

Kemppainen Juho, Korhonen Samuli & Pohjola Matti

”ISO KEITTO”

- Yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2012



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikuntala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Kempainen Juho, Korhonen Samuli & Pohjola Matti	
Työn nimi ”ISO KEITTO”- Yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveystyö – Kempainen Juho & Korhonen Samuli Lasten ja nuorten hoitotyö – Pohjola Matti	Ohjaaja(t) Anttonen Kristiina, Oikarinen Arja Toimeksiantaja Kainuun Maakunta-kuntayhtymä, Terve kunta- verkosto
Aika Syksy 2012	Sivumäärä ja liitteet 26 + 2
<p>Opinnäytetyömme aiheena on yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö. Toimeksiantajana on Kainuun Maakunta- kuntayhtymä ja Terve Kunta-verkosto. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttöä. Tavoitteena on, että tuotetun tiedon avulla Kainuun maakunta- kuntayhtymä voi kehittää tarpeenmukaisia hyvinvointistrategioita. Tutkimusongelmat olivat: 1. Millaista on yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö? 2. Millaista yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö on verrattuna koko Suomen miesväestöön? 3. Millaista yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttö on verrattuna koko Kainuun korkeakoulutettuun miesväestöön?</p> <p>Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen. Aineistona käytimme Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen keräämiä tuloksia, jotka kerättiin osana alueellista terveys ja hyvinvointi tutkimusta (ATH- tutkimus). Tutkimus aloitettiin vuonna 2010 Turun kaupungissa, Kainuun maakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tutkittavien määrä oli yhteensä 31 000 ja he olivat yli 20 -vuotiaita suomalaisia. Tämän lisäksi vuonna 2010 on kerätty koko Suomea edustava otos.</p> <p>Vuonna 2010 Kainuun miesväestöstä korkea-asteen tutkinnon oli saanut 18,2 prosenttia, kun koko maassa korkeakoulututkinnon oli saanut 24,7 prosenttia miehistä. Tässä yhteydessä miehillä tarkoitetaan 20 - 64-vuotiasta miestä. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin liikakäyttö on vähäisempää kuin yleisesti ottaen suomalaisilla miehillä. Humalahakuinen juominen oli vastaavasti yläkainuulaisten korkeakoulutetuilla miehillä yleisempää kuin koko Suomen miehillä.</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksia voivat hyödyntää erilaisten terveydenhuoltopalveluiden päättäjät. Kunnallisella tasolla tulisi myös kiinnittää huomiota vastaavanlaisiin tutkimuksiin liittyen päihteiden käyttöön. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tässä tutkimuksessa ilmenneiden tulosten syiden selvittäminen, esimerkiksi mitä syitä on humalahakuisen juomisen taustalla.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	humalahakuinen, terveyden edistäminen, ATH
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Kemppainen Juho, Korhonen Samuli and Pohjola Matti	
Title Alcohol Use among Highly Educated Men in Upper Kainuu	
Optional Professional Studies Mental Health Care Children and Young Nursing	Instructor(s) Anttonen Kristiina and Oikarinen Arja
	Commissioned by Joint Authority of Kainuu Region
Date Fall 2012	Total Number of Pages and Appendices 26 + 2
<p>The subject of this thesis is the alcohol use of highly educated men in Upper Kainuu. The purpose of this thesis was to describe the alcohol use of highly educated men in Upper Kainuu. The aim of this thesis was that with help of produced information the Joint Authority of Kainuu Region, the commissioner, could develop wellbeing strategies. The research problems were the following: 1. what was alcohol use like among highly educated men in Upper Kainuu?, 2. what differences were there in alcohol use between highly educated men in Upper Kainuu and men in Finland? and 3. what differences were there in alcohol use between highly educated men in Upper Kainuu and Kainuu.</p> <p>This thesis was quantitative. The results of a research called the Regional Health and Wellbeing Study (ATH in Finnish), made by the National Institute for Health and Welfare, were used as the data for this thesis. The ATH research was started 2010 in Kainuu, Turku and North Ostrobothnia.</p> <p>In 2010 18.2% of the male population in Kainuu was highly educated. In Finland, the corresponding figure was 24.7%. The results showed that the overuse of alcohol among highly educated men in Upper Kainuu was lower than among Finnish men in general. Binge drinking was comparably more common among highly educated men in Upper Kainuu than among Finnish men.</p> <p>The results of this thesis can be used by decision-makers in different health care services. At the municipal level, attention should be paid to similar studies on intoxicant use. Further research could include finding reasons for binge drinking in Upper Kainuu.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Binge drinking, health promotion, ATH
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 ALKOHOLI	3
2.1 Alkoholinkäytön seuraukset	3
2.2 Alkoholin käyttö Suomessa	4
3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	9
4.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja	9
4.2 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta	11
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	12
6 TULOKSET	13
6.1 Alkoholia liikaa käyttävät	13
6.2 Humalajuominen	15
6.3 Tulosten johtopäätökset	17
7 POHDINTA	18
7.1 Tulosten pohdinta	18
7.2 Eettisyys	19
7.3 Luotettavuus	20
7.4 Ammatillinen kehittyminen	21
8 LÄHTEET	23
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttö. Työn nimi ”Iso keitto” kuvastaa yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten humalahakuisista juomista. Yläkainuulaiset korkeakoulutetut miehet juovat siis kerralla isoja määriä alkoholit tuotteita sen sijaan, että nauttisivat pieniä määriä silloin tällöin. Valitsimme kyseisen aiheen, koska alkoholinkäyttö on ajankohtainen aihe muun muassa sen aiheuttamien terveyshaittojen vuoksi. Juomatapoja on tutkittu jo vuodesta 1968 kahdeksan vuoden välein suoritetuina haastattelututkimuksina, joiden kohteina ovat olleet 15 -69-vuotiaat suomalaiset (Huhtanen, Miekkala, Mustonen & Mäkelä 2011, 9).

Kohtaamme alkoholin vaikutuksen alaisena olevia henkilöitä päivittäin. Lisäksi meitä kiinnostaa, miten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttö eroaa muusta väestöstä. Alkoholinkäytön haitoista kerrotaan mielestämme edelleenkin liian vähän. Kainuussa asuvina Kainuun ongelmat ovat myös mielenkiintoa herättäviä. Tarjolla olevista opinnäytetyön aiheista tämä on kaikkein mielenkiintoisin ja lisäksi tukee mielestämme oppimista etenkin mielenterveyden vaihtoehtoisia opintoja ajatellen.

Opinnäytetyön keskeisenä ajatuksena on kuvailla yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttöä ja sitä, mitä eroja siinä on verrattaessa koko Suomen miesväestöön. Perehdymme Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen vuonna 2010 keräämään aineistoon.

Opinnäytetyömme teoriapohjan avulla saamme syvennettyä tietouttamme siinä käsiteltävistä asioista. Opinnäytetyötä tehdessämme tutustumme ja syvennymme erilaisiin aineistoihin. Tämä antaa meille valmiuksia kehittää omia taitojamme koskien tutkimusten analysointia ja tulkintaa.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttöä. Tarkastelemme saatavilla olevaa ATH-aineistoa, jonka pohjalle opinnäytetyömme rakentuu. Tavoitteena on, että tuotetun tiedon avulla Kainuun maakunta- kuntayhtymä voi kehittää tarpeenmukaisia hyvinvointistrategioita. Opinnäytetyön johtopäätösten perusteella työn tilaaja pääsee hyödyntämään saatuja tuloksia haluamallaan tavalla.

Työmme tilaajana on Kainuun Maakunta-kuntayhtymän Terve Kunta-verkosto, jonka tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistä sairauksia. Verkosto pyrkii kehittä-

mään verkostokuntien terveyden edistämisen strategista johtamista, toimintamuotoja ja toiminnan arviointia. Terve Kunta-verkosto voi tuotetun tiedon avulla kehittää tarpeenmukaisia hyvinvointistrategioita. Tällaisia strategioita ovat esimerkiksi erilaiset ennaltaehkäisevät päihdepalvelut, joita voitaisiin toteuttaa myös työterveydenhuollossa. Verkosto on mukana toteuttamassa Terveys 2015-kansanterveysohjelman tavoitteita. (Kainuu Terve Kunta – verkoston jäsenenä 2011.)

Kainuun maakunta on jaettu kolmeen seutukuntaan. Kajaanin seutuun (seutu I) kuuluu Kajaani, Ristijärvi, Paltamo ja Vuolijoki. Kuhmo-Sotkamo seutuun (seutu II) kuuluu Kuhmo ja Sotkamo. Ylä-Kainuuseen (seutu III) kuuluu kolme kuntaa, jotka ovat Suomussalmi, Hyrynsalmi ja Puolanka. (Kaikkonen, Koskinen & Martelin.) Vuonna 2011 Ylä-Kainuun väkiluku oli 14 612. (Kainuun maakunta –kuntayhtymä 2012.)

Kainuun väestön koulutus rakenne on erilainen verrattaessa koko Suomen koulutus rakenteseen. Vuonna 2010 Kainuun miesväestöstä korkea-asteen tutkinnon oli saanut 18,2 prosenttia, kun koko maassa korkeakoulututkinnon oli saanut 24,7 prosenttia miehistä. Tässä yhteydessä miehellä tarkoitetaan 20 - 64-vuotiasta miestä. Korkea-asteen koulutuksen saaneita ovat ammatillisissa oppilaitoksissa yli 3-vuotisen koulutusammattin tai tutkinnon suorittaneet, ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinnon suorittaneet. (Korkea-asteen koulutuksen saaneet 2010.)

Jokaisen kunnan tärkeimpiin tehtäviin Suomessa kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Kunnat ovat Suomen lainsäädännön mukaan velvollisia seuraamaan väestöryhmittäin asukkaidensa terveydentilaa ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

2 ALKOHOLI

2.1 Alkoholinkäytön seuraukset

Alkoholi luokitellaan lääkeaineeksi, jolla on farmakologisesti lamaavia vaikutuksia. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon tuottaen henkilölle mielihyvää tai huumaavia vaikutuksia. Kansankielessä alkoholin huumaavia vaikutuksia kuvaillaan yleensä sanalla humala. Jo yhden humaltumiskerran seurauksena alkoholi voi saada aikaan hermoston sopeutumisreaktion, jolloin sietokyky alkoholiin kehittyy ja tämän seurauksena voi olla fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. Toleranssi ei jää kuitenkaan pysyväksi, vaan se häviää alkoholin käytön lopettamisen tai vähentämisen myötä. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 120.)

Alkoholin käytöstä voi olla hyötyä tai haittaa terveydelle. Yksi alkoholiannos, esim. pullo keskiolutta (33cl) sisältää noin 12 grammaa alkoholia. Miehillä 10- 30 gramman vuorokausiannos alkoholia on katsottu kaikkein hyödyllisimmäksi terveyttä ajatellen, naisten vastaava määrä on 5-15 grammaa alkoholia. Nämä määrät elimistö kykenee prosessoimaan vaivatta, kun taas näiden määrien ylittyessä terveyshaittoja voi alkaa ilmetä. Alkoholin käytön lisääntyessä mahdollisuus sairastua useisiin eri tauteihin kasvaa. Alkoholin käyttö voi aiheuttaa seuraavia sairauksia, näitä ovat verenpainetauti, aivoverenvuoto, sydämen rytmihäiriöt, sydänlihassrapppeuma, erilaiset syövät (ylempien hengitysteiden ja ruuansulatuskanavan syöpä, maksasyöpä, paksusuolen ja peräsuolen syöpä, rintasyöpä), ääreishermoston rappeuma, lihassrapppeuma, maksakirroosi, maksatulehdus, haimatulehdus, epilepsia, psoriaasi ja masennus. Alkoholin käyttö voi johtaa alkoholimyrkytykseen, josta pahimmillaan voi seurata kuolema. Alkoholin liikakäytön jälkiseurauksina voi ilmetä vieroitusoireita ja juoppohulluutta. Alkoholin käytön seurauksena riski joutua tapaturmiin tai väkivallan kohteeksi lisääntyvät. Itsemurhat sekä itsemurhayritykset ovat yleisempiä alkoholia liikaa kuluttavien keskuudessa. (Huttunen & Mustajoki 2007, 97 - 99.)

Alkoholilla voi olla myös terveyttä edistäviä vaikutuksia. Tutkimuksen mukaan alkoholin käyttö edullisina määrinä voi vähentää riskiä sairastua sappikivitautiin, sydämen vajaatoimintaan, tyypin II diabetekseen, Alzheimerin tautiin sekä muihin dementoiviin sairauksiin. Esimerkiksi 29 grammaa alkoholia päivässä nauttivien henkilöiden riski sairastua sepelvaltimotautiin on jopa 22 prosenttia pienempi kuin niillä henkilöillä, jotka eivät ole käyttäneet alkoholia lankaan elämänsä aikana. Tätä voidaan selittää lähinnä hyvien rasvavaikutusten myötä.

Edellä mainittu alkoholi määrä nostaa hyvän HDL -kolesterolin määrää noin 13 prosenttia. (Huttunen & Mustajoki 2007, 97.)

Alkoholin käyttö ja sosiaalinen syrjäytyminen ovat voimakkaasti sidoksissa toisiinsa. Mitä vähemmän alkoholin aiheuttamiin sosiaalisiin ongelmiin puututaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, sitä suuremmaksi ja näkyvämmäksi ongelma kehittyy yhteiskunnassa. Sosiaalisilla ongelmilla tarkoitetaan muun muassa syrjäytymistä, köyhyyttä tai päihdeongelmia. Sosiaalisten ongelmien katsotaan heikentävän sosiaalista toimintakykyä. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti. Vastoin yleistä luuloa, syrjäytyneiden päihdeongelmaisten hoitamatta jättäminen aiheuttaa suuremmat kustannukset kuin hoitaminen. Alkoholin liikkäyttöön liittyy monesti myös psyykkisiä häiriöitä, kuten persoonallisuuden sekä mielialojen häiriöt. (Salaspuro ym. 2003, 265; Sosiaalityön sanasto 2003.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan liikkäyttäjänä on mies, joka nauttii kerralla seitsemän annosta tai enemmän alkoholia tai nauttii yli 24 alkoholiannosta viikossa. Naisten kohdalla vastaavat rajat ovat viisi annosta kerralla tai 16 annosta viikossa. (Orjasniemi 2005, 174; THL 2011.)

2.2 Alkoholin käyttö Suomessa

Alkoholi on kolmanneksi käytetyin päihde nikotiinin ja kofeiinin jälkeen (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 120). Alkoholia saa myydä yli 18-vuotiaille. Vuodesta 1997 lähtien 18 vuoden ikäraja on koskenut myös vähintään 1,2 ja enintään 2,8 tilavuusprosenttia alkoholia sisältäviä juomia (Alkoholilaki 1143/1994, 24 §; Mäkelä ym. 2010, 116). Alkoholijuomien kulutus Suomessa vuonna 2010 oli kymmenen litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohden. Kuluneen neljän vuosikymmenen aikana suomalaisten henkeä kohden kuluttama alkoholimäärä on nelinkertaistunut. Vaikka suurin osa suomalaisista juo kohtuudella, tai ei ollenkaan, niin alkoholin käytön moninkertaistuminen 40 vuodessa selittyy sillä, että pieni osa suomalaisista käyttää alkoholia erittäin runsaasti. Kymmenen prosentin joukko alkoholin suurkuluttajia käyttää yli puolet Suomessa käytetystä alkoholista. Miehet kuluttavat alkoholia huomattavasti enemmän kuin naiset. Kaikesta Suomessa kulutetusta alkoholista miehet käyttävät 75 prosenttia ja naisten osuus on 25 prosenttia. Vanhempi väestö käyttää alkoholia pieniä määriä useammin kuin nuoret, kun taas nuorten alkoholinkäyttökerroista suurempi koostuu humalahakuisesta juomisesta. (Orjasniemi 2005, 174; THL 2011.)

Yleisimmin alkoholia käyttävät nuoret aikuiset, 20 - 29-vuotiaat. Merkittävä muutos 40 vuoden aikana alkoholin käytön suhteen on tapahtunut juomatottumuksissa. Alkoholinkäyttötilanteet ovat lisääntyneet, eikä alkoholi kuulu enää pelkästään juhliin ja erityistilaisuuksiin, vaan sitä käytetään tavanomaisemmissa arkipäivän tilanteissa. Viikkotyörytmillä katsotaan olevan vaikutusta alkoholinkäyttöön. Alkoholia nautitaan Suomessa eniten viikonloppuisin ja se on keskittynyt ilta- ja yöaikaan. Suomessa ateriyhteydessä käytetään harvemmin alkoholia kuin esimerkiksi välimeren maissa. Selityksenä paikallisille juomatavoille käytetään yleisesti ottaen juomakulttuuria, mutta niihin liittyy myös paikalliset elinolosuhteet, kulttuuri ja väestön ikäjakauma. (Mäkelä ym. 2010, 55; Orjasniemi 2005, 228.)

Suurimmaksi osaksi alkoholia käytetään kotiympäristössä. Lähes 80 prosenttia alkoholin käyttökertoista sijoittuu kotiympäristöön. Anniskelupaikkojen, kuten ravintoloiden, osuus kaikesta kulutetusta alkoholista oli 15 prosenttia vuonna 2008. Alkoholijuomien halvempi hinta vähittäismyynnissä on todennäköinen syy siihen, että anniskelumyynnin osuus kokonaiskulutuksesta on pienempi kuin esimerkiksi 90-luvulla. (Mäkelä ym. 2010, 71.)

Henkilön asemasta yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteessa tai sosiaalisessa hierarkiassa käytetään nimitystä sosioekonominen asema. Sosioekonomisten ryhmien väliset poikkeavuudet tulevat esille niin arvo- kuin asennekysymyksissä. Nämä erot selittyvät iällä, sukupuolella ja koulutuksella. Korkeakoulutetuista aikuisista useampi ilmoittaa käyttävänsä alkoholia kuin vähemmän koulutetuista. Alkoholin aiheuttaman sairastuvuuden ja kuolleisuuden tilastoissa miehet ovat korkeammalla kuin naiset. 2000-luvulla alkoholin aiheuttamat haitat näkyvät selvemmin myös naisväestössä, koska alkoholin käyttö on lisääntynyt naisten keskuudessa. Miesten elimistö sietää paremmin alkoholia kuin naisten, tästä syystä alkoholin aiheuttamat vammat kehittyvät naisille herkemmin. (Salaspuro ym. 2003, 95.)

Naisten alkoholin kulutus on lähes kuusinkertaistunut viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Miesten alkoholin käyttö on lisääntynyt suhteessa vähemmän. Tämä on osasy siihen, miksi sukupuolten välinen ero alkoholin kulutuksen suhteen on kaventunut vuosikymmenten saatossa. Erojen kaventumisesta huolimatta, erot sukupuolten välisessä juomakulttuurissa eivät ole kadonneet. Yhteiskunnan tasa-arvoistumisen myötä sukupuoli rooleissa on tapahtunut muutoksia, joka osaltaan selittää edellä mainittuja muutoksia alkoholin käytössä ja kulutuksessa. (Mäkelä ym. 2010, 289.)

THL:n vuonna 2010 tehdyn tilastoraportin mukaan alkoholista aiheutuvat haittakustannukset julkiselle sektorille olivat arviolta n. miljardi euroa. Suurin osa alkoholin aiheuttamista haittakustannuksista aiheutui sairauspäivärahojen, eläkkeiden, sosiaalihuollon, järjestyksen ja turvallisuuden kustannuksista. Sosiaalihuollon kustannuksien osuus alkoholin käyttöön liittyen oli 25 %, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon osuus 24 %, eläkkeiden ja sairauspäivärahojen osuus 24 %, oikeus ja vankeinhoidon osuus 14 %, terveydenhuollon osuus 11 %, alkoholin valvonta 1 % ja ehkäisevän päihdetyön osuus oli 1 %. (Päihdehaittakustannukset 2010 2012.)

Alkoholinhiattakustannukset yhteiskunnalle ovat myös moninaisia ja huomattavia. Yhteiskunnalle aiheutuvat alkoholihaittakustannukset käsittävät julkisen sektorin lisäksi kotitalouksille ja yrityksille aiheutuneet alkoholihaittakustannukset. Yhteiskunnallisiin alkoholihaittakustannuksiin luetaan myös alkoholiehtoisten tulipalojen, tapaturmien ja liikenneonnettomuuksien aiheuttamia vakuutuskorvauksia. Myös alkoholin vaikutuksena tehtyistä rikoksista aiheutuvat kustannukset kuuluvat yhteiskunnallisiin alkoholihaittakustannuksiin. (Päihdehaittakustannukset 2010 2012.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Suomen perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan julkisen vallan on edistettävä väestön terveyttä. Kuntalain (365/1995) 1 §:n mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä. Terveys on nähtävissä ominaisuutena, toimintakykyinä, voimavarana, tasapainona tai kykyinä selviytyä ja suoriutua. Terveysteen voi vaikuttaa useat eri asiat, muun muassa yksilölliset, sosiaaliset, poliittiset sekä ympäristölliset tekijät. Terveysteden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön ja yhteisön voimavaroja ja parantaa kansanterveydellisiä edellytyksiä. Terveysteden edistämisessä tulisi korostaa yhteisöllisiä, yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia tarpeita. (Terveysteden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystministeriö 2006.); (Aromaa, Kiiskinen, Natunen, Matikainen & Vehko 2008.)

Terveyst 2015- hankkeessa korostetaan yksilön omaa roolia terveysteden edistämisessä. Yksilö voi edistää terveysttään esimerkiksi käyttämällä alkoholia vain kohtuullisia määriä. Kunnissa on tehty merkittävää kehittämistyötä muun muassa terveyst- ja hyvinvointipoliittisten strategioiden ja selontekojen pohjalta, jatkuvana käytännöllisenä arkisena kehittämistyönä sekä esimerkiksi paikallisten ympäristöterveystohjelmien ja Terve Kunta -verkoston puitteissa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveyst 2015 -kansanterveystohjelmasta 2001.)

Kansanterveystlaitoksen vuonna 2007 tekemän tutkimusten mukaan suomalaisen väestön vakavimpana terveystden uhkana pidetään alkoholia. Alkoholi oli vuonna 2007 Suomessa miehillä yleisin kuolinsyy ja naisilla toiseksi yleisin. Jotta alkoholin kulutusta ja sen aiheuttamia haittoja voidaan vähentää, on alkoholin käyttö otettava huomioon terveystden edistämisessä. Runsaalla alkoholin käytöllä on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia ihmisen elämän eri osa-alueilla. Tästä johtuen sosiaali- ja terveystpalvelujen työn osuus terveysttää edistävissä ehkäisyssä on merkittävässä roolissa. Kun alkoholiveroa laskettiin 2000- luvulla, aiheutti se alkoholin kulutuksen nousua ja tästä seurasi paljon erilaisia haittoja sekä palvelujen tarve ja terveyst kustannukset kasvoivat. (Apell 2008, 8.)

Terveystden edistämisen näkökulmasta katsottuna alkoholipoliittikan tavoitteena on alkoholista aiheutuvien yhteiskunnallisten, terveystdellisten ja sosiaalisten haittojen minimointi. Keskeiset välineet alkoholipoliittikassa ovat alkoholijuomien tuotannon, kaupan ja kulutuksen alkoholilainsäädännöllä, alkoholijuomien verotus sekä tiedotus- ja valistustyö. Perinteisesti alkoholin aiheuttamia haittoja on pyritty ehkäisemään alkoholipoliittisin toimenpitein. Alkoholipoliiti-

kasta on tullut viimeisten vuosikymmenien aikana huomattavasti vapaampaa. Alkoholin saatavuus on helpottunut ja samaan aikaan alkoholin kulutus ja sen aiheuttamat haitat ovat lisääntyneet. Yksi tehokkaaksi havaittu tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön alueellisesti sekä kunnallisesti on mini-interventio. Tällä tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa asiakkaan tukemista ja ohjausta alkoholin käytön vähentämisessä kun isompia haittoja ei ole vielä ehtinyt syntyä. Alkoholin liikakäyttö on jaettu kolmeen luokkaan, jotka ovat riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Riski- sekä haitalliset käyttäjät ovat sellainen ryhmä, jotka hyötyvät mini-interventiosta. (Mini-interventio 2009.)

Alkoholiongelmaiset tarvitsevat apua ongelmiinsa laaja-alaisemmin, joko psykososiaalisista metodeista tai lääkehoidosta tai edellä mainittujen yhdistelmästä. Alkoholiongelmien ennaltaehkäisyssä, havaitsemisessa ja hoidossa korostuu terveydenhuollon merkitys. (Terveyden edistämisen keskus 2011; Mäkelä, ym. 2010, 300 - 301; Päihdelinkki 2008)

Kainuulaiset terveyttä edistävät palvelut suunnitellaan käyttäen IVA-menetelmää. Tällä tarkoitetaan ihmisiin kohdistuvaa vaikutusten arviointia. Kainuulaisessa palvelujärjestelmässä erityishuomio kiinnittyy riskiryhmiin ja heikommassa asemassa oleviin henkilöihin. Tällä järjestelmällä pyritään kaventamaan terveyseroja. Kainuussa terveyttä edistävää toimintaa pyritään kohdistamaan kokonaisvaltaisesti eri ikäluokkiin ja yhteisöihin. Ennaltaehkäisevän terveydenhuollon päämääriä ovat tupakoimattomuus, terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta ja alkoholin kohtuullinen käyttö. Mini-interventio ja Alkoholinkäytön tunnistaminen ovat työkaluja, jotka on kehitetty tukemaan henkilöstön osaamista. (Sosioekonomiset terveiserot ja niiden kaventaminen Kainuussa 2008. 157-159.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Kainuun maakunta- kuntayhtymä, ja siellä vuosina 2010 – 2015 toteutettava ATH -tutkimus, joka suoritetaan yhteistyössä THL:n kanssa. ATH -tutkimuksesta saatavat tulokset auttavat Kainuun maakuntaa ohjaamaan päihdepalveluita ja muita tarpeellisia toimia niille alueille, missä niille koetaan tarvetta. Aineiston keruun on tehnyt THL. Tietoa on hankittu kyselylomakkeen avulla. Tämä aineisto on kerätty ATH -tutkimusta varten. Kysymyksissä käsitellään muun muassa alkoholin liikkakäyttöä ja humalajuomista. (ATH- Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille.)

THL:n vuonna 2010 käynnistämän ATH -tutkimuksen tarkoituksena on vastata lainsäädännön kunnille asettamaan tavoitteeseen. Tämä mahdollistaa kuntien terveys- ja hyvinvointipalveluiden oikeasuuntaisen kehityksen ja antaa mahdollisuuksia arvioida terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien toimien tehokkuutta kunnissa. (ATH- terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2012.) ATH-tutkimuksen tavoitteena on antaa kunnille tietoa, auttaa ennakkoimaan tulevaa ja mahdollistaa asukkaiden hyvinvoinnin seuraaminen. Tavoitteen kautta voidaan tukea palvelujen kehittämistä kuntien ja kuntalaisten hyvinvointia ja elinvoimaisuutta tukevasti. (ATH- terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2012.)

Tutkimus aloitettiin vuonna 2010 Turun kaupungissa, Kainuun maakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tutkittavien määrä oli yhteensä 31 000 ja he olivat yli 20 -vuotiaita suomalaisia. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) 2011.) Vuotta myöhemmin vuonna 2011 tutkimus aloitettiin myös Keski-Satakunnassa, jossa tutkimus käsitti kunnat Harjavalta, Kokemäki ja Nakkila. Keski-Satakunnasta tutkimukseen valittiin 3000 yli 20 -vuotiasta suomalaista satunnaisotannalla. Tämän lisäksi vuonna 2010 on kerätty koko Suomea edustava otos. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH 2011.)

Vuonna 2010 koko Kainuun alueella tutkimuslomakkeita lähetettiin yhteensä 9000 kappaletta. ATH -kyselyyn vastasi Kainuussa 55 % tutkittavista. Tutkittavat henkilöt jaettiin kolmeen ikäryhmään; 20–54-, 55–74- ja yli 75-vuotiaisiin. 20–54-vuotiaista tutkimukseen vastasi 43

prosenttia, 55–74-vuotiaista 65 prosenttia ja yli 75-vuotiaista 61 prosenttia. (Alueellinen terveys ja hyvinvointikysely 2012, A.)

THL vastaa tutkimuksen kehittämistyöstä ja asiantuntemuksesta. Tutkimuksen taustalla toimii moniammatillinen asiantuntija- ja tutkijaryhmä, jonka tehtävänä on huolehtia tutkimuksen sisällön ja tarpeen määrittelystä. Sisällönsuunnittelussa on käytetty kansallisia mittareita ja kansainvälisiä tutkimuksia. Tutkimuskysely esitettiin Ylivieskassa ja Kajaanissa. Esitetyksen jälkeen sisällönsuunnittelutyöryhmä pystyi muokkaamaan ja tarkentamaan tiettyjä kysymyksiä. Palautetta tuli myös kokonaisuudessaan esitetaustausprosessista. Esitetaajilla oli merkittävä vaikutus tutkimuskyselyn suunnittelussa, sillä he pystyivät palautteellaan vaikuttamaan niin tutkimuksen suunnitteluun kuin myös toteutukseen. (Alueellinen terveys ja hyvinvointikysely 2012, B.)

Tutkimus on tarkoitus suorittaa tulevaisuudessa vähintään neljän vuoden välein ja laajentaa koko Suomen kattavaksi kyselyksi (Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus 2012, B). Tutkittavien ihmisten määrän on tarkoitus nousta jopa yli 150 000, kun ATH-tutkimus laajenee kansalliseksi vuosina 2012-2014 (ATH –terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2011). Käytössä on sekä paperi että sähköinen kyselylomake. Kyselylomake löytyy THL:n verkkosivuilta. Kyselylomakkeita on olemassa sukupuolittain ja neljällä eri kielellä; suomi, ruotsi, venäjä ja englanti. Kysymykset on jaettu pääluokkiin, joita ovat hyvinvointi, terveys, työ- ja toimintakyky, elintavat ja riskitekijät sekä palvelut. Kysymysten skaala on laaja, kattaen monipuolisesti elämän eri osa-alueet. (Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus 2012, B).

ATH -tutkimusaineistoa hyödynnetään lukuisissa tutkimushankkeissa (ATH -terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2011). Joulukuuhun 2012 mennessä Kajaanin Ammattikorkeakoulusta valmistuu seitsemän ATH -aineistoon pohjautuvaa opinnäytetyötä. Kajaanin Ammattikorkeakoulu on ensimmäinen THL:n kanssa yhteistyötä tekevä ammattikorkeakoulu. Koulume on hakenut, ja sille on myönnetty tutkimuslupa koskien ATH -tutkimuksen aineistoa.

4.2 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä asioita ovat muun muassa aiemmat teorit, hypoteesien esittäminen, aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset ja käsitteiden määrittely. Aineisto tulisi saattaa tilastollisesti käsiteltävään muotoon esimerkiksi taulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Opinnäytetyössä hyödynnämme ATH -tutkimuksesta saatua valmista aineistoa, joka on tilastollisessa muodossa. Relevantin tiedon pohjalta tehdyistä tilastoista saadaan tarkkaa tietoa tutkittavan asian suuruusluokista sekä siihen liittyvien asioiden välisistä riippuvuuksista. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 21). ATH -tutkimuksesta saatu aineisto on hyvin laaja, joten rajaamme meidän opinnäytetyöhön vain ne aineistot, jotka liittyvät aiheeseemme.

Kun käytetään valmiiksi kerättyä aineistoa, on sen oltava tarkoituksen mukaista ja luotettavuuteen on suhtauduttava kriittisesti. Valmiin aineiston käyttö on myös taloudellisesti järkevää. Valmiin aineiston käytössä säästyy aikaa, koska opinnäytetyön tekijän ei tarvitse selvittää jokaista ongelmaa itse. Valmista aineistoa käsiteltäessä on muistettava, että se ei ole välttämättä itsessään valmista tietoa, joka vastaa juuri omaan tutkimusongelmaan. Joskus tietoja voidaan joutua yhdistelemään ja tulkitsemaan omaa opinnäytetyötä hyödyttävällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 186 - 189.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttöä. Tarkastelemme saatavilla olevaa ATH -aineistoa, jonka pohjalle opinnäytetyömme rakentuu.

Tavoitteena on, että tuotetun tiedon avulla Kainuun maakunta- kuntayhtymä voi kehittää tarpeenmukaisia hyvinvointistrategioita. Tällaisia strategioita ovat esimerkiksi erilaiset ennaltaehkäisevät päihdepalvelut, joita voitaisiin toteuttaa myös työterveydenhuollossa. Opinnäytetyön johtopäätösten perusteella työn tilaaja pääsee hyödyntämään saatuja tuloksia haluamallaan tavalla. Opinnäytetyömme teoriapohjan avulla saamme syvennettyä omaa tietouttamme siinä käsiteltävistä asioista. Opinnäytetyötä tehdessämme tutustumme ja syvennymme erilaisiin aineistoihin. Opinnäytetyöprosessin tarkoituksena on kehittää itsenäistä ja vastuullista työtettä ja itseohjautuvuutta.

Opinnäytetyömme tutkimusongelma muodostuu asetettujen tarkoitusten ja tavoitteiden pohjalta. Opinnäytetyömme tutkimusongelmat ovat:

Millaista on yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttö?

Millaista yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttö on verrattuna koko Suomen miesväestöön?

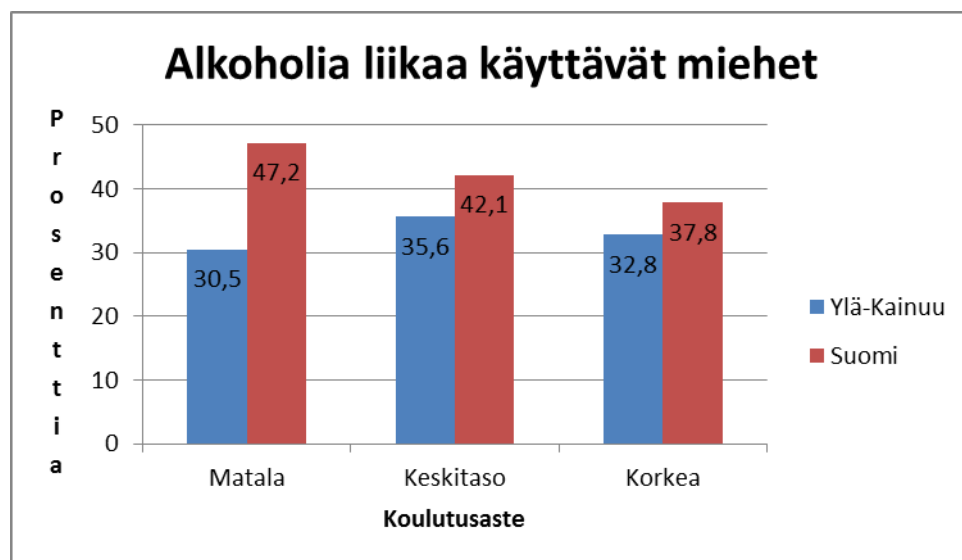
Millaista yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholinkäyttö on verrattuna koko Kainuun korkeakoulutettuun miesväestöön?

6 TULOKSET

6.1 Alkoholia liikaa käyttävät

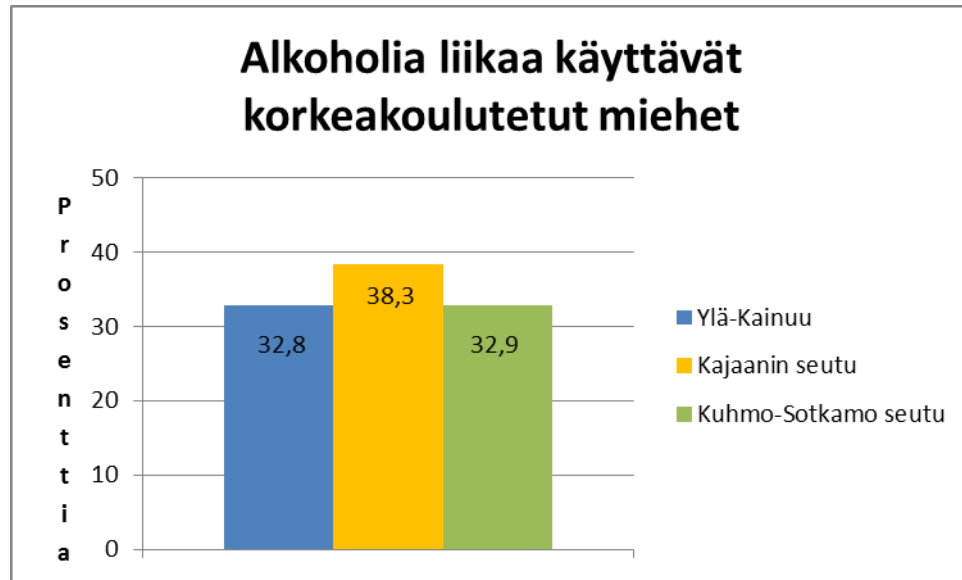
Tutkimustuloksia kuvataan opinnäytetyössä graafisten pylväskuvioiden avulla. Olemme tehneet pylväskuviot käyttäen Microsoft Excel 2010 –ohjelmaa. Internetistä saadut tulokset olemme siirtäneet Excel-taulukoihin selkeästi tulkittavaan muotoon.

Alkoholin liikkäyttöä kuvaavasta taulukosta käy ilmi, että koko Suomessa alkoholia liikäkäyttäviä korkeakoulutettuja miehiä oli 37,8 %. Yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten kohdalla luku oli 32,8 %. Vastanneita yläkainuulaisia korkeakoulutettuja miehiä oli (N=84) (Kuvio 1).



Kuvio 1. Alkoholia liikaa käyttävät Suomessa ja Ylä-Kainuussa.

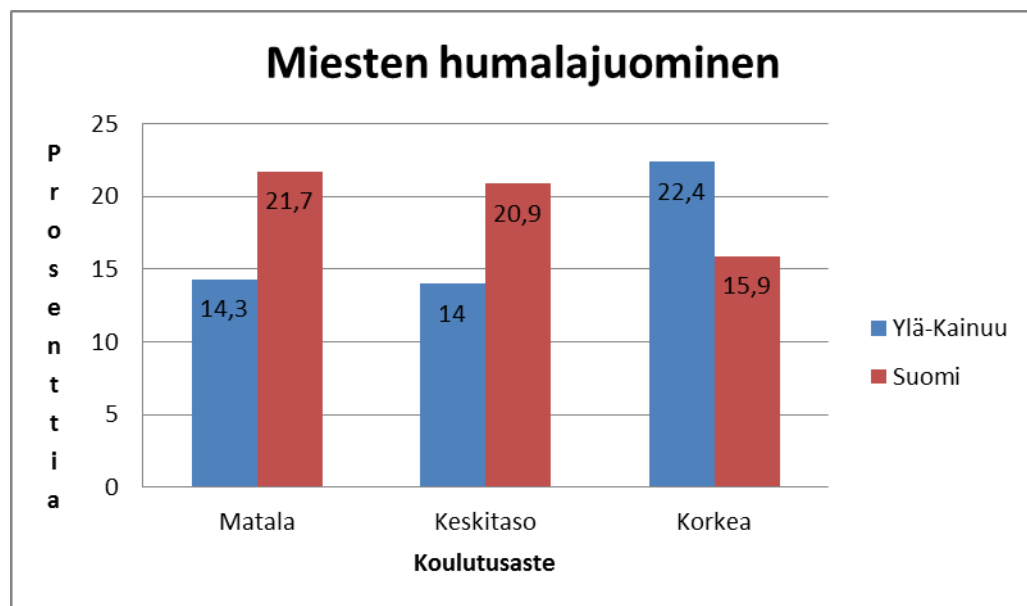
Kajaanin seudulla alkoholia liikaa käyttäviä korkeakoulutettuja miehiä oli 38,3 %. Kuhmo-Sotkamo seudulla alkoholia liikaa käyttäviä korkeakoulutettuja miehiä oli 32,9 %. Ylä-Kainuussa alkoholia liikaa käyttäviä miehiä oli 32,8 %. Vastanneita oli Kaajaanin seudulla (N=147), Kuhmo-Sotkamo seudulla (N=106) ja Ylä-Kainuussa (N=84) (Kuvio 2).



Kuvio 2. Alkoholia liikaa käyttävät korkeakoulutetut miehet Kainuussa.

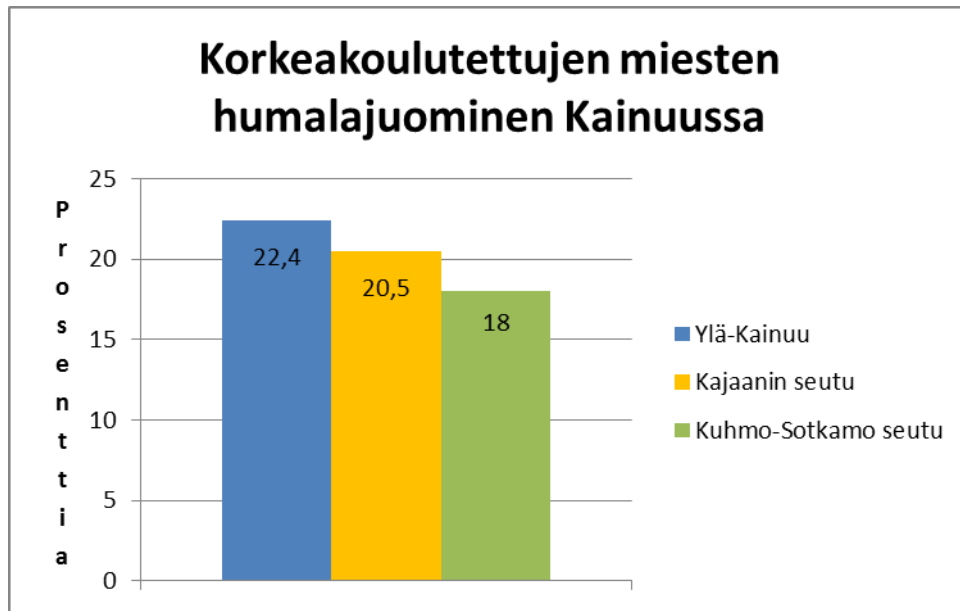
6.2 Humalajuominen

Alkoholia humalahakuisesti käyttäviä korkeakoulutettuja miehiä oli Ylä-Kainuussa tutkimustuloksien mukaan 22,4 %. Suomen osalta vastaava luku oli 15,9 %. Vastanneita yläkainuulaisia korkeakoulutettuja miehiä oli (N=83) (Kuvio 3).



Kuvio 3. Humalajuominen Suomessa ja Ylä-Kainuussa.

Kajaanin seudulla humalahakuisesti juovia korkeakoulutettuja miehiä oli 20,5 %, Kuhmo-Sotkamo seudulla 18 % ja Ylä-Kainuussa 22,4 %. Vastanneita oli Kajaanin seudulla (N=145), Kuhmo-Sotkamo seudulla (N=103) ja Ylä-Kainuussa (N=83) (Kuvio 4).



Kuvio 4. Korkeakoulutettujen miesten humalajuominen Kainuussa.

6.3 Tulosten johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvata Yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttöä. Olemme verranneet yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttöä koko Suomen miesväestöön. Lisäksi vertasimme yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttöä koko Kainuun korkeakoulutettujen miesten alkoholin käyttöön. Saimme tulokset ATH-tutkimuksen internetsivustoilta.

Verrattaessa korkeakoulutettuja miehiä Ylä-Kainuussa ja Suomessa, voidaan tulosten perusteella havaita, että alkoholin liikakäyttöä esiintyy yläkainuulaisilla korkeakoulutetuilla miehillä vähemmän kuin koko Suomen korkeakoulutetuilla miehillä. Liikakäyttöä on tutkittu AUDIT-C-testillä (Liite 1). Koko Suomessa matalasti koulutetuilla miehillä alkoholin liikakäyttöä esiintyy enemmän kuin keskitason tai korkeakoulutuksen käyneillä. Tarkasteltaessa eri koulutustasojen välistä alkoholin liikakäyttöä Ylä-Kainuussa huomataan, että matalasti koulutetuilla miehillä liikakäyttöä on vähiten.

Kainuun seutuja verrattaessa keskenään huomamme, että Kajaanin seudulla korkeakoulutetuilla miehillä esiintyy alkoholin liikakäyttöä enemmän kuin Kuhmo-Sotkamo seudulla ja Ylä-Kainuussa. Liikakäyttö oli vähäisintä Ylä-Kainuussa, jossa luku oli hieman alhaisempi kuin Kuhmo-Sotkamo seudulla.

Ylä-kainuussa korkeakoulutetut miehet käyttävät alkoholia humalahakuisesti enemmän kuin matalammin koulutetut. Yläkainuulaiset korkeakoulutetut miehet käyttävät myös alkoholia humalahakuisesti enemmän kuin koko Suomen miesväestö koulutustasoon katsomatta. Kainuun seutuja verrattaessa keskenään humalajuomisen osalta huomamme, että Ylä-Kainuussa korkeakoulutetut miehet käyttävät eniten alkoholia humalahakuisesti verrattuna Kajaanin ja Kuhmo-Sotkamo seudun korkeakoulutettuihin miehiin. Humalahakuista juomista on tutkittu AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -testillä. (Liite 2)

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme pohdinnassa otamme huomioon luotettavuuteen sekä eettisyyteen liittyviä asioita. Aineisto on kerätty AUDIT- testin avulla, joka mittaa ihmisen alkoholin kulutusta. Testin avulla saadaan selvää, miten usein ja kuinka suuria määriä henkilö käyttää alkoholia. Vastaaminen kyselyyn on ollut vapaaehtoista ja vastanneiden henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Tämä voi vaikuttaa siihen, että testiin vastataan todenmukaisemmin.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen prosessi kaikin puolin. Aineisto on ollut helposti saatavilla ja se on ollut helposti tulkittavissa. Yhteistyö työryhmän kanssa on sujunut saumattomasti. Olemme saaneet ohjaavalta opettajalta hyvin ohjausta opinnäytettä tehdessä. Opinnäytetyöhömmme löysimme aiheeseen liittyvää kirjallisuutta helposti. Alkoholin käyttöä on käsitelty kirjallisuudessa usealta eri näkökannalta, kuten sukupuolten väliset erot.

7.1 Tulosten pohdinta

Pohdittaessa alkoholin liikakäytön esiintyvyyttä Ylä-Kainuussa, tulokseen on mahdollisesti vaikuttaneet useat eri tekijät. Anniskelupaikkojen tarjonta on Ylä-Kainuussa vähäistä, eikä ihmiset tästä johtuen vietä aikaansa ravintoloissa seurustellen ja alkoholia nauttien. Uskomme pitkien välimatkojen myös vaikuttavan siihen, että kotoa ei niin helpolla lähdetä ravintoloihin istumaan työpäivän tai muiden päivärutiinien jälkeen. Vastaavasti kaupunkiseuduilla jokaisessa lähiössä on omat kuppilansa kivenhoiton päässä, joten sinne voidaan helpommin lähteä kavereiden kanssa vaihtamaan päivän kuulumiset, ja samalla nauttimaan annos tai pari alkoholia. Tämä myös näkyy siinä, että Kajaanin seudulla liikakäyttöä esiintyy korkeakouluteuilla miehillä enemmän kuin muualla Kainuussa.

Pohdittaessa yläkainuulaisten korkeakoulutettujen miesten humalajajuomisen yleisyyttä, pohdimme mahdolliseksi syiksi muun muassa sitä, että alkoholinkäyttö ajoittuu viikonlopulle ja alkoholia nautitaan usein kotona, jolloin määrät ovat usein hyvinkin suuria. Harrastemahdol-

lisuudet ovat rajallisia verrattuna suurempiin kaupunkeihin, jolloin humalajuomisesta tulee helposti tapa, kun ei ole paljoa vaihtoehtoisia virikkeitä vapaa-ajalle.

THL:n tekemän Alkoholijuomien kulutus 2011 –tilastoraportin mukaan Kainuussa alkoholin myynti muutettuna 100 prosenttiseksi alkoholiksi oli 9,1 litraa asukasta kohden, kun koko maan vastaava luku oli 8,2 litraa. (Alkoholijuomien kulutus 2011 2012.) Suurempi alkoholin myynti Kainuussa näkyy jollain tapaa myös yläkainuulaisilla miehillä, vaikka alkoholin liika- käyttöä esiintyykin vähemmän Ylä-Kainuussa kuin koko Suomessa.

7.2 Eettisyys

ATH- tutkimuksen aineisto on tilastollista, numeerisessa muodossa olevaa tietoa, joten siitä ei pysty tunnistamaan yksittäistä henkilöä. Pyrimme noudattamaan opinnäytetyötämme tehdessä sen tekemiseen asetettuja eettisiä velvoitteita. Kajaaniin ammattikorkeakoulussa noudatetaan ohjeita, jotka on luotu yleiseen tutkimustoiminnalliseen ohjaukseen. Koska opiskelemme sosiaali- ja terveystieteillä, tutkimuksen eettisyyttä on ohjaamassa lukuisia lakipykäläitä, joiden mukaan meidän tulee toimia. Yksi esimerkki tällaisesta lakipykälästä on laki potilaan asemasta ja oikeuksista 789/1992; 653/200; 411/2001. Kun toimimme annettujen ohjeiden mukaan, työmme on eettisesti validi. (Opinnäytetyön eettiset suositukset. Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2009.)

Tutkimuksen rekisteriselostetta lukiessa käy ilmi, että tutkittavien tietoja säilytetään ja käsitellään luottamuksellisesti salassapitovelvollisuutta ja henkilötietolakia noudattaen. Lisäksi vaitiolovelvollisuus koskee kaikkia tietoja kerääviä ja käsitteleviä henkilöitä. Opinnäytetyön riittävä eettisyys saavutetaan, kun se suoritetaan hyväksi havaittujen tieteellisten käytänteiden mukaisesti. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään esimerkiksi huolellisuuden, rehellisyyden sekä plagioinnin välttämisen. (Hirvonen 2006, 31; Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Tehdessämme tätä opinnäytetyötä olemme työskennelleet avoimin mielin ilman ennakkoluuloja tutkimuksen aiheesta. Olemme pyrkineet ammatilliseen lähestymistapaan, jolloin eettisiä ongelmia ei näin ollen ole päässyt muotoutumaan prosessin edetessä.

Opinnäytetyömme aihetta valitessamme olemme jo tehneet eettisen ratkaisun. Mietittäessä periaatteita tutkimuksen etiikkaan liittyen, nousee esille tutkimuksen hyötynäkökulma, eli mitä hyötyä tutkimuksen tekemisestä on. Uskomme, että tutkimustuloksista saatava tieto antaa uutta ja mielenkiintoista tietoa tutkittavasta asiasta sitä tarvitseville. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Jatkotutkimusaiheena voisi olla tässä tutkimuksessa ilmenneiden tulosten syiden selvittäminen, esimerkiksi mitä syitä on humalahakuisen juomisen taustalla.

7.3 Luotettavuus

Opinnäytetyömme aineiston on kerännyt Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos, joten se on lähtökohtaisesti luotettavaa. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Käyttämämme kirjalliset lähteet ovat 2000 -luvulta ja niissä oleva tieto on paikkaansa pitävää. Tämän lisäksi olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman laajaa ja monipuolista lähdeaineistoa mahdollistaaksemme luotettavimman tiedon keruun. Olemme myös suhtautuneet kriittisesti luettuun informaatioon ja pyrkineet karsimaan epäluotettavalta tuntunutta informaatiota pois opinnäytetyöstämme.

Tulosten luotettavuutta mitattaessa käytetään ilmaisua reliabiliteetti, millä tarkoitetaan saatujen tulosten tarkkuutta. Tutkimuksessa esiin tulleet tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Tilastollisessa tutkimuksessa edellytetään tarpeeksi suurta otosta. Tulokset on kerätty käyttäen AUDIT -lomakkeita, joissa on helposti ymmärrettävät vastausvaihtoehdot. Kyselylomakkeet on lähetetty valituille henkilöille kotiin. Lomakkeiden täyttäminen ei siis ole tapahtunut missään yhteisessä tilaisuudessa eikä lomakkeen täyttäminen ollut sidottuna tiukkoihin aikamääreisiin. (Heikkilä 2008, 16.)

AUDIT on alkoholin riskikäyttöä ja haitallisen alkoholinkäytön preventiota ajatellen kehitetty ja eniten tutkimustukea saanein väline seulontaa varten. Testin on kehittänyt Maailman terveysjärjestö WHO 1980-luvulla. Testin tavoitteena on seuloa ne, joiden alkoholin käyttö on riskissä kohota haitalliselle tasolle ja tällä tavoin estää ongelmien paheneminen. (Karttoitus AUDIT- testillä. Päihdelinkki 2011.) Mielestämme tutkimuksessa on käytetty oikeita mitta-

reita mittaamaan haluttuja asioita, jolloin sisältövaliditeetti on kunnossa. Mittareilla on kyetty mittaamaan juuri niitä asioita, mitä on haluttu tutkia. (Kananen 2010, 130.)

Kysely lähetettiin 3000 yläkainuulaiselle. Alkoholin liikakäyttöön koskeviin kysymyksiin vastasi 84 yläkainuulaista korkeakoulutettua miestä ja humalajuomista koskeviin kysymyksiin vastasi 83 korkeakoulutettua yläkainuulaista miestä. (THL 2010.) Vastanneiden määrä on varsin pieni, jolloin ei saada välttämättä kovinkaan luotettavaa informaatiota tutkittavasta asiasta. Mielestämme kohderyhmä olisi saanut olla laajempi, jolloin vastanneitakin olisi ollut enemmän ja tutkimuksen luotettavuus olisi lisääntynyt. Tutkimukseen vastaamatta jättäneiden takia saatujen tulosten virhemarginaali kasvaa. (Kananen 2010, 101- 102.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää tehty yhteistyö työmme ohjaavan opettajan kanssa. Häneltä olemme saaneet paljon hyviä vinkkejä työn etenemisen aikana. Yhteistyötä muiden opinnäytetyötä ATH- aineiston pohjalta tekevien kanssa on ollut sen verran, mitä yhteisesti kirjoitettuun johdantoon on aikaa käytetty.

7.4 Ammatillinen kehittyminen

Hoitotyön koulutusohjelman mukaiset kompetenssit eli osaamisvaatimukset ovat: hoitotyön asiakkuusosaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen sekä kliininen osaaminen (Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto 2010).

Uskomme, että opinnäytetyöprosessin aikana kehitymme ammatillisesti monessa eri kategoriassa, jos peilataan kehittymistä kompetenssien kautta. Terveyden edistämisen osaaminen ja hoitotyön asiakkuusosaaminen kehittyvät varmasti, koska saamme opinnäytetyömme aikana paljon tietoa alkoholin vaaroista ja haitoista ihmisen terveydelle. Näin ollen tietomme karttuu ja voimme perustella ihmisille alkoholin käyttöön liittyvien valintojen merkityksiä. Mielestämme prosessi antaa meille myös valmiuksia ohjaus ja opetusosaamisen kannalta. On selvää, että voimme opinnäytetyöprosessimme jälkeen ohjata ihmisiä tekemään oikeita valintoja alkoholin käytön suhteen. Myös päätöksenteko-osaamiseen saamme harjaannusta, koska joudumme valikoimaan suureta määrästä asioita ne olennaisimmat, jotka antavat vastauksia juuri meidän opinnäytetyöhön. Pystymme kehittämään hoitotyötä opinnäytetyömme tulosten pohjalta, koska saatu tieto on tuoretta ja validia. (Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto 2010.)

Lasten ja nuortenhoitotyössä voi tavata päihdeongelmaisia vanhempia. Vanhempien alkoholi käyttö vaikuttaa lapseen monin tavoin, ja hoitotyössä ongelmiin on mahdollista vaikuttaa ja puuttua. Alkoholiongelmainen ei välttämättä kykene huolehtimaan lapsestaan joten aikainen puuttuminen on tärkeää lapsen kehityksen ja hyvinvoinnin kannalta. Opinnäytetyön kautta saatua tietoa voimme käyttää hyväksi hoitotyössä.

Mielenterveystyössä päihdeongelmaiset ovat osa jokapäiväistä työtämme. Omien kokemustemme perusteella olemme havainneet, että alkoholi on Kainuussa suuri ongelma. Usein mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toisiinsa sidoksissa. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet paljon tietoa alkoholista ja sen haittavaikutuksista. Lisäksi olemme myös saaneet tietoa millaista alkoholin käyttö on Suomessa. Koska tiedämme alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvistä ongelmista, osaamme varautua niihin ja olla näin ennaltaehkäisemässä mahdollisia haittoja.

8 LÄHTEET

- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Apell, J. 2008. Päähteetön lapsuus ja nuoruus–hyvinvoiva aikuisuus. Kuopion Yliopisto.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki. Hakapaino Oy. 31 - 49.
- Huhtanen, P., Miekkala M., Mustala H. & Mäkelä, P. 2011. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968 - 2008. Helsinki: Unigrafia Oy.
- Huttunen, J. & Mustajoki, P. 2007. Elämä pelissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Mäkelä, P. 1999. Alkoholiin liittyvät kuolemat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo. Helsinki: Yliopistopaino.
- Niskanen, S-L. 2003. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisrakenteet ja johtaminen kunnissa. Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Orjasniemi, T. 2005. Ottaako vai ei. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

SÄHKÖISET LÄHTEET

Alkoholijuomien kulutus 2011 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.10.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus

Alkoholilaki 1143/1994. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 23.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19941143>

Alueellinen terveys ja hyvinvointikysely, A. 2012. Viitattu 22.4.2012.
http://www.terveytemme.fi/ath/analyysit/ATH_2010_aineisto.pdf.

Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus. B. 2012. Viitattu 22.4.2012.
http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/17773_Kaikkonen_Oulu_ATH_esittely_28102009.pdf.

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH 2011. ATH-tutkimuksen tulosraportit. Viitattu 30.5.2012. <http://www.terveytemme.fi/ath/>

Alueellinen terveys- ja hyvinvointi tutkimus (ATH) 2011. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=21845

Aromaa, A., Kiiskinen, U., Natunen, S., Matikainen, K. & Vehko, T. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet -Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.2.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>

ATH- Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2011. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.3.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto 2010. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.1.2012.
http://www.kajak.fi/suomeksi/Opiskelijoille/Opintojen_sisalto/Sairaan_ja_terveydenhoitaja_koulutus/ops2009/sairaanhoitaja

Kainuun kuntien väkiluku 2011. Kainuun maakunta –kuntayhtymä 2012. Viitattu 1.4.2012.
http://www.kainuu.fi/UserFiles/suke/File/TILASTO_kuntien_vakiluku_2011_pylvaat.pdf

Kainuu Terve Kunta –verkoston jäsenenä 2011. Viitattu 1.4.2012.
http://maakunta.kainuu.fi/terve_kunta_verkosto

Kaikkonen, R., Koskinen, S. & Martelin, T. N.d. Kainuun maakunta ja sen väestö. Viitattu 23.3.2012.http://www.kainuu.fi/UserFiles/File/Hyvinvointi/Sosioekonomiset_terveyserot/Luku_2_701196554.pdf

Korkea-asteen koulutuksen saaneet 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.3.2012.<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=newPermalink>

Kuntalaki 365/1995. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 21.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

Mini-interventio 2009. Päihdelinkki. Viitattu 1.4.2012.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>

Opinnäytetyön eettiset suositukset. Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2009. Viitattu 24.3.2012.
<http://www.kajak.fi/?deptid=14653>

Päihdehaittakustannukset 2010 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.10.2012.
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr11_12.pdf

Sosiaalityön sanasto 2003. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 23.3.2012.
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4014/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_sost.pdf

Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa 2008. Annikki Aitoaho. Viitattu 6.11.2012.

http://www.kainuu.fi/UserFiles/File/Hyvinvointi/Sosioekonomiset_terveyserot/8_3_Kainuulaisten_terveyden_edistaminen.pdf

Suomen perustuslaki 731/1999. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 23.3.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Viitattu 31.3.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>

Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Viitattu 01.04.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eb7fb45a-6ee7-44c1-84b0-bd4c420c7062>

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 10.3.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.

LIITTEET

Liite 1

Audit-C

Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

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

Yksi alkoholiannos on
pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä
lasi (12 cl) mietoa viiniä
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

Liite 2

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

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 (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

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

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

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

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

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

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

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

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

- ei (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

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

- ei koskaan (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)