkötoiminnassa johtuvat joko aivosolujen vaurioitumisesta tai toimintahäiriöistä, joista epilepsia saattaa olla ainoa oire. Yleinen epilepsian aiheuttaja on aivovamma, ja aivovamman saamisen mahdollisuus nousee huomattavasti humalan aikana. Epilepsia jonka aiheuttaa aivovamma selittää vain osan alkoholikäyttäjän epilepsioista. Aivoverenkiertohäiriöt ja keskushermoston infektiot (aivokalvontulehdus ja aivokuume) ovat yleisiä

alkoholin suurkuluttajien sairauksia, jotka aiheuttavat myös epilepsiaa. Kaikilla alkoholinkäyttäjillä jo parin illan tai muutaman päivän runsas alkoholinkäyttö voi provosoida epileptisen kohtauksen. (Salaspuro ym. 2003, 289 – 290; Solismaa 2004.)

3.4 Alkoholinkäytön vaikutukset mielenterveyteen

Mielenterveys voi hyötyä tai kärsiä alkoholista. Mielenterveys on voimavara, jota ihminen kaiken aikaa sekä kerää että käyttää. Juhlajuomana ja riemuun nautittuna alkoholi voi virkistää mielenterveyttä ja olla jopa hyödyksi. Arkisena tapana tai suruun juotuna alkoholi kuluttaa mielenterveyttä ja on sille haitaksi. Alkoholista on monia käsityksiä. Useimmat uskovat, että alkoholi tekee iloiseksi ja hyväntuuliseksi, että se poistaa estot ja että sitä käyttävä tulee ulospäin suuntautuneeksi ja seuralliseksi. Niin ei kuitenkaan aina ole. Alkoholi vaikuttaa ihmisiin monella eri tavalla. Kaikista ei tule puheliaita. Joistakin alkoholi päinvastoin tekee hyvin hiljaisia ja sisäänpäin kääntyneitä. Kaikista ei myöskään tule iloisia. Monista tulee masentuneita tai tunteellisia, jotkut taas tulevat vihamielisiksi ja epäluuloisiksi. Joistakin tulee yleistävällisiä. Joistakin tulee aktiivisia, joistain passiivisia. Osan se tekee väsyneiksi, osan valppaiksi. Miten on mahdollista, että yksi kemiallinen aine voi vaikuttaa niin monella eri tavalla? Alkoholista ei riipu yksinomaan aineesta. Yksilön reagointiin vaikuttaa ratkaisevasti tilanne, jossa alkoholia nautitaan, käyttäjän psyykinen rakenne, uskomukset sen vaikutuksesta sekä alkoholista sietokyky. (Koski-Jännes & Hänninen 2004.)

Alkoholilla saatetaan yrittää torjua ahdistusta ja pelkoja esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa tai elämän kriisitilanteissa. Tiheästi toistuva alkoholinkäyttö voi kuitenkin vain pahentaa ahdistusta ja masennusta sekä aiheuttaa paniikkikohtauksia. Alkoholi myös huonontaa unenlaatua. Runsa alkoholinkäyttö vaikuttaa uneen ja nukkumiseen usealla tavalla. Sattuminen alkoholista ei ole oikeaa unta vaan myrkytystila, josta ihmistä on vaikea herättää. Aivojen toiminnassa häiriintyvät normaalit univaiheet. Alkoholi veltostuttaa ylähengitysteiden ja nielun lihaksia, jolloin saattaa esiintyä kuorsausta sekä hengityskatkoja. (Tillonen 2001.)

3.5 Alkoholinkäytön muita haitallisia vaikutuksia

Alkoholista juonnin yhteiskunnalliset seuraamushaitat koskevat perheitä ja niiden lähiympäristöä, julkista yhteiskuntaa (kunta, valtio, seurakunta) sekä kansainvälisiä

liittymiä (YK, EU ym.). Nämä haitat ovat ennen muuta alkoholismista johtuvaa hoitotyön tarvetta ja siihen liittyvää taloudellista menetystä sekä elinympäristömme turvallisuuden huonontumista. Nämä haitat tuottavat useille julkisille ja yksityisille laitoksille lisääntyviä tehtäviä ja vaatimuksia. Alkoholien juonnin yhteiskunnalliset seuraukset ja haitat aiheuttavat paljon lisävelvoitteita ja kustannuksia sairaaloille, sosiaalitoimelle, poliiseille, yksityisille hoito- ja tukijärjestöille yms. Alkoholien juonnista koituu myös merkittävää työkyvyn menetystä ja näin myös kansantaloudellisia tappioita. Alkoholien vuoksi arvioidaan menetettävän Suomessa noin viisi miljoonaa työpäivää vuodessa. Se merkitsee 2,5 työpäivää jokaista palkansaajaa kohden. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 97 – 99; Ilva & Roine 2010.)

Alkoholi ja perhe ovat yhdistelmä, jossa ongelmat koskettavat monella tapaa yhteisöä. Perheeseen suhtautuminen johon alkoholiongelmainen kuuluu, on yhteydessä siihen, miten yhteiskunnassa ylipäättään käsitellään alkoholiongelmia. Vanhempien liiallinen alkoholinkäyttö on vakava lasten pahoinvointia aiheuttava tekijä. Jopa joka viidennessä suomalaisperheessä käytetään liikaa alkoholia. Joka kymmenes suomalaislapsi varttuu perheessä, jossa vanhempien päihteidenkäyttö aiheuttaa lapsille eriasteisia akuutteja tai pysyviä haittoja. (Itäpuisto 2001, 37 – 38.)

4 PÄIHDEHOITOTYÖ

4.1 Päihdehoitotyön määrittely

Päihdetyön saumattomia toimintamuotoja ovat ehkäisevä työ, varhainen puuttuminen ja korjaava työ. Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, jota tehdään koko yhteiskunnassa. Korjaava työ sisältää päihdehuollon omat hoito- ja kuntoutuspalvelut. Korjaavaa päihdetyötä tehdään usein yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa, koska monilla päihdeongelmaisilla on myös mielenterveysongelmia. Korjaavaa työtä tehdään myös kunnan yleisissä palveluissa, sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä lastensuojelussa. (Inkinen ym. 2000, 99 – 147.)

Päihdetyö edellyttää usean hallinnonalan ja toimijan sitoutumista ja yhteisiä ponnistuksia. Päihdetyö ei ole vain kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Päihdetyötä tehdään myös oppilaitoksissa, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnassa, yhdyskuntasuunnittelussa, ja jopa elinkeinoelämässä. Myös järjestöt ja kolmannen sektorin toimijat osallistuvat päihdetyöhön. (Inkinen ym. 2000, 99 – 147.)

Päihteiden käytön puheeksi ottaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perusosaamiseen ja sen on aina oltava luottamuksellista. Vaikka vastuu alkoholin käytöstä ja muutoksesta kuuluu yksilölle itselleen, työntekijällä on vastuu asian puheeksi ottamisesta ja muutokseen motivoinnista. Puheeksi ottaminen osoittaa välittämistä ja ammattitaitoa. (Inkinen ym. 2000, 99 – 147.)

4.2 Päihteenkäytön tasot

Jotta terveydenhuollon ammattilainen osaa auttaa asiakasta juuri tämän vaatimalla tavalla, hänen on osattava tunnistaa, minkäasteisesta päihteenkäytöstä kulloinkin on kysymys. Käyttömäärien rajat ovat liukuvia, ja siirtyminen tasolta toiselle voi tapahtua hitaasti ja huomaamatta. Elämänsä aikana henkilö liikkuu usein päihteenkäyttötasolta toiselle ollen mahdollisesti myös kokonaan ilman alkoholia. Henkilöiden jotka eivät pysty hallitsemaan päihteenkäyttöään, vaihtoehdot ovat joko raittius tai riippuvuuskäyttö. Primäärivaiheeseen kuuluvat kokeilijat ja kohtuukäyttäjät, sekundäärivaiheeseen suurkuluttajat ja tertiäärivaiheeseen riippuvuuskäyttäjät sekä alkoholistit. (Havio ym. 1994, 112.)

Useimmat ihmiset kokeilevat alkoholia. Raittiiden osuus koko aikuisväestöstä on 12 %. (Havio ym. 2008, 53.) Tottumattomalle alkoholin käytöstä saattaa tulla haitallisia seuraamuksia. Useimmiten ne ovat poikkeuksellisia ja ohimeneviä. Kohtuulliseenkin voi liittyä krapulaoireita. Jos nautittu alkoholimäärä ylittää henkilön sietokyvyn, voi seurauksena olla hengenvaarallinen alkoholimyrkytys. Kohtuukäyttö on satunnaista alkoholinkäyttöä. Alkoholia nautitaan ruokailun yhteydessä juhlissa tai halutessa korostaa jotain tiettyä tilannetta. Kohtuukäyttäjä ei juo humalahakuisesti. Perinteiseksi muodostunutta suomalaista rajua kertajuomista ei pidetä kohtuullisena juomisena, vaikka alkoholinkäyttöä saattaa tapahtua hyvin harvoin. (Havio ym. 2008, 55; Havio ym. 1994, 112; Salaspuro ym. 2003, 105 – 106.)

Päivittäistä alkoholinkäyttöä on vältettävä. Se saattaa aiheuttaa toleranssin kasvua. Toleranssin kehittyminen näyttää olevan yhteydessä henkilön synnynnäiseen alkoholin sietokykyyn. Lisääntyneen sietokyvyn johdosta alkoholimäärät voivat huomaamatta nousta ja johtaa fyysisen riippuvuuden syntymiseen. Riskirajat on laadittu aikuisille. Nuoret henkilöt sietävät alkoholia heikommin kuin aikuiset. Raskaana olevien ei pidä nauttia alkoholia ollenkaan. Myös ikääntyneiden alkoholin sietokyky on heikompi elimistön vanhenemisesta ja siitä johtuvasta lisääntyvästä

sairastamisesta ja lääkityksistä. (Havio ym. 2008, 55; Havio ym. 1994, 112; Salaspuro ym. 2003, 105 – 106.)

Alkoholin suurkulutus on liallista ja se kehittyy vähitellen. Se muistuttaa kohtuukäyttöä siksi, että tavoitteena ei ole humaltuminen eikä kerralla juoda paljon. Juominen pysyy kaikkiaan hallinnassa. Keski-Euroopassa tavanomainen juomakulttuuri on yleistynyt Suomessa. Alkoholinkäyttö on osa jokapäiväistä arkea. Juomatilanteita voi olla useita. Alkoholin suurkuluttajia on vajaat kymmenen prosenttia aikuisväestöstä. Eniten alkoholinkäyttöään ovat lisänneet naiset ja nuoret. Suurkulutus lisää riskiä saada alkoholinkäytöstä johtuvia terveyshaittoja. Naisten on todettu saavan alkoholista nopeammin elinvaurioita kuin miesten. Suurkulutuksen tunnusmerkkejä ovat kohonnut verenpaine, toistuvat sairaslomat, rytmihäiriöt, univaikeudet, masennus sekä kohonneet maksa-arvot. Riskialttiita alkoholin suurkäyttäjiä on vaikea tunnistaa. (Havio ym. 1994, 113.)

Alkoholismi on krooninen sairaus, jossa elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholin saamisesta. Alkoholinkäyttäjistä alkoholisteja on noin yksi prosentti. Alkoholiriippuvuudelle (alkoholismille) on ominaista alkoholin jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Alkoholismiin liittyy usein fysiologisen riippuvuuden kehittyminen, jolloin henkilön kyky sietää alkoholin vaikutuksia on kohonnut (toleranssi) ja hänellä ilmenee alkoholin käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä eriasteisia vieroitusoireita. Alkoholiriippuvuuden kehityttyä henkilön alkoholin käytölle on ominaista se, että hän käyttää alkoholia suurempia määriä tai pitempään kuin hänen tarkoituksensa oli hänen aloittaessaan alkoholin käytön. Hän ei myöskään kykene halustaan huolimatta vähentämään tai lopettamaan alkoholin käyttöään huolimatta sen aiheuttamista haitoista. Humalatiloihin voi liittyä sammumiset ja muistikatkokset. Tuloksena voi olla ristiriidat läheisten kanssa, avioero, vaikeudet työssä tai työstä irtisanominen, taloudelliset vaikeudet, rattijuoppous, rikkeet tai rikokset. Usein huomattava osa henkilön ajasta kuluu alkoholin hankkimiseen, käyttöön tai käytöstä toipumiseen. Kiinnostus muihin harrastuksiin vähenee, masennus, univaikeudet ja ärtyisyys lisääntyvät. Osa alkoholisteista juo yksinään tai salaa, osa kotonaan ja ravintoloissa. (Havio ym. 2008, 56 – 57.)

Alkoholilla on psyykkisiä ja mielihyvää aiheuttavia vaikutuksia, jotka vahvistavat toistuvaa käyttöä. Aivoissa tapahtuvien adaptiivisten muutosten kautta alkoholimäärät saattavat kasvaa yhä suuremmiksi ja johtaa alkoholiaddiktioon tai -riippuvuuden syntymiseen. Alkoholistiksi määritellään henkilö, joka on psyykkisesti alkoholista riippuvainen tai täyttää diagnostiset kriteerit ICD-10. (Salaspuro ym. 2003, 75.)

4.3 Alkoholiongelmiin ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisy eli primaaripreventio on toimintaa, jolla pyritään estämään sairauksien ja muiden haittojen syntyä. Alkoholin kohdalla pyritään estämään tai vähentämään sen käyttöä ja erityisesti runsaasta käytöstä aiheutuvia haittoja. Ennaltaehkäisyin keskeisiä toimintamuotoja ovat terveystieteiden ja terveyden edistäminen. Valistusta ja tiedotusta lisäämällä pyritään vaikuttamaan asenteisiin ja käyttäytymiseen. Terveystieteiden laajana kokonaisuutena voi kohdistua yksilöön, ryhmään tai koko yhteisöön. Parhaimmillaan varhainen puuttuminen on huolen esille ottoa, sekä toimintakykyä ja hyvinvointia tukevien ratkaisuvaihtoehtojen etsimistä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 145 – 151.)

Sekundaariprevention eli varhaistoteamisen apuna voidaan käyttää lyhytneuvontaa eli mini-interventiota, hoitonojausta, interventiota ja motivoitua sekä itsehoitoa. Motivoiva neuvonta sisältää alkoholin käytön ja yksilöllisen tilanteen tarkempaa tutkimista. Toimivan yhteistyösuhteen edellytyksenä on hyväksyvä ilmapiiri, empatia ja heijastava kuuntelu. Alkoholista runsaasti käyttävä henkilö ei tavallisesti hae terveydenhuollosta apua suoranaisesti päihdeongelmaan. Vaivojen tai sairauksien taustalla voi olla alkoholin varhainen suurkulutus, muiden päihteiden lisääntyvä käyttö tai päihderiippuvuus. Oikea lähestymistapa on erityisen tärkeää silloin, kun henkilö suhtautuu ristiriitaisesti ja vähätellen alkoholin käyttöönsä tai sen aiheuttamiin haittoihin. Neuvonta on tarvittavan tiedon antamista sekä pohdinnan ja päätöksen tukemista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 145 – 151.)

Tertiääripreventiossa ajatuksena on ongelman uusiutumisen ehkäisy, sairauden tai käyttäytymishäiriön oireiden rajoittaminen. Hoitopalveluina voidaan käyttää fyysistä, sosiaalista, psyykkistä, henkistä ja hengellistä kuntoutusta. Heikosti vaikuttavia, mutta yleisesti käytettyjä strategioita, jotka ovat suunnattu lähinnä nuoriin, ovat mm. pelottelutaktiikka, järkevä käyttö, vuorovaikutusta ja tunteita korostava lähestymistapa ja vaihtoehtoisen tekemisen tarjoaminen. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 145 – 151.)

Alkoholin suurkulutus on yhteiskunnan oleellinen terveysuhka. Terveydenhuollolla on tärkeä asema päihdehäiriöiden ehkäisyssä sekä niiden havaitsemisessa ja hoidossa. Mahdollisimman aikainen havaitseminen on tehokkaan päihdehoidon perusedellytys. Kulttuurissamme saatetaan kuitenkin edelleen kokea vaikeaksi puhua avoimesti alkoholin käytöstä. Päihteiden käytön puheeksi ottaminen kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perusosaamiseen ja sen on aina oltava luottamuksellista. Vaikka vastuu alkoholin käytöstä ja muutoksesta kuuluu yksilölle itselleen, työntekijällä on vastuu asian puheeksi ottamisesta ja muutokseen motivoinnista. Puheeksi ottaminen osoittaa välittämistä ja ammattitaitoa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 145 – 151.)

4.4 Mini-interventio

Mini-intervention periaatteita ovat rohkeus puhua asioista, alkoholitietoisuus (käyttö, rajat ja riskit), apu (autetaan asiakasta hänen omilla ehdoillaan), myötätunto, itsemääräämismvastuu sekä toimintaohjeet (luodaan vaihtoehtoisia strategioita vähentää juomista). Motivoiva asenne on lyhytneuvonnan tärkeintä sisältöä. Lyhytneuvontaan kannattaa käyttää aikaa ainakin 5–10 minuuttia, ja sen tulee sisältää ohjeita selviämistästrategioista sekä neuvontaa alkoholihaitoista. Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää laboratoriokokeita. Mini-interventio onnistuu parhaiten sellaisille alkoholikäyttäjille, joilla ei vielä ole esiintynyt alkoholinkäytöstään vakavampia haittoja. Seurantatutkimusten perusteella tiedetään, että kaikki suurkuluttajat ja varhaisvaiheen ongelmakäyttäjät eivät päädy alkoholisteiksi. Mini-interventio on auttamiskeinona erityisen hyödyllinen nuoremmassa ikäryhmissä. (Inkinen ym. 2000, 117 – 122.)

Riskikäytön tunnistamisessa lähtökohtana on päihteiden käytöstä kysyminen. Päihteiden käytöstä kysytään osana muiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Kysytään millaista alkoholin käyttö on. Viikoittainen kulutus selvitetään. Kysymisen lisäksi tärkeä osa tunnistamista on havainnointi ja erilaisten tietojen yhdistäminen. Tunnusmerkkeinä voivat olla psyykkiset sekä fyysiset oireet. Hyvä tapa käynnistää keskustelu on lähteä liikkeelle niistä oireista ja vaivoista, jotka henkilö itse tuo keskustelussa esille. (Inkinen ym. 2000, 118 – 122.)

Tunnistamisen lisäksi testit voivat toimia keskustelun käynnistäjinä ja apuvälineinä. Alkoholin käyttöön liittyvän yksilöllisen tiedon pohjalta voidaan antaa palaute

kulutuksen riskitasosta sekä esiin tulleista oireista, haitoista tai tuloksista, jotka mahdollisesti liittyvät alkoholin käyttöön. Alkoholin käyttöä tutkitaan tarkemmin: määrät, laadut, kuinka usein, missä tilanteessa ja mitä ajatuksia juomiseen liittyy. Terveystilaa tarkastellaan henkilön omien havaintojen ja huolien pohjalta. Suurkulutuksen yleiset terveysriskit ja -haitat käydään läpi. Muutos edellyttää motivoitumista ja päätöksentekoa. Muutoshalukkuutta lisätään käyttämällä avoimia kysymyksiä ja aktiivista kuuntelemista. Nykyisen juomisen ja muuttuneen juomisen hyötyjen ja haittojen punnitseminen on hyvä motivoitumisen apuväline. (Inkinen ym. 2000, 118 – 122.)

Muutoksen suunnittelun tärkeänä tavoitteena on löytää kullekin yksilöllisesti sopiva tavoite, aikataulu ja keinot. Terveystilanteen työntekijällä saattaa olla kiusaus kiiruhtaa liian nopeasti eteenpäin. Jos henkilö on esimerkiksi vasta esiharkinta- tai harkintavaiheessa, työntekijän tarjoamat päämäärät ja muutoksen keinot herättävät vastustusta, ja muutosprosessi voi hidastua tai pysähtyä. Voidaan antaa tietoa erilaisista vähentämisen tavoista ja keinoista sekä avustaa valintojen tekemisessä. Hallitun juomisen keinoja on hyvä käydä läpi (juomistilanteiden tunnistaminen, kieltäytymään opetteleminen, laimeampiin juomiin siirtyminen, hitaammin juominen, ylärajan päättäminen). Suullisten ohjeiden lisäksi on mahdollista antaa mukaan kirjallisia ohjeita (ks. liite 1). Juomapäiväkirja auttaa seuraamaan asetettua tavoitetta ja toteutunutta käyttöä. Sovitaan tarvittavasta tuesta ja seurannasta. (Inkinen ym. 2000, 122 – 124.)

Muutoksen tuki voi löytyä lähipiiristä tai terveydenhuollon henkilökunnasta. Seurantoja voidaan sopia lääkärin, terveydenhoitajan tai A-klinikan työntekijän kanssa. Tapaamisissa keskustellaan muutoksen etenemisestä, tavoitteiden sopivuudesta ja muista muutokseen vaikuttavista tekijöistä. Apuna voidaan käyttää laboratorioarvojen kontrolloimista. Keskeinen tehtävä on antaa tukea muutoksen edistymiselle. Tavoitteita ja keinoja arvioidaan ja tarvittaessa tehdään uusi suunnitelma. (Inkinen ym. 2000, 122.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää onko asuinalueella, iällä, sukupuolella ja koulutuksella merkitystä alkoholin käytön määrään. Selvitimme myös vastaajien omaa käsitystä, siihen mihin alkoholi ensisijaisesti omassa elämässä vaikuttaa. Tutkimuksen tavoitteena oli myös syventää omia tietojamme alkoholinkulutuksesta.

5.2 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin. Ensimmäinen tutkimusongelma oli miten vastaajien alkoholinkäyttö näkyy Audit-pisteissä, kun verrataan heidän asuinalueitaan, ikäänsä, sukupuoltaan sekä koulutustaan. Toisen tutkimusongelman avulla kartoitettiin kyselyyn vastanneiden käsityksiä humalahakuisen juomisen vaikutuksista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten taustamuuttujat vaikuttavat saatuihin Audit-pisteisiin?
2. Mihin humalahakuinen juominen ensisijaisesti vaikuttaa?

5.3 Tutkimusmenetelmän valinta ja aineiston keruu

Hyvin laaditussa kyselylomakkeessa kysymys on helppo lukea ja ymmärtää. Vastauksen muistaminen ja hahmottaminen sekä niihin vastaaminen sujuu vaivattomasti. Kysymykset voidaan jaotella tosiasioita mittaaviin kysymyksiin, vastaajan tietämystä mittaaviin kysymyksiin sekä mielipiteitä, asenteita, uskomuksia ja aikeita mittaaviin kysymyksiin. Kannattaa kysyä sellaisia tosiasioita, jotka varmasti ovat vastaajan muistettavissa ja tiedossa. Hatarat ja vaikeasti muistettavat tosiasiat saattavat olla epäluotettavaa ja satunnaista tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Saajajärvi 1998, 137 – 160.)

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kyselylomake (ks. liite 2) laadittiin yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen keskuksen

terveydenhoitajien kanssa. Tutkimuskysymyksemme muuttuivat alkuperäisistä kysymyksistä. Kiireinen aikataulu, tekijöiden kokemattomuus kysymyksien laatijoina sekä kysymysten esitestaamatta jättäminen näkyivät kysymyslomakkeen huonossa toteutuksessa. Kaikkiin kysymyksiin ei näin vastattu. Kyselylomakkeet annettiin vastaajille henkilökohtaisesti täytettäväksi. Tarvittaessa lomakkeiden täyttämiseen annettiin opastusta. Messupöytämme ääressä intimitetsuoja oli olematon, joka saattoi huolettua vastaajia. Vastaukset saimme nimettöminä. Vastaajat täyttivät kysymyslomakkeen yksin, puolison tai kaveriporukan kanssa. Kiitokseksi vastauksista jaoimme vastaajille kyniä ja lähdevesipulloja (ks. liite 3). Merkittäväksi tekijäksi nousi myös runsas ulkopaikkakuntalaisten osuus vastaajista.

5.4 Erämessut 2011

Osallistuimme 10. – 12.6.2011 Kouvolan kaupungin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskuksen terveydenhoitajien kanssa Korian Pioneeripuistossa järjestettyyn Erämessutapahtumaan. Korian Pioneeripuiston kahdeksansilla Erämessuilla kohtasivat alan osaajat tuotteiden, palvelujen, tiedon ja taidon tuottajat sekä luonnosta kiinnostuneet metsästyksen, kalastuksen, retkeilyn ja luontomatkailun harrastajat. Kuumasta säästä huolimatta messuvieraita riitti jonoksi asti. Kävijämäärä oli noin 30 000 henkilöä.

Terveydenhuollossa laajasti käytössä oleva Audit-kysely, Alcohol Use Disorders Identification Test (ks. liite 4) oli käytössämme Erämessuilla. Messuvieraat saivat kyselyn avulla arvioida omaa alkoholin kulutustaan. Audit-kyselyjä sekä laatimiamme kyselylomakkeita jaettiin 350 kpl. Audit-kyselyjä palautui 264 kappaletta, kyselylomakkeita 290 kappaletta. Osa kävijöistä halusi muun jaettavan materiaalin lisäksi ottaa mukaansa täyttämänsä Auditin sekä kyselylomakkeen.

Terveydenhoitajaopiskelijoina saimme hyvää käytännön harjoittelua siitä, miten keskustella alkoholista, sen kohtuukäytöstä ja alkoholin erilaisista vaikutuksista ihmisten elämään.

5.5 Aineiston analyysi ja esittäminen

Jokainen kyselylomake numeroitiin. Yhtään kyselylomaketta emme hylänneet. Tieto siirrettiin SPSS-ohjelmaan, jolloin siitä saatiin helposti erilaisia vertailuarvoja.

Tulosteista teimme neljä taulukkoa havainnollistamaan saatuja tuloksia. Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Erilaisia vastauksia avoimeen kysymykseen saatiin todella runsaasti. Taulukon laadinnan helpottamiseksi vastaukset jaettiin kahdeksaan eri ryhmään; elin, ihminen, talous, mieli, käytös, terveys, työ ja tyhjä. Avoimen kysymyksen vastauksista laadimme viidennen taulukon.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tavoitteenamme oli luoda tutkimustuloksista selkeä kokonaisuus. Taulukoissa 1 – 4 vastaajina ovat Kouvolassa, Kuusankoskella, Voikkaalla, Valkealassa, Anjalassa, Jaalassa ja Inkeröissä asuvat henkilöt (n=123). Taulukkoon 5 keräsimme vastaukset jokaisesta palautetusta kyselylomakkeesta (N=290).

6.1 Audit-pisteet asuinalueittain

Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen asuinalueittain on nähtävissä alla olevassa taulukossa 1. Jokaisella asuinalueella henkilöitä, jotka saivat Audit-pisteissä tuloksen 1 – 7 oli lukumäärältään eniten. Pistemäärä osoittaa vähäriskistä alkoholin käyttöä. Alkoholin riskikäyttöä kuvastaa 8 – 15 pistettä, haitallista käyttöä 16 – 19 pistettä. Pisteet 20 tai enemmän voivat olla merkinä alkoholiriippuvuudesta. Vastaajia oli kaikissa pistetuloksissa. Taulukkoon 1 on kerätty vain Kymenlaaksossa asuvien vastaajien Audit-pisteet (n=123). Ulkopaikkakuntalaisia kaikista vastaajista (N=290) oli 167 henkilöä.

Taulukko 1. Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen asuinalueittain (n=123)

Henkilömäärä/asuinalue						
Audit-pisteet	En käytä	1 - 7	8 - 10	11 - 14	15 - 19	20 – 40

Kouvola	3	21	5	0	2	2
Kuusankoski	4	24	8	3	2	0
Voikkaa	0	4	2	0	0	0
Valkeala	2	9	2	4	1	0
Anjala	2	8	1	1	1	0
Jaala	0	3	1	0	0	0
Inkeroinen	1	6	1	0	0	0

6.2 Audit-pisteet ikäryhmittäin

Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen ikäryhmittäin on nähtävissä seuraavan sivun taulukossa 2. Jokaisessa ikäryhmässä henkilöitä, jotka saavat Audit-pisteissä tuloksen 1 – 7 oli lukumäärältään eniten. Muut pistetulokset jakautuivat melko tasaisesti jokaiseen ikäryhmään. On kuitenkin hyvä katsoa, mistä kysymyksistä pisteet kertyvät, koska tälläkin tasolla saattaa ilmetä humalahakuista juomista tai päivittäistä alkoholin käyttöä, joissa on omat riskinsä. WHO:n (2001) määritelmä aikuisen (18 – 65-vuotiaan) vähäriskisen alkoholin käytölle on: enintään kaksi annosta päivässä ja viikossa vähintään kaksi alkoholitonta päivää. Jokaisessa ikäryhmässä alla olevassa taulukossa löytyy myös raittiita henkilöitä, jotka eivät käytä alkoholia ollenkaan.

Taulukko 2. Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen ikäryhmittäin (N=290)

Ikä	18 -25v.	26 – 36v.	36 – 45v.	46 – 64v.	yli 65v.
Audit-pisteet					
En käytä	3	7	5	5	3

1 - 7	33	49	41	24	10
8 - 10	5	18	14	8	4
11 - 14	10	15	11	6	5
15 - 19	2	2	3	2	2
20 - 40	0	1	0	2	0

6.3 Audit-pisteet sukupuolen mukaan

Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen sukupuolen mukaan on nähtävissä seuraavan sivun taulukossa 3. Enemmistö naisista on saanut tulokseksi 1 – 7 pistettä. Naisia, jotka eivät käyttäneet alkoholia ollenkaan, oli vastaajien joukossa useita. Vastaajien joukossa ei ollut naisia, jotka olivat saaneet pisteiksi 15 – 19 tai 20 – 40. Miesten pisteet jakautuivat tasaisemmin kuin naisten. Enemmistö miehistä on saanut myös tulokseksi 1 – 7 pistettä. Seuraavaksi eniten miehiä oli ryhmässä, jossa pistetulos oli 8 – 10. Vastaajien joukossa oli sekä raittiita miehiä, mutta myös miehiä, joilla saattaa esiintyä alkoholiriippuvuutta.

Taulukko 3. Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen sukupuolen mukaan
(N=290)

Sukupuoli	Naiset	Miehet
Audit-pisteet		
En käytä	14	9
1 - 7	90	67
8 - 10	18	31

11 - 14	18	29
15 - 19	0	11
20 - 40	0	3

6.4 Audit-pisteet koulutusasteittain

Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen eri koulutusasteissa on nähtävissä seuraavan sivun taulukossa 4. Henkilöt, joilla oli useampi koulutus, valitsivat vaihtoehdoista vain yhden, viimeisimmän koulutuksensa. Kyselyn perusteella saadut Audit-pisteet jakautuivat melko laajasti jokaiseen pisteluokkaan kaikissa koulutusasteissa. Pisteitä 20 – 40 on ainoastaan kolmella henkilöllä, jotka olivat saaneet ammatillisen koulutuksen. Pistetulosta 15 – 19 ei myöskään ollut henkilöllä, jotka olivat saaneet ylemmän AMK-koulutuksen. Jokaisessa koulutusasteessa pisteet 1 – 7 oli henkilömäärältään suurin ryhmä. Useita raittiita henkilöitä oli myös jokaisessa koulutusasteessa, mutta korkeitakin pisteitä saaneita, mikä viittaa jo mahdollisesti suurkulutukseen tai riskijuomiseen, on kaikissa koulutusasteissa.

Taulukko 4. Vastaajien Audit-pisteiden jakautuminen eri koulutusasteissa (N=290)

Koulutus	Perusaste	Ylioppilas	Ammatillinen koulutus	Opistotasoinen koulutus	AMK	Ylempi AMK
Audit- pisteet						
En käytä	4	2	5	4	5	3
1 - 7	18	25	47	37	23	7
8 - 10	6	13	14	8	6	2
11 -14	14	10	10	9	2	2

15 -19	3	4	2	1	1	0
20 -40	0	0	3	0	0	0

6.5 Vastaajien käsityksiä mihin humalahakuinen juominen ensisijaisesti vaikuttaa

Vastaajien käsitykset humalahakuisen juomisen vaikutuksista näkyvät seuraavan sivun taulukossa 5. Vastaukset jakoutuivat melko tasaisesti monen eri ryhmän kesken. Vastaajista kuitenkin noin viidesosa jätti vastaamatta kysymykseen. Enemmistö sekä naisista sekä miehistä vastaavat humalahakuisen juomisen ensisijaisesti vaikuttavan johonkin elimeen, erityisesti maksaan. Naiset ovat huolestuneita terveydestään, miehet puolestaan käytöksestään sekä taloudestaan. Vastaukset jaettiin seuraavasti ryhmiin:

Elin-ryhmään yhdistettiin vastaukset: maksa, aivot, munuaiset, hermosto ja näkö. Ihminen-ryhmään yhdistettiin vastaukset: lapset, lähimmäiset ja itseensä. Talous-ryhmään yhdistettiin vastaukset: raha ja elintaso. Mieli-ryhmään yhdistettiin vastaukset: mielenterveys ja muisti. Käytös-ryhmään yhdistettiin vastaukset: tapaturma-alttius ja tyhmät teot. Luettelossa näiden ryhmien lisäksi ovat vielä terveys, työ sekä tyhjien vastauksien ryhmä.

Taulukko 5. Vastaajien käsityksiä humalahakuinen juomisen vaikutuksista (N=290)

	Nainen	Mies
Elin	33	41
Ihminen	23	30
Talous	1	6
Mieli	4	3
Käytös	7	10

Terveys	24	12
Työ	15	23
Tyhjä	29	29
Yhteensä	136	154

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Valtaosalle ihmisistä alkoholinkäyttö ei tuota ongelmia. Jotkut juovat kohtuudella päivittäin, toiset taas voivat juoda suuriakin määriä. Osalla toistuvat rankat juomiskaudet raittiiden jaksojen välillä. Haitallinen käyttö on alkoholinkulutusta, joka aiheuttaa vaurioita käyttäjän fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen tai hänen sosiaalisiin suhteisiinsa. Kysymyslomakkeessamme tiedustelimme vastaajien käsityksiä humalahakuisen juomisen ensisijaisista vaikutuksista ihmiseen. Saimme suuren määrän tyhjiä vastauksia. Syy tyhjälle vastaukselle saattoi olla kysymyksen laajuus tai sen vaikea ymmärrettävyys. Tiedonpuutteesta vastaamattomuus ei varmaankaan johtunut.

Suomalaiset naiset juovat yhä enemmän alkoholia. Erityisesti nuorten naisten humalahakuinen juominen on lisääntynyt. Alkoholi vaikuttaa naisiin eri tavalla kuin miehiin. Koska naisen elimistössä on enemmän rasvaa ja vähemmän nestettä, etanolilla on vähemmän ainesta, johon imeytyä. Kun vuonna 2000 naiset joivat 26 prosenttia kaikesta viikossa kuluttamastaan alkoholista humalassa, vuoteen 2008 mennessä osuus oli kasvanut jo 42 prosenttiin. Päihdehuollossa jo joka kolmas hoidettava on nainen. Naiset kuitenkin edelleen nauttivat alkoholia harvemmin ja huomattavasti vähemmän kuin miehet. (THL 2011a.)

Eri väestöryhmissä ensimmäisiin alkoholisairauksiin viittaaviin oireisiin ja muihin alkoholin aiheuttamiin ongelmiin suhtaudutaan eri tavoin. Paremmassa asemassa olevat vähentävät juomistaan ennen kuin haitat lisääntyvät. Motivoivana tekijänä voi olla hyvä asema työelämässä ja sen menettämisen pelko. Sosiaalisen tuen saanti juomisen rajoittamiseksi vaihtelee myös väestöryhmien kesken. Henkilön koulutus

muokkaa mm. hänen terveyteen liittyviä tietojaan ja arvojaan sekä hänen ammattiuraansa. Se missä ammatissa ihminen toimii, säätelee hänen työ- ja elinolojaan sekä ohjaa hänen käyttäytymistään.

Auditia voidaan hyödyntää myös ikääntyvien (yli 65-vuotiaiden) alkoholinkäytön arvioinnissa. Kansainvälisesti vähäriskisen ja riskikäytön raja-arvona yli 65-vuotiailla on Auditin tuloksissa pidetty 7:ää pistettä (WHO 2001). Suomessa arvoksi on ehdotettu 5:ta pistettä. Alkoholien vaikutukset voimistuvat elimistön nestepitoisuuden pienentyessä ja aineenvaihdunnan hidastuessa. Lisäksi mahdolliset sairaudet ja lääkitykset voivat rajoittaa ikääntyneen alkoholin käyttöä. (Aalto & Seppä 2009, 11 – 21.)

Tutkimuksen luotettavuus

Kaikessa tutkimustyössä on ratkaisevan tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan tulosten reliabiliteetin ja validiteetin. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään tavallisesti huomiota tutkimuksen sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin, reliabiliteettiin sekä objektiivisuuteen. Aineiston riittävyys on kvalitatiivisessa tutkimuksessa yhtä ongelmallista kuin kvantitatiivisessäkin tutkimuksessa. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat kertautua. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota myös tutkimuskohteen valintaan. Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, jossa tutkimuksen tulos vastaa hyvin tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. (Hirsjärvi ym. 1998, 181.)

Tutkimuksen ydinasia on tutkimusaineiston analysointi, tulkinta ja siitä tehtävien johto-päätösten teko. Tässä vaiheessa tutkijalle selviää, minkä tyyppisiä vastauksia hän esittämiinsä ongelmiin saa. Aineistosta päästään tekemään päätelmiä vasta esitöiden jälkeen. Ensimmäinen vaihe on saatujen tietojen tarkistus. Aineistosta tarkistetaan virheellisyydet ja mahdolliset puuttuvat tiedot. Toiseksi tietoja voidaan täydentää esim. kysely-lomakkeita karhuamalla. Kolmas vaihe on aineiston järjestäminen saadun tiedon tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia ja se koodataan muuttujaluokituksen mukaisesti. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian kyselylomakkeiden palautumisen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 1998, 209 - 211.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto oli riittävän suuri. Sen teoriaosuuden tekemiseen löytyi myös runsaasti ajankohtaista materiaalia. Kyselylomakkeita Erämessuilta palautui 290 kappaletta. Tutkimuskohteen valinta onnistui hyvin. Vastaajina olivat yleisötapahtumassa vierailevat iältään vähintään 18-vuotiaat naiset ja miehet. Nuorilta vastaajilta tarkistimme iän kysymällä sitä. Tutkimusaineisto käytiin läpi ja tallennettiin pian tapahtuman jälkeen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli alun perin selvittää Kouvolan kaupungin työntekijöiden alkoholin käyttöä. Tutkimus olisi liitetty henkilöstölle täytettäväksi kaupungin oman intranetin, Webropolin kautta. Ennen tätä osallistuimme keväällä 2011 Terveystori-tapahtumaan, joka oli järjestetty kaupungin työntekijöille kaupungintalon aulassa. Siellä saimme kokemusta Audit-kyselyjen vastaanotosta sekä terveyden edistämiseen liittyvien asioiden esille ottamisesta. Alkoholin sisältämiä kalorimääriä pystyimme havainnollistamaan esittelypöytämme avulla.

Kiinnostus hyviä elintapoja kohtaan oli Terveystorilla selvästi havaittavissa. Ihmiset pysähtyivät esittelypöytämme ääreen, kyselivät ja kertoivat alkoholin käyttötavoistaan. Huomasimme kuitenkin, että perustietoa oli vähän. Kaikki ihmiset eivät edes mieltäneet, että siideri ja olut ovat alkoholia. Suurta hämmästystä aiheuttivat siiderin ja oluen sisältävät sokerin ja rasvan energiamäärät.

Terveystorilla meille tarjottiin mahdollisuutta osallistua kesäkuussa järjestettävälle Erämessuille. Innostuimme ajatuksesta ja lähes välittömästi päätimme muuttaa opinnäytetyömme kohderyhmän Kouvolan kaupungin työntekijöistä messuvieraisiin. Erityisesti halusimme lisää kokemusta ihmisten kohtaamisesta yleisötilaisuuksissa. Tässä oli myös oiva tilaisuus meille testata, miten olimme sisäistäneet koulussa oppimamme teorian päihdehoitotyöstä.

Kiireinen aikataulu, opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus tutkimuskysymysten laatimisessa sekä kysymysten esitestaamatta jättäminen näkyivät kysymyslomakkeen huonossa toteutuksessa. Kaikkiin kysymyksiin ei näin vastattu. Messupöytämme ääressä intimizeettisuoja oli olematon, joka saattoi huolettaa vastaajia. Salassapito kuitenkin toteutui, koska vastaukset saimme nimettöminä. Vastaajien rehellisyyteen saattoi vaikuttaa se, täyttikö kysymyslomakkeen yksin vai puolison tai kaveriporukan

kanssa. Merkittävä tekijä tutkiessamme Kymenlaaksolaisten alkoholinkulutusta oli ulkopaikkakuntalaisten runsas osuus vastaajista.

Opinnäytetyöprosessi vaatii ja opettaa pitkäjänteisyyttä, epävarmuuden sietoa ja etenkin uskallusta tarttua toimeen. Oma toiminta ratkaisee sen, miten työ etenee. Opinnäytetyön teko muodostuu monesta laajasta kokonaisuudesta, joita on aina hyvä käsitellä yhtä kerrallaan ja edetä tekijöille sopivassa järjestyksessä. Tarkan aikataulun luominen ja sen noudattaminen ovat keskeisiä asioita, jos haluaa saavuttaa työssään tuloksia. Kun työ valmistuu askel askeleelta aikataulun mukaisesti, voi ajoittain tuntea onnistuneensa, kunnes kohtaa opinnäytetyössä seuraavan epävarmuutta herättävän asian.

Vaikein vaihe tutkimustyössämme oli rakentaa saatujen tutkimustulosten ympärille opinnäytetyön teoria osuus. Olimmehan edenneet työssämme väärässä järjestyksessä. Meillä oli tutkimustulokset olemassa, mutta mitä oikein halusimme tutkia? Miten peilaisimme teoriatietoja ja tutkimustuloksia vastakkain? Tavoitteenamme oli tehdä opinnäytetyö, jonka teoria- ja tutkimustyö ovat keskenään tasapainossa.

Koimme tämän koko prosessin opettavaiseksi kokemukseksi, jossa saimme itsenäisesti kerätä ja etsiä tietoja, samalla oivaltaen monia asioita liittyen päihdehoitotyöhön ja alkoholin puheeksi ottamiseen. Erilaisiin terveyden edistämisen projekteihin osallistuminen on osa tulevaa terveydenhoitajan työtämme. Terveydenhoitajalta vaaditaan laaja-alaista tietoa ja yleisosaamista sekä erityisasiantuntemusta ja kykyä toimia moniammatillisissa kokoonpanoissa. Terveystorilla sekä Erämessuilla vuorovaikutuksemme vieraisiin oli välitön ja luottamuksellinen. Mahdolliset omat ennakkoluulot ja käsitykset alkoholista eivät tulleet esille keskusteluissamme. Olimme myös kiinnostuneita haastateltavistamme. Jos edes yksi messuilla kohtaamistamme ihmisistä havahtui juomatottumuksistaan ja ajatus muutoksesta heräsi, olemme tyytyväisiä.

Tutkimuksen tuloksista saamme todeta, että alkoholinkäyttö on arkipäiväistynyt. Alkoholia nauttii kaiken ikäiset ihmiset. Tulokset kertoivat meille, että suurin osa vastaajistamme käyttää alkoholia vähäisellä riskillä. Useimmat vastaavat Auditin kysymyksiin rehellisesti. Vaikka liikaa juovat usein aliarvioivat kulutustaan, he saavat Auditista pistemäärän, joka osoittaa kohonnutta riskiä saada alkoholihaittoja.

Jatkotutkimuksiksi ehdottaisimme erillisiä kvalitatiivisia tutkimuksia tämän opinnäytetyön taustamuuttujista ja niiden vaikutuksista haastateltavien henkilöiden alkoholinkulutukseen. Toisaalta olisi varmasti mielenkiintoista tutkia alle 18-vuotiaiden sekä yli 65-vuotiaiden käsityksiä humalahakuisen juomisen ensisijaisista vaikutuksista ihmiseen.

Alkoholin haitatonta käyttöä voidaan kuvata taitolajiksi. Taitavaksi voi tulla, jos hankkii perustiedot alkoholin vaaroista ja vaikutuksista, tutustuu hyviin käyttötapoihin ja säätelee toimintaansa kokemuksen karttuessa. Viisas valmistautuu ja kehittyi hankkimalla tietoja ja kehittämällä taitoja. Tätä kai tarkoitetaan, kun sanotaan, että viina on viisasten juoma.

LÄHTEET

Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino.

Bode, M., Karttunen, A., Karttunen, V. & Jarti, P. 2006. Alkoholin käyttöön liittyvät aivojen radiologiset löydökset Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 3/2006. Internet-sivut. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkelii%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95522&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
[viitattu 10.12.2011].

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. painos. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjän hoitotyö haasteena. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Ilva, M. & Roine, M. 2010. Miten sinä käytät alkoholia lasten seurassa? PunaMusta Oy.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. 3. – 4. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Itäpuisto, M. 2001. Pullon varjosta valoon. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Järvinen, A. & Varamäki, R. Suomalaisten alkoholiasenteet 2010. Tekry.fi- Internet-sivut.

Saatavissa: http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2010/2010_006.pdf [viitattu 5.12.2011].

Kiiänmaa, K. & Ylikahri, R. 1991. Alkoholi, vaikutukset terveyteen. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Kouvolan Päihdestrategia 2009 – 2012. Kouvolan kaupungin Internet-sivut. Saatavissa:

<http://www.kouvola.fi/material/attachments/5o2Zaun7M/5IKt8IP2M/Paihdestrategialuonnos.pdf>.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 1998. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Seppä, K., Alho, H. & Kianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

THL. 2011a. Alkoholijuomien kulutus 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivut. Saatavissa:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr16_11.pdf [viitattu 10.12.11].

THL. 2011b. Naisten humalajuominen lisääntynyt voimakkaasti 2000-luvulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=18797 [viitattu 10.12.11].

Tillonen, J. 2001. Alkoholien vaikutukset elimistöön ja terveyteen. Alko Oy:n opas. F.G. Lönnberg.

Österberg, E. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholinkäyttö Suomessa. Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/111-alkoholinkaytto-suomessa> [viitattu 5.12.11].

WHO. The world health report. 2012. World Health Organisationin Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.who.int/whr/2001/en/> [viitattu 20.1.2012].

ERILAISIA KIRJALLISIA OPPAITA JAETTAVAKSI

- € Matti, paljonko alkoholi maksaa? Kuinka paljon ehkäisevä työ säästää?
- Kohtuus kaikessa, opas alkoholinkäytön hallintaan
- Vähennä vähäsen, opas alkoholinkäytön vähentäjälle
- Alkoholi ja aivot
- Alkoholinkäytön vaikutukset elimistöön ja terveyteen
- Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet
- Ehkäisevä päihdetyö peruspalvelussa, opas kunnan ehkäisevään päihdetyöhön
- Ravitsemus, liikunta ja alkoholi

Oppaat ovat joko Alko Oy:n tai Sosiaali- ja terveysministeriön toimittamia esitteitä ja ovat osana Alkoholi-ohjelmaa 2004 – 2007. Esitteitä on saatavissa terveyskeskuksesta, sairaanhoitajilta, terveydenhoitajilta ja lääkäreiltä sekä työterveyshuollosta, A-klinikoilta tai Alkon myymälöistä.

KYSELYLOMAKE



Vastauksia käytetään kartoittamaan
Kymenlaakson alueen asukkaiden alkoholin käyttöä.

Sukupuoli: nainen _____ mies _____

Koulutus:
perusaste _____, ylioppilas _____, ammatillinen
koulutus _____, opistotasoinen koulutus _____,
ammattikorkeakoulu _____,
ylempi korkeakoulututkinto _____

Ikä: 18 – 25v. _____, 26 – 35v. _____,
36 – 45v. _____, 46 – 64v. _____, yli 65v. _____

Audit pisteet:
En käytä _____, 1 – 7 _____, 8 – 10 _____,
11 – 14 _____, 15 – 19 _____, 20 – 40 _____

Kotikaupunki:

Asuinalue: (esim. Kuusankoski, Valkeala)

**Saatko mielestäsi riittävästi tietoa alkoholin
haitoista yleensä?**

Kyllä _____, Ei _____

**Mihin humalahakuisen juomisen
haittavaikutukset ensin kohdistuvat?**

VALOKUVIA ERÄMESSUILTA



AUDIT-TESTI

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.

- 0) ei koskaan
- 1) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2) 2–4 kertaa kuukaudessa
- 3) 2–3 kertaa viikossa
- 4) 4 kertaa viikossa tai useammin

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

- 0) 1–2 annosta
- 1) 3–4 annosta
- 2) 5–6 annosta
- 3) 7–9 annosta
- 4) 10 tai enemmän

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

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

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

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana et juomisen vuoksi saanut tehdyksi jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

6. *Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?*

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

7. *Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?*

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

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

- 0) ei koskaan
- 1) harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2) kerran kuukaudessa
- 3) kerran viikossa
- 4) päivittäin tai lähes päivittäin

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

- 0) ei
- 1) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 2) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

10. *Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi tai lopettaisit sen?*

- 0) ei
- 2) on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 4) kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana