

Hanna Hyyrynen

60–79-VUOTIAIDEN MIELIPITEET ALKOHOLINKÄYTÖSTÄ JA ALKOHOLINEUVONNASTA KOUVOLASSA

Opinnäytetyö
Terveysten edistäminen YAMK

2018



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tekijä	Tutkinto	Aika
Hanna Hyyrynen	Sairaanhoidtaja (YAMK)	Huhtikuu 2018
Opinnäytetyön nimi 60–79-vuotiaiden mielipiteet alkoholinkäytöstä ja alkoholineuvonnasta Kouvolassa		69 sivua 11 liitesivua
Toimeksiantaja Kouvolan kaupunki, Terveyden edistämisen yksikkö		
Ohjaaja Marja-Leena Kauronen		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kouvolalaisten 60–79-vuotiaiden mielipiteitä alkoholinkäytöstä, alkoholinkäytön puheeksiotosta ja heille suunnatusta alkoholineuvonnasta. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan käyttää ikääntyneiden varhaisia palveluja suunniteltaessa ja kehittäessä. Opinnäytetyössä on käytetty teoreettisena viitekehystenä varhaisen puuttumisen mallia ja Allan McNaughtin hyvinvoinnin rakentumisen viitekehystä vuodelta 2011. Tutkimus on kvantitatiivinen ja vastaukset on kerätty paperisella kysymyslomakkeella. Tutkimusaineisto on kerätty Kouvolan alueella syksyllä 2017. Yhteensä tutkimukseen saatiin 84 vastaajaa. Vastaukset on analysoitu SPSS-ohjelmalla. Tulosten perusteella suurin osa vastaajista katsoi alkoholinkäytön kuuluvan lomamatkoille ja viikonloppuihin, ei normaaliin arkipäivään ja piti kohtuullisena alkoholinkäyttönä yhdestä kahteen annosta kerralla ja viikon aikana. Vastaajat käyttivät alkoholia pääasiassa puolison ja ystävien kanssa kotona. Satunnaista humaltumista piti sopivana 24 prosenttia vastaajista. Suurin osa vastaajista koki, että alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu terveydenhuollon ammattilaisten työhön. Alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi vain kolmasosan kanssa heidän asioidessaan terveydenhuollon palveluissa. Vastaajat kokivat helpommaksi puhua toisen ihmisen alkoholinkäytöstä ystävän kuin sukulaisen kanssa. Suurin osa vastaajista koki, että heillä on riittävästi tietoa alkoholin vaikutuksista elämän eri osa-alueille. Parhaiten vastaajilla oli tietoa alkoholin vaikutuksista tapaturma-alttiuteen ja vähiten alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja iän vaikutuksista alkoholin sietokykyyn. Parhaimpina välineinä alkoholiin liittyvän tiedon jakamisessa pidettiin televisiota ja lehtiä. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että suurin osa vastaajista voi sosiaalisesti hyvin, heillä oli läheisiä ihmissuhteita ja harrastuksia. Alkoholinkäytön katsottiin kuuluvan erityistilanteisiin. Alkoholinkäyttö oli suurimmalla osalla pienkäyttöä ja vain harva koki tarvetta vähentää alkoholinkäyttöä. Pääosa vastaajista (78 prosenttia) yrittäisi tarvittaessa vähentää ensisijaisesti läheisten tuella. Riskikäyttäjistä 67 prosenttia yrittäisi vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten avulla ja ammattilaisten voimavaroja kannattaisi suunnata heille.		
Asiasanat ikäntyvä, eläkeläiset, alkoholi, alkoholinkäyttö, terveyden edistäminen, varhainen puuttuminen, alkoholineuvonta, puheeksiotto, mielipiteet, yhteisöllisyys		

Author	Degree	Time
Hanna Hyyrynen	Master's Degree of Health Promotion	April 2018
Thesis title Opinions of people aged 60–79 on alcohol use and alcohol counselling in Kouvola		69 pages 11 pages of appendices
Commissioned by Kouvola unit of Health Promotion		
Supervisor Marja-Leena Kauronen		
<p data-bbox="165 728 288 757">Abstract</p> <p data-bbox="165 790 1445 954">The objective of this thesis was to define the opinions of 60-79 year old people's opinions about alcohol use and alcohol counselling. The aim of this thesis was to produce results that can be utilized when designing the services of early prevention for the elderly people. The theoretical framework of this thesis was the early prevention model and Allan McNaught's definitional framework of wellbeing from the year 2011.</p> <p data-bbox="165 994 1445 1088">This thesis was executed by using a quantitative questionnaire, and the data was gathered in Kouvola region in the fall of 2017. Altogether, 84 people answered the questionnaire. The answers were analyzed with SPSS-program.</p> <p data-bbox="165 1128 1461 1559">According to the results, the majority of the respondents thought that the use of alcohol is acceptable on vacations and at weekends, not on weekdays. The respondents thought that moderate amount of alcohol was one to two portions at a time and per week. The respondents used alcohol mainly with their spouse and friends at their home. In all, 24 percent of the respondents thought it appropriate to become intoxicated occasionally. The majority felt that the discussion of alcohol belongs to the health care professional's duties. The use of alcohol had been in discussion only with a third of respondents when they used the public health services under recent year. The respondents felt it easier to talk about drinking with a friend than with a relative. The majority of the respondents answered that they have enough information about the effects of alcohol use in the different points of their life. The best knowledge the respondents had about the risk of having an accident when using alcohol. Least information they had about consuming alcohol together with medicines and about the fact that alcohol decreases the tolerance of alcohol. According to the answers, the best method to share information about alcohol was television and newspapers.</p> <p data-bbox="165 1599 1461 1823">In conclusion, it can be said that majority of respondents were socially active and they had relationships and hobbies. In their opinion, the use of alcohol is associated with special occasions. The use of alcohol was low among most of the respondents, and only few felt that they needed to reduce their alcohol use. The majority (78 percent) would try to decrease the use of alcohol with the support of family or friends if necessary. On the other hand, 66 percent of risk users would be willing to try to reduce the use of alcohol with the help of social and healthcare professionals, and the resources should be targeted to this group.</p>		
<p data-bbox="165 1841 304 1870">Keywords</p> <p data-bbox="165 1904 1390 1960">aging population, pensioners, alcohol, alcohol use, health promotion, early prevention, alcohol counselling, opinions, sense of community</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	ELÄKEIKÄISTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ.....	8
2.1	Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö.....	8
2.2	Eläkeikäisten alkoholinkäyttötavat.....	11
2.3	Suhtautuminen alkoholinkäyttöön.....	13
3	EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ.....	14
3.1	Ehkäisevän päihdetyön lakiperusta.....	16
3.2	Varhaisen tuen menetelmät ammattilaisille.....	19
3.3	Terveysviestintä.....	21
3.4	Sosiaalinen tuki ja itsehoito.....	23
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
5.1	Menetelmälliset lähtökohdat ja kysymyslomakkeen muotoilu.....	24
5.2	Tutkimusaineiston hankinta.....	26
5.3	Aineiston analysointi.....	32
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	33
6.1	Vastaajien taustatiedot ja alkoholinkäyttötottumukset.....	33
6.2	Eläkeikäisten mielipiteet kohtuullisesta alkoholin käytöstä.....	41
6.3	Eläkeikäisten mielipiteet puheeksiotosta ja neuvonnasta.....	46
7	POHDINTA.....	56
7.1	Tulosten tarkastelu.....	56
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	59
7.3	Tutkimuksen eettiset näkökohdat.....	61
7.4	Johtopäätökset, jatkotutkimusaiheet ja suositukset.....	62
	LÄHTEET.....	64

LIITTEET

- Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset
- Liite 2. Saate tutkimuksia jakaville hoitajille
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Kysymyslomake

1 JOHDANTO

lökkäiden ihmisten alkoholinkäyttö Suomessa on lisääntynyt ja tulevana vuosikymmeninä eläkeikäisten määrä kasvaa. Tästä seuraa, että alkoholia käyttäviä eläkeikäisiä on yhä enemmän. Alkoholinkulutuksen lisääntyessä lisääntyvät myös alkoholihaitat. Ennaltaehkäisy on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta mielekkäämpää kuin haittojen hoito, ja tämän vuoksi eläkeikäisten ehkäisevään päihdetyöhön kannattaa panostaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kouvolan alueen 60–79-vuotiaiden mielipiteitä alkoholinkäytöstä, alkoholinkäytön puheeksi ottamisesta ja heille suunnatusta alkoholineuvonnasta. Tavoitteena on, että tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kaupungin hyvinvointikertomusta tehtäessä ja ikään-tyneiden varhaisia palveluja suunniteltaessa.

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Kouvolan terveyden edistämisen yksiköstä, josta esitettiin toive eri-ikäisten kuntalaisten näkemysten selvittämisestä alueen päihdetilanteesta ja siitä, mitä päihteidenkäyttötilanteelle tulisi tehdä. Rajasin ikäryhmän oman mielenkiinnon ja aiheen ajankohtaisuuden vuoksi perusteella eläkeikäisiin, koska olin työelämässä huomannut eläkeikäisten alkoholinkäytön lisääntymisen ja sen näkymisen terveydenhuollon palveluissa. Simojoen (2016) mukaan yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön ja alkoholihaittojen lisääntyminen sekä palveluntarpeen kasvu on todettu tilastoissa ja aihe on ollut viime aikoina aiempaa enemmän esillä terveydenhuollossa ja julkisessa keskustelussa. Tutkittua tietoa aiheesta on kuitenkin vielä melko vähän. (Simojoki 2016, 403.) Tarkkaa tietoa myöskään eläkeikäisten alkoholihaittojen ja ongelmakäyttäjien määrästä ei saatavilla, koska vain osa alkoholinkäyttäjistä ohjautuu hoidon piiriin ja alkoholiin liittyvät haittatapaukset tulevat kirjatuksi (Vilkko ym. 2010, 142–143).

Kouvolan ikään-tyneiden palveluissa on myös huomattu ikään-tyvien alkoholinkäytön lisääntyminen. Kouvolan mielenterveys- ja päihdeohjelmassa 2015–2018 halutaan kiinnittää huomiota varhaiseen puuttumiseen ja ennaltaehkäisyyn. Samoin Kouvolan kaupunkistrategia vuosille 2014–2020 asettaa yhdeksi päämääräksi asiakaslähtöisen toiminnan, johon sisältyy muun muassa

asukkaiden mielipiteiden kuuleminen, yhteisöllisyys ja ennaltaehkäisyyn panostaminen. (Kouvola 2014, 7; Kouvola 2015a.)

Terveyden ylläpitäminen nähdään kuuluvaksi entistä enemmän yksilön vastuulle. Esimerkiksi Kouvolan hyvinvointikertomuksessa kerrotaan painopisteen ennaltaehkäiseviä palveluita suunniteltaessa olleen asukkaiden tukeminen ottamaan vastuuta hyvinvoinnistaan voimavarojen mukaisesti. Tavoitteeksi oli asetettu, että luodaan mahdollisuuksia edistää sekä omaa että läheisten hyvinvointia. Samalla yhteisöllisyyden merkitystä on korostettu ja on kehitetty uudenlaisia yhteisöllisiä toimintoja ja yhdistysten kanssa on toteutettu tapahtumia asukkaille. Kaupunki on tukenut yhdistyksiä ja järjestöjä ennaltaehkäisevien palveluiden järjestämisessä ja tulevaisuudessa yhdistysten rooli kaupungin matalankynnyksen palvelujen tuottajana on entistä suurempi. (Kouvola 2017, 28, 48, 50.)

Opinnäytetyössä on käytetty teoreettisina malleina alkoholinkäytön varhaisen puuttumisen mallia ja yhteisöllisyyden merkityksen teoreettisena viitekehystenä Allan McNaughtin hyvinvoinnin rakentumisen viitekehystä vuodelta 2011. Mallin mukaan hyvinvointi rakentuu neljän keskeisen alueen, yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Malli korostaa, että yksilön hyvinvointi on riippuvainen sosiaalisista, taloudellisista ja ympäristön tarjoamista voimavaroista. Malli antaa laajan näkökulman hyvinvoinnin rakentumisesta ja sitä voidaan käyttää teoreettisena viitekehystenä tutkimuksissa ja hyvinvoinnin ja terveyden interventioiden suunnittelussa ja kehittämisessä. (La Placa ym. 2013, 116.)

Opinnäytetyön teoriaosaa suunniteltaessa on lähdetty liikkeelle aineistosta hakukoneiden kautta, jotta on saatu selville aikaisemmin tutkittua tietoa ja löydetty tieteellisissä lehdissä julkaistuja artikkeleja ikääntyvien alkoholinkäytöstä. Nämä on koottu liitteeseen 1 ja liitteessä näkyy myös tiedonhankintaan käytetyt hakukoneet ja hakusanat. Teoriaosassa käsitelty tieto on löydetty osittain näissä tutkimuksissa ja artikkeleissa käytettyjen lähteiden pohjalta. Teoriaosassa eläkeikäisellä, ikääntyneellä ja iäkkäällä ihmisellä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita.

Tutkimukseen vastaajien alaikäraja on kuitenkin asetettu kuitenkin 60 vuotta, koska osa tämän ikäisistä on jo eläkkeellä ja eläkeikää lähestyvien mielipiteistä on tärkeää saada tietoa palveluita suunniteltaessa. Tutkimus on kvantitatiivinen kyselytutkimus ja kysymyslomakkeen kysymykset on muodostettu teoriaosan pohjalta.

2 ELÄKEIKÄISTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

2.1 Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö

Ikääntymisen myötä keho on herkempi alkoholin vaikutuksille. Ikääntyessä elimistön toiminta muuttuu, muun muassa elimistön nestepitoisuus pienenee, rasvaprosentti lisääntyy ja aineenvaihdunta hidastuu. Näiden syiden vuoksi sama alkoholimäärä lisää eläkeikäisen veren alkoholipitoisuutta enemmän kuin työikäisellä ja alkoholin vaikutus voimistuu. Ikääntyneen keskushermosto on herkempi alkoholin vaikutuksille, ja ikääntymisen myötä tasapainoasti ja liikkeiden koordinointi heikkenee. Alkoholi myös lisää ortostaattista hypotensiota, joka altistaa kaatumisille. Jo yksikin alkoholiannos lisää kaatumisen ja tapaturman riskiä, ja kolme alkoholiannosta lisää tapaturmariskiä merkittävästi. Alkoholi heikentää myös huomiointi- ja reaktiokykyä. Lisäksi jotkin lääkeaineet ja alkoholi yhdessä voivat voimistaa näitä vaikutuksia. Ikääntymisen ja lisääntyvien sairauksien myötä moni eläkeikäinen vähentääkin alkoholinkäyttöään. (Aira 2012; STM 2006, 4, 6–7; STM 2012b, 5; Vilkkonen ym. 2010, 150.)

Alkoholin liiallisella käytöllä on yhteys moniin sairauksiin. Väestötasolla alkoholin aiheuttamien haittojen määrä kasvaa suhteessa kokonaiskulutukseen. Miehet kuluttavat alkoholia naisia enemmän, ja alkoholi selittää viidenneksen miesten ja naisten kuolleisuuden eroista. Samoin erot alkoholin kulutuksessa selittävät eri sosioekonomisten ryhmien kuolleisuuden eroja. Alkoholistaiheutuvan sairastavuuden ja kuolleisuuden on arvioitu olevan vähiten tienaa-valla kymmenesosalla miehistä 5 – 10-kertaista miesten eniten tienavaan kymmenesosaan verrattuna. Runsaalla alkoholinkäytöllä on yhteys muun muassa neurologisten sairauksien, dementian, psykiatristen sairauksien kuten masennuksen, syöpien, ravitsemushäiriöiden, sydämen rappeutumisen, rytmihäiriöiden, verenpaine-taudin, aivoverenvuotojen, hormonihäiriöiden ja verenpaine-taudin kanssa. (Aira 2012; Huttunen 2015.)

Varsinaisilla alkoholisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, joiden merkittävin tai mahdollisesti ainoa aiheuttaja on alkoholi. Näitä sairauksia ovat alkoholimaksasairaudet, haimatulehdus, alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys ja alkoholipsykoosit. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin käyttö aiheuttaa kognitiivisten taitojen heikentymistä ja muistihäiriöitä. Jos muistihäiriö aiheutuu ainoastaan alkoholinkäytöstä, oireiden eteneminen pysähtyy ja muisti voi osittain palautua, kun alkoholin käyttö lopetetaan. (Aira 2012; Huttunen 2015.)

Turvallisten alkoholin käyttömäärien asettaminen on vaikeaa, koska ikääntyminen ja mahdolliset sairaudet ja lääkehoito vaikuttavat alkoholin sietokykyyn. Joillekin ikääntyville näiden rajojen sisällä pysyvä alkoholinkäyttö voi olla liiallista. Ikääntyminen hidastaa lääkkeiden poistumista elimistöstä ja lääkeaineet voivat säilyä elimistössä pitkään. Tämän vuoksi alkoholin ja lääkkeiden käyttö voi olla haitallista, vaikka niitä ei käytettäisi samaan aikaan. Joitakin lääkkeitä ei saa käyttää yhdessä alkoholin kanssa. Näitä ovat kolmioläkkeet eli pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavat kipu-, uni- ja rauhoittavat lääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet ja osa epilepsialääkkeistä ja antibiooteista. Joidenkin lääkeryhmien, kuten diabetes-, tulehduskipu-, nesteenoisto-, sydän- ja verenpaine-, verenhennus-, eturauhasen liikakasvu- ja potenssilääkkeiden kanssa alkoholia tulisi käyttää vain varoen. Alkoholin käytöstä suositellaan luopumaan kokonaan, jos toimii omaishoitajana tai lastenhoitajana. Samoin autolla ajaessa alkoholia ei pitäisi käyttää lainkaan. (Aira 2012; STM 2012a, 6, 8; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 18.)

Iäkkäiden alkoholinkäytön riskirajat ovat matalammat kuin muulla aikuisväestöllä, vaikka Suomessa ei ole asetettu virallisia suositusrajoja iäkkäiden alkoholinkäytölle. Duodecimin julkaisemassa alkoholiongelmaisen käypä hoito -suosituksessa (2015) on viitattu yhdysvaltalaisiin suosituksiin, joiden mukaan yli 65-vuotiaiden kerta-annos saisi olla enimmillään 3,5 annosta ja 8 annosta viikossa. Sen sijaan STM (2012b, 4) on ehdottanut matalampia rajoja ja asettanut ohjeeksi, ettei 65 vuotta täyttäneen alkoholinkäyttö saisi kerralla ylittää kahta annosta eikä viikoittainen alkoholinkäyttö seitsemää annosta. Yhdellä annoksella tarkoitetaan esimerkiksi yhtä pulloa (33 cl) olutta, siideriä tai lonkeroa, yhtä lasillista viiniä (12 cl) ja yhtä ryyppylasillista (4 cl) viinaa, konjakkia, viskiä, likööriä tai rommia.

Ikääntyneen alkoholin riskikäytöllä taas tarkoitetaan käyttöä, joka ylittää kolme annosta kerralla, keskimäärin yhden annoksen päivässä tai seitsemän annosta viikossa. Riskikäyttöä on myös alkoholinkäyttö, joka heikentää ikääntyneen terveyttä, alkoholin lisäksi käytetään lääkkeitä, joilla on haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa tai ikääntyneellä on aiemmin ilmennyt alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja. Alkoholinkäytön lisääntymisen myötä myös eläkeikäisten alkoholihaitat ja ongelmakäyttö ovat lisääntyneet. Alkoholi aiheuttaa fyysisten ja psyykkisten haittojen lisäksi sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia, jotka kohdistuvat yksilön lisäksi lähipiiriin ja laajemmin yhteiskuntaan. (Vilkko ym. 2010, 143, 148–149; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 8.)

Alkoholin vähäisellä tai kohtuullisella käytöllä on todettu olevan myös positiivisia vaikutuksia, vaikkei alkoholia lääkkeeksi voida suositellakaan. Esimerkiksi sosiaalisen juomisen on todettu olevan vaikuttavaan mielenterveyteen positiivisesti ja kohtuullisen alkoholinkäytön on huomattu olevan yhteydessä terveyden, arkielviytymisen ja sosiaalisen kanssakäymisen kokemuksiin. Tutkimuksissa on todettu myös vähäisen alkoholinkäytön yhteys pienempään sepelvaltimotaudin ja tyyppin 2 diabeteksen riskiin sekä sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen. (Aira & Haarni 2010; Huttunen 2015; Vilkko ym. 2010, 144.)

Syyt ikääntyneiden alkoholin käyttöön ovat yksilöllisiä. Ikääntynyt voi käyttää alkoholia samoin kuin aiemmin, aloittaa käytön vasta iäkkäänä tai aiempi runsas alkoholin käyttö voi alkaa uudelleen elämäntilanteen muuttuessa. Alkoholia runsaasti käyttävä läheinen voi lisätä ikääntyneen alkoholin käyttöä ja alkoholilla voidaan yrittää lievittää omaa ahdistusta tilanteesta. Taustalla voi olla yksinäisyyttä, surua ja alakuloisuutta. Eläkeikäiset, kuten muutkin saattavat kokeilla alkoholia lääkkeeksi erilaisiin vaivoihin, kuten vatsavaivoihin, unettomuuteen, mielialan laskuun tai särkyihin. Alkoholi ei kuitenkaan ole hyvä lääke. Päinvastoin säännöllinen, pitkään jatkuva alkoholinkäyttö voi aiheuttaa muita vaivoja, jolloin ongelmat voivat kasaantua tai alkoholinkäytöstä johtuvia oireita voidaan erehtyä luulemaan ikääntymisestä johtuviksi vaivoiksi. (Simojoki 2016, 405; STM 2006, 8; STM 2012a, 3, 7; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 17.)

2.2 Eläkeikäisten alkoholinkäyttötavat

Suomalaisten kokonaisalkoholikulutuksessa on tapahtunut muutosta parempaan suuntaan. Vuosikymmeniä suomalaisten alkoholinkokonaiskulutus nousi tasaisesti aina viime vuosiin asti. Päihdetilastollisen vuosikirjan (2016) mukaan vuonna 2008 alkoholin kokonaiskulutus ja sen seurauksena alkoholihaitat kääntyivät lievään laskuun. Kuitenkin eläkeikäisten alkoholinkäyttö Suomessa on lisääntynyt. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (EVTK-tutkimuksen) perusteella raittiiden eläkeläisten osuus oli pienentynyt vuodesta 1985 alkaen ja viikoittain alkoholia käyttävien osuus oli lisääntynyt vuodesta 1993. Alkoholin käyttö oli lisääntynyt eniten 65–79-vuotiailla, ja erityisesti miesten alkoholinkäyttö oli lisääntynyt. Yli 80-vuotiailla alkoholinkäyttö oli pysynyt yhtä vähäisenä kuin aiemmin. (Heldánn & Helakorpi 2014, 17–18; Päihdetilastollinen vuosikirja 2016, 19–20, 29.)

Yhteiskunnan muuttuminen on vaikuttanut ikääntyvien alkoholinkäyttötottumuksiin. Ennen sotia syntyneet ikäluokat ovat niin kutsuttuja kuivia sukupolvia, joiden nuoruudessa alkoholia käytettiin vähän ja jotka ovat ikääntyessään käyttäneet alkoholia vähän tai ei lainkaan. Sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat niin kutsuttuja märkiä sukupolvia, jotka ovat eläneet alkoholiin myönteisemmin suhtautuvassa yhteiskunnassa ja jotka myös ikääntyessään käyttävät alkoholia enemmän kuin aiemmat sukupolvet. Tämän vuoksi alkoholinkäyttö ei välttämättä vähene tai raittiiden osuus lisäännä vanhemmissa ikäluokissa samoin kuin tähän asti on käynyt. Toisaalta viime vuosien aikana suomalaisten alkoholinkulutus on laskenut ja asenteet alkoholinkäyttöä kohtaan ovat kiristyneet, joten eläkeikäisten alkoholinkulutukseen ei välttämättä jatka kasvua. (Härkönen & Österberg 2010, 158–160; Mäkelä & Härkönen 117–118; Mäkelä ym. 2010, 43–44.)

Suomalaisten alkoholinkäyttötavoissa ja eri juomalajien kulutuksessa on tapahtunut muutoksia viime vuosikymmenien aikana. Suomessa on aiemmin käytetty pääasiassa kirkasta viinaa ja juomatapa on ollut humalahakuinen. Juominen on aiemmin keskittynyt pääasiassa miesten maailmaan ja kuulunut viikonloppuihin ja juhlapäiviin. Väkevän viinan osuus kulutetusta alkoholista on

kuitenkin laskenut 1970-luvulta lähtien, ja nykyään suurin osa alkoholista juodaan oluen ja mietojen viinien muodossa. Myös siiderin ja long drink -juomien kulutus on noussut 1990-luvulta alkaen. Humalahakuinen juominen on vähentynyt ja alkoholijuomia käytetään humaltumistarkoituksen lisäksi ruoka-, jano-, juhla- ja seurustelujuomana sekä lääkkeenä. (Karlsson ym. 2013, 12; Österberg & Mäkelä 2010, 99–102, 106–109.)

Eliniän pidentyessä eläkkeelle jäämisen jälkeinen aika on pidentynyt merkittävästi, ja eläkeikä voidaan jaotella esimerkiksi aktiiviseen kolmanteen ikään, keskivanhuuteen ja myöhäisvanhuuteen. Alkoholinkäyttö ja siten myös mahdolliset haitat ovat erilaisia eri vaiheissa. Suurimmillaan alkoholinkäyttö on juuri eläkeiän ylittäneillä ja sitä vähän vanhemmilla eläkeläisillä. Iän myötä säännöllinen alkoholinkäyttö ei välttämättä vähene, mutta keskimääräinen alkoholin viikkokulutus näyttää tutkimusten mukaan vähenevän. (Vilkko ym. 2010, 143–146.) Vanhempien ikäryhmien alkoholinkäyttömäärä yhdellä kerralla usein laskee ja on useimmiten pienkäyttöä, ei niinkään suurta kertakäyttöä ja humalahakuista juomista. Tämä koskee molempien sukupuolten, mutta erityisesti naisten alkoholinkäyttöä. (Mäkelä & Härkönen 2010, 120–121.)

Yleisesti ottaen Suomessa miesten ja naisten alkoholinkäyttö on lähentynyt toisiaan, vaikka edelleen miehet kuluttavat alkoholia naisia enemmän. Naisten alkoholinkäyttö, sekä alkoholinkulutuskerrat että kerralla juotu alkoholimäärä, on lisääntynyt. Naisten alkoholinkulutus oli noussut 12 prosentista 26 prosenttiin vuodesta 1968 vuoteen 2008. Naisten alkoholinkulutus on lisääntynyt muuallakin, esimerkiksi Ruotsissa naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana ja naiset juovat useammin ja enemmän kuin aiemmin. Erityisesti ikääntyvien naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Lisääntyneestä kulutuksesta huolimatta Ruotsissa naisten alkoholinkäyttö oli noin 45 prosenttia miesten alkoholinkäytöstä vuonna 2012. (Mäkelä ym. 2010, 49–50; Systembolaget 2015, 2–3; Vilkko ym. 2010, 147.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän aikuisten terveysterveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (ATH-tutkimus) mukaan Kouvolan alueella ikääntyvien alkoholin liikakäyttö on yleisempää kuin maassa keskimäärin. Kouvolaassa alkoholia liikaa käyttävien yli 65-vuotiaiden osuus vuonna 2015 oli 15,3 %, kun

koko Suomessa vastaava osuus oli 12,1 %. Alkoholin käyttöä on tutkimuksessa mitattu AUDIT-C-mittarilla, joka on lyhennetty terveydenhuollossa yleisesti käytössä olevasta AUDIT-testistä. Tutkimuksessa juomisen määriä on selvitetty kysymällä, kuinka usein käyttää alkoholia, kuinka paljon kerralla ja kuinka usein juo runsaasti eli kuusi tai useampia annoksia kerralla. Vastaukset on pisteytetty kysymyksittäin nollassa neljään. Miehillä liikakäytön rajaksi on asetettu yhteispistemäärä kuusi tai enemmän ja naisilla viisi tai enemmän. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016d.)

2.3 Suhtautuminen alkoholinkäyttöön

Alkoholiasenteisiin ja suhtautumiseen alkoholinkäyttöön vaikuttavat omat myönteiset ja kielteiset kokemukset alkoholinkäyttöön liittyen ja niihin liittyvät havainnot muista ihmisistä ja ympäristöstä. Yksilön iällä, sukupuolella, koulutuksella ja sosiaalisella asemalla on vaikutusta siihen, miten yksilö suhtautuu alkoholinkäyttöön ja alkoholipoliittisiin linjauksiin. Mediassa käsitellyt alkoholinkäyttöön liittyvät uutisoinnit vaikuttavat myös suhtautumiseen. (Härkönen & Österberg 2010, 155–156.)

Suomalaisten alkoholikulutuksen lievään laskun lisäksi suhtautuminen alkoholinkäyttöön on lievästi kiristynyt vuoden 2000 jälkeen. Sitä ennen suomalaisten suhtautuminen alkoholinkäyttöön muuttui vuosikymmeniä vapaamielisempään suuntaan. Suomessa on tehty THL:n juomatapatutkimuksia kahdeksan vuoden välein vuodesta 1968, viimeisin tutkimus vuonna 2016. Tutkimuksella selvitetään suomalaisten alkoholinkäyttötapoja ja alkoholiasenteita. Vuonna 2008 alkoholia käyttävistä aikuisista 84 prosenttia ja raittiista 36 prosenttia katsoivat, että kohtuullinen alkoholinkäyttö kuului tavalliseen elämään. Vaikka suomalaisten suhtautuminen kohtuulliseen alkoholinkäyttöön on sallivaa, suuri osa kuitenkin katsoo alkoholinkäytön kuuluvan erikoistilanteisiin, ei tavalliseen arkeen. Vuonna 2008 miehistä 60 prosenttia ja naisista 72 prosenttia katsoi alkoholin käytön kuuluvan erikoistilanteisiin, juhliin ja viikonloppuun ja näissä luvuissa näkyi lievää kiristymistä vuoden 2000 tuloksista. Tutkimukseen vastaajat olivat 15–70-vuotiaita. (Härkönen & Österberg 2010, 159–161; Härkönen 2017, 3.)

Suhtautumisen humalajuomiseen on todettu kiristyvän iän myötä. THL:n juomatapatutkimuksessa vuonna 2008 aihetta oli selvitetty kahden väittämän avulla. Väitteeseen ”humala on vain viaton tapa pitää hauskaa” suhtauduttiin sitä kielteisemmin, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, ja naiset suhtautuivat kielteisemmin kuin miehet. Iäkkäämmät ikäryhmät olivat nuorempia ikäryhmiä jonkin verran useammin samaa mieltä väitteen ”humala tuo esiin ihmisen huonoimmat puolet”. (Härkönen & Österberg 2010, 162–163.)

Suomalaisten asenteet alkoholipolitiikkaa ja käyttörajoituksia kohtaan ovat tiukentuneet ja 1990-luvulta 2010-luvulle tultaessa ja useammat kannattivat tiukempia rajoituksia ja alkoholipolitiikkaa. 1990-luvulla käytössä olevia alkoholirajoituksia ja alkoholipolitiikan tiukennuksia kannatti 55 prosenttia ja 2010-luvulla vastaava luku oli 88 prosenttia. Asennemuutos voi liittyä vuoden 1994 alkoholilakiin, joka salli julkisella paikolla juomisen, jolloin alkoholinkäyttö näkyi enemmän katukuvassa sekä alkoholin veronalennukseen ja tuonnin vapauttamiseen EU-maista vuonna 2004 ja sitä seuranneeseen päihdehaittojen lisääntymiseen (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016, 16; Härkönen & Österberg 2010, 156–158.)

3 EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ

Ehkäisevä päihdetyö on osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä. Ehkäisevään päihdetyöhön sisältyy alkoholi-, huume-, tupakka- ja rahapelihaittojen ennaltaehkäisy ja vähentäminen. (STM 2015, 5.) Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (24.4.2015/523) määrittelee ehkäisevän päihdetyön toiminnaksi, jolla vähennetään päihteiden käyttöä ja päihteiden käytöstä aiheutuvia terveydellisiä, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia haittoja.

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan tässä työssä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016b) määritelmän mukaisesti yksilön tai yhteisön vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä terveyden taustatekijöihin ja sitä kautta terveyden kohentamiseen. Terveyden edistäminen on tavoitteellista toimintaa hyvinvoinnin lisäämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden taustatekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia, rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä, kuten tiedot ja asenteet, palvelujen saatavuus ja toimivuus sekä elin- ja työolot, jotka vaikuttavat terveyteen.

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa työskentelyä, jossa korostuvat eettiset näkökulmat, koska työllä pyritään vaikuttamaan ihmisten elämään ja valintoihin, vaikka tavoitteena onkin ihmisten hyvinvointi ja hyvän elämän toteutuminen mahdollisimman monelle. Terveyttä edistävän työn oikeutusta puoltavat myös sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ennen aikaisten kuolemien vähentyminen, taloudellinen hyöty yhteiskunnalle ja lakisääteinen pohja. Vaikka terveyden edistämässä terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli on merkittävä, nähdään osallistaminen ja yhteisöllisyys myös tärkeinä tekijöinä. Mitä paremmin terveyden edistämisen prosessiin osallistuu ihmisiä ja mahdollisimman monesta sosiaaliryhmästä, sitä vaikuttavampi prosessi on. (Pietilä ym. 2010, 15–16; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 22, 63.)

Terveyden edistämiseen kuuluvat yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan taso. Keskeinen periaate terveyden edistämässä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Yksilölle tarjotaan tietoa ja mahdollisuuksia yksilöä syyllistämättä, mutta yksilö tekee omat terveystalintansa omien arvojensa pohjalta. Yksilön valinnat ovat kuitenkin sidoksissa ympäröivän yhteisön ja yhteiskunnan tarjoamiin mahdollisuuksiin ja vallitseviin arvoihin. Eettisiin periaatteisiin kuuluvat myös oikeudenmukaisuus, voimavarojen vahvistaminen, vastuullisuus ja osallisuus. (Pietilä ym. 2010, 18–19.)

Allan McNaughtin hyvinvoinnin rakentumisen viitekehys vuodelta 2011 korostaa myös hyvinvoinnin ja terveyden rakentumista yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan alueista. Yksilö saa vaikutteita ympäristöstä ja voi tehdä valintoja hyvinvoinnin parantamiseksi ympäristönsä mahdollistamissa rajoissa, mutta yksilön näkökulmaa ei nähdä mallissa keskeisenä tekijänä. Tämän vuoksi hyvinvoinnin ja terveyden interventioiden suunnittelussa tulee huomioida perheen, yhteisön ja yhteiskunnan alueet ja näiden vaikutus yksilöön. (La Placa ym 2013, 117–118.)

Mallissa yksilön hyvinvointi nähdään moniulotteisena ilmiönä, johon sisältyvät esimerkiksi arviot taloudellisesta, fyysisestä, psyykkisestä, henkisestä ja moraalisisesta hyvinvoinnista. Yksilöt pyrkivät aktiivisesti vaikuttamaan hyvinvoinnin rakentumiseen, mutta heihin vaikuttavat ympäröivän yhteiskunnan arvot,

kuten ajatus siitä, millaista elämän kuuluisi olla. Perhe muokkaa yksilöä ja tarjoaa taloudellista turvaa, aseman, tietoa ja välittämistä jäsenilleen. Perheen hyvinvointiin vaikuttavat perheen sisäiset ja sukupolvien väliset ihmissuhteet. Perheen tilanteesta riippuen perhe voi edistää tai vähentää yksilön hyvinvointia. Yhteisöön osallistuminen voi olla fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lähde. Yhteisöihin vaikuttavat yhteisöjen ulkopuoliset yhteiskuntaan liittyvät tekijät ja tapahtumat, jotka voivat vähentää taloudellista pärjäämistä ja turvallisuutta. Rappeutuvilla alueilla perheen, naapuruston ja ystävien merkitys hyvinvoinnin rakentumisessa voi korostua. (La Placa ym 2013, 118–119.)

Terveys voi merkitä monia asioita ja terveys voidaan nähdä fyysisenä, henkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina, ei pelkästään sairauden puuttumisena (THL 2016b). Ikääntyville terveys ja sen menettäminen on merkittävä huolenaihe, sillä ikääntyessä kyky säilyttää terveys nähdään merkittävänä tekijänä itsenäisyyden ja normaalin päivittäisen aktiviteetin mahdollistamisessa. Osa ikääntyvistä näkee terveyden mahdollisuutena osallistua yhteiskuntaan, liikkua itsenäisesti ja tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä olla osa sosiaalista verkostoa. Osa saattaa toivoa pysyvänsä terveenä, jotta näkee lastenlasten kasvavan ja voi olla vaikuttamassa seuraavan sukupolveen. (Goodfellow & Moorley 2007; WHO 2015, 191.) Muun muassa näiden asioiden vuoksi eläkeikäisten terveyden edistäminen on tärkeää.

3.1 Ehkäisevän päihdetyön lakiperusta

Terveyden edistäminen on kuntien lakisääteinen tehtävä ja se perustuu terveydenhuoltolakiin (30.10.2010/1326). Pykälässä 12 sanotaan, että kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista ja toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus. Myös kuntalain (10.4.2015/410) ensimmäinen pykälä ja laki kunta ja palvelurakenneuudistuksesta (9.2.2007/169) kuudes pykälä määrittelevät asukkaiden hyvinvoinnin lisäämisen ja terveyden edistämistyön kunnan tehtäviin. Kunnan merkitys terveyden edistämisessä on merkittävä jatkossakin, koska tulevien sote-uudistusten myötä kunnat eivät enää

vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, mutta terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnille jatkossakin (THL 2016a).

Ehkäisevän päihdetyön järjestämistä ohjaa laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (24.4.2015/523). Ensimmäisen pykälän mukaan julkiset tahot huolehtivat päihteiden käytön aiheuttamien haittojen ehkäisystä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Kolmannen pykälän mukaan ehkäisevän päihdetyön on perustuttava päihteiden käytön ja siitä aiheutuvien haittojen seurantaan, käytävissä olevaan tieteelliseen näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Huomiota tulee kiinnittää myös muille kuin päihteiden käyttäjille aiheutuviin haittoihin. Neljännen pykälän mukaan ehkäisevää päihdetyötä johtaa Sosiaali- ja terveysministeriö ja kehittämisestä ja ohjaamisesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa.

Alueellisesta ohjauksesta, suunnittelusta ja kehittämisestä vastaavat aluehallintovirastot yhdessä muiden viranomaisten ja yhteisöjen kanssa. Aluehallintovirastot myös tukevat kuntia ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa ja kehittämisessä. Lain (24.4.2015/523) mukaan kunta huolehtii ehkäisevän päihdetyön organisoinnista alueellaan ja nimeää ehkäisevä päihdetyön järjestämisestä vastaavan toimielimen, jonka tehtävänä on muun muassa huolehtia kunnan päihdeolojen seurannasta, tiedotuksesta ja päihdehaittojen vähentämiseen koskevan tiedon tarjoamisesta yksilöille ja väestölle. Lain toimeenpanoa helpottamaan on luotu ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma (2015). Ohjelma on tarkoitettu työvälineeksi kunnan ehkäisevän päihdetyön ammattilaisille, alueen järjestötoimijoille ja kansallisen tason toimijoille. (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523, 4§ ja 5§; STM 2015, 5, 19.)

Keskeinen päihdepalveluiden järjestämistä ohjaava laki on päihdehuoltolaki (17.1.1986/41). Kolmannen pykälän mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Ensimmäisen pykälän mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Myös alkoholilain (28.12.2017/1102) tarkoituksena on ensimmäisen pykälän mukaan vähentää alkoholipitoisten aineiden kulutusta ja ehkäistä niiden käytöstä aiheutuvia haittoja käyttäjille, muille

ihmisille ja yhteiskunnalle. Toisessa pykälässä sanotaan, että tämä laki ohjaa alkoholipitoisten aineiden valmistusta, maahantuontia ja -vientiä, myyntiä ja muuta luovutusta, käyttöä, hallussapitoa ja kuljetusta sekä alkoholijuomien mainontaa.

Eläkeikäisen väestön kohdalla palveluiden järjestämistä ohjaa myös niin sanottu vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä (28.12.2012/980). Lain tarkoituksena on ensimmäisen pykälän mukaisesti muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lisäksi lain tarkoitus on vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan.

Yleiseen terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen tähtäävään työhön verrattuna ehkäisevässä päihdetyössä on erityispiirteitä, joita ovat esimerkiksi monialaisuus eli moniammatillisuus ja yhteistoiminta järjestöjen kanssa sekä yhteys päihdepolitiikkaan ja valvontaan. Ehkäisevän päihdetyön tärkeimpänä kohderyhmänä on tähän saakka nähty nuoret ja nuorten päihteidenkäytön ehkäisyyn on kehitetty erilaisia paikallisia ja kansallisia ohjelmia. (Warpenius ym 2015, 56–57, 86, 98–99.) Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Pakka-hanke kohdistui pääasiassa nuoriin. Myös työikäisten ennaltaehkäisevään päihdetyöhön on kiinnitetty huomiota. Sen sijaan eläkeikäisten ehkäisevään päihdetyöhön on aiemmin panostettu vähemmän, mutta alettu kiinnittää huomiota yhä enemmän.

Kouvolassa on toiminut vuodesta 2013 alkaen ehkäisevän päihdetyön osaamistiimi, joka on moniammatillinen työryhmä ja joka vastaa ehkäisevän päihdetyön suunnittelusta ja toteutuksesta kaikille ikäryhmille. Ehkäisevän päihdetyön osaamistiimi raportoi kaupungin ehkäisevän päihdetyön toteutumisesta aluehallintavirastolle. Iäkkäiden varhaisen tuen palveluna Kouvolassa on aloitettu säännölliset toiminnalliset mielenterveys- ja päihderyhmät yli 65-vuotiaille eri puolilla Kouvola. Ohjaus ryhmiin tapahtuu iäkkäiden varhaisen tuen palveluiden ja yhteistyökumppaneiden kautta. Kotihoidossa toimii päihde- ja mielenterveystiimejä, joiden tehtävänä on mielenterveys- ja päihdeongelmien

ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen, hoidon arviointi ja seuranta. (Kouvolala 2015a, 5, 25.)

3.2 Varhaisen tuen menetelmät ammattilaisille

Varhainen puuttuminen alkoholinkäyttöön ja varhaisen tuen menetelmät ehkäisevät usein tarvetta erityispalvelujen käyttöön. Varhaisen tuen kolme keskeisintä menetelmää ammattilaisten käyttöön ovat alkoholin käytön puheeksiotto, mini-interventio eli lyhytneuvonta ja motivoiva haastattelu. (Huohvanainen ym. 2012, 13.)

Ensimmäinen vaihe alkoholin käytöstä keskusteltaessa on aiheen puheeksi ottaminen. Alkoholin käyttöä voi luontevasti ja rutiininomaisesti kysyä muista terveystottumuksista keskusteltaessa, esimerkiksi ruoka- ja juomatottumuksista, tupakoinnista sekä lääkityksistä kysyttäessä. Eläkeikäisen alkoholin käyttöä voi selvittää esimerkiksi vastaanotolla kysymällä, kuinka paljon yleensä käytätte kerralla alkoholia, kuinka usein käytätte alkoholia ja kuinka usein otatte kerralla kolme annosta tai enemmän eli juominen on humalahaikuista. (Öfverström-Anttila & Alho 2011, 10–17.)

Puheeksioton lisäksi kaikille aikuisille tulisi antaa tietoa vähäriskisestä alkoholin käytöstä ja tällöin puhutaan lyhytneuvonnasta eli mini-interventiosta. Siihen sisältyy alkoholin käytön arviointi, palaute, keskustelu ja tarpeen mukaan hoitoonohjaus. Erityisesti eläkeikäisten neuvonnassa yksilölliset tekijät terveydentilassa ja lääkityksessä tulisi ottaa huomioon, koska lääkitykset ja erot terveydentilassa lisääntyvät iän myötä. Lisäksi moni eläkeikäinen ei tunne eläkeikäisten suosituksia riskirajoista eikä edes tiedä käyttävänsä liikaa alkoholia. Sen vuoksi puheeksi ottamiseen on hyvä sisällyttää ohjausta eläkeikäisten riskirajoista. (Öfverström-Anttila & Alho 2011, 17–18.)

Mini-interventio on tutkitusti vaikuttava ja suositeltava menetelmä kaikille aikuisille ja sen on todettu vähentävän myös eläkeikäisten riskikulutusta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa alkoholinkäyttöön puututaan, sitä paremmat tulokset ovat. Tutkimusten mukaan joka kymmenes alkoholin suurkuluttaja vähentää tai lopettaa alkoholinkäytön mini-intervention jälkeen. Toisaalta kolmannes potilaista, joilla ei alkoholiriippuvuutta vähentää kulutusta kohtuukäytön tasolle

muutaman mini-interventiokerran jälkeen. Mini-intervention vaikutus säilyy noin yhdeksästä kuukaudesta kahteen vuoteen ja siksi alkoholinkäyttö olisi hyvä ottaa puheeksi säännöllisin väliajoin. (Duodecim 2015; Simojoki 2016, 406; Strandberg & Simojoki 2017; THL 2016c.) Kuitenkaan alkoholinkäyttöä ei ikääntyvien kanssa oteta aina puheeksi. Airan ja Haarnin (2010) tutkimuksen tulosten mukaan yli 65-vuotiaiden lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotoilla alkoholin käyttö oli otettu puheeksi alle puolella vastaajista. Sen sijaan työikäisinä tehdyissä terveystarkastuksissa osalta asiaa oli kysytty säännöllisesti.

Ikääntyvillä alkoholinkäyttöön saattaa liittyä häpeää ja siksi alkoholinkäytöstä pitäisi keskustella asiallisesti ja moralisoimatta. Elämäntapojen muuttamisessa ja alkoholin käytöstä keskusteltaessa motivoivan haastattelun on todettu olevan hyvä lähestymistapa. Motivoivassa haastattelussa pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan omaa motivaatiota elämäntapamuutokseen ottamalla huomioon potilaan elämäntilanne ja hänen kokemansa alkoholinkäytön hyödyt ja haitat. Potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana, joka tekee itsenäisesti päätökset mahdollisesta muutostarpeesta annetun ohjauksen perusteella. (Aira & Haarni 2010; Järvinen 2014.)

Ohjauksen apuvälineenä voi käyttää erilaisia materiaaleja, esimerkiksi Ote-taan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -esitettä tai yli 65-vuotias arvioi omaa alkoholinkäyttöäsi -alkoholimittaria. Molemmissa STM:n esitteissä kerrotaan ikääntyvien alkoholin käyttöön liittyvistä erityispiirteistä ja niissä on kysymyksiä, joiden avulla omaa alkoholin käyttöä voi arvioida. (STM 2006, STM 2012a, 1; STM 2012b.)

Alkoholinmittarin kanssa yhdessä suositellaan käytettävän yli 65-vuotiaiden voimavaramittaria, joka auttaa katsomaan ikääntyvän elämää ja alkoholinkäyttöä kokonaisvaltaisesti voimavarat huomioiden. Voimavaramittarissa on väittämiä, joiden avulla asiakas arvioi muun muassa elämään tyytyväisyyttä, tulevaisuuden näkymiä, itsearvostusta, terveyttä ja elämäntapoja, ympäristöä sekä ihmissuhteita. Väittämät arvioidaan komiportaisella asteikolla yhdestä kolmeen. Vastausten sijoittuessa kahdesta kolmeen asiakkaan voimavarat ovat pääosin hyvällä tasolla. Voimavaramittarin vastausten perusteella pohjalta keskustelua voidaan suunnata alkoholinkäytöltä suojaaviin tekijöihin ja niiden vahvistamiseen ja ylläpitämiseen tulevaisuudessakin. Tarpeen mukaan

voidaan antaa varhaista tukea eli keskustella, mitkä asiat altistavat alkoholin käytölle ja miten mahdollisesti heikentyneitä voimavaroja voidaan vahvistaa tai puuttuvia voimavaroja tasapainottaa. (Huohvanainen ym. 2012, 7.)

3.3 Terveysviestintä

Henkilökohtaisen terveystietoutta pyritään lisäämään jakamalla tietoa eri medioissa. Terveystiedon jakamisessa media on todettu hyväksi keinoksi jakaa tietoa, ja mediaa voi käyttää myös alkoholitiedouden levittämiseksi. Median avulla terveydenhuoltoalan ammattilaiset voivat julkaista paikkansapitävää ja objektiivista tietoa terveystietoisuudesta ja erilaisista terveyden riskitekijöistä sekä toimia asenteisiin vaikuttajina kohtuullisin kustannuksin. Median kautta on mahdollisuus levittää erilaisia terveystietokampanjoita ja jakaa tietoa esimerkiksi mainosten tai ajankohtaisohjelmien muodossa. Kampanjojen suunnittelussa pitäisi kuitenkin käyttää harkintaa, koska terveyden edistämisen eettisestä näkökulmasta sosiaalinen markkinointi ja terveyden myynti on kyseenalaista. Sen sijaan pitäisi pyrkiä enemmän vaihtoehtojen tarjoamiseen ja ihmisten omien päätösten tukemiseen. (Corcoran 2007, 73–76.)

Median käytössä terveyden edistämiseksi on joitakin rajoituksia. Sen kautta voidaan jakaa suhteellisen yksinkertaista tietoa ja lisätä ihmisten tietämystä ja kiinnostusta terveellisiin elämäntapoihin, mutta sen kautta ei välttämättä saavuteta käyttäytymisen muutosta. Median kautta voidaan vahvistaa tai lisätä terveystietoisuutta heillä, jotka ovat muutenkin vastaanottavaisia terveystietoutta ja ovat noudattaneet suosituksia ainakin osittain. Media saattaa myös vaikuttaa käyttäytymiseen, jos henkilöllä on taloudellisia, aikataulullisia ja taidollisia mahdollisuuksia muuttaa toimintaansa. Vaikka median kautta on mahdollisuus jossain määrin vaikuttaa asenteisiin, sen avulla ei saavuteta muutosta voimakkaiden uskomusten ja asenteiden kohdalla, koska nämä ovat usein syvään juurtuneita. (Corcoran 2007, 80–81.) Jotta terveystietoutta vaikuttaisi ikääntyvien käyttäytymiseen ja asenteisiin, WHO:n (2015, 191) mukaan viestinnän sisältö pitää kohdistua ikääntyviä oleellisesti koskettaviin aiheisiin ja positiivisessa hengessä annettu terveystietoutta on tehokkaampaa, koska osa ikääntyvistä voi välttää negatiivisen tiedon käsittelyä.

Medialla on merkittävä rooli länsimaissa tiedonantajana, viihdyttäjänä, merkitysten luojana ja käyttäytymiseen vaikuttajana. Median kautta saadaan myös vaikutteita huonoihin terveystapoihin, kuten tupakointiin, epäterveelliseen ruokailuun ja alkoholinkäyttöön. Joukkotiedotusvälineiden eli radion, lehtien, esitteiden ja varsinkin television avulla voidaan toisaalta tavoittaa ihmisiä, joita ei perinteisen terveydenhuollon keinoin yleensä tavoiteta. (Corcoran 2007, 73–76.)

Internetistä on ammattilaisten ylläpitämiä sivustoja, joilla on kaikille saatavilla olevaa ja luotettavaa alkoholitietoa. A-klinikkasäätiön ylläpitämä päihdelinkki-sivusto tarjoaa asiantuntijoiden kirjoittamaa tietoa eri-ikäisten päihteiden käytöstä, myös ikääntyvien alkoholinkäytöstä löytyy tietoa. Sivustolla on oma-apuosio päihteidenkäytön vähentämiseksi ja tietoa, mistä saa tarvittaessa tukea sekä mittareita, joiden avulla omaa alkoholinkäyttöä voi arvioida. Yli 65-vuotiaille on oma alkoholimittari, joka huomioi ikääntyvien matalammat riskirajat. Samoin mielenterveystalo.fi-sivustolla on tietoa mielenterveys- ja päihdeasioista eri-ikäisille ja sivustolla on itsearviointiosio ja AUDIT-testi yli 65-vuotiaille. Testi antaa palautteen alkoholin käytön riskitasosta sekä tietoa alkoholiriippuvuudesta ja hoitoon hakeutumisesta. Sivustolla on saatavilla juomisen hallinnan opas. Kouvolan mielenterveys- ja päihdeohjelman mukaan päihdelinkki- ja mielenterveystalo-sivustoja sekä muita sähköisiä palveluja tulisi enemmän hyödyntää asiakastyössä. (A-klinikkasäätiö s.a.; HUS 2018, Kouvola 2015, 25.)

Yksi esimerkki laajemmin yhteiskuntaan levinneestä kampanjasta on tipaton tammikuu, jonka tarkoituksena on auttaa yksilöitä ja yhteisöjä tarkastelemaan omia toimintatapojaan ja tottumuksiaan. Kuukauden aikana voi miettiä omaa alkoholinkäyttöään ja sitä, kuinka helposti tai vaikeasti kuukauden katko alkoholinkäytössä onnistuu. Moni kokee, että tipattoman tammikuun aikana on mahdollista kieltäytyä alkoholista ilman, että sitä tarvitsee erikseen perustella. Toteutuksesta vastaavat yhteistyössä ehkäisevän päihdetyön järjestöverkosto, ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Raha-automaattiyhdistys, Sotilaskotijärjestö ja ehkäisevän päihdetyön politiikkaohjelma. Tipaton.fi-sivustolla on tietoa aiheesta. Kampanja on tarkoitettu pääasiassa alkoholia säännöllisesti käyttäville, mutta vähemmän käyttävätkin voivat kokeilla kuukautta ilman alkoholia.

Kuukauden aikana alkoholitoleranssi pienenee ja elimistö saa levätä alkoholin käytöstä. (Ehyt 2017, Tipaton, 2017.)

3.4 Sosiaalinen tuki ja itsehoito

Yhteisöön kuulumisen merkityksestä ikääntyvien alkoholinkäyttömääriin on saatu viitteitä Päijät-Hämeen Ikihyvä-tutkimuksessa. Siinä todettiin, että he, jotka kokivat yhteisöön kuulumisella olevan suuren tai erittäin suuren merkityksen omalle hyvinvoinnille, käyttivät pienempiä alkoholin kerta-annoksia. Myös voimakkaammalla yhteisöön kuulumisen tunteella oli yhteys pienempään alkoholinkäyttöön, sillä heillä sekä alkoholinkäytön säännöllisyys että käytetyt kerta-annosmäärät olivat pienempiä. (Sulander ym. 2009, 24–25.)

Ikääntyessä sosiaalisten verkostojen määrät pienenevät. Sosiaalinen tuki voi helpottaa käyttäytymisen muutosta esimerkiksi tarjoamalla emotionaalista tukea ja auttamalla hallitsemaan emotionaalista stressiä. Sosiaalinen verkosto voi myös vaarantaa käyttäytymisen muutosta esimerkiksi pitämällä yllä elintapojen pysyvyyttä pikemmin kuin kannustamalla muutokseen. Esimerkiksi toinen puolisoista haluaisi vähentää päihteidenkäyttöä ja toinen jatkaa. Ikääntyneen sosiaalisen tuen määrä on hyvä ottaa huomioon elämäntapamuutoksissa. (WHO 2015, 191.)

Eläkeikäisiä kannustetaan itse ottamaan oma alkoholinkäyttö puheeksi. Otetaan selvää! ja Yli 65-vuotias arvioi alkoholinkäyttöäsi -esitteet kannustavat ikääntyneitä pohtimaan omaa alkoholinkäyttöään ja keskustelemaan alkoholinkäytöstään jonkun luotettavan henkilön kanssa ja erityisesti, jos oma alkoholinkäyttö huolestuttaa. Tällainen henkilö voi olla esimerkiksi ystävä tai asiantuntija, kuten lääkäri, sosiaalityöntekijä tai hoitaja. Alkoholinkäytöstä huolestuneen ei pitäisi jäädä asian kanssa yksin. Otetaan selvää -esitteessä kehoitetaan ottamaan osaa esimerkiksi kuntien, seurakuntien ja järjestöjen toimintaan, jos on käyttänyt alkoholia yksinäisyyteen. Esitteen antaminen saattaa jo madaltaa kynnyistä ja ikääntynyt voi rohkaistua ottamaan aiheen puheeksi. (STM 2006, 13–14; STM 2012b, 7.)

Yli 65-vuotiaisi arvioi alkoholinkäyttöäsi -itsearviointimittarin pilotoititutkimuksen mukaan noin 60 % vastaajista koki, että sopivin ihminen ottamaan alkoholin käyttö puheeksi oli läheinen ihminen, kuten puoliso, lapsi tai ystävä. Itsearviointimittareista voi olla läheisille apua tilanteissa, joissa he ovat huolestuneista iäkkään läheisensä alkoholin käytöstä, mutteivat tiedä, kuinka ottaa asia puheeksi. (Huohvanainen ym. 2012, 7.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Kouvolassa asuvien 60–79-vuotiaiden eläkeikäisten mielipiteitä alkoholinkäytöstä, alkoholinkäytön puheeksiotosta ja saadusta alkoholineuvonnasta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on ikääntyvien mielestä kohtuullista alkoholinkäyttöä?
2. Miten ikääntyvät kokevat alkoholinkäytön puheeksioton?
3. Miten ikääntyvät kokevat alkoholineuvonnan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Menetelmälliset lähtökohdat ja kysymyslomakkeen muotoilu

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ja tarkemmin määrällinen kartoittava tutkimus. Kartoittavan tutkimuksen avulla voidaan tutkia vähän tunnettuja asioita ja etsiä uusia näkökulmia aiheeseen. Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena kyselylomakkeella ja kysymysten muoto on vakioitu. Kysely sopii aineiston keräämisen tavaksi, kun tutkittavia on paljon tai he ovat hajallaan sekä tutkittaessa arkaluontoisia aiheita, kuten terveyskäyttäytymistä. (Vilkka 2007, 20, 28.) Tämän tutkimuksen aihe, alkoholinkäyttö ja siihen liittyvät mielipiteet, on arkaluontoinen ja henkilökohtaiseksi mielletty asia erityisesti vanhemmissa ikäluokissa, joten kyselytutkimus on perusteltu tapa tutkia asiaa. Lisäksi kyselylomakkeella saadaan todennäköisesti luotettavampia vastauksia, kun vastaajia ei voida tunnistaa vastauksista.

Kyselytutkimus on tehty paperisilla kyselylomakkeilla, koska tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvat ovat sen ikäisiä, etteivät kaikki ole tottuneet käyttämään sähköisiä palveluja tai heillä ei ole välineitä siihen. Tämän vuoksi päädyttiin jakamaan paperisia kysymyslomakkeita, jotta kaikilla halukkailla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen eivätkä tulokset vääristy sähköisen menetelmän käytöstä.

Kysymyslomakkeen alkuun on liitetty saatekirje (liite 3). Saatteen perusteella vastaaja tietää, mihin tarkoitukseen hänen tietojaan ja mielipiteitään kerätään ja miten tietoja käytetään. Saadun tiedon perusteella vastaaja voi tehdä päätöksen mahdollisesta tutkimukseen osallistumisesta. Saatteen tarkoitus on motivoida osallistumaan tutkimukseen. Saatteessa tulee olla muun muassa vastaajan puhuttelu, tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, tutkimuksen osapuolet, esimerkiksi oppilaitos ja tutkimustulosten hyödyntäjä, vastaamiseen menevä aika, kysymyslomakkeen palautusohje, tieto vastaajan henkilösuojan turvaamisesta ja tutkimusaineiston hävittämisestä tai lain mukaisesta säilyttämisestä, tutkimuksen tekijän yhteystiedot sekä kiitokset vastaajalle. (Vilka 2007, 81.)

Kysymyslomake (liite 4) on muodostettu teoriaosuuden pohjalta, ja se on viisisivuinen. Kysymyslomakkeen alkuun ensimmäiselle sivulle on sijoitettu helpohkoja kysymyksiä, joihin on nopea vastata. Ensimmäisellä sivulla kysytään, tunteeko vastaaja alkoholinkäytön terveydelliset riskirajat 65 täyttäneille, mikä on omasta mielestä kohtuullista alkoholinkäyttöä, onko alkoholinkäyttö otettu puheeksi terveydenhuollossa, onko käytössä säännöllisiä lääkkeitä ja onko lääkkeiden ja alkoholin yhteensopivuudesta kerrottu.

Toisella ja kolmannella sivulla kartoitetaan vastaajan mielipiteitä alkoholinkäytön liittyen. Kysymyksiä on alkoholinkäytön puheeksiotosta terveydenhuollossa ja omassa lähipiirissä, alkoholiin liittyvistä tiedon tarpeista, alkoholitiedon jakamisen välineistä. Lisäksi kysytään, missä tilanteissa ja minkä syiden vuoksi alkoholia voi käyttää. Sosiaalisiin suhteisiin ja osallistumiseen liittyviä asioita selvitetään kysymällä mielipiteitä ihmissuhteista ja harrastuksista.

Mielipideväittämien jälkeen kysymyslomakkeen neljännellä sivulla kysytään vastaajien taustatietoja, ikää, sukupuolta, asuinpaikkaa, ammattiasemaa, eläkkeellä oloa, siviilisäätyä ja asumistapaa. Myös tupakointia on kysytty taustatiedoissa. Näihin kysymyksiin on nopea ja helppo vastata. Viimeiseksi on sijoitettu arkaluontoisempia kysymyksiä ja viidennellä sivulla kysytään vastaajan omia alkoholinkäyttötottumuksia: kokeeko vastaaja tarvetta vähentää omaa alkoholinkäyttöä, miten hän arvioi omat voimavarat onnistumisessa ja kenen tuella tarvittaessa yrittäisi vähentää?

Kysymyslomakkeella on kolmen tyyppisiä kysymyksiä. Osa kysymyslomakkeen kysymyksistä, kuten taustatiedot, omat alkoholinkäyttötottumukset ja kokemukset puheeksi otosta, on suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä ja oikea vastausvaihtoehto valitaan valmiista vastausvaihtoehdoista rengastamalla. Osa strukturoiduista kysymyksistä on dikotomisia kysymyksiä, joissa on kaksi vastausvaihtoehtoa ja osa monivalintakysymyksiä. Osassa monivalintakysymyksistä voi valita useamman vaihtoehdon ja tämä on kerrottu kysymyksen yhteydessä. Kaksi kysymyksistä on sekamuotoisia eli valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi on tilaa avoimelle vastaukselle, jos valmiissa vastausvaihtoehdossa ei ole sopivaa vaihtoehtoa. (Heikkilä 2008, 50–52.)

Mielipiteitä on kartoitettu väittämien avulla. Vastausten järjestysasteikkona on käytetty viisiportaista Likertin asteikkoa. Likertin järjestysasteikko on paljon käytetty asteikko erityisesti mielipiteiden mittaamisessa (Vilkka 2007, 46).

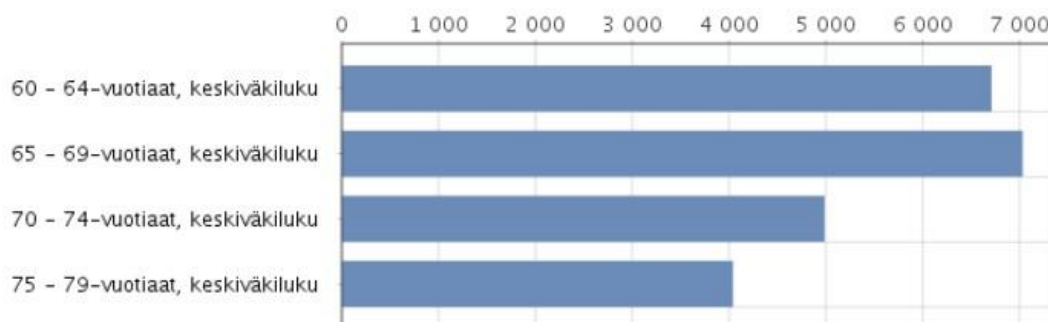
Kysymyslomake testattiin viidellä kohdejoukkoon kuuluvalla kouvolaalaisella. Vastaamiseen kului aikaa neljästä kahdeksaan minuuttia, keskimäärin kuitenkin noin viisi minuuttia. Palautteen perusteella kysymyslomaketta muokattiin ja siihen lisättiin muutama kysymys. Muokkaamisen jälkeen kysymyslomaketta testattiin vielä kahdella kohdejoukkoon kuuluvalla kouvolaalaisella, ja vastausaika pysyi samana.

5.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimuksen perusjoukko on kouvolaalaiset 60–79-vuotiaat. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään juuri eläkeikään tulevien ja jo tulleiden ja sitä hieman van-

hempien eläkeikäisten mielipiteitä, koska eläkeikäisten alkoholinkäyttö on yleisintä näissä ikäluokissa. Heillä alkoholinkäytön pysyminen kohtuukäytössä tai liikkakäytön vähentäminen on merkityksellistä terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Tutkimukseen osallistujien alaikärajaksi määritettiin 60 vuotta ensinnäkin sen vuoksi, että eläkeikäisten alkoholinkäyttösuosituksista ja iän vaikutuksista alkoholinkäyttöön on hyvä saada tietoa jo ennen eläkkeelle jäämistä. Toiseksi osa tämän ikäisistä on jäänyt eläkkeelle ja ehkäiseviä palveluja suunniteltaessa on eduksi saada tietoa eläkeikään tulevien mielipiteistä ja asenteista. Tutkimusten mukaan Yli 80-vuotilailla alkoholinkäyttö alkaa vähentyä, ja tämän vuoksi yläikärajaksi asetettiin 79 vuotta.

Kouvolan on maantieteellisesti laaja kaupunki. Nykyinen Kouvola on syntynyt kuntaliitoksen myötä 1.1.2009, kun alueen kuusi aiempaa kuntaa Kouvolan kaupunki, Valkealan kunta, Kuusankosken kaupunki, Valkealan kunta, Anjalankosken kaupunki ja Jaalan kunta yhdistyivät kaupungiksi ja ottivat käyttöön nimen Kouvola. Tämän vuoksi Kouvola on monta eri asukaskeittymää. (Kouvola 2015b.) Kouvola oli 31.12.2016 asukkaita 85 306, joista 65 vuotta täyttäneitä 25,6 prosenttia. 65 vuotta täyttäneistä miehiä oli 22,6 prosenttia ja naisia 28,5 prosenttia. Kuvassa 1 on esitetty 60–79-vuotiaiden määrä viisivuotisryhmittäin (Sotkanet 2018).



Kuva 1. Kouvolaalaisten 60–79-vuotiaiden keskiluku (Sotkanet 2018)

Alun perin tavoitteena oli saada vastaajia Kouvolan eri asuinalueilta, koska alueet poikkeavat toisistaan jonkin verran esimerkiksi asumistiheyden ja asukkaiden ammattitaustan suhteen. Toiveena oli, että vastaajia olisi saatu niin, että tuloksista olisi voitu tehdä yleisesti päätelmiä kouvolaalaisten eläkeikäisten näkemyksistä alkoholin käyttöä ja alkoholineuvontaa kohtaan ja saatu selville, onko eri alueilla asuvien näkemyksissä eroja. Tavoitteena oli saada vähintään

100 osallistujaa, jotta vastauksista saisi tehtyä tilastollista tulkintaa. Heikkilän (2008, 45) mukaan otoskoon tulisi olla vähintään 100, jos kohderyhmä on suppea ja tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla. Jos perusjoukossa on ryhmiä, joiden välillä tehdään vertailuja, jokaisessa ryhmässä tulisi olla vähintään 30 tilastoyksikköä ja otoskoon vähintään 200–300.

Vastaajien saaminen tutkimukseen osoittautui melko haasteelliseksi. Lähetin keväällä 2017 sähköviestejä useampaan alueen eläkeikäisten yhdistykseen, mutten saanut viesteihin vastausta. Seuraavaksi lähetin sähköpostiviestit terveysasemien osastonhoitajalle ja Ikäaseman palveluohjaajalle. Kävin myös toimitila Etapissa keskustelemassa mahdollisuudesta jakaa kysymyslomakkeita siellä.

Keräsin aineistoa useassa kohteessa, koska jo ennalta oli odotettavissa, että vastaajia olisi vaikea saada. Tämä on yleinen ongelma tutkimuksissa ja vastausprosentit jäävät helposti mataliksi. Aiheen ja ikäryhmän vuoksi oli odotettavissa vielä normaalia matalampi osallistumisprosentti.

Tutkimuslomakkeiden jakopaikoiksi sovittiin siis Ikäasema, toimitila Etappi sekä Keltakankaan, Valkealan ja Kouvolan terveysasemat. Ikäasema on kaupungin ylläpitämä iäkkäiden ihmisten avoin kohtaauspaikka Kouvolan keskustassa Hansa-keskuksessa ja se on avoinna arkipäiviin. Siellä voi käydä tapaa- massa ikäisiään ja osallistua ohjattuihin toimintatuokioihin sekä ohjaus- ja neuvontatilaisuuksiin. Kuukauden ohjelma on nähtävillä etukäteen kaupungin nettisivuilla ja paikan päällä. Paikalla on palveluohjaaja kertomassa ikäihmisten palveluista ja terveydenhoitajan toimitilat. Tiloissa toimii myös kaupungin ylläpitämä ja avoin kuntosali yli 65-vuotiaille. (Ikäasema 2017.) Ikäaseman asiakkaat ovat suurelta osin jo iäkkäämpiä eläkeläisiä, mutta osa on kohdejoukkoon kuuluvia eli alle 80-vuotiaita.

Toimitila Etappi on toimitila alueen eri järjestöille Kuusankosken keskustan tuntumassa. Toimitila on avoinna arkisin ja sen toiminta on avointa kaikille, pääosa kävijöistä on kuitenkin iäkkäitä ja toiminta on suunnattu heille. Etapissa on ohjelmaa viikon jokaiselle päivälle, toimintatuokioita ja neuvontaa ja ohjausta. Tilassa on kyläpaikka-nimistä avointa toimintaa arkipäivisin ja sinne voi mennä tapaamaan ihmisiä, käymään kahvilla ja tiistaisin tarjolla on

edullinen ruoka. Tilassa pitävät yhdistys- ja jäsenkokouksiaan alueen eri järjestöt iltaisin ja he myös järjestävät toimintaansa liittyvää ohjelmaa etapissa päivisin. (Toimitila Etappi 2017.)

Kouvolan kaupungissa toimii seitsemän terveysasemaa ja tutkimuslomakkeita jaettiin näistä kolmella, Kouvolan, Keltakankaan ja Valkealan terveysasemilla. Nämä terveysasemat valikoituivat vastaanottopalvelujen osastonhoitajan arvon perusteella, niin että tutkimuslomakkeiden jako sopi terveysasemien sen hetkiseen toimintaan. Kouvolan keskustassa toimiva terveysasema on kaupungin terveysasemista suurin ja käyntimäärät suurempia kuin muualla. Sen toiminta on yksityistetty Attendo terveyspalvelut Oy:lle. Muut terveysasemat ovat pienempiä, ja ne toimivat Kouvolan kaupungin itse tuottamana palveluna.

Tutkimuslupia haettiin yhteensä kolme kappaletta. Kesäkuussa 2017 haettiin tutkimuslupa Kouvolan Ikäasemalle Kouvolan ikääntyneiden varhaisten palvelujen palvelupäälliköltä. Elokuussa 2017 haettiin kaupungin terveysasemille avoterveydenhuollon ylilääkäriltä, kun ensin oli keskusteltu kysymyslomakkeen jakamisesta terveysasemilla ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa. Elokuussa 2017 haettiin tutkimuslupaa myös Kouvolan terveysaseman yksityistettyyn toimintaan Attendon Kouvolan terveysaseman ylilääkäriltä. Kouvolan terveysaseman vastaavan hoitajan kanssa oli myös jo aiemmin keskusteltu tutkimuksen jakamisesta terveysasemalla.

Terveysasemien vastaavia hoitajia informoitiin tutkimuksesta etukäteen sähköpostilla. Terveysasemien vastaavat hoitajat välittivät sähköpostin eteenpäin kaikille kysymyslomakkeita jakaville hoitajille. Tutkimuksia jakaville hoitajille oli sähköpostin liitteenä saatekirje, jonka tavoitteena oli motivoida hoitajia lomakkeen jakamiseen. Siinä kerrottiin tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja tavoitteista tarkemmin ja kannustettiin lomakkeen jakamiseen asiakkaille (liite 2). Asioista keskusteltiin ja tietoja tarkennettiin vielä kysymyslomakkeita ja vastauslaatikkoja vietäessä terveysasemien vastaaville hoitajille. Myös hyvinvointiaseman palveluohjaajaa informoitiin etukäteen tulevasta tutkimuksesta ja sovittiin aikataulusta. Ikäaseman terveydenhoitajaa informoitiin tutkimuksesta tarkemmin tutkimuslomakkeita ja vastauslaatikkoja vietäessä.

Kysymyslomakkeiden jako alkoi ensin toimitila Etapissa Kuusankoskella. Opinnäytetyön tekijä kävi kertomassa tutkimuksesta ja sen merkityksestä Etapissa perjantaina 22.9.2017 ennen päivän ohjelman alkua, kun ihmisiä oli jo tullut paikalle. Sen jälkeen tutkimuslomakkeet jätettiin vastattaviksi vastauslaatikon viereen. Tutkimuslomakkeiden vieressä pöydällä oli kyltti, jossa luki: *Hei kouvolaalainen 60–79-vuotias! Ole hyvä ja osallistu tutkimukseen.* Opinnäytetyön tekijä kävi kerran viikon aikana järjestämässä tutkimuslomakenippua ja katsomassa, että kyniä on jäljellä tarpeeksi. Vastauslaatikko ja ylimääräiset lomakkeet sekä kyltti haettiin pois perjantaina 29.9.2017. Toimitila Etapistä saadun tiedon mukaan tilassa oli ollut viikon aikana arviolta noin 250 kävijää, kun sekä päiväaikaiseen toimintaan että illalla pidettyihin yhdistysten tapaamisiin osallistuneet huomioitiin.

Ikäasemalla tutkimuslomakkeita alettiin jakaa maanantaina 2.10., jolloin opinnäytetyön tekijä kävi kertomassa tutkimuksesta ennen tuolijumpan alkua. Tuolijumppaan osallistuneet olivat kaikki yli 80-vuotiaita, joten he eivät voineet osallistua tutkimukseen. Osa heistä antoikin palautetta, ettei olisi pitänyt olla yläikärajaa tutkimukseen osallistumiselle, kun suuri osa Ikäasemalla kävijöistä on yli 80-vuotiaita. Yksi vastauslaatikko, kysymyslomakkeita ja edellä mainittu kyltti meneillään olevasta tutkimuksesta jätettiin Ikäaseman pöydälle. Toiset samanlaiset vietiin Ikäaseman kuntosalille, jonne on sisäänkäynti viereisestä ovesta Hansa-keskuksessa. Kävin myös siellä meneillään olevasta tutkimuksesta, mutta osa kuntosalilla kävijöistä oli yli 80-vuotiaita. Yksi ikäryhmään kuuluva rouva otti lomakkeen ja arvioi kysymysten olevan järkeviä ja aikovansa osallistua tutkimukseen.

Kävin viikon päästä maanantaina viemässä lisää tutkimuslomakkeita Ikäasemalle. Tällöin selvisi, että kuntosalin vastauslaatikkoon oli tullut vastauksia, mutta Ikäaseman puolelle ei yhtään. Sen vuoksi Ikäaseman laatikko vietiin jo pois. Samalla opinnäytetyöntekijä mainosti taas meneillään olevaa tutkimusta kuntosalilla, mutta kaikki silloin paikalla olleet olivat yli 80-vuotiaita eikä tutkimus siis koskettanut heitä. Tutkimuksia jaettiin kahden viikon ajan ja kuntosalin vastauslaatikko noudettiin perjantaina 13.10.2017. Ikäasemalta saadun tiedon mukaan vuonna 2016 Ikäasemalla oli 27 222 käyntiä eli noin 127 käyntiä päivässä ja viikossa keskimäärin noin 600 kävijää. Kuntosalilla oli ollut syyskuun 2017 aikana 490 käyntiä.

Kaikilla terveysasemilla kysymyslomakkeita alettiin jakaa maanantaina 2.10.2017. Terveysasemien odotustiloissa oli vastauslaatikon ja kysymyslomakkeiden vieressä pöytäkylltti meneillään olevasta tutkimuksesta, jos joku asiakkaista halusi odotusaikana vastata kyselyyn. Keltakankaalla ja Valkealassa vastauslaatikoita oli yksi ja Kouvolassa vastauslaatikoita ja kysymyslomakkeita oli kahdessa paikassa, koska odotustiloja on kahdessa kerroksessa. Terveysasemien vastaanotoilla työskentelevät sairaanhoitajat antoivat vuosikontrolleissa ja seurantakäynneillä käyneille 60–79-vuotiaille tutkimuslomakkeen, jonka halukkaat saivat ottaa vastaan, täyttää käynnin jälkeen ja palauttaa vastauslaatikkoon. Akuuttiajoilla käyneet asiakkaat oli rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Valkealan terveysasemalla vastaanotossa työskentelevät olivat jo ilmoittautumisen yhteydessä kertoneet meneillään olevasta tutkimuksesta, jotta tutkimus huomattiin ja vastaajia saatiin paremmin odotusaikana. Valkealassa ja Keltakankaalla kysymyslomakkeita jaettiin kahden viikon ajan ja jakaminen lopetettiin perjantaina 13.10. Kouvolan terveysasemalla kysymyslomakkeita jaettiin lähes kolmen viikon ajan ja vastauslaatikko ja loput kysymyslomakkeet haettiin 19.10.

Vastauksia saatiin seuraavasti, toimitila Etapista 9 kappaletta ja kaksi lähes tyhjää lomaketta, jotka hylättiin, Ikäasemalta 19 kappaletta, Kouvolan terveysasemalta 20 kappaletta, Valkealan terveysasemalta 16 kappaletta, Keltakankaalta 9 kappaletta ja kotihoidosta hoitaja otti sähköpostitse yhteyttä asiakkaan pyynnöstä ja lähetti osoitteen saatuaan yhden kysymyslomakkeen opinäytetyöntekijän työpaikalle eli yhteensä 73 kappaletta.

Koska tutkimukseen oli vaikea saada osallistujia, lisääaineiston saamiseksi tein täydentävän aineistonkeruun joulukuussa 2017 ja tammikuun ensimmäisellä viikolla 2018. Täydentävä aineistonkeruu toteutettiin niin, että kaksi Kouvolassa asuvaa tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvaa ja vielä osittain työelämässä olevaa henkilöä otti lomakkeita jaettavaksi omilla työpaikoillaan ja harrastustoiminnassa. Nämä henkilöt asuivat Kuusankoskella ja Kouvolassa. Tutkija ei siis tavannut tutkimukseen osallistujia eikä saanut heidän henkilöllisyyttään tietoonsa. Täydentävän aineistonkeruun kautta tuli 11 vastauslomaketta. Tutkimusaineiston määräksi jäi siis 84 osallistujaa.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Ensin paperisten kysymyslomakkeiden tiedot siirrettiin sähköiseen muotoon SPSS-ohjelmalle. Tämän jälkeen tarkistettiin, tapahtuiko aineiston tallentamisessa näppäinvirheitä. Virheelliset kohdat tarkistettiin paperisista lomakkeista ja korjattiin.

Aineisto analysoitiin käyttämällä suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Suora jakauma tarkoittaa yksiulotteista frekvenssijakaumaa, jolla kuvataan yhden muuttujan ominaisuuksia havainnollistaen ja tietoa tiivistäen. Koska kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään aineiston yleistämiseen, frekvenssi eli kappalemäärällä ei riitä, vaan tarvitaan muuttujan arvojen suhteellinen osuus vastaajista. Tämän vuoksi taulukoissa esitetään suhteelliset osuudet prosentittaulukoina. Taulukossa esitetään myös luku, josta prosentit lasketaan eli kysymyksen vastausten lukumäärä. Tätä kappaleiden lukumäärää merkitään lyhenteellä n tai N . (Kananen 2011, 74–75.) Tässä työssä käytetään n -merkkiä vastaajien kokonaismäärästä ja muuttujan eri luokkien osamäärästä.

Kvantitatiivisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asioiden välisistä riippuvuussuhteista ja kahden muuttujan välistä riippuvuutta voidaan tarkastella ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnin esittämisessä käytetään osaryhmien kappalemääriä, kokonaishavaintoyksikköä ja suhteellisia osuuksia eli prosentiosuuksia. Ristiintaulukoinnin lisäksi riippuvuuden määrää ja laatua voidaan selvittää erilaisilla tilastollisilla tunnusluvuilla. (Kananen 2011, 77–79.) Tutkimuksen pienen otoskoon vuoksi tilastollisia tunnuslukuja ei laskettu.

Mielipideväittämiä kohdalla laskettiin Likertin asteikon vastausten keskiarvo ja jokaisen kysymyksen vastaajien lukumäärä. Pääosa kuvista ja taulukoista on tehty SPSS-ohjelmalla. Vastaajien taustatiedot ja alkoholinkäyttötottumukset kappaleen taulukot 1–3 sekä taulukko 16, jossa esitetään vastaajien alkoholikäytön riskirajojen tunteminen sekä lääkitykseen ja alkoholinkäyttöön liittyvät tiedot on tehty Wordilla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaaajien taustatiedot ja alkoholinkäyttötottumukset

Tutkimukseen vastaajien suurin ikäryhmä oli 60–69-vuotiaat, heitä oli yhteensä 48 henkilöä eli 58,5 prosenttia. 60–64-vuotiaita osallistujia oli 25 henkilöä eli 30,5 prosenttia, 65–70-vuotiaita 23 henkilöä eli 28,0 prosenttia, 70–74-vuotiaita 18 henkilöä eli 22,0 prosenttia ja 75–79-vuotiaita 14 henkilöä eli 17,1 prosenttia vastaajista. Tutkimukseen oli vastannut myös kaksi 80–84-vuotiasta ja heidän vastauksensa otettiin mukaan aineistoon, koska kysymyslomakkeet oli hyvin täytettyjä. Toinen yli 80-vuotiasta oli kirjoittanut lomakkeeseen, että yli kahdeksankymmentä vuotiailla on myös mielipiteitä kysymyslomakkeen asioihin. Alustavan vastausten analysoinnin jälkeen vastaajien ikäryhmät luokiteltiin uudestaan ja kaksi vanhinta ikäluokkaa yhdistettiin. Tuloksissa näkyy jatkossa vanhimpana ikäryhmänä 75–84 vuotta. Kysymykseen vastanneita oli yhteensä 82. (Taulukko 1).

Suurin osa vastaajista oli naisia, sillä heitä oli 59 henkilöä eli 72,0 prosenttia vastaajista. Miehiä oli 23 henkilöä eli 20,5 prosenttia vastaajista. Vastauksia tähän kysymykseen oli yhteensä 82. (Taulukko 1).

Kysymyslomakkeella kysymyksen *Mikä on asuinalueenne?* vastausvaihtoehdot oli määritetty Kouvolan kaupungin sivuilla esitettyjen asuinalueiden perusteella. Vaihtoehdot olivat Kouvola, Valkeala, Kuusankoski, Myllykoski-Keltakangas, Anjala-Inkeroinen ja Elimäki sekä avoin kohta muu; mikä? Avoimeen kohtaan vastasi kaksi vastaajaa ja saatujen vastausten perusteella asuinalueet luokiteltiin uudestaan. Vastaajista 40 eli 48,2 prosenttia oli Kouvolasta. Valkealasta vastaajia oli 17 eli 20,5 prosenttia, Kuusankoskelta 15 eli 18,1 prosenttia, Myllykosken, Keltakankaan ja Ummeljoen alueelta 6 eli 7,2 prosenttia, Anjalan, Inkeroinen ja Sippolan alueelta vastaajia oli 4 eli 4,8 prosenttia ja Elimäen alueelta 1 eli 1,2 prosenttia. Yhteensä vastaajia oli 83. (Taulukko 1).

Suurin osa vastaajista, 68 vastaajaa eli 85 prosenttia, asui taajamassa. 12 vastaajaa eli 15 prosenttia vastaajista asui haja-asutusalueella. Vastaajia kysymykseen oli yhteensä 80. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Muuttuja	Lukumäärä (n)	Prosentti- osuus (%)
Vastaajien ikä		
60–64 vuotta	25	30,5
65–69 vuotta	23	28,0
70–74 vuotta	18	22,0
75–79 vuotta	14	17,1
80–84 vuotta	2	2,4
<u>Yhteensä</u>	<u>82</u>	<u>100,0</u>
Vastaajien sukupuoli		
Nainen	59	72,0
Mies	23	28,0
<u>Yhteensä</u>	<u>82</u>	<u>100,0</u>
Vastaajien asuinalue		
Kouvola	40	48,2
Valkeala	17	20,5
Kuusankoski	15	18,1
Myllykoski-Keltakangas- Ummeljoki	6	7,2
Anjala-Inkeroinen-Sippola	4	4,8
Elimäki	1	1,2
<u>Yhteensä</u>	<u>83</u>	<u>100,0</u>
Asuinalueen tyyppi		
Taajama	68	85,0
Haja-asutusalue	12	15,0
<u>Yhteensä</u>	<u>80</u>	<u>100,0</u>

Suurin osa, 66 henkilöä eli 79,5 prosenttia vastaajista, oli eläkkeellä. Ei vielä eläkkeelle jääneitä oli 17 henkilöä eli 20,5 prosenttia. Vastauksia saatiin yhteensä 83 kappaletta. (Taulukko 2).

Vastaajista suurimmalla osalla asema työelämässä oli tai oli ollut työntekijä, sillä heitä oli 37 eli 46,8 prosenttia vastaajista. Alempia toimihenkilöitä oli 18 eli 22,8 prosenttia vastaajista, ylempiä toimihenkilöitä 16 eli 20,3 prosenttia vastaajista, yksityisyrittäjiä 4 eli 5,1 prosenttia vastaajista, maanviljelijöitä oli 2 eli 2,5 prosenttia vastaajista. Vastaajista 2 eli 2,5 prosenttia ei ole ollut työssä kodin ulkopuolella. Yhteensä kysymykseen tuli 79 vastausta. (Taulukko 2).

Suurin osa vastaajista 57,3 prosenttia (n = 47) oli avio- tai avoliitossa. Leskiä oli 20,7 prosenttia (n = 17), eronneita tai asumuserossa olevia 12,2 prosenttia (n = 10) ja naimattomia 9,8 prosenttia (n = 8). Yhteensä vastauksia kysymykseen saatiin 82. Suurin osa vastaajista 53,7 prosenttia (n = 44) myös asui yhdessä avio tai avopuolison kanssa, yksinasuvia oli 33 eli 40,2 prosenttia. Muiden henkilöiden kanssa asuvia oli 3,7 prosenttia (n = 3) ja muiden henkilöiden

sekä avo- tai aviopuolison kanssa asuvia 2,4 prosenttia (n = 2). Tähän kysymykseen saatiin myös yhteensä 82 vastausta. (Taulukko 2).

Valtaosa vastaajista, 90,4 prosenttia (n = 75) ei tupakoinut ja tupakoivia oli 9,6 prosenttia (n = 8). Yhteensä vastauksia saatiin 83. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien sosioekonomiset taustatiedot

Muuttuja	Lukumäärä (n)	Prosentti-osuus (%)
Eläkkeellä olevat		
Kyllä	66	79,5
Ei	17	20,5
<u>Yhteensä</u>	<u>83</u>	<u>100,0</u>
Asema työelämässä		
Työntekijä	37	46,8
Alempi toimihenkilö	18	22,8
Ylempi toimihenkilö	16	20,3
Yksityisyrittäjä	4	5,1
Maanviljelijä	2	2,5
Ei ole ollut työssä kodin ulkopuolella	2	2,5
<u>Yhteensä</u>	<u>79</u>	<u>100,0</u>
Siviilisäätty		
Avio- tai avoliitto	47	57,3
Leski	17	20,7
Asumuserossa tai eronnut	10	12,2
Naimaton	8	9,8
<u>Yhteensä</u>	<u>82</u>	<u>100,0</u>
Asumismuoto		
Kahdestaan avio/avopuolison kanssa	44	53,7
Yksin	33	40,2
Muiden henkilöiden kanssa	3	3,7
Muiden henkilöiden ja avo/aviopuolison kanssa	2	2,4
<u>Yhteensä</u>	<u>82</u>	<u>100,0</u>
Tupakointi		
Kyllä	8	9,6
Ei	75	90,4
<u>Yhteensä</u>	<u>83</u>	<u>100,0</u>

Viimeisen vuoden aikana alkoholia käyttäneitä oli 72,6 prosenttia (n = 61) ja alkoholia käyttämättömiä 27,4 prosenttia (n = 23). Yhteensä vastauksia kysymykseen saatiin 84. Keskimääräiset alkoholiannokset yhdellä kerralla oli 75,0 prosentilla (n = 48) yhdestä kahteen annosta, 17,2 prosentilla (n = 11) kolmesta neljään annosta ja 7,0 prosentilla (n = 5) yli viisi annosta. Yhteensä vastauksia kysymykseen oli 64. (Taulukko 3).

Viikon aikana käytettyjen alkoholiannosten määrä oli 57,8 prosentilla (n = 37) nollasta kahteen annosta, 28,1 prosentilla (n = 28) kolmesta viiteen annosta, 4,7 prosentilla (n = 3) kuudesta seitsemään annosta ja 9,4 prosentilla (n = 6) kahdeksan annosta tai enemmän. Yhteensä vastauksia kysymykseen oli 64. (Taulukko 3).

Alkoholinkäytön vähentämistä ei ollut harkinnut 92,3 prosenttia (n = 60) ja oli harkinnut 7,7 prosenttia (n = 5). Yhteensä vastauksia oli 65. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Vastaajien alkoholinkäyttöön liittyvät taustatiedot.

Muuttuja	Lukumäärä (n)	Prosentti- osuus (%)
Alkoholinkäyttö viimeisen 12 kk aikana		
Kyllä	61	72,6
Ei	23	27,4
<u>Yhteensä</u>	<u>84</u>	<u>100,0</u>
Keskimääräiset alkoholiannokset yhdellä kerralla		
Yksi annos	27	42,2
Kaksi annosta	21	32,8
Kolme annosta	10	15,6
Neljä annosta	1	1,6
Viisi annosta tai enemmän	5	7,8
<u>Yhteensä</u>	<u>64</u>	<u>100,0</u>
Keskimääräiset alkoholiannokset viikossa		
0–2 annosta	37	57,8
3–5 annosta	18	28,1
6–7 annosta	3	4,7
8 annosta tai enemmän	6	9,4
<u>Yhteensä</u>	<u>64</u>	<u>100,0</u>
Alkoholinkäytön vähentämistä harkinneet		
Kyllä	5	7,7
Ei	60	92,3
<u>Yhteensä</u>	<u>65</u>	<u>100</u>

Viimeisen vuoden aikana alkoholia oli käyttänyt 60–64-vuotiaista 92,0 prosenttia (n = 23) ja 65–69-vuotiaista 91,3 prosenttia (n = 21). 70–74-vuotiaista alkoholia oli käyttänyt 55,6 prosenttia (n = 10) ja 75–79-vuotiaista 35,7 prosenttia (n = 5). 80–84-vuotiaista vastaajista toinen oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Vastauksia kysymykseen oli yhteensä 82. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Alkoholinkäyttö viimeisen vuoden aikana ikäryhmittäin (n = 82)

			Oletteko käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana?		Yhteensä
			en	kyllä	
Minkä ikäinen olette?	60-64 vuotta	Lukumäärä	2	23	25
		% vastanneista	8,0%	92,0%	100,0%
	65-69 vuotta	Lukumäärä	2	21	23
		% vastanneista	8,7%	91,3%	100,0%
	70-74 vuotta	Lukumäärä	8	10	18
		% vastanneista	44,4%	55,6%	100,0%
	75-79 vuotta	Lukumäärä	9	5	14
		% vastanneista	64,3%	35,7%	100,0%
	80-84 vuotta	Lukumäärä	1	1	2
		% vastanneista	50,0%	50,0%	100,0%
	Yhteensä	Lukumäärä	22	60	82
		% vastanneista	26,8%	73,2%	100,0%

Vastajaat käyttivät alkoholia pääasiassa kotona, sillä 69,8 prosenttia (n = 44) vastasi käyttävänsä alkoholia pääasiassa kotona. 28,6 prosenttia vastasi (n = 18) käyttävänsä alkoholia pääasiassa kyläillessä ja ravintolassa 17,5 prosenttia (n = 11). Kysymykseen vastasi 63 vastaajaa. Kysymys oli esitetty muodossa: *Missä pääasiassa käytätte alkoholia?* Osa vastaajista oli valinnut useamman vaihtoehdon ja kaikki vastaukset otettiin mukaan analysointiin. Yhteensä vastauksia oli 73 ja kokonaisvastausprosentiksi muodostui sen vuoksi 115,9 prosenttia. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Pääasiallinen alkoholikäyttöpaikka

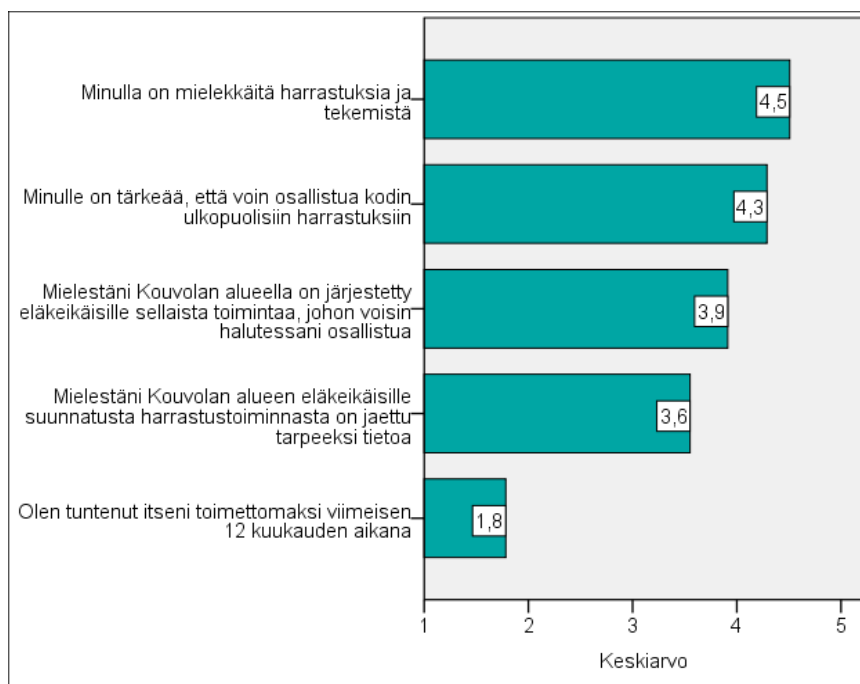
	Vastauksia	% vastanneista (n=63)
	N	
Kotona	44	69,8%
Kyläillessä	18	28,6%
Ravintolassa	11	17,5%
Yhteensä	73	115,9%

Vastaajista 51,6 prosenttia (n = 33) käytti alkoholia pääasiassa ystävien kanssa ja 45,3 prosenttia (n = 29) vastaajista yhdessä puolison kanssa. Pääasiassa yksin alkoholia käytti 18,8 prosenttia (n = 12) ja muun perheenjäsenen kanssa 10,9 prosenttia (n = 7). Tähän kysymykseen vastasi yhteensä 64 vastaajaa ja osa oli valinnut useamman vastausvaihtoehdon ja vastauksia oli yhteensä 81. Samoin kuin edellisessä kysymyksessä kaikki vastaukset otettiin huomioon analysoinnissa ja vastausten kokonaismääräksi muodostui 126,6 prosenttia. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Pääasiallinen alkoholinkäyttöseura

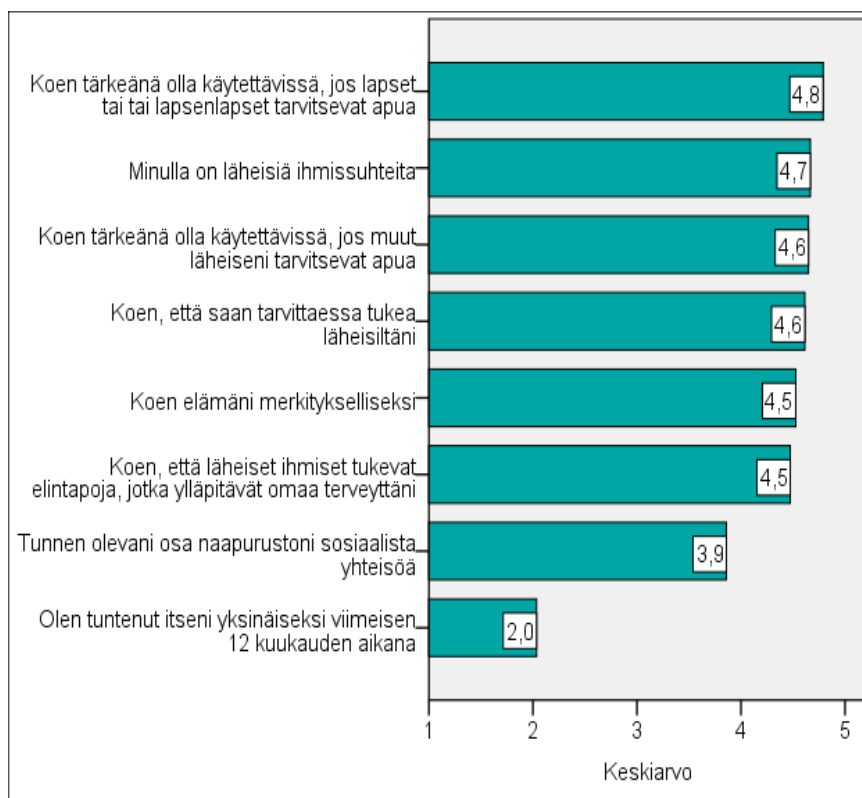
	Vastauksia	%
	N	vastanneista (n=64)
Ystävien kanssa	33	51,6%
Puolison kanssa	29	45,3%
Yksin	12	18,8%
Muun perheenjäsenen kanssa	7	10,9%
Yhteensä	81	126,6%

Mielipiteitä harrastustoiminnasta oli kartoitettu mielipideväittämillä. Kaikissa mielipideväittämässä vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikolla 1–5, jossa 1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä. Väittämän *Minulla on mielekkäitä harrastuksia ja tekemistä* vastausten keskiarvo oli 4,5 (vastausten lukumäärä eli n = 76). Väittämän *Minulle on tärkeää, että voin osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin* keskiarvo oli 4,3 (n = 75). Väittämän *Mielestäni Kouvolan alueella on järjestetty eläkeikäisille sellaista toimintaa, johon voisin halutessani osallistua* vastausten keskiarvo oli 3,9 (n = 73). Väittämän *Mielestäni Kouvolan alueen eläkeläisille suunnatusta harrastustoiminnasta on jaettu tarpeeksi tietoa* vastausten keskiarvo oli 3,6 (n = 72). Väittämän *Olen tuntenut itseni toimeksi viimeisen 12 kuukauden aikana* vastausten keskiarvo oli 1,8 (n = 71). (Kuva 2).



Kuva 2. Harrastuksiin liittyvät mielipiteet (1 = täysin eri mieltä; 2 = osittain eri mieltä; 3 = ei samaa eikä eri mieltä; 4 = osittain samaa mieltä; 5 = täysin samaa mieltä).

Mielipiteitä ihmissuhteista oli kartoitettu mielipideväittämillä. Väittämän *Koen tärkeänä olla käytettävissä, jos lapset tai lapsenlapset tarvitsevat apua* vastausten keskiarvo oli 4,8 (n = 63). Väittämän *Minulla on läheisiä ihmissuhteita* vastausten keskiarvo oli 4,7 (n = 75). Vastausten keskiarvo väittämään *Koen tärkeänä olla käytettävissä, jos muut läheiseni tarvitsevat apua* oli 4,6 (n = 73). Väittämän *Koen, että saan tukea läheisiltäni* vastausten keskiarvo oli 4,6 (n = 75). Väittämän *Koen elämäni merkitykselliseksi* vastausten keskiarvo oli 4,5 (n = 73). Väittämän *Koen, että läheiset ihmiset tukevat elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveyttäni* vastausten keskiarvo oli 4,5 (n = 71). Väittämän *Tunnen olevani osa naapurustoni sosiaalista yhteisöä* vastausten keskiarvo oli 3,9 (n = 73). Väittämän *Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana* vastausten keskiarvoksi muodostui 2,0 (n = 72). (Kuva 3).



Kuva 3. Ihmissuhteisiin liittyvät mielipiteet (1 = täysin eri mieltä; 2 = osittain eri mieltä; 3 = ei samaa eikä eri mieltä; 4 = osittain samaa mieltä; 5 = täysin samaa mieltä).

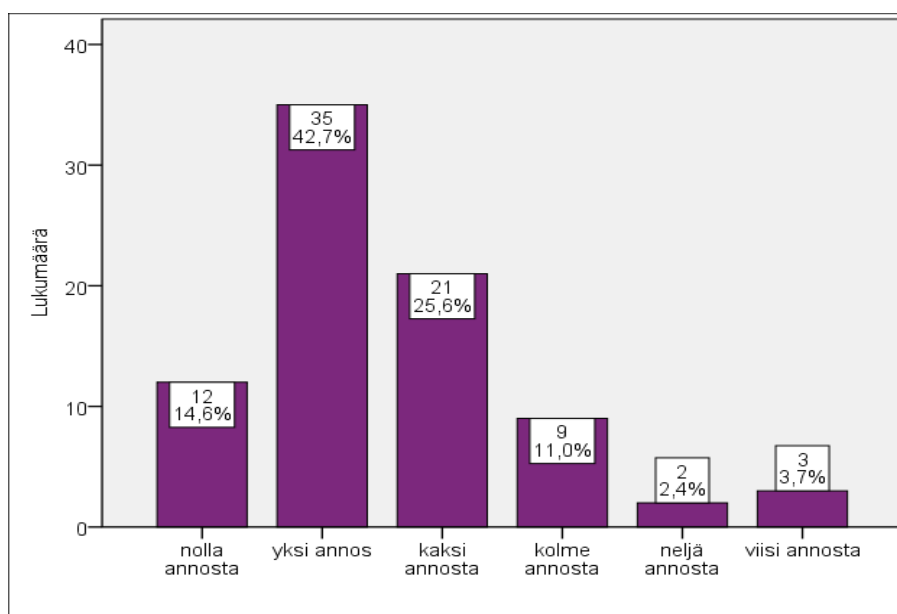
Vastausten perusteella läheisten ihmissuhteiden ja elämän merkityksellisyyden kokemuksen välillä on selkeä yhteys. Heistä, jotka olivat täysin samaa mieltä siitä, että heillä on läheisiä ihmissuhteita 80,0 prosenttia (n = 44) olivat täysin samaa mieltä väittämästä, koen elämäni merkitykselliseksi. (Taulukko 7).

Taulukko 7. Läheisten ihmissuhteiden ja elämän merkitykselliseksi kokemisen välinen yhteys

			Koen elämäni merkitykselliseksi					Yhteensä
			täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
Minulla on läheisiä ihmissuhteita	täysin eri mieltä	Lukumäärä	0	1	0	0	0	1
		% vastanneista	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	osittain eri mieltä	Lukumäärä	0	0	2	0	0	2
		% vastanneista	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	ei samaa eikä eri mieltä	Lukumäärä	0	0	1	2	0	3
		% vastanneista	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
jonkin verran samaa mieltä	Lukumäärä	0	0	2	7	2	11	
	% vastanneista	0,0%	0,0%	18,2%	63,6%	18,2%	100,0%	
täysin samaa mieltä	Lukumäärä	1	0	1	9	44	55	
	% vastanneista	1,8%	0,0%	1,8%	16,4%	80,0%	100,0%	
Yhteensä	Lukumäärä	1	1	6	18	46	72	
	% vastanneista	1,4%	1,4%	8,3%	25,0%	63,9%	100,0%	

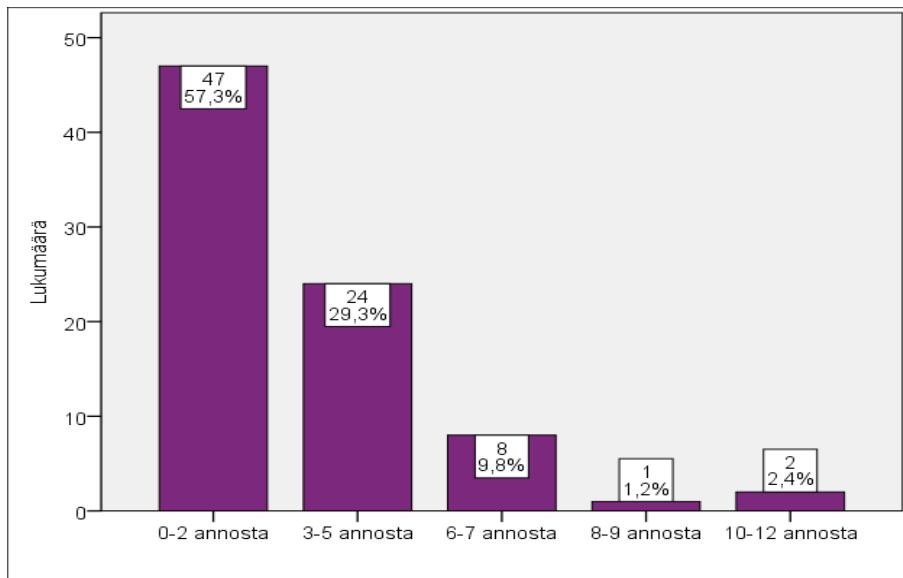
6.2 Eläkeikäisten mielipiteet kohtuullisesta alkoholinkäytöstä

Kohtuullista alkoholinkäyttöä oli suurimman osan mielestä yksi annos, sillä 42,7 prosenttia ($n = 35$) mielestä kohtuullinen alkoholiannos yhdellä kerralla oli yksi annos. Kaksi annosta oli kohtuullista kertakäyttöä 25,6 prosentin mielestä ($n = 21$), kolme annosta 11,0 prosentin ($n = 9$), neljä annosta 2,4 prosentin ($n = 2$) ja viisi annosta 3,7 prosentin ($n = 3$) mielestä. 14,6 prosenttia vastaajista ($n = 12$) katsoi, että kohtuullista alkoholinkäyttöä oli nolla annosta eli ei yhtään annosta. (Kuva 4).



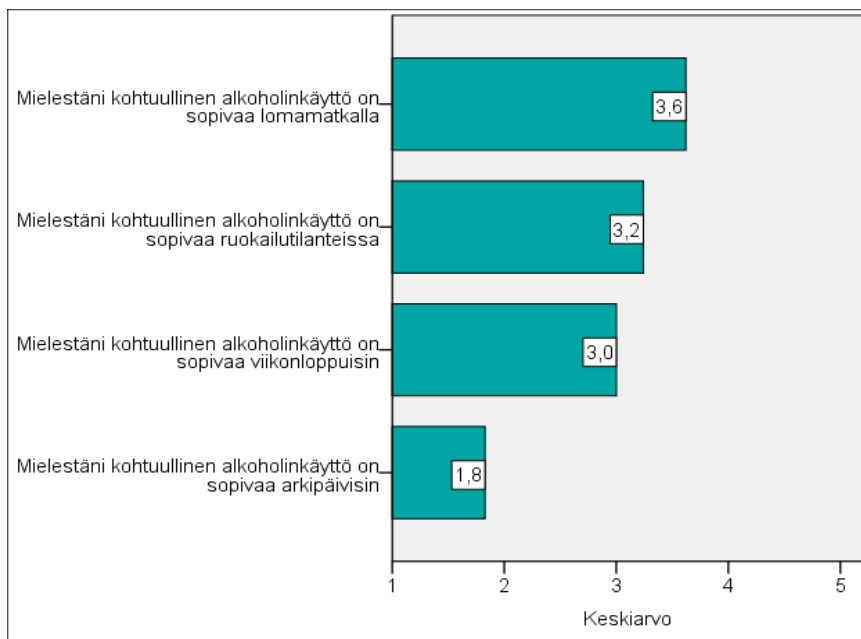
Kuva 4. Vastaajien mielipiteet kohtuullisesta alkoholinkäytöstä yhdellä kerralla ($n = 82$)

Nollasta kahteen annosta viikossa mielsi kohtuulliseksi alkoholinkäytöksi 57,3 prosenttia ($n = 47$), kolmesta viiteen annosta 29,3 prosenttia ($n = 24$), kuudesta seitsemään annosta 9,8 prosenttia ($n = 8$), kahdeksasta yhdeksään annosta 1,2 prosenttia ($n = 1$) ja kymmenestä kahteentoista annosta 2,4 prosenttia ($n = 2$) (kuva 5).



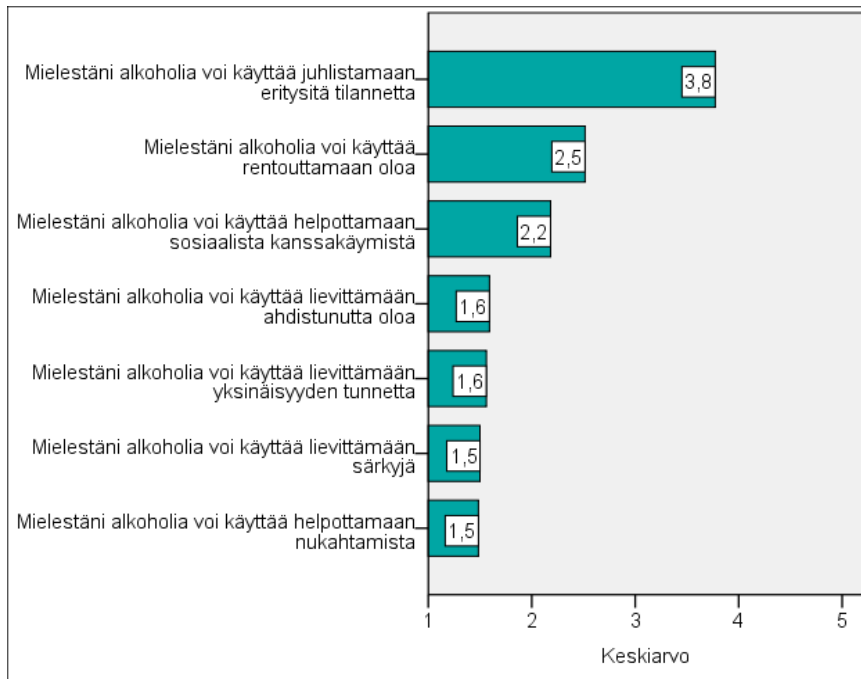
Kuva 5. Vastaajien mielipiteet kohtuullisesta alkoholinkäytöstä viikon aikana (n = 82)

Mielipiteitä kohtuullisesta alkoholinkäytöstä eri tilanteissa oli kartoitettu mielipidevääntämällä. Väittämän *Mielestäni kohtuullinen alkoholinkäyttö on sopivaa lomamatkalla* vastausten keskiarvo oli 3,6 (n = 65). Väittämän *Mielestäni kohtuullinen alkoholinkäyttö on sopivaa ruokailutilanteissa* vastausten keskiarvo oli 3,2 (n = 72). Väittämän *Mielestäni kohtuullinen alkoholinkäyttö on sopivaa viikonloppuisin* vastausten keskiarvo oli 3,0 (n = 61). Väittämän *Mielestäni kohtuullinen alkoholinkäyttö on sopivaa arkipäivisin* vastausten keskiarvo oli 1,8 (n = 59). (Kuva 6.)



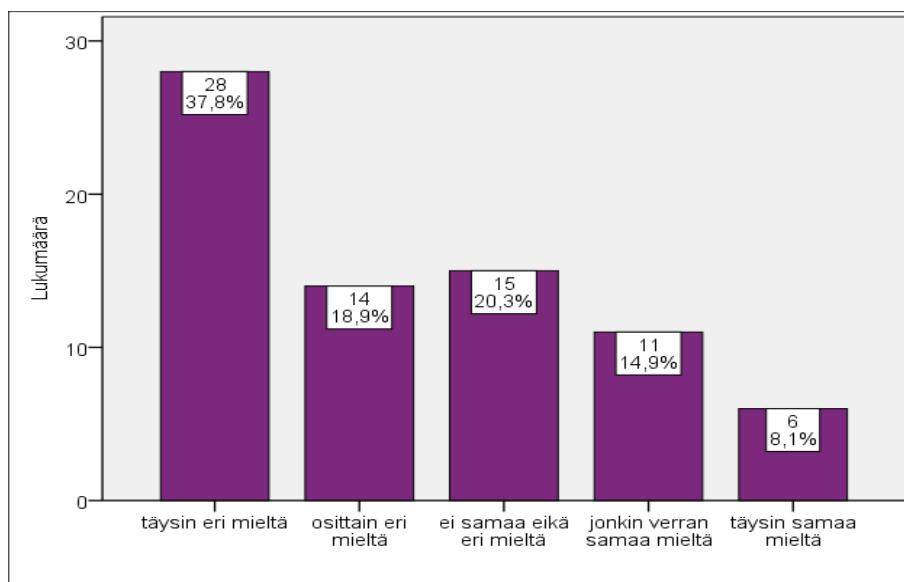
Kuva 6. Kohtuullisen alkoholinkäytön tilanteet (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

Alkoholinkäytön syitä selvitettiin mielipideväittämillä. Väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää juhlistamaan erityistä tilannetta* vastausten keskiarvo oli 3,8 (n = 76). Väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää rentouttamaan oloa* vastausten keskiarvo oli 2,5 (n = 66). Väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää helpottamaan sosiaalista kanssakäymistä* vastausten keskiarvo oli 2,2 (n = 68). Väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään ahdistunutta oloa* vastausten keskiarvo oli 1,6 (n = 66). Samoin väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään yksinäisyyden tunnetta* vastausten keskiarvo oli 1,6 (n = 66). Väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään särkyjä* vastausten keskiarvo oli 1,5 (n = 66) ja samoin väittämän *Mielestäni alkoholia voi käyttää helpottamaan nukahtamista* vastausten keskiarvo oli 1,5 (n = 68). (Kuva 7.)



Kuva 7. Alkoholinkäytön syyt (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

Yhteensä 56,7 prosenttia vastaajista (n = 42) oli täysin tai osittain eri mieltä siitä, että satunnainen humaltuminen alkoholin käyttötilanteissa on sopivaa. 20,3 prosenttia vastaajista (n = 15) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jonkin verran tai täysin samaa mieltä satunnaisen humaltumisen sopivuudesta alkoholinkäyttötilanteessa oli 24,0 prosenttia (n = 17). Vastauksia kysymykseen oli yhteensä 74. (Kuva 8.)



Kuva 8. Vastaajien mielipiteet satunnaisesta humaltumisesta (n = 74)

Sukupuolen mukaan jaoteltuna miehistä 40,0 prosenttia (n = 8) ja naisista 35,8 prosenttia (n = 19) oli täysin eri mieltä siitä, että satunnainen humaltuminen alkoholinkäyttötilanteissa on sopivaa. Osittain eri mieltä oli 15,0 prosenttia miehistä (n = 3) ja 20,8 prosenttia naisista (n = 11). Ei samaa eikä eri mieltä oli 15,0 prosenttia miehistä (n = 3) ja 22,6 prosenttia naisista (n = 12) Jonkin verran samaa mieltä oli miehistä 15,0 prosenttia (n = 3) ja 15,1 prosenttia naisista (n = 8). Täysin samaa mieltä siitä, että satunnainen humaltuminen alkoholinkäyttötilanteessa on sopivaa, oli 15,0 prosenttia miehistä (n = 3) ja 5,7 prosenttia naisista (n = 3). Vastauksia oli yhteensä 73. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Mielipiteet satunnaisesta humaltumisesta sukupuolen mukaan jaoteltuna (n = 73)

		Mielestäni satunnainen humaltuminen alkoholinkäyttötilanteissa on sopivaa					Yhteensä	
		täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä		
Mikä on sukupuolenne?	mies	Lukumäärä	8	3	3	3	3	20
		% vastanneista	40,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	100,0%
	nainen	Lukumäärä	19	11	12	8	3	53
		% vastanneista	35,8%	20,8%	22,6%	15,1%	5,7%	100,0%
Yhteensä		Lukumäärä	27	14	15	11	6	73
		% vastanneista	37,0%	19,2%	20,5%	15,1%	8,2%	100,0%

Seuraavaksi tarkastellaan yksinäisyyden ja alkoholinkäytön välistä yhteyttä vastausten perusteella. Väittämään *Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden* aikana 41 vastaajaa (56,9 prosenttia) vastasi täysin eri mieltä ja 10 vastaajaa (13,9 prosenttia) jonkin verran eri mieltä. Neljä vastaajaa (5,6

prosenttia) vastasi ei samaa eikä eri mieltä. Jonkin verran samaa mieltä oli 12 vastaajaa (16,7 prosenttia) ja täysin samaa mieltä viisi vastaa (6,9 prosenttia). Yhteensä vastauksia kysymykseen oli 72. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Itsensä yksinäiseksi kokeneet (n = 72)

	Lukumäärä (n)	Prosenttia vastanneista (%)
täysin eri mieltä	41	56,9
osittain eri mieltä	10	13,9
ei samaa eikä eri mieltä	4	5,6
jonkin verran samaa mieltä	12	16,7
täysin samaa mieltä	5	6,9
Yhteensä	72	100,0

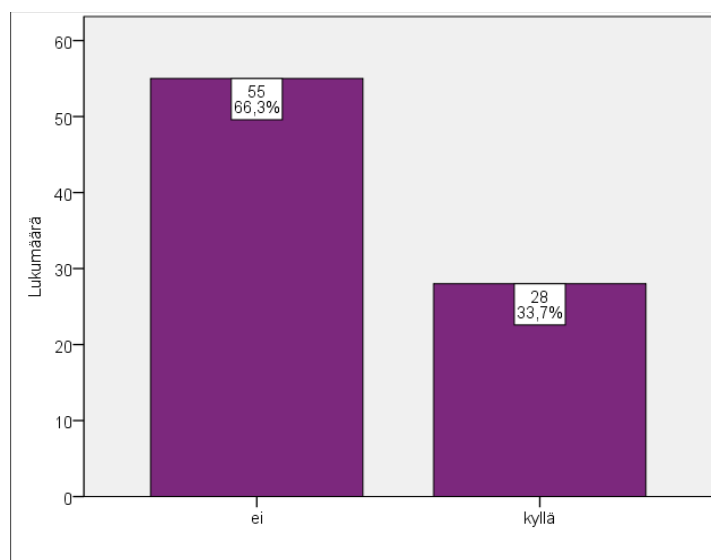
Väittämään *Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana* täysin eri mieltä vastanneista 73,0 prosenttia (n = 27) vastasi myös väittämään *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään yksinäisyyden tunnetta* täysin eri mieltä. Itsensä jonkin verran yksinäisiksi kokeneista 80,0 prosenttia (n = 8) vastasi väittämään *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään yksinäisyyden tunnetta* täysin eri mieltä. Väittämään *Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään yksinäisyyden tunnetta* täysin samaa mieltä vastanneista toinen vastasi täysin samaa mieltä ja toinen jonkin verran eri mieltä väittämään *Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana*. Molempiin kysymyksiin vastanneita oli yhteensä 65. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Alkoholinkäyttö yksinäisyyden lievittämiseen (n = 65)

			Mielestäni alkoholia voi käyttää lievittämään yksinäisyyden tunnetta					Yhteensä
			täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana	täysin eri mieltä	Lukumäärä	27	5	3	2	0	37
		% vastanneista	73,0%	13,5%	8,1%	5,4%	0,0%	100,0%
	osittain eri mieltä	Lukumäärä	7	1	0	1	1	10
		% vastanneista	70,0%	10,0%	0,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	ei samaa eikä eri mieltä	Lukumäärä	3	0	1	0	0	4
		% vastanneista	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	jonkin verran samaa mieltä	Lukumäärä	8	0	1	1	0	10
		% vastanneista	80,0%	0,0%	10,0%	10,0%	0,0%	100,0%
	täysin samaa mieltä	Lukumäärä	2	1	0	0	1	4
		% vastanneista	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Yhteensä	Lukumäärä	47	7	5	4	2	65
		% vastanneista	72,3%	10,8%	7,7%	6,2%	3,1%	100,0%

6.3 Eläkeikäisten mielipiteet puheeksiotosta ja neuvonnasta

66,3 prosentin (n = 55) kanssa alkoholinkäyttöä ei ollut otettu puheeksi heidän asioidessaan terveydenhuollon palveluissa viimeisen vuoden aikana. 33,7 prosentin (n = 28) kanssa alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi heidän asioidessaan terveydenhuollon palveluissa. Yhteensä vastauksia oli 83. (Kuva 9.)



Kuva 9. Alkoholinkäytön puheeksiotto terveydenhuollon palveluissa (n = 83)

Useimmin alkoholinkäytön oli ottanut puheeksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja (24 kertaa). Lääkäri oli ottanut aiheen puheeksi 10 kertaa. Kotihoidon työntekijä oli ottanut alkoholinkäytön puheeksi yhden vastanneen kanssa. Kysymyslomakkeella ei erikseen kysytty, kuinka moni vastaajista oli kotihoidon asiakas. Avoimeen kohtaan, joku muu, kuka? ei tullut yhtään vastausta. Kysymykseen vastasi yhteensä 29 henkilöä. Kysymykseen sai valita useamman vastausvaihtoehdon, ja vastauksia tuli yhteensä 35 kappaletta. Kokonaisprosentti vastanneista on siksi 120,7 prosenttia. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Alkoholinkäytön puheeksiottojen määrä ammattiryhmittäin

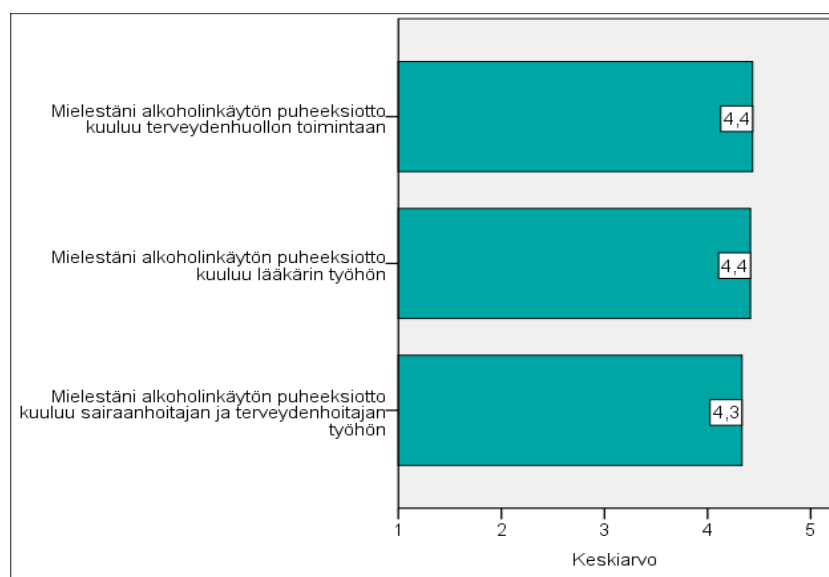
	Vastauksia	
	N	% vastanneista (n=29)
sairaanhoitaja/terveydenhoitaja	24	82,8%
lääkäri	10	34,5%
kotihoidon työntekijä	1	3,4%
Yhteensä	35	120,7%

Ikäluokittain tarkasteltuna alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi viimeisen vuoden aikana 60 prosentin (n = 15) kanssa 60–64-vuotiaista, 72,7 prosentin (n = 16) kanssa 65–69-vuotiaista, 55,6 prosentin (n = 10) kanssa 70–74-vuotiaista ja 75,0 prosentin (n = 12) kanssa 75–79-vuotiaista (taulukko 12).

Taulukko 12. Alkoholinkäytön puheeksiotto ikäluokittain terveydenhuollossa

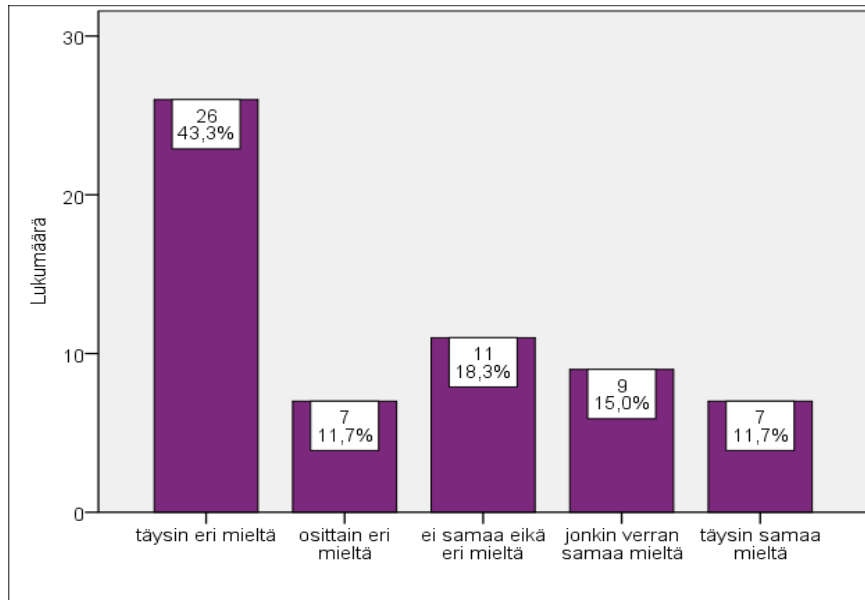
		Onko alkoholinkäyttö otettu puheeksi kanssanne asioidessanne terveydenhuollon palveluissa?		Yhteensä
		ei	kyllä	
60-64 vuotta	Lukumäärä	15	10	25
	% vastanneista	60,0%	40,0%	100,0%
65-69 vuotta	Lukumäärä	16	6	22
	% vastanneista	72,7%	27,3%	100,0%
70-74 vuotta	Lukumäärä	10	8	18
	% vastanneista	55,6%	44,4%	100,0%
75-79 vuotta	Lukumäärä	12	4	16
	% vastanneista	75,0%	25,0%	100,0%
Yhteensä	Lukumäärä	53	28	81
	% vastanneista	65,4%	34,6%	100,0%

Vastaajista suurimman osan mielestä alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu terveydenhuollon toimintaan, sillä väittämän, mielestäni alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu terveydenhuollon toimintaan, vastausten keskiarvo oli 4,4 (n = 70). Väittämän, mielestäni alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu lääkärin työhön, vastausten keskiarvo oli 4,4 (n = 54). Väittämän, mielestäni alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työhön, vastausten keskiarvo oli 4,3 (n = 56). (Kuva 10.)



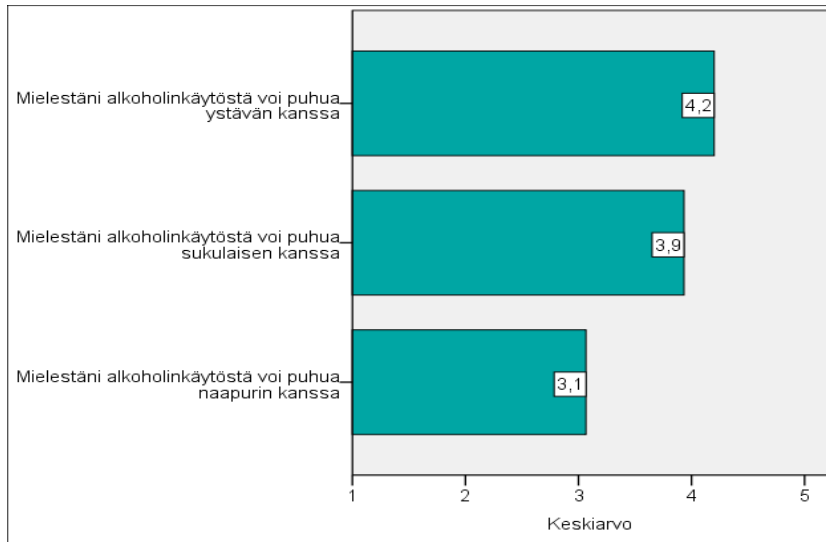
Kuva 10. Mielipiteet alkoholinkäytön puheeksiotosta terveydenhuollossa

Yli puolet vastaajista koki, ettei alkoholin käytöstä kysymisen ole yksityisasiasia, sillä väittämään, koen alkoholinkäytöstä kysymisen yksityisasiaksi, täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä vastasi yhteensä 55,0 prosenttia (n = 33). Jonkin verran samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä oli 26,7 prosenttia (n = 16). Yhteensä vastauksia oli 60. (Kuva 11.)



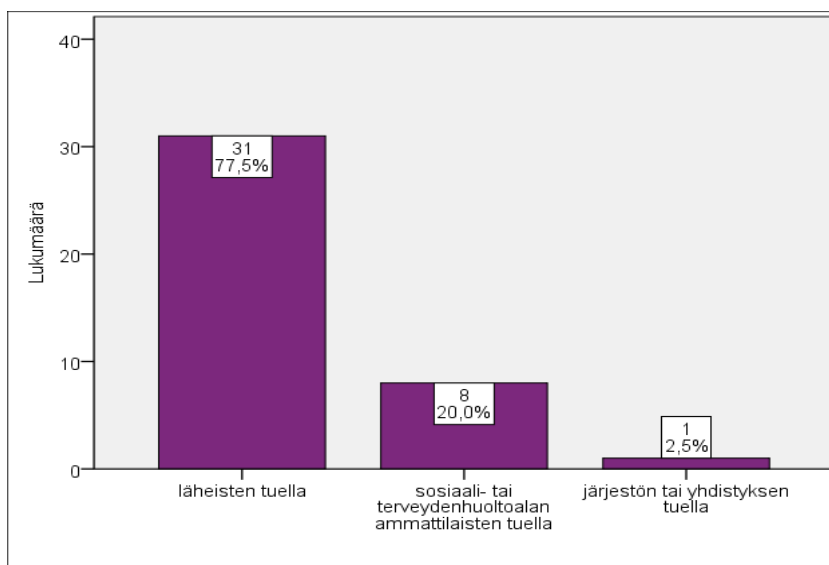
Kuva 2. Mielenpiteet, koetaanko alkoholinkäytöstä kysyminen yksityisasiana (n = 60).

Vastaajat kokivat helpommaksi puhua alkoholin käytöstä ystävän kuin sukulaisen kanssa sellaisessa tilanteessa, jossa he olisivat huolissaan toisen alkoholinkäytöstä. Vastausten keskiarvo ystävän kanssa puhumiseen oli 4,2 (n = 60) ja sukulaisen kanssa puhumiseen 3,9 (n = 60). Naapurin kanssa alkoholinkäytöstä puhuisi harvempi, sillä keskiarvoksi muodostui 3,1, siis lähelle ei samaa eikä eri mieltä -vaihtoehtoa (n = 48). (Kuva 12.)



Kuva 12. Toisen ihmisen alkoholinkäytöstä puhuminen lähiyhteisössä (1=täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä 4=osittain samaa mieltä 5=täysin samaa mieltä).

Vastaajista 77,5 prosenttia (n = 31) yrittäisi vähentää alkoholinkäyttöä ensisijaisesti läheisten tuella, jos he yrittäisivät vähentää ja tarvitsisivat tukea. Harvempi, 20,0 prosenttia (n = 8), yrittäisi vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tuella. Järjestön tai yhdistyksen tuella vähentämistä yrittäisi vain 2,5 prosenttia (n = 1). Vastauksia oli yhteensä 40. (Kuva 13.)



Kuva 13. Alkoholinkäytön vähentäminen ulkopuolisen tuella (n = 40)

Käytetyillä alkoholin viikkoannoksilla oli vaikutusta siihen, kenen tuella vastaajat yrittäisivät vähentää alkoholinkäyttöä. Kahdeksan annosta tai enemmän käyttävistä 66,7 prosenttia (n = 4) yrittäisi vähentää ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten avulla. Vähemmän käyttävät yrittäisivät vähentää ensisijaisesti läheisten tuella, sillä nolasta kahteen annosta käyttävistä

84,2 prosenttia (n = 16), kolmesta viiteen annosta käyttävistä 83,3 prosenttia (n = 10) ja kuudesta seitsemään annosta käyttävistä 100,0 prosenttia (n = 1) yrittäisi vähentää ensisijaisesti läheisten tuella. (Taulukko 13.) Vastaajien määrät ovat kuitenkin niin pieniä, että tulos on suuntaa antava.

Taulukko 13. Alkoholin viikoittaisen käyttömäärän vaikutus siihen, kenen tuella vastaajat yrittäisivät vähentää alkoholinkäyttöä.

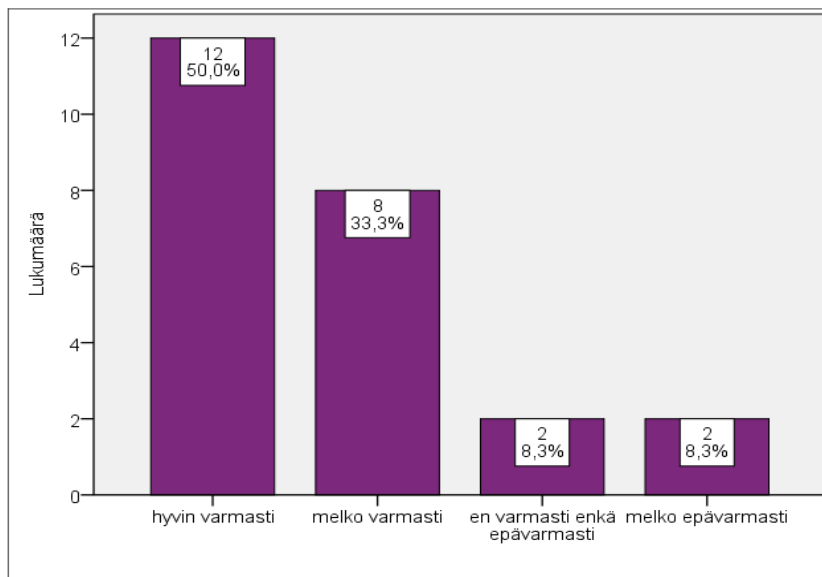
			Mikäli vähentäisitte alkoholinkäyttöä, yrittäisittekö vähentää ensisijaisesti?			Yhteensä
			läheisten tuella	sosiaali- tai terveydenhuoltoalan ammattilaisten tuella	järjestön tai yhdistyksen tuella	
Kuinka monta alkoholiannosta keskimäärin käytette viikon aikana?	0-2 annosta	Lukumäärä % vastanneista	16 84,2%	2 10,5%	1 5,3%	19 100,0%
	3-5 annosta	Lukumäärä % vastanneista	10 83,3%	2 16,7%	0 0,0%	12 100,0%
	6-7 annosta	Lukumäärä % vastanneista	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
	8 annosta tai enemmän	Lukumäärä % vastanneista	2 33,3%	4 66,7%	0 0,0%	6 100,0%
Yhteensä		Lukumäärä % vastanneista	29 76,3%	8 21,1%	1 2,6%	38 100,0%

Vastausten perusteella sillä, miten läheiset ihmisten tukevat vastaajien terveyttä edistäviä elintapoja, oli vaikutusta siihen, kenen tuella vastaajat yrittäisivät vähentää alkoholinkäyttöä. Heistä, jotka olivat täysin samaa mieltä siitä, että läheiset tukevat elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveyttä, yrittäisi 86,4 prosenttia (n = 19) vähentää ensisijaisesti läheisten tuella. Jonkin verran samaa mieltä läheisiltä saadun tuen kokemukseen vastanneista läheisten tuella yrittäisi vähentää 71,4 prosenttia (n = 19). Heistä, jotka vastasivat läheisiltä saadun tuen kokemukseen, ei samaa eikä eri mieltä, 33,3 prosenttia (n = 2) yrittäisi vähentää ensisijaisesti läheisten tuella, 50,0 prosenttia (n = 3) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tuella ja 16,7 prosenttia (n = 1) järjestön tai yhdistyksen tuella. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Terveiden ylläpitämiseen saadun tuen vaikutus ulkopuoliseen tukeen alkoholin käytön vähentämisessä.

			Mikäli vähentäisitte alkoholinkäyttöä, yrittäisittekö vähentää ensisijaisesti?			Yhteensä
			läheisten tuella	sosiaali- tai terveydenhuoltoalan ammattilaisten tuella	järjestön tai yhdistyksen tuella	
Koen, että läheiset ihmiset tukevat elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveystani	ei samaa eikä eri mieltä	Lukumäärä	2	3	1	6
		% vastanneista	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
	jonkin verran samaa mieltä	Lukumäärä	5	2	0	7
		% vastanneista	71,4%	28,6%	0,0%	100,0%
	täysin samaa mieltä	Lukumäärä	19	3	0	22
		% vastanneista	86,4%	13,6%	0,0%	100,0%
Yhteensä	Lukumäärä	26	8	1	35	
	% vastanneista	74,3%	22,9%	2,9%	100,0%	

Voimavaroja oli kartoitettu kysymyksellä: *Mikäli yrittäisitte vähentää alkoholinkäyttöä, kuinka varmasti onnistuisitte siinä?* 50,0 prosenttia vastaajista (n = 12) arvioi onnistuvansa vähentämään hyvin varmasti ja 33,3 prosenttia (n = 8) melko varmasti. 8,3 prosenttia (n = 2) arvioi onnistuvansa ei varmasti eikä epävarmasti ja 8,3 prosenttia (n = 2) melko epävarmasti. Vastauksia oli yhteensä 24. (Kuva 14.)



Kuva 14. Oma arvio todennäköisyydestä onnistua alkoholinkäytön vähentämisessä (n = 24)

Käytetyt alkoholimäärät vaikuttivat vastaajien arvioon alkoholinkäytön vähentämisen onnistumisesta, sillä nolasta viiteen annosta viikossa käyttävät arvioivat 11 tapauksessa 23 onnistuvansa vähentämään hyvin varmasti ja viidessä tapauksessa 23 onnistuvansa vähentämään melko varmasti. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Alkoholin käyttömäärien vaikutus omaan arvioon alkoholinkäytön vähentämisen onnistumisesta (n = 23).

Count		Mikäli vastasitte myöntävästi, kuinka varmasti onnistuisitte vähentämään sitä?				Yhteensä
		melko epävarmasti	en varmasti enkä epävarmasti	melko varmasti	hyvin varmasti	
Kuinka monta alkoholiannosta keskimäärin käytte viikon aikana?	0-2 annosta	1	0	2	10	13
	3-5 annosta	0	0	3	1	4
	6-7 annosta	1	0	0	0	1
	8 annosta tai enemmän	0	2	2	1	5
Yhteensä		2	2	7	12	23

Suurin osa vastaajista, 76,5 prosenttia (n = 62), vastasi tuntevansa alkoholin terveydelliset riskirajat yli 65-vuotilaille. 23,5 prosentille (n = 19) suositus ei ollut tuttu. Yhteensä vastauksia kysymykseen oli 81. (Taulukko 16.)

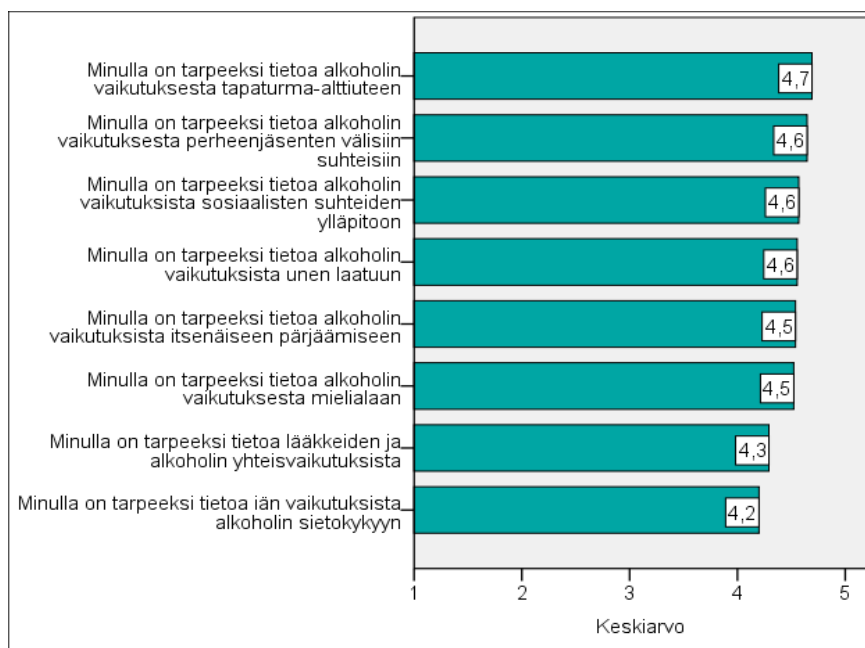
Suurimmalla osalla, 86,6 prosentilla (n = 71) vastaajista oli käytössä säännöllisiä lääkkeitä. Vastauksia kysymykseen oli yhteensä 82. Vastanneista 51,4 prosentille (n = 38) oli kerrottu heidän käyttämiensä lääkkeiden ja alkoholin yhteensopivuudesta. Vastauksia oli yhteensä 74. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Vastaajien alkoholinkäytön riskirajojen tunteminen sekä lääkitykseen ja alkoholinkäyttöön liittyvät tiedot.

Muuttuja	Lukumäärä (n)	Prosentti-osuus (%)
Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön terveydellisten riskirajojen tunteminen		
Kyllä	62	76,5
Ei	19	23,5
Yhteensä	81	100,0
Säännöllisesti käytössä oleva lääkitys		
Kyllä	71	86,6
Ei	11	13,4
Yhteensä	82	100,0
Käytettyjen lääkkeiden ja alkoholin yhteensopivuudesta kerrottu		
Kyllä	38	51,4
Ei	36	48,6
Yhteensä	74	100

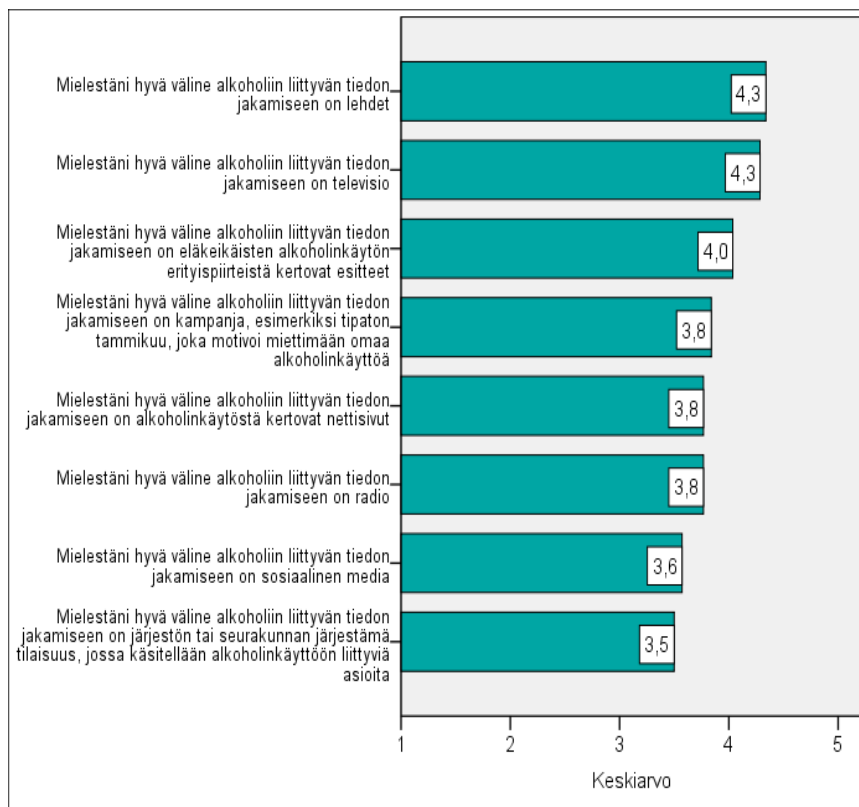
Vastaajilla oli oman arvion mukaan paljon tietoa alkoholiin liittyvistä aiheista. Eniten vastaajilla oli mielestään tietoa alkoholin vaikutuksesta tapaturma-alttiuteen, sillä väitteeseen *Minulla on mielestäni tarpeeksi tietoa alkoholin vaikutuksesta tapaturma-alttiuteen* vastausten keskiarvoksi muodostui 4,7 (n = 70).

Järjestyksessä seuraavaksi eniten tietoa koettiin olevan alkoholin vaikutuksista perheenjäsenten välisiin suhteisiin (ka 4,6; n = 69), sosiaalisten suhteiden ylläpitoon (ka 4,6; n = 70), unen laatuun (ka 4,6; n = 71), itsenäiseen pärjäämiseen (ka 4,5; n = 69) ja mielialaan (ka 4,5; n = 68). Mielipiteiden keskiarvo tiedon riittävydestä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista oli 4,3 (n = 70) ja iän vaikutuksista alkoholin sietokykyyn 4,2 (n = 73). (Kuva 15.)



Kuva 15. Alkoholiin liittyvät tiedontarpeet (1 = täysin eri mieltä 2 = osittain eri mieltä 3 = ei samaa eikä eri mieltä 4 = osittain samaa mieltä 5 = täysin samaa mieltä)

Mielipiteitä hyvistä tiedon jakamisen välineistä oli selvitetty mielipideväittämällä. Parhaimpina alkoholiin liittyvän tiedon jakamisen välineenä pidettiin lehtiä (ka 4,3; n = 65) ja televisiota (ka 4,3; n = 67). Eläkeikäisten alkoholinkäytöstä kertovien esitteiden keskiarvoksi muodostui 4,0 (n = 63). Seuraavaksi eniten kannatusta sai kampanja, joka motivoi miettimään omaa alkoholinkäyttöä, esimerkiksi tipaton tammikuu (ka 3,8; n = 64), alkoholinkäytöstä kertovat nettisivut (ka 3,8; n = 61) ja radion (ka 3,8; n = 63). Vähiten kannatusta sai sosiaalinen media (ka 3,6; n = 62) ja järjestön tai seurankunnan järjestämä tilaisuus (ka 3,5; n = 62). (Kuva 16.)



Kuva 16. Mielenpiteet alkoholiin liittyvän tiedon jakamisen välineistä (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

Ikäluokittain tarkasteltuna 75–84-vuotiaista 90 prosenttia (n = 9) oli täysin samaa mieltä, siitä, että televisio on hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen. 70–74-vuotiaista 58,3 prosenttia (n = 7), 65–69-vuotiaista 60 prosenttia (n = 12) ja 60–64-vuotiaista 58,3 prosenttia (n = 14) oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Mielenpiteet televisiosta alkoholitiedon jakamisen välineenä ikäluokittain

		Mielestäni hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen on televisio					Yhteensä
		täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
60-64 vuotta	Lukumäärä	1	2	0	7	14	24
	% vastanneista	4,2%	8,3%	0,0%	29,2%	58,3%	100,0%
65-69 vuotta	Lukumäärä	0	1	4	3	12	20
	% vastanneista	0,0%	5,0%	20,0%	15,0%	60,0%	100,0%
70-74 vuotta	Lukumäärä	0	2	1	2	7	12
	% vastanneista	0,0%	16,7%	8,3%	16,7%	58,3%	100,0%
75-84 vuotta	Lukumäärä	0	1	0	0	9	10
	% vastanneista	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	90,0%	100,0%
Yhteensä	Lukumäärä	1	6	5	12	42	66
	% vastanneista	1,5%	9,1%	7,6%	18,2%	63,6%	100,0%

Ikäryhmittäin tarkasteltuna jonkin verran tai täysin samaa mieltä siitä, että sosiaalinen media on hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen, 60–64-

vuotiaista oli yhteensä 50,0 prosenttia (n = 12), 65–69-vuotiaista oli yhteensä 50,1 prosenttia (n = 8), 70–74-vuotiaista oli yhteensä 61,6 prosenttia (n = 8) ja 74–84-vuotiaista oli yhteensä 62,5 prosenttia (n = 5). Ristiintaulukointi on tehty yhteensä 61 vastaajan vastausten perusteella. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Mielenpiteet sosiaalisesta mediasta tiedon jakamisen välineenä ikäluokittain

		Mielestäni hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen on sosiaalinen media					Yhteensä
		täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
60-64 vuotta	Lukumäärä	3	2	7	3	9	24
	% vastanneista	12,5%	8,3%	29,2%	12,5%	37,5%	100,0%
65-69 vuotta	Lukumäärä	1	3	4	3	5	16
	% vastanneista	6,3%	18,8%	25,0%	18,8%	31,3%	100,0%
70-74 vuotta	Lukumäärä	1	2	2	2	6	13
	% vastanneista	7,7%	15,4%	15,4%	15,4%	46,2%	100,0%
75-84 vuotta	Lukumäärä	1	1	1	2	3	8
	% vastanneista	12,5%	12,5%	12,5%	25,0%	37,5%	100,0%
Yhteensä	Lukumäärä	6	8	14	10	23	61
	% vastanneista	9,8%	13,1%	23,0%	16,4%	37,7%	100,0%

Vastaajista he, jotka kokivat, että Kouvolan alueella on järjestetty eläkeikäisille sellaista harrastustoimintaa, johon he voisivat osallistua, olivat useammin samaa mieltä siitä, että järjestön tai seurakunnan järjestämä tilaisuus on hyvä keino alkoholitiedon jakamiseen. 47,1 prosenttia (n=8) heistä, jotka olivat täysin samaa mieltä ja 41,7 (n=10) prosenttia heistä, jotka olivat jonkin verran samaa mieltä siitä, että alueella oli järjestetty mieleistä harrastustoimintaa, olivat täysin samaa mieltä siitä, että järjestön tai seurakunnan järjestämä tilaisuus on hyvä väline jakaa alkoholitietoa. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Mielenpiteet Kouvolan alueen harrastustoiminnasta ja järjestön tai seurakunnan järjestämän tilaisuudesta.

		Mielestäni hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen on järjestön tai seurakunnan järjestämä tilaisuus, jossa käsitellään alkoholinkäyttöön liittyviä asioita					Yhteensä	
		täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jonkin verran samaa mieltä	täysin samaa mieltä		
Mielestäni Kouvolan alueella on järjestetty eläkeikäisille sellaista toimintaa, johon voisin halutessani osallistua	osittain eri mieltä	Lukumäärä	1	1	0	2	5	
		% vastanneista	20,0%	20,0%	0,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	ei samaa eikä eri mieltä	Lukumäärä	3	2	5	3	14	
		% vastanneista	21,4%	14,3%	35,7%	21,4%	7,1%	100,0%
	jonkin verran samaa mieltä	Lukumäärä	2	2	5	5	10	
		% vastanneista	8,3%	8,3%	20,8%	20,8%	41,7%	100,0%
	täysin samaa mieltä	Lukumäärä	2	1	4	2	8	
		% vastanneista	11,8%	5,9%	23,5%	11,8%	47,1%	100,0%
	Yhteensä	Lukumäärä	8	6	14	12	20	60
		% vastanneista	13,3%	10,0%	23,3%	20,0%	33,3%	100,0%

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: *Mikä on ikääntyvien mielestä koh- tuullista alkoholinkäyttöä? Miten ikääntyvät kokevat alkoholinkäytön puheek- sioton?* ja *Miten ikääntyvät kokevat alkoholineuvonnan?*

Päihteidenkäyttötottumukset olivat vastaajilla pääosin vähäisiä. Suurimmalla osalla vastaajista alkoholinkäyttö oli pienkäyttöä, sillä keskimäärin yhden an- noksen kerralla käytti 42,9 prosenttia vastaajista ja kaksi annosta 33,3 pro- senttia. Viikon aikana käytetyt alkoholiannokset jäivät myös suurimmaksi osaksi pienkäytön tasolle, sillä 57,1 prosentin vastaajista ilmoitti käyttävänsä viikossa keskimäärin nolasta kahteen annosta, kolmesta viiteen annosta 28,6 prosenttia ja kuudesta seitsemään annosta 4,8 prosenttia. Riskikäyttöä eli 8 annosta tai enemmän oli vastausten perusteella 7,9 prosentilla vastaajista.

Viimeisen vuoden aikana alkoholia oli käyttänyt 72,6 prosenttia vastaajista ja tupakoivia vastaajista oli vain vajaa kymmenen prosenttia. Vastausten perus- teella 60–69-vuotiaista yli 90 prosenttia oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuo- den aikana. Alkoholia käyttävien osuus laski iän myötä ja 70–74-vuotiaista noin 55 prosenttia ja 75–79-vuotiaista noin 35 prosenttia oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa. Simojoen (2016) mukaan vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa 65–74-vuotiaista naisista yli 60 prosenttia ja miehistä 80 prosenttia oli käyttä- nyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Yli 80-vuotiailla vastaavat osuudet oli- vat miehillä yli 60 prosenttia ja naisilla 40 prosenttia.

Vastausten perusteella alkoholinkäyttö ei kuulu normaaliin arkeen, vaan eri- tyistilanteisiin, lomamatkalle, ruokailutilanteisiin tai viikonloppuihin. Saman- suuntaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa, sillä THL:n juomata- patutkimuksen mukaan vuonna 2008 miehistä 60 prosenttia ja naisista 72 pro- senttia katsoi alkoholinkäytön kuuluvan erityistilanteisiin, juhliin ja viikonlop- puun (ks. Härkönen & Österberg 2010, 161–163). Vastausten perusteella kou- volalaiset eläkeikäiset kokivat, että alkoholia voi käyttää juhlistamaan erityistä

tilannetta ja harvemman mielestä rentouttamaan oloa ja helpottamaan sosiaalista kanssakäymistä. Vastausten perusteella suurin osa käytti alkoholia puolisson ja ystävien kanssa kotona. Pääosa vastaajista mielsi kohtuullisen alkoholinkäytön yhdestä kahteen annosta kerralla ja nollasta kahteen annosta viikossa eli iäkkäiden riskirajojen alittavaksi käytöksi. Vain 24 prosenttia vastaajista piti satunnaista humaltumista alkoholinkäyttötilanteissa sopivana.

Valtaosalla alkoholinkäyttö oli siis pienkäyttöä ja suurin osa, yli 90 prosenttia, vastaajista ei kokenut tarvetta vähentää alkoholinkäyttöään. Kysymykseen mikäli vähentäisitte alkoholinkäyttöä ja tarvitsisitte tukea, yrittäisittekö vähentää ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, läheisten vai yhdistyksen/järjestön avulla, vastaukset jakautuivat niin, että yli kolmeneljäsosaa, 77,5 prosenttia, yrittäisi vähentää läheisten tuella ja vain viidennes (20 prosenttia) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tuella. Heistä, ketkä kokivat olevansa täysin samaa mieltä, siitä että läheiset tukevat terveellisiä elintapoja, läheisten tuella yrittäisi vähentää vieläkin useampi, 86,4 prosenttia. Kuitenkin riskikäyttäjistä eli yli 8 annosta viikossa käyttävistä suurin osa yrittäisi vähentää ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten tuella. Saatua tulosta tukee opinnäytetyössä käytetty Allan McNaughtin hyvinvoinnin rakentumisen viitekehystä, jonka mukaan perheen sisäisistä ihmissuhteista riippuen perhe voi edistää tai vähentää yksilön hyvinvointia ja tarjota tukea jäsenilleen (La Placa 2013, 19).

Vastaajat olivat pääosin sitä mieltä, että alkoholinkäytön puheeksiottaminen kuuluu terveydenhuollon toimintaan ja lääkärin työhön ja vain aavistusta harvemman mielestä sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan työhön. Mielenpiteiden mukaan alkoholinkäytön puheeksiotto kuuluu siis enemmän lääkärin työhön, vaikka toisaalta saatujen vastausten perusteella terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja oli ottanut asian useammin puheeksi. Yksityisasiaksi alkoholinkäytöstä kysymisen koki vain harva. Vastaajat kokivat, että toisen ihmisen alkoholinkäytöstä on helpompi puhua ystävän kuin sukulaisen kanssa. Naapurin kanssa aiheesta puhuisi vieläkin harvempi.

Vastauksista ilmeni, että vain kolmasosan kanssa alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi terveydenhuollon palveluissa heidän täytettyään 65 vuotta. Saatu tulos

on pienempi kuin aiemmissa tutkimuksissa, sillä Airan ja Haarnin (2010) tutkimuksen tulosten mukaan yli 65-vuotiaiden lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotoilla alkoholin käyttö oli otettu puheeksi alle puolella vastaajista.

Säännöllisiä lääkkeitä oli käytössä suurimmalla osalla eli 86,6 prosentilla. Heistä reilulle 50 prosentille oli kerrottu, sopivatko käytetyt lääkkeet ja alkoholi yhteen. Voidaan olettaa, että lääkkeisiin liittyvää tietoa on annettu apteekeissa, koska osa heistä, joille oli kerrottu yhteiskäytöstä, vastasi, että alkoholinkäyttöä ei ollut otettu puheeksi terveydenhuollon palveluissa eikä lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottokäyntien yhteydessä.

Suurin osa vastaajat koki, että heillä on riittävästi tietoa alkoholin vaikutuksista elämän eri osa-alueille eikä aihealueiden tiedoissa ollut ollut suuria eroja. Parhaiten vastaajilla oli tietoa alkoholin vaikutuksista tapaturma-alttiuteen ja vähiten alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja iän vaikutuksista alkoholin sietokykyyn. Noin kolme neljäsosaa vastaajista vastasi tuntevansa terveydelliset riskirajat yli 65-vuotiaille.

Vastauksista kävi ilmi, että perinteinen media eli televisio ja lehdet olivat vastaajien mielestä paras väline jakaa alkoholin liittyvä tietoa. Lähes yhtä paljon kannatusta saivat kuitenkin, kampanjat, internetsivut ja sosiaalinen media ja radio. Vähiten kannatusta sai sosiaalinen media sekä järjestön tai seurakunnan järjestämä tilaisuus, mutta erot eri välineiden välillä eivät olleet suuria. Iän mukaan tarkasteltuna mielipiteissä eri välineiden käyttöön ei ollut suuria eroja. Esimerkiksi sosiaalista mediaa hyvänä keinona alkoholitiedon jakamiseen piti yli 50 prosenttia kaikista ikäluokista. Järjestön tai seurakunnan järjestämää tilaisuutta piti hyvänä keinona alkoholitiedon jakamiseen useammin he, jotka olivat sitä mieltä, että Kouvolan seudulla on järjestetty eläkeikäisille sellaista ohjelmaa, johon he voisivat osallistua.

Suurimmalla osalla vastaajista on mielekkäitä harrastuksia ja tekemistä, ja heille oli tärkeää osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin. Suurimmalla osalla vastaajista oli läheisiä ihmissuhteita, ja he saivat tukea läheisiltä. Läheisten ihmissuhteiden ja elämän merkitykselliseksi kokemisen välillä oli selkeä yhteys. 80,0 prosenttia heistä, jotka olivat täysin samaa mieltä siitä, että heillä on läheisiä ihmissuhteita, olivat täysin samaa mieltä väittämästä *Koen*

elämäni merkitykselliseksi. Vastaajat myös kokivat tärkeänä olla käytettävissä, jos lapset, lapsenlapset tai muut läheiset tarvitsevat tukea. Suurin osa vastaajista ei tuntenut itseään yksinäiseksi. McNaughtin hyvinvoinnin viitekehyksen mukaisesti perhe siis tarjoaa välittämistä ja turvaa jäsenilleen ja yhteisöön osallistuminen voi olla fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lähde (La Placa 2013).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata eli onko teoreettiset käsitteet määritelty oikein. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja mittarin kykyä mitata ei-sattumanvaraisesti tutkittavaa asiaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Tutkimuksen osaanottajamäärä jäi matalaksi. Ikäasemalla ja toimitila Etapissa kysymyslomakkeita oli tarjolla ja halukkaat saivat vastata. Terveysasemilla hoitajat tarjosivat kysymyslomakkeita vastaanottokäyntien yhteydessä, mutta antoivat lomakkeen täytettäväksi vain halukkaille. Vastauslaatikkoja noutaessani sainkin vastaavilta hoitajilta palautetta, että asiakkaat olivat melko huonosti halunneet ottaa osaa tutkimukseen.

Huonon osallistumishalukkuuden vuoksi jouduin tekemään täydentävän aineiston keruun kahden ikäryhmään kuuluvan, mutta vielä osittain työelämässä olevan naistuttavan kautta. He sanoivat palauttaessaan lomakkeita, että olivat kertoneet tutkimuksesta ja jättäneet lomakkeet työpaikalle ja harrastustoimintaan vastattaviksi halukkaille. Kokonaisuudessaan hyväksyttävien vastauslomakkeiden määräksi jäi 84, mikä jäi jonkin verran tavoitteeksi asettamastani vähintään 100 vastauksesta. Aikataulun vuoksi en kuitenkaan ehtinyt järjestää enää uutta täydentävää aineistonkeruuta. Vastaajien vähäinen määrä ja täydentävä aineistonkeruu tuttavien kautta vaikuttavat molemmat luotettavuuteen laskevasti.

Aineiston keruupaikoista johtuen suurin osa vastaajista oli Kouvolasta, Kuousankoskelta ja Valkealasta. Vastaajia ei siis ollut tasaisesti kaikilta Kouvola-

alueilta. Haja-asutusalueilta ei ollut juurikaan vastaajia. Suurin osa vastaajista, 72 prosenttia oli naisia. Näiden syiden ja osallistujien pienen kokonaismäärän vuoksi aineistosta ei siis pysty tekemään vertailua eri alueella asuvien mielipiteistä. Tutkimusaineisto ei myöskään vastaa perusjoukon eli Kouvolan 60–79-vuotiaiden ikä-, sukupuoli- eikä maantieteellistä jakaumaa. Tulokset eivät myöskään ole siirrettävissä koskemaan muiden kaupunkien eläkeikäistä väestöä, koska vastaukset on kerätty Kouvolan alueella.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös aiheen arkaluontoisuus. Tämän vuoksi voi olettaa, että tutkimukseen ottivat osaa herkemmin he, joille alkoholinkäyttö ei ole ongelma. Pääosa vastaajista käyttikin alkoholia kohtuullisesti eikä vastaajissa ollut montaa, jotka olivat harkinneet alkoholinkäytön vähentämistä.

Kysymyslomake muodostettiin teoriaosan pohjalta tätä opinnäytetyötä varten. Se esiteltiin ennen aineiston keräämistä ja korjattiin saatujen palautteiden perusteella. Kysymysten järjestyksessä olisi voinut olla hieman tarkempi ja laittaa kolme viimeistä kysymystä eri järjestykseen. Kysymyslomakkeella kolmanneksi viimeinen kysymys oli: *Koetteko tarvetta vähentää alkoholinkäyttöä?* Sen jälkeen kysyttiin *Mikäli vastasitte myöntävästi, kuinka varmasti onnistuisitte vähentämään sitä?* Viimeiseksi kysyttiin *Mikäli vähentäisitte alkoholinkäyttöä ja tarvitsisitte tukea, kenen tuella yrittäisitte vähentää?* Viimeiseen kysymykseen oli vastannut vain 40 vastaajaa. Viimeinen kysymys olisi pitänyt esittää ennen kysymystä *Koetteko tarvetta vähentää alkoholinkäyttöä?*, jolloin vastausprosentti kysymykseen olisi voinut olla suurempi.

Kysymyslomake oli melko pitkä, ja siinä oli paljon väittämiä, joiden vastausvaihtoehdot olivat Likertin asteikolla. Vastaaminen itsessään oli melko nopeaa, mutta kaikkien kysymysten lukeminen vaati keskittymistä. Osassa vastauslomakkeita oli vastattu vain osaan väittämistä. Ehkä vastaajat olisivat jaksaneet helpommin keskittyä lyhyempään kysymyslomakkeeseen.

Mittarin eli kysymyslomakkeen validiteettia arvioitaessa tarkastellaan, mittaako mittari sitä, mitä on tarkoitus mitata, ovatko käsitteet operationalisoitu oikein ja onko mittari kattava (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Saadut tutkimustulokset olivat osittain verrattavissa ja samansuuntaisia aiempien tutkimusten tulosten kanssa. Lisäksi kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus

tutkimusaineistosta. Tutkimuslomakkeen voi siis ainakin osittain arvioida mitanneen niitä asioita, joita haluttiin tutkia.

Tulosten analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia, vaikka suurimmaksi osaksi vertailtavissa ryhmissä oli vain vähän havaintoyksiköitä. Heikkilän (2008, 45) mukaan vähimmäismäärä havaintoyksiköitä jokaiseen ryhmään tulisi olla 30, mutta tämä vaatimus ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta täyttynyt. Ristiintaulukointien tulokset ovat siis suuntaa antavia eivätkä tilastollisesti yleistettävissä. Tämän vuoksi tilastollisen merkitsevyyden testejä ei ole käytetty aineiston analysoinnissa. Ristiintaulukoiteja tehtiin tutkimustulosten laajentamiseksi ja syventämiseksi.

Opinnäytetyön prosessin aikana kävin säännöllisesti ohjauksessa. Omia ajatuksia sekä ohjaajalta saatua palautetta kirjoittelin muistiin vihkoon, josta ajatuksia oli myöhemmin helppo tarkistaa.

7.3 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Opinnäytetyön aihe oli lähtöisin Kouvolan kaupungilta, ja opinnäytetyön tulokset luovutetaan valmistumisen jälkeen terveyden edistämisen yksikölle. Saatua vastauksia voidaan käyttää esimerkiksi hyvinvointikertomusta tehtäessä ja eläkeikäisten ennaltaehkäiseviä palveluita suunniteltaessa. Tutkimuksen tekemiseen oli haettu tutkimusluvut. Opinnäytetyön tulokset esitetään koululla huhtikuussa 2018 ja myöhemmin Ikäasemalla. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista ja tämä kerrottiin vastaajille saatekirjeessä. Lisäksi tutkimuksia jakaville hoitajille oli lähetetty sähköposti, jossa asiaa korostettiin. Muille tutkimuksia jakaville henkilöille samat tiedot kerrottiin suullisesti. Saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, jos osallistujat olisivat kaivanneet lisätietoa osallistumisesta tai tutkimuksesta.

Tutkittavien yksityisyyttä ja tietojen luottamuksellisuutta kunnioitettiin. Opinnäytetyön tekijä ei tavannut vastaajia, ja hän haki itse vastauslaatikot tutkimuslomakkeiden keruupaikoista ja syötti saadut vastaukset paperisilta vas-

tauslomakkeilta sähköiseen muotoon SPSS-ohjelmalle. Tutkimusaineisosta käsiteltiin niin, ettei vastaajia tunnista tuloksista ja vastauslomakkeet hävitettiin asianmukaisesti tietojen tallentamisen ja analysoinnin jälkeen.

Eettisesti ajateltuna kysymyslomake on voinut toimia myös interventiona, kun vastaaja joutui miettimään aihetta ja omia mielipiteitään sekä käyttömääriään. Kysymyslomakkeessa kysyttiin, tuntee ko vastaaja terveydelliset riskirajat yli 65-vuotiaille ja onko vastaajalla tarpeeksi tietoa alkoholiin liittyvistä aiheista. Jos vastaaja huomasi tietojensa joiltain alueilta olevan puutteellisia, hän on saattanut etsiä lisätietoa tai kysyä aiheesta ammattilaisilta myöhemmin.

7.4 Johtopäätökset, jatkotutkimusaiheet ja suositukset

Tutkimusten tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

- Tutkimukseen osallistuneet eläkeikäiset voivat pääosin hyvin sosiaalisesti.
- Kaikilla vastaajilla ei kuitenkaan ollut läheisiä ihmissuhteita, eivätkä he kokeneet saavansa tukea läheisiltään terveellisten elintapojen ylläpitoon.
- Vain harva koki kuuluvansa naapuruston sosiaaliseen yhteisöön.
- Suurin osa vastaajista oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana, mutta vastaajien alkoholinkäyttö oli pääosin pienkäyttöä.
- Vain vajaan neljäsosan mielestä satunnainen humaltuminen alkoholinkäyttötilanteissa oli sopivaa.
- Mieli-pide kohtuullisesta alkoholinkäytöstä asettui pienkäytön tasolle ja alkoholinkäytön ei katsottu kuuluvan normaaliin arkipäivään, vaan esimerkiksi juhlistamaan erityistä tilannetta.
- Vastaajat kokivat helpommaksi puhua alkoholinkäytöstä ystävän kuin sukulaisten kanssa tilanteessa, jossa on huolissaan toisen alkoholinkäytöstä.
- Alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi vain kolmasosan kanssa terveydenhuollossa.
- Alkoholinkäytön puheeksioton katsottiin kuuluvan terveydenhuollon toimintaan sekä lääkärin ja sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan työhön.
- Pääosa vähän käyttävistä vastasi, että yrittäisi tarvittaessa vähentää ensisijaisesti läheisten tuella.
- Riskikäyttäjistä suurempi osa vastasi, että yrittäisi vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten avulla.
- Suurin osa vastaajista katsoi, että heillä oli tarpeeksi tietoa alkoholinkäyttöön liittyvistä asioista. Eniten tietoa oli alkoholinvaiikutuksista tapaturma-alttiuteen ja vähiten tietoa oli lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista sekä iän vaikutuksista alkoholin sietokykyyn.
- Parhaimpina tiedon jakamisen välineinä pidettiin lehtiä ja televisiota, vähiten kannatusta sai järjestön tai seurakunnan aiheeseen liittyvä tilaisuus.

Kouvolan kaupunki on asettanut tavoitteeksi yhteisöllisyyden lisäämisen, mutta iäkkäiden sosiaalisten suhteiden vahvistamiseen voisi edelleen kiinnittää huomiota. Voitaisiin esimerkiksi kartoittaa, millaiseen toimintaan varsinkin itsensä yksinäisiksi, toimeettomiksi ja vaille läheisten tukea jääneet eläkeikäiset osallistuisivat ja samalla löytäisivät seuraa ja ihmissuhteita, jotka vahvistaisivat eläkeikäisten hyvinvointia. Kouvolan kaupunki on hyvinvointikertomuksessa linjannut, että tulevaisuudessa yhdistysten rooli kaupungin matalankynnyksen palvelujen tuottajana on entistä suurempi, mutta vastausten perusteella järjestön tai yhdistyksen tuella alkoholinkäytön vähentämistä yrittäisi vain muutama prosentti ja vähiten kannatusta hyvästä keinosta jakaa alkoholitietoa sai järjestön tai seurakunnan järjestämä tilaisuus. Vastausten perusteella yhdistysten tekemää työtä palvelujen tuottajana kannattaisi tehdä tunnetummaksi, jotta yhdistysten rooli kasvaisi tavoitteen mukaisesti.

Tässä tutkimuksessa mielipiteitä sopivista välineistä alkoholitiedon jakamiseksi oli kartoitettu vain yhdellä kysymyksellä, jossa oli lueteltu useampia välineitä, joista vastaaja sai valita Likertin asteikolla sopivan vaihtoehdon. Vastausten keskiarvojen välille ei muodostunut isoja eroja, vaan keskiarvot eri välineiden toimivuudesta tiedon jakamisen välineenä jäivät melko lähelle toisiinsa. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, millaista tietoa eri medioiden kautta kannattaisi jakaa, jotta sillä olisi vaikutusta kohderyhmään. Ovatko esimerkiksi muiden henkilökohtaiset kokemukset ja kertomukset tehokkaita mielipiteiden muokkaajia vai ennemmin selkeä asiatieto. Myös henkilökunnan tiedontarpeita ja koulutuksen tarvetta ikääntyvien alkoholinkäytöstä kannattaisi kartoittaa, jotta tarvittavaa koulutusta henkilökunnalle osataan suunnitella ja tarjota.

Suosituksena voidaan antaa, että alkoholinkäyttö kannattaa ottaa eläkeikäisten kanssa rohkeasti puheeksi, koska vain harva mieltää alkoholinkäytöstä kysymisen yksityisasiana. Ammattilaisten resursseja kannattaa käyttää erityisesti riskikäyttäjien alkoholinkäytön vähentämisen tukemiseen. Sen sijaan asiakkaat, joilla on omia voimavaroja ja läheisiä ihmissuhteita, kokivat läheisiltä saadun tuen tärkeämmäksi eikä monikaan kaivannut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tukea.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiö. s.a. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/>[viitattu 30.4.2017].

Alho, L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveydenhuollon peruspalveluissa. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2422-3/urn_isbn_978-952-61-2422-3.pdf.

Alkoholilaki 28.12.2017/1102.

Aira, M. & Haarni, I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholinkäytöstä kysymiseen. *Suomen lääkirilehti* 7, 579–585. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.terkko.helsinki.fi/medic-tietokanta> [viitattu 26.4.2017].

Aira, M. 2012. Iäkkäiden alkoholinkäytön riskit. *Suomen lääkirilehti* 6, 409–412. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.terkko.helsinki.fi/medic-tietokanta> [viitattu 23.2.2018].

Duodecim. 2015. Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja päihdeläketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 18.8.2017].

Corcoran, N. 2007. Mass media in health communicationg. Teoksessa Corcoran, N. (toim.) *Communicating Health – Strategies for health promotion*. 2. painos. London: SAGE Publications Ltd, 73–95.

Ehyt. 2017. Tipaton. Alku jollekin uudelle. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.ehyt.fi/sites/default/files/Tipattoman%20tammi-kuun%20pop%20up_0.pdf [viitattu 25.3.2018].

Goodfellow, B. & Moorey, C. 2007. Reaching uncredible groups and crossing cultural barriers in communicating health promotion. Teoksessa Corcoran N. (toim.) *Communicating Health – Strategies for health promotion*. 2. painos. London: SAGE Publications Ltd, 53–72.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita.

Heldánn, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-188-4> [viitattu 25.3.2017].

Hellsten, M. 2014. Ikääntyvät naiset ja alkoholinkäyttö – haastattelututkimus ikääntyvien naisten alkoholinkäytöstä elämänsä aikana. Helsingin yliopisto. Pro Gradu –tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/165601>.

Holstila, A.-L., Helakorpi S. & Uutela A. 2012. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/104397>.

Huohvanainen, J., Kejonen A., Lehmuskoski, K., Leinonen, S., Nykky, T., Pirskanen, M. & Varjoranta, P. 2012. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/124599/Tyovalineita_65v_2012.pdf [viitattu 6.8.2017].

HUS. 2018. Mielenterveystalo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/> [viitattu 22.2.2018].

Huttunen, J. 2015. Alkoholi ja terveys. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120 [viitattu 26.4.2017].

Härkönen, J., Savonen, J., Virtala, E. & Mäkelä, P. 2017. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2016. Juomatapatutkimusten tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 3/2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN_ISBN_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1 [viitattu 18.8.2017].

Härkönen, J. & Österberg, E. Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H. ja Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset vuosina 1968–2008. Helsinki: Yliopistopaino, 155–166. PDF-dokumentti. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402> [viitattu 16.4.2017].

Ikaasema. 2017. Kouvolan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvalle/hyvinvointi-asetat/ikaasema.html> [viitattu 30.11.2017].

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus:jessio-nid=BF2C5926BD8CE0EDF792CF3730E02D28?id=nix02109> [viitattu 2.5.2017].

Kananen, J. 2007. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. 2013. Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 13/2013. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-896-4> [viitattu 19.4.2017].

Kouvola. 2014. Kouvolan kaupunkistrategia 2014–2020. Luonnollinen kasvukeskus. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.kouvola.fi/material/attachments/gnewfolder_196/newfolder_7/YZB5keLq1/kaupunkistrategia2013web.pdf [viitattu 16.4.2017].

Kouvola. 2015a. Kouvolan mielenterveys ja päihdeohjelma 2015–2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://ep.kouvola.fi/kokous/20153846-13-1.PDF> [viitattu 29.3.2017].

Kouvola. 2015b. Kuntaliitos 2009. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kouvola.fi/index/kaupunkijahallinto/tietoakouvolasta/historia/kuntaliitos2009.html> [viitattu 24.2.2018].

Kouvola. 2017. Kouvolan hyvinvointikertomus 2017–2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.kouvola.fi/material/attachments/hyvinvointipalvelut/raportitjaohjelmat/wllw6bb0t/Hyvinvointikertomus_2017-2020.pdf [viitattu 13.3.2018].

Kuntalaki 10.4.2015/410.

La Placa, V., McNaught, A., Knight, A. 2013. Discourse on wellbeing on research and practice. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/177> [viitattu 4.5.2017].

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 24.4.2015/523.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Mäkelä, P. & Härkönen, J. 2010. Miten juominen muuttuu iän myötä? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H. ja Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset vuosina 1968–2008. Helsinki: Yliopistopaino, 115–128. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402> [viitattu 16.4.2017].

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Huhtanen, P. 2010. Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset vuosina 1968–2008. Teoksessa Mäkelä, P., Mustonen, H. ja Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset vuosina 1968–2008. Helsinki: Yliopistopaino, 39–54. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402> [viitattu 14.4.2017].

Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveystieteen edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A.-M. (toim.) Terveystieteen edistäminen – teorioista toimintaan. Porvoo: WSOY, 15–31.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. Alkoholi ja huumeet. 2016. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-786-2> [viitattu 29.3.2017].

Rizzuto, D., Mossello E., Fratiglioni L., Santoni, G. & Wang, HX. 2017. Personality and Survival in Older Age: The Role of Lifestyle Behaviors and Health Status. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/B74ED06F85869B51AE07C020E0A243A40F07C9320979A527F502071B796D6AFE8D2036CB42E6A8D277DC3EE5B4A1A772>

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf [viitattu 3.4.2017].

Simojoki K. 2016. Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen lääkärilehti* 6, 403–407. Verkkolehti. Saatavissa: <http://www.terkko.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/medic/> [viitattu 22.4.2017].

Sotkanet. 2018. Tilastohaku. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?q=219> [viitattu 24.2.2018].

Strandberg T. & Simojoki K. 2017. Alkoholin ongelmakäyttö yli 75-vuotiailla. *Suomen lääkärilehti* 44, 2523–2527. Verkkolehti. Saatavissa: <http://www.terkko.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/medic/> [viitattu 3.3.2018].

STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6/2006. PDF-tiedosto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2012a. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari. Alkoholinkäytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129751/Alkoholimittari_ammattilaisille_15062012.pdf?sequence=1 [viitattu 22.2.2018].

STM. 2012b. Yli 65-vuotias arvioi alkoholinkäyttöäsi. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80472/Mittari65.pdf?sequence=1> [viitattu 22.2.2018].

STM. 2015. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma – Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74726/STM_EPT-kansi_sisus_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 14.3.2018].

Sulander T., Karisto A., Haarni I. & Viljanen M. 2009. Alkoholinkäytön ja hyvinvoinnin yhteyksiä. *Gerontologia* 1, 23–29.

Systembolaget. 2015. Kvinnor och alkohol. Kunskapsöversikt. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://www.systembolaget.se/imagelibrary/publishedmedia/bn13vi4vibw24m80dsse/Kvinnor-och-alkohol-kunskapsoversikt.pdf> [viitattu 23.3.2018].

THL. 2016a. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana sote-uudistusta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen-osana-sote-uudistusta> [viitattu 18.4.2017].

THL. 2016b. Keskeisiä käsitteitä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> [viitattu 12.7.2017].

THL. 2016c. Puheeksiotto ja mini-interventio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/ehkaisevan-paihdeyton-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio> [viitattu 28.4.2017].

THL. 2016d. Sotkanet, tilastohaku. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?indicator=szY0iYo3BAA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rAwA=&gender=t&abs=f&color=f> [viitattu 29.3.2017].

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.10.2010/1326.

Tipaton. 2017. WWW-tiedosto. Saatavissa: www.tipaton.fi [viitattu 1.5.2017].

Toimitila Etappi. 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://users.kymp.net/etappi/index.html> [viitattu 30.11.2017].

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2010. Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H. ja Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset vuosina 1968–2008. Helsinki: Yliopistopaino, 115–128. PDF-dokumentti. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402> [viitattu 16.4.2017].

Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Duodecim 8, 729–736. Verkkolehti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/8/duo12209>.

Warpenius, K., Holmila, M., Karlsson, T. & Ranta, J. 2015. Ehkäisevä päihde-työ Suomessa 2025 – ennakointitutkimus. Raportti 5/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-444-1> [viitattu 15.4.2017].

WHO. 2015. World Report on Aging and Health. World Health Organization. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=B18A04F5CBEC5CB737B3205D30797120?sequence=1 [viitattu 23.3.2018].

Öfverström-Anttila, H. & Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, aikuisten ehkäisevä päihde-työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hel.fi/static/sote/paihe/ety/aineistopankki/ammattilaisille-ikaantyneiden.pdf> [viitattu 18.4.2017].

Österberg, E. & Mäkelä, P. 2010. Kuinka suomalaiset juovat viiniä? Teoksessa Mäkelä P., Mustonen H. ja Tigerstedt C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisen alkoholinkäyttö ja sen muutokset vuosina 1968–2008. Helsinki: Yliopistopaino, 99–113. PDF-dokumentti. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402> [viitattu 19.4.2017].

Tietokanta/ sanahaut	Löytyneet tutkimukset kpl/ Otsikon perusteella hyväksytyt kpl/tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Tutkimuksen tekijä(t)/ vuosi/ nimi/ maa/ tutkimuksen taso	Tutkimuksen nimi/ tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Medic Brief intervention AND alcohol*	29/ 13/2	Alho, L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa. Suomi, Itä-Suomen yliopisto/Hoitotieteen laitos/ Väitöskirja	Aineisto kerättiin asiakkailta ja työntekijöiltä kyselyillä ja kyse-lyaineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin. Johtamista selvitettiin puolistrukturoidulla ryhmähaastattelulla, joka analysoitiin laadullisin menetelmin.	<p>-Varhainen puheeksiotto on vaikuttava menetelmä alkoholihaittojen vähentämisessä, mutta menetelmää ei ole riittävästi hyödynnetty peruspalveluissa.</p> <p>-Lähes joka toiselta asiakkaalta oli kysytty alkoholinkäytöstä viimeisen vuoden aikana.</p> <p>-Joka toinen koki alkoholinkäytöstä kysymisen vähintään hyödyllisenä</p> <p>- Vähäriskisesti käyttäneet, naimisissa olevat ja ikääntyneet suhtautuivat alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävään neuvontaan myönteisemmin ja osallistuivat laboratoriokokeisiin mieluummin kuin alkoholin ongelmakäyttäjät, naimattomat ja nuoret.</p>
		Simojoki, K. 2016. Vertaisarvioitu artikkeli. Suomen lääkäri-lehti, no 6, 403-407.	Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito.	<p>-Kaikissa palveluissa tulisi nykyistä systemaattisemmin kysyä iäkkäiden alkoholinkäytöstä ja puuttua riski ja ongelmakäyttöön mahdollisimman aikaisin.</p> <p>-Iäkkäiden alkoholiongelmaa kannattaa hoitaa, koska toimivat hoitomuodot ovat tehokkaita ikääntyneillekin ja alkoholi aiheuttaa runsaasti haittoja ja vaikuttaa elämänlaatuun.</p> <p>-Muun tuen tarve tulee arvioida sosiaalihuollon kanssa ja pyrkiä kohentamaan ikääntyneen toimintakykyä ja itsenäistä pärjäämistä.</p>

<p>Medic elderly AND alcohol*</p>	<p>11/3/3</p>	<p>Aira, M. 2012. Katsausartikkeli. Suomen lääkirilehti 6/2012, 409–412.</p>	<p>lääkäiden alkoholin- käytön riskit.</p>	<p>-Ikääntymisen ja sairauksien aiheuttamat muutokset elimistössä tapahtuvat yksilöllisesti, joten kaikille eläkeläisille yhteisiä riskirajoja on vaikea määritellä. -Lääkärien pitäisi muistaa kysyä alkoholinkäytöstä kaikilta iäkkäiltä ja arvioida riski yksilöllisesti. -Mini-interventio tehoaa myös iäkkäiden alkoholinkäytön vähentämiseen ja alkoholismien hoitotulokset ovat yhtä kuin työikäisillä.</p>
		<p>Holstila, A.-L., Helakorpi, S., Uutela A. 2012. THL raportti 56/2012.</p>	<p>Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. EVTK–postikyselytutkimus on tehty joka toinen vuosi vuodesta 1985 alkaen. Osallistujat on poimittu väestötieto-järjestelmästä.</p>	<p>-Eläkeikäisten toimintakyky ja arkitoinnosta selviytyminen ovat parantuneet seurantajakson aikana. -Turvattomuutta aiheuttavat tulojen niukkuus, muistin heikkeneminen ja toisten avusta riippuvaiseksi tuleminen. - Alkoholinkäyttö on lisääntynyt etenkin 65–74-vuotiaalla ja raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt seurantajakson aikana.</p>
		<p>Hellán, A. & Helakorpi S. 2014. THL raportti 15/2014</p>	<p>Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993– 2013. kts. ed.kohta</p>	<p>-Liikunnan harrastaminen oli lisääntynyt edelliseen tutkimusjaksoon verrattuna. -Alkoholinkäyttö oli lisääntynyt erityisesti 65–69-vuotiaalla ja raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt pitkällä ajanjaksolla. -Turvattomuuden kokeminen on vähentynyt 2003 ja 2013 välisenä aikana.</p>

		Simojoki, K. 2016.	Ikäihmisten alkoholin-käytön riskit, tunnistaminen ja hoito	kts. edellä
Medic aging AND alcohol*	12/1/1	Vuori, I. 2015. Katsausartikkeli. Duodecim 8/2015, 729–736.	Elintapojen terveystietokutukset	-Terveet elintavat: tupakoimattomuus, päivittäinen vihannesten ja hedelmien syönti, säännöllinen liikunta ja kohtuullinen alkoholin käyttö pienentävät yleisimpien sairauksien riskiä ja lisäävät terveen vanhenemisen todennäköisyyttä. -Hyvä puristusvoima ja normaalipaino, tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuukäyttö keski-ikässä olivat yhteydessä elossa pysymiseen 85 ikävuoteen asti sekä terveenä ja toimintakykyisenä pysymiseen. Elintapojen lisäksi näitä vaikutuksia selittivät terveyden ja sosiaaliseen taustaan liittyvät tekijät. -Terveellisiä elintapoja voidaan edistää monissa järjestelmissä, terveydenhuollossa se on lakisääteinen tehtävä.
Pubmed alcohol AND (social network)	1 hyväksytty	Rizzuto, D., Mossello E., Fratiglioni L., Santoni G. & Wang HX. Ruotsi. Artikkelin nimi. The American Journal of Geriatric Psychiatry 8.6.2017	Personality and Survival in Older Age: The Role of Lifestyle Behaviors and Health Status. Swedish National Study of Aging and Care in Kungsholmen. 2298 kognitiivisesti tervettä yli 60-vuotiaasta seurattiin 11 vuoden ajan seurantatutkimuksessa.	-Luonteenpiirteillä on vaikutusta kuolleisuuteen. Ulospäinsuuntautuneisuus vähensi eniten riskiä kuolla seurantatutkimuksen aikana. Se vaikutti enemmän kuin avoimuus ja vähäinen neuroottisuus. -Myös avoimilla ja vähän neuroottisilla, mutta ei niin ulospäinsuuntautuneilla on pienempi riski kuolla seurannan aikana, mutta riski oli kuitenkin suurempi kuin ulospäinsuuntautuvilla ikääntyvillä. -Ulospäinsuuntautuneet olivat optimistisempia ja heillä oli korkeampi minäpystyvyyden tunne kuin vähemmän ulospäinsuuntautuneilla. -Korkea ulospäinsuuntautuneisuus vaikutti elintapoihin. Heillä oli enemmän sosiaalisia suhteita, vapaa-ajan aktiviteetteja ja he tupakoivat ja kuluttivat alkoholia vähemmän kuin vähemmän ulospäinsuuntautuneet.

Helda alkoholi	1 hyväksyty	Hellsten, M. 2014. Pro Gadu-tutkielma. Helsingin yliopisto/ Sosiaalitieteiden laitos.	Ikääntyvät naiset ja alkoholinkäyttö – haastattelututkimus ikääntyvien naisten alkoholinkäytöstä elämänselän aikana. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla 10 haastateltavalta, joilla oli alkoholidiagnoosi pää- tai sivudiagnoosina.	-Kaikkien haastateltujen alkoholinkäyttö oli alkanut myöhemmällä iällä 60–70-luvulla. -Kaikki haastatellut kertoivat käyttäneensä alkoholia yhdessä puolisonsa kanssa. -Erilaiset kriisit, kuten avioero, läheisen kuolema tai eläkkeelle jääminen olivat lisänneet alkoholinkäyttöä. -Viisi haastateltua kymmenestä oli toivonut apua alkoholiongelmaan, mutta asiaa ei oltu otettu puheeksi hoitohenkilökunnan tai lääkärin toimesta.. Yksi oli saanut apua ja kolmen kanssa alkoholinkäyttö oli otettu puheeksi.
--------------------------	-------------	--	--	--

Hei.

Teen opinnäytetyönä tutkimusta Kouvolassa asuvien 60–79-vuotiaiden mielipiteistä alkoholinkäyttöä, puheeksiottoa ja alkoholineuvontaa kohtaan. Tarkoituksena on siis tutkia nimenomaan ikääntyvien mielipiteitä näihin aiheisiin. Omaan alkoholinkäyttöön liittyvistä asioista kysytään taustatiedoissa, mutta niiden selvittäminen ei ole tutkimuksen tarkoitus.

Eläkeikäisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosina ja tämä näkyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kouvolan kaupungin tavoitteena on ehkäisevän päihdetyön kehittäminen kaiken ikäisille. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Kouvolan terveyden edistämisen yksiköstä ja tutkimuksen tavoitteena on vastausten avulla kehittää kaupungin ikääntyville suunnattua ehkäisevää päihdetyötä.

Toivoisin teiltä yhteistyötä tutkimuslomakkeiden jakamisessa. Vastaajien ikä on rajattu 60–79-vuotiasiin. Kyselylomake on viisi sivua pitkä ja sen täyttäminen kestää noin 5-10 minuuttia. Tutkimuslomake on melko pitkä, mutta kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja näin vastaaminen on suhteellisen nopeaa. Kuitenkin vastaaminen vaatii keskittymistä, joten jos vastaanoton aikana tuntuu, ettei asiakas kykene vastaamaan omatoimisesti tutkimuslomakkeen kysymyksiin, lomakkeen voi jättää antamatta. Lomakkeen voi antaa terveystarkastuksen yhteydessä ja pyytää täyttämään vastaanottoajan jälkeen ja palauttamaan vastauslaatikkoon. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuslomakkeita on alustavasti tarkoitus jakaa kahden viikon ajan hoitajien vastaanottojen yhteydessä.

Yhteistyöstä kiittäen

Hanna Hyyrynen

Hyvä vastaaja!

Toivon teidän osallistuvan opinnäytetyöhöni liittyvään tutkimukseen, jonka aiheena on kouvolaisten 60–79-vuotiaiden suhtautuminen alkoholineuvontaan ja alkoholin käyttöön. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä he pitävät kohtuullisena alkoholinkäyttönä ja millaisia ovat heidän mielipiteensä alkoholinkäytön puheeksiottamisesta ja alkoholineuvonnasta. Opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen ylemmässä ammattikorkeakouluohjelmassa. Tutkimuksen tuloksia käytetään Kouvolan kaupungin ehkäisevän päihdetyön kehittämiseen. Kaupungin palveluiden kehittämisessä asukkaiden mielipiteiden kuulemista pidetään tärkeänä.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksianne käytetään ainoastaan tämän opinnäytetyön tekemiseen eikä teitä ei voida tunnistaa vastausten perusteella. Täytetyt vastauslomakkeet hävitetään tietojen tallentamisen jälkeen asianmukaisesti. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2018 ja sen jälkeen tutkimustulokset luovutetaan Kouvolan kaupungin ikääntyvien varhaisten palveluiden yksikölle.

Lomakkeen täyttämiseen menee aikaa noin viidestä kymmeneen minuuttia. Vastatkaa kysymyslomakkeen kysymyksiin ympyröimällä oikea vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus annetulle viivalle. Täytetyn lomakkeen voitte jättää vastauslaatikoon.

Jos teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä sähköpostitse. Sähköpostiosoite on hanna.hyyrynen@edu.xamk.fi

Vaivannäöstä ja vastauksistanne lämpimästi kiittäen

Hanna Hyyrynen,

sairaanhoitaja ja terveyden edistämisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija.

KYSYMYSLOMAKE

1. Tunnetteko alkoholinkäytön terveydelliset riskirajat 65 vuotta täyttäneille?
 1. en
 2. kyllä

2. Kuinka monta annosta on **mielestänne** kohtuullinen alkoholinkäyttö **yhdellä kerralla**? Yksi annos tarkoittaa esimerkiksi yhtä pulloa (33 cl) olutta, siideriä tai lonkeroa, yhtä lasillista (12 cl) viiniä tai yhtä ryyppyilasillista (4 cl) viinaa, likööriä, rommia, konjakkia tai viskiä.
 1. nolla annosta
 2. yksi annos
 3. kaksi annosta
 4. kolme annosta
 5. neljä annosta
 6. viisi annosta

3. Kuinka monta alkoholiannosta **viikon aikana** on **mielestänne** kohtuullista alkoholinkäyttöä?
 1. 0–2 annosta
 2. 3–5 annosta
 3. 6–7 annosta
 4. 8–9 annosta
 5. 10–12 annosta

4. Onko alkoholinkäyttö otettu puheeksi kanssanne asioidessanne terveydenhuollon palveluissa viimeisen vuoden aikana?
 1. ei
 2. kyllä

5. Mikäli vastasitte edelliseen myöntävästi, minkä ammatin edustaja on ottanut alkoholin käytön kanssanne puheeksi? (Voitte valita useamman vaihtoehdon)
 1. lääkäri
 2. sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
 3. kotihoidon työntekijä
 4. muu, kuka? _____

6. Onko teillä käytössänne säännöllisiä lääkkeitä?
 1. ei
 2. kyllä

7. Mikäli teillä on käytössä säännöllisiä lääkityksiä, onko teille kerrottu käyttämienne lääkkeiden ja alkoholin yhteensopivuudesta?
 1. ei
 2. kyllä

Seuraavissa kysymyksissä (kysymykset 8–28) kysytään mielipiteitänne. Ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla sen vaihtoehdon numero, joka parhaiten vastaa omaa mielipidettä. **Näissä kysymyksissä vastausten asteikko on 1 täysin eri mieltä; 2 osittain eri mieltä; 3 ei samaa eikä eri mieltä; 4 jonkin verran samaa mieltä; 5 täysin samaa mieltä.**

Seuraavassa on esitetty väittämiä alkoholinkäytön puheeksiottoon liittyen.

8. Mielestäni alkoholinkäytön puheeksiotto
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. kuuluu terveydenhuollon toimintaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. kuuluu lääkärin työhön | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. kuuluu sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työhön | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
9. Koen alkoholinkäytöstä kysymisen yksityisasiana
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
10. Jos olisin huolissani toisen ihmisen alkoholinkäytöstä, mielestäni alkoholinkäytöstä voi puhua
- | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| a. sukulaisen kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. ystävän kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. naapurin kanssa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seuraavassa on esitetty väittämiä alkoholinkäyttöön liittyvistä tiedontarpeista sekä tiedon jakamisen välineistä.

11. Minulla on mielestäni tarpeeksi tietoa
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a. iän vaikutuksista alkoholinsietokykyyn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. alkoholin vaikutuksesta tapaturma-alttiuteen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. alkoholin vaikutuksesta mielialaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. alkoholin vaikutuksista unen laatuun | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. alkoholin vaikutuksista itsenäiseen pärjäämiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. alkoholin vaikutuksesta perheenjäsenten välisiin suhteisiin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. alkoholin vaikutuksista sosiaalisten suhteiden ylläpitoon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
12. Mielestäni hyvä väline alkoholiin liittyvän tiedon jakamiseen on
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. radio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. televisio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. lehdet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. eläkeikäisten alkoholinkäytön erityispiirteistä kertovat esitteet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. alkoholinkäytöstä kertovat nettisivut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. sosiaalinen media | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. kampanja, esimerkiksi tipaton tammikuu, joka motivoi miettimään omaa alkoholinkäyttöä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. järjestön tai seurankunnan järjestämä tilaisuus, jossa käsitellään alkoholinkäyttöön liittyviä asioita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seuraavassa on esitetty väittämiä alkoholinkäyttötilanteisiin liittyen. **(Vastausten asteikko on 1 täysin eri mieltä; 2 osittain eri mieltä; 3 ei samaa eikä eri mieltä; 4 jonkin verran samaa mieltä; 5 täysin samaa mieltä.)**

13. Mielestäni kohtuullinen alkoholinkäyttö on sopivaa
- | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| a. arkipäivisin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. viikonloppuisin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. lomamatkalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. ruokailutilanteissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
14. Mielestäni satunnainen humaltuminen alkoholinkäyttötilanteissa on sopivaa?
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
15. Mielestäni alkoholia voi käyttää
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a. helpottamaan nukahtamista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. lievittämään särkyjä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. lievittämään ahdistunutta oloa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. lievittämään yksinäisyyden tunnetta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. rentouttamaan oloa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. helpottamaan sosiaalista kanssakäymistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. juhlistamaan erityistä tilannetta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seuraavassa on esitetty väittämiä harrastuksiin ja ihmissuhteisiin liittyen.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Minulla on mielekkäitä harrastuksia ja tekemistä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Minulle on tärkeää, että voin osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Olen tuntenut itseni toimeksi viimeisen 12 kuukauden aikana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mielestäni Kouvolan alueen eläkeikäisille suunnatusta harrastustoiminnasta on jaettu tarpeeksi tietoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mielestäni Kouvolan alueella on järjestetty eläkeikäisille sellaista toimintaa, johon voisin halutessani osallistua. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Minulla on läheisiä ihmissuhteita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Koen elämäni merkitykselliseksi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Koen, että saan tarvittaessa tukea läheisiltäni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Koen, että läheiset ihmiset tukevat elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveyttäni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Koen tärkeänä olla käytettävissä, jos lapset tai lapsenlapset tarvitsevat apua (Jos teillä ei ole, jättäkää vastaamatta kysymykseen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Koen tärkeänä olla käytettävissä, jos muut läheiseni tarvitsevat apua. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Tunnen olevani osa naapurustoni sosiaalista yhteisöä. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Olen tuntenut itseni yksinäiseksi viimeisen 12 kuukauden aikana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

TAUSTATIEDOT

29. Mikä ikäinen olette?
- 60–64 vuotta
 - 65–69 vuotta
 - 70–74 vuotta
 - 75–79 vuotta
30. Mikä on sukupuolenne?
- mies
 - nainen

31. Mikäli olette/olitte työssä, mikä on/oli asemanne työyhteisössä?

1. työnantaja
2. yksityisyrittäjä
3. maanviljelijä
4. ylempi toimihenkilö
5. alempi toimihenkilö
6. työntekijä
7. en ole ollut työssä kodin ulkopuolella

32. Oletteko eläkkeellä?

- a. en
- b. kyllä

33. Mikä on tämän hetken siviilisäätynne?

1. naimaton
2. avio- tai avoliitossa
3. asumuserossa tai eronnut
4. leski

34. Kenen kanssa asutte?

- a. yksin
- b. kahdestaan avio/ avopuolison kanssa
- c. muiden henkilöiden ja avio/avopuolison kanssa
- d. muiden henkilöiden kanssa

35. Millä asuinalueella asutte?

- a. Myllykoski–Keltakangas
- b. Anjala–Inkeroinen
- c. Elimäki
- d. Jaala
- e. Kouvola
- f. Kuusankoski
- g. Valkeala
- h. muu, mikä? _____

36. Millaisella alueella asutte?

- a. taajama
- b. maaseutu tai haja-asutusalue

37. Tupakoittekko?

- a. en
- b. kyllä

38. Oletteko käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana?

- a. en
- b. kyllä

Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, valitkaa seuraavista kysymyksistä oikea vaihtoehto (numerot 39–45).

39. Kuinka monta alkoholiannosta keskimäärin käytätte **yhdellä kerralla**?
- yksi annos
 - kaksi annosta
 - kolme annosta
 - neljä annosta
 - viisi annosta tai enemmän
40. Kuinka monta alkoholiannosta keskimäärin käytätte **viikon aikana**?
- 0–2 annosta
 - 3–5 annosta
 - 6–7 annosta
 - 8 annosta tai enemmän
41. Kenen kanssa pääasiassa käytätte alkoholia?
- yksin
 - puolison kanssa
 - muun perheenjäsenen kanssa
 - ystävien kanssa
42. Missä pääasiassa käytätte alkoholia?
- kotona
 - kyläillessä
 - ravintolassa
43. Koetteko tarvetta vähentää alkoholinkäyttöänne?
- en
 - kyllä
44. Mikäli vastasitte myöntävästi, kuinka varmasti onnistuisitte vähentämään sitä?
- hyvin epävarmasti
 - melko epävarmasti
 - en varmasti enkä epävarmasti
 - melko varmasti
 - hyvin varmasti
45. Mikäli vähentäisitte alkoholinkäyttöä ja tarvitsisitte tukea, yrittäisittekö vähentää ensisijaisesti
- läheisten tuella
 - sosiaali- terveydenhuoltoalan ammattilaisten tuella
 - järjestön tai yhdistyksen tuella

KIITOS VASTAUKSISTANNE!