ALKOHOLINKÄYTTÖ EVI -HANKKEESEEN OSALLISTUNEILLA KESKISUOMALAISILLA

Susanna Mutanen
Terveyskasvatuksen
Pro-gradu tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2012

Tiivistelmä

Alkoholinkäyttö EVI -hankkeeseen osallistuneilla keskisuomalaisilla
Susanna Mutanen
Jyväskylän yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos
Kevät 2012
Pro gradu – tutkielma, 52 sivua, 8 liitettä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio (EVI) -hankkeeseen osallistuneiden keskisuomalaisten alkoholinkäyttö oli yhteydessä tutkittavien taustatekijöihin. Keskeisesti haluttiin tutkia alkoholikäytön useuden, kertakäyttömäärien sekä humalahakuisen käytön yhteyttä vastaajien sukupuoleen, ikään, koulutustaustaan ja työelämätilanteeseen sekä painoindeksiin ja vyötärönympärykseen. Tutkimuksella pyrittiin vastaamaan myös siihen, missä olosuhteissa alkoholia käytettiin eri taustatekijöiden mukaan sekä millaista oli tutkittavien alkoholiin liittyvien terveystottumusten muutoshalukkuus.

Tutkimusaineisto oli osa EVI -hankkeen vuoden 2007 kyselylomakeaineistoa, joka oli kerätty vuosina 2006 - 2007. Tutkimuksen otos koostui perusterveydenhuollon 15 - 90 -vuotiaista asiakkaista (N=557). EVI -hanke toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhdeksässä kunnassa (Hankasalmi, Jyväskylän maalaiskunta, Konnevesi, Laukaa, Petäjävesi, Pihtipudas, Toivakka, Uurainen ja Viitasaari). Tutkimus oli luonteeltaan määrällinen ja aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä. Tulokset analysoitiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina sekä ristiintaulukoimalla. Merkitsevyydet määriteltiin χ^2 -testillä.

Tutkimukseen osallistuneista keskisuomalaisista suurin osa käytti alkoholia alle riskirajojen tai olivat raittiita. Miehet käyttivät alkoholia useammin kuin naiset (p=.000) ja alkoholin kertakäyttömäärät olivat suurempia miehillä naisiin verrattuna (p=.000). Myös humalahakuinen alkoholinkäyttö oli yleisempää miehillä (p=.000). Yli 50 -vuotiaista suurimmalla osalla alkoholin kertakäyttömäärät olivat alle riskirajojen (p=.007) ja alkoholin humalahakuinen käyttö oli harvinaisempaa alle 50 -vuotiaisiin verrattuna (p=.000). Suurin osa työelämän ulkopuolella olevista ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti verrattuna työelämässä oleviin, joista vajaa puolet käytti alkoholia humalahakuisesti kerran kuussa tai harvemmin (p=.012). Alkoholinkäyttö kotona oli yleisempää miehillä (p.=002) ja yli 50 -vuotiailla (p=.023). Alkoholinkäyttö vapaa-aikana kodin ulkopuolella oli yleisempää alle 50 -vuotiailla (p=.000) sekä työelämässä olevilla (p=.000). Raittius oli yleisempää niillä, joilla vyötärönympärys oli alle 100 cm (p=.039) ja alkoholinkäytön useus (p=.039) ja humalahakuinen käyttö (p=.001) oli yleisempää niillä, joilla vyötärönympärys oli yli 100 cm. Alkoholiin liittyvän terveyskäyttäytymisen muutoshalukkuus oli yleisempää miehillä (p=.000) sekä työelämän ulkopuolella olevilla (p=.002).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että perusterveydenhuollossa tavattaville alkoholin riskikäyttäjille ja ylipainoisille tulisi mini-interventiota ja alkoholiin liittyvää terveysneuvontaa kohdentaa tehokkaammin. Myös alkoholiin liittyvää terveyskäyttäytymisen muutoshalukkuutta tulisi aktiivisemmin kysyä asiakkailta, jotta terveysneuvontaa voitaisiin kohdentaa sitä haluaville ja siitä hyötyville.

Asiasanat: alkoholinkäyttö, keskisuomalaiset, terveysneuvonta, mini-interventio

Abstract

The alcohol use in the EVI -project participants in Central Finland
Susanna Mutanen
University of Jyväskylä
Department of Sport and Health Sciences
Spring 2012
Master´s thesis, 52 pages, 8 appendices.

The purpose of this Master´s thesis was to study the frequency of alcohol use, drunk drinking, and single use levels in relationship with sociodemographic and socioeconomic variables, body mass index and waistline of the working adults living in Central Finland. The purpose was also to study the willingness to change alcohol related behavior and in which environments alcohol use was most common in relationship with sociodemographic and socioeconomic variables.

The data was a part of EVI -project that was gathered in 2006 - 2007. The sample group (N=557) consisted of clients in the Finnish primary health care system aged between 15 - 90 years. The EVI -project was conducted in nine municipalities in the Central Finland (Hankasalmi, Rural district of Jyväskylä, Konnevesi, Laukaa, Petäjävesi, Pihtipudas, Toivakka, Uurainen and Viitasaari). The study was quantitative. The data was analyzed by using frequencies, percentages, cross tabulation and χ^2-test.

The main results of this study demonstrate that the alcohol use was moderate in most of the participants or the participants were abstainers. The alcohol use was more common in men in comparison with women (p=.000) and also the number of alcohol units was higher in men (p=.000). Most of over the 50 year olds used alcohol under the risk limits (p=.007). Heavy drinking (over six units per one occasion) was more prevalent in men (p=.000) compared to women. Most of the over 50 year olds never used alcohol six units or more per occasion (p=.000). Most of those outside working life never drank six or more units of alcohol at one occasion, compared to those in working life, who drank six or more units per one occasion once a month or less (p=.012). Men (p=.002) and over 50 year olds (p=.023) were more often found to use alcohol at home. Participants in working life (p=.000) and under 50 year olds (p=.000) were more likely to use alcohol in free time outside home environment. Abstinence was more common among those whose waist measure was below 100 cm (p=.039) and the frequency of alcohol use (p=.039) and heavy drinking (p=.001) was more common in those whose waist measure was over 100 cm. The willingness to change alcohol related behavior was more common in men (p=.000) and those outside working life (p=.002).

This study leads to the conclusion that attention and health education should be addressed to risk users of alcohol and overweight people. Also the willingness to change alcohol related behavior should be asked more active, so that effective health education can be targeted to people who are willing to accept and benefit from it.

Keywords: alcohol use, thranstheoretical model, brief intervention

SISÄLLYS

1 Johdanto 5
2 Alkoholinkäyttö Suomessa ja Euroopassa 7
2.1 Sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteys alkoholinkäyttöön 10
2.2 Alkoholin riskikulutus ja riskirajojen määrittäminen 13
2.3 Alkoholin liikakäytön haitalliset vaikutukset 15
3 Strategiat haitalllisen alkoholinkäytön vähentämiseksi 17
3.1 Kansainväliset ja paikalliset strategiat 17
3.2 Terveysneuvonta 19
3.3 Transteoreettinen muutosvaihemalli alkoholiongelmien hoidossa 20
3.4 Mini-interventio 21
4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset 24
5 Tutkimusaineisto ja tutkimusmenetelmät 25
5.1 Aineiston hankinta ja käsittely 25
5.2 Aineiston analyysi 27
6 Tulokset 28
6.1 Tutkittavien taustatiedot 28
6.2 Alkoholinkäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö . 29
6.2.1 Alkoholinkäytön useus eri taustatekijöiden mukaan 29
6.2.2 Alkoholin kertakäyttömäärät eri taustatekijöiden mukaan 31
6.2.3 Alkoholin humalahakuinen käyttö taustatekijöiden mukaan 33
6.3 Alkoholinkäytön yhteys painoindeksiin ja vyötärönympärykseen 34
6.4 Alkoholin käyttötilanteet eri taustatekijöiden mukaan. 35
6.5 Alkoholitottumusten muutoshalukkuus 36
6.6 Alkoholiin liittyvää terveysneuvontaa saaneiden alkoholinkäyttö ja alkoholiin liittyvien terveystottumusten muutoshalukkuus 37
7 Pohdinta 39
7.1 Tulosten arviointi aiempien tutkimusten valossa 40
7.2 Validiteetti 41
7.3 Reliabiliteetti 42
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet 43
Lähteet 45

LIITTEET

Liite 1 AUDIT- testi

Liite 2 Kysymyslomakkeet

1 JOHDANTO

Väestön elinikä on Suomessa pidentynyt ja terveydentila kohentunut, mutta terveyteen vaikuttavissa elintavoissa on merkittäviä sosioekonomisen aseman mukaisia eroja, etenkin työikäisessä väestössä. Alkoholin suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa asemissa kuten alemmilla koulutustasoilla (Palosuo ym. 2007). Myös sosiodemografisilla tekijöillä, kuten sukupuolella ja iällä on yhteys terveyskäyttäytymiseen. Juomatapatutkimuksen pitkän ajan trendi on ollut naisten suhteellinen alkoholinkulutuksen kasvu miehiä voimakkaammin ja sukupuolten alkoholinkäyttötavat ovat siten lähentyneet toisiaan. Miehet kuitenkin juovat Suomessa keskimäärin noin kolme kertaa enemmän alkoholia kuin naiset (Mäkelä ym. 2009).

Alkoholin käyttökertamäärät ovat lisääntyneet, etenkin vanhemmissa ikäryhmissä (Mäkelä ym. 2009, Laitalainen ym. 2010). Alkoholinkäyttö-ympäristö painottuu nykyään yhä enemmän kotiympäristöön ja siellä juodaan myös aiempaa suurempi osa kaikesta Suomessa kulutetusta alkoholista (Mustonen ym. 2009). Elämänkaaren eri sosiaaliset tilanteet, muun muassa vapaa-ajan määrän ja taloudellisten resurssien vaihtelut, vaikuttavat alkoholin käyttöön (Mäkelä ym. 2009).

Jo yksittäinen humalakerta, sekä runsas jatkuva alkoholinkäyttö voivat johtaa sosiaalisiin ja terveydellisiin haittoihin, kuten liikenneonnettomuuksiin tai erilaisiin sairauksiin (Karlsson 2009). Alkoholin riskikäyttö aiheuttaa jopa puolet työikäisten miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista (STM 2008). Myös satunnaiset poissaolopäivät, pidemmät sairaslomat, työttömyys ja syrjäytymisen riski ovat yhteydessä liialliseen alkoholinkäyttöön (Mäkelä 2003). Alkoholinkäyttö aiheuttaa monia yhteiskunnallisia kustannuksia ja laskelmien mukaan alkoholihaittojen välittömät kustannukset vuonna 2003 olivat kokonaisuudessaan 933 miljoonaa euroa (Mellin ym. 2006).

Alkoholihaittojen vähentämiseksi on olemassa monia keinoja ja strategioita. Tehokkaimpia kulutusta hillitseviä keinoja ovat alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen ja korkea hintataso (Karlsson 2009). Valtioneuvoston periaatepäätöksen yleiset linjaukset koskevat alkoholijuomien riskikäytön ehkäisyä, alkoholihaittojen ehkäisyä ja vähentämistä, sekä alkoholijuomien kokonaiskulutuksen vähentämistä (Valtioneuvoston periaatepäätös 2003). Tärkeimpiä terveyshaittoja vähentäviä strategioita ovat koko väestöön kohdistuva terveyskasvatus ja suurkuluttajiin kohdistuva mini-interventiohoito (Sillanaukee 1996).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten keskisuomalaisten Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio (EVI) -hankkeeseen osallistuneiden taustatekijät kuten sukupuoli, ikä, koulutus ja työelämätilanne sekä painoindeksi ja vyötärönympärys olivat yhteydessä alkoholinkäytön useuteen, kertakäyttömääriin sekä humalahakuiseen alkoholinkäyttöön. Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä missä tilanteissa alkoholia käytettiin eri taustatekijöiden mukaan sekä alkoholiin liittyvien terveystottumusten muutoshalukkuutta. Tutkimusaineistona käytettiin EVI –hankkeen kyselylomakeaineistoa vuodelta 2007 (N=557) alkoholinkäytön osalta.

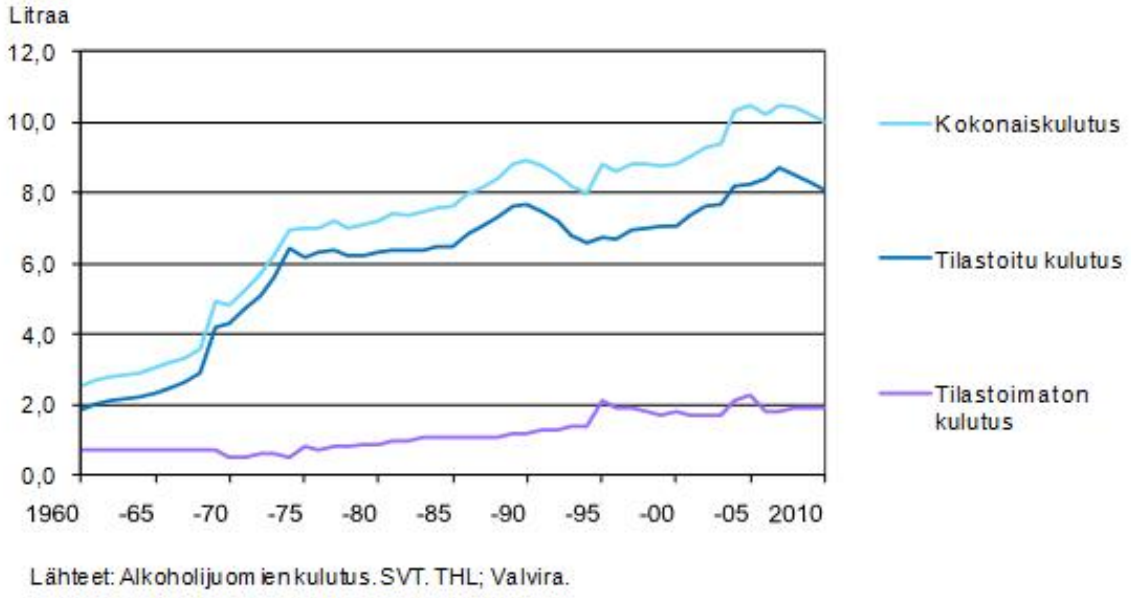
2 ALKOHOLINKÄYTTÖ SUOMESSA JA EUROOPASSA

Alkoholin kulutuksen kehityksestä saadaan tietoa kulutustilastoista, alkoholihaittoja tilastoivista rekistereistä ja kyselytutkimuksista (Mäkelä ym. 2009). Tilastoidun alkoholikulutuksen lähteenä käytetään Alkon myymälöiden myyntitietoja sekä tukkumyyjien toimitustietoja anniskeluravintoloille ja korkeintaan 4,7 tilavuusprosenttisia alkoholijuomia myyville elintarvikkeille. Tilastoimaton alkoholinkulutus koostuu matkailijoiden tuomasta alkoholista, laillisesta ja laittomasta kotivalmistuksesta, suomalaisten ulkomailla kulutetusta alkoholista, sekä salakuljetuksesta ja korvikealkoholeista (Jääskeläinen & Virtanen, 2009).

Haastattelun avulla voidaan kerätä tietoa sosiaalisista tilanteista, joissa alkoholia käytetään. Haastattelun avulla voidaan saada myös tietoa vastaajien viimeisimmistä alkoholin käyttökerroista. Esimerkiksi juomatapatutkimus (Mustonen ym. 2009) ja Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimus (Helakorpi ym. 2011) perustuvat haastattelu- ja kyselyaineistoihin. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella terveyteen vaikuttavien tekijöiden, kuten tupakoinnin, ruokatottumusten, alkoholin käytön ja liikunnan esiintymistä ja muutosta suomalaisilla aikuisilla (Helakorpi ym. 2011). Haastattelutietoihin perustuva aineisto on kuitenkin monesti rajallinen, koska haastateltavilla on taipumusta unohtaa tai salailla alkoholin käyttöään (Mustonen ym. 2009).

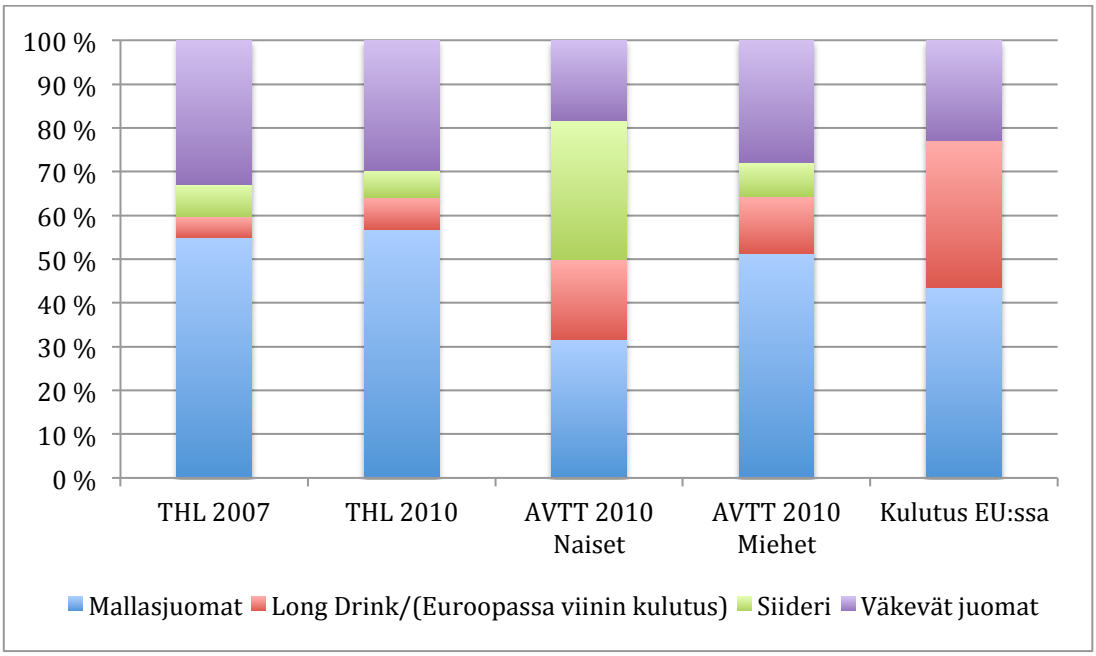
Tilastotietojen mukaan alkoholin kulutus on Suomessa lisääntynyt 1980-luvun alusta lähtien lukuun ottamatta viime vuosia ja notkahdusta, joka tapahtui laman aikana 1990 -luvun alussa (Kuva 1). Alkoholijuomien kokonaiskulutus vuonna 2010 oli 100-prosenttisena alkoholina 10,0 litraa asukasta kohti. Annoksiksi muutettuna se on 13,5 annosta viikossa, jossa yhtä annosta vastaa esimerkiksi 4 cl väkevää viinaa. EVI- aineiston keräämisen aikana, vuonna 2007, kokonaiskulutus oli 10,5 litraa. Kokonaiskulutus on tilastojen mukaan vähentynyt kolmatta vuotta peräkkäin (Jääskeläinen & Virtanen 2011).

Mäkelän ja Österbergin (2009) mukaan vuonna 2004 alkoholin hintojen lasku, sekä alkoholin tuontia helpottavat tekijät olivat syitä, jotka kasvattivat alkoholin kulutusta, etenkin runsaasti alkoholia käyttäneiden keskuudessa (Mäkelä & Österberg 2009). Taloudellinen saatavuus on myös yksi merkittävä tekijä alkoholin kulutusta ohjaavana tekijänä (Mustonen ym. 2009).



Kuva 1. Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti1969-2010 (Jääskeläinen & Virtanen 2011).

Kulutuksen rakenne on muuttunut pitkällä aikavälillä mietoja alkoholijuomia suosivaksi ja mallasjuomien, pääosin keskioluen, kulutus on kasvanut selvästi niin tilastotietojen (THL) kuin kyselytutkimuksenkin (AVTT) mukaan (Kuva 2). Nykyisin se muodostaa lähes puolet kaikesta tilastoidusta alkoholin-kulutuksesta (Jääskeläinen & Virtanen 2011, Anderson & Baumberg 2006, Helakorpi ym. 2011).



Kuva 2. Alkoholijuomien kulutus juomalajeittain (Helakorpi ym. 2011, Jääskeläinen & Virtanen 2009, 2011, Anderson & Baumberg 2006).

Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTT) -tutkimuksen mukaan alueellisesti alkoholinkulutus on lisääntynyt kaikilla tutkituilla alueilla (Uusimaa, Keski-Suomi, Itä-Suomi, Länsi-Suomi, Kaakkois-Suomi, Pohjois-Suomi) ja Uudellamaalla juodaan alkoholia eniten (Helakorpi ym. 2011).

Suomessa kulutettiin eniten alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti muihin Pohjoismaihin verrattuna vuonna 2008. Kokonaiskulutus oli Suomessa 12,5 litraa sataprosenttiseksi muutettua alkoholia, kun vastaava luku Tanskassa oli 11,7 litraa ja Ruotsissa 9,4 litraa. Suomessa kulutettiin myös eniten väkeviä alkoholijuomia muihin pohjoismaihin verrattuna ja väkevien osuus alkoholinkulutuksesta on noin 26 prosenttia, kun muissa Pohjoismaissa se on 16 - 20 prosenttia. Suomessa alkoholin kulutuksen taso on korkea ja niin myös tilastojen mukaan alkoholiperäisiä haittoja on enemmän kuin muissa Pohjoismaissa (Jääskeläinen 2009).

EU:n alueella juodaan eniten alkoholia koko maailmassa (Andersson & Baumberg 2006, WHO 2010a). Kulutus on noin 11 litraa puhdasta alkoholia

vuodessa aikuista kohden (Andersson & Baumberg 2006). Alkoholin kulutusmäärissä on suuria vaihteluita maiden välillä. Vähimmillään noin 10 litraa puhdasta alkoholia vuodessa ja suurimmillaan 30 litraa. Myös jaksottaista vahvan humalatilan juomista esiintyy miesten keskuudessa Irlannissa (43%) eniten ja vähiten Bosnia Herzegovinassa (2%). Vahvojen humalakertojen aineistoa on olemassa vain muutamasta maasta (WHO 2010a). Alle puolet alkoholista juodaan oluena (44%) ja loppu jakaantuu viinin (34%) ja väkevien (23%) kesken. Vajaa puolet juomiskerroista, useimmiten vanhoissa EU-jäsenmaissa osuvat iltapäivään tai illan ruoka-aikoihin. Päivittäinen alkoholinkäyttö lisääntyy siirryttäessä pohjoisesta eteläisempää Eurooppaa. Toistuva, mutta ei päivittäinen alkoholinkulutus näyttää olevan yleisempää Keski-Euroopassa. Humalajuominen vaihtelee eri puolilla Eurooppaa niin, että eteläeurooppalaiset juovat kuukauden aikana harvemmin humalahakuisesti muihin eurooppalaisiin nähden (Andersson & Baumberg 2006).

2.1 Sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteys alkoholinkäyttöön

Sosiodemografiset tekijät, kuten muun muassa sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumispaikka sekä työ, ovat tärkeitä muun muassa strategioiden ja terveyden edistämisen ohjelmien suunnittelussa sekä kohderyhmien tunnistamisessa (Glanz ym. 2008). Sukupuolen mukaan tarkasteltuna terveydelle haitallinen alkoholinkäyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa (Halme ym. 2008). Eurooppalaisten alkoholikäytön tutkimuksessa kaikissa tutkituissa kulttuureissa miehet käyttävät naisia todennäköisemmin alkoholia ja juovat enemmän käyttökerroilla (Andersonin & Baumberg 2006).

Iällä on merkitystä ihmisten alkoholinkäyttötapoihin erilaisten elämänkaaren vaiheisiin liittyvien tekijöiden kautta. Käyttökertojen lukumäärä on juomatapatutkimuksen mukaan kasvanut ja se on keskittynyt sekä miehillä että naisilla vanhimpaan ikäryhmään, eli yli 50 -vuotiaisiin. Yli 50 -vuotiaat ovatkin 2000 -luvulla lisänneet kulutustaan. Nuoremmat ikäpolvet (15 - 29 -

vuotiaat) sen sijaan eivät ole lisänneet alkoholinkulutusta. Humalahakuinen käyttö on lisääntynyt etenkin naisilla kaikissa ikäryhmissä, mutta miesten humalahakuinen käyttö lisääntyi vain nuorimmissa ikäryhmissä (Mustonen ym. 2009).

Ilomäki ym. (2009) toteavat tutkimuksessaan, että 42 - 60 -vuotiaiden miesten alkoholin käyttömäärissä, sekä juomistavoissa tapahtui muutoksia yhdentoista vuoden pitkittäistutkimuksen aikana. Suurin muutos tapahtui alkoholin suurkulutuksen osalta niin kutsutun ”märän sukupolven” kohortissa. Huomiota tulisi tutkijoiden mukaan kohdentaa juuri 42 -vuotiaiden miesten ikäryhmään, sillä heidän alkoholin käyttönsä kasvoi vanhenemisen myötä (Ilomäki ym. 2009). Halmeen ym. (2008) tutkimuksen mukaan Suomen väestön 30 - 64 vuotiaista 5,8 % juo terveydelle haitallisesti, eli ovat alkoholin suurkuluttajia (Halme ym. 2008). Euroopan Unionin (lukuun ottamatta Maltan ja Kyproksen) 20 - 64 -vuotiaiden väestössä kaksi kolmasosaa alkoholikuolemista ilmenee 45 - 64 -vuotiailla (Rehm ym. 2011).

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (2009) mukaan 65 - 79 -vuotiaiden miesten vähintään kahdeksan alkoholiannoksen viikkokulutus on yleistynyt vuosien 1985 - 2009 välillä. Myös iäkkäiden naisten vähintään viiden viikkoannoksen kulutus on jatkuvasti kasvanut 65 - 74 -vuotiaiden keskuudessa (Laitalainen ym. 2010). Vastaavasti Halmen ym. (2010) tutkimus osoitti, että iäkkäiden naisten alkoholin suurkulutus oli epätavallista. Eniten alkoholia iäkkäiden keskuudessa käyttivät 65 - 69 -vuotiaat ja alkoholin käyttö laski selvästi 70 - 74 -vuotiaiden ikäryhmässä. Myös raittiiden osuus oli huomattavasti suurempi iäkkäimmissä ikäryhmissä (Halme ym. 2010).

Alkoholinkäyttöympäristö painottuu nykyään yhä enemmän kotiympäristöön ja siellä myös juodaan aiempaa suurempi osa kaikesta kulutetusta alkoholista. Etenkin käyttökertojen lisääntyessä, myös humalahakuinen alkoholinkäyttö lisääntyi naisilla ja nuorilla miehillä. Tämä on lisännyt kotihälytysten määrää 2000 -luvun alusta lähtien (Mustonen ym. 2009).

Sosioekonomista asemaa kuvataan useimmiten koulutuksen, ammattiin perustuvan sosiaaliluokan, työmarkkina-aseman, sekä tulojen ja varallisuuden kautta (STM 2008). Sosioekonomisen aseman luokitus perustuu henkilön pääasiallisesta toiminnasta, ammatista, ammattiasemasta sekä toimialasta. Esimerkiksi sosioekonomisen aseman luokituksen pääryhmiä ovat yrittäjät, ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, työntekijät, opiskelijat ja eläkeläiset (Tilastokeskus 1989).

Terveyden eriarvoisuus ilmenee epäoikeudenmukaisena terveyden vaihteluna (STM 2008). Terveyserojen syntymiseen vaikuttavat ennen kaikkea terveyden taustatekijät, jotka vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Terveyserojen syyryhmiä on nykykäsityksen mukaan kolme; aineelliset tekijät (kuten koulutus, ammatti tai asema työelämässä) (Adler ym. 2002, Lahelma ym. 2007) terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät (Lahelma ym. 2007).

Alkoholin ryypiskely, jolloin kulutetaan kerralla neljä pulloa mallasjuomia, pullo viiniä, pullollinen väkevää viiniä tai kuusi kerta-annosta väkevää viinaa, on yhteydessä aikuisiän sosioekonomiseen asemaan, kuten alempaan tuloluokkaan, työttömyyteen (Yang ym. 2007), naimattomuuteen (Herttua ym. 2011, Halme ym. 2008, Yang ym. 2007), vähempään aineelliseen omistukseen ja vähäisempään järjestölliseen osallisuuteen sekä heikompaan psykologiseen toimivuuteen (Yang ym. 2007). Kawachi ym. (2010) esittävät, että kouluttautumisella on havaittu yhteys lisääntyneeseen terveyteen, mutta esimerkiksi alempien tuloluokkien varallisuuden parantaminen ei edistä heidän terveyttään (Kawachi ym. 2010).

Alkoholia käytetään melko runsaasti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä, mutta suurkulutus ja humalajuominen ovat yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, jonka seurauksena alkoholin terveyshaittoja on enemmän alemmissa kuin ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä (Lahelma ym. 2007, STM 2008). Sosioekonominen asema on tekijä, joka vaikuttaa niin yhteiskunnallisesti kuin yksilöllisestikin suurempaan kuolleisuuteen. Alkoholinkäyttö on merkittävä syy sosioekonomisiin kuolleisuuseroihin

Suomessa. Etenkin onnettomuuksiin ja väkivaltaan liittyvät alkoholikuolemat olivat sairauksiin liittyviä alkoholikuolemia yleisempiä. Alkoholiin liittyvä kuolleisuus oli huomattavasti yleisempää fyysistä työtä tekevien keskuudessa verrattuna ei–fyysistä työtä tekeviin (Mäkelä ym. 1997).

2.2 Alkoholin riskikulutus ja riskirajojen määrittäminen

Kohtuukäyttäjä hallitsee juomisensa ja heidän käyttämät alkoholimäärät ovat niin pieniä, etteivät ne aiheuta terveyshaittoja (Sillanaukee ym. 1992). Alkoholin suurkulutus voidaan erotella riskikulutuksen, haitallisen käytön ja riippuvuuden ryhmiin. Jako suurkulutuksen jatkumon ryhmiin on hyödyllinen, koska se kuvaa potilaan riskiä alkoholin suhteen ja auttaa hoidon valinnassa (Aalto 2009). Alkoholikäytön kulutuksen rajoja tarvitaan muun muassa potilasneuvontaan ja diagnostiikan avuksi. Riskirajojen määrittelyyn on käytetty lähinnä epidemiologisia kuolemansyy- ja sairastavuustilastoja (Aalto ym. 2008).

Yksi annos vastaa 4 senttilitraa väkevää viinaa tai 33 senttilitraa keskiolutta tai 12 senttilitraa mietoa viiniä. Yksi annos sisältää 11 grammaa puhdasta alkoholia. Suurkuluttaja käyttää alkoholia yli riskirajojen eli miehillä yli 7 annosta kerralla tai 24 annosta viikossa ja naisilla yli 5 annosta kerralla tai 16 annosta viikossa (Aalto ym. 2008). The National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism -instituutin (NIAAA) mukaan riskirajat ovat miehillä 14 annosta viikossa tai vähemmän kuin neljä annosta kerralla. Naisilla rajat ovat 7 annosta viikossa tai vähemmän kuin kolme annosta kerralla. Iäkkäillä eli yli 65 -vuotiailla riskirajaksi on asetettu 7 annosta viikossa. Näiden annosmäärien ylittyessä alkoholiin liittyvät terveysriskit kasvavat (NIAAA 2005).

Käypä hoito suosituksen mukaan alkoholiongelmaisen hoidossa on otettu käyttöön yhtenäinen nimikkeistö. Ongelmakäyttö on yhteisnimike kaikille liikaa alkoholia käyttäville ja riskikäyttö niille, joille ei ole vielä liiallisesta käytöstä huolimatta ilmaantunut haittoja (Seppä ym. 2010). Alkoholiriippuvainen on

oireyhtymä, jossa tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vierotusoireet, toleranssi ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta (Aalto ym. 2008).

Alun perin maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä AUDIT -testi (The Alcohol Use Disorders Identifcation Test) (Liite 1) on lyhyt, nopea ja standardoitu sekä validi testi. Se on kehitetty seulomaan runsaasti alkoholia käyttäviä ja erityisesti auttamaan terveyskeskuslääkäreitä huomaamaan asiakkaat, jotka hyötyisivät alkoholikäytön vähentämisestä (Babor ym. 2001). AUDIT -testi koostuu kymmenestä kysymyksestä ja mittaa keskimääräistä alkoholinkulutuksen määrää ja useutta, mahdollista ryyppyputkea, riippuvuusoireita sekä alkoholiin liittyviä ongelmia. Kysymykset on pisteytetty nollasta neljään ja yksilön vastausten kokonaispistemäärän ollessa kahdeksan tai yli, voidaan sen ajatella olevan alkoholiongelman merkki (Reid ym. 1999, Babor ym. 2001). Käypä hoito -suosituksen mukaan rajana on pidetty miehillä kahdeksan ja naisilla kuusi pistettä (Käypä hoito suositus 2011b). Iäkkäiden alkoholin suurkuluttajien seulonnassa AUDIT -testi on tarkka seulonnan väline, jos riskipisteet ovat räätälöity ikäryhmälle sopivaksi. Esimerkiksi riskipisteiden laskeminen kahdeksasta viiteen, optimoi AUDIT -testin spesifisyyden ja sensitiivisyyden (Aalto ym. 2011).

Ensimmäiset kysymykset yhdestä kolmeen selvittävät juomisen tiheyttä, tyypillistä käyttömäärää ja humalajuomisen toistuvuutta. Kysymykset neljästä kuuteen selvittävät riippuvuusoireita ja kysymykset 7 -10 selvittävät tyypillisiä alkoholista johtuvia haittoja (Aalto 2009). On havaittu, että lyhennetty 5 -kohtainen AUDIT -testi riittää seulomaan alkoholiongelmaisia (Reid ym. 1999). Potilastyössä on kuitenkin suositeltavaa käyttää alkuperäistä AUDIT -testiä (Aalto 2009). Testi ei kuitenkaan yksin riitä erottelemaan suurkulutuksen ryhmiä toisistaan, vaan lisäksi tarvitaan haastattelua suurkulutuksen luokkien erotteluun. Kysymykset voivat olla muun muassa määrä-tiheys- tai eri juomalajien käyttömääräkysymyksiä tai asiakas voi täyttää juomapäiväkirjaa alkoholin käytön selvittämiseksi (Aalto 2009, Reid ym. 1999). Alkoholin suurkuluttajien seulontaan ja hoitoon tulisi puuttua. Rutiininomaista seulontaa tulisi tehdä etenkin niiden kohdalla, jotka tavataan perusterveydenhuollon asiakkaina (Reid ym. 1999).

2.3 Alkoholin liikakäytön haitalliset vaikutukset

2000-luvulla alkanut alkoholikulutuksen kasvu näkyy alkoholin käytön aiheuttamissa terveydellisissä haitoissa. Vuodesta 2006 hoitojaksojen määrä kasvoi alkoholisairauksien osalta lähes 3 prosenttia (Wahlfors ym. 2009). Liiallisesta alkoholinkäytöstä aiheutuu yhteiskunnalle kustannuksia noin 933 miljoonaa euroa vuodessa. Terveydenhuollon osuus kokonaiskustannuksista olivat noin 90 miljoonaa, sosiaalihuollon kulut 160 miljoonaa, omaisuusvahingot 210 miljoonaa ja eläkkeet ja sairauspäivärahat noin 220 miljoonaa euroa (Mellin ym. 2006).

Sillanaukeen (1996) mukaan alkoholihaittojen yhteys alkoholin kulutukseen on selvä. Kulutuksen suurentuessa myös alkoholihaitat lisääntyvät. Juodun alkoholin kokonaismäärällä on merkitystä terveyshaittojen lisääntymiseen, ei niinkään sillä, mitä juodaan (Sillanaukee ym. 1996). Kauhanen ym. (1997) ovat kuitenkin tutkimuksessaan todenneet, että oluen ryypiskelyllä on todettu olevan yhteys lisääntyneeseen kuoleman riskiin. Alkoholin kertakäyttötavalla, jolloin kerralla käytetään runsaasti alkoholia, on yhteys esimerkiksi sydäninfarktin aiheuttamiin kuolemiin keski-ikäisillä miehillä. Riski on erityisen korkea niillä miehillä, jotka käyttävät kerralla kuusi annosta olutta tai enemmän verrattuna miehiin, jotka käyttävät vähemmän kuin kolme annosta olutta kerralla. Toisin sanoen alkoholin käyttötavalla voi olla enemmän vaikutuksia terveydelle, joita ei voida selittää alkoholin kokonaiskäyttömäärällä (Kauhanen ym. 1997).

Alkoholin suurkulutuksella on yhteys erilaisiin sairauksiin, kuten maksakirroosiin, haimatulehdukseen sekä suun ja ruokatorven alueen syöpiin. Vuonna 2005 kuolleista lähes joka kymmenennen kohdalla alkoholi liittyi jollain tavalla kuolemaan ja noin puolessa tapauksista alkoholi oli peruskuolemansyy (Kinnunen & Vilenius 2008). Alkoholisairaudet olivatkin vuonna 2008 tehdyssä, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä työikäisillä tärkein kuolinsyy. Alkoholi on mukana noin 20 prosentissa kuolemaan johtavissa ajoneuvo-onnettomuuksissa (Kinnunen & Vilenius 2008, WHO 2010). Myös eriasteiset sosioekonomiset ongelmat lisääntyvät

alkoholin runsaan käytön seurauksena, kuten perheväkivalta, ihmissuhdeongelmat, eristäytyminen ja taloudelliset ongelmat (Kinnunen & Vilenius 2008).

Suomessa on muihin Pohjoismaihin verrattuna eniten lihavia aikuisia. Alkoholi näyttäisi olevat yksi tärkeä syy suomalaisten lihomiseen, sillä alkoholi lisää päivittäin saadun kokonaisenergian määrää. Alkoholi lisää erityisesti rasvakudoksen määrää vyötäröllä (Männistö ym. 2010) etenkin miehillä (Schröder ym. 2007). Huomattava yhteys alkoholinkäytön ja vyötärölihavuuden välillä havaittiin etenkin niillä miehillä, joiden alkoholinkäyttö ylitti enemmän kuin kolme alkoholiannosta päivässä (Schröder ym. 2007). Vadstrup ym. (2003) osoittivat väestötutkimuksessaan, että alkoholinkäytöllä ja suurella vyötärönympäryksellä on positiivinen yhteys miehillä ja naisilla (Vadstrup ym. 2003). Lihavuus onkin yksi suomalaisten terveyttä uhkaava tekijä ja vuonna 2007 lähes 70 prosenttia suomalaisista työikäisistä miehistä ja puolet naisista luokiteltiin vähintään lievästi lihavaksi (BMI vähintään 25 kg/m^2) (Männistö ym. 2010).

Kehon painoindeksi (BMI = kg/m^2) on Käypä hoito –suosituksen mukaan hyvä suhteellisen painon mittari, jolla on vahva yhteys rasvakudoksen määrään. Taulukossa 1 on esitetty lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella (Käypä hoito suositus 2011a).

Taulukko 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI: kg/m^2) mukaan (Käypä hoito -suositus 2011a).

BMI	Luokitus
18,5 - 24.9	Normaali paino
25,0 - 29,9	Liikapaino (ylipaino)
30,0 - 34,9	Lihavuus
35,0 - 39,9	Vaikea lihavuus
40 tai yli	Sairaalloinen lihavuus

Vyötärölihavuus on vyötärön ympärysmitan suurenemista, joka ilmenee vatsaonteloon ja sisäelimiin kerääntyneenä rasvakudoksena. Tavoitearvo miehillä on vyötärönympärysmittana alle 94 cm ja naisilla alle 80 cm. Miehillä arvot 94 - 101 cm viittaavat lievään, ja yli 102 cm huomattavaan terveyshaittaan. Naisilla arvot 80 - 87 viittaavat lievään ja yli 88 cm huomattavaan terveyshaittaan (Käypä hoito suositus 2010).

Alkoholinkäytön vähentäminen enintään yhteen annokseen päivässä vähentää vuosittaista ja elinaikaista riskiä alkoholikuolemiin. Kaikki alkoholinkäytön vähentäminen, niin kertakäyttömäärissä, alkoholikäytön useudessa tai humalajuomisessa, vähentää alkoholiin liittyviä loukkaantumisia, haitalliseen juomiseen liittyviä sydän- ja verisuonitauteja sekä on osoitettu myös maksakirroosikuolemien väheneminen alkoholikäytön vähentämisen myötä (Rehm ym. 2011). Alkoholinkäytön vähentäminen vähentää myös ylimääräisen energian varastoitumista, joten sillä on ylipainon kannalta edullisia vaikutuksia (Käypä hoito suositus 2011a).

3 STRATEGIAT HAITALLLISEN ALKOHOLINKÄYTÖN VÄHENTÄMISEKSI

3.1 Kansainväliset ja paikalliset strategiat

WHO on tutkinut tehokkainta alkoholipolitiikkaa, joka on myös yksi tärkeä osa-alue WHO:n maailmanlaajuista strategiaa haitallisen alkoholikäytön ehkäisemiseksi. WHO on tehnyt kansalliset suositukset ja toimintaohjeet siitä, kuinka liiallista alkoholinkäyttöä ja siitä johtuvia haittoja voidaan tehokkaasti vähentää. Toimintaperiaatteet kohdistuvat etenkin johtajuuteen ja tietoisuuteen, terveyspalveluiden saatavuuteen, kuntatoimintaan, rattijuoppouden hallintatoimiin, alkoholin saatavuuteen liittyviin asioihin, alkoholituotteiden mainontaan, alkoholin hintapolitiikkaan, alkoholihaittojen vähentämiseen, laittomien alkoholijuomien vähentämiseen sekä valvontaan (WHO 2010b).

Eri maiden (tutkimuksessa 12 maata [1]) strategiat alkoholihaittojen vähentämiseksi vaihtelevat suuresti. Alkoholin hinnoittelun, saatavuuden ja rattijuopumuksen interventiot ovat tehokkaimpia keinoja alkoholihaittojen vähentämisessä, mutta useissa maissa niihin on vain vähän toimintamalleja (Crombie ym. 2007).

Matti Vanhasen hallitus oli vuonna 2003 hallitusohjelmassaan sitoutunut tekemään valtioneuvoston periaatepäätöksen ja alkoholihaittoja ehkäisevän ohjelman, joka valmisteltiin yhdessä kuntien, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukainen toiminta perustuu muun muassa alkoholiohjelman toimintaan, alkoholiverotuksen seurantaan, alkoholijuomien vähittäismyyntimonopolin säilyttämiseen, lainsäädäntöön ja sen toimeenpanoon elinympäristöön vaikuttamalla, sosiaali- ja terveydenhuoltoon, urheilu- ja nuorisotyöhön, liikenneturvallisuustyöhön, viestintään sekä voimavarojen tukemiseen (Valtioneuvoston periaatepäätös 2003).

Päihdeongelmien taustalla on usein yhteiskunnallinen eriarvoisuus ja siihen kytkeytyvä köyhyys, syrjintä työmarkkinoilla, työttömyys ja asunnottomuus. Alkoholihaitoissa ilmeneviä eroja ei ole mahdollista poistaa pelkästään alkoholipolitiikan keinoin, vaan on vaikutettava rakenteelliseen politiikkaan eli ehkäistään köyhyyttä ja syrjäytymistä työ-, palkka-, vero-, koulutus-, ja sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä. Suomen kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011 pyrkii valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisiin tavoitteisiin erilaisin keinoin. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma aloitettiin vuoden 2006 hallituksen Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivassa kansanterveyden neuvottelukunnassa, joka on valtioneuvoston asettama. Ohjelman tavoitteena on alkoholinkäytöstä aiheutuvien sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen (STM 2008). Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti terveydenhuollossa tulee lisätä alkoholiongelmien ehkäisyyn, varhaiseen

1 Australia, Kanada, Tanska, Englanti, Irlanti, Japani, Uusi Seelanti, Pohjois-Irlanti, Skotlanti, Ruotsi, USA ja Wales

toteamiseen ja varhaiseen puuttumiseen tähtäävää toimintaa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2003). Terveyden edistämisen politiikkaohjelma tukee alkoholinkäytön riskien arvioinnin ja mini-intervention käytön tehostamista perus- ja työterveyshuollossa sekä niiden laajentamista erikoissairaanhoitoon ja sosiaalipalveluihin (STM 2008).

3.2 Terveysneuvonta

Terveysneuvonta on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon keino puuttua alkoholikäytön vähentämiseen. Terveysneuvonta koostuu monista eri toteutustavoista, jolloin jokainen vuorovaikutusprosessi on erilainen. Terveysneuvonnassa terveys tulee kytkeä ihmisen merkitysmaailmaan, kokemuksiin ja arkielämään (Poskiparta 1997, 125 - 126). Lääkärin suora kehotus muuttaa elämäntapoja johtaa usein muutosvastarintaan, eikä motivoi potilasta. Asiakkaan motivoituminen voi herätä asiakaskeskeisellä työskentelyllä, joka sisältää tasa-arvoista keskustelua, neutraalia informaatiota sekä vastuun antamista asiakkaalle (Mustajoki 2003). Terveyskeskustelua tarvitaan terveysosaamisen vahvistamiseksi sekä mahdollistamaan tiedollista, sosiaalista ja emotionaalista tukea. Sen avulla asiakasta autetaan jäsentämään elämäntilannettaan ja taitojaan (Hirvonen ym. 2002, 220).

Jokainen terveysneuvontatilanne on ainutkertainen ja se on reflektiivistä, vuorovaikutussuhteen ollessa aktiivista ja jatkuvasti muuttuvaa. Neuvonnan tavoite tarkentuu terveysneuvonnan vuorovaikutussuhteen aikana (Poskiparta 1997, 125 - 126). Terveysneuvonnassa kysymyksillä on keskeinen asema, jolla voidaan hankkia täsmällistä tietoa asiakkaasta, avata vuorovaikutusta ja osoittaa kiinnostusta sekä tukea asiakkaan tunteita (Poskiparta 2002, 33). Positiiviset, tietoiset muutokset terveyskäyttäytymisessä ovat perimmäisiä tavoitteita terveyskasvatuksessa (Glanz ym. 2008, 11 - 12). Terveyskäyttäytymisen muutos on kuitenkin aikaa vievä, taantuvakin yksilöllinen prosessi ja vaatii terveydenhuollon asiantuntijalta erityistä ammattitaitoa (Poskiparta 2002, 35).

3.3 Transteoreettinen muutosvaihemalli alkoholiongelmien hoidossa

Transteoreettista muutosvaihemallia (TTM) on tutkittu alkoholiongelmaisten hoidossa ja tästä on tehty useita tutkimuksia (mm. Sutton 2001, DiClemente ym. 2004, Migneault ym. 2005). Käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi ja etenee vaiheittain. Transteoreettisen muutosvaihemallin tutkimuksen kohteena ovat etenkin ne terveydenhuollon asiakkaat, joiden tavoitteena on terveyskäyttäytymisen muutos (Prochaska 2008, 845).

Muutosvaiheisiin kuuluu esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, toiminta- ja ylläpitovaiheet. Viiden muutosvaiheen läpikäyminen tapahtuu muutosprosessien kautta. TTM:n tavoitteena on kuvata muutosta prosessina, jossa henkilö käy vaiheita läpi spiraalisesti ennen käyttäytymismuutoksen tapahtumista. Repsahdukset muutosvaiheiden aikana ovat useimmiten sääntö kuin poikkeus (Prochaska 1992). Ensimmäisissä kahdessa vaiheessa henkilö arvioi muutoksen tarpeellisuutta ja etsii tietoa asiasta. Valmistelu- ja toimintavaiheissa henkilö on jo suunnitellut toimintansa muutosta, mutta saattaa vielä palata vaiheissa takaisinpäin. Ylläpitovaiheessa henkilö tunnistaa omat voimavaransa kyseisen muutoksen ylläpitämiseksi ja uusi terveyskäyttäytyminen on osa elämäntapaa (Prochaska 2008).

Interventiot, joissa pyritään henkilön käyttäytymisen muutokseen, täytyy suunnitella yksilöllisesti ja siksi ottaa huomioon henkilön kyseessä oleva vaihe, johon hän on yltänyt (Prochaska 1992). Asiakkaat, jotka ovat ensimmäisessä tai toisessa vaiheessa, eivät todennäköisimmin ole vastaanottavaisia terveysneuvonnalle. Kolmannessa ja neljännessä toiminnan vaiheessa terveysneuvonnan avulla voidaan auttaa henkilöä ohjautumaan oikeisiin toimintoihin ja tukee henkilöä mahdollisten repsahdusten sattuessa. On tavallista, että asiakas palaa vaiheissa taaksepäin, joten niistä informoiminen tukee henkilöä ja edistää vaiheissa etenemistä pettymyksien sijaan (Prochaska 1992, 2008).

Transteoreettisella muutosvaihemallilla on ollut suuri merkitys alkoholiongelmien ymmärtämisessä ja hoidossa. Malli voi potentiaalisesti

tarjota mekanismin tunnistaa ja kuvailla prosessia, joka oletettavasti motivoi, valmistelee ja avustaa yksilöä muutostarpeen ymmärtämisessä. Sellaisenaan TTM voisi tarjota alkoholiongelmaisten interventioihin yksilöllisesti räätälöityjä strategioita (Migneault ym. 2005).

Motivaatiolla on suuri merkitys muutoksen tarpeen ymmärtämisessä, hoitoon hakeutumisessa sekä lopullisen, onnistuneen muutoksen onnistumisessa kaikilla alkoholia ongelmallisesti käyttävillä. Muutosvaiheiden läpikäyminen edustaa oppimisprosessia. Motivaatiollinen valmius muutokseen edustaa halukkuutta ja avoimuutta sitoutua prosessiin. Alkoholinkäyttäjät eivät usein ole kovin avoimia muutostarpeelle ja he usein myös aliarvioivat ongelman olemassaoloa ja ongelman laajuutta. He myös yliarvioivat muutoksen onnistumista. Tällöin myös henkilön vaiheen määrittely voi vaikeutua (Sutton 2001, DiClemente ym. 2004).

3.4 Mini-interventio

Seulonta ja mini-interventio ovat perusterveydenhuollon tehokkaita keinoja vaikuttaa alkoholinkäytön vähentämiseen. Seulonta sisältää kysymyksiä alkoholin käytöstä ja mini-interventio on vuorovaikutuksellista keskustelua hoitajan ja asiakkaan välillä alkoholin käytön vähentämiseksi (Nilsen ym. 2006). Seulonta on prosessi, jolla pyritään löytämään ihmiset, joilla on sairaus tai riski sairastua alkoholiin liittyviin sairauksiin. Alkoholiongelman sekundaariprevention tavoitteena on siis löytää ja hoitaa varhaisen vaiheen alkoholin suurkuluttajat ja ongelmakäyttäjät (Sillanaukee ym. 1996).

Mini-interventio on terveysneuvontaa, joka annetaan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä (Aalto 2009). Mini-interventiolla tarkoitetaan ajallisesti lyhyttä, asiakaslähtöistä neuvontastrategiaa, jolla avustetaan asiakasta muuttamaan terveyskäyttäytymistään ja lisäämään hänen hoitomyönteisyyttään. Se on tekniikka, jota lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät useissa käyttäytymisen muutoksen prosesseissa, kuten ruokatapojen muutoksen tukena, tupakoinnin lopettamisessa,

painonhallinnassa ja kolesterolitasojen tai verenpaineen laskemisessa (Fleming & Manwell 1999).

Alkoholineuvonnassa erityisesti varhaiset riskikuluttajat ja alkoholia haitallisesti käyttävät ovat mini-intervention kohderyhmä (Aalto ym. 2008), mutta alkoholiriippuvaiset eivät (Nilsen ym. 2006). Mini-interventiota on tarkoitettu käytettäväksi ennen kun alkoholin käyttö aiheuttaa tai on aiheuttamassa terveydellisiä haittavaikutuksia (Babor & Higgins-Biddle 2000) ja se tulisi sovittaa tavanomaisen vastaanottokäynnin yhteyteen (Aalto 2009). On kuitenkin olemassa ristiriitaisia tuloksia lääkäreiden osalta siitä, millä alkoholikäytön tasolla alkoholineuvontaa tulisi antaa ja milloin he sitä antavat (Aalto & Seppä 2001).

Mini-intervention tavoitteena on vähentää alkoholin käyttöä, jolloin riski alkoholiin liittyviin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin vähenisi (Fleming ja Manwell 1999). Mini- interventio koostuu useista toiminnoista (Babor ja Higgins-Biddle 2000) ja yksi muoto on niin sanottu 5A -malli (Taulukko 2), jossa on viisi oleellista askelta neuvonnan kulusta (Goldstein ym. 2004). Suomessa Käypä hoito suosittaa käyttämään RAAMIT –taulukon sisältöä, jossa painottuvat rohkeuden, alkoholitietouden, avun ja myötätunnon antaminen sekä itsemääräämisvastuun kantaminen ja toimintaohjeiden antaminen vaihtoehtoisten strategioiden avulla (Käypä hoito suositus 2011b).

Taulukko 2. Mukailtu 5A- malli (Goldstein ym. 2004).

1. Arvioi ongelma, alkoholin käyttöä, käsityksiä, tietoa, motivaatiota ja aikaisempia kokemuksia.
2. Anna tietoa ja neuvoa tuomitsematta, joka liittyy suoraan potilaan omaa terveysongelmaa kohtaan ja aikaisempiin kokemuksiin.
3. Sovi asiakkaan kanssa yhdessä tavoitteista ja keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi.
4. Avusta asiakasta vaiheissa ja muutosprosessin aikana neuvonnan ja sosiaalisen tuen kautta.
5. Järjestä seurantatapaaminen ja päivitä neuvontatilannetta tarvittaessa.

Bertholet ym. (2005) arvioivat tutkimuksessaan mini-interventioiden vaikuttavuutta pitkäaikaisen alkoholikäytön haittojen ja käytön vähentämisessä. Tutkimus kohdentui henkilöihin, jotka hakeutuivat perusterveydenhuoltoon muuten kuin alkoholiin liittyvien ongelmien takia. Tutkimuksessa selvisi, että tyypillinen tehokas neuvonta ei kestä enempää kuin 15 minuuttia ja sen ohessa tarjotaan kirjallista materiaalia, sekä potilaalle tarjotaan mahdollisuus seurantakäyntiin. Tutkimuksen mukaan positiiviset vaikutukset kestävät noin vuodesta neljään vuotta (Bertholet ym. 2005).

Mini-intervention on todettu olevan yhtä tehokasta miehillä ja naisilla (Bertholet ym. 2005, Ballesteros ym. 2004). Vaikuttavuustutkimuksessa Kaner ym. (2007) toteavat, että yleisesti mini-interventiot vähentävät alkoholin kulutusta ja sukupuolten mukaan tarkasteltuna vuoden seurantatutkimusten osoittavat alkoholinkäytön vähenevän selvästi miehillä, mutta ei naisilla (Kaner ym. 2007).

Aallon ym. (2003) mukaan perusterveydenhuollon ammattilaisilla on positiivinen asenne mini-interventiosta alkoholiongelmaisten hoidossa. Tutkimuksessa ilmenee, että mini-interventiota ei ole otettu laajemmin vastaan Suomessa tai muuallakaan (Aalto 2003). Tutkimuksen mukaan mahdollisia esteitä ammattihenkilöstön mini-intervention käyttöön otolle on muun muassa epäselvyys alkoholin riskikäytön asiasisällöstä, pystyvyyden tunteen puuttuminen, ajan puute, ohjeiden puuttuminen siitä, miten mini-interventiota käytetään, sekä oikeudellisuuden puuttuminen mini-intervention käytöstä asiakkaalle (Aalto ym. 2003). Valtaosa suomalaisista kuitenkin hyväksyy yhä yleisemmin sen, että terveydenhuoltohenkilöstö kysyy heiltä vastaanotolla rutiininomaisesti alkoholin käytöstä ja antaa tarvittaessa neuvontaa (Järvinen & Varamäki 2010).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio- (EVI) hankkeen vuonna 2007 kyselyyn vastanneiden keskisuomalaisten alkoholinkäyttö oli yhteydessä vastaajien taustatekijöihin. Keskeisesti haluttiin tutkia miten alkoholikäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö olivat yhteydessä vastaajien sukupuoleen, ikään, koulutustaustaan ja työelämätilanteeseen sekä painoindeksiin ja vyötärönympärykseen. Samalla haluttiin selvittää missä olosuhteissa alkoholia käytettiin eri taustatekijöiden mukaan sekä millaista oli vastaajien alkoholiin liittyvien elintapojen muutoshalukkuus.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten alkoholinkäyttö oli yhteydessä vastaajien taustatekijöihin, painoindeksiin ja vyötärönympärykseen?
2. Missä olosuhteissa alkoholia käytettiin vastaajien taustatekijöiden mukaan?
3. Millaista oli tutkittavien alkoholiin liittyvien elintapojen muutoshalukkuus?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Aineiston hankinta ja käsittely

Tutkimuksen aineisto on osa Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio- (EVI) hanketta, joka on kerätty vuosien 2006 - 2007 aikana. Hankkeen tavoitteena oli kehittää uusia toimintamalleja elintapasairauksien ehkäisyyn ja tunnistamiseen perustana mini-intervention käyttö. EVI- hanke on toteutettu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhdeksässä kunnassa (Hankasalmi, Jyväskylän maalaiskunta, Konnevesi, Laukaa, Petäjävesi, Pihtipudas, Toivakka, Uurainen ja Viitasaari). Aineisto, yhteensä 557 henkilöä, koostuu syksyllä 2007 EVI- hankkeeseen liittyvään kyselyyn vastanneista henkilöistä.

Kyselylomakkeilla (Liite 2) kerättiin tietoa vastaajien taustatiedoista, kuten sukupuoli, työtilanne, ammatti, koulutus, pituus, paino ja vyötärönympärys. Vastaajien ikä on laskettu syntymäajan perusteella. Alkoholinkäyttöä koskevat kysymykset perustuivat alkoholin useutta ja määrää selvittävään AUDIT - testiin (Babor ym. 2001). Vastaajat arvioivat alkoholinkäyttöään sen mukaan, kuinka monta annosta he joivat ja kuinka usein.

Aineistossa valmiina olleista jatkuvista muuttujista muodostettiin analyysia varten luokiteltuja muuttujia. Aineistoa on muokattu jakamalla ikä kaksiluokkaiseksi muuttujaksi, eli alle 50 -vuotiaiden luokka, johon kuuluvat kaikki 15 - 50 -vuotiaat, sekä yli 50 -vuotiaiden luokka, johon kuuluvat kaikki 51 - 90 -vuotiaat vastaajat. Koulutus on jaettu kahteen luokkaan (alempi koulutusaste ja ylempi koulutusaste). Alempi koulutusaste sisältää vastaajat, joilla on keskiasteen koulutus, peruskoulutausta, oppisopimuskoulutus, lukion päättötodistus tai ammattikoulutus. Alempaan koulutusasteeseen kuuluvat myös vastaajat, jotka eivät olleet ilmoittaneet koulutustaan. Korkeakoulutus sisältää joko opistotason, ammattikorkeakoulu- tai yliopistotason tutkinnon, kauppakorkeakoulututkinnon tai tohtorikoulutuksen.

Työtilanne on muutettu kaksiluokkaiseksi, jossa vastaajat on jaettu työssä ja työelämän ulkopuolella (ei työelämässä) oleviin vastaajiin. Työelämän ulkopuolella olevat voivat olla joko eläkkeellä, työttömiä tai opiskelijoita.

Painoindeksi eli Body Mass Index (BMI) on jaettu kaksiluokkaiseksi, jossa normaalipainoiset ja ylipainoiset kuuluvat luokkaan BMI <30 ja lihavat, vaikeasti lihavat ja sairaalloisesti lihavat luokkaan BMI ≥30 (Taulukko 1, Lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella). Vyötärönympärys on jaettu myös kaksiluokkaiseksi, eli vastaajat kuuluvat joko alle 100 cm (<100) tai yli 100 cm (≥100) luokkiin.

Alkoholin käytön kysymyksiä (Liite 2) on luokiteltu uudelleen niin, että alkoholin käytön useus (kysymys 1) on jaettu neljään luokkaan, jossa 1 = en koskaan, 2 = noin kerran kuussa tai harvemmin, 3 = 2 - 4 kertaa kuussa, 4 = 2 kertaa viikossa tai useammin. Kysymys 2, jossa kysytään alkoholin kertamäärää, on muokattu kolmiluokkaiseksi, jossa 1 = 1 - 2 annosta, 2 = 3 - 4 annosta ja 3 = 5 annosta tai enemmän. Kysymys 3, jossa kysytään yli kuuden annoksen alkoholinkäyttöä, on muokattu kolmiluokkaiseksi, jossa 1 = en koskaan, 2 = harvemmin kuin kerran kuussa ja 3 = kerran kuussa tai useammin. Alkoholineuvontaa koskeva kysymys (kysymys 4) on muokattu kaksiluokkaiseksi sen mukaan onko vastaaja saanut alkoholineuvontaa vai ei.

5.2 Aineiston analyysi

Aineisto on analysoitu SPSS PASW Statistics 18.0 – tilasto-ohjelmalla. Muuttujista on tarkasteltu frekvenssejä, keskiarvoja, keskihajontoja ja prosenttiosuuksia. Taustamuuttujien normaalijakautuneisuutta on tarkasteltu Kolmogorov - Smirnovin testillä ja histogrammien ja Box - Plot kuvioiden avulla. Taustamuuttujien yhteyttä alkoholin käytön useuteen, kertakäyttömääriin ja humalahakuiseen juomiseen, sekä muutoshalukkuuteen on tarkasteltu ristiintaulukoimalla ja $\chi 2$ -testillä. Tilastollisten testien merkitsevyysrajat ovat $p<.05$ (melkein merkitsevä), $p<.01$ (merkitsevä) ja $p<.001$ (erittäin merkitsevä). Tässä tutkimuksessa testaus on tehty viiden prosentin merkitsevyystasolla, jolloin riippuvuutta muuttujien välillä on voitu todeta silloin, kun $p<.05$.

6 TULOKSET

6.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkittavien keski-ikä oli 53,5 vuotta ja keskihajonta 15,49. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot on kuvattu taulukossa 3. Suurin osa vastaajista oli naisia sekä ikäryhmittäin tarkasteltuna yli 50 -vuotiaita. Tutkittavista vajaa 80 % kuului alempaan koulutusluokkaan ja reilu puolet vastaajista oli työelämän ulkopuolella. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.

Muuttuja	n	%
Sukupuoli		
Mies	166	29,8
Nainen	391	70,2
Yhteensä	557	100
Ikä		
≤ 50	204	38,6
>50	324	61,4
Yhteensä	528	100
Koulutus		
Alempi koulutusaste	440	78,9
Ylempi koulutusaste	118	21,1
Yhteensä	558	100
Työtilanne		
Työssä	186	40,1
Ei työssä	278	59,9
Yhteensä	464	100

Vyötärönympärysmuuttujan mukaan miehistä (n=79) 49,4 prosentilla ja naisista (n=195) 80 prosentilla vyötärönympärys oli korkeintaan 100 cm. Painoindeksin mukaan miehistä (n=145) 78,6 prosentilla ja naisista (n=350) 76,9 prosentilla BMI oli alle 30. Taulukossa 4 on kuvattu tutkimukseen

osallistuneiden pituus (cm), paino (kg), BMI ja vyötärönympärysmitta (cm). Miehillä painoindeksi oli keskimäärin 27 ja naisilla 26,6. Miehillä vyötärönympärys oli keskimärin noin 99 cm ja naisilla noin 88 cm. (Taulukko 4).

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden mitat.

Mitat	Miehet			Naiset		
	n	Keskiarvo	Keskihajonta	n	Keskiarvo	Keskihajonta
Pituus	162	176,9	±6,52	381	163,5	±6,26
Paino	162	84,8	±15,16	377	71,23	±14,52
BMI	161	27,02	±4,27	374	26,62	±5,18
Vyötärö	79	99,60	±12,19	195	88,59	±13,32

6.2 Alkoholinkäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö

Taulukossa 5 on kuvattu vastaajien alkoholinkäyttöä. Vajaa kolmannes vastaajista ei käyttänyt koskaan alkoholia. Vastaajista reilu kolmannes käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin ja noin kymmenes kaksi kertaa viikossa tai useammin. Vajaa 70 prosenttia vastaajista käytti useimmiten 1 - 2 annosta niinä kertoina kun käyttivät alkoholia. Vastaajista reilu kymmenes käytti kerralla viisi annosta tai enemmän. Vajaa puolet vastasi, ettei käytä koskaan alkoholia humalahakuisesti, eli kuutta annosta kerralla tai enemmän. Reilu kolmannes käytti alkoholia humalahakuisesti harvemmin kuin kerran kuussa ja reilu kymmenesosa kerran kuussa tai useammin. (Taulukko 5).

6.2.1 Alkoholinkäytön useus eri taustatekijöiden mukaan

Vajaa kolmasosa naisista ja neljäsosa miehistä olivat raittiita (Taulukko 6). Naisista reilu kolmasosa käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, kun miehistä reilu neljäsosa käytti alkoholia kahdesta neljään kertaa kuukaudessa. Noin viidesosa miehistä ja vajaa kymmenesosa naisista käytti alkoholia kaksi kertaa viikossa tai useammin. Alle 50 -vuotiaista reilu kolmasosa ja yli 50 -

vuotiaista vajaa kolmasosa käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin. Ikäryhmittäin tarkasteltuna tilastollista merkitsevyyttä ei ollut.

Taulukko 5. Vastaajien alkoholinkäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö.

Alkoholinkäyttö	n	%
Käytön useus		
En koskaan	158	29
1 x kuussa tai harvemmin	188	34,5
2 - 4 x kuussa	138	25,3
2 x viikossa tai useammin	61	11,2
Yhteensä	545	100
Kertakäyttömäärät		
1 - 2 annosta	179	69,7
3 - 4 annosta	145	16,5
5 tai enemmän	51	13,8
Yhteensä	370	100
Humalahakuinen käyttö		
En koskaan	179	47,6
Harvemmin kuin kerran kuussa	145	38,6
Kerran kuussa tai useammin	52	13,8
Yhteensä	376	100

Taulukko 6. Alkoholinkäytön useus sukupuolen ja ikäryhmän mukaan (%).

Useus	Sukupuoli			Ikä		
	Mies	Nainen	p.*	≤50	>50	p.*
En koskaan	25	30,6	.000	27,7	30,1	.318
1 x kuussa tai harvemmin	25,6	38,3		37,1	32,1	
2 - 4 x kuussa	28,7	24,0		26,2	24,4	
2 x viikossa tai useammin	20,7	7,1		8,9	13,5	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	164	379		202	312	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

Reilu kolmasosa alempaan koulutustaustaan kuuluvista käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin (Taulukko 7). Ylempään koulutusluokkaan kuuluvista noin kolmannes ei käyttänyt koskaan alkoholia. Koulutusasteiden välillä tilastollista eroa ei ollut. Työtilanteen mukaan tarkasteltuna työelämässä olevista sekä työelämän ulkopuolella olevista noin kolmasosa käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin. Työtilanteiden välillä tilastollista eroa ei ollut.

6.2.2 Alkoholin kertakäyttömäärät eri taustatekijöiden mukaan

Miehistä ja naisista suurimmalla osalla kertakäyttömäärät olivat yhdestä kahteen annosta niinä kertoina, kun käyttivät alkoholia (Taulukko 8). Miehistä noin neljäsosa ja naisista vajaa kymmenes käytti kerralla viisi annosta tai enemmän. Ikäryhmittäin tarkasteltuna alle 50 -vuotiaista reilu puolet sekä yli 50 -vuotiaista vajaa 80 prosenttia käytti yhdestä kahteen annosta alkoholinkäyttökertoina.

Taulukko 7. Alkoholinkäytön useus koulutusasteen ja työtilanteen mukaan (%).

Useus	Koulutusaste			Työtilanne		
	Alempi	Ylempi	p.*	Työssä	Ei työssä	p.*
En koskaan	27,9	33,6	.215	25,5	31,0	.360
1 x kuussa tai harvemmin	36,5	26,7		35,3	32,8	
2 - 4 x kuussa	25,1	25,9		28,3	22,8	
2 x viikossa tai useammin	10,5	13,8		10,9	13,4	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	427	116		184	268	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

Taulukossa 9 on kuvattu alkoholin kertakäyttömäärät koulutusasteen sekä työelämätilanteen mukaan. Koulutusasteen mukaan tarkasteltuna sekä alemmassa että ylemmässä koulutusryhmässä käyttömäärät yli puolella oli

yhdestä kahteen annosta. Vajaa viidennes alempaan koulutustaustaan kuuluvista ja vajaa kymmenes ylempään koulutustaustaan kuuluvista käytti alkoholia viisi annosta tai enemmän.

Taulukko 8. Alkoholin kertakäyttömäärät annoksina sukupuolen ja ikäryhmien mukaan (%).

Annosmäärät	Sukupuoli			Ikä		
	Mies	Nainen	p.*	≤50	>50	p.*
1 - 2 annosta	55,5	76,4	.000	60,4	76,1	.007
3 - 4 annosta	19,3	15,2		20,8	13,2	
5 annosta tai enemmän	25,2	8,4		18,8	10,7	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	119	250		144	205	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

Työtilanteen mukaan tarkasteltuna sekä työssä olevista että työelämän ulkopuolella olevista suurin osa käytti alkoholia yhdestä kahteen annosta. Tilastollista merkitsevyyttä koulutusluokkien ryhmien tai työtilanteen ryhmien välillä ei ollut. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Alkoholin kertakäyttömäärät annoksina koulutusasteen ja työtilanteen mukaan (%).

Annosmäärät	Koulutusluokka			Työtilanne		
	Alempi	Ylempi	p.*	Työssä	Ei työssä	p.*
1 - 2 annosta	69,8	68,8	.184	67,2	70,5	.410
3 - 4 annosta	15,1	22,1		22,1	13,9	
5 annosta tai enemmän	15,1	9,1		13,4	15,6	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	291	77		134	173	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

6.2.3 Alkoholin humalahakuinen käyttö taustatekijöiden mukaan

Taulukossa 10 on esitetty alkoholin humalahakuinen käyttö sukupuolen ja iän mukaan. Naisista yli puolet ei käyttänyt koskaan ja reilu kolmannes ilmoitti käyttävänsä alkoholia harvemmin kuin kerran kuussa humalahakuisesti, eli kerralla kuusi annosta tai enemmän. Miehistä sen sijaan noin neljännes ei käyttänyt koskaan ja vajaa puolet ilmoitti käyttävänsä harvemmin kuin kerran kuussa alkoholia humalahakuisesti. Reilu neljäsosa miehistä ja vajaa kymmenes naisista ilmoitti käyttävänsä kerralla yli kuusi annosta tai enemmän kerran kuussa tai useammin.

Alle 50 -vuotiaista vajaa kolmasosa ei käyttänyt alkoholia koskaan humalahakuisesti ja reilu puolet ilmoitti käyttävänsä harvemmin kuin kerran kuussa. Yli 50 -vuotiaista vajaa 60 prosenttia ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti ja reilu neljäsosa ilmoitti käyttävänsä harvemmin kuin kerran kuussa. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Humalahakuinen käyttö; kuinka usein kerralla kuusi annosta tai enemmän sukupuolen ja iän mukaan (%).

Useus	Sukupuoli			Ikä		
	Mies	Nainen	p.*	≤50	>50	p.*
En koskaan	25,8	57,6	.000	31,0	58,4	.000
Harvemmin kuin kerran kuussa	45,8	35,3		53,1	28,2	
Kerran kuussa tai useammin	28,3	7,1		15,9	13,4	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	120	255		145	209	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

Koulutusluokkien mukaan tarkasteltuna vajaa puolet alempaan koulutusluokkaan kuuluvista ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti (Taulukko 11). Ylempään koulutusluokkaan kuuluvista vajaa puolet vastasi

käyttävänsä alkoholia humalahakuisesti kerran kuussa tai harvemmin. Tilastollista merkitsevyyttä ei koulutusluokkien välillä ollut.

Työtilanteen mukaan tarkasteltuna työssä olevista vajaa puolet käytti alkoholia humalahakuisesti harvemmin kuin kerran kuussa, kun työelämän ulkopuolella olevista reilu puolet ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti. Työssä olevista reilu kymmenesosa ja työelämän ulkopuolella olevista vajaa viidesosa käytti alkoholia humalahakuisesti kerran kuussa tai useammin. (Taulukko 11).

Taulukko 11. Humalahakuinen juominen; kuinka usein alkoholia kuusi annosta kerralla tai enemmän koulutusasteen ja työtilanteen mukaan (%).

Useus	Koulutusluokka			Työtilanne		
	Alempi	Ylempi	p.*	Työssä	Ei työssä	p.*
En koskaan	48,3	43,4	.302	38,7	51,4	.012
Harvemmin kuin kerran kuussa	36,9	46,1		47,4	31,1	
Kerran kuussa tai useammin	14,8	10,5		13,9	17,5	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	298	76		137	177	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

6.3 Alkoholinkäytön yhteys painoindeksiin ja vyötärönympärykseen

Kaksiluokkaisen painoindeksin (BMI) mukaan tilastollista eroa ryhmien välillä ei ollut (Taulukko 12). Vyötärönympäryksen mukaan tarkasteltuna vajaa kolmannes alle 100 cm:n luokassa ja noin viidesosa yli 100 cm:n luokassa olivat raittiita. Alle 100 cm luokassa vajaa kymmenes käytti alkoholia kaksi kertaa viikossa tai useammin ja yli 100 cm luokassa vastaavasti noin viidesosa. Reilu 60 prosenttia, joiden vyötärönympärys oli alle 100 cm ja reilu kolmannes, joiden vyötärönympärys oli yli 100 cm, eivät käyttäneet koskaan alkoholia humalahakuisesti. Vajaa kymmenesosa alle 100 cm:n ja vajaa viidesosa yli 100 cm:n luokassa, käyttivät alkoholia humalahakuisesti kerran

kuussa tai useammin. Kertakäyttömäärissä ei vyötärönympäryksen mukaan löytynyt tilastollista eroa.

Taulukko 12. Alkoholin käyttö painoindeksin ja vyötärönympäryksen mukaan (%).

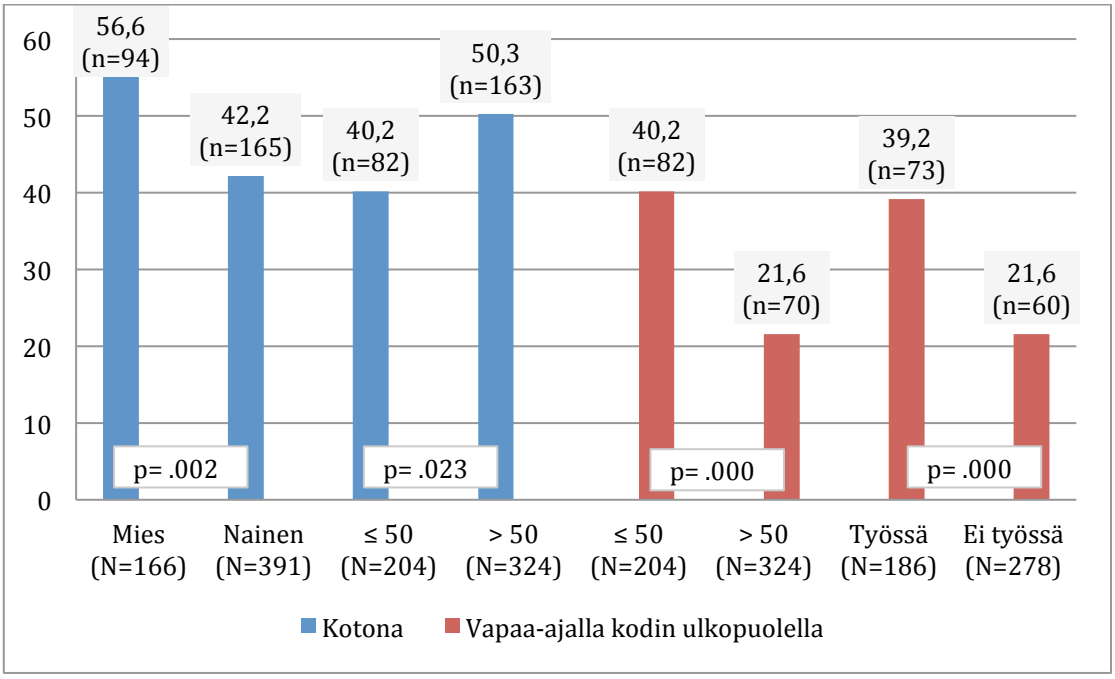
Alkoholinkäyttö	BMI			Vyötärönympärys		
	<30	≥30	p.*	< 100	≥ 100	p.*
Käytön useus						
En koskaan	29,4	23,4	.367	31,9	21,1	.039
1 x kuussa tai harvemmin	32,9	39,3		36,1	30,3	
2 - 4 x kuukaudessa	26,8	23,4		22,5	28,9	
2 x viikossa tai useammin	10,9	14,0		9,4	19,7	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	377	107		191	76	
Kertakäyttömäärät						
1 - 2 annosta	69,4	70,7	.324	74,8	71,2	.872
3 - 4 annosta	18,0	12,0		15,0	16,9	
5 annosta tai enemmän	12,5	17,3		10,2	11,9	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	255	75		127	59	
Humalahakuinen käyttö						
En koskaan	48,6	46,2	.992	64,1	37,3	.001
Harvemmin kuin kerran kuussa	37,5	39,7		28,9	44,1	
Kerran kuussa tai useammin	13,9	14,1		7,0	18,6	
Yhteensä %	100	100		100	100	
n	259	78		128	59	

*Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

6.4 Alkoholin käyttötilanteet eri taustatekijöiden mukaan.

Miehistä reilu puolet ja naisista vajaa puolet käytti alkoholia yleensä kotona. (Kuva 3). län mukaan tarkasteltuna alle 50 -vuotiaista noin 40 prosenttia ja noin puolet yli 50 -vuotiaista käytti alkoholia useimmiten kotona. Alle 50 -vuotiaista noin 40 prosenttia ja yli 50 -vuotiaista noin viidennes käytti alkoholia vapaa-aikana kodin ulkopuolella. Työelämässä olevista noin 40 prosenttia ja

työelämän ulkopuolella olevista reilu viidennes käytti alkoholia vapaa-aikana kodin ulkopuolella.



Kuva 3. Alkoholin käyttötilanteet (kotona tai vapaa-aikana kodin ulkopuolella) sukupuolen, iän ja työtilanteen mukaan (%). Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p-arvo: χ^2

6.5 Alkoholitottumusten muutoshalukkuus

Kaikista kysymykseen vastanneista (n=362) reilu kymmenes (13,8 %) halusi muuttaa alkoholikäyttötottumuksiaan. Sukupuolen mukaan tarkasteltuna naisista (n=244) 10,2 % ja miehistä (n=117) 21,4 % oli halukkaita muuttamaan terveystottumuksiaan alkoholinkäytön osalta (p=.004). Työtilanteen mukaan tarkasteltuna työelämässä olevista (n=136) 8,8 % ja työelämän ulkopuolella olevista (n=166) 21,7 % halusi muuttaa alkoholiin liittyviä terveystottumuksiaan (p=.002). Muutoshalukkuuden vaiheita kysyttäessä vastaajista (n=50) 24 % kertoi harkitsevansa muutosta, mutta ei ollut vielä muuttanut mitään. 38 % vastaajista oli harkinnut, sekä tehnyt joitakin muutoksia tottumuksissaan. 32 % oli muuttanut tottumuksiaan ja

yrittänyt ylläpitää muutoksia. Kuusi prosenttia vastanneista kertoi tehneensä muutoksia aiemmin, mutta eivät pystyneet pitämään niitä.

6.6 Alkoholiin liittyvää terveysneuvontaa saaneiden alkoholinkäyttö ja alkoholiin liittyvien terveystottumusten muutoshalukkuus

Naisista 11 ja miehistä 19 oli saanut alkoholiin liittyvää neuvontaa (n=30). (Taulukko 13). Vastaajista reilu puolet oli yli 50 -vuotiaita ja suurin osa kuului alempaan koulutusluokkaan ja työelämän ulkopuolelle. Kolmestakymmenestä alkoholineuvontaa saaneista 13 halusi muuttaa alkoholiin liittyviä terveystottumuksiaan; miehistä kahdeksan ja naisista viisi. Suurin osa muutosta haluavista oli yli 50 -vuotiaita, alempaan koulutusluokkaan kuuluvia sekä työelämän ulkopuolella olevia.

Taulukko 13. Alkoholineuvontaa saaneiden taustamuuttujat.

Muuttuja	n	%	Haluaa muutosta (n)
Sukupuoli			
Mies	19	63,3	8
Nainen	11	36,7	5
Yhteensä	30	100	13
Ikä			
≤ 50	13	43,3	3
>50	17	56,7	10
Yhteensä	30	100	13
Koulutus			
Alempi	25	83,3	11
Ylempi	5	16,7	2
Yhteensä	30	100	13
Työtilanne			
Työssä	8	29,6	1
Ei työssä	19	70,4	12
Yhteensä	27	100	13

Taulukossa 14 on kuvattu frekvensseinä alkoholineuvontaa saaneiden alkoholikäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö. Miehistä ja naisista kolme vastasi, etteivät he käytä koskaan alkoholia. Naisista kaksi ja miehistä 7 vastasi käyttävänsä alkoholia kaksi kertaa viikossa tai useammin. Miehistä ja naisista 1 vastasi, etteivät juo koskaan yli kuutta annosta kerralla. Miehistä 7 ja naisista 5 käytti alkoholia kerralla 5 annosta tai enemmän. Humalahakuisesti kerran kuussa tai useammin alkoholia käytti miehistä 8 ja naisista 4. Harvemmin kuin kerran kuussa humalahakuisesti alkoholia käytti miehistä 7 ja naisista 3. (Taulukko 14).

Taulukko 14. Alkoholineuvontaa saaneiden alkoholikäytön useus, kertakäyttömäärät ja humalahakuinen käyttö (frekvensseinä) taustatekijöiden mukaan.

Alkoholinkäyttö	Sukupuoli		Koulutus		Työtilanne	
	Mies	Nainen	Alempi	Ylempi	Työssä	Ei työssä
Käytön useus						
En koskaan	3	3	6	0	2	2
1 x kuussa tai harvemmin	5	3	7	1	1	7
2 - 4 x kuussa	4	3	4	3	4	2
2 x viikossa tai useammin	7	2	8	1	1	8
Yhteensä (n)	19	11	25	5	8	19
Kertakäyttömäärät						
1 - 2 annosta	4	3	5	2	3	4
3 - 4 annosta	5	0	3	2	1	3
5 annosta tai enemmän	7	5	11	1	2	10
Yhteensä (n)	16	8	19	5	6	17
Humalahakuinen käyttö						
En koskaan	1	1	0	2	1	1
Harvemmin kuin kerran kuussa	7	3	8	2	4	6
Kerran kuussa tai useammin	8	4	11	1	1	10
Yhteensä (n)	16	8	19	5	6	17

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio (EVI) -hankkeeseen osallistuneiden keskisuomalaisten alkoholinkäyttöä sekä sen yhteyttä vastaajien taustatekijöihin, kuten sukupuoleen, ikään, koulutustaustaan ja työelämätilanteeseen, sekä painoindeksiin ja vyötärönympärykseen. Samalla haluttiin myös selvittää missä ympäristössä alkoholia käytettiin eri taustatekijöiden mukaan sekä millaista oli tutkittavien alkoholitottumusten muutoshalukkuus. Keskeisesti haluttiin tutkia, onko vastaajien taustatekijöillä yhteyttä alkoholin käytön useuteen, humalahakuiseen juomiseen sekä alkoholin kertakäyttömääriin.

Tutkimuksen päälöydökset olivat, että suurin osa keskisuomalaisista käytti alkoholia alle riskirajojen tai olivat raittiita. Miehet käyttivät alkoholia *useammin* kuin naiset. Alkoholin *kertakäyttömäärät* olivat suurempia miehillä samoin kuin humalahakuinen käyttö oli yleisempää miehillä naisiin verrattuna. Yli 50 -vuotiaista suurimmalla osalla alkoholin kertakäyttömäärät olivat alle riskirajojen. *Humalahakuinen* alkoholinkäyttö oli yleisempää miehillä verrattuna naisiin. Yli 50 -vuotiaista suurin osa ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti. Työelämän ulkopuolella olevista suurin osa ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti. Miehet ja yli 50 -vuotiaat käyttivät alkoholia useimmiten *kotona*. Alkoholinkäyttö *vapaa-aikana kodin ulkopuolella* oli yleisempää alle 50 -vuotiailla ja työelämässä olevilla. Raittius oli yleisempää niillä, joilla vyötärönympärys oli alle 100 cm. Alkoholinkäytön useus ja humalahakuinen käyttö oli yleisempää niillä, joilla vyötärönympärys oli yli 100 cm. Alkoholiin liittyvän *terveyskäyttäytymisen muutoshalukkuus* oli sukupuolten välillä tarkasteltuna yleisempää miehillä sekä työelämän mukaan tarkasteltuna työelämän ulkopuolella olevilla.

7.1 Tulosten arviointi aiempien tutkimusten valossa

Juomatapatutkimuksen mukaan alkoholin käyttökerrat ovat lisääntyneet Suomessa ja alkoholin käyttötrendi on lisääntynyt etenkin vanhemmissa ikäryhmissä. Alkoholinkulutus on yleisempää miesten, kuin naisten keskuudessa, vaikka naisten alkoholinkulutus on kasvanut (Mustonen ym. 2009, Helakorpi ym. 2011). Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista käytti alkoholia kohtuudella tai olivat raittiita. Miehet käyttivät naisia useammin alkoholia ja miesten käyttämät alkoholin kertakäyttömäärät olivat suurempia kuin naisilla. Myös humalahakuinen käyttö oli miehillä yleisempää naisiin verrattuna. Naisista suurin osa käytti alkoholia harvoin ja kertakäyttömäärät olivat pieniä.

Lahelman ym. (2007) ja Sosiaali- ja terveysministeriön raportin (2008) mukaan alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä alkoholin suurkulutus on yleisempää. Halmeen (2008) sekä Yangin (2007) mukaan naimattomuus ja työttömyys ovat yhteydessä runsaampaan alkoholinkäyttöön. Kaarnen ja Aallon (2009) tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että alkoholin suurkuluttajista suurin osa on mukana työelämässä. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista selvittää siviilisäädyn yhteyttä alkoholinkäyttöön. Työelämän ulkopuolella olevista suurin osa ei käyttänyt koskaan alkoholia humalahakuisesti ja työssä olevista suurin osa käytti alkoholia humalahakuisesti kerran kuussa tai harvemmin. Aineiston analysoinnissa täytyy kuitenkin ottaa huomioon se, että työelämän ulkopuolella olevat koostuivat työttömistä, eläkeläisistä sekä opiskelijoista. Koulutuksen ja alkoholinkäytön yhteydessä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä.

Suurin osa alkoholinkäytöstä tapahtuu juomatapatutkimuksen mukaan kotona ja sosiaalisissa tilanteissa (Mustonen ym. 2009). Myös tässä tutkimuksessa tarkasteltiin alkoholinkäyttötilanteita. Käyttöympäristö vaihteli taustatekijöiden mukaan siten, että miehet ja yli 50 -vuotiaat käyttivät alkoholia useimmiten kotona. Vapaa-aikana kodin ulkopuolella alkoholia käyttivät useimmiten alle 50 -vuotiaat ja työelämässä olevat. Alkoholin käyttöympäristönä tarkasteltiin

myös työpaikkaa, mutta vastausten lukumäärä oli liian vähäinen, jotta tilastollista tarkastelua olisi voitu luotettavasti tehdä.

Alkoholin on todettu lisäävän sisäisen rasvakudoksen määrää sen sisältämän runsaan energian vuoksi (Vadstrup ym. 2003, Schröder ym. 2007, Männistö ym. 2010). Kuten tässä tutkimuksessa, niillä joilla vyötärönympärysmitta oli yli 100 cm, alkoholinkäytön useus ja humalahakuinen käyttö oli yleisempää verrattuna niihin joilla vyötärönympärys oli alle 100 cm. Raittius oli yleisempää niillä, joilla vyötärönympärys oli alle 100 cm.

7.2 Validiteetti

Validiteetilla tarkoitetaan luotettavuutta ja se jaetaan usein sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoisen validiteetin mukaan voidaan arvioida, onko kyseinen tutkimus yleistettävissä, ja jos on, niin mihin ryhmiin (Metsämuuronen 2009, 65).

Tämän tutkielman aineistona käytettiin Elintapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio (EVI) seuranta - aineistoa, joka oli kerätty vuonna 2007. Tutkimusjoukko on voinut valikoitua, koska se koostui vapaaehtoisista tutkimukseen osallistuneista terveyskeskuksen asiakkaista. EVI -hankkeen osallistujista suurin osa oli naisia (73 %) ja on todettu, että naiset käyttävät terveyskeskuksen palveluita enemmän kuin miehet (Helakorpi ym. 2008). Kunnallisia terveyspalveluita käyttävät useimmiten ne, jotka eivät kuulu työterveyspalveluiden piiriin (Häkkinen & Alha 2006). Tämä on osaltaan voinut vaikuttaa siihen, että suurin osa vastaajista oli työelämän ulkopuolella. Tutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaisia muiden suomalaisten tutkimusten kanssa ja niitä voidaan pitää yhteneväisinä perusterveydenhuollon asiakkaisiin nähden.

Sisäinen validiteetti tarkoittaa myös tutkimuksen omaa luotettavuutta ja se kuvaa mittareiden kykyä mitata oikeaa asiaa (Metsämuuronen 2009; 63, Heikkilä; 2001, 186). Kyselylomakkeiden alkoholiin liittyvät kysymykset oli

tehty AUDIT -kyselylomakkeen pohjalta (Babor 2001), joka lisäsi tutkimuksen validiteettia. Uudelleenluokittelu on voinut kuitenkin vähentää tutkimuksen luotettavuutta, koska luokittelut jouduttiin tekemään useiden kysymysten kohdalla hyvinkin karkeasti. Esimerkiksi kysyttäessä humalahakuista alkoholinkäyttöä, vastausvaihtoehdot eivät antaneet riittävän tarkkaa tietoa käytön useudesta, joka hankaloitti tulkintaa.

Koulutusmuuttuja oli luokiteltu kaksiluokkaiseksi, jossa alempi koulutusluokka piti sisällään myös kaikki epäselvät ja puuttuvat tiedot. Tämä on voinut vääristää tutkimustulosten luotettavuutta. Myös alkoholineuvontaa koskevissa kysymyksissä vastauksia oli melko vähän, joten niihin koskevia tuloksia ei voida yleistää. Uudelleen luokiteltunakin neuvontamuuttuja on voinut vaikuttaa luotettavuuteen, sillä alun perin kysyttiin neuvontakertamääriä eikä sitä, onko vastaaja saanut neuvontaa vai ei.

Validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata eli miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle. Validius on hyvä, jos tutkija ei ole joutunut tutkimuksessa käsitteiden tasolla harhaan, ja systemaattiset virheet puuttuvat (Vilkka 2007, 150). Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa todellisuutta ja esimerkiksi haastatteluissa vastaajat saattavat käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on alun perin ajatellut (Hirsjärvi ym. 2008, 226).

Vaikka tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet ja kysymykset olivat selkeitä, vastaajat ovat voineet tulkita ne eri tavoin. Esimerkiksi vastaaja, joka on tutkimuksen mukaan saanut alkoholiin liittyvää neuvontaa, on vastannut myös, että ei koskaan käytä alkoholia. Tätä voi selittää myös se, että vastaaja on saanut vuoden aikana terveysneuvontaa ja vähentänyt alkoholinkäyttöään.

7.3 Reliabiliteetti

Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä satunnaisvirheestä, johon vastaajien määrä ja erilaiset mittaus- ja käsittelyvirheet vaikuttavat. Tulosten tarkkuus

riippuu muun muassa tutkittavien määrästä tiettyyn rajaan saakka. Mitä pienempi vastaajien määrä on, sitä sattumanvaraisempia tuloksia saadaan.

Esimerkiksi epätarkkaa tietoa todellisesta keskiarvosta, jolloin keskiarvon luottamusväli kasvaa tutkittavien määrän pienentyessä (Heikkilä 2001, 187). Vastaajien määrä (N=557) oli riittävä tilastollisten testausten luotettavuuden kannalta, mutta suurempi vastausaktiivisuus olisi kuitenkin tuonut etuja aineiston luokitteluun. Alkoholineuvontaa saaneita tässä tutkimuksessa oli kuitenkin vain 30, joten suurempia yleistyksiä vastausten perusteella ei voida tehdä. Mittavirheitä on voinut tässä tutkimuksessa tuottaa myös se, että vastaukset muun muassa koulutuksesta ovat olleet epäselviä ja tyhjiä vastauksia on ollut paljon.

Systemaattinen virhe syntyy jostakin aineiston keräämiseen liittyvästä tekijästä, joka vaikuttaa koko aineistoon samansuuntaisesti. Mahdollinen virhe survey-tutkimuksessa on valehteleminen ja useimmiten valehtelu ja muistivirheet aiheuttavat satunnaisvirheitä ja alentavat näin reliabiliteettia, mutta valehtelu voi olla myös systemaattista asioiden kaunistelua tai vähättelyä (Heikkilä 2001, 186). Alkoholineuvontaa koskevassa kysymyksessä vastaaja on ilmoittanut saamansa neuvonnan määrän. Vastaaja on voinut unohtaa määrät tai kaunistella vastaustaan. Aineiston luokittelussa neuvontakertamäärät oli luokiteltu vastaamaan sitä, oliko vastaaja saanut alkoholineuvontaa vai ei. Vastaajat saivat myös itse vastata mittoja koskeviin kysymyksiin, kuten pituuden, painon ja vyötärönympärysmitan osalta, jolloin mittavirheitä on saattanut syntyä ja vaikuttaen näin reliabiliteettiin.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa taustatekijöistä miessukupuoli oli yhteydessä alkoholin riskikäyttöön samoin kuin yli 100 cm vyötärönympärysmitta. Miehet ja työelämän ulkopuolella olevat olivat useammin naisiin ja työelämässä oleviin verrattuna halukkaampia muuttamaan alkoholiin liittyviä terveystottumuksiaan.

Tuloksissa havaitaan, että alkoholineuvontaa saaneista kolme ei käyttänyt koskaan alkoholia. Vastaaja on voinut alkoholineuvonnan jälkeen lopettaa alkoholinkäytön, jolloin neuvonnasta on ollut vastaajalle hyötyä. Toisaalta vastaajat ovat saattaneet kaunistella alkoholinkäyttöään tai sitten terveydenhuollon resursseja on kohdennettu asiakkaisiin, jotka eivät alkoholiin liittyvää terveysneuvontaa olisi tarvinneet. Alkoholia humalahakuisesti, eli yli kuusi annosta kerralla, käytti aineiston mukaan 13,9 % (n=52), kun alkoholineuvontaa oli saanut vain 30 henkilöä. Tästä voidaan päätellä, että terveydenhuollon henkilökunta ei ollut tavoittanut niitä 12 asiakasta, jotka käyttivät alkoholia humalahakuisesti ja olisivat saattaneet hyötyä alkoholiin liittyvästä terveysneuvonnasta.

Tässä tutkimuksessa mini-intervention, sekä terveysneuvonnan osuutta tutkittavien alkoholinkäyttöön ei otettu huomioon. Mini-interventio on kuitenkin todettu tehokkaaksi menetelmäksi alkoholinkäytön vähentämisessä ja sen merkitystä tulisi korostaa perusterveydenhuollossa. Terveysneuvonnalla on merkitystä asiakkaan muutosvalmiuteen ja siinä, kuinka asiakas intervention jälkeen kokee oman terveyskäyttäytymisensä ja motivoituu ylläpitämään aktiivisuuttaan elämäntapojen muokkaamisessa. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten transteoreettista muutosvaihemallia voisi käyttää mini-intervention jälkeen terveysneuvonnan tukena.

Jatkotutkimuksissa tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka alkoholiin liittyvä terveysneuvonta saavuttaisi parhaiten perusterveydenhuollossa tavattavat miespuoliset alkoholin riskikäyttäjät. Jatkossa alkoholiin liittyvää terveysneuvontaa ja elämäntapaohjausta tulisi kohdentaa myös niille, joilla on kohonnut vyötärönympärysmitta. Myös muutoshalukkuudesta tulisi kysyä aktiivisesti, jotta terveysneuvonnan määrää ja laatua voidaan kohdentaa tehokkaasti sitä haluaville.

LÄHTEET

Aalto M. Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Duodecim 2009;125:891-96.

Aalto M. Alho H. Halme J. Seppä K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2011;26:881-885.

Aalto M. Pekuri P. Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. Drug and Alcohol Review 2003;22:169-173.

Aalto M. Seppä K. At which drinking level to advice a patient? General practioners` views. Alcohol ja Alcoholism 2001;36(5):431-33.

Aalto M, Seppänen K, Seppä K-L. Alkoholin suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä K. (toim). Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki 2008:10.

Adler N. Newman K. Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies. Health Affairs. 2002;21:60-76.

Andersson P. Baumberg B. Alkoholi Euroopassa. Kansanterveysnäkökulma – raportti Euroopan Komissiolle. 2006. Tiivistelmä. Tulostettu 4.7.2011. Saatavana http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_fi_en.pdf

Babor T. Higgins-Biddle J. Alcohol Screening and Brief Intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. Addiction 2000;95(5);677-686.

Babor T. Higgins-Biddle J. Saunders J. Monteiro M. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. 2001. WHO. www dokumentti (luettu 11.12.2011) Saatavana http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf.

Ballesteros J. Gonzáles-Pinto G. Querejeta I. Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. Addiction. 2004;99:103-108.

Bertholet N. Daeppen J-B. Wietlishbach V. Fleming M. Burnand B. Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med 2005;165:986-995.

Crombie I. Irvine L. Elliott L. Wallace H. How do Public Health Policies Tacle Alcohol Related Harm: A review of 12 developed countries. Alcohol and alcoholism. 2007;42(5):492-499.

DiClemente C. Schlundt D. Gemmell L. Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. The American Journal of Addictions:2004(13);103-119.

Fleming M, Manwell L. Brief intervention in Primary Care Setting – A Primary Trietment Mathod for At-Rsik, Problem, and Dependent Drinkers. Alcohol Research ja Helath 1999;23(2):128-137.

Glanz K. Rimer B. Viswanath K. The Scope of Health Behavior and Health Education. Teoksessa Glanz K. Rimer B. Viswanath K. (toim.) Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass 2008:3-22.

Goldstein M. Whitlock E. DePue J. Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care Summary of Research Evidence. Am J Prev Med 2004;27(2S):61-79.

Halme J. Seppä K. Alho H. Poikolainen K. Pirkola S, Aalto M. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland, Drug and Alcohol Dependence.2010;106:212-218.

Halme J. Seppä K. Alho H. Pirkola S. Poikolainen K. Lönnqvist J. Aalto M. Hazardous drinking: Prevalence and Associations in the Finnish General Population. Alcohol Clin Exp Res 2008;32(9):1615-1622.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 2001. Oy Edita Ab; Helsinki.

Helakorpi S. Prättälä R. Uutela A. 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007 Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, raportti B6/2008. Helsinki.

Helakorpi S. Pajunen T. Jallinoja P. Virtanen S. Uutela A. Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 15/2011. Helsinki.

Herttua K. Martikainen P. Vahtera J. Kivimäki M. Living Alone and Alcohol-Related Mortality: A Population -Based Cohort Study from Finland. PLosMedicine. 2011(8);9

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2008. Otavan Kirjapaino Oy; Keuruu.

Hirvonen E. Pietilä A-M. Eirola R. Terveyskeskustelu - tavoitteena dialogi terveyden edistämisessä. Teoksessa Pietilä A-M. Hakulinen T. Hirvonen E. Terveyden edistäminen Uudistuvat työmenetelmät. 2002. WS Bookwell Oy; Juva.

Holmila M. Warpenius K. Warsell L. Kesänen M. Tamminen I. Paikallinen alkoholipolitiikka Pakka-hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2009/5. Gummerus Kirjapaino Oy; Jyväskylä.

Häkkinen U. Alha P. toim. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki: Hakapaino Oy.

Ilomäki J. Korhonen M. Lavikainen P. Lipton R. Enlund H. Kauhanen J. Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among men: the FinDrink study. European Journal of Public Health. 2009;20(2):133-138.

Järvinen A. Varamäki R. Suomalaisten alkoholiasenteet 2010. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/2010. Helsinki:Trio-Offset.

Jääskeläinen M. Pohjoismainen alkoholitilasto 2008. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 20/2009. Luettu 7/8/11 Saatavana http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr20_09.pdf

Jääskeläinen M. Virtanen S. Alkoholijuomien kulutus 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2009/7.

Jääskeläinen M. Virtanen, S. Alkoholijuomien kulutus 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2011/16.

Karlsson T. Suomen alkoholiolot 2000 -luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti2009/15. Luettu (2.11.2011) Saatavana www muodossa http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/054b8176-68eb-4b9e-baf2-5cf346bfcc37

Kawachi I. Adler N. Dow W. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. Annals of the New York Academy of Sciences. 2010;1186:56-68.

Kaner. E: Dickinson H. Beyer F. Schlesinger C. Heather J. Saunders J. Burnand B. Pienaar. E. Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations (Review). 2007. The Cochrane Collaboration. John Wiley ja Sons. Ltd.

Kauhanen J. Kaplan G. Goldberg D. Salonen J. Beer binging and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. BMJ.1997;315(4)846-51.

Kinnunen P, Vilenius, O-P. Alkoholi ja terveys. Teoksessa Seppä K (toim) Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki 2008:10.

Käypä hoito suositus. Aikuisen lihavuuden hoito. www dokumentti [Luettu 10.8.2011] päivitetty 17.1.2011(a) Saatavana http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010

Käypä hoito suositus. Alkoholiongelmaisen hoito. www dokumentti [Luettu 15.8.2011] Päivitetty 7.2.2011(b). Saatavana http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=raamit

Käypä hoito suositus. Painoindeksi ja vyötärön ympärys. www dokumentti [Luettu 10.8.2011] Päivitetty 28.12.2010. Saatavana http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00163

Lahelma E. Rahkonen O. Koskinen S. Martelin T. Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo H. Koskinen S. Lahelma E. Prättälä R. Martelin T. Ostamo A. Keskimäki I. Sihto M. Talala K. Hyvönen E. Linnanmäki E (toim) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

Laitalainen E. Helakorpi S. Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993-2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 30/2010.

Mellin N. Vihmo J. Österberg E. Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin raportteja 10/2006. Valopaino Oy: Helsinki.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2009. Gummerus kirjapaino Oy; Jyväskylä.

Migneault J. Adams T. Read J. Application of the Tranteoretical Model to substance abuse:historical development and future directions. Drug and alcohol reviev:2005(24);437 - 448).

Mustajoki P. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen Lääkärilehti. 2003;58(42):4235 - 4237.

Mustonen H. Mäkelä P. Huhtanen P. Miten suomalaisten alkoholin käyttötilanteet ovat muuttuneet 2000 –luvun alussa? Yhteiskuntapolitiikka 2009;74(4)387-399.

Mäkelä P. Alkoholin käyttö ja haitat lisääntyvät. Duodecim. 2003;119(24)2481-2487).

Mäkelä P. Mustonen H, Huhtanen P. Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. Yhteiskuntapolitiikka 2009;74(3)268-289.

Mäkelä P. Mustonen H. Österberg E. Onko juomalajilla väliä? Yhteiskuntapolitiikka 2007;72(6):641-651.

Mäkelä P. Valkonen T. Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. BMJ. 1997;315:211-216.

Mäkelä P. Österberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. Addiction 2009;104:554-563.

Männistö S. Harald K. Pietinen P. Kaartinen N. Laatikainen T. Lihottaako alkoholi suomalaisia? Suomen lääkärilehti 2010:34(65);2685-90.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). The Physicians guide to Helping Patioents With Alcohol Problems. National Institutes of Health. 2005. Washington DC.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health care. Scan J of PHC. 2006;24:5-15.

Palosuo H. Koskinen S. Lahelma E. Prättälä R. Martelin T. Ostamo A. Keskimäki I. Sihto M. Talala K. Hyvönen E. Linnanmäki E (toim) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

Poskiparta M. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. teoksessa Torkkola S. (toim) Terveysviestintä. 2002, 24-35. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Studies in Sport, Physical Education and Health 46. Jyväskylän yliopisto, Department of Health Siences, 1997 Jyväskylä.

Prochaska J. DiClemente C. Norcross J. In Search of how people change. American Psycologist. 1992;47(9):1102-14).

Prochaska J. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. Medical Decision making. 2008;28:845-49).

Rehm J. Zatonski W. Taylor B. Andersson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. Addiction 2011;106(1)11-19.

Reid M. Fiellin D. O´Connor P. Hazardous and harmful alcohol consumption in Primary Care. Arch Intern Med. 1999;159:9(23)1681-89.

Schröder H. Morales-Molina J. Bermejo S. Barral D. Mándoli E. Grau M. Guxens M. De Jaime Gil E. Álvarez M. Marrugat J. Relationship of abdominal obesity with alcohol consumption at population scale. European Journal of Nutrition:2007;46:369-376.

Seppä K. Alho H. Aalto M. Kiianmaa K. Suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi. Duodecim. 2010;126(11):1249-51.

Sillanaukee, P. Kiianmaa K. Roine R. Seppä K. Alkoholin suurkulutuksen kriteerit. Suomen lääkärilehti 1992:47(31):2919

Sillanaukee P. Seppä K. Kiianmaa K. Strategiat alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Duodecim 1996;112(20):1947-54.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Yliopistopaino; Helsinki.

Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications on the transteoretical model to substance use. Addiction 2001:96;175-186.

Tilastokeskus. Sosioekonomisen aseman luokitus 1989. Käsikirjoja 17. www dokumentti. (Luettu 31.1.2012) Saatavana http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/kasikirja.pdf.

Vadstrup E. Petersen L. Sørensen T. Grønbæk M. Waist circumference in relation to history of amount and type of alcohol: results from the Copenhagen City Heart Study. International Journal of Obesity. 2003;27:238-246.

Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Www dokumentti. (Luettu 11.12.2010) Saatavana www-dokumentti http://pre20090115.stm.fi/is1208414751740/passthru.pdf

Vilkka H. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. 2007. Gummerus kirjapaino Oy; Jyväskylä.

Wahlfors L. Österberg E. Jääsekläinen M. Alkoholijuomien kulutus vuonna 2008. WWW dokumentti [Luettu 18.10.2009) Päivitetty 24.2.2009. Saatavana www muodossa http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Paihde/Kulutusennakko_2008_Helmikuu09.pdf

WHO. European Status Report on Alcohol and Health 2010a. www dokumentti (Tulostettu 4.7.2011) Saatavana http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.

WHO. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy. 2010b. Www dokumentti (luettu 11.12.2010) Saatavana www-dokumentti http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_13-en.pdf

Yang S. Lynch J. Raghunathan T. Kauhanen J. Salonen J.Kaplan G. Socioeconomic and Psychosocial Exposures across the Life Course and Binge Drinking in Adulthood: Population Based Study. American Journal of Epidemiology 2007;165:184-193.

Liite 1

Rastita se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi

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

0 ☐ en koskaan → siirry kysymykseen 9
1 ☐ noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
2 ☐ 2–4 kertaa kuukaudessa
3 ☐ 2–3 kertaa viikossa
4 ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin

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

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

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

0 ☐ en koskaan
1 ☐ harvemmin kuin kerran kuukaudessa
2 ☐ kerran kuukaudessa
3 ☐ kerran viikossa
4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

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

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

5. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

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

YHTEISPISTEET: _____ PÄIVÄYS: _____

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

0 ☐ en koskaan
1 ☐ harvemmin kuin kerran kuukaudessa
2 ☐ kerran kuukaudessa
3 ☐ kerran viikossa
4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

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

0 ☐ en koskaan
1 ☐ harvemmin kuin kerran kuukaudessa
2 ☐ kerran kuukaudessa
3 ☐ kerran viikossa
4 ☐ päivittäin tai lähes päivittäin

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

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

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

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

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

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

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

PULLO (33cl) KESKIOLUTTA
LASI (12cl) MIETOA VIINIÄ
RAVINTOLA-ANNOS (4cl) VÄKEVIÄ

ESIMERKKEJÄ:

TUOPPI KESKIOLUTTA (0,5l)	***1,5 annosta***
PULLO VIINIÄ (0,75l)	***6 annosta***
PULLO VÄKEVIÄ (0,5l)	***13 annosta***

AUDIT - KYMMENEN KYSYMYSTÄ ALKOHOLINKÄYTÖSTÄ

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/3ecea5004a176a689294fa3d8d1d4668/AUDIT-testi.pdf?MOD=AJPERES

Liite 2/1

ELÄMÄNTAVAT JA MUUTOSVALMIUS
Seurantakysely

Hyvä EVI-hankkeeseen osallistuja,

vastasitte viime syksynä Elämäntapasairauksien varhaistunnistaminen ja interventio -hankkeen (EVI) kyselyyn, joka kartoitti halukkuutta muuttaa terveydelle haitallisia elintapoja. Tällöin annoitte kirjallisen suostumuksen yhteydenottoon jatkotutkimuksen vuoksi vuosina 2007 ja 2008. Nyt lähestymme Teitä seurantakyselyllä, jonka tarkoituksena on selvittää neuvonnan toteutumista ja sen vaikuttavuutta elintapojen muutosprosessissa. Lomaketta on viime vuodesta täydennetty neuvontaan ja terveystietotupaan liittyvillä kysymyksillä. Kyselyn liitteenä on myös tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, jonka toivomme Teidän täyttävän.

Lisäksi pyydämme Teiltä kirjallista lupaa (lomake liitteenä) saada tutustua potilastietoihinne, joista selvitetään Teille vuoden 2006 aikana tehdyt verenpaineen, veren rasva-arvojen ja sokeriaineenvaihdunnan mittaukset sekä tutkimuksen kannalta keskeiset aikaisemmat sairautenne ja lääkityksenne. Suostumuksen antaminen on täysin vapaaehtoista. Tietojen avulla voitaisiin kuitenkin merkittävästi täydentää ja kehittää suomalaista terveydenedistämistyötä. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään elintapasairauksia ehkäisevissä toimenpiteissä sekä niiden suunnittelussa erityisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella.

Kaikki antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne paljastu seurantatietoja raportoitaessa. Jokaista hankkeen osallista sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus. Tulosten tallennuksesta vastaa Jyväskylän yliopiston tietohallintokeskus ja analysoinnista Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitos. Tulokset raportoidaan opinnäytetöinä ja tieteellisinä julkaisuina.

Osallistumisenne on tärkeää, ja toivomme, että palautatte kyselyn, tyypin 2 diabeteksen riskipistetestin sekä jatkotutkimussuostumuksen täytettynä oheisessa vastauskuoressa _____ mennessä. Postimaksu on valmiiksi maksettu. Tutkimukseen osallistuminen on Teille kuitenkin täysin vapaaehtoista ja halutessanne voitte osallistua myös palauttamalla ainoastaan kyselylomakkeen ja tyypin 2 diabeteksen riskipistetestin. Osallistumasta kieltäytyminen ei vaikuta hoitoonne millään tavoin.

Tarvittaessa saatte lisätietoja tutkija Hanna Kontiselta.

Kiitämme Teitä vaivannäöstä.

Marita Poskiparta, professori
Jyväskylän yliopisto
Terveyden edistämisen tutkimuskeskus
014 – 260 2148

Mauno Vanhala, professori
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri/
Kuopion yliopisto
040 – 543 8141

Hanna Kontinen, TtM
Jyväskylän yliopisto
Terveyden edistämisen tutkimuskeskus
014 – 260 2198

Liite 2/2

ELÄMÄNTAVAT JA MUUTOSVALMIUS

Taustatiedot

☐ Nainen ☐ Mies ☐ Opiskelija

☐ Työssä ☐ Työtön ☐ Eläkkeellä

Henkilötunnus _____

Ammatti _____

Koulutus _____

Pituus _____

Paino _____

Vyötärön ympärys _____

Kenen vastaanotolla kävitte

_____

Mielipiteenne kyselystä

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Annan luvan EVI-hankkeeseen osallistuville ottaa minuun yhteyttä myöhemmin (vuonna 2007 ja 2008) jatkotutkimuksen vuoksi.

_____
potilaan/asiakkaan allekirjoitus

osoite: _____

Kiitos vastauksesta!

Liite 2/3

RAVINTO

1. Tämänhetkiset ruokailutottumuksenne	**Kyllä**	**Ei**	**En osaa sanoa**
▪ Käytättekö ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa pääasiassa margariinia tai öljyä?	☐	☐	☐
▪ Käytättekö leivällä pääasiassa margariinia?	☐	☐	☐
▪ Käytättekö leivällä yleensä vähärasvaisia leikkeleitä tai juustoja?	☐	☐	☐
▪ Käytättekö pääasiassa vähärasvaisia maitotuotteita?	☐	☐	☐
▪ Syöttekö kalaa vähintään kaksi kertaa viikossa?	☐	☐	☐
▪ Käytättekö päivittäin täysjyvätuotteita?	☐	☐	☐
▪ Käytättekö päivittäin kasviksia, marjoja tai hedelmiä?	☐	☐	☐
▪ Lisäättekö yleensä ruokiin suolaa, ketsuppia tai soijakastiketta?	☐	☐	☐
▪ Onko ruokailurytminne säännöllinen (pääruoat, välipalat)?	☐	☐	☐
▪ Harrastatteko lähes päivittäin herkuttelua tai napostelua (esim. makeisia, keksejä, juustoa makkaraa, sipsejä tms. aterioiden välillä)?	☐	☐	☐
▪ Syöttekö useamman kerran viikossa valmisruokia/pikaruokia?	☐	☐	☐
▪ Oletteko mielestänne ylipainoinen?	☐	☐	☐

2. Haluatteko pudottaa painoanne?

☐ En ☐ Kyllä

3. Haluatteko muuttaa ruokailutottumuksianne?

☐ En (jos ette, siirtykää kohtaan: liikunta)

☐ Kyllä

4. Ruokailutottumusten muutoshalukkuus (rastittakaa vain yksi vaihtoehto)

☐ Olen harkinnut, mutten ole vielä muuttanut mitään
☐ Olen harkinnut ja muuttanutkin tottumuksiani muutamin osin
☐ Olen muuttanut tottumuksiani ja yritän nyt ylläpitää muutoksia
☐ Tein muutoksia aiemmin, mutten pystynyt pitämään niitä

Liite 2/4

LIIKUNTA

1. Kuinka *monena päivänä viikossa* liikutte *vähintään 30 minuuttia*?

Puolituntinen voi koostua myös lyhyistä esim. 10 minuutin tehokkaista pätkistä

- Kevyttä liikkumista (ei juuri hengästytä) _____ (0-7) päivänä viikossa
- Ripeää liikkumista (jonkin verran hengästymistä) _____ (0-7) päivänä viikossa
- Rasittavaa liikkumista (voimakasta hengästymistä) _____ (0-7) päivänä viikossa

	Kyllä	Ei
Sisältyykö liikuntaanne perusliikuntaa? (= arki-, hyöty- ja työmatkaliikuntaa)	☐	☐
Sisältyykö liikuntaanne kuntoliikuntaa? (= esim. lenkkeily, jumppa, kuntosaliliikunta)	☐	☐

2. Haluatteko muuttaa liikuntatottumuksianne?

☐ En (jos ette, siirtykää kohtaan: alkoholi)

☐ Kyllä

3. Liikuntatottumusten muutoshalukkuus (rastittakaa vain yksi vaihtoehto)

☐ Olen harkinnut, mutten ole vielä muuttanut mitään

☐ Olen harkinnut ja muuttanutkin tottumuksiani muutamin osin

☐ Olen muuttanut tottumuksiani ja yritän nyt ylläpitää muutoksia

☐ Tein muutoksia aiemmin, mutten pystynyt pitämään niitä

Liite 2/5

ALKOHOLI

1. **Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai muita alkoholijuomia?**

   ☐ En koskaan (jos ette, siirtykää kohtaan: tupakkatuotteet)
   ☐ Noin kerran kuussa tai harvemmin
   ☐ 2 - 4 kertaa kuussa
   ☐ 2 - 3 kertaa viikossa
   ☐ 4 kertaa viikossa tai useammin

2. **Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia?**

   Yksi annos = Pullo keskiolutta tai siideriä (33 cl)
   Lasi mietoa viiniä (12 cl)
   Annos väkevää viiniä (8 cl)
   Annos viinaa (4 cl)

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

3. **Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

   ☐ Ei koskaan
   ☐ Harvemmin kuin kerran kuussa
   ☐ Kerran kuussa
   ☐ Kerran viikossa
   ☐ Päivittäin tai lähes päivittäin

4. **Missä tilanteessa yleensä käytätte alkoholia?**

   ☐ Kotona

   ☐ Työhön liittyvissä tilanteissa

   ☐ Vapaa-aikana kodin ulkopuolella

5. **Haluatteko muuttaa alkoholin käyttötottumuksianne?**

   ☐ En (jos ette, siirtykää kohtaan: tupakkatuotteet)
   ☐ Kyllä

6. **Alkoholinkäyttötottumustenne muutoshalukkuus (rastittakaa vain yksi vaihtoehto)**

   ☐ Olen harkinnut, mutten ole vielä muuttanut mitään
   ☐ Olen harkinnut ja muuttanutkin tottumuksiani muutamin osin
   ☐ Olen muuttanut tottumuksiani ja yritän nyt ylläpitää muutoksia
   ☐ Tein muutoksia aiemmin, mutten pystynyt pitämään niitä

TUPAKKATUOTTEET

1. Käytättekö tupakkatuotteita (savukkeet, sikarit, piipputupakka, nuuska)?

- ☐ En (jos ette, siirtykää kohtaan: neuvonta)
- ☐ Kyllä, säännöllisesti _____ kertaa päivässä
- ☐ Kyllä, satunnaisesti (esim. ravintolassa)

1.1 Tupakkatuotteiden käyttövuodet

- ☐ Alle vuosi
- ☐ 1 - 5 vuotta
- ☐ 5 - 10 vuotta
- ☐ 10 - 15 vuotta
- ☐ Yli 15 vuotta

1.2 Kuinka pian herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen (tai käytät muita tupakkatuotteita)?

- ☐ Alle 5 min
- ☐ 6 - 30 min
- ☐ 31 - 60 min
- ☐ Yli 60 min

2. Haluatteko lopettaa tupakkatuotteiden käytön?

- ☐ En (jos ette, siirtykää kohtaan: neuvonta)
- ☐ Kyllä

3. Tupakointitottumusten muutoshalukkuus (rastittakaa vain yksi vaihtoehto)

- ☐ Olen harkinnut, mutten ole vielä muuttanut mitään
- ☐ Olen harkinnut ja muuttanutkin tottumuksiani muutamin osin
- ☐ Olen muuttanut tottumuksiani ja yritän nyt ylläpitää muutoksia
- ☐ Tein muutoksia aiemmin, mutten pystynyt pitämään niitä

NEUVONTA

1. **Kuinka monta kertaa olette käynyt perusterveydenhuollon vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana?**

- Terveydenhoitaja/sairaanhoitaja: _____ kertaa
- Lääkäri: _____ kertaa
- Sosiaalitoimen työntekijä: _____ kertaa
- Muu terveydenhuoltohenkilöstön edustaja: _____ kertaa

☐ En ole käynyt vastaanotolla kuluneen vuoden aikana. Siirtykää kohtaan: terveystietotupa

2. **Kuinka monta kertaa olette saanut elämäntapoihin liittyvää neuvontaa terveydenhuoltohenkilöstöltä näiden vastaanottokäyntien aikana?**

- Terveydenhoitajalta/sairaanhoitajalta: _____ neuvontakertaa
- Lääkäriltä: _____ neuvontakertaa
- Sosiaalitoimen työntekijältä: _____ neuvontakertaa
- Muulta terveydenhuoltohenkilöstön edustajalta: _____ neuvontakertaa

☐ En ole saanut elämäntapoihin liittyvää neuvontaa. Siirtykää kohtaan: terveystietotupa

3. **Mihin aiheeseen neuvontatilanteet ovat liittyneet?**

- Ravitsemukseen: _____ neuvontakertaa
- Liikuntatottumuksiin: _____ neuvontakertaa
- Tupakointiin: _____ neuvontakertaa
- Alkoholin käyttöön: _____ neuvontakertaa

4. **Kuinka kauan yksittäinen neuvontatilanne on keskimäärin kestänyt? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.**

☐ Alle 5 minuuttia
☐ 5-15 minuuttia
☐ Yli 15 minuuttia

5. **Neuvontatilanne**

☐ on lisännyt tietoani terveellisistä elämäntavoista.
☐ on lisännyt elämäntapojen muutoshalukkuuttani.
☐ on johtanut muutokseen elämäntavoissani.
☐ on muuttanut asennoitumistani omaan terveyteeni.
☐ ei ole vaikuttanut minuun millään tavoin.

6. **Koetteko, että neuvonta on ollut hyödyllistä oman terveytenne kannalta?**

☐ Kyllä
☐ Ei