

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Matleena Mertanen & Hanna Paavola

KOTKAN KOTIHOIDON IKÄÄNTYNEIDEN ASIAKKAIDEN ALKOHOLIN
KÄYTTÖ

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

MERTANEN, MATLEENA & PAAVOLA, HANNA	Kotkan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käyttö
Opinnäytetyö	80 sivua + 22 liitesivua
Työn ohjaaja	Mirja Nurmi TtM & Leena Wäre KM
Avainsanat	alkoholi, ikääntynyt, Kotka, kotihoito

Tutkimuksen aiheena on Kotkan kotihoidon ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden asiakkaiden alkoholinkäyttö. Tavoitteena oli kartoittaa, miten ikääntyneet asiakkaat kokevat alkoholinkäyttönsä, sen muutokset ja kotihoidon työntekijöiden mahdollisen asiaan puuttumisen. Tarkoituksena oli myös, että kotihoidon työntekijät saisivat luotettavaa tietoa suoraan asiakkailta siitä, haluavatko asiakkaat alkoholin käyttöön puuttuvan, ja jos, niin miten.

Tutkimus on kvantitatiivinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin strukturoitua 14-kohtaista kyselylomaketta. Tutkimuksen tekoon osallistuivat kaikki Kotkan kotihoidon alueet, yhteensä 11 tiimiä. Kotihoidon työntekijät valitsivat kustakin tiimistä 5–7 asiakasta, joille toimittivat kyselyt ja tarvittaessa auttoivat lomakkeen täyttämässä. Asiakkaat valittiin sen perusteella, että he olivat psyykkisiltä ja fyysisiltä ominaisuuksiltaan kykeneviä osallistumaan kyselyyn. Kyselylomakkeita palautui lopulta 41, joten vastausprosentti oli 53 %.

Tuloksista selvisi, että täysin raittiita vastaajista oli 34 %. Suurin osa alkoholia käyttävistä käytti alkoholia harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Joukossa oli kuitenkin myös päivittäin alkoholia käyttäviä. Miehillä alkoholinkäyttö oli yleisempää kuin naisilla. Naiset juovat pienempiä määriä kerralla ja käyttivät enimmäkseen likööriä, kuohuviiniä ja brandya miesten käyttäessä eniten olutta ja kirkkaita. Alkoholia käytettiin yleensä yksinäisyyteen, rentoutumiseen, lääkkeeksi ja seurassa. Riippuvuutta alkoholiin tunsivat vain kaksi vastaajaa. Kolme vastaajaa haluaisi vähentää alkoholin käyttöään. Suurin osa ei halua keskustella alkoholin käytöstä kotihoidon hoitajan kanssa, vain kolme vastaajaa toivoisi kotihoidon hoitajan ottavan asian puheeksi. Kukaan vastaajista ei aikonut seuraavan vuoden aikana hakeutua päihdepalveluiden pariin. Yhteensä 22 vastaajalla oli kokemuksia alkoholin käyttöön puuttumisesta, yleisimmin kotihoidon tai perheenjäsenen taholta.

Alkoholin käyttö Kotkan kotihoidon alueella, kyselyyn vastanneiden keskuudessa on ilmeisen maltillista, eivätkä asiakkaat näin ollen koe, että asiaan tarvitsisi puuttua. Monet vastasivat käyttävänsä alkoholia yksinäisyyden tai tekemisen puutteen takia. Toimiva tapa alkoholin käytön vähentämiseen saattaisi olla tarjota ikääntyneille jonkunlaista ohjattua päivätoimintaa ja seuraa, jolloin alkoholin käyttö luultavasti vähentyisi, kun tilalle tulisi muuta mielekästä toimintaa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

MERTANEN, MATLEENA
& PAAVOLA, HANNA

Bachelor's Thesis

Supervisor

March 2010

Keywords

Alcohol Use among the Aged in Home Care in
Kotka

80 pages + 22 pages of appendices

Mirja Nurmi, MNSc

Leena Wäre, MNSc

alcohol, elderly, geriatric, home care, Kotka

This Bachelor's thesis is a study of aged people's alcohol use in home care. It focuses on people, both males and females aged 65 or older in home care in Kotka. The goal was to find out how the aged felt about their own alcohol use and if they feel need for any intervention or assistance from the home care employees.

The idea for this survey came from the home care employees who were concerned about the possible alcohol abuse of people in home care. The employees wanted to get reliable information straight from the clients and if there were problems, what kind of help they would like to get.

The survey was carried out as a quantitative research using a structured questionnaire.. The questionnaire consisted of both open-ended and closed-ended questions and had a total of 14 questions. The survey was carried out in all 11 home care teams in Kotka. Each team selected 5-7 respondents, who they (saw) found mentally and physically fit to fill in the questionnaires. 41 people answered the survey making the response rate 53%.

According to survey 34% (where absolutists) were total abstainers, the majority being people, who used alcohol less than once a month, but some used alcohol daily. Men used more alcohol than (females) women. The females also used smaller doses of alcohol. The females preferred liqueurs, sparkling wine and brandy while men drank mostly beer and spirits. The most common reasons for alcohol use were loneliness, for relaxation, as medicine and as social drinking. Only two answerers felt being addicted to alcohol. The majority of the answerers did not want home care employees to deal with their alcohol use. None of the answerers are planning to seek professional help for their alcohol problems within a year. 22 answerers had experienced some kind of alcohol related intervention, usually by home care employees or relatives. Surprisingly many told they used alcohol because they felt lonely or bored. Probably the best way to reduce alcohol use would be to offer supervised activities and company.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	ALKOHOLINKÄYTÖN TILASTOJA	9
3	IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI	10
	3.1 Taustaa	10
	3.2 Ikääntymisen fyysiset vaikutukset ihmisen elimistöön	11
	3.3 Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistössä	14
	3.4 Ikääntynyt, lääkehoito ja alkoholi	15
	3.4.1 Ikääntyneen lääkehoito	15
	3.4.2 Alkoholin yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa	16
	3.5 Alkoholin terveysvaikutukset ja riskit	18
	3.6 Ikääntyneiden alkoholin käytön syyt	19
	3.7 Juomisurat	20
	3.8 Riskikäytön tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen	21
	3.9 Alkoholi ja sosiaaliset suhteet	25
4	ALKOHOLIRIIPPUVUUS	25
	4.1 Psykkinen riippuvuus	28
	4.2 Fyysinen riippuvuus	28
	4.3 Sosiaalinen riippuvuus	29
5	IKÄÄNTYNYT PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄ KOTIHOIDON ASIAKKAANA	30
	5.1 Kotihoidon palvelut	30
	5.2 Kotihoidon päihdeyhteistyökumppanit	31
	5.3 Ikääntynyt päihdeongelmainen kotihoidon asiakkaana sekä kotihoidon keinot puuttua alkoholinkäyttöön	32
	5.4 Alkoholin käytön tunnistaminen ja hoitokeinot	36
	5.4.1 AUDIT	36

5.4.2	Mini-interventio työvälineenä päihdeongelman tunnistamisessa ja hoidossa	37
6	KUNTIEN JÄRJESTÄMÄT PÄIHDEPALVELUT	38
6.1	Kymen A-klinikkatoimi	38
6.1.1	Avohoito	39
6.1.2	Laitoshoito	40
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	42
8	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	43
8.1	Tutkimusmenetelmät	43
8.1.1	Kvantitatiivinen tutkimus	43
8.1.2	Kysely menetelmänä	44
8.1.3	Mittari	47
8.1.4	Kohderyhmä ja otanta	48
8.2	Aineiston keruu	48
8.3	Aineiston analysointi	49
9	TUTKIMUSTULOKSET	50
9.1	Taustatiedot	50
9.2	Asiakkaiden näkemykset alkoholin käytöstään	52
9.3	Asiakkaiden halukkuus mahdolliseen ongelmaan puuttumiseen	60
9.4	Asiakkaiden kokema tarve päihdepalvelujen piiriin	62
9.5	Asiakkaiden halukkuus päihdepalvelujen käyttöön	62
9.6	Asiakkaiden suhtautuminen alkoholin käytön puheeksi ottamiseen ja puuttumiseen	62
10	TUTKIMUSETIIKKA	64
11	VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI	65
12	POHDINTA	66
12.1	Ensimmäinen ja toinen tutkimusongelma	67
12.2	Kolmas, neljäs ja viides tutkimusongelma	69
12.3	Tutkimuksen luotettavuus	71
12.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset	74

LIITTEET

- Liite 1. HANKKEISTUSSOPIMUS
- Liite 2. TUTKIMUSLUPA
- Liite 3. AIEMMAT TUTKIMUKSET
- Liite 4. MUUTTUJATAULUKKO
- Liite 5. KYSELYLOMAKE
- Liite 6. TULOSTAULUKKO

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Viime vuosina alkoholin kulutus on ollut kasvussa. Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on ollut myös noususuunnassa. Alkoholi johtaa vakaviin terveysongelmiin ja aiheuttaa vuosittain noin 2500 henkilön kuoleman. Tulevaisuudessa painottuu entistä enemmän päihteiden käytön tunnistaminen ja nopea puuttuminen käyttöön. (Mäkelä 2003; Huttunen 2003.)

Vuonna 2004 Suomen alkoholiveroa laskettiin, joka painottui enimmäkseen väkeviin juomiin. Tämä johti väkevän alkoholin myynnin selvään nousuun. Vuonna 2008 alkoholiveroa nostettiin oluen, viinin ja välituotteiden osalta 10 %, sekä väkevien juomien osalta 15 %. Vuoden 2009 tammikuussa alkoholiveroa korotettiin jälleen kymmenellä prosentilla. Suomessa onkin tällä hetkellä EU-maiden korkein alkoholivero. (Alkoholivero 2009.)

Kymenlaaksossa alkoholin vuosikulutus on keskimäärin hieman suurempaa kuin muualla Suomessa. Vuonna 2004 tammikuussa alkoholijuomien tuonti vapautui EU-maista, jota seurasi nopeasti Viron liittyminen EU:n. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että Viirosta saa tuoda alkoholia rajoituksetta omaan käyttöön. (Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti, 3.) Ennen alkoholijuomien tuonnin vapautumista vuonna 2003 Viirosta tuotiin Suomeen alkoholijuomia 27,8 miljoonaa litraa. Vuoden 2004 muutoksen jälkeen tuonti lisääntyi kymmenellä miljoonalla litralla. (Alkoholijuomien matkustajatuontiseuranta 2008.) Nämä rajan toiselta puolelta hankitut alkoholit eivät näy suomalaisten kulutus- ja myyntitilastoissa lainkaan, joten Kymenlaakson vuosittainen alkoholin kulutus on kuitenkin oletettua suurempaa.

Myös vanhusten alkoholin käyttö on ollut koko ajan noususuuntaista ja se nähdään piilevänä ongelmana. Vanhusten alkoholiongelmista ei ole Suomessa luotettavaa epidemiologista tietoa, mutta tiedetään kuitenkin, että vanhukset juovat alkoholia enimmäkseen yksin kotona. (Haarni & Hautamäki 2009.)

Vuonna 1984 raittiita 50–69-vuotiaita miehiä oli 19 %, vuonna 2004 enää 6 %. Samansuuntainen kehitys on nähtävissä 50–69-vuotiailla naisilla joiden raittius on vähentynyt vuoden 1984 49 %:sta vuoden 2004 12 %:iin. (Päihdevuosikirja 2005, 88.)

Tutkimusten mukaan 1–4 %:lla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja. Vajaa kolmannes yli 65-vuotiaista alkoholiriippuvaisista alkoholisoituu vasta keski-ian jälkeen. (Juhela 2007.)

Ikääntyneet, kotona asuvat ihmiset, tarvitsevat usein kotihoidon palveluita pystyäkseen asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Ikääntyneet päihdeongelmaiset asiakkaat asettavatkin uusia haasteita kotihoidon henkilökunnalle. Kotihoito on kaupungin, sekä yksityisten palvelun tuottajien järjestämää asiakkaan kotihoitoa. Tyypillisin asiakas on eläkeikäinen ihminen, mutta kotihoidossa on myös työikäisiä asiakkaita, sekä kotisairaala hoitaa kotioloissa lapsesta vanhukseen. Kotihoidon ensisijaiset asiakkaat ovat paljon apua tarvitsevat asiakkaat, sekä tilapäistä tai pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat asiakkaat. (Kotihoidon palvelualue 2009.) Päihdeongelmainen tulee kotihoidon asiakkaaksi yleensä silloin, kun omaisten ja lähipiirin voimavarat ehtyvät, sosiaalipuolen suosittamana tai kun asiakas on kotiutumassa sairaalasta. Toisin sanoen kotihoitoon tulovaiheessa voi asiakkaalla jo olla pitempiaikainen alkoholin käyttöön liittyvä ongelma. Kuitenkin osalla kotihoidon asiakkaista ei tiedetä asiakkuuden alkamisesta olevan alkoholiongelmaa ja sen tunnistaminen voi olla vaikeaa. (Suhonen 2005.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia Kotkan alueen kotihoidon ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, asiakkaiden alkoholin käyttöä. Toivomus opinnäytetyömme aiheesta nousi Karhulan kotihoidon henkilökunnalta. Kotihoidossa halutaan tietoa asiakkaiden suhtautumisesta alkoholinkäyttöön liittyviin kysymyksiin sekä siihen, mitkä ovat asiakkaiden kokemuksia väliintulosta. Hoitajat kaipaavat tietoa asiakkaiden tämän hetkisestä päihteiden käytöstä ja mahdollisista ongelmista. Kyselyllä yritämme selvittää asiakkaiden suhtautumista alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen ja siihen puuttumiseen. Tekemällä asiakkaille kyselyn saamme juuri heidän äänensä kuuluviin, ja näin tutkimuksestamme tulee asiakaslähtöinen ja parhaiten työelämää palveleva. Opinnäytetyö ja tutkimustulokset luovutetaan niiden valmistuttua kotihoidon käyttöön.

2 ALKOHOLINKÄYTÖN TILASTOJA

Vuonna 1990 suomalaiset kuluttivat alkoholia 8.9 litraa asukasta kohden (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 65). Ennen 1990-luvun puoliväliä kulutus kääntyi hetkeksi laskuun (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 64), kunnes vuonna 1995 astui EU-jäsenyys voimaan ja mm. tullimääräyksiä väljennettiin (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 140). Vuonna 1997 vastaava lukema olikin kasvanut 8.8 litraan, joka vastasi kuitenkin vielä keskimääräistä eurooppalaista tasoa (Päihdetilastollinen vuosikirja 1998, 13). Vuonna 2001 kokonaiskulutus nousi 9 litraan per asukas (Päihdetilastollinen vuosikirja 2002, 12) ja vuonna 2004 kulutus olikin jo 10,3 litraa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 18). Suomalaisille tyypillistä on suuri kertakulutus ja runsas krapulatilojen esiintyminen (Heikkinen & Rantanen 2003, 327). Vuonna 2005 eläkeläismiehistä 78 % ja naisista 53 % raportoi käyttäneensä alkoholia edellisen vuoden aikana (Hartikainen & Lönnroos 2008, 268).

Suomen eri alueilla on selkeitä eroja tilastoidun alkoholinkulutuksen tasoissa. Tähän määrään vaikuttavat paikallisen alkoholinkäytön lisäksi niin turismi, elinkeinorakenne kuin työssäkäyntialueet. Korkeimmillaan alkoholinkäyttö on ollut vuonna 2006 Lapinlänissä, jossa myytiin kaiken kaikkiaan 11,7 litraa 100-prosenttista alkoholia, kun taas Kymenlaaksossa alkoholinmyynti oli 8–9 litran luokkaa. (Havio ym. 2008.) Vuonna 2004 alkoholin kulutus on ollut kymenlaaksossa 8,43 litraa asukasta kohden. Tämä on hieman keskimääräistä suurempi lukema, 14 maakunnassa kulutus oli kyseisenä vuonna pienempi kuin Kymenlaaksossa. (Päihdevuosikirja 2005, 77.) Vuoden 1984 jälkeen raittiiden osuus on ollut jatkuvassa laskussa. Vuonna 1984 raittiita 50–69-vuotiaita miehiä oli 19 %, vuonna 2004 enää 6 %. Samansuuntainen kehitys on nähtävissä 50–69-vuotiailla naisilla joiden raittius on vähentynyt vuoden 1984 49 %:sta vuoden 2004 12 %:iin. (Päihdevuosikirja 2005, 88.) Tästä eteenpäin raittiiden osuus on pysynyt samoissa lukemissa, sillä Havion ym. mukaan raittiita oli vuonna 2008 suomen väestöstä myös 12 %. Tutkimusten mukaan 1–4 %:lla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja. Vajaa kolmannes yli 65-vuotiaista alkoholiriippuvaisista alkoholisoituu vasta keski-ikänsä jälkeen. (Juhela 2007.) Eläkeläisistä 32 % käyttää alkoholia vähintään kerran viikossa. Usein toistuvaa humalajuomista, eli yli 6 annosta kerralla vähintään kerran viikossa harrastaa eläkeläisistä 17 %. (Havio ym. 2008, 53.)

3 IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI

3.1 Taustaa

Ikääntyneitä oli maassamme vuonna 2008 lähes miljoona, ja määrän uskotaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä reilusti. Ikääntymisen määritelmä on eri kulttuureissa erilainen. Suomessa ikääntynyt tarkoittaa pääasiassa 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Fyysisiä vanhenemismuutoksia tapahtuu ihmisen elimistössä jo 20 ikävuodesta lähtien. Vanhenemismuutokset ovat pääasiassa elimistön toimintojen heikkenemistä tai hidastumista, ja nämä muutokset vaikuttavat koko kehoon. Ikääntyneillä suurimpia toimintojen hidastumis-, ja heikkenemismuutoksia tapahtuu hermostossa ja aistitoiminnossa, jotka johtavat mm. kuulon, tasapainon ja tuntoaistin heikkenemiseen. Etenkin 50–60-vuotiaiden tuki- ja liikuntaelimistö menettää lihasmassaa, jolloin lihasvoima huononee. 40-vuotiaalla henkilöllä luustossa nähdään jo mineraalikatoa. Vanhuksilla tämä aiheuttaa osteoporoosiherkkyyttä, sekä luuston lyhenemistä. Nivelet kuluvat ja jäykistyvät, mikä voi aiheuttaa lääkityksen ja sairaalahoidon tarvetta. Ruoansulatuselimistössä hidastuu ruokatorven motorinen toiminta, suolentoiminta sekä voi refluksoireita saattaa esiintyä. Verenvirtaus munuaisissa heikkenee, sekä nefronien määrä pienenee, mikä hidastaa lääkaineiden poistumista elimistöstä. Sydämen- ja verenkiertoelimistön maksimaalinen suorituskyky heikkenee ikääntyneellä. Tarkennuksia edellä kerrottuun löytyy kappaleesta 3.2

Viitaten kappaleisiin 3.3, 3.4 ja 3.5, alkoholi reagoi ikääntyneen elimistössä eri tavalla kuin aiemmin johtuen ikääntyneen elimistön vähäisemmästä vesitilavuudesta. Tämän myötä ikääntyneillä veren alkoholipitoisuus nousee korkeammaksi kuin työikäisellä. Ikääntyneellä muutokset hermostossa ja luustossa yhdistettynä alkoholin haittavaikutuksiin lisää kaatumistaipumusta ja tämän myötä loukkaantumisherkkyyttä. Alkoholi vaikuttaa negatiivisesti vanhuksen elämäntapoihin. Alkoholin runsaan energiapitoisuuden ansioista ruokailutottumukset voivat muuttua. Tämä voi vaikuttaa negatiivisesti mm. diabeteksen hoitotasapainoon. Alkoholi voimistaa elimistön vanhenemismuutoksia, joka voi johtaa erilaisiin sairauksiin ja sairaalahoitoihin. Ikääntynyt joutuu usein käyttämään erilaisia lääkkeitä, jolloin alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat ongelmaisia. Alkoholi voimistaa tai vähentää lääkkeiden vaikutusta elimistössä.

Ikääntyneet fyysiset muutokset yhdistettynä alkoholin haittavaikutuksiin ovat uhka ikääntyneen terveydelle monella tapaa. Vuosittain alkoholin aiheuttamia kuolemia on noin 3000 ja alkoholi on syy-yhteydessä 60 erilaiseen sairauteen tai tapaturmaan. Alkoholista johtuvat hoitopäivät kuormittaa terveydenhuoltoa parillasadalla tuhannella hoitopäivällä vuodessa. Avopuolella hoitovuorokausia on reilusti yli 300 000.

Ikääntyneiden alkoholinkäytön syitä on tutkittu ja todettu, että vanhusväestö voidaan jakaa kahteen ryhmään alkoholismiin sairastumisen ajankohdan suhteen. Siitä enemmän kappaleessa 3.6 ja 3.7. Alkoholismin katsotaan johtuvan monista asioista, mutta yleisimpinä syinä voidaan pitää alkoholin mielihyvää tuottavaa vaikutusta, alttiusgenejä, sekä sen aiheuttamia positiivisia psyykkisiä vaikutuksia.

Ikääntyneiden alkoholin riskikäyttö ja siihen puuttuminen on terveydenhuollon ongelma sen piilevyyden sekä myös terveydenhuollon negatiiviseksi koetun asenteen takia. Tämän takia terveydenhuollossa on kehitetty erilaisia diagnosointimenetelmiä. Mm. AUDIT-testi on strukturoitu kyselylomake alkoholinkäytöstä, siitä voit lukea lisää kappaleessa 3.8 sekä 5.3.1. Mini-interventio on myös yksi alkoholin käytön tunnistamismenetelmä terveydenhuollossa. Siitä voi lukea lisää kappaleessa 5.3.2. Sairaanhoidtajaliitto on erikseen suunnitellut oman toimintamallin juuri ikääntyneiden alkoholinkäytön kohtaamiseen. Sen tavoitteena on kehittää niin sairaanhoitajien työtä kotihoidon riskikäytön suhteen. Siitä kerrotaan lisää kappaleessa 6.2.

3.2 Ikääntymisen fyysiset vaikutukset ihmisen elimistöön

Suomessa väestö ikääntyy nopeasti. Vuonna 2008 maassamme oli 65 vuotta täyttäneitä 892 000. Näistä 104 000 kpl yli 85-vuotiaita. Ennusteiden mukaan ikääntyneiden määrä nousee vuonna 2030 noin 1,4 miljoonaan (Ikääntyneiden asuminen 2009). Ikääntynyt määritellään eri kulttuureissa eri tavoin, eri-ikäisenä ja eri perustein. Käsitteet terveydestä, sairaudesta ja kuolemasta ovat myös kulttuurisidonnaisia. Länsimaiset kulttuurit voidaan luonnehtia yksilö- ja autonomiakeskeiseksi kulttuuriksi. Tässä ikääntymiselle keskeisiä määreitä ovat autonomia, omatoimisuus, aktiivisuus ja tuottavuus. Näiden määreiden mukaan varsinainen neljäs ikä eli varsinainen vanheneminen alkaa, kun nämä ominaisuudet heikentyvät yksilön elämässä. Tutkimukset

ovat osoittaneet, että kyseisessä vaiheessa ikääntynyt alkaa tuntea itse itsensä vanhaksi (Heikkinen 2003, 80 – 81.)

Tilastollisesti Suomessa 65 vuotta täyttäneet henkilöt luokitellaan ikääntyneiksi. Sanelle ”ikä” on monenlaisia merkityksiä ja ikä voidaan kokea monin eri tavoin. Kronologinen ikä merkitsee kalenteri-ian karttumista, mutta sitä määrittelevät myös ulkopuolelta tulevat sosiaaliset normit ja stereotyyppiset asenteet; millainen vanhuksen tulee olla, miten käyttäytyä ja miten kokea oma elämä ja ikä. Vanhuksen kronologinen ikä-identiteetti muodostuu siitä kuinka hän itse kokee itsensä. Biologinen ja fysiologinen ikä muodostuu kokemuspohjalta: miltä keho näyttää ja tuntuu, onko kehon toimintakyky säilynyt. Stereotyyppiat sekä sukupuoliroolit vaikuttavat biologisen iän kokemiseen. Subjektiiivinen ja kulttuurinen ikä määrittävät lähinnä omien tuntemusten ja yhteisön normien mukaisesti. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 32; Numminen & Vesala 2009.)

Fyysiset vanhenemismuutokset elimistön toiminnoissa alkavat jo 20–30 vuoden iässä soluissa, kudoksissa, elimissä ja elinjärjestelmissä. Eri toimintojen ja elinten välillä muutokset tapahtuvat eri nopeuksilla, eivätkä muutokset ala samanaikaisesti. Tunnusomaista muutoksille on kuitenkin toiminnon tai elimen heikkeneminen sekä mahdollinen hidastuminen (Pohjalainen 1995, 16.) Fyysistä vanhenemistä ei voi estää. Muutokset hermostossa ja elimistön säätelyjärjestelmässä vaikuttavat koko kehoon. Suurimmat muutokset nähdään tapahtuvan autonomisessa hermostossa, jonka toiminta vaimenee iän myötä. Hermosolujen eli neuronien lukumäärä on todettu vähentyneen yli 80-vuotiailla ihmisillä kolmanneksen alkuperäisestä solumäärästä. (Medina ym. 2006, 22.)

Aistitoiminnoissa suurimmat vanhenemistoiminnot tapahtuvat kuulossa ja näössä. Näkökyvyn muutokset johtuvat vanhenemismuutoksista näköaistielimissä, silmän optisessa järjestelmässä ja hermoradoissa. Suurimmat muutokset tapahtuvat silmän mykiössä joka muuttaa muotoaan ja kimmoisuuttaan. Myös kyynelnesteen erityis vähenee, näköärsykkeiden käsittely hidastuu, silmää ympäröivät kudokset ja lihakset veltostuvat. Huonosta kuulosta kärsii 25–30 % ikääntyneistä. Huonontuneen kuulon taustalla ovat sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rapautuminen. Ikääntyneen sisäkorvan simpukan karvasoluista osa on surkastunut, 70-vuotiaalla jo puolet.

Hermoston rappeutumisesta kärsii sisäkorvan tasapainoelin, maku- ja hajuaisti sekä väritunto. Tasapainoelimen rappeutuminen ja siihen yhdistettävät näköaistin, lihasten ja jalkapohjien tuntoaistien heikkeneminen edesauttaa ikääntyneiden kaatumistapauksia. (Medina 2006, 22–23; Pohjalainen 1995, 16.)

Tuki- ja liikuntaelimistöt muuttuvat sekä rakenteellisesti että toiminnallisesti. Pääasiassa lihasmassa, erityisesti nopeat lihassolut vähenevät ja tilalle tulee rasvaa ja sidekudosta. (Medina ym. 2006, 24; Pohjalainen 1995, 19.) Merkittävin vaihe lihasvoiman huononemisessa tapahtuu 50–60 vuoden iässä. Lihasvoiman alenemisen tärkeimmät syyt ovat lihaksen koon, supistusvoiman ja lukumäärän väheneminen sekä lihaksen hermotuksen muutokset. Myös lihasta ympäröivä kudos menettää elastisuuttaan. (Medina ym. 2006, 24; Pohjalainen 1995, 19.)

Luustossa ensimmäisiä muutoksia voi havaita 40-vuotiailla mineraalikadon muodossa, jonka myötä luumassa alkaa vähetä naisilla 1,0 % ja miehillä 0,5 % vuodessa. Haurastuminen jatkuu elämän loppuun saakka. Muutoksia tapahtuu koko luustossa, myös selkärangassa. Rangan heikentyessä ihminen lyhenee. Lyhenemisen katsotaan alkavan noin 40 vuoden iässä, ja nopeutuvan 60 vuoden iässä. Nivelissä ikääntyminen näkyy rustokudoksen kulumisen muodossa. Nivelet myös jäykistyvät johtuen nivelnesteiden määrän vähentymisestä. (Medina ym. 2006, 24.)

Ruoansulatuselimistössä muutokset ovat hidastavia. Ruokatorven motorinen toiminta heikkenee ja sen hidastunut toiminta voi vaikeuttaa nielemistä. Refluksioireita esiintyy alemman sulkielimen toiminnan heikentymisen takia. Mahalaukun hapon erityshidastuu ja vähenee, sekä mahalaukun tyhjeneminen hidastuu. Myös suolen toiminta hidastuu, mikä aiheuttaa ummetusta. Virtsanerityselimistössä muutokset tapahtuvat rakko- ja hermostotasolla. Virtsarakon venyvyys huononee rakon seinämän side- ja lihaskudoksen elastisuuden vähenemisen takia. Hermoston muutokset aivokuoressa ja hermokudoksessa heikentävät virtsaamisrefleksiä. Miehillä voi esiintyä eturauhasen liikakasvua. Munuaisissa verenvirtaus heikkenee, nefronien määrä pienenee sekä niiden suodatusteho pienenee. Tällöin lääkeaineiden poistuminen elimistöstä on hitaampaa kuin aiemmin. (Medina ym. 2006, 24–25.)

Sydämen maksimaalinen suorituskyky heikkenee ikääntyessä. Maksimisyke alenee, iskutilavuus pienenee ja sydänlihaksen supistumiskyky heikkenee. Muutosten myötä systolinen paine nousee, ilmenee ortostaattista hypotoniaa, sydämen läpät kalkkeutuvat, sekä verisuonisto menettää elastisuuttaan. Hengityselimistössä keuhkorakkuloiden pinta-ala pienenee iän myötä. Myös hiussuonet vähenevät, rintakehän joustavuus ja hengityslihasten voima alenee. Muutosten myötä maksimaalinen uloshengityksen huippuvirtaus pienenee. (Medina ym. 2006, 24–25; Pohjalainen 1995, 18.)

3.3 Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistössä

Alkoholi voi olla vanhuksen helpotus erilaisiin tilanteisiin ja oireisiin. Iän myötä elimistö reagoi alkoholiin eri tavalla, kuin aiemmin, johtuen fyysisistä ikääntymismuutoksista, joita kappaleessa 3.2 esiteltiin tarkemmin. Koska alkoholin vaikutukset ikääntyneen elimistöön ovat yksilölliset, on alkoholinkäyttöä arvioitava suhteessa kunkin ihmisen elämäntilanteeseen ja terveyteen. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet 2006.)

Kansanterveyslaitoksen mukaan iäkkäiden alkoholinkäyttö lisääntyy. Vaikka vanhus-ten käyttämät määrät ovat pysyneet kohtuullisena, iäkkäät ovat erityisryhmä alkoholin haittavaikutusten suhteen. Alkoholi jakautuu elimistössä vesitilavuuteen. Koska iäkkään elimistö sisältää vähemmän vettä, iäkkään veren alkoholipitoisuus nousee samalla alkoholimäärällä korkeammaksi kuin työikäisen. Myös kaatumistaipumus lisääntyy ikääntyneellä. Hermoston kyky sietää alkoholia vähenee vanhetessa ja tasapainoasti heikentyy sekä liikkuminen muuttuu kömpelömmäksi. Alkoholi vaikeuttaa kroonisten sairauksien hoitoa. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet 2006.)

Alkoholi lihottaa sen runsaan sokeripitoisuuden takia. Alkoholin sokeripitoisuus nousee mitä vahvempaa alkoholijuoma on. Usein syöminen jää yksipuoliseksi tai liian vähäiseksi, sekä ruokailuajat muuttuvat epäsäännöllisiksi alkoholin nauttimisen takia. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet 2006.)

Sekä yleinen hygienia että suun hygienia saattavat kärsiä alkoholin käytön takia. Happamat ja sokeroidut alkoholijuomat edistävät hampaiden kulumista ja aiheuttavat reikiintymistä. Kuten monet lääkkeet, myös alkoholi lisäksi vähentää syljen eritystä ja

tämän myötä suun limakalvojen kuivuminen nopeutuu. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet 2006.)

Vastustuskyky voi heikentyä runsaan alkoholinkäytön myötä, jolloin ihminen on altis tulehduksille. Alkoholin käytöllä on myös negatiivisia vaikutuksia sairauksiin ja niiden hoitoon. Yleisesti alkoholi aiheuttaa korkeaa verenpainetta, rytmihäiriöitä, vatsavaivoja, univaikeuksia ja muistihäiriöitä. Päihtymystila voi aiheuttaa arvaamattomia mielialanmuutoksia, jopa yllättävää väkivaltaisuutta, sekä mahdollisesti mielialan laskea ja ahdistuneisuutta (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet 2006.) Johtuen fyysisistä ikääntymismuutoksista, joita kappaleessa 5.2 esiteltiin tarkemmin.

3.4 Ikääntynyt, lääkehoito ja alkoholi

3.4.1 Ikääntyneen lääkehoito

Ikääntyneet on suurin lääkeaineiden käyttäjäryhmä, sillä iäkkäillä lääkkeiden käyttö lisääntyy sairauksien esiintymisen yleistymisen takia sekä viimeisen 10 vuoden aikana tehtyjen hoitokäytäntöjen muutosten takia. Lääkehoidon merkitys on suuri ikääntyneen sairauden paranemisessa sekä etenemisen hidastamisessa. (Kivelä 2008, 354; Hartikainen & Lönnroos 2008, 248.) Vuonna 2004 Jyväskylässä tehdyssä tutkimuksessa täysin lääkkeettömiä yli 65-vuotiaita oli 21 %. Vuonna 1998 Polyfarmasiaa, eli useiden lääkkeiden samanaikaista käyttöä tavattiin Liedossa tehdyssä väestötutkimuksessa 17 %:lla kotona asuvista yli 65-vuotiaista. Naiset käyttivät miehiä enemmän lääkkeitä. (Kivelä 2008, 354–356.) Kuopiossa vuonna 1998 tehdyn tutkimuksen mukaan iäkkäät käyttivät keskimäärin 6,3 lääkettä. Viiden vuoden kuluttua määrä oli noussut 7,5 lääkkeeseen. Vuonna 2003 jo joka neljännellä ikääntyneellä oli merkittävä monilääkitys (Hartikainen & Lönnroos 2008, 248.) Yleisimpiä lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, sekä ruoansulatuselinsairauksien lääkkeet. 2000-luvulla psykelääkkeiden käyttö on lisääntynyt tuntuvasti. (Kivelä 2008, 354–356.)

Ikääntymisen vaikutus lääkkeiden metaboliaan on muuntunut kehon koostumuksen muuttumisen, eli vesitilavuuden vähentymisen ja rasvan osuuden lisääntymisen takia. Tämän myötä vesiliukoisten lääkeaineiden haluttu vaste saavutetaan pienemmällä an-

noksella. Rasvaliukoisten lääkeaineiden puoliintumisaika pitenee, ja sen vuoksi lääkkeen vaikutusaika myös pitenee. Jos ikääntynyt on aliravittu, hänen seerumin albumiinin määrä on vähäisempi. Tällöin mm. varfariini, diatsepaami, sekä erilaiset epilepsialääkkeet vaikuttavat voimakkaammin. Maksan ja munuaisten ikääntymismuutosten vuoksi lääkeaineiden eliminoitumien on hitaampaa. Ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden väsyttämisaikutus on myös voimakkaampi. (Hartikainen & Lönnroos 2008.)

3.4.2 Alkoholin yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa

Alkoholin käyttö yhdessä lääkkeiden kanssa aiheuttaa monia ongelmia. Alkoholin vaikutuksen alaisena saattaa helposti unohtaa ottaa määrättyt lääkkeet päivittäin, tai ottaa saman lääkemannoksen useampaan kertaan. Lääkkeillä ja alkoholilla on myös usein yhteisvaikutuksia, eli ne voivat vähentää tai lisätä toistensa vaikutusta elimistössä. Ikääntyneen elimistössä alkoholi ja lääkkeet vaikuttavat pitemmän ajan, joten niillä voi olla yhteisvaikutuksia, vaikka niitä ei ole nautittu yhtä aikaan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Säännöllinen alkoholin käyttö nostaa verenpainetta, mutta alkoholi voi myös voimistaa lääkkeiden verenpainetta laskevaa vaikutusta. Lääkkeiden käyttö yhdessä nitrovalmisteiden kanssa voi johtaa verenpaineen laskun myötä huimaukseen ja jopa tajunnan menetykseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Alkoholin käyttö yhdessä veritulppia ehkäisevän varfariinin kanssa voi vaikuttaa kahdella tavalla. Lyhytaikaisessa runsaassa käytössä alkoholi syrjäyttää varfariinin maksan aineenvaihdunnassa, koska ne kilpailevat samoista entsyymeistä. Tämä aiheuttaa varfariinin pitoisuuden nousun veressä ja lisää verenvuotoriskiä. Pitkäaikaisessa alkoholin suurkulutuksessa maksa-aineenvaihdunta tottuu tilanteeseen ja tuottaa enemmän entsyymejä. Tässä tilanteessa varfariinin aineenvaihdunta nopeutuu ja tarvitaan suurempia annoksia päästäkseen hoitotasapainoon. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Alkoholi nostaa lyhytaikaisesti verensokeria, mutta diabeetikoilla riskinä on verensokerin laskeminen liian matalalle (hypoglykemia). Alkoholi tehostaa diabeteslääkkeiden vaikutusta ja alkoholi haittaa maksan sokerituotantoa. Näin elimistön oma korja-

usjärjestelmä matalille sokereille häiriintyy. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Väkevät viinat ärsyttävät vatsan limakalvoja voimakkaasti. Yhdistettynä tulehduskipulääkkeisiin voi tuloksena olla suolistoverenvuoto tai vatsahaava. Jopa parasetamoli on riskilääke yhdistettynä alkoholiin, sillä alkoholi lisää lääkkeen maksatoksisuutta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Alkoholin imeytymistä nopeuttavia lääkkeitä ovat mahalaukun tyhjentämistä edistävät lääkkeet, kuten jotkut pahoinvointilääkkeet. Alkoholin vaikutuksesta ylempi mahalaukun sulkija löystyy ja mahdollistaa happaman vatsansisällön joutuminen ruokatorveen. Toisin sanoen alkoholi voi aiheuttaa ongelman, jota hoidetaan lääkkeillä, jotka nopeuttavat alkoholin imeytymistä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Voimakkaimmin alkoholilla on yhteisvaikutuksia muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden kanssa. Alkoholi lisää kaikkien keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden lamaavaa ja väsyttävää vaikutusta. Ikääntyneiden parissa esiintyy alkoholin käyttämistä unilääkkeenä, eikä pienellä annoksella ongelmia välttämättä synny ja näin alkoholilla on toivottu vaikutus. Alkoholin käyttö kuitenkin huonontaa unen laatua, ja alkoholin käyttöä yhdessä unilääkkeiden kanssa on varottava. Keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä on erityisesti kipulääkkeiden yhteiskäyttöä alkoholin kanssa varottava, koska se mm. alentaa kouristuskykyä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Olemassa on myös lääkkeitä, jotka vaikeuttavat alkoholin hajoamista maksassa ja näin aiheutuu eräänlainen antabus–reaktio. Oireina ovat kasvojen punotus, pahoinvointi, verenpaineen nousu, sekä sydämen tykytys. Joidenkin lääkkeiden kehittelyn tavoitteena onkin ollut saada aikaan kyseinen reaktio, jolloin alkoholinongelmaa pystyttäisiin hoitamaan kyseisellä lääkkeellä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia on lopulta kuitenkin vaikea tietää, koska tutkimukset on tehty käyttäen terveitä ja työikäisiä vapaaehtoisia. Yhteisvaikutukset ovat hyvinkin yksilöllisiä, riippuen alkoholin käytön ja lääkkeiden käytön määrästä,

lääkkeiden käytöstavasta, iästä, sekä henkilökohtaisista ominaisuuksista. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

3.5 Alkoholin terveysvaikutukset ja riskit

Nykyään alkoholi on suurin yksittäinen terveysuhka suomalaisen terveydelle. Alkoholin katsotaankin olevan syy-yhteydessä jopa 60 erilaiseen sairauteen tai tapaturmaan. Vuosittain alkoholin aiheuttamia kuolemia on noin 2500, mikä sisältää suoraan alkoholin takia kuolleet, päihtymyksen aiheuttamat kuolemantapaukset, sekä väkivaltaiset kuolemat, joissa alkoholi on ollut mukana. Kun summaan lisätään kuolemantapaukset, joissa alkoholi on ollut kuolintodistuksessa myötävaikuttajana, niin alkoholi aiheuttaa vuosittain n. 3000 ihmisen kuoleman. (Mäkelä 2003, Huttunen 2003.)

Yksittäisiin syihin mennessä yleisimmät alkoholin aiheuttamat kuolinsyyt ovat maksakirroosi, alkoholimyrkytys ja alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtuneet tapaturmat. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa myös sydänlihaksen paksunemista ja altistaa sydämen vajaatoiminnalle. Alkoholi altistaa varsinkin vanhuksen myös ravinnon yksipuolistumiseen, eli ravinnosta ei saa tarpeeksi vitamiineja ja hivenaineita. Alkoholin on tutkittu lyhentävän eliniän odotetta miehillä 0,4 vuotta ja naisilla 0,1 vuotta. Alkoholi-kuolleisuus on huipussaan ikävälillä 50–60 vuotta. Loppujen lopuksi alkoholin aiheuttamat kuolemat ovat kuitenkin pieni osa alkoholin aiheuttamista haittavaikutuksista. (Mäkelä 2003; Hartikainen & Lönnroos 2008.)

Alkoholi aiheuttaa vuosittain noin 200 000 hoitopäivää sairaalahoitossa. Suurimpia yksittäisiä syitä sairaalahoitolle olivat päihtymystilat, elimelliset aivo-oireyhtymät sekä maksan ja haiman sairaudet. Päihdehuollon piiriin kuuluvia hoitovuorokausia on sairaalahoitoa enemmän, eli pitkälti yli 300 000 ja siihen summaan lisätään vielä asiakaskäynnit A-klinikalla, asumispalveluiden ja ensisuojien käyttäjämäärät. Tilastoissa näkyy saman ihmisen kuormitus useiden palveluiden piirissä, eli yhdellä ihmisellä voi olla asiakkuus useampaan tahoon samanaikaisesti. Alkoholisairaus on syynä työkyvyttömyyseläkkeeseen vajaassa 9 000 tapauksessa. Tilastojen ulkopuolelle jää paljon lievämpiä sairauksia ja alkoholin aiheuttamia tapaturmia, mutta tilastollisesti niiden merkitys on vähäinen. (Mäkelä 2003.)

3.6 Ikääntyneiden alkoholin käytön syyt

Perinteisesti alkoholinkäyttö vanhusväestössä on jaettu kahteen ryhmään alkoholismiin sairastumisen ajankohdasta riippuen. Alkoholin ongelmakäyttö voi alkaa nuorella tai vanhalla iällä. Noin 2/3 alkoholisteista ongelma on alkanut nuorempana ja 1/3 eläkeiässä. Nuoremmalla iällä alkavan alkoholin suurkulutuksen taustalla on useimmiten emotionaaliset ongelmat. Kyseinen ryhmä on eläkeiässäkin emotionaalisesti sopeutumattomia ja vihamielisempiä kuin vanhuusiässä alkoholisoituneet. (Kiiänmaa, Tiihonen & Hyytiä 2003; Kaprio 2003.) Vanhusten alkoholismi nähdään piilevänä ongelmana. Vanhusten alkoholiongelmista ei ole Suomessa luotettavaa epidemiologista tietoa, mutta tiedetään kuitenkin, että vanhuksat juovat alkoholia enimmäkseen yksin kotona. Ikääntyneet alkoholiongelmaiset voidaan jakaa pääasiassa kahteen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat ikääntyneet, jotka ovat olleet jo vuosia alkoholisteja, toiseen ryhmään kuuluvat ovat kohdanneet alkoholiongelman vasta iäkäänä. Altistavia tekijöitä ovat olleet eläköityminen, puolison kuolema, lapsista vieraantuminen, sekä fyysiset ja psyykkiset ongelmat. (Haarni & Hautamäki 2009.)

Alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttaman riippuvuuden uskotaan johtuvan päihteiden mielihyvää tuottaviin ominaisuuksista. Tutkimuksissa on selvinnyt, että päihteet vapauttavat dopamiinia. Alkoholismi on tutkimusten mukaan myös perinnöllinen sairaus. Perinnölliset tekijät vaikuttavat osaltaan alttiuteen sairastua alkoholismiin. Alkoholismiin liittyviä alttiuseenejä on todennäköisesti monia, mutta vain muutama niistä tunnetaan. Kuitenkin periytymistapa on niin monimutkainen, että alkoholismin perinnöllisyyttä ei ole pystytty laittamaan yhden geenin syyksi. (Kiiänmaa, Tiihonen & Hyytiä 2003; Kaprio 2003.)

Alkoholi vähentää jännitystä, ahdistuneisuutta, kipua ja unettomuutta. Stressi ja sen lievittäminen on yksi syy miksi alkoholin käyttö aloitetaan ja sen käyttöä jatketaan. Stressi on myös usein repsahduksen syynä. Ihminen kokee stressin yksilöllisesti ja sen taustalla voi olla moninainen syy-seuraussuhde sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Stressin aiheuttajia voivat olla katastrofit, epävarmuutta aiheuttajat tekijät, kuten työttömyys, epidemiat, sodan uhka, tai toistuvat pienemmät häiriöt arkirutiineissa. (Von Der Pahlen & Eriksson 2003; Hiltunen 1994.)

3.7 Juomisurat

Iäkkäiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt tilastojen mukaan 1980-luvulta lähtien. Raittiuden osuus iäkkäämmissä ikäluokissa on pikkuhiljaa vähentynyt. Ikääntyvien alkoholinkäyttöä tulisi tarkastella juomistottumusten ja sen muuttumisen kannalta. Miten alkoholin käyttö ja sen rooli elämässä on muuttunut henkilön elämässä. ”Juomisura” käsitteenä tarkoittaa henkilön elämässä tapahtuvaa alkoholinkäytön tottumusta. Juomisura jaotellaan sen mukaan, miten alkoholin rooli on henkilön elämässä muokkautunut. (Haarni & Hautamäki 2009.)

Laskeva juomisura tarkoittaa iäkkään alkoholinkäytön iän mukaan vähenevää kulutusta. Laskeva juomisura voidaan yhä jaotella kahteen, eli loivasti laskevaan ja jyrkästi laskevaan juomisuraan. Loivasti laskevalle juomisuralle tyypillistä on elämän aikana hallittu alkoholinkäyttö. Jyrkästi laskevalle juomisuralle tyypillistä on henkilön historiassa tapahtunut runsas alkoholinkäyttö, myös mahdollista alkoholismia on ollut. Laskevalle juomisuralle tyypillistä on se, että molemmissa ryhmissä alkoholitottumukset ovat kääntyneet iän mittaan laskuun. Yleisin syy alkoholin käytön lopettamiselle on ollut fysiologinen; alkoholin aiheuttamat fyysiset muutokset ovat olleet liian voimakkaita ja se on koettu epämiellyttäväksi. Tämän myötä alkoholinkäyttöä on pyritty vähentämään. Juomisuran laskusuuntaan ovat vaikuttaneet myös asenteet ikääntyvän alkoholinkäyttöä kohtaan. (Haarni & Hautamäki 2009.)

Nousevat juomisurat kuvaavat aikuisiässä lisääntyntä alkoholinkäyttöä. Loivasti nouseva juomisura on saanut hyvät pohjat suomalaisen juomiskulttuurin pohjalta. Jo vuonna 1970 ilmapiiri muuttui alkoholimyötäisemmäksi. Tämän myötä myös ihmisen suhde alkoholiin muuttui. Loivasti nousevaan juomisuraan kuuluvat ne ihmiset, joilla alkoholi on aikuisiällä saanut suuremman roolin nuoruuden kokeilujen jälkeen. Alkoholinkäytöstä on pikkuhiljaa muokkautunut enemmänkin elämäntapa. Jyrkästi nouseva juomisura on nykytutkimusten mukaan enemmän naisten ongelma. Alkoholi on siis tullut osaksi elämäntapaa jo työvuosina. Juomistottumuksiin vaikuttivat myös puolison alkoholitottumukset. (Haarni & Hautamäki 2009.)

Aaltoilevaa juomisuraa kuvaa muuttuva alkoholinkäyttö. Alkoholin käyttö vaihtelee runsaasta niukempaan, eivätkä kuluttajat ole välttämättä huolissaan tilanteestaan. He

pystyvät kontrolloimaan juomistaan, jonka seurauksena ovat niukemmat kaudet. Katkennutta juomisuraa pääsääntöisesti edeltää aaltoileva juomisura. Tämän ryhmän henkilöt ovat raitistuneet jonkin sairauden tai muun pysäyttävän tekijän myötä. Muuttumaton juomisura tarkoittaa tasaista alkoholinkäyttöä. Alkoholiksi on kuulunut henkilön elämään enemmän tai vähemmän eikä alkoholilla ole ollut suurta roolia henkilöiden elämässä. (Haarni & Hautamäki 2009.)

3.8 Riskikäytön tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen

Ikääntyneiden alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen on usein hankalaa terveydenhuollossa, koska ikääntyneiden alkoholismi ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat piileviä ongelmia. Päihdeongelmainen ikääntynyt tulee useimmiten hoitoon muun syyn kuin päihdeongelman takia. Sairaalahoidossa usein vieroitusoireet jäävät tunnistamatta ja vanhuksen oireina olevaa ahdistuneisuutta, unettomuutta ja kiirettä kotiin ihmetellään. Vanhus usein sanoo, että kotona ovat asiat hyvin ja sairaalaan kuuluvat huonommassa kunnossa olevat ihmiset. Alkoholiongelmaisten potilasryhmää leimaa yleensä häpeä ongelmastaan, koska moni ikääntyneessä väestössä on elänyt raittiusliikkeen ja kieltoain aikana. Heidän nuoruudessaan alkoholin käyttö oli moraalisesti tuomittavaa ja paheksuttavaa. Ikääntynyt ei pakolla edes osaa yhdistää oireitaan alkoholin käyttöön, vaan pitää niitä esimerkiksi iän tuomina ongelmina. (Seppä 2003; Hartikainen & Lönnroos 2008; Hiltunen 1994; Aalto & Holopainen 2008.)

Ongelmalliseksi alkoholiriippuvaisen hoidon tekee myös se, että alkoholiongelmainen ei ole terveydenhuollossa toivottu potilas, koska ongelmaa pidetään itse aiheutettuna sekä sen hoitoa vaikeana. Lisäksi kyseisen potilasryhmän käynnit vastaanotoilla ajoittuvat usein kiireiseen päivystysaikaan, alkoholiriippuvaiset tarvitsevat valvontaa ja heidän hoitonsa sitoo henkilökuntaa. (Seppä 2003, 2508.)

Haastattelu on alkoholin suurkulutuksen diagnosoinnissa paras menetelmä, lisäksi se on vähä kustannuksinen vaihtoehto ja hoitosuhteen rakentamisen kannalta suositeltavin. Kysymyksien määrän ei tarvitse olla suuri, esimerkiksi strukturoiduissa kyselylomakkeissa on valmiina oleelliset kysymykset aiheesta. Suositeltavin ja yleisin on AUDIT-testi, jossa on 10 kysymystä alkoholinkäytöstä. Audit-testi on suunniteltu työikäiselle väestölle ja se ei suoraan sovellu vanhusväestöön, koska riskikulutuksen

rajat ovat vanhusväestöllä matalammat. Ikääntyneille on suunnattu oma tutkimus, eli niin sanottu Otetaan selvää -esite. Vanhusväestön ollessa kyseessä on todettu parhaaksi menetelmäksi alkoholinkäytön kartoituksessa haastattelua, ja kyselytestit täydensivät sen tuloksia. (Seppä 2003, 2509; Hartikainen & Lönnroos 2008, 273–274; Aalto & Holopainen 2008, 2.)

Alkoholiongelman toteamisessa voidaan käyttää myös laboratoriokokeita apuna. Seerumin glutamyyli transferaasi (GT) ja niukkahiilihydraattisen transferrinin (CDT) määritykset yhdessä paljastavat noin 60 % suurkulutustapauksista. Väärät positiiviset tulokset ovat GT-määrityksessä mahdollisia, koska kohonneiden GT-arvojen taustalla voi olla alkoholista riippumaton tekijä. Hoitosuhteen kannalta on tärkeä olla rehellinen laboratoriokokeiden ottamisen syystä. (Seppä 2003, 2509–2010.)

Alkoholiongelmaisen hoidosta on tehty myös Käypä hoito -suositus, jonka on tehnyt Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suosituksen tarkoituksena on olla yleisenä ohjeena alkoholiongelmaisen hoidossa, eli hoitohenkilökunnan hoidon työvälineenä. Käypä hoito -suosituksessa käydään läpi alkoholiongelma kokonaisuudessa lähtien selvittämisestä, mitä se on ja miten alkoholiongelma todetaan, aina tarkkaan kuvaukseen hoidollisesta puolesta. (Käypä hoito-suositus 2005.)

Alkoholin käytön muutosprosessissa on eri vaiheita, jotka ovat esiharkinta-, harkinta ja toimintavaihe. Alkoholin suurkuluttajat eivät usein halua tai koe tarvetta muuttaa alkoholinkäyttöään. Urautunutta toimintatapaa on vaikea muuttaa, jos se tuo välittömästi tyydytystä ja helpotusta. Kun potilaalla on ehdoton vastus alkoholinkäytön vähentämiseen, niin silloin on melko turhaa alkaa antamaan yksityiskohtaisia neuvoja alkoholinkäytön vähentämiseksi. Esiharkintavaiheessa hoidetaan vaivoja, joiden takia hän on hakeutunut hoitoon. Potilaan ollessa harkintavaiheessa ja hänelle tulisi antaa tietoa alkoholinkäytön vähentämisen hyödyistä ja annetaan kirjallista materiaalia, joihin voi perehtyä. Harkintavaiheissa on tärkeää motivoida potilasta muutokseen. Motivoiva haastattelu on harkintavaiheen tärkeä työskentelymenetelmä, jonka tarkoituksena on ratkaista sellaisia motiiviristiriitoja, jotka ehkäisevät myönteisiä käyttäytymismuutoksia. Toimintavaiheessa aloitetaan potilaan hoito. (Seppä 2003, 2510; Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 42.)

Potilaan hoidon ensimmäinen vaihe on yleensä vieroitushoito eli katkaisuhoido. Katkaisuhoido tulisi jokaiselle tehdä yksilöllisesti. Katkaisuhoidoön liittyy usein vieroitusoireiden lievittämistä ja komplikaatioiden estämistä lääkkeiden avulla. Perusperiaatteena on, että vieroitusoireet tulisi hoitaa tehokkaasti oireiden voimakkuuden mukaan. Lievemmistä vieroitusoireista selviää levolla ja nesteiden runsaalla nauttimisella. Voimakkaampia vieroitusoireita hoidetaan rauhoittavilla ja unilääkkeillä, mutta joskus oirekuva vaati osastohoidoa ja diatsepaami-kyllästyshoitoa. Osastohoidoa vaativat huomattava sekavuus ja tajunnan heikkeneminen. Ikääntyneen katkaisuhoido on yleisesti pidetty riskialttiimpana kuin nuoremman ihmisen. (Seppä 2003, 2510–2511; Aalto & Holopainen 2008, 3–4.)

Katkaisuhoidon jälkeen mietitään yhdessä potilaan kanssa miten potilas pysyisi raittina. Tässä vaiheessa kartoitetaan erilaisten tukien tarpeellisuus, eli katsotaan psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot ja tehdään niistä sopiva paketti potilaan tarvetta ajatellen. Psykososiaaliset hoitomuodot perustuvat keskusteluun ja yhdessä tekemiseen. Hoito- ja kuntoutusmuodot pitävät sisällään eri teorioihin perustuvia menetelmien ja työtapojen yhdistelemistä. Tapaamisiin voidaan ottaa potilaan läheiset ihmiset, jolloin kyseessä on ns. verkostoterapia. Vertaistukiryhmä, eli alkoholinkäyttäjät yhdessä voivat käydä lävitse alkoholiongelmaansa itseapuryhmässä, eli AA-ryhmässä, jossa yleensä on 12-askelmainen kuntoutusohjelma, jolla pyritään päihteettömyyteen. Lisäksi hoidon osana voi olla dynaamista psykoterapiaa, jossa käydään lävitse potilaan elämänvaiheita, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jossa käsitellään potilaan ydinuskomuksia sekä lukuisia muita hoitomenetelmiä. (Seppä 2003, 2510–2511; Käypä hoito-suositus 2005.)

Alkoholiriippuvuuden hoidossa on käytetty lääkkeitä jo 50 vuoden ajan. Tutkimustulosten mukaan edelleen erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot toimivat alkoholiriippuvuuden hoidon perustana. Kuitenkin joillakin lääkityksillä voidaan parantaa merkittävästi hoidon tulosta. Vanhuksen alkoholismin lääkehoidossa tulee ottaa huomioon, että käytettävät bentsodiatsepiinien lääkemäärät ovat jopa 2/3 pienempiä kuin työikäisellä väestöllä. Ikääntyneiden kohdalla on tärkeää seurata lääkevastetta tarkasti ja säätää annosta asteittain. (Salaspuro 2003, 2503–2506; Aalto & Holopainen 2008, 3–4.)

Suomessa on käytössä kaksi myyntiluvallista lääkettä alkoholiriippuvuuden hoitoon: disulfiraami ja naltreksoni. Toisilla tutkituilla lääkkeillä, kuten naltreksonilla ja akamprosaatilla on hyvin rajallinen teho. Niiden avulla hoitotulos parantuu vain noin 10–15 %. Naltreksoni on opioidiantagonisti, jonka vaikutus perustuu humaltumisen hyvän olon tunteen vähentämiseen, eli juomisen palkitsevuus vähenisi. Opioidiantagonistien vaikutukset kohdistuvat mielihyväjärjestelmään, eli mesolimbis-hyptotalaamiseen, jota säätelevät mm. endorfiinit. Akamprosaatti on tauriinin kalsiumsuola. Senkin uskotaan vähentävän alkoholinhimoa. Kuitenkaan sen vaikutuksen perusmekanismeja solutasolla ei vielä tunneta. Joidenkin tutkimusten mukaan akamprosaatti vaikuttaa hoitoon myönteisesti liitettynä psykososiaaliseen hoitomuotoon, mutta toisten tutkimusten mukaan vaikutusta ei ole tai se on hyvin vähäinen. (Salaspuro 2003, 2503–2506; Aalto & Holopainen 2008, 4.)

Disulfiraamin, eli Antabuksen valvotulla antamisella on todettu olevan hyvä teho. Antabus on niin sanottu ”inhotushoito”, jonka vaikutus perustuu siihen, että lääkkeen ja alkoholin yhteisvaikutus aiheuttaa käyttäjälle kasvojen ja ylävartalon punoitusta, päänsärkyä, pahoinvointia, sydämentykytystä, sekä hypertensiota. Toisin sanoen lääkkeen ja alkoholin yhteisvaikutuksena on hyvin epämiellyttävä olo. (Salaspuro 2003, 2503–2506; Aalto & Holopainen 2008, 4.)

Uusista alkoholiriippuvuuden käyttöön tarkoitetuista lääkkeistä lupaavimmalta vaikuttaa topiramaatti, jota käytetään epilepsian hoidossa. Se vaikuttaa vähentämällä dopamiinin vapautumista mesolimbisellä aivoalueella. Se myös lisää gammaaminovoihapon toimintaa ja toimii glutamaattiantagonistina. Tutkimuksien mukaan lääke vähentää alkoholin himoa. Lääkkeen käyttäjien raittiiden päivien määrä lisääntyi ja repsahduksien määrä väheni. (Salaspuro 2003, 2503–2506.)

Muita alkoholiriippuvaisuudessa käytettäviä lääkkeitä ovat serotoniinin takaisinoton estäjät, bromokriptiini ja 5-hydroksitryptamiiniantagonistit. Näillä lääkkeillä ei kuitenkaan ole tutkimusten valossa todettu merkittävää vaikutusta alkoholiriippuvuuden hoidossa. (Salaspuro 2003, 2503–2506.)

3.9 Alkoholi ja sosiaaliset suhteet

Tilastojen valossa alkoholin vaikutusta sosiaalisiin suhteisiin on vaikeampi todentaa varsinkin ikääntyneiden kohdalla. Alkoholin käyttö humalahakuisesti ja ongelmajuominen lisäävät aggressiivista käyttäytymistä. Noin puolet Suomessa tehdyistä väkivaltarikoksista on tehty alkoholin vaikutuksen alaisena. Poliisille ilmoitetaan vuosittain 25 000–30 000 pahoinpitelyä. Ikääntyneiden osuutta tilastoissa ei ole eritelty, mutta voidaan olettaa, että myös ikääntyneiden keskuudessa alkoholin käyttö aiheuttaa pahoinpitelyitä. Pahoinpitelyistä ilmoitetaan vain noin kolmas osa, ja vanhuksien keskuudessa pahoinpitelyistä todennäköisesti vaietaan helposti, koska alkoholinkäyttökin kyseisessä väestössä on usein piilotettu asia. Toisin sanoen, jos ongelmaa ei ole, niin eihän siitä ole seurauksiakaan. (Mäkelä 2003.)

4 ALKOHOLIRIIPPUVUUS

Riippuvuus on monimutkainen yksilön oirekuva, johon vaikuttaa riippuvuutta tuottava aine tai toiminto, sekä yhteiskunnalliset asenteet eri riippuvuuden muotoja kohtaan. Riippuvuuteen kuuluu myös usein muita mielenterveysongelmia. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 27–28.) Monimutkainen fyysinen ja psyykkinen tuntematon mekanismi aiheuttaa riippuvuuden, joka ilmenee yksilötasolla fyysisenä, psyykkisenä, henkisenä ja sosiaalisena tilana ja oireena. Riippuvuuteen voi olla perinnöllinen alttius tai siihen voi vaikuttaa varhaislapsuuden kokemukset sekä sosiaalinen elämäntilanne ja sosiaaliluokka. (Holmberg ym. 2008, 30–31.) Riippuvuus voi myös syntyä myöhemmällä iällä reaktiona aiempiin kokemuksiin. Etenkin matalaan sosiaaliseen luokkaan liittyvät ongelmat ihmisen elämässä voi aiheuttaa alttiuden riippuvuuden kaltaiseen korviketoimintaan. Kokemukset eivät kuitenkaan yksin aiheuta riippuvuutta. (Koski-Jännes 2005.) Vanhemmalla iällä syntyneen riippuvuuden taustalla vaikuttaa yleensä eläköityminen, puolison kuolema, lapsista vieraantuminen, heikentynyt kunto sekä itsetunto. Toisin sanoen ikääntyneen riippuvuuden taustalla on arjen rutiinien muuttuminen. (Medina ym. 2006, 326.) Riippuvuus voidaan karkeasti jakaa aineriippuvuuteen ja systeemiriippuvuuteen. Aineriippuvuus on fyysistä riippuvuutta

jotain kemiallista ainetta, esimerkiksi alkoholia kohtaan. Systemiriippuvuudessa jokin toiminta aiheuttaa riippuvuuden (Heikkilä 2005, 17.)

Riippuvuuden syntyyn vaikuttavat yksilön ominaisuudet, ympäristötekijät sekä alkoholin ominaisuudet (Tackhe & Tuomisto 2000, 414). Riippuvuuden aiheuttajan keskus sijaitsee keskiaivoissa, hermoradoissa. Tämä hermorata on aktiivaatiotilassa, jolloin ihminen pyrkii saamaan tarvitsemansa mielihyvän (Tackhe & Tuomisto 2000, 416). Riippuvuutta tuottavan aineen avulla ihminen pyrkii alussa saamaan erilaisia mielen ja tietoisuuden tiloja ja nautintoja (Holmberg ym. 2008, 35).

Usein riippuvuus on tila, joka aiheuttaa ihmiselle niin häpeää, välitöntä mielihyvää, kuin lisääntyvää haittaa. Riippuvuus johtaa itsehallinnan pettämiseen, mikä tuottaa huonommuudentunnetta. Usein riippuvuus peitetään ja kielletään. Riippuvuudesta voi päästä irti myöntämällä ongelman, ja tekemällä sen hyväksi korjaavia toimenpiteitä, kuten itsetutkiskelua, suunnittelua, sekä toimintamallien rakentamista. Ulkopuolinen hoito ja tuki ovat usein edellytyksiä parantumiselle. (Koski-Jännes 2005.)

Kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista ja vähäistä alkoholinkäyttöä eikä tästä käytöstä aiheudu pitkäaikaishaittoja. Yleensä käyttö rajoittuu ruokailun yhteyteen, juhlintaan tai jonkin tilanteen korostamiseen. Hallittu kohtuukäyttö on haitatonta, eikä humaltuminen ole tavoitteena. Hallittu kohtuukäyttö tarkoittaa miehillä alle 15 ja naisilla alle 10 annosta viikossa. (Havio ym. 2008, 56; Hartikainen 2008, 269–270.)

Kohtuukäytöstä ei myöskään seuraa haittoja, kuten krapulaa joka estää seuraavan päivän autolla ajon, työhön lähdön tai aiheuttaa tapaturman. Suomalaisten perinteinen raju kertakäyttö ei voida pitää kohtuullisena juomisena, vaikka juomista tapahtuisikin harvoin. Talousongelmat ja perhesuhteiden ongelmat kuvastavat jo alkoholin suurkulutuksen varhaisvaihetta. Päivittäisen vähäisenkin alkoholimäärän juomisen myötä henkinen riippuvuus ja sietokyky lisääntyvät. Vain ikääntyneiden alkoholin sietokyky heikentyy johtuen elimistön vanhenemisesta ja siihen liittyvistä sairauksista ja lääkityksistä. (Havio ym. 2008, 56; Hartikainen 2008, 269–270.)

Riskiehkäisyyn piiriin kuuluvat sekä alkoholinkäytön varhaisvaiheen haittoja kokevat kohtuukäyttäjät että alkoholin suurkuluttajat. Alkoholin varhaisvaiheen haittoja koke-

villa alkoholin käyttö ei vielä ylitä suurkulutuksen rajoja, mutta ongelmia sosiaalisissa ja terveydellisissä ominaisuuksissa alkaa ilmetä. Alkoholin suurkulutus kehittyy vähitellen. Suurkulutuksen alaraja on naisilla 16 ja miehillä 24 annosta viikossa, ja kertakulutuksen puolesta suurkulutuksen yläraja on naisilla 5 ja miehillä 7 annosta. Ikään-tyneiden alkoholinkäytön suurkulutuksen rajat ovat matalammat. Yli 65-vuotiaalle 7 alkoholiannosta viikossa ja korkeintaan 2 annosta kerralla täyttää suurkulutuksen rajat. (Havio ym. 2008, 56; Hartikainen 2008, 269–270.)

Alkoholiriippuvuudelle ominaista on alkoholin jatkuva, toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta sen aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Riippuvuuden syntyyn vaikuttaa toleranssi ja vieroitusoireet, mutta riippuvuus voi syntyä myös ilman näitä. (Huttunen 2008.) Riippuvuuden syntyyn vaikuttaa myös perimä sekä geneettisesti että sosiaalisesti (Holmberg ym. 2008, 38). Riippuvuuden kehittyttyä alkoholin käytölle on ominaista lisääntyneet alkoholimäärät ja käytön kestot. Alkoholin jatkuva käyttö aiheuttaa muutoksia aivojen toiminnassa, jolloin alkoholin hallittu tai edes pienimuotoinen käyttö on lähes mahdotonta. Tällöin ainoa hoitokeino on täysraittius useasta viikosta jopa loppuelämäksi. Omasta halustaan huolimatta henkilö ei välttämättä pysty vähentämään tai lopettamaan alkoholinkäyttöä. Alkoholiriippuvuus on yleisempää miesten keskuudessa, mutta viime vuosina naisten alkoholiriippuvuus on yleistynyt. (Huttunen 2008.) Päihderiippuvuusoireyhtymän kriteerit perustuvat eri diagnostisiin järjestelmiin, kuten ICD-10- ja DSM-IV-järjestelmiin (päihdelääketiede, 74).

Suurkuluttajia arvioidaan olevan Suomessa noin 200 000 – 500 000. Tämän tason käyttö lisää terveyshaittoja ja lisää riippuvuuden synnyn riskiä. Suurkulutuksessa voi olla kysymys alkoholin haitallisesta käytöstä, alkavasta ongelmakäytöstä tai kehittyvästä riippuvuusoireyhtymästä. Kun käytetyt annokset kohoavat yli suurkulutuksen riskirajan, eli miehillä yli 24 annosta ja naisilla yli 16 annosta viikossa, terveyshaitat ovat todennäköisiä ja alkoholin sietokyky selkeästi lisääntynyt. Yli 65-vuotiaiden kohdalla suurkulutuksen riskiraja ylittyy 7 alkoholiannoksen kohdalla viikossa ja korkeintaan 2 alkoholiannoksen kertakulutuksessa. (Hartikainen 2008, 269) Alkoholiriippuvuusoireyhtymää, eli ICD-10 luokitus F10.2:ta kutsutaan alkoholismiksi. Alkoholiriippuvuudessa ilmenee fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Haitallinen

käyttö on yksi päihdeongelmien ryhmä. ICD-10-luokituksen mukaan käytön kriteerit ovat:

”On selvä näyttö siitä että päihteen käyttö aiheutti psyykkisen tai fyysisen haitan tai tuntuvasti myötävaikutti sen syntyyn

- Haitta on selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä.
- Päihteenkäyttö kesti ainakin yhden kuukauden tai sitä esiintyi toistuvasti 12 kuukauden jakson aikana.
- Häiriö ei täytä minkään muun saman päihteen käyttöön liittyvän mielenterveyden häiriön kriteerejä (paitsi äkillisen päihtymistilan).”

Kaikkien haitallisten käytön kriteerien tulee täytyä samanaikaisesti (Havio ym. 2008, 53).

4.1 Psyykkinen riippuvuus

Psyykkinen riippuvuus ilmenee himoina, käyttöhaluina, käytön pakonomaisuutena, sekä kontrolloimattomuutena. Ajatukset ja toiminta kiertyvät riippuvuutta aiheuttavan aineen saamisen ja käytön ympärille. Henkisen riippuvuuden muodostumiseen vaikuttaaakin oppiminen. Psyykkisessä riippuvuudessa ajattelun tunnusomaisia piirteitä ovat rationalisointi sekä uskomukset esimerkiksi selviytymättömydestä. Palkitsevat kokemukset herättävät ihmisen halun toistaa toimintaa. Tämä on taustalla psyykkisen riippuvuuden synnyssä. Päihderiippuvuudessa tavoitteena onkin päihtymistila, sisäinen elämys ja tunne, jolloin alkoholilla jää riippuvuudessa vain välineellinen arvo. (Holmberg ym. 2008, 32.)

4.2 Fyysinen riippuvuus

Kun elimistö tottuu alkoholiin pitkän käytön seurauksena, muodostuu fyysinen riippuvuus. Fyysisen riippuvuuden kehittymiseen liittyy olennaisesti toleranssien kasvu ja vieroitusoireet. (Holmberg ym. 2008, 33.) Fyysinen riippuvuus on elimistön biologinen sopeutumislähtö, jolla elimistö pyrkii ylläpitämään homeostaattista tasapainoa alkoholinkäytön seurauksena (Kiiänmaa ym. 1998, 99). Ruumiillinen riippuvuus perus-

tuu elimistön mukautumiseen alkoholin läsnäoloon. Mukautumisen johdosta ihminen tarvitsee aina suurempia annoksia tullakseen humalaan ja juomisen lopettaminen voi aiheuttaa vakavia häiriöitä (Holmberg ym. 2008, 33.)

Alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet ovat yksilöllisiä ja voivat olla hyvinkin vakavia. Vieroitusoireet koostuvat pääasiassa somaattisista ja psyykkisistä oireista. Vieroitusoireisiin vaikuttaa päivittäinen nautittu alkoholimäärä. Jo 7 pulloa keskiolutta päivässä aiheuttaa äkisti loppuessaan lieviä vieroitusoireita. Vieroitusoireet johtuvat hermoston tottumisesta alkoholiin, ja kun alkoholi poistuu elimistöstä, ilmenee hermoston adaptoituminen päihteen vaikutuksen kumoamiseksi. (Holopainen 2008, Kiianmaa ym. 1998, 99.)

Vieroitusoireet ovat usein kaksivaiheiset. Ensin esiintyy levottomuutta, ahdistusta, vapinaa, harhoja, kipua ja unettomuutta. Parin päivän kuluttua lopettamisesta pulssitaso ja verenpaine voivat nousta korkealle ja vakavimmillaan vieroitusoireena on Delirium Tremens, eli ns. juoppohulluus. Vieroitusoireiden kesto on yksilöllistä. Lievät oireet helpottavat kahdessa tai kolmessa päivässä. Vakavammat oireet vaativat jo viikon. Rauhoittava lääkehoito pitkittää vieroitusoireiden kestoja. (Holopainen 2008, Kiianmaa ym. 1998, 99.)

4.3 Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalinen riippuvuus tarkoittaa riippuvuutta johonkin ryhmään tai esimerkiksi toisiin käyttäjiin (Paatero 2006). Sosiaalinen riippuvuus näyttäytyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa kyvyttömyytenä välttää tai hallita toimintaa huolimatta moninaisista ja pahenevista haitoista. Riippuvuus nähdään yksilön ristiriitana ja erilaisena tilanteen tulkinna. (Holmberg ym. 2008, 33–34.) Käytännössä sosiaalinen riippuvuus ilmenee siten, että päihdeongelmainen murtuu paineen alla ja repsahtaa juomaan, kun muutkin juovat. Sosiaalinen riippuvuus on erittäin merkittävä tekijä osalla alkoholi ongelmien kanssa painivista. Uskoisimme sosiaalisen riippuvuuden olevan kuitenkin vanhuksien kohdalla pienempi, sillä Haarnin ja Hautamäen (2009) mukaan vanhukset juovat alkoholia enimmäkseen yksin kotona.

5 IKÄÄNTYNYT PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄ KOTIHOIDON ASIAKKAANA

5.1 Kotihoidon palvelut

Kotihoito on asiakkaan kotona tapahtuvaa hoitoa. Tyypillisin asiakas on eläkeikäinen ihminen, mutta kotihoidossa on myös työikäisiä asiakkaita ja kotisairaala hoitaa myös kotioloissa asiakkaita lapsesta vanhukseen. Kotihoidon ensisijaiset asiakkaat ovat paljon apua tarvitsevat henkilöt, sekä tilapäistä tai pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat henkilöt. Kotihoidon tavoitteena on ylläpitää ja edistää asiakkaiden jokapäiväistä toimintakykyä kuntouttavalla työtöteellä sekä tukea asiakkaan kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään. Palvelut määritellään jokaisen henkilökohtaisen tarpeen mukaisesti, yhteistyössä asiakkaan, läheisten ja palvelun tarjoajien kanssa. Kotihoidon palvelut ovat maksullisia asiakkaille. (Kotihoidon palvelualue 2009.)

Kotihoitoa tukee monta eri palvelua, joiden tarkoituksena on parantaa ja tukea asiakkaan päivittäistä selviytymistä kotona, esimerkiksi ateriapalvelu, kauppapalvelu, siivouspalvelu, saunapalvelu, turvapuhelinpalvelu ja päiväkeskustoiminta. Palveluiden tarkoituksena on tuoda asiat kotiin tai ainakin kotiovelle saakka. Päiväkeskustoimintaa ja saunapalvelua varten on olemassa niin sanottu palvelulinja, joka hakee asiakkaat todellakin kotiovelta saakka. Yksityisiä, kotihoitoa tukevia palveluja on myös runsaasti tarjolla Kotkan alueella. Erilaisten palvelujen yhteistyön tarkoituksena olisi tarjota asiakkaalle mahdollisimman toimiva ja mielekäs elinympäristö. (Kotihoitoa tukevat palvelut 2009.)

Kotkassa ikääntyneiden huollosta huolehtii pääasiassa vanhustenhuollon vastuualue, sekä sosiaali- ja terveystoimi. Vanhustenhuollon vastuualueen päätarkoitus on edistää ikääntyneiden hyvinvointia järjestämällä sekä kehittämällä kyseisen vastuualueen tarpeenmukaisia palveluja osana hoitoa. Vanhustenhuolto on toiminnallinen kokonaisuus, joka muodostaa kaksi palvelualueita, kotihoidon sekä hoivapalvelut. (Kotkan kaupunki, kotihoito 2009.) Kotihoidon palvelualueita ovat sairaanhoito, hoiva ja hulenpito, hoidon ja palveluiden järjestäminen, perushoito, ruokailun järjestäminen, sekä elinympäristöstä huolehtiminen. Kyseisistä palveluista vastaa kolme eri kotihoidon aluetta (Länsikotka, Kotkansaari ja Karhula), joissa yhteensä 11 eri maantieteellisen alueen tiimiä. Tiimeissä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia ja ko-

dinhoitajia. Kullakin kotihoidon alueella on oma osastonhoitaja, joka vastaa osaston toiminnasta. (Kotkan kaupunki, kotihoito. 2009.)

5.2 Kotihoidon päihdeyhteistyökumppanit

Kotkan kotihoito on yhteistyössä useiden eri yhteisöjen kanssa. Kotkan kotihoidon tavoitteena on kohdella ikääntynyttä päihdeasiakasta tasavertaisesti katsomatta hänen päihdeongelmaansa. Perustana on, että jokaiselle kotihoidon asiakkaalle tarjotaan samoja palveluja. Palveluja tarjotaan eri keinoin, suullisesti sekä esittein. Asiakkaan autonomia otetaan aina huomioon. (Punnonen 2009.)

Kotihoidon suurin yhteistyökumppani päihdepalvelujen osalta on Kymen A-klinikkatoimi, jonka hoito- ja kuntoutuspalveluiden pyrkimyksenä on ehkäistä riippuvuusongelmia sekä auttaa ongelmista kärsiviä. Sininauhaliitto ja Mielenterveystoimisto ovat myös päihdepuolen yhteistyökumppaneita. (Painamaton lähde.) Sininauhaliitto on valtakunnallinen kristillistä päihdetyötä tekevien järjestöjen keskusliitto. Se palvelee diakoniselta arvopohjalta jäsenyhteisöjään, kristillisiä kirkkoja sekä seurakuntia. Sininauhaliitto tekee myös yhteistyötä yhteiskunnallisten toimijoiden kanssa. Sen työntekijöinä toimivat useat eri alojen ammattilaiset. Sininauhaliitto toteuttaa kehittämishanketyötä, jonka kautta etsitään uusia ehkäisevän päihdetyön muotoja ja puuttumisen keinoja. (Sininauhaliitto 2009.)

Kotkan alueella palvelee Sini-Kotka. Se on sininauhaliiton ylläpitämä kontaktipiste ja toimii päihdeongelmien kohtaamispaikkana kotkan keskustassa. Toiminnan lähtökohtana on tukea päihdeongelmaista vapaa-aikana eri virikkein. Asiakkailla on mahdollista saada palveluohjausta, vertaistukea, kuntouttavaa työtoimintaa, erilaista ryhmätoimintaa, sekä tuettua päihdekierteen katkaisua. (Sininauhaliitto 2009.)

Kotkan mielenterveyskeskus sijaitsee Karhulassa. Asiakas pääsee palvelujen piiriin lääkärin läheteellä. Tavoitteena on arvioida hoidon tarve eri työryhmien tuella, ja tämän myötä asiakas saa tarpeisiinsa sopivaa hoitoa eri hoitotyön ammattilaisilta. (Kotkan kaupunki 2009.) Myös seurakunta on eräänlaisena vaihtoehtona päihdeongelmaisen auttamiseksi. Seurakunnassa diakonitoiminta pyrkii antamaan henkistä ja hengellistä, taloudellista tukea. Myös aikuistyön piirissä on erilaisia palveluja seurakuntansa

jäsenille. Seurakunta tarjoaa myös tukikäyntejä asiakkaalle, jos asiakas näin haluaa. (Kotkan seurakunta.)

Kotkan Korttelikotiyhdistys on kestävä kehityksen asiakasyhdistys, joka toimii yhteistyössä eri tahojen, kuten eri viranomaistahojen kanssa. Kotkan korttelikotiyhdistys ylläpitää neljää eri korttelikotia. Tavoitteena on työllistää työttömiä henkilöitä työllistämistuen avulla vähävaraisten vanhusten tukipalvelutehtäviin. Vanhuksille on tarjolla muun muassa siivous-, kauppa-, sekä erilaista vapaa-ajanviettoa. (Kotkan korttelikotiyhdistys ry 2009.)

5.3 Ikääntynyt päihdeongelmainen kotihoidon asiakkaana sekä kotihoidon keinot puuttua alkoholinkäyttöön

Päihdeongelmainen tulee kotihoidon asiakkaaksi yleensä silloin kun omaisten ja lähipiirin voimavarat ehtyvät, sosiaalipuolen suosittelemana, tai kun asiakas on kotiutunut sairaalasta. Toisin sanoen kotihoitoon tulovaiheessa voi asiakkaalla olla jo pitempiaikainen alkoholin käyttöön liittyvä ongelma. Kuitenkin osalla kotihoidon asiakkaista ei tiedetä asiakkuuden alkaessa olevan alkoholiongelmaa ja sen tunnistaminen voi olla vaikeaa. Yleensä kyseisillä asiakkailta on ongelmia hygienian hoidossa, ravitsemuksessa, lääkehuollon toteuttamisessa, sairaanhoidon onnistumisessa, asioiden hoidossa sekä kodin siisteyden ja huoltoon liittyvissä arjen asioissa. Haasteina päihdeongelmaisen asiakkaan kanssa koetaan, että asiakas ei pärjää ilman apua ja kotihoidon toteuttaminen koetaan turhauttavaksi, epämiellyttäväksi, pelottavaksi sekä henkisesti ja fyysisesti raskaaksi. Päihdeongelmaisen lääkityksen toteuttaminen ohjeiden mukaan on vaikeaa ja sairaanhoito pitkittyy tai epäonnistuu esimerkiksi haavahoidon yhteydessä. Kotihoidon työmenetelmillä on hyvin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaan juomiskäyttäytymiseen ja päihdeongelmaisen selviytyminen arkipäivästä on vaikeaa. (Suhonen 2005, 62)

H. Suhosen toisen tutkimuksen mukaan toiminta- ja päiväkeskukset ovat avainasemassa päihdeongelmaisten asumista tuettaessa. Toiminta ei tällöin ole päihdekeskeistä vaan asiakkaiden yksilöllisiin kiinnostuksen aiheisiin keskittyvää. Omassa asunnossaan asuvat huono-kuntoiset ikääntyneet päihdeongelmaiset asiakkaat ovat todellinen haaste A-klinikalle. Näiden asiakkaiden kotihoidon kehittämiseen on löydettävä uusia

ratkaisuja. Ratkaisu löytyykin laajennetusta kotiavussa, jossa kodinhoidon lisäksi paneudutaan myös päihdeongelmaan ja sen kulloinkin edellyttämiin konkreettisiin toimenpiteisiin. Tällaisessa tilanteessa kotikäyntien merkitys korostuu. (Suhonen 2008.)

Iäkkäiden päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta on myös tehty opinnäytetyö diakonia-työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tulokset jaettiin kolmeen työntekijöiden kokemaan tunneryhmään, jotka olivat positiiviset tuntemukset, neutraalit tuntemukset ja negatiiviset tuntemukset. Negatiivisten kokemusten osuus oli 57 %, kun taas neutraalien kokemusten määrä 29 % ja positiivisten kokemusten määrä 14 %. Toisin sanoen negatiivisten kokemusten määrä on huomattavasti suurempi kuin positiivisten tai neutraalien tuntemusten määrä. Kuitenkin laskiessa yhteen neutraalit kokemukset ja positiiviset kokemukset, niin iäkkäät alkoholinkäyttäjät asiakas kohtaamisessa eivät ole niin epämieluisa asiakasryhmä kuin voisi olettaa. Tutkimuksessa on tullut esille paljon myönteisiä tunteita, kuten kohtaaminen on koettu luontevaksi, haastavaksi, mielenkiintoiseksi ja tilannetta selventäväksikin. (Kangastalo & Railo 2007, 44–45.)

Kehittämistarpeina onkin koettu lähihoitajakoulutuksen parempi perehdytys päihdeosaamisesta ja hoitoon ohjaamisesta. Koulutuksen avulla hoitajat saisivat valmiuksia tunnistaa ja ottaa puheeksi ikääntyneiden päihteiden käyttö, sekä valmiuksia päihdeasiakkaan hoivaan, hoitoon ja kuntoutukseen. Hoitajien osaamisessa tulee myös erottaa ja ymmärtää mitä on suurkulutus, ongelmakäyttö ja riippuvuus. Työntekijöiden puolelta on koettu tarpeena myös verkostoituminen ja hoitoketjun yhteistyö sekä palveluohjauksellista työtettä. Kotihoidon resurssit koetaan puutteellisiksi hoitaa päihderiippuvaisten asiakkaiden tarpeita ja kotihoitoon tarvittaisiin erikseen henkilökuntaa, jotka ovat suuntautuneet vanhustyöhön ja päihdetyöhön. Kyseisillä työntekijöillä olisi valmiudet ja koulutusta ymmärtää ikääntymistä ja ikääntyvän ihmisen tarpeita. Huomioon on otettava myös ikääntyneen päihdeongelmaisen omaiset ja lähipiiri, joiden kanssa työskentely tuo työhän omat haasteensa. Verkostoitumisella saataisiin asiakkaalle kattavat palvelut ja tukiverkosto, sekä moni ammatillista osaamista asiakkaan avuksi. (Suhonen 2005, 62–64.) Suhosen tutkimuksessa tuli ilmi, että A-klinikan hoitohenkilökunta on kokenut ikääntyneen alkoholiongelmaisen kohtaamisessa tärkeäksi rehellisyyden ja avoimuuden. Heidän elämäkokemustaan on kunnioitettava, mutta asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välille ei tulisi tehdä keinotekoista välimatkaa tämän takia.

Päihdehoitotyö kotihoidossa ja kotihoitajien puuttumisen keinot ovat laajat, mutta kuitenkin rajalliset. Sairaanhoidajaliitto on kehittänyt erilaiset päihdetyön toimintamallit ikäryhmittäin, joka pyrkii kehittämään, ja ohjaamaan kotihoidon työntekijöitä päihdeasiakkaan kohtaamisen suhteen. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden päihdehoitotyön toimintamalli on tehty päihteenkäytön seulonnan avuksi, sekä tilanteisiin jossa huoli päihteiden käytöstä herää. Toimintamallin tarkoituksena on ehkäistä, sekä vähentää päihdeistä aiheutuvia haittoja, niin henkilökunnan kuin asiakkaiden parissa. Toimintamalli antaa myös hyvät ohjeet nopeaan puuttumiseen, sekä hoitoon ohjaamiseen. (Päihdetyö kotihoidossa 2009.)

Kotihoidon henkilökunnan tulee huomioida ikääntyneen päihteenkäyttö osana terveyttä edistävää toimintaa. Tärkeintä käytännön työssä on asiakkaan arjen hyvän hallinnan tukeminen eri verkostoiden voimin. Päihdeongelmaan puuttumisen keinoja ovat mm. mini-interventio sekä AUDIT-testi, joiden avulla saadaan selville asiakkaan tilanne päihdeongelman suhteen. Asiakkaan tueksi voidaan tarjota ensiksi oppaita, joiden avulla asiakasta voitaisiin motivoida hoidon aloitukseen. Puuttumisen keinona voidaan pitää myös juomapäiväkirjaa, jota ikääntynyt voi käyttää kartoittaakseen tilannetta sekä itselleen että kotihoitajalle. Eri terveydenhoitoalan verkostot palvelevat ikääntynyttä alkoholinkäyttäjää monin keinoin. (Päihdetyö kotihoidossa 2009.) Sosiaaliohittajat ja kotihoidon lääkärit ovat apuna Kotkan kotihoidossa puuttumisen keinojen suhteen. Asiakkailta on mahdollisuus päästä Ylilääkäri Merja Nurmen vastaanotolle, jossa voidaan suunnitella yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi konsultoidaan Kotkan kotihoidon eri yhteistyökumppaneita päihdeongelmaisen avuksi, jos hän niin haluaa. (Punnonen 2009.)

Kotkan kotihoidossa on pitkällisen, aktiivisen suunnittelun ja koulutusten jälkeen otettu käyttöön hoitosopimus, joka on suunniteltu yhteistyössä kotihoidon ylilääkärin kanssa. Sen tukena ovat Sairaanhoidajaliitto, NUOTTA-hanke, sekä koulutustilaisuuksia järjestänyt päihdeyhdyshenkilöverkosto. Kirjallinen hoitosopimus tehdään yhdessä hoitohenkilökunnan, asiakkaan, ja tämän läheisten kanssa asiakkaan ollessa selvin päin. Hoitosopimus sisältää tiedot ja toimenpiteet siitä, miten kotihoidon työntekijän tulee toimia silloin, kun kohtaa päihtyneen asiakkaan. Hoitosopimus on aina henkilökohtainen, ja siinä kunnioitetaan asiakkaan autonomiaa. Hoitosopimus nähdään niin asiakkaan kuin henkilökunnan toiminnan turvana ja tukena. (Punnonen 2009.)

Asiakkaan kokemusta alkoholin käytöstä puhumiseen hoitohenkilökunnan kanssa on kartoitettu kahden eri tutkimuksen kautta. Kumpikaan tutkimuksista ei suoraan tutki asiakkaan asennetta alkoholinkulutuksesta puhumiseen, mutta siihen viitataan tutkimuksessa sivuavasti. Kummassakin tutkimuksessa on myös tutkimuskohteena ikäänntyneet alkoholin ongelmakäyttäjät. (Kangastalo & Railo 2007, 46–47; Suhonen 2005.) Kangastalon ja Railon tekemä opinnäytetyö antaa toisen käden tietoa asiasta, eli hoitohenkilökunnan kokemuksia ja tulkintoja. Suhosen tutkimuksessa taas tieto pitää poimia rivien välistä ja asiasta on yksittäisiä viittauksia pitkin tekstiä. Kuitenkin tutkimuksien perusteella voidaan tehdä suuntaa antavia päätelmiä ikäänntyneiden alkoholin käytön puheeksi ottamisesta.

Diakoniatyöntekijöille tehdyssä kyselytutkimuksessa (opinnäytetyö) kartoitettiin myös diakoniatyöntekijöiden käsitystä iäkkäille asiakkaille alkoholin kulutuksesta puhumiseen. Vastauksissa tuli esille, että asiakkaan ei välttämättä koettu motivoituneen kuntoutumiseen tai raitistumiseen. Joidenkin asiakkaiden koettiin häpeilevän alkoholin kulutustaan. Oli myös asiakkaita joiden koettiin voivan pahoin fyysisesti ja psyykkisesti johtuen alkoholinkulutuksesta. Vastaajat toivat myös esille, että kaikki asiakkaat eivät myönnä alkoholiongelmaansa ja asiasta puhuminen koettiin vaikeaksi. (Kangastalo & Railo 2007, 46–47.)

Myös Heikki Suhosen tutkimus ”Elämä on pysähtynyt keinu” (2005) toi esille samantlaisia tunteita asiakkailla. Tutkimuksessa olevien asiakkaiden suhtautuminen omaan alkoholin kulutukseensa oli vaihtelevaa. Tutkimuksen tulkinnessa on otettava huomioon, että asiakkaiden kontaktit eri hoitotahoihin ovat eripituisia ja näin heidän suhtautumisensa voi kehittyä hoitosuhteen jatkuessa. Takana voi olla myös jonkin asteinen hoitosuhde, joka vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen alkoholin kulutuksesta puhumiseen, vaikka nykyinen kontakti olisi uusi. Osa asiakkaista pystyi keskustelemaan ongelmistaan suoraan ja peittelemättä. Kuitenkin tutkimuksessa tuli esille asiakkaan alkoholinkäyttöön suhtautumisesta ja siitä puhumisesta sanoja, kuten häpeä, itsesyytökset, toivottomuus, korkea hoitoon tulon kynnyks ja ongelman kieltäminen. (Suhonen 2005, 35–38, 44.)

Suhosen tutkimuksessa ”Elämä on pysähtynyt keinu” (2005) tutkimuskohteesta suurin osa oli ns. ikäänntyneeseen väestöön kuuluvia. Tutkimuksen A-klinikan asiakkaiden

suhtautumista alkoholinkäytöstä puhumiseen voidaan tarkastella mm. asiakkaan hakeutumisesta hoitoon. Asiakkaista yhdeksän kahdestakymmenestä viidestä hakeutui itse hoitoon. Kyseiset asiakkaat ovat tunnistaneet omassa alkoholinkäytössä liikkakäytön ja haluavat oletettavasti apua ongelmaansa. Voidaan siis olettaa, että kyseiset A-klinikan asiakkaat ovat myös valmiimpia puhumaan alkoholin kulutuksesta ja siihen liittyvistä asioista. Kuudella ihmisellä hoitoon on ohjannut joku lähipiiriin kuuluva ihminen, kuten puoliso, äiti tai ystävä. Näissä tapauksissa voidaan karkeasti tehdä oletus, että asiasta puhuminen hoitotahon kanssa on helpompaa kuin läheiset ovat tuoneet tilanteesta huolensa julki ja asiakas on ainakin jonkin verran joutunut käymään läpi omaa alkoholinkulutustaan. Toisaalta tutkimuksessa on joidenkin asiakkaiden kohdalla hoitoon lähettävä taho jokin täysin ulkopuolinen, kuten jokin terveysalan taho. Näissä tapauksissa asiakas on ohjattu ulkopuolisen ”pakottamana” hoitoon. Suhosen tutkimuksessa tilanne onkin luokiteltu asiakassuhdetta mahdollisesti hankaloittavaksi tekijäksi. (Suhonen 2005, 28, 49)

5.4 Alkoholin käytön tunnistaminen ja hoitokeinot

5.4.1 AUDIT

Alkoholinkäytön riskit, eli AUDIT-testi on henkilökohtaisesti tehtävä testi kartoittamaan omaa alkoholinkulutusta. Testin taustalla on maailman terveysjärjestö WHO. Riskijuomisen ja alkoholihaittojen kartoittamisessa AUDIT-testi on käytetyin ja tunnetuin testi. AUDITia käytetään muutoksen esiharkintavaiheessa kartoitettaessa omaa alkoholinkulutusta ja sen aiheuttamia riskejä. Testin uusitus, internetistä saatavissa olevassa versiossa on 13 yksinkertaista kysymystä alkoholinkäytöstä ja alkoholinkäytöstä johtuvista epätoivotuista sivuvaikutuksista. Päivitetyssä versiossa otetaan huomioon ikä ja sen vaikutus alkoholin käytön suositusannosmäärään. Paperiversiona on monin paikoin yhä käytössä vanhempi 10 kysymystä sisältävä testi, joka ei ota huomioon iän tuomien suositusten muutosta. Paperiversiona saatava ”kymmenen kysymystä alkoholinkäytöstä” on vain viitteellinen tutkimus kartoitettaessa alkoholin riskikulusta. Tutkimus on käyttökelpoinen kun suhteuttaa annosmäärät tutkittavaan ikään. (Alkoholinkäytön riskit (AUDIT); Netti-audit huomioi nyt iän 2007.)

Kotkan kotihoidossa on pyrkimyksenä tehdä AUDIT-testi kaikille uusille asiakkaille. Näin ollen mahdollinen alkoholin ongelmakäyttö saadaan kartoitettua heti hoitosuhteen alussa. Kun testi tehdään kaikille, niin kukaan asiakkaista ei koe olevansa silmätikkuna ja hoitajan on helpompi tuoda testi esille ja sen antamien tuloksien mukaan aloittaa keskustelu alkoholin käytöstä.

5.4.2 Mini-interventio työvälineenä päihdeongelman tunnistamisessa ja hoidossa

Vuosina 2004–2007 Suomessa on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa, alkoholiohjelmiaan sisältävää valtakunnallista mini-interventioprojektia. Sen tavoitteena on vähentää alkoholinkulutusta sekä alkoholin aiheuttamia terveysvaikutuksia. Tarkoituksena on myös vähentää alkoholin kulutuksesta johtuvaa terveyspalveluiden käyttöä, sekä juurruttaa mini-interventio työvälineeksi perusterveydenhuoltoon ja säävuttaa väestön hyväksyntä toiminnalle. Mini-interventiota käyttävät lääkärit sekä terveydenhuollon ammattiedustajat, kuten sairaanhoitajat, sekä sosiaalityön edustajat. (Havio 2008, 120.) Mini-intervention perustana toimivat raamit: rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämismvastuu sekä toimintaohjeet. (Seppä 2003, 66)

Mini-intervention perustana on alkoholi-ongelman yleisyyden tiedostaminen ja suurkulutuksen varhainen tunnistaminen. Pitkään jatkunut alkoholinkäytön riskirajojen ylittäminen johtaa pahimmassa tapauksessa alkoholiriippuvuuteen. Tämän riskiryhmän neuvonnasta käytetään nimitystä sekundaari preventio. Sen edellytyksenä on riskikäytön varhainen tunnistaminen ja tunnetuin menetelmä on mini-interventio. Alkoholin riskikäytön varhaisen tunnistamisen ohessa potilaalle voidaan tiedottaa alkoholinkäytön haitoista ja motivoidaan häntä suullisin ja kirjallisin ohjein tottumusten muuttamiseksi (Seppä 2003, 57–65; Havio 2008, 120.)

Mini-intervention toteuttaminen on kannattavaa, vaikka kyseessä olisi pitkäaikaisesta riippuvuudesta kärsinyt henkilö tai alkoholin riskikäyttäjä. Mini-intervention tuloksena voi olla onnistunut päihdehoitoon ohjaaminen. Tärkeintä mini-interventiolla on päihteenkäytön puheeksi ottaminen lyhyessäkin asiakaskontaktissa. Parhaimmillaan mini-interventio on ammattilaisen tarjoama muutos ja itsehoidon tuki. Laajimmillaan mini-intervention neuvonta, tuki, ja seuranta on päihdesairaanhoitajan toteuttamaa hoitojaksoa jossakin terveydenhuollon yksikössä, kun taas suppeimmillaan mini-

interventio toteuttaa ainutkertaisessa kontaktissa asiakkaan kanssa kattavan tiedonannon lyhyesti ja motivoivasti alkoholinkäytön vähentämiseksi. (Havio 2008, 120.) Mini-interventiota ei voi toteuttaa irrallisena hoitona. Se toteutetaan osana potilaan kokonaisuhoitoa, johon kuuluu osanaan neuvonta alkoholiasioissa, tutkitaan potilaan oireiden kokonaisuuskirjo, myös laboratoriokokeita voidaan käyttää mini-intervention tukena. (Seppä 2003, 66.)

Kun mini-interventio kohdennetaan oikeisiin asiakasryhmiin, se on hoitomuotona yhtä tehokas kuin syvemmälle luotaava ja pitkäkestoisempi hoitojakso. Mini-interventio on myös kustannustehokkaampi, sillä sitä pystytään käyttämään kattavasti kaikille alkoholiongelmallisille. Sen käyttöönoton pulmana nähdään se, että sen keskeisintä kohderyhmää ei ole mielletty oikein. Toisena pulmana nähdään heikko terveydenedistämisen ja terveysterveystieteiden linja työntekijöiden keskuudessa. Kaikkein eniten mini-interventiosta, sen kysymyksistä hyötyy suurkuluttajien ryhmä, joiden runsasta päihdeidenkäyttöä ei voi erottaa mistään ulkoisesta tekijästä ja joilla ei vielä ole merkittävää alkoholiriippuvuutta. (Havio 2008, 120–121.)

Terveydenhuollon asiakas voi tarvittaessa sopia interventiokäyntien jakson, joka kattaa yleisesti kolme istuntoa. Seurantakäynneillä kerrataan alkoholinkäytön vähentämisen onnistumista ja tarkastetaan asiakaskohtaisesti sovitut kontrollit, kuten esim. laboratoriokokeet sekä juomapäiväkirja, jos asiakas on tukena sellaista käyttänyt. Kannustaminen on olennainen osa hoitajan toimintaa. Jos asiakas ei ole päässyt haluttuun, yhdessä hoitajan kanssa sovittuun päämäärään, selvitetään uudet keinot (Seppä 2003, 66–67.)

6 KUNTIEN JÄRJESTÄMÄT PÄIHDEPALVELUT

6.1 Kymen A-klinikkatoimi

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaidensa tarvitsemat päihdehuollon palvelut. Päihdepalvelujen tarkoituksena on kattaa lääkkeiden, sekä päihdeiden, kuten alkoholin, väärinkäyttäjien tarpeet. Siitä vastaa sosiaali- ja terveystoimi. Tehokkain tapa välttää

päihdeongelmia sekä niiden paheneminen, on päihdehaittojen ehkäisy ja varhainen puuttuminen. Ehkäisevää päihdetyötä suoritetaan sekä koulussa että vapaa-ajan-, nuoris- ja liikuntatoimen työntekijät tahollaan. Myös tavalliset palvelutilanteet terveydenhuollon piirissä harjoittavat ehkäisevää päihdetyötä, kuin myös varsinaista päihdehoitotyötä. Erikoissairaanhoido pyrkii vastaamaan päihteiden käyttäjien terveysongelmien vaativammasta hoidosta. Päihdehuollon erityispalvelut, kuten avohoito, välimuotoiset palvelut sekä laitostuntoutus ovat sosiaalitoimen palveluja. Avohoitoyksiköjä ovat mm. A-klinikat, erilaiset asemat, päihdepysäkit, terveysneuvontapisteet sekä erilaiset päiväkeskukset. Välimuotoisia palveluita ovat ensikodit, hoitokodit ja tukiasunnot. Laitostuntoutus jaetaan katkaisuhoidon ja hoitajaksoihin kuntoutuslaitoksessa (Kaunisto 2007.)

Kotkassa päihdepalveluja tarjoaa pääasiassa Kymen A-klinikkatoimen hoito- ja kuntoutuspalvelut. Sen päämääränä on ehkäistä päihde- ja riippuvuusongelmia sekä auttaa ongelmista kärsiviä ja heidän läheisiään parantamalla päihdeongelman ja hänen läheisensä selviytymistä sekä auttaa asiakkaita oppimaan hallitsemaan elämäntilannettaan. (Kymen A-klinikkatoimi)

Kymen A-klinikkatoimi ylläpitää päihdehuollon avohoito-, laitoshoidon- ja asumis- palveluyksiköitä. Hoitopalveluyksikössä pyritään myös antamaan ennaltaehkäisevää ja varhaisvaiheen päihdehoitotyötä, sekä koulutusta, työnohjausta, tiedottamista kuin myös vaikuttamista. Hoitopalvelut pyrkivät vastaamaan kuntien asukkaiden tarpeisiin mahdollisimman monipuolisesti. Mahdollisuuksia on akuuteista päivystyspalveluista alkaen pitkäaikaiskuntoutumiseen ja -asumiseen. Kaikissa hoitopalveluissa pureudutaan päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin. Lähtökohtana pidetään aina asiakkaan ja/tai tämän läheisen avun, tuen ja hoidon tarvetta (Kymen A-klinikkatoimi)

6.1.1 Avohoito

Avohoito palveluna pyrkii vähentämään asiakkaansa päihdeongelmaa ja tätä kautta psyykkisiä ja fyysisiä kärsimyksiä. Palvelut toimivat Etelä-kymenlaakson alueella useiden yhteistyötahojen kanssa. Palvelut tarjoavat asiantuntevaa apua moniongelmaisille sekä heidän läheisilleen monin keinoin, vaihtoehtoina ovat avokatko, yksilö, pari- ja perheterapia, ryhmähoito, lääkehoito sekä vaihtoehtoishoito. Kymen A-

klinikkatoimen tarkoituksena on pitää hoitoon hakeutumisen kynnys mahdollisimman matalana, sekä hoitoa pyritään tarjota mahdollisimman nopeasti. (Kymen A-klinikkatoimi.)

Kotkan, Karhulan, sekä Haminan alueella sijaitsevat A-klinikat, eli avohoitoyksiköt tarjoavat kokonaisvaltaisia palveluita päihdeongelmallisille, riippuvuusongelmallisille sekä heidän läheisilleen. Klinikoilla toteutetaan myös sairaanhoitajan vastaanottoa. Hoitoon voi hakeutua ilman lähetettä joko puhelimitse tai tulemalla sairaanhoitajan vastaanotolle. Hoito on lähikuntien asukkaille maksutonta. Kaikilla klinikoilla toteutetaan monimuotoisia terapioita, verkostotyötä, akupunktiota, rentoutushoitoa sekä lääkehoitoa. Hoitoja tarjoaa osaava, koulutettu henkilökunta, johon kuuluu mm. lääkäri, sairaanhoitajia, psykologeja ja sosiaaliterapeutteja. (Kymen A-klinikkatoimi.)

Kymen A-klinikkasäätiö tarjoaa myös erilaisia maksullisia avohoitopalveluja. Kotkassa Koskenäyräällä sijaitsee Koskenäyrään toimintakeskus, joka tarjoaa maksullisia avohoitopalveluja. Monipuoliset hoitovaihtoehdot ovat asiakkaan valittavissa, mahdollisuuksia on erilaisista terapioista päihderiippuvuuden- sekä ajokyvyn arviointiin. A-klinikkatoimi tarjoaa myös kuntouttavaa työtoimintaa edistäviä palveluja sekä erilaisia hoitavia ryhmähetkiä. (Kymen A-klinikkatoimi.)

6.1.2 Laitoshoito

Jos avohoito ei riitä, päihteenkäyttäjän toipuminen turvataan laitoshoidon piirissä. Kotkasta löytyy selviämisasema sekä katkaisuhuoltoasema, josta asiakas saa välitöntä apua. Hoitoon voi hakeutua myös päihtyneenä. Näissä hoitopisteissä voidaan suunnitella asiakkaan sekä henkilökunnan kanssa pidempiaikainen kuntoutussuunnitelma, joka toteutetaan hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta.

Selviämisasema sijaitsee Karhulan alueella. Se on auki 24 tuntia vuorokaudessa. Selviämisasema tarjoaa päihtyneelle suojaa sekä ammattihenkilöiden tarjoamia palveluja. Katkaisuhuolto on myös avoinna 24 tuntia vuorokaudessa. Katkaisuhuolto on tarkoitettu akuutin päihdekierteen ratkaisuun. Katkaisussa tarjotaan vieroitusoireiden hoitoa, oireenmukaista lääkehoitoa, sekä tarjotaan mahdollisuus keskusteluun ja lepoon. Osas-

tolla on myös viikko-ohjelma johon kuuluu 3 eri hoitoryhmää päivittäin. (Kymen A-klinikkatoimi.)

A-klinikkatoimen tarjoamat asumispalvelut ovat tarkoitettu päihdeongelmaiselle, joka ei alkoholidementian tai muiden liitännäissairauksien vuoksi kykene itsenäiseen tai kuntien tarjoamaan asumiseen. Asumispalvelut tarjoavat päihteettömän asuin ympäristön, jossa henkilökunta tarjoaa perushoitotyötä, huolenpitoa, kodinhoitopalveluita sekä mahdollisia yksilöllisiä hoitopalveluita esimerkiksi mielenterveysongelmien hoitoa. Leporannan palvelutalo on tarkoitettu erityisesti ikääntyneille päihdeongelmaisille, joilla on päihdeongelmansa takia vaikeuksia päästä muihin vanhusten asumispalveluyksiköihin. Leporanta tarjoaa kahdenlaisia asumispalveluita, joko lyhempiä jaksoja niin sanotulle lomapaikalle kuntoutumaan, taikka pidempiaikaista, jolloin leporanta tarjoaa asunnon, ravintopalvelut, perushoidon ja tuen sekä ympärivuorokautisen valvonnan. (Kymen A-klinikkatoimi.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia Kotkan alueen kotihoidon ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, asiakkaiden alkoholin käyttöä. Toivomus opinnäytetyömme aiheesta nousi Karhulan kotihoidon henkilökunnalta. Kotihoidossa halutaan tietoa asiakkaiden suhtautumisesta alkoholin käyttöön liittyviin kysymyksiin, sekä siihen, mitkä ovat asiakkaiden kokemuksia väliintulosta. Hoitajat kaipaavat tietoa asiakkaiden tämän hetkisestä päihteiden käytöstä ja mahdollisista ongelmista. Kyselyllä yritämme selvittää asiakkaiden suhtautumista alkoholinkäytön puheeksi ottamiseen ja siihen puuttumiseen.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmiksi nostimme seuraavat kysymykset:

1. Millaiseksi Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat kokevat alkoholinkäyttönsä?
2. Miten Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat haluaisivat mahdolliseen alkoholiongelmaansa puututtavan?
3. Kokevatko kotihoidon asiakkaat, että heillä olisi tarvetta päihdepalveluiden piiriin?
4. Ovatko asiakkaat halukkaita käyttämään päihdepalveluita?
5. Miten asiakkaat suhtautuvat hoitajien esittämiin alkoholinkäyttöön liittyviin kysymyksiin ja asiaan puuttumiseen (esim. palveluista kertominen, niiden pariin ohjaaminen)?

8 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

8.1 Tutkimusmenetelmät

8.1.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen, eri määrällinen tutkimus voidaan nähdä eräänlaisena lähestymistapana. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen ero voi olla häilyvä. Pääasiassa molemmat tyyliuuntaukset ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 131–135.) Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä jota käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Tässä menetelmässä paradigmaa eli peruskäsitteitä, mallia, esikuvaa tai viitekehystä korostetaan syy-seuraussuhteilla. Taustalla voidaan nähdä niin kutsuttu realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu todettavista objektiivisista tosiasioista ja kaikki tieto on peräisin suorista aistihavainnoista sekä loogisesta päättelystä. (Hirsjärvi ym. 2007, 135)

Tutkimusaineisto kerätään joko kyselylomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla tai vaihtoehtoisesti käytetään valmiita rekistereitä ja tilastoja. Tutkimuskohteena toimivat niin ikään ihmiset kuin kulttuurituotteet, kuten kuva- ja tekstiaineistot tutkimusaineiston keräämisen tavasta riippumatta (Vilka 2007, 73.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaista ovat ennen tutkimusta tehdyt ja todetut teorit, johtopäätökset, hypoteesit ja käsitteet. Pääasiassa havaintoaineisto saadaan määrällisen tai numeerisen mittaamisen kautta. Tärkeää on suunnitella etukäteen koejärjestelyt sekä perusjoukko, josta valitaan tutkimukseen käytettävä otos. Muuttujat pyritään muodostaa taulukkomuotoon ja aineistot saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkimuksen tulokset perustuvat päätelmien tekoon havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. Tuloksia pyritään aina kuvamaan prosentuaalisesti ja tulosten merkitsevyyttä testataan tilastollisesti. (Hirsjärvi ym, 2007, 135)

Perinteisinä tutkimustyyppinä käytetään pääasiassa kokeellista tutkimusta eri lajeineen, sekä survey-tutkimusta. Myös tapaustutkimus on mahdollinen tutkimustyyppi. Hoitotieteellisen tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Hoitotieteen kehittymisen kannalta on olennaista että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehtävät ratkai-

sut ja tulokset ovat luotettavia. Luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineistonkeruun kautta ja tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla todella tarkka ja herkkä. Sen on rajattava tutkittava käsite, sekä sen tulee myös erotella käsitteistä eri tasoja. Mittarin tulisi myös olla täsmällinen, eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Hirsjärvi ym. 2007, 135.)

8.1.2 Kysely menetelmänä

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa ja sitä käytetään etenkin survey-tutkimuksessa. Survey-tutkimuksessa, eli vakioidussa kyselyssä aineisto kerätään standardoidusti otoksesta/perusjoukosta. Standardoinnille on ominaista, että kaikilta kyselyyn vastaajilta tulee suora vastaus suoraan kysymykseen, Esimerkkeinä mm. gallututkimus. (Hirsjärvi ym. 2007, 186; Vilkka 2007, 73.) Kyselylomakkeen laadintaan tulee kiinnittää huomiota, sillä hyvin laadittu kysymyslomake edesauttaa tutkimuksen onnistumisesta (Hirsjärvi ym. 2007, 193). Kyselylomake on tavallisin määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa. Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja itse lukee tutkimuskysymykset ja vastaa siihen kirjallisesti. Tämän tapaista aineistonkeruuta on hyvä käyttää silloin, kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia asioita. Kyselylomakkeen etuna on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeen tyypillisin haitta on riski vastausprosentin alhaisuuteen, jolloin voidaan puhua tutkimusaineiston kadosta. (Vilkka 2007, 73–74.)

Kyselyn etuina nähdään mahdollisuus laajaan tutkimusaineistoon. Kyselyssä voidaan kysyä monia asioita ja otanta voi olla suuri, kuin myös pieni. Kyselymenetelmä on myös tehokas, sillä se säästää tutkijan sekä vastaajan aikaa ja vaivannäköä. Huolellisesti suunniteltu kyselylomake nopeuttaa aineiston käsittelyä ja tulosten tulkinnassa voidaan käyttää tietokonetta jolloin aikataulu ja kustannukset määräytyvät helposti ja tarkasti. Ongelmakohtia voi olla tulosten tulkinta sekä kyselyn heikkoutena pidetty pinnallisuus ja vaatimattomuus sekä luotettavuutta rajoittavat tekijät. Tutkija ei voi olla varma, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimuksen vastaamiseen. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Tutkija ei tiedä, ovatko vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita vastaajien näkökulmasta ja miten paljon tutkittavilla on tietoa ennestään. Kato, eli vastaamattomuus voi myös nousta tämän myötä erittäin suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–189.)

Kyselyssä on kaksi päämuotoa, joihin aineistoa voi kerätä ainakin kahdella tavalla. Posti- ja verkkokysely lähetetään tutkittavalle ja vastaukset lähetetään takaisin tutkijalle. Menettelyn etuna on nopeus sekä vaivaton saanti, mutta suurimpana ongelmana on kato. Postikyselyssä on huomioitava kulut sekä lupa käyttää henkilörekisteriä osoitetietojen saamiseen. Kontrolloituja kyselyjä on kahdenlaisia: informoitu kysely sekä henkilökohtaisesti tarkistettu kysely. Ensiksi mainitussa lomakkeet jaetaan tutkittavalle henkilökohtaisesti ja tutkimuksen tarkoituksesta voidaan informoida välittömästi. Tutkimukset palautetaan sovittuun paikkaan sovittulla tavalla. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija lähettää lomakkeet postitse, mutta noutaa ne henkilökohtaisesti ilmoitetun ajan kuluttua. Tulosten luotettavuus lisääntyy, sillä tutkija voi varmistaa, onko lomakkeet täytetty oikein sekä tarkistaa onko tutkittavalla ollut ongelmia kyselyn suhteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–192.)

Tutkimussuunnitelman ideointivaiheessa valitaan ensin tutkimusmenetelmä ja sen jälkeen aineiston keräämisen tapa. Tämän myötä pystytään miettimään tutkimusaineiston laajuutta, jotta saadaan kattava vastaus tutkimusongelmaan. Tilastoyksikkö eli havaintoyksikkö tarkoittaa tutkittavaa kohdetta. Se voi olla esimerkiksi ihminen, tuote, kuva, taikka teksti. Otanta on menetelmä jolla otos poimitaan perusjoukosta. Otos muodostuu havaintoyksiköistä. Perusjoukko käsitteenä tarkoittaa tutkimuksessa määritettyä joukkoa, joka sisältää kaikkia havaintoyksikköjä, joista tutkimuksesta halutaan tietoa. Otanta voidaan toteuttaa kokonaisotantana, yksinkertaisena satunnaisotantana, systemaattisena, osoitettuna tai ryväotantana. (Vilka 2007, 80.) Toteutunut otos tarkoittaa kyselylomakkeisiin tai haastatteluun vastanneiden määrää. Aineiston keräys on suoritettava uudestaan joko kokonaan tai osittain, jos toteutunut otos ei ole riittävä tutkimusongelmaan vastaamisen tai tulosten yleistettävyyden kannalta. Lomakkeiden palautusmäärä ei riitä toteutuneen otoksen arviointiin. Puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ei voida käyttää niiltä osin, kun niihin ei ole vastattu asianmukaisesti. (Vilka 2007, 80)

Jo ideointivaiheessa on varmistettava että tutkittava asia on mitattavissa ja testattavissa. Tutkittavan asian on oltava muutettavissa mitattavaan muotoon, eli teoreettiselta tasolta, kuten määritelmä ja osatekijät, siirrytään empiiriselle tasolle, eli kyselylomakkeelle. Kyselylomakkeessa muuttujien valinta tulee täsmätä teoreettista viitekehystä ja

tutkimuksen tavoitteita; Kyselylomake mittaa juuri sitä mitä teoreettisilla käsitteillä väitetään mittaavan. (Vilka 2007, 81.)

Kyselylomakkeiden kysymykset keräävät tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista tai uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Lisäksi kyselylomakkeessa voidaan tarkentaa sisältöä pyytämällä arvioiteja. Täsmällisiä tosiasioita on kysyttävä kuitenkin aina suoraan yksinkertaisina kysymyksinä. Kysymykset voidaan muotoilla joko avoimiksi kysymyksiksi, monivalintakysymyksiksi tai kysymystyypeiksi, jotka perustuvat asteikkoihin eli skaaloihin. Avoimissa kysymyksissä jätetään tyhjä tila vastauksia varten. Tämä kysymysmalli antaa vastaajalleen mahdollisuuden sanoa mitä hänellä on mielessään. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin. Tämä osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta sekä osoittaa keskeiset ja tärkeät asiat sekä tunteen voimakkuuden vastaajan ajattelussa. Monivalintakysymyksissä on laadittu valmiiksi numeroituja vastausvaihtoehtoja joista vastaaja valitsee sopivimman vaihtoehdon tai vaihtoehtoja. Vastauksilla voi luoda aineiston, joka on sisällöltään kirjavaa, mutta luotettavuudeltaan kyseenalaista, jota voi olla vaikea käsitellä. Skaaloihin perustuvat kysymykset ovat väittämiä joista vastaaja valitsee itselleen sopivimman vaihtoehdon, esimerkiksi Likertin asteikko. (Hirsjärvi ym. 2008, 193–196.)

Likertin asteikko on yksi asteikkotyyppi, jolla voidaan mitata tarvittavaa asiaa. Likertin asteikko mittaa ns. välimatkaa, jolloin tietoa saadaan arvojen välisistä eroista. Likertin asteikkoa voidaan nimittää myös intervalliasteikoksi. Intervalliasteikkoa tulisi käyttää, kun halutaan mitata jotain tiettyä ominaisuutta, kuten esimerkiksi motivaatiota tai asennetta. Likertin asteikko on keskeinen mittarityyppi, jossa on noin 5–7 porrasta. Sitä käytetään juurikin mittaamaan asenne-, motivaatiomittareissa. Koehenkilö arvioi itse omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä rastittaen annetuista vaihtoehdoista itselleen sopivimman. (Hirsjärvi ym. 2008, 197–198.)

Kyselylomakkeen laadinta on haastavaa. Tärkeimmät seikat kyselyn laatimisessa ovat mm. selvyys, spesifiset kysymykset, lyhyet kysymykset, kaksoismerkitysten välttäminen. Tarjottavissa tulisi olla ”ei mielipidettä” -vaihtoehto, monivalintoja. Kysymysten määrä ja järjestys merkitsevät, sekä sanamuodolla ja -valinnalla on merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2008, 197–198.)

8.1.3 Mittari

Mittarin on tarkoitus tuottaa tietoa tutkittavalta alueelta. Yksinkertaisimmillaan mittari voi olla yksi kysymys. Toiminnallisessa kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittari voi olla kyselylomake. Mittarin, eli tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen tarkoituksena on havainnoida ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti. Mittarin luominen ei ole helppoa ja se vaikuttaa olennaisesti tutkimuksen luotettavuuteen, reliabiliteettiin sekä validiteettiin. (Metsämuuronen 2007, 57.) Mittarin luotettavuus on yhtä kuin käsitteiden onnistunut operationalisointi (Metsämuuronen 2007, 42). Jos mittari on huono, tuloksena saadaan huonoa tietoa, jos mittari on hyvä, voidaan kerätä hyvää tietoa. Tutkijan kannattaa käyttää jo aikaisemmin rakennettua luotettavaa mittaria jos mahdollista. Jollei valmista mittaria voida käyttää, on luotava oma mittari. (Metsämuuronen 2007, 57.)

Mittarin luominen alkaa siitä mitä jo tiedetään, eli teoriasta. Teorian pohjalta kootaan keskeiset käsitteet, jolloin ne operationalisoidaan, jonka jälkeen saadaan helposti valmis mittari. Operationalisointi tarkoittaa sitä, että hypoteettiselle käsitteelle annetaan mitattavissa oleva määritelmä. Näiden käsitteiden pohjalta muodostetaan mittari, jolla tutkitaan käsitteitä eli ilmiöitä. Jos epäonnistutaan käsitteiden muokkaamisessa mittariksi, tuloksena mitataan väärää asiaa. (Metsämuuronen 2007, 62–63.)

Tutkimuksen luotettavuus on yhtä kuin mittarin luotettavuus. Luotettavuutta voidaan kuvata kahdella eri termillä, eli reliabiliteetilla ja validiteetilla. Termit kuvaavat samaa, eli luotettavuutta, mutta reliabiliteetti sisältöineen voi kuvata tutkimuksen toistettavuutta. Jos samaa asiaa tutkittaisi useaan kertaan, tulosten samannukaisuus kertoo tutkimuksen reliaabeliudesta. Validiteetti puolestaan kertoo siitä onko tutkittu sitä mitä oli tarkoitus mitata. (Metsämuuronen 2007, 64.)

Teimme Kotkan kotihoidon ikääntyneille asiakkaille strukturoidun 14-kohtaisen kyselyn heidän alkoholin käytöstään. Kyselyssä oli myös yksi avoin kysymys. Kyselystä löytyy myös yksi likertin asteikolla tehty kysymys.

8.1.4 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen kohderyhmä on Kotkan kaupungin kotihoidon ikääntyneet, yli 65-vuotiaat asiakkaat. Kotkan kaupungin kotihoito käsittää Kotkansaaren-, Karhulan- ja Länsi-Kotkan kotihoitoalueen. Kotihoidon alueiden sisällä on yhteensä 11 tiimiä. (Kotkan kaupunki. Kotihoidon palvelualue) Tutkimus toteutetaan ottamalla yhteyttä jokaiseen tiimiin ja he valitsevat palvelualueensa sisältä 5–7 tutkimukseen soveltuvaa ikääntyntä. Tutkimukseen soveltuvuudella tarkoitetaan tässä tapauksessa sitä, että asiakas on fyysisiltä ja psyykkisiltä ominaisuuksiltaan kykenevä vastaamaan tutkimukseen. Kyselyyn vastaamiseen soveltuvat asiakkaat valitaan kaikkien asiakkaiden keskuudesta, ei pelkästään heidän, joiden alkoholin käyttö on jo ennalta tiedossa, eikä myöskään heidän, joiden alkoholin käytön tiedetään olevan vähäistä tai olematonta. Tarkoituksena on, että jokaisesta tiimistä vastaisi vähintään viisi asiakasta, jolloin vastaajien määrä olisi 55.

8.2 Aineiston keruu

Tutkimuksemme teoriaosa on yhteinen Jonna Hämäläisen tekemän tutkimuksen kanssa. Aloimme tehdä tätä tutkimusta yhdessä, mutta teoriaosan jälkeen työmme eriytyivät. Kyselylomakkeessa kysytään asiakkaiden mielipiteitä ja kokemuksia alkoholin käytöstä, alkoholiongelmasta, halukkuutta päihdepalvelujen piiriin hakeutumiseen sekä kokemuksia läheisten, tai hoitajien asiaan puuttumisesta. Tekemällä asiakkaille kyselyn saamme juuri heidän äänensä kuuluviin ja näin tutkimuksestamme tulee asiakaslähtöinen ja parhaiten työelämää palveleva. Opinnäytetyö ja tutkimustulokset luovutetaan niiden valmistuttua kotihoidon käyttöön.

Kyselylomakkeet toimitetaan kotihoidon hoitohenkilökunnalle kirjekuoressa. Henkilökunta antaa kyselyn asiakkaan täytettäväksi kotikäynnin yhteydessä ja mahdollisuuksien mukaan odottaa kyselyn täyttämisen ajan. Tarpeen mukaan hoitaja myös auttaa kysymysten tarkennuksessa, mikäli asiakas ei kysymystä ymmärrä. Tarvittaessa hoitaja täyttää kyselylomakkeen vastaajan puolesta. Vastauspaperi laitetaan kirjekuoreen joka suljetaan välittömästi. Noudamme vastauskuoret kotihoidon yksiköistä. Asiakkaat vastaavat kyselyyn anonyymisti eikä tutkimuksessa ole heidän terveydentilaan-

sa tai potilastietoihin liittyviä kysymyksiä. Vastaukset tuhotaan tulosten analysoinnin jälkeen.

8.3 Aineiston analysointi

Niin menetelmien kuin aineistonkin valintaa ohjaavat yleensä tutkimusongelmat. Tutkimuksen ydinasian muodostavat analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Tähän vaiheeseen on tähdätty alusta asti. Analyysivaihe selvittää ongelmiin vastaukset. Analysoinnin täytyy ensimmäiseksi tehdä esityöt. Ensin tarkistetaan tiedot; puuttuuko tietoja, onko virheellisyyksiä. Tässä vaiheessa jotain vastauslomakkeita voidaan hylätä, jos ne eivät täytä asetettuja kriteereitä. Seuraavaksi tarvittaessa täydennetään tietoja lisähaastattelulla/-kyselyllä. Kolmanneksi järjestetään aineisto analyysia ja tiedon tallennusta varten. Kvantitatiivisessa, eli määrällisessä tutkimuksessa muodostetaan muuttujia. Analysointi kannattaa aloittaa välittömästi tutkimuksen suorittamisen jälkeen, tai mahdollisesti aineistoa kerätään ja analysoidaan jo yhtä aikaa. Tutkijan inspiratio saattaa laantua, mikä analysointia ei heti saada käyntiin. Oikea analyysitapa tulee valita siten, että ongelmaan tai tutkimustehtävään saadaan parhaiten vastaus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysitapa on yleensä selittävä, jossa käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Tulosten analysoinnin jälkeen tuloksia tulee vielä tulkita ja selittää, tämä tapahtuu pohtimalla tuloksia ja tekemällä niistä johtopäätöksiä. Tulkinnalla tarkoitetaan analyysissä ilmaantuvien merkitysten selkiyttämistä. Tulkinnoissa tulisi varoa puolusteluja. Tulkinnassa synkronoituu yhteen tutkittavan, tutkijan ja lukijan näkemys. Yhteiset tulkinnat eivät ole vakio, sillä tulkitsemme asioita eri tavoin. Tulisi löytää olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. Tutkijan täytyy pohtia tulosten merkitystä tutkimusalueella, mutta myös tulosten laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2007.)

Tutkimuksen ollessa selkeästi kvantitatiivinen tutkimus, tutkimustuloksissa tärkeitä ovat lukumäärät ja prosentit, jotka lasketaan tuloksien pohjalta. Aloitimme aineiston analysoimisen keräämällä ensin kaikki vastaukset taulukoihin ns. tukkimiehen kirjanpidolla. Kokosimme ensin jokaisen kotihoitoalueen vastaukset omaan taulukkoon, mutta koska tarkoitus ei ole keskittyä eri alueisiin, vaan yleensä Kotkaan, niin yhdistimme tulokset yhdeksi taulukoksi. Yksi yhteinen taulukko myös turvaa paremmin tutkimukseen osallistuneiden anonyymiyden. Ryhmittelyperusteena taulukossa käy-

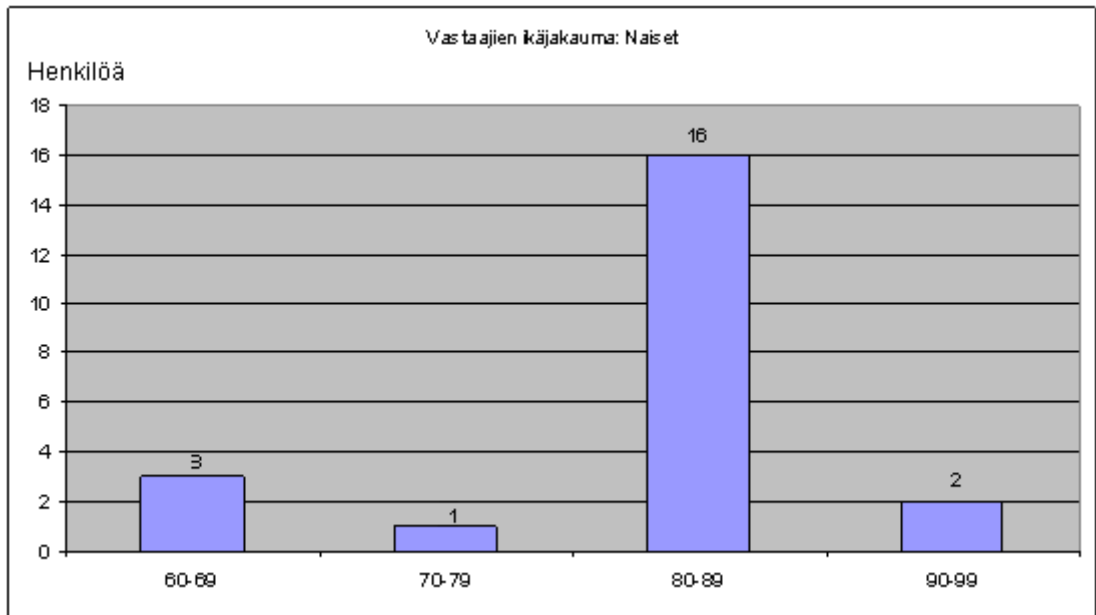
timme sukupuolta, kuten aiemmissakin aihealueen tutkimuksissa on tehty. Näin tuloksista saa selkeän kokonaiskuvan, aineistoa on helpompi alkaa analysoidaan ja pystymme vertaamaan tuloksia aiempiin tutkimuksiin. Tulosten tarkastelussa etenemme loogisesti tutkimusongelmien mukaan. Tulokset -osiossa luottelemme vain selkeästi tulokset ja niistä nostamme esille tärkeimmät vastaukset. Tulosten laajemman ja vapaamman tarkastelun jätämme pohdinta-osuuteen. Luotettavuutta tarkastelemme luotettavuuden analysointi-kohdassa.

9 TUTKIMUSTULOKSET

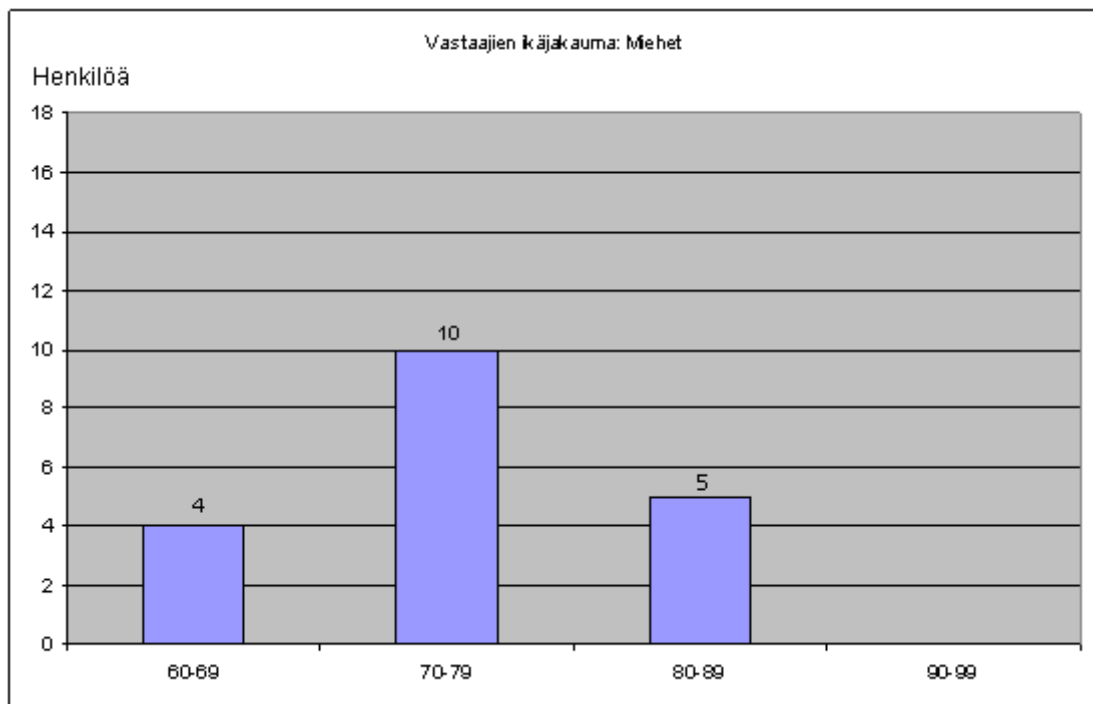
9.1 Taustatiedot

Tutkimuslomakkeita lähetettiin Kotkan alueelle kolmeen kotihoitoalueeseen: Länsi-Kotkaan, Karhulaan ja Kotkansaarelle. Yhteensä kotihoidon tiimejä on 11, ja jokaiselle tiimille jaoimme 7 kyselylomaketta kirjekuorineen, eli yhteensä 77 lomaketta. Tarkoituksena oli, että jokaisesta tiimistä kyselyyn vastaisi 5–7 asiakasta. Näin turvasimme sen, että saisimme minimimäärän, eli 35, vastausta kyselyymme.

Kyselylomakkeita palautui lopulta 42, joista yksi miesvastaaja ei ollut iältään tutkimukseen soveltuva, eli hyväksytyjä vastauslomakkeita on 41. Kokonaisvastausprosentti tutkimuksessa oli 53,2 %. Kotkansaarelta palautui yhteensä 11 vastausta, miehiltä 5 ja naisilta 6 vastausta. Kotkansaaren vastausprosentti oli näin ollen 52,4 %. Länsi-Kotkasta palautui 10 vastausta, joista naisia oli 3 ja miehiä 7, eli vastausprosentti oli 35,7 %. Karhulasta kyselylomakkeita tuli 20, naisilta tuli niistä 13 ja miehiltä 7. Karhulan vastausprosentti oli korkein 71,4 %. Kaikista vastauksista miehiä oli 19 ja naisia 22. Sukupuolijakauman vastausprosentti oli: naiset 53,7 % ja miehet 46,3 %. Toisin sanoen naisia ja miehiä oli aika saman verran tutkimuksessa mukana. Ikäkaudesta naisia oli selvästi eniten 80–89-vuotiaita ja miehiä 70–79-vuotiaita, kuten kuvioista 1 ja 2 käy ilmi.



Kuvio 1. Naisten ikäjakauma (n=22)

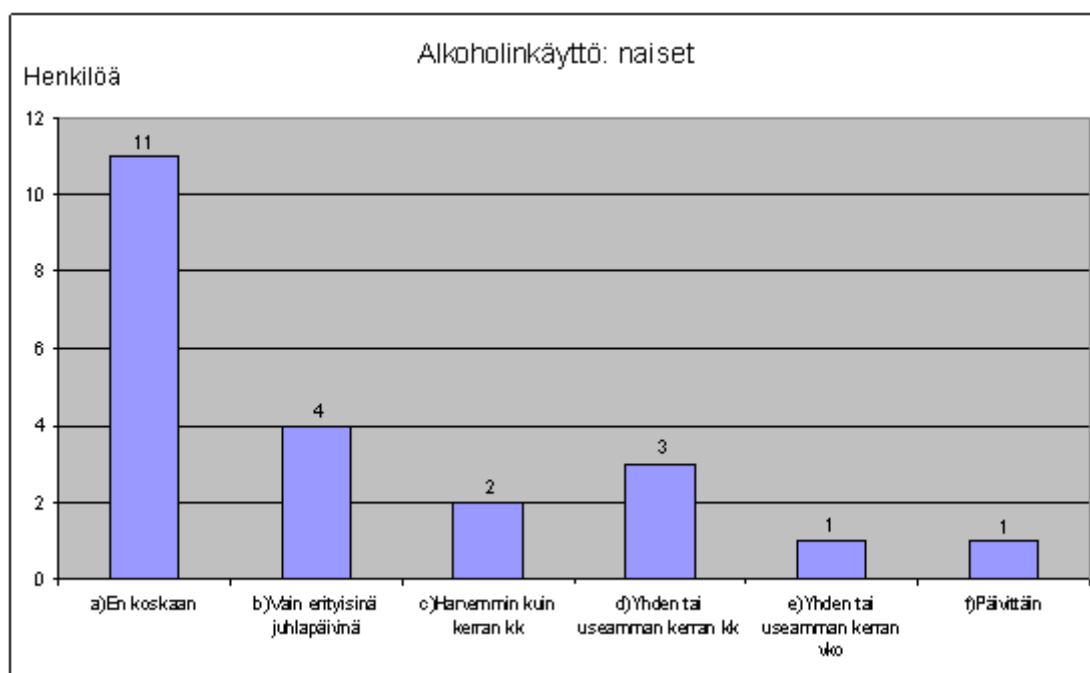


Kuvio 2. Miesten ikäjakauma (n=19)

9.2 Asiakkaiden näkemykset alkoholin käytöstään

Ensimmäinen tutkimusongelma keskittyi asiakkaiden omiin näkemyksiin alkoholin käytöstään. Tässä kohdassa purimme kyselylomakkeen vastaukset, jotka selvittivät ensimmäistä tutkimusongelmaa. Kyseiseen tutkimusongelmaan liittyvät kysymykset olivat kyselylomakkeessa numerot 3, 4, 5, 6, 7 ja 14. (ks. tutkimusongelmat s. 41 ja liite 2)

Kolmas kysymys keskittyi kartoittamaan asiakkaiden alkoholin kulutuksen määrää. Kysymyksessä oli useampi vaihtoehto (a–f), joista ikääntynyt valitsi parhaiten omaa alkoholin kulutustaan vastaavan vaihtoehdon. Kokonaisuutena täysin raittiita oli 34,1 %. Vain erityisinä juhlapäivinä käyttäviä oli vastanneista 14,6 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käyttäviä oli vastanneista 19,5 %. Yhden tai useamman kerran kuussa alkoholia käyttäneitä oli 17 %. Yhden tai useamman kerran viikossa alkoholia käyttäviä oli tutkimuksen mukaan 12,2 %. Tutkimusotannassa päivittäin alkoholia käyttäviä oli taas 7,3 %.

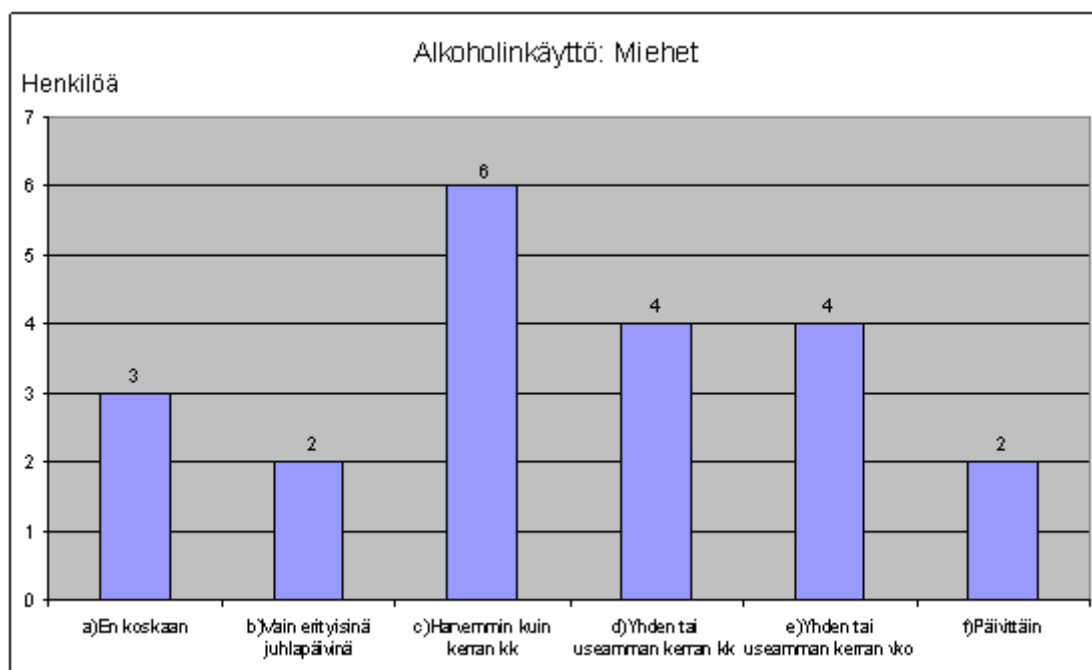


Kuvio 3. Naisten alkoholin käytön yleisyys (n=22)

Kuten kuvioista 3 huomaamme, kyselyyn vastanneista naisista puolet (50 %) ei siis käyttänyt lainkaan alkoholia. Käyttö keskittyi naisilla pääosin erityisiin juhlapäiviin.

Joukossa oli kuitenkin myös naisia (18 % vastanneista), jotka nauttivat alkoholia vähintään yhden tai useamman kerran kuukaudessa. Tiheämpi käyttö oli kuitenkin huomattavasti harvinaisempaa ja vain yksi vastaajista nautti alkoholia päivittäin.

Miesten alkoholinkäyttö on yleisempää kuin naisten. Vain 14,2 % miehistä oli täysin raittiita. 28,5 % kyselyyn vastanneista miehistä käytti alkoholia harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Miehistä 47,6 % käytti alkoholia vähintään yhden tai useamman kerran kuukaudessa. Osa miehistä oli valinnut tässä kysymyksessä useamman kuin yhden vaihtoehdon. (Kuva 4.)



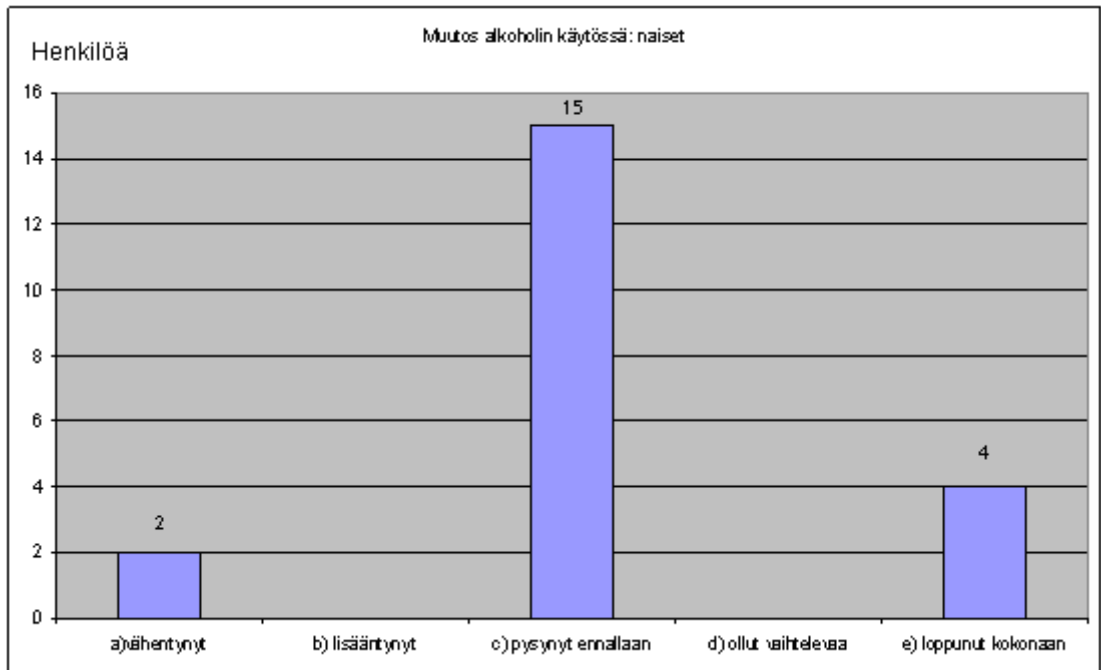
Kuvio 4. Miesten alkoholin käytön yleisyys (n=21)

Neljännän kysymyksen tarkoitus oli selvittää käytettyjen alkoholituotteiden laatua ja alkoholin käytön määriä. Miehet jotka käyttivät päivittäin alkoholia, joivat olutta. Yhden tai useamman kerran viikossa alkoholia käyttävät miehet ilmoittivat juovansa olutta, viskiä, konjakkia ja kirkasta viinaa. Yhden tai useamman kerran kuukaudessa alkoholipitoisia tuotteita nauttivat miehet kertoivat juovansa olutta, viiniä, konjakkia ja kirkasta viinaa. Määrät olivat suhteellisen isoja, esim. Koskenkorvaa kaksi pulloa kerralla. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käyttävät miehet joivat viiniä, olutta, kirkasta viinaa. Tähän ryhmään kuuluvat miehet ilmoittivat juovansa olutta 1–2 pulloa kerralla, tai viiniä pienen lasillisen. Vain erityisenä juhlapäivänä alkoholia

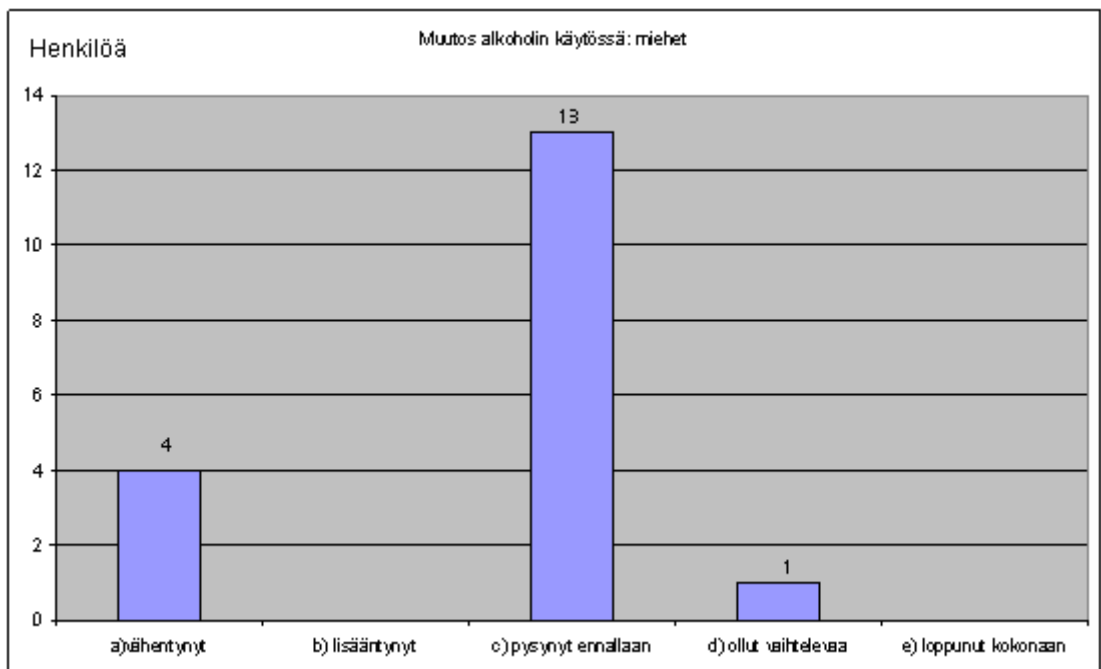
käyttävä mies nautti lasillisen viiniä jouluisin. Miesten keskuudessa väkevien juomien käyttö painottuikin enemmän alkoholia käyttävien pariin. Suurin osa harvemmin alkoholia käyttävistä miehistä joi viiniä.

Myös naisista päivittäin alkoholia käyttävä kertoi juovansa olutta 4–5 pulloa päivässä. Yhden tai useamman kerran viikossa käyttävä nainen kertoi juovansa väkeviä, n. 0,5 litraa kerralla. Yhden tai useamman kerran kuukaudessa alkoholia käyttävät naiset kertoivat juovansa kerralla brandya tai konjakkia 2 cl, viiniä lasillisen, tai konjakkia ja likööriä kaksi pulloa vuodessa. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa juovat konjakkia (yksi snapsilasillinen) ja viiniä. Erityisinä juhlapäivinä alkoholia nauttivat joivat kuohuviiniä, viiniä, likööriä, tai mitä juhlassa kulloinkin tarjotaan, lasillisen tai kaksi kerrallaan. Näin ollen voimme tulkita, että naiset juovat pienempiä määriä kerralla kuin miehet. Naiset suosivat esimerkiksi likööriä, kuohuviiniä ja brandyä, kun taas useat miehet joivat olutta ja kirkkaita.

Viidennessä kysymyksessä kartoitettiin alkoholinkäytön määrän muutoksia viimeisen vuoden aikana, ks. kuvio 5 ja 6. Tähän kysymykseen oli vastannut 39 asiakasta. Kuusi vastaajista ilmoitti alkoholin käyttönsä vähentyneen. Syiksi alkoholin käytön väheneemiselle miehet kertoivat mm. oman kunnon huononemisen, liikkumisen vaikeutumisen ja sen, ettei alkoholi enää maistu niin kuin ennen. Yksi nainen kertoi alkoholin käytön vähentyneen olosuhteiden pakosta. Yksikään vastaajista ei kertonut alkoholin käyttönsä lisääntyneen viimeisen vuoden aikana. Ne vastaajat, jotka eivät ollenkaan käyttäneet alkoholia, olivat useimmiten vastanneet alkoholin käyttönsä pysyneen ennallaan ja näin vastanneista naisista monet olivat kirjoittaneet tarkennuksen, esimerkiksi ”täysin raitis”. Alkoholia oli käyttänyt vaihtelevasti vain yksi mies ja syynä tähän oli satunnaiset terveydelliset tuntemukset, joita hän sitten lääkitsi pienellä määrällä alkoholia. Vastaajista neljä naista ilmoitti alkoholin käyttönsä loppuneen kokonaan ja lisämainintoina oli ”En ole koskaan juonut” ja ”Monia vuosia sitten”.



Kuvio 5. Naisten alkoholin käytön muutokset viimeisen vuoden aikana (n=21)

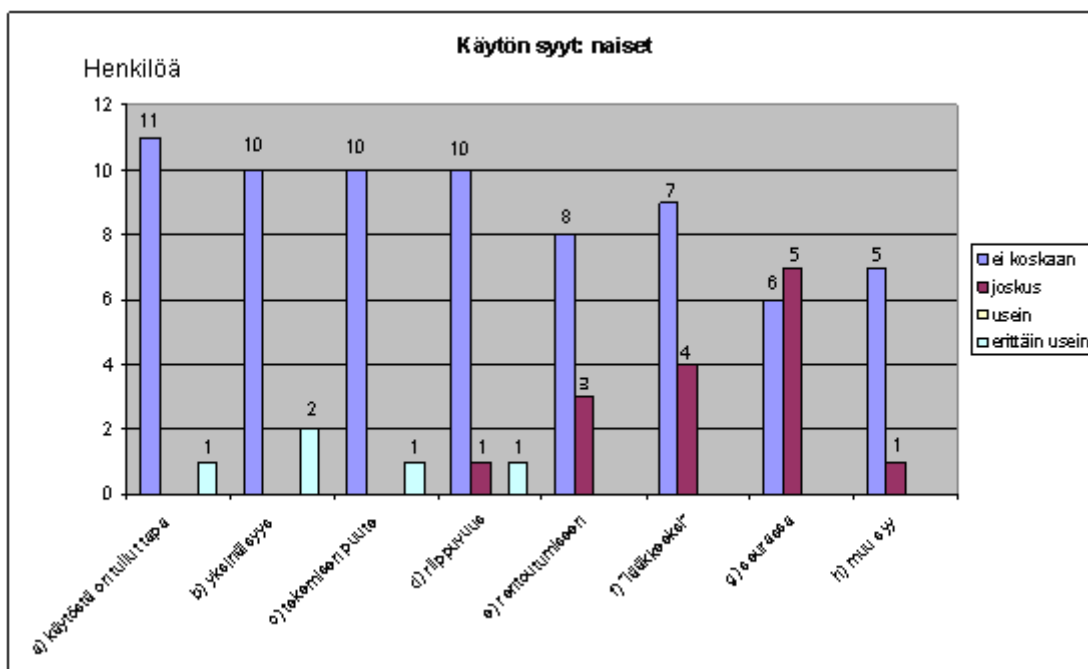


Kuvio 6. Miesten alkoholin käytön muutokset viimeisen vuoden aikana (n=18)

Kuudes kysymys kartoitti syitä miksi ikääntyneet käyttävät alkoholia. Selvyyden vuoksi kysymyksen 6 vastausvaihtoehdot on merkitty kirjaimilla (a–h) jälkeenpäin.

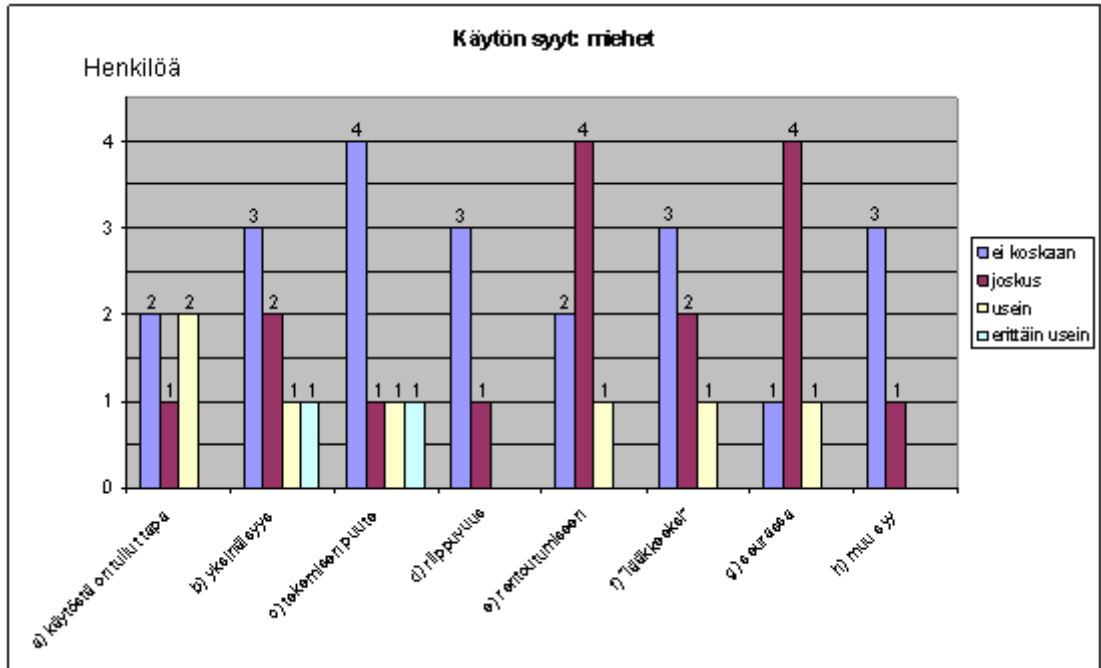
Vastausvaihtoina ovat: ”ei koskaan”, ”joskus”, ”usein” ja ”erittäin usein” (ks. liite 3). Kysymykseen on kohdasta riippuen vastannut 8–13/22 naista ja 5–7/19 miestä.

Naisten vastauksista toisen puoliskon alkoholin kulutuksen syyt vastauksien perusteella olivat hajanaisia, sekä vaihtoehto ”erittäin usein” tuli ilmi pääosin vain yksittäistapauksissa. Alkoholinkäyttö riippuvuuden takia oli vastauksissa selvästi yhdellä naisella syynä ja toisessakin vastauksessa riippuvuus vaikutti satunnaisesti alkoholin käyttöön. Vaihtoehto ”joskus” tuli esille useamman kerran vastauksista. Tuloksien pohjalta naiset käyttivät alkoholia satunnaisesti rentoutumiseen, yksinäisyyden vuoksi, lääkkeeksi ja seurassa, ks. kuvio 7.



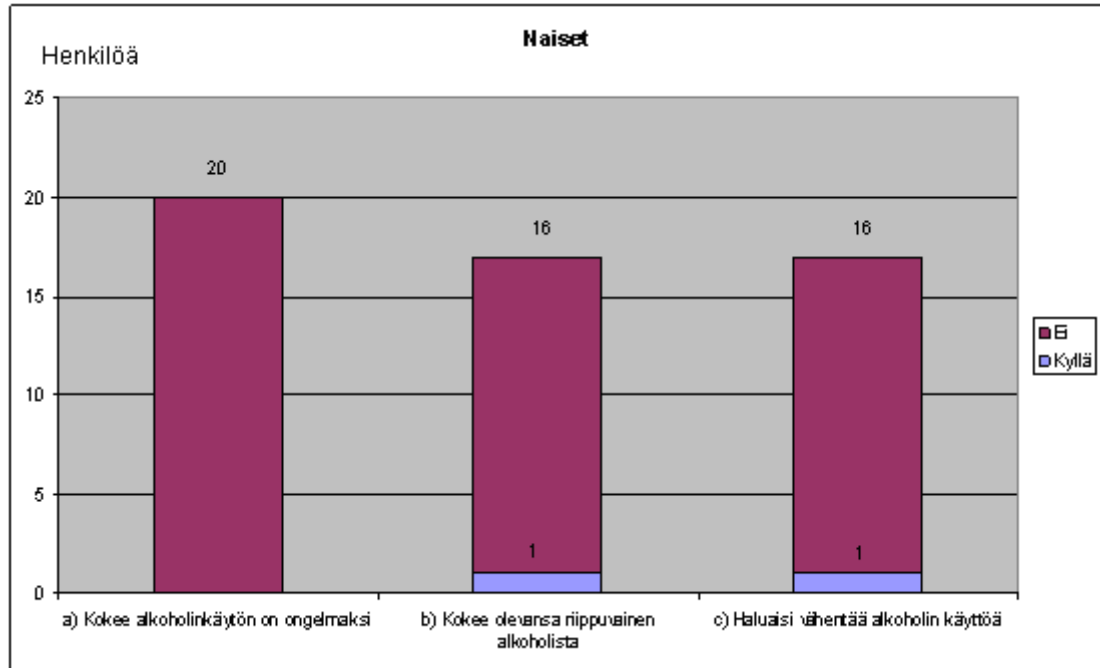
Kuvio 7. Naisten alkoholin käytön syyt

Miesten vastauksista esille nousi hajanaisia vastauksia, joista ”erittäin usein” vaihtoehto oli vain kahdessa syy-vaihtoehdosta. Kyseiset vaihtoehdot olivat yksinäisyys ja tekemisen puute. Eri vaihtoehdot olivat ”usein” käytön syynä vain yksittäistapauksissa, mutta satunnainen syy käyttöön löytyi samoista kohdista kuin naisillakin, eli rentoutuminen, yksinäisyys, lääkkeeksi ja seurassa, ks. kuvio 8.



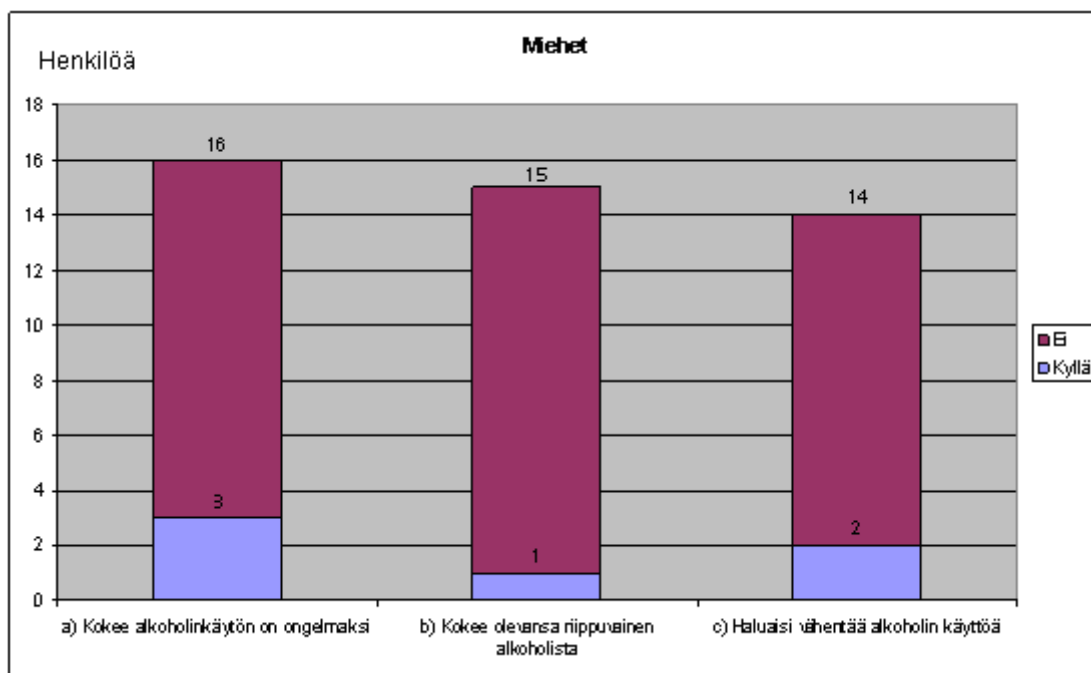
Kuvio 8. Miesten alkoholin käytön syyt

Kysymys seitsemän koostui kolmesta alakysymyksestä. Kysymykset olivat a) Koetteko alkoholin käytön ongelmalliseksi b) Koetteko olevanne riippuvainen alkoholista c) Haluaisitteko vähentää alkoholin kulutustanne? Vastausten perusteella naisvastaajista vain yksi koki olevansa alkoholista riippuvainen ja yksi olisi halunnut vähentää alkoholin kulutustaan. Näiden vastausten antaja oli sama ihminen, hän ei kuitenkaan kokenut alkoholin käyttönsä olevan ongelma. Ks. kuvio 9.



Kuvio 9. Naisten näkemys alkoholinkäytöstään (n=20, 17, 17)

Miehistä kolme koki alkoholinkäytönsä ongelmaksi, mutta vain yksi tunnisti olevansa riippuvainen alkoholista. Kaksi vastannutta olisi halunnut vähentää alkoholinkulutustaan. Mies, joka vastasi olevansa riippuvainen, ei kuitenkaan kokenut alkoholinkäytönsä olevan ongelma, eikä myöskään halunnut vähentää käyttöä. Vastaavasti yksi miehistä, joka koki käyttönsä olevan ongelma, ei kuitenkaan myöntänyt riippuvuutta, eikä myöskään halunnut vähentää käyttöä. Yksi mies taas oli halunnut vähentää alkoholinkäyttöään, muttei kokenut tämän hetkisen käytön olevan ongelma. Ks. kuvio 10.



Kuvio 10. Miesten näkemys alkoholin käytöstään (n=19, 16, 16)

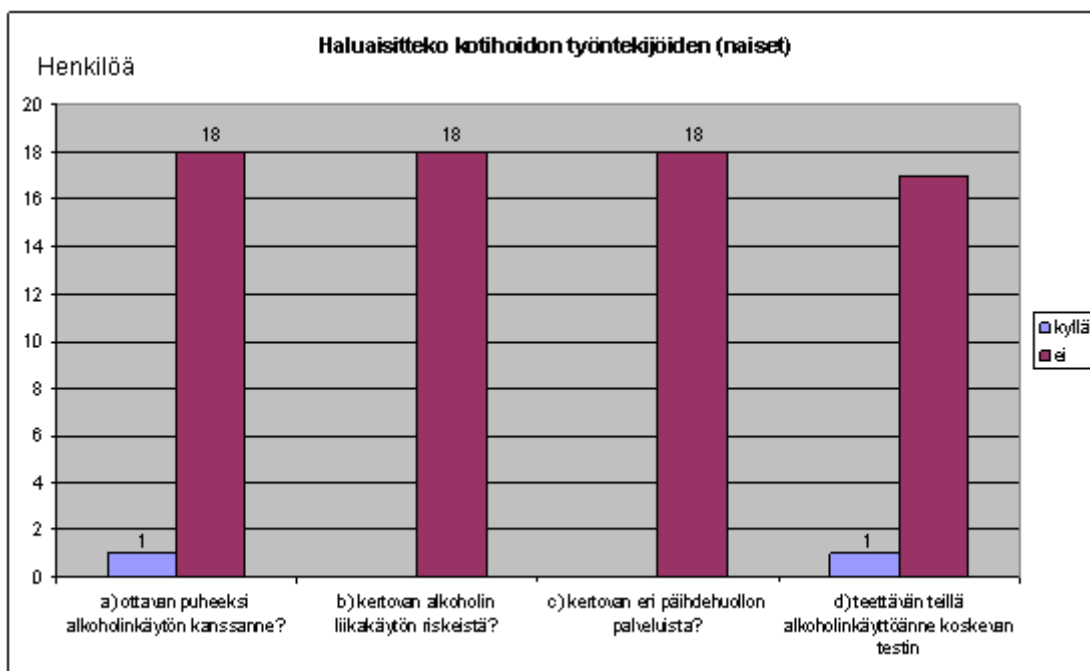
Kyselyn viimeinen kohta oli avoin kysymys, jossa vastaaja sai vielä omin sanoin kertoa jotain alkoholin käytöstään ja siihen liittyvistä asioista. Useat vastaajat toivat tässä kohtaa ilmi, etteivät käytä alkoholia lainkaan. Pari naista ilmaisi myös erittäin tiukan linjan alkoholinkäytön suhteen: ”Suhtautuminen alkoholin käyttöön ehdottoman kielteinen, ainoastaan hyväksyn käytön ns. lääkärin määräyksestä”, ”En käytä alkoholia ja ei ole mitään kertomista. Halveksun alkoholisteja.”. Naiset myös tarkensivat tässä vielä aiempia vastauksiaan: ”Lasillinen viiniä ihan terveyden puolesta 2xkk”, ”Omaisten seurassa joskus (tosi harvoin), joulu”. Miehien kommentteja olivat mm. ”alkoholin käyttö on rajallista ja pelkkä seurustelujuoma, ei humalahakuisuuden vuoksi”, ”Olen käyttänyt alkoholia jo nuoresta pojasta, se on jo elämäntapa”, ”Pitkään ollut 1 olut päivässä, siitä on tullut tapa. Ei ongelmaa. Menneisytydessäkin alkoholinkäyttö vähäistä.”, ”Alkoholin käyttö vähentynyt kovasti, ennen ollut ongelma.”, ”Yksinäisyys helpottaa.”, sekä yksi koki lapsuuden aikaiset tapahtumat syyksi alkoholinkäyttöön.

9.3 Asiakkaiden halukkuus mahdolliseen ongelmaan puuttumiseen

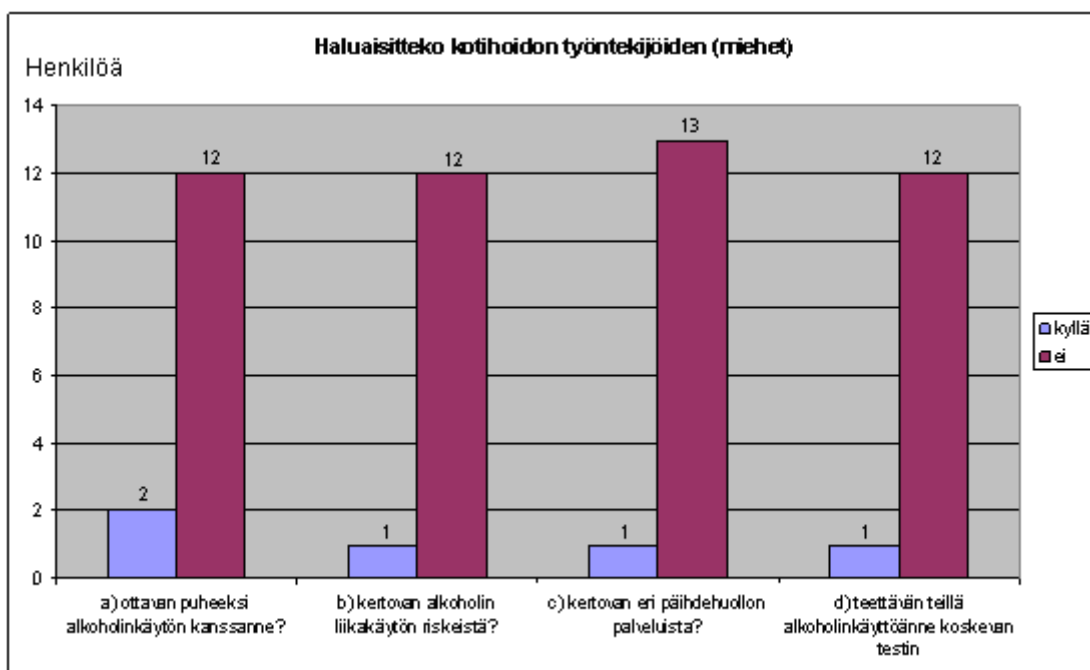
Tähän kohtaan on kerätty kaikki 2. tutkimusongelmaan vastaavat kyselylomakkeen kysymykset, eli kysymykset numero 9 ja 10. (ks. Tutkimusongelmat s. 41 ja LIITE 2)

Yhdeksännes kysymys oli: ”Haluaisitteko keskustella alkoholinkäytöstänne kotihoiton hoitajan kanssa?”. Kysymyksen vastausprosentti on 90,2 %. Naiset olivat vastanneet tähän melko yksimielisesti ”ei”, vain yksi oli vastannut ”kyllä”. Miehistä kolme olisi halunnut keskustella hoitajan kanssa alkoholin käytöstä ja kommenttina onkin, että ”Keskustellaan joka käynnillä”. ”Ei”-vastauksen antaneita miehiä oli neljätoista kappaletta, eli 80,9 % miehistä.

Kymmenes kysymys oli: Haluaisitteko kotihoiton työntekijän a) Ottavan puheeksi alkoholin käytön kanssanne, b) Kertovan liikakäytön riskeistä, c) Kertovan eri päihdehuollon palveluista, d) Teettävän teillä alkoholin käyttöönne liittyvän kyselyn, e) Jotain muuta, mitä? Yksi nainen ja kaksi miestä olisi halunnut kotihoiton työntekijän ottavan asian puheeksi, ehdottomasti suurin osa vastaajista (naisista 18/19 ja miehistä 12/14), ei kuitenkaan olisi halunnut asiaa otettavan puheeksi. B- ja C-kohtiin on molempiin tullut vain yksi myöntävä vastaus, molemmat miehiltä. D-kohtaan yksi mies ja yksi nainen ilmaisi kiinnostuksensa. E-kohtaan ovat naiset jättäneet kokonaan vastaamatta ja miehiltä tullut 2 kommenttia: ”en käytä (alkoholia)” ja ”kaikki käy”. Ks. kuvio 11 ja 12.



Kuvio 11. Naisten halukkuus alkoholin käyttöön puuttumiseen (n=19, 18, 18, 18)



Kuvio 12. Miesten halukkuus alkoholin käyttöön puuttumiseen (n=14, 13, 14, 13)

9.4 Asiakkaiden kokema tarve päihdepalvelujen piiriin

Tässä kohtaa vastaamme 3. tutkimusongelmaan (ks. Tutkimusongelmat ja liite 2), johon liittyviä kysymyksiä ovat kysymykset 7, 11 ja 13 (ks liite 3) Kysymyslomakkeen kysymys numero seitsemän on jo käsitelty kohdassa 9.2, joten tulokset voi katsoa sivulta 56.

Kysymys numero 11 oli ”Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin?” Kysymykseen vastataan kyllä tai ei. Kysymyksen vastaukset olivat miehillä ja naisilla täysin yksimieliset. Kukaan ei aikonut hakeutua seuraavan vuoden aikana päihdepalveluiden piiriin. (ks. liite 3)

Kolmastoista kysymys oli: ”Luuletteko, että alkoholinkäyttönne vähenisi, jos hakeutuisitte edellä mainittujen palveluiden piiriin?” Kysymykseen on vastannut 23/41. Naiset olivat vastanneet kysymykseen 10 kertaa ”ei” ja yhden kerran ”kyllä”. Miehet olivat vastanneet 14 kertaa ”ei”, eikä ollenkaan myöntävästi.

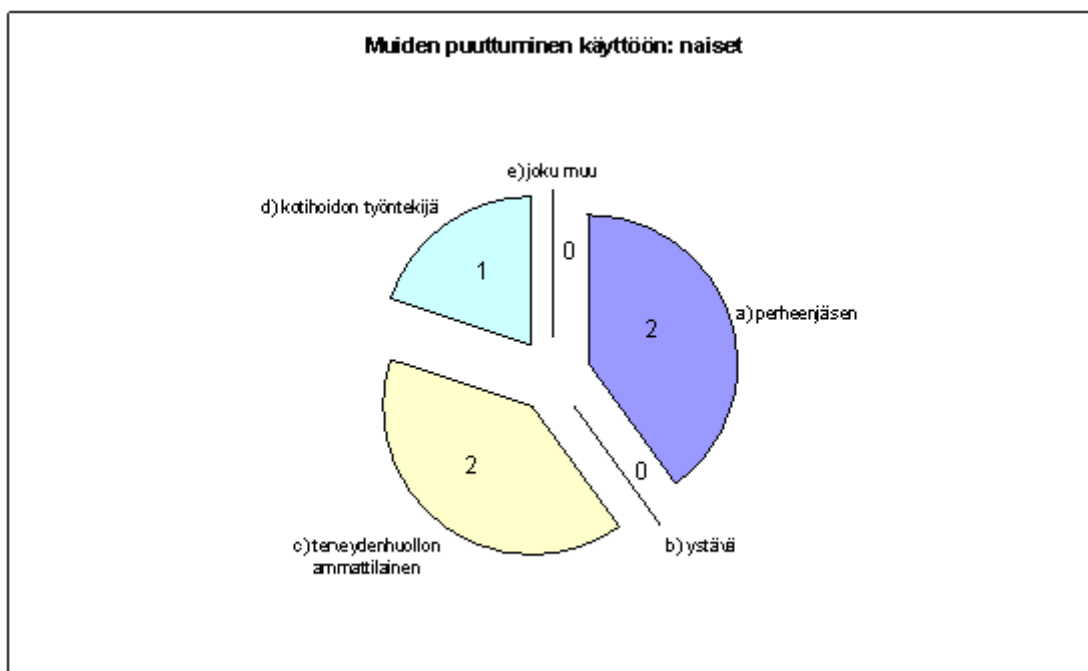
9.5 Asiakkaiden halukkuus päihdepalvelujen käyttöön

Asiakkaiden halukkuutta päihdepalvelujen käyttöön oli tutkittu kyselylomakkeen kahdessa kohdassa. Toinen oli erillinen kysymys nro. 11 ja toinen kysymyksen 10 kohta C. Molemmat kohdat on tullut esille jo aiemmin kohdissa 9.3 (s.58) ja 9.4 (s. 59), joista tulokset voi tarkemmin katsoa. Tuloksena on, että vastaajilla ei ollut halukkuutta päihdepalvelujen käyttöön.

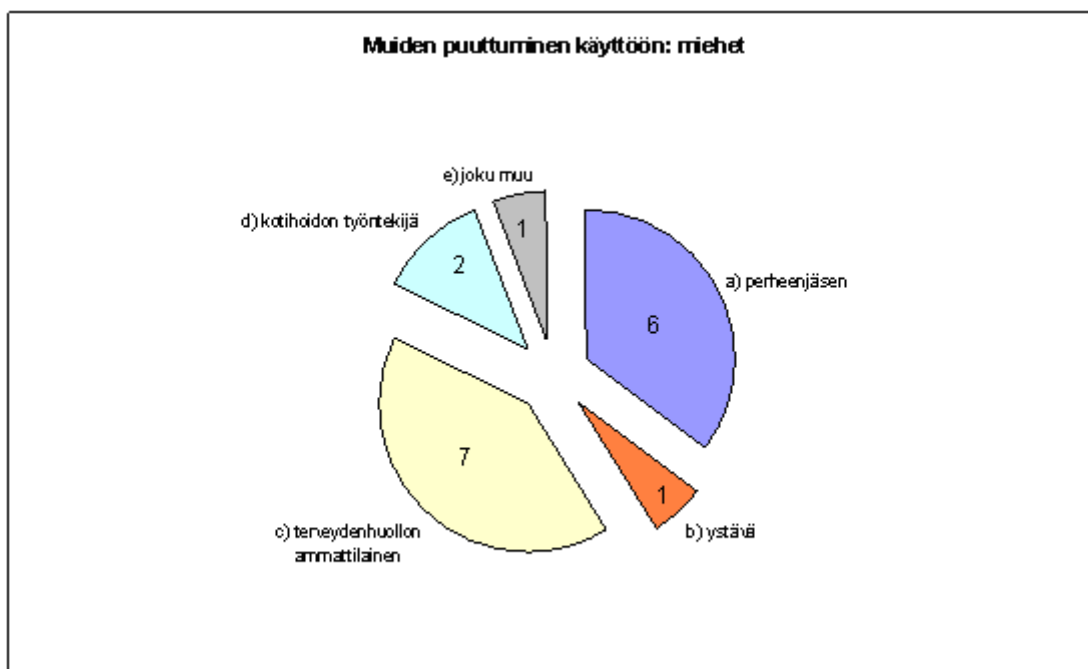
9.6 Asiakkaiden suhtautuminen alkoholin käytön puheeksi ottamiseen ja puuttumiseen

Tässä käsitellään tutkimusongelmaa 5 (ks. Tutkimusongelmat s. 41 ja liite 2) avaavia kyselylomakkeen kysymyksiä 8, 9 ja 12. Kahdeksas kysymys oli: ”Onko kukaan koskaan puuttunut alkoholin käyttöönne?” Kokonaisvastausmäärä kohdassa oli 28/41, kun otetaan huomioon naisilla kohdassa e) olevat 6 kommenttia. Kommenteissa kerrottiin, että kyseisten vastaajien alkoholin käyttöön ei ollut koskaan kukaan puuttunut. Viidellä naisvastaajalla oli ollut kokemuksia puuttumisesta alkoholinkäyttöön, mutta esille ei noussut mikään ”puuttujaryhmä” erityisesti, ks. kuvio 13. Miehistä 17 vastaa-

jalla oli kokemuksia alkoholinkäyttöön puuttumisesta. Miehillä selvästi eniten olivat puuttuneet perheenjäsenet sekä kotihoidon työntekijät, ks. kuvio 14.



Kuvio 13. Muiden puuttuminen naisten alkoholin käyttöön (n=5)



Kuvio 14. Muiden puuttuminen miesten alkoholin käyttöön (n=17)

Yhdeksäs kysymys oli: ”Haluaisitteko keskustella alkoholikäytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa?” Kysymyksen tulokset on nähtävissä kohdassa 9.3 Asiakkaiden halukkuus mahdolliseen ongelmaan puuttumiseen (s.58).

Kysymys numero kaksitoista oli: ”Jos aiotte hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin, niin a) otatteko itse yhteyttä A-klinikkatoimeen, b) toivoisitteko kotihoidon hoitajan ottavan yhteyttä a-klinikkatoimeen tai muuhun palvelun tarjoajaan puolestanne?” Omatoimisen lähestymisen kannalla oli naisista kaksi ja miehistä kuusi. Kommenttina yhdellä miehellä oli, että ”vaimo hoitaa”. Miehistä yksi olisi toivonut kotihoidon hoitajan ottavan yhteyttä A-klinikkatoimeen tai muuhun palvelun tarjoajaan, naisista kukaan ei ollut halukas vastaavaan.

10 TUTKIMUSETIIKKA

Etiikka pohjautuu kysymyksiin siitä, mikä on hyvää, mikä pahaa, mikä oikeaa ja mikä väärää. Näihin kysymyksiin ei ole suoraa vastausta, vaan jokainen ihminen määrittelee vastauksensa kysymyksiin. Myös tutkimuksen tekoon liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijoiden on otettava huomioon. Tutkimustyön eettiset kysymykset nousevat pintaan etenkin hoitotieteessä, jossa tarkoituksena on tutkia inhimillistä toimintaa. Hoitotyön tutkimustöissä eettiset ongelmat ovat erilaisia, koska ihmistä tutkitaan tietoisena ja toimivana subjektina. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2008, 23). Tutkijat ovat vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista (Paunonen ym. 1997, 26). Tutkimusprosessissa tutkijan on oltava moraalinen toimija, eli tutkijaa koskee ne samat periaatteet normit sekä arvot kun muitakin ihmisiä (Pietarinen 2002). Suomessa erilliset julkiset elimet valvovat tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Opetusministeriö sekä useat yliopistojen eettisen toimikunnat ovat laatineet ohjeet tieteellisen menettelytapojen noudattamiseen. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.)

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: ensimmäinen ryhmä liittyy tiedonhankintaan ja toinen tutkittavien suojausta koskeviin normeihin sekä tutkijan

vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta valittaessa on kysyttävä ja varmistettava, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Ongelmakohta on ollut usein se, tuleeko valita vai välttää muodinmukaisia aiheita, helposti toteutettavia aiheita, sillä niiden tärkeys sekä yhteiskunnallinen merkitys voi olla arveluttava. (Hirsjärvi ym. 2008, 23–24.)

Tutkimuksessa lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisen autonomiaa kunnioitetaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää haluaako hän osallistua tutkimukseen. Peruskäytäntönä on, että tutkittavalta henkilöltä saadaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittava perehdytetään tutkimukseen liittyviin seikkoihin ennen suostumuksen antamista. Perehtymiseen vaaditaan tietoa siitä, mitä tutkittavalle tulee tapahtumaan ja mitä voi tapahtua tutkimuksen kuluessa, sekä nämä asiat tulee esittää ymmärrettävästi, jotta tutkittavan suostumus olisi pätevä sekä vapaaehtoinen (Hirsjärvi ym. 2008, 23–24.)

Tutkimuksessa on vältettävä epärehellisyyttä työn kaikissa vaiheissa. Epärehellisyyttä on plagiointi, eli toisen tekstin luvaton lainaaminen, mukaan lukien itseplagionnin. Myös epärehellisyys vaikuttaa tulosten julkistamiseen. Tärkeää on, että tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, eikä tuloksia sepitellä tai kaunistella. Tätä kutsutaan vilpiksi. Raportointi ei saa olla virheellistä, eli harhaanjohtavaa tai puutteellista. Jos tutkimuksessa on useampi tutkija, toisien tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä. Myöskään mahdollisia määrärahoja tutkimuksen tekemisessä ei saa käyttää väärin tarkoituksiin (Hirsjärvi ym. 2008, 26–27.)

11 VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI

Tutkimuksella voi olla sekä ulkoinen että sisäinen validiteetti. Ulkoisessa validiteetissa perehdytään siihen kuinka yleistettävä tutkimus on. Ulkoinen validiteetti on onnistunut, jos tutkimusasetelmassa ja otannassa on kyetty eliminoidaan mahdollisimman monta luotettavuuden uhkaa pois. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta. Sisäiseen validiteettiin vaikuttaa se, onko teoria onnistuttu valitsemaan

ja rajaamaan oikein sekä onko mittari oikein muodostettu ja mittaako se sitä, mitä pitääkin. Hyvällä asettelulla, oikeilla käsitteiden muodostuksella sekä otannalla varmistetaan se että tutkimuksen validius on hyvä. (Metsämuuronen 2007, 55.) Sisäiseen validiteettiin voidaan liittää käsitteet käsitevalidius sekä kriteerivalidius. Käsitevalidius käsittelee mittarin yksittäistä käsitettä ja sen operationalisointia. Kriteerivaliditeetissa verrataan mittarilla saatua arvoa johonkin toiseen arvoon joka toimii validiuden kriteerinä. (Metsämuuronen 2007, 64–65.)

Mittarin reliaabelius, eli mittauksen toistettavuuden mitta varmistetaan reliabiliteetti- eli reliaabeliuskertoimella, joita on kolmea erilaista; toistomittaus, rinnakkaismittaus sekä mittaus mittarin sisäisen konsistenssin kautta. Testi-uusintatesti-reliabiliteetti on olennainen osa mittarin reliabiliteetin kuvantamista. Ensin tehdään mittaus, joka on tarkoitus uusita jonkin ajan kuluttua. Korrelaatiokerroin lasketaan kahden saman muuttujan välille, jonka arvo kertoo reliabiliteetin. Testi-uusintatesti-mittauksen idea on vastata kysymykseen, onko mittaus ollut reliaabeli. Jos samalla mittarilla saadaan samanlaiset tulokset uusintamittauksen aikana, mittaus on ollut reliaabeli.

12 POHDINTA

Taustatekijöistä selvisi vastanneiden ikä ja sukupuoli, sekä kokonaisvastausprosentti, joka sisälsi eri kotihoitoalueiden vastausprosentit. Vastanneiden ikähaitari oli ilahduttavan laaja. Oli antoisaa lukea eri-ikäisten vastauksia alkoholin kulutuksesta ja suhtautumisesta alkoholiin. Sukupuolijakauma oli myös tasainen ja tuloksia pystyi hyvin vertaamaan keskenään. Tutkimuksen kohteena ollessa ikääntyneet ihmiset, huomasimme kuitenkin vastauksia tarkastellessa, että joidenkin kapasiteetti vastata tämän kaltaiseen tutkimukseen oli puutteellinen. Tästä voisi tehdä johtopäätöksen, että kyselylomake oli ainakin jossain määrin liian monimutkainen ikääntyneiden täytettäväksi.

Vastausprosentti jäi valitettavan pieneksi. Jokaisesta 11 tiimistä oli tarkoitus saada 5–7 asiakasta osallistumaan kyselyyn. Kyselyyn vastasi lopulta kuitenkin vain 42 henkilöä. Alun perin olisi kannattanut valita suurempi otanta, jolloin tulokset olisivat olleet paremmin hyödynnettävissä ja yleistettävissä. Sopivien asiakkaiden valitsemisen kri-

teerinä oli yli 65 vuoden ikä ja, että henkilö on psyykkisiltä ja fyysisiltä ominaisuuksiltaan kykenevä vastaamaan kyselyyn. Osallistujat jäivät siis tiimien henkilökunnan valittavaksi. Tämä on saattanut vaikuttaa tuloksiin, jos tietoisesti tai tietämättä on valittu tietyn tyyppisiä asiakkaita vastaajiksi. Jos kysely olisi voitu tehdä kaikille Kotkan ikääntyneille asiakkaille olisi saatu luotettavampaa ja yleistettävissä olevaa tietoa.

Karhulan kotihoitoalue oli ainoa, jossa ehdimme rauhassa käydä perehdyttämässä tutkimuksen tekemiseen. Muiden kotihoidon alueiden kanssa yritimme sovittaa aikatauluja yhteen, mutta valitettavasti aikataulut eivät sopineet yhteen, emmekä näin ollen päässeet paikan päälle perehdyttämään henkilökuntaa tutkimuksen suhteen. Lähetimme kuitenkin näille muille tiimeille sähköpostitse ohjeistuksen asiakkaiden valintakriteereistä ja kyselylomakkeen täyttämistä. Perehdytys jäi kuitenkin näiden muiden alueiden kohdalla liian suppeaksi. Idea opinnäytetyömme aiheeseen myös lähti nimenomaan Karhulan kotihoidolta, joten tämänkin vuoksi kyseinen alue oli luultavasti motivoitunein tutkimukseen osallistumiseen. Karhulan kotihoitoalueella oli myös suurin vastausprosentti.

12.1 Ensimmäinen ja toinen tutkimusongelma

Ensimmäinen tutkimusongelmamme oli ”Millaiseksi Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat kokevat alkoholinkäyttönsä?” ja toinen ”Miten Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat haluaisivat mahdolliseen alkoholiongelmaansa puuttuttavan?”. Seuraavaksi pohdimme, miten hyvin em. tutkimusongelmiin vastaavat kysymykset oli ymmärretty ja millaisia vastauksia olemme saaneet.

Kolmas ”Kuinka usein juotte alkoholipitoisia tuotteita?”, neljäs ”Mitä alkoholituotteita käytätte ja miten paljon?” ja viides ”Onko alkoholin käyttönne viimeisen vuoden aikana vähentynyt/lisääntynyt/pysynyt ennallaan/ollut vaihtelevaa/loppunut kokonaan?” -kysymys vaikuttivat vastauksien perusteella helposti ymmärretyltä sekä kysymykset vastasivat ensimmäiseen tutkimusongelmaan hyvin. Kysymyksessä viisi kuitenkin nousi esille alkoholia käyttämättömät, joille ei kysymyksessä ollut selkeää kohtaa vastata. Osa raittiista vastaajista oli ilmoittanut alkoholin käyttönsä vähentyneen ja kirjoittanut perään, ettei käytä alkoholia ollenkaan. Tällaisesta vastauksesta voisi päätellä, että alkoholin käyttö on loppunut, jolloin sopivampi vastaus olisi ollut,

että alkoholin käyttö on loppunut kokonaan. Saattaa myös olla, ettei vastaaja ole ikinä käyttänyt alkoholia, mutta kun vastaavaa kohtaa ei vastausvaihtoehdoista löytenyt, oli valinnut sitten edellä mainitun vaihtoehdon. Tämä siis hieman vääristi tuloksia. Raittiista vastaajista suurin osa oli kuitenkin vastannut, että alkoholin käyttö on pysynyt ennallaan ja kirjoittaneet siihen alkoholin käyttämättömydestään.

Kuudes kysymys ”Minkä takia käytätte alkoholia” vaikutti kyselylomakkeen vaikeimmalta kysymykseltä, ja siihen olikin vastattu ristiriitaisesti muihin kysymyksiin nähden. Kysymyksen vastausmäärä jäi myös pieneksi. Pienen vastausmäärän takia tuloksia ei voi erityisesti yleistää. Osa vastaajista oli vastannut puutteellisesti kysymyksen eri osiin esimerkiksi rastittanut vain yhden ainoan kohdan koko kysymysryhmästä. Kuitenkin jokaisen syyn kohdalla oli vastausvaihtoehto ”ei koskaan”, jonka saattoi rastita. Kysymys oli siis ollut liian vaikea suurimmalle osalle vastaajista. Mahdollisesti myös kotihoidon työntekijöiden ohjaus oli ollut puutteellista, mikä taas voi johtua puutteellisesta tiimeille annetusta tutkimuslomakkeen täyttämisen ohjauksesta. Kysymystä olisi voinut selkeyttää syiden merkitseminen kirjaimilla (a–h), mikä olisi selkeyttänyt, että kysymys sisältää erilaisia osia. Kirjaimilla merkintä tehtiinkin jälkeensä helpottamaan tuloksien purkamista. Naisten kohdalla oli myös hyvä muistaa, että vastanneista puolet oli raittiita ja heidän keskuudessaan etenkin kysymys tuntui herättäneen hämmennystä. Useampi vastaus löytyikin kohdasta h) ”muu syy, mikä?” ja siihen oli tarkennukseksi kirjoitettu alkoholin käyttämättömyys. Raittiille olisi ollut tärkeä selittää mihin kysymyksiin heidän olisi tullut vastata ja mihin ei.

Seitsemäs ”Koetteko alkoholinkäyttönne olevan ongelma?” ja neljästoista ”Voitte vielä vapaasti kertoa jotain alkoholinkäytöstänne ja siihen liittyvistä asioista” -kysymys ovat vaikuttaneet helpoilta käsittää ja kysymyksestä seitsemän saatiinkin pääosin johdonmukaisia vastauksia. Toisaalta tässäkin kysymyksessä varmaan osa raittiista oli vastauksissa mukana tarpeettomasti. Osa miesten vastauksista vaikutti hieman ristiriitaisilta (ks. 57), mutta vastaukset olivat kuitenkin miesten omia näkemyksiä asiasta. Kuitenkin vastanneista niiden, jotka eivät tähän kysymykseen ole vastanneet, voisi olettaa olleen raittiita. Kysymys numero neljätoista oli ymmärrettävyydestään huolimatta saanut suppeita vastauksia.

Kysymyksillä 9 ”Haluaisitteko keskustella alkoholinkäytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa” ja 10 ”Haluaisitteko kotihoidon työntekijöiden...” saatiin hyvin vastauksia haluttuun tutkimusongelmaan ja vastaukset olivat hyvin selkeitä. Kysymyksen tuloksissa näkyy varmasti taas raittiiden vastaukset, joilla ei oletettu olevan halua jutella alkoholin käytöstään, koska heillä ei käyttöä ollut. Toisaalta jotkut vastanneista olivat voineet käsittää kysymyksen jotenkin virheellisesti.

Saimme mielestämme rehellisiä ja realistisia vastauksia. Suurin osa asiakkaista kertoi alkoholin käyttönsä olevan hyvin maltillista, eivätkä he kokeneet käytössä olevan mitään ongelmaa. Vain viisi vastaajaa koki käytön olevan ongelma ja riippuvuuden syntyneen. Positiivista oli, että kolme vastaajaa halusi vähentää alkoholin käyttöönsä. Syitä alkoholin käytölle oli yksinäisyys, tekemisen puute, rentoutuminen, lääkkeeksi ottaminen, sekä seurassa juominen. Määrät olivat kuitenkin suurimmalla osalla hyvin pieniä ja juominen satunnaista, näin ollen terveyshaittojakaan ei juuri pääse syntymään. Yksinäisyys ja tekemisen puute syinä herättävät ajatuksia kaupungin resursseista järjestää ikääntyneille jonkunlaista päivätoimintaa. Jos vastaavanlaista toimintaa on joku tulisi asiasta tiedottaa ikääntyneille paremmin ja ohjata heitä tekemisen pariin. Kyseisestä toiminnasta saattaisi löytyä ikääntyneille seuraa ja ystäviäkin, mikä tekisi elämän mielekkäämmäksi. Suurin osa asiakkaistahan ei kuitenkaan halunnut alkoholin käyttöönsä mitenkään puututtavan, eikä edes hoitajan ottavan käyttöä puheeksi, joten oleellista olisi varmaankin tarjota mielekästä tekemistä, eikä varsinaisesti puhua alkoholista. Näin alkoholin käyttö saattaisi luonnollisesti vähentyä, kun tilalle tulee muuta tekemistä ja sosiaalista kanssakäymistä.

12.2 Kolmas, neljäs ja viides tutkimusongelma

Seuraavat tutkimusongelmat käsittelevät asiakkaiden tarvetta ja halukkuutta eri päihdepalveluiden piiriin, sekä suhtautumista alkoholinkäytöstä puhumiseen. Kysymykset 7 ”Koetteko alkoholin käyttönne olevan ongelma”, 8 ”Onko kukaan koskaan puuttanut alkoholin käyttöönnne?”, 9 ”Haluaisitteko keskustella alkoholin käytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa?”, 10C ”Haluaisitteko kotihoidon hoitajan kertovan eri päihdehuollon palveluista?”, 11 ”Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin?” ja 13 ”Luuletteko, että alkoholin käyttönne vähenisi,

jos hakeutuisitte edellä mainittujen palveluiden pariin?” vastasivat näihin tutkimusongelmiin. Kohdat 7, 8, 9 ja 10 käsiteltiin edellisessä kappaleessa 11.2.

Kysymys 11 ja 12 olivat selvästi liitoksissa toisiinsa. Kysymykseen 11 oli vastattu hyvin yksimielisesti, kukaan ei aikonut hakeutua päihdepalveluiden pariin. Selvää ristiriitaisuutta kuitenkin ilmeni myöhemmin. Kysymyksessä 12 selvitettiin, että mikäli asiakkaat aikoivat hakeutua jonkun päihdepalvelun pariin, niin ottaisivatko he itse yhteyttä palvelun tarjoajaan, vai haluaisivatko he kotihoidon työntekijän ottavan yhteyttä puolestaan. Kun kaikki olivat vastanneet kohtaan 11 kieltävästi, niin kohtaan 12 ei olisi pitänyt tulla yhtään vastausta, kuitenkin kyseisestä kohdasta löytyi 12 vastausta. Ilmeisesti kysymys oli tulkittu siten, että jos tarvetta päihdepalveluille kuitenkin olisi, niin sitten haluaisi toimittavan valitulla tavalla. Nyt kysymyksissä oli kuitenkin selvä ristiriita ja kysymys 12 oli ymmärretty väärin.

Tuloksia verratessa aiempiin tutkimustuloksiin huomasi ensimmäiseksi, että teoriassa käytetyt tutkimukset eivät suoraan olleet verrattavissa tutkimustuloksiin. Syynä tähän oli, että aiemmat tutkimukset eivät suoraan vastanneet ikääntyneiden alkoholin kulutukseen, niiltä osin kun meidän tutkimus käsitteli. Edeltävissä tutkimuksissa oli käsitelty hoitohenkilökunnan vaikutelmia (Kangastalo, H & Railo, T. 2007) ja toinen tutkimus oli kvalitatiivinen ja myös hoitohenkilökunnan kautta tutkittu (Suhonen, H 2005) Tutkimuksia olikin käytetty teoriassa vain soveltuvin osin. Tutkimuksissa tuli esille, että toiset päihdeasiakkaat koettiin huonosti motivoituneiksi kuntoutukseen ja raitistumiseen, kaikki eivät myöntäneet päihdeongelmaansa ja asiasta puhuminen oli koettu vaikeaksi asiakkaiden kanssa. Kuitenkin kokonaistutkimuksista suhtautuminen alkoholin kulutukseen oli vaihtelevaa. (Kangastalo, H & Railo, T. 2007 ja Suhonen, H 2005) Tutkimuksen tulokset antoivat samansuuntaisia tuloksia. Tutkimusotannasta kukaan ei aikonut hakeutua seuraavan vuoden sisällä palveluiden piiriin, vaikka osalla vastanneista olisikin siihen ollut tarvetta. (esim. kysymys 11)

Aikaisempien tutkimuksien mukaan 1–4 %:lla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja (Juhela, P. 2007). Opinnäytetyön tulokset eivät olleet verrattavissa tutkimustuloksien kanssa, koska ikähaarukka oli isompi. Kuitenkin tutkimusotannasta yhden tai useamman kerran viikossa alkoholia käyttäviä oli 12,2 % ja päivittäin alkoholia käyttäviä oli taas 7,3 %. Kun ajatellaan, että ikääntyneissä ongel-

majuojan kriteerit täyttyvät viikoittaisella juomisella, niin opinnäytetyön tulokset antoivat paljon suuremman tuloksen kuin aikaisemmat tutkimukset. Toisaalta, jos viikoittainen juominen tarkoittaa ”lääkinnällistä” alkoholiannosta muutaman kerran viikossa, niin prosenttiluku pieneni ja antoi samansuuntaisen tuloksen kuin aiemmat tutkimukset.

12.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus kärsi useammasta asiasta; vastausprosentti oli pieni, vastaajina ei ollut kaikki kotihoidon 65 vuotta täyttäneet, tutkimusotanta oli tiimien vastuulla, joten ei tiedetä heidän valintaperusteitaan meiltä annettujen puitteiden sisällä, tutkimuslomaketta ei testattu etukäteen ja sieltä löytyi lopulta useampi ongelmakohta, vaikka jatkuvasti olimme lomaketta yrittäneet hioa mahdollisimman toimivaksi. Myös tiimien aikataulu tutkimuksen tekemiselle oli tiukka ja perusteellista perehdytystä tutkimuksen tekemisestä ei ollut kaikille aikaa järjestää, kuten pohdinta-osuudessa jo toimmekin ilmi.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt se, että tutkimukseen olisi sisällytetty kaikki kotihoidon 65 vuotta täyttäneet. Näin olisimme saaneet kattavampaa tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä, mutta laajemman tutkimuksen tekemiseen olisi tarvittu suuremmat resurssit niin tutkijoiden kuin tiimienkin taholta, sekä tutkimukseen käytettävä aika olisi pitänyt olla paljon pitempi. Olisi ollut kohtuutonta pyytää tiimeiltä etsimään kaikki 65-vuotiaat asiakkaat ja tehdä tutkimus heidän kanssaan. Uskomme, että niin laaja tutkimus olisi vaikuttanut negatiivisesti kotihoidon työntekijöiden motivaatioon osallistua tutkimuksen tekemiseen. Tosin lopputulos olisi saattanut olla palkitseva.

Tutkimuksessa oli kriteerit tutkijoiden toimesta, joiden mukaan tiimien tuli valita tutkimuskohteet. Kriteereinä oli, että lomakkeen täyttäjän tuli olla 65 -vuotias ja fyysisiltä sekä psyykkisiltä ominaisuuksiltaan kykenevä vastaamaan lomakkeen kysymyksiin kotihoidon työntekijän tarvittaessa avustaessa. Ikääntyneen tuli siis ymmärtää kysymykset ainakin kotihoidon työntekijän avustamana, eli heille sai selittää mitä missäkin kysymyksessä tarkoitettiin ja tarvittaessa työntekijä kirjasi ikääntyneen valitsemat vastaukset. Tutkimusotannan rajaaminen näin oli välttämätöntä, koska tutkimuksen tuloksissa näkyisi heti, jos kysymyslomakkeessa olisi ollut epäselvyyttä. Tietenkin rajattu-

jen tekijöiden sisällä on voinut tiimeillä olla luotettavuutta heikentäviä tekijöitä asiakkaiden valinnassa. He ovat saattaneet tarjota lomakkeita vain tietyille ihmisille ja jättää eri syistä johtuen osan ikääntyneistä tutkimuksen ulkopuolelle. Koska tutkimuskohteena olivat kaikki 65 vuotta täyttäneet, niin valintaperusteena ei saanut olla, että valitaan vain kaikki alkoholin suurkuluttajat tai juuri kyseinen väestön osa jätettäisiin pois esim. yhteistyöhaluttomuuden takia.

Vastausprosentti oli pieni 53,2 %, mikä osaltaan huononsi tutkimuksen luotettavuutta, mutta vastauksia saatiin kuitenkin yli minimivaatimuksen, mikä oli 35 vastausta. Toisin sanoen tämän osalta tutkimus oli pätevä.

Tutkimuslomaketta ei aikaisemman suunnitelman mukaisesti ehditty testaamaan enakkoon. Tämä heikensikin tutkimuksen tuloksia, koska tutkimusta tehdessä lomakkeesta löytyi useampi epäkohta, eivätkä ikääntyneet ymmärtäneet joitakin kohtia. Kysymyslomakkeen 6. kysymys oli koettu hankalaksi, mikä ilmeni sen väärintäyttämisenä. Osa vastaajista oli myös jättänyt kokonaan vastaamatta kysymykseen tai täyttänyt vain osittain. Myös ne tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet, jotka eivät käyttäneet alkoholia ollenkaan, olisivat tarvinneet enemmän ohjausta täyttämisestä. Heillä saattoi vastauksia löytyä lomakkeen loppupäästä ristiriitaisena alussa selvinneen alkoholin käyttämättömyyden kanssa. Esimerkiksi, vastaaja oli tuonut heti alussa ilmi raittiutensa ja sitten oli kuitenkin vastannut kohtaan 12, että toivoisi kotihoidon hoitajan ottavan yhteyttä päihdepalveluiden tarjoajaan. Raittiille olisi pitänyt selventää, että muihin kysymyksiin ei olisi tarvinnut vastata. Tiimien henkilökunnan läsnäoloa lomakkeen täytössä olisi pitänyt korostaa, että olisivat osanneet olla enemmän avuksi ikääntyneille. Lomakkeen täytön puutteista huolimatta suurin osa vastauksista vaikutti oikein täytetyltä, tietenkin on mahdollista, että lomakkeeseen oli valehdeltu tai ikääntyneen muisti heikentynyt siinä määrin, että ei muistanut enää ajankohtaista alkoholinkulutustaan. Kuitenkin kysymyslomakkeen vastaukset oli laitettava sellaisenaan tutkimukseen, vaikka siellä olisi virhe. Tutkijan vastuulla on mainita lomakkeen täyttö virheepäilyistä analysoinnin yhteydessä.

Aikataulu kiristyi huomattavasti, ja prosessia oli pakko nopeuttaa, näin ollen tiimeille jäi vähemmän aikaa kyselylomakkeiden täyttämiseen, mitä alun perin oli suunniteltu. Tästä osaltaan johtui myös alhainen vastausprosentti. Tämä myös nopeutti tuloksien purkamisprosessia, emmekä välttämättä saaneet niin perusteellisesti yksityiskohtia purettua ja pohdittua kuin oli tarkoitus. Tiimeissä oli myös lomakkeiden täyttämistä hankaloittavia tekijöitä, jotka on käsitelty aikaisemmin pohdinta-osuudessa.

Tutkimuksessamme ulkoinen validiteetti jäi puutteelliseksi. Kyselyyn toivottiin vastaavan 55–77 asiakkaan, mutta saimme vastauksia vain 41. Vaikka kyselyyn vastasikin asiakkaita koko Kotkan kotihoidon alueelta, niin näin pienellä otannalla tuloksia ei voinut silti yleistää. Ulkoinen validiteetti toteutuisi, mikäli kysely tehtäisiin kaikille Kotkan kotihoidon yli 65-vuotiaille asiakkaille. Nyt pystyimme tekemään johtopäätöksiä vain tämän pienen joukon alkoholin käytöstä.

Sisäisessä validiteetissa oli myös ongelmia. Käytimme paljon aikaa kyselylomakkeen kysymyksien pohtimiseen ja muotoiluun. Kysymysten täytyi olla hyvin selkeitä, jotta ikääntyneet ymmärtäisivät kysymykset. Yritimme vielä taata ymmärryksen sillä, että kotihoidon hoitajat olisivat apuna kyselyn täyttämässä. Silti kyselylomake osoittautui liian vaikeaksi. Moniin kysymyksiin oli vastattu puutteellisesti tai ei ollenkaan. Kyselylomakkeen teossa emme osanneet huomioida raittiita vastaajia, heille ei löytynyt sopivia vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeen kysymykset sinänsä olivat hyviä, ymmärrettävyys vain koitui ongelmaksi. Lomake olisi pitänyt etukäteen testata muutamalla otantaan sopivalla henkilöllä, jolloin olisimme huomanneet virheet ajoissa ja pystyneet vielä muokkaamaan lomaketta. Toisaalta kysymyksiä olisi ollut vaikea muokata enää helpommin ymmärrettävään muotoon. Lähinnä kysymys numero 6 olisi pitänyt muotoilla eri tavalla. Tutkimuksemme teoriaosuus oli kattava. Aiheesta löytyi aiempaa tietoa melko niukasti, joten tulosten teoriaosuuteen vertaaminen oli vaikeaa. Täysin vastaavaa tutkimusta emme löytäneet, joten tulosten vertaaminen jäi puutteelliseksi.

Mielestämme mittarimme mittasi tutkittavaa ominaisuutta. Mittari sinänsä oli luotettava, kysymykset olivat vain liian vaikeita. Kysymysten ymmärtämisen vaikeus vaikutti kuitenkin heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen. Tulokset olivat mielestämme pääosin johdonmukaisia ja vaikuttavat luotettavilta. Kysymysten ymmärtämättö-

myys ilmeni lähinnä kysymyksiin vastaamattomuutena, jolloin se ei vaikuttanut vastausten prosentteihin. Mitatussa asiassa, eli alkoholin käytössä oli ihmisten välillä eroja. Vastausten vaihtelevuus ei siis johtunut siitä, että tutkimus ei olisi ollut reliaabeli. Kaikki tutkimuksen vaiheet oli tehty huolellisesti.

12.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Pohdittaessa tutkimuksen hyödynnettävyyttä oli otettava huomioon tutkimusotannan suppeus, joka vähensi selkeästi tutkimuksen hyödynnettävyyttä. Kuitenkin tutkittaessa ikääntyneiden terveyskäyttäytymistä ja sen osa-alueena alkoholin kulutusta tai pelkäämään ikääntyneiden alkoholin kulutusta, voidaan tutkimusta käyttää osana laajaa lähde luettelo. Vaikka tutkimustulokset eivät pienen otannan vuoksi olleet yleistettävissä, tutkimusta voidaan kuitenkin hyödyntää Kotkan kotihoidossa. Kotihoidon työntekijät saivat tutkimuksen avulla tietoa asiakkaiden alkoholin käytöstä ja siitä, miten he haluaisivat mahdolliseen käyttöön puuttuttavan. Tuloksista käy myös ilmi, miten asiakkaiden alkoholin käyttö saattaisi luonnollisesti vähentyä, ilman sen kummempaa asiaan puuttumista.

Tutkimuksen edetessä heräsi ajatuksia ja ideoita siitä, miten tämän tutkimuksen pohjalta voisi jatkaa ikääntyneiden alkoholinkulutuksen tutkimista. Tutkimusotannaksi voisi ottaa kaikki Kotkan kotihoidon 65 vuotta täyttäneet asiakkaat, jotta saataisiin kattavaa tietoa kotihoidon ikääntyneiden alkoholin käytöstä. Näin ollen tutkimustulokset olisivat laajemmin yleistettävissä ja validiteetti parantuisi. Yksi kiinnostava aihe, olisi tutkia ikääntyneitä asiakkaita, jotka ovat saaneet kotihoidon tekemästä Auditestistä korkean pistemäärän tai tiedetään kotihoidossa käyttävän alkoholia liikaa ikäsuositukseen nähden. Mikäli tutkimus olisi kvalitatiivinen, tutkimusotanta voisi olla pienempikin. Kotkan kotihoitoa kehittävänä työnä voisi tehdä tutkimuksen siitä, miten kotihoidon työntekijät ottavat puheeksi alkoholin käytön asiakkaan kanssa ja minkälaista tukea, ohjeistusta ja hoitoon hakeutumisen ohjausta heiltä saa. Tutkimuksen pohjalta voisi tehdä kattavan päihdekansion, josta saisi konkreettista apua alkoholin käytön puheeksi ottamiseen ja hoitoon ohjaamiselle. Tutkimuksen aiheena voisi olla myös hoitajan näkökanta päihdeasiakkaan kohtaamisessa.

LÄHTEET

Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Aikakauskirja Duodecim 2008;124(13):1492-8. S. 1–2. Verkkodokumentti. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=alkoholi%20ja%20lääkkeet [viitattu 26.2.09].

Alkoholilaki1994/1143.

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT). Testit. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit> [viitattu 9.11.2009].

Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 3. Verkkodokumentti. Saatavissa: <https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/ohjelma/arviointi.htx.i189.pdf> [viitattu 18.5.2009].

Alkoholivero 2009. Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto. Verkkodokumentti. Saatavissa: www.panimoliitto.fi/panimoliitto/verotus/alkoholivero [viitattu 18.5.2009].

Alkoholijuomien matkustajatuontiseuranta 2008. TNS Gallup Oy. Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto. S. 2. Verkkodokumentti. Saatavissa: www.panimoliitto.fi/panimoliitto/liitetiedostot/pdf/matkailijatuonti_2008_tns.pdf [viitattu 18.5.2009].

Haarni, I. & Hautamäki, L. 2009. Elämäkokemus ja alkoholi: 60–75-vuotiaiden suhde alkoholiin teemahaastattelujen valossa. Gerontologia 1/2009, 5.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008 Geriatria - arvioinnista kuntoutukseen. s. 270–275. Helsinki:Edita

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Heikkilä, A. 2005. Riippuvuus – Valheiden verkko. s. 17.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2003. Vanhenemiseen vaikuttavat biologiset- ja ympäristötekijät. Gerontologia. Duodecim.

Hiltunen, P. Päihdeongelmainen vanhus perusterveydenhuollossa. Lääkärilehti 1994;49(27):2653. S.1 Verkkodokumentti. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=alkoholi%20ja%20lääkkeet [viitattu 26.2.09]

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, s. 73–205.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille – Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. S. 27–38.

Holopainen, A. 2008. Alkoholien aiheuttamat vieroitusoireet. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/232-vieroitushoidon-kehittyminen> [viitattu 25.5.09].

Huttunen, J. 3/2003. Kansanterveys-lehti. Päätteet- suomalaisen tärkein terveysongelma, s 1.

Huttunen, M. 2008. Alkoholiriippuvuus. Verkkodokumentti. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=Alkoholiriippuvuus [viitattu 26.2.2009].

Ikääntyneiden asuminen. 2009. Asuminen, ohjelmat ja strategiat. Ympäristöministeriö. Verkkodokumentti. Saatavissa:
<http://www.miljo.fi/default.asp?node=1862&lan=fi> [viitattu 28.10.09].

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma. Kansanterveys-lehti 3/2007. KTL. Verkkodokumentti. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/i_kaantymisen_ja_alkoholi_puuttumattomuuden_ongelma [Viitattu 3.11.2009].

Kangastalo, H & Railo, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihdeidenkäyttäjien kohtaamisesta. –Kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Verkkodokumentti. s 44-47. Saatavissa:

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2007/2ee5b8_Helsinki_KangastaloRailo_2007.pdf [viitattu 25.11.2009].

Kaprio, J. 2003. Onko alkoholismi perinnöllistä? Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 24/2003, s. 2514

Karhulan kotihoitoalue. 2008. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2743&menupath=881,2743#2743 [viitattu 9.11.2009].

Kaunisto, M. 2007. Päihdepalvelut. Kuntatiedon keskus. Verkkodokumentti. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;123881 [viitattu 25.5.2009].

Kiiianmaa, K. 2005. A-linja. Alkoholien ominaisuuksia. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/211-alkoholijuomien-sivuaineet> [viitattu 25.5.2009].

Kiiianmaa, K., Tiuhonen, J. & Hyytiä, P. Duodecim 24/2003. Alkoholiriippuvuuden hermostollinen perusta. S. 2494

Kivelä, S-L 2008 Geriatria. Helsinki: Edita, s. 354

Koski-Jännes, A. 2006. Kertajuomisen vaikutukset: Humala. Kuinka paljon on liian paljon -opas. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/kuinka-paljon/humala> [viitattu 25.5.2009].

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. toim. 2008. Kohti muutosta: Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, s. 42.

Koski-Jännes, A. 2005. Riippuvuus yksilön ongelmana. Tampereen yliopisto. Verk-
kodokumentti. Saatavissa: [http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/143-riippuvuus-
yksilon-ongelmana](http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/143-riippuvuus-yksilon-ongelmana) [viitattu 25.5.2009].

Kotihoidon palvelualue. 2009. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa:
http://www.kotka.fi/alltypes.asp?menu_id=3372&menupath=50,881,3372 [viitattu
9.11.2009].

Kotihoitoa tukevat palvelut. 2009. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa:
http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=886&menupath=881,886#886
[viitattu 9.11.2009].

Kotkan korttelikotiyhdistys ry 2009. Verkkodokumentti. Saatavissa:
<http://www.korttelikoti.fi/index.php> [viitattu 9.11.2009]

Kupari, M. 2003. Alkoholi, sydän ja verenpaine. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Sep-
pä, K. teoksessa Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Käypä hoito - suositus 2005. Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työ-
ryhmä. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 2005; 121(7):788–803.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten
hoito. WSOY.

Mäkelä, P. 2003. Alkoholin käyttö ja haitat lisääntyvät. s. 2481 - 2482.

Netti-audit huomioi nyt iän 2007. Ajankohtaista. A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti.
Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/ajankohtaista/audit65.html> [viitattu 9.11.2009].

Numminen, H. & Vesala, H. 2009. Ikääntymisen määrittely – koska vanhuus alkaa?
Verkkodokumentti. Saatavissa:
<http://verneri.net/yleis/tietopankki/ikaantuvat/muutokset/maarittely.html> [viitattu
3.11.2009].

Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2006:6 Verkkodokumentti. Saatavissa.

http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/otetaan_selvaa-1.pdf [viitattu 16.4.2009].

Paatero, S. 2006. Sosiaalinen riippuvuus. Nettineuvo. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.nettineuvo.fi/default.asp?link=1418.5> [viitattu 16.7.2009].

Punnonen, A. 2009. Puhelinhaastattelu. 26.11.2009. Kotka: Karhulan kotihoito.

Päihdetilastollinen vuosikirja 1998. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, s.13

Päihdetilastollinen vuosikirja 2002. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, s. 12

Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, s. 18–140

Päihteet – suomalaisten tärkein terveysongelma. Kansanterveys –lehti 3/2002. S. 1–4. Verkkodokumentti. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2002_3.pdf [viitattu 24.5.2009].

Sairaanhoitajaliitto. 2009. Ikääntyneet. Päihdetyö kotihoidossa. Verkkodokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/892797/Toimintamalli_paihdehoitotyö+kotihoidossa.pdf [viitattu 26.11.2009]

Salaspuro, M. 2003. Alkoholi ja ravitsemus. Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. Päihdelääketiede, s.

Salaspuro, M. 2003. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito -kriittinen tarkastelu. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 24/200, s. 2503–2506.

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelmainen vastaanotolla. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 24/2003, s. 2508

Seppä, M. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa päihdelääketiede: Salaspuro, M. Kiiänmaa, K. Seppä, K. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Tammi, s

Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Ikääntyneen päihdeongelmaisen palvelupolku Kaarinassa. Kaarinan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa: http://www.kaarina24.fi/paihde/julkaisut/ikaantuneiden_palvelupolku.pdf [Viitattu 9.11.2009].

Suhonen, H. 2008. "Takalaittoman puolella eli pelissä, mutta ei pelattavissa" Raportti Salon A-klinikan asumispalveluista ja niiden asiakkaista. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 61. A-klinikkasäätiö 2008. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/astu.pdf> [viitattu 4.5.2010].

Taanila, A. 2005. Triangulaatio tutkimusmenetelmänä. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/Triangulaatio3.pdf> [viitattu 18.5.2009]

Von der Pahlen, B & Eriksson P. 2003. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. Duodecim 24/2003, s. 2488

Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Teoksessa Karjalainen, S. Launis, V. Pelkonen, R. Gaudeamus.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 0600645	Viralliset etunimet Matleena
Sukunimi Mertanen	
Lähiosoite Siirinraitti 1 as. 25	Postinumero ja -toimipaikka 48600 Kotka
Sähköposti matleena.mertanen@carea.fi	Puhelin 050-5257623
Toimipiste ja koulutusohjelma KYAMK, Kotka, Hoitotyön ko	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja HO06s	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Kotkan kaupunki / Kotihoito	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Liisa Rosqvist
Lähiosoite Merikatu 1 (kotihoitotoimisto)	Postinumero ja -toimipaikka 48100 Kotka
Sähköposti liisa.rosqvist@kotka.fi	Puhelin 044-7027506

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Mirja Nurmi & Leena Wäre
Sähköposti Mirja.Nurmi@kyamk.fi Leena.Ware@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Anne Heikkilä
Sähköposti anne.heikkila@kotka.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Kotkan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholiin käyttö	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena kartoittaa, miten ikääntyneet kotihoidon asiakkaat kokevat alkoholiin käyttönsä, sen muutokset ja kotihoidon työntekijöiden mahdollisen asiaan puuttumisen.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen. Mittarina strukturoitu 14-kohtainen kyselylomake	
Opinnäytetyön aloitus Syyskuu 2008	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Toukokuu 2010
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

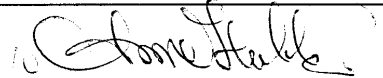
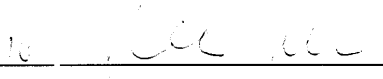
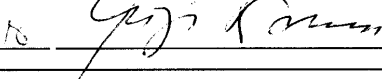
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaisissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	5.15.2010	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	4.15.2010	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	5.15.2010	

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 0600024	Viralliset etunimet Hanna Elina
Sukunimi Paavola	
Lähiosoite Riekkontie 4 as 18	Postinumero ja -toimipaikka 49410 Poitsila
Sähköposti hanna.paavola@carea.fi	Puhelin 045-6314379
Toimipiste ja koulutusohjelma KYAMK, Kotka, Hoitotyön ko	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja HO06S	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Kotkan kaupunki / Kotihoito	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Liisa Rosqvist
Lähiosoite Merikatu 1 (kotihoitotoimisto)	Postinumero ja -toimipaikka 48100 Kotka
Sähköposti liisa.rosqvist@kotka.fi	Puhelin 044-7027506

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Mirja Nurmi & Leena Wäre
Sähköposti Mirja.Nurmi@kyamk.fi Leena.Ware@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Anne Heikkilä
Sähköposti anne.heikkila@kotka.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä)	
Kotkan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käyttö	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä)	
Tavoitteena kartoittaa, miten ikääntyneet kotihoidon asiakkaat kokevat alkoholin käyttönsä, sen muutokset, ja kotihoidon työntekijöiden mahdollisen asiaan puuttumisen.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä)	
Tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen. Mittarina strukturoitu 14-kohtainen kyselylomake.	
Opinnäytetyön aloitus	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Syyskuu 2008	Toukokuu 2010
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	



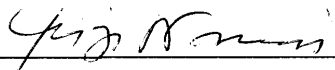
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaisissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	5 15 20 10	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	4 15 20 10	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	5 15 20 10	

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

TUTKIMUSLUPA

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Vanhustenhuollon vastuualue Vt. vanhustenhuollon johtaja	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS § 16.3.2010	42	Sivu 1
---	---------------------------------------	----	---------------

Dnro SOTE: 64 /2010

Tutkimuslupahakemus/Matleena Mertanen ja Hanna Paavola

Valmistelija: Vt. vanhustenhuollon johtaja Liisa Rosqvist

Matleena Mertanen ja Hanna Paavola ovat anoneet tutkimuslupaa aiheesta "Kotkan kaupungin kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholiin käyttö".

Tutkimuksen vastuullisina johtajina toimivat Matleena Mertanen ja Hanna Paavola. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Lehtorit Mirja Nurmi ja Leena Wäre, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, terveysala, Kotka.

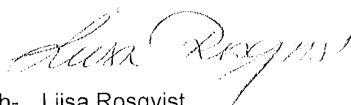
Liitteenä tutkimuslupahakemus.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään anomuksen mukaisesti.

Toimeenpano:

Ote: Matleena Mertanen, Hanna Paavola

Oikaisuvaatimusohjeet



Vt. vanhustenhuollon johtaja Liisa Rosqvist

taja

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 6.4.2010, kaupungintalo, 4 krs.

AIEMMAT TUTKIMUKSET

Tekijä, Vuosi, Nimi	Tutkimusaihe ja Menetelmä	Tulokset
Alkoholijuomien matkustajatuontiseuranta 2008. TNS Gallup Oy. Pannimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto.	Tutkimuksessa on kartoitettu alkoholin maahantuontia. Seuranta perustui 26 019 toteutettuun puhelinhaastatteluun 15 vuotta täyttäneen väestön keskuudessa vuoden 2008 aikana.	Vuonna 2008 maahan on tuotu vähemmän olutta, siideriä ja long drink-juomia kuin vuonna 2007. Kuitenkin viinien, välituotteiden ja väkevien tuonti on lisääntynyt vuodesta 2007
Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida vuosien 2004-2007 alkoholiohjelmaa. Arvioijana oli ulkoinen tahon. Arvioinnin perustana oli mm. sähköinen kysely, tilastot ja havainnointi.	Alkoholiohjelman tavoitteet on määriteltävä laajasti ja kattavat alkoholipoliittikan keskeiset osa-alueet ja toimintalinjat ovat vastanneet tarpeisiin. Tavoitteet eivät kuitenkaan ole riittävästi johtaneet konkreettisesti toiminnallisuutta. Strategisia tavoitteita tai päämääriä ei ole saavutettu.
Haarni, I. & Hautamäki, L. 2009. Elämäkokemus ja alkoholi: 60–75-vuotiaiden suhde alkoholiin teema-haastattelujen valossa. Gerontologia 1/2009	Tutkimuksesta tehty artikkeli kuvaa suomalaisten juomatapoja ja heidän suhtautumistaan alkoholiin. Tutkimus pohjaa 60-75-vuotiaille tehtyyn teema-haastatteluaineistoon. Menetelmänä laadullinen, elämäkerrallinen sisällönanalyysi.	Tutkimus toi esille ikääntyvien juomatapoja, sekä elämäkerrallisia tekijöitä jotka ovat johtaneet nykyisiin juomistapoihin. Haastattelujen perusteella löytyi siis erilaisia juomisuria
Päihdetilastollinen vuosikirja 1998. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES	Päihdetilastot vuodelta 1998 alkoholin ja huumeiden osalta.	
Suhonen, H. 2005, Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48	Tutkimuksessa kartoitettu A-klinikkasäätiön ikääntyneiden asiakkaiden päihteiden käyttöä. Tutkimustieto on saatu haastattelemalla asiakastyötä tekeviä työntekijöitä. Haastateltuja työntekijöitä A-klinikkasäätiöstä oli 20 ja heidän kauttaan tutkittiin 50 asiakastapausta	Ikääntyneiden asiakkaiden päihteiden käyttö on alkanut nuoruudessa ja riistäytynyt hallinnasta eläköitymisen jälkeen. Ikääntyneet ovat motivoituneita hoidossa kävijöitä. Enemmistö asiakkaista oli ulkopuolisen tahon hoitoon ohjaamia.

<p>Kangastalo, H & Railo, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta. -Kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille.</p> <p>Suhonen, H. 2008. "Takalaittoman puolella eli pelissä, mutta ei pelattavissa" Raportti Salon A-klinikan asumispalveluista ja niiden asiakkaita. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 61. A-klinikkasäätiö 2008.</p>	<p>Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia liittyen päihteidenkäyttäjien kohtaamiseen. tutkimuksen tarkoituksena tuottaa uutta tutkimustietoa ikääntyneiden päihteiden käytöstä. Aineisto on kerätty postikyselynä Helsingin seitsemältätoista seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä. menetelmä oli kvantitatiivinen</p> <p>Salon A-klinikan asiakkaat ja asumispalvelut. Hankkeen tavoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kuntoutus- ja asumispalveluiden hoitoketjun kuvaaminen ja kehittämisen •Vertaistuen kehittäminen A-klinikkapalveluiden täydentämiseksi • Yöpäivystyksen kehittäminen yhdessä Salon mielenterveysseuran kanssa • kuntoutus- ja asumispalvelujen asiakkaiden arkeen vaikuttamisen tutkiminen <p>Menetelmänä asiakkaiden yksilöhaastattelut ja työntekijöiden ryhmähaastattelu.</p>	<p>Diakoniatyöntekijöistä 90% kohtaa työssään iäkkäiden ihmisten päihteiden käyttöä. Tutkimuksen päätuloksena on, että työntekijöillä on negatiivisia kokemuksia iäkkäiden päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta. Diakoniatyöntekijät kokevat oman roolinsa olevan hoitoon motivoimisessa ja keskusteluavun tarjoamisessa.</p> <p>Toiminta ja –päiväkeskukset ovat avainasemassa päihdeongelmaisten asumista tuettaessa. Toiminta ei tällöin ole päihdekeskeistä vaan asiakkaiden yksilöllisiin kiinnostuksen aiheisiin keskittyvää.</p> <p>Omassa asunnossaan asuvat huonokuntoiset ikääntyneet päihdeongelmaiset asiakkaat ovat todellinen haaste A-klinikalle. Näiden asiakkaiden kotihoidon kehittämiseen on löydettävä uusia ratkaisuja. Ratkaisu laajennetussa kotiaivussa, jossa kodinhoidon lisäksi paneudutaan myös päihdeongelmaan ja sen kulloinkin edellyttämiin konkreettisiin toimenpiteisiin. Kotikäyntien merkitys korostuu.</p>
--	--	---

MUUTTUIJATAULUKKO

Tutkimusongelmat & Muuttujat	Sivunumero	Kyselylomakkeen kysymykset
<p>1. Millaiseksi Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat kokevat alkoholinkäyttönsä?</p> <p>Muuttujat: päihteiden käyttö, käytön muuttuminen, käytön syyt, riippuvuus</p>	<p>9</p> <p>19</p> <p>25</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p>	<p>3. Kuinka usein juotte alkoholipitoisia tuotteita?</p> <p>4. Mitä alkoholi tuotteita käytätte ja miten paljon?</p> <p>5. Onko alkoholinkäyttönne viimeisten viiden vuoden aikana vähentynyt, lisääntynyt, pysynyt ennallaan, ollut vaihtelevaa, loppunut kokonaan, milloin, miksi?</p> <p>6. Minkä takia käytätte alkoholia?</p> <p>7. Koetteko alkoholin käyttönne olevan ongelma? Koetteko olevanne riippuvainen alkoholista? Haluaisitteko vähentää alkoholinkäyttöänne?</p>
<p>2. Miten Kotkan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat haluaisivat mahdolliseen alkoholiongelmaansa puututtavan?</p> <p>Muuttujat: puuttumisen keinot, kotihoito</p>	<p>21</p> <p>30–39</p>	<p>9. Haluaisitteko keskustella alkoholinkäytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa?</p> <p>10. Haluaisitteko kotihoidon työntekijöiden: a) ottavan puheeksi alkoholinkäytön kanssanne, b) kertovan alkoholin liikakäytön riskeistä, d) teettävän teillä alkoholin käyttöänne koskevan testin, e) jotain muuta, mitä?</p>

<p>3. Kokevatko kotihoidon ikääntyneet asiakkaat, että heillä olisi tarvetta päihdepalveluiden piiriin?</p> <p>Muuttujat: päihdepalvelut, tarve päihdepalveluille, palveluiden vaikutus</p>	<p>39–42</p>	<p>7. Koetteko alkoholinkäyttönne olevan ongelma? Koetteko olevanne riippuvainen alkoholista? Haluaisitteko vähentää alkoholin käyttöänne?</p> <p>11. Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin?</p> <p>13. Luuletteko, että alkoholinkäyttönne vähenisi, jos hakeutuisitte edellä mainittujen palveluiden pariin?</p>
<p>4. Ovatko kotihoidon ikääntyneet asiakkaat halukkaita käyttämään päihdepalveluita?</p> <p>Muuttujat: päihdepalvelut, halukkuus päihdepalveluiden käyttöön</p>	<p>39–42</p>	<p>11. Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin?</p> <p>10. c) Haluaisitteko kotihoidon työntekijöiden kertovan eri päihdehuollon palveluista?</p>

<p>5. Miten asiakkaat suhtautuvat hoitajien esittämiin alkoholin- käyttöön liittyviin kysymyksiin ja asiaan puuttumiseen (esim. palveluista kertominen, niiden pariin ohjaaminen)</p> <p>Muuttujat: puuttuminen, kotihoidon työntekijät, ohjaaminen palveluiden pariin</p>	<p>31</p> <p>32</p> <p>37</p>	<p>8. Onko kukaan koskaan puuttunut alkoholin- käyttöönne (esim. puheeksi ottaminen)?</p> <p>9. Haluaisitteko keskustella alkoholin- käyttöönne kotihoidon hoitajan kanssa?</p> <p>12. Jos aiotte hakeutua edellä mainittujen palveluiden pariin, otatteko itse yhteyttä a- klinikkatoimeen tai muuhun palveluntarjoajaan, toivoisitteko kotihoidon hoitajana ottavan yhteyttä a- klinikkatoimeen, tai muuhun palveluntarjoajaan puolestanne?</p>
--	-------------------------------	---

KYSELYLOMAKE

Arvoisa vastaaja

Olemme keväällä 2010 valmistuvia sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson Ammattikorkeakoulusta Kotkasta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Kotkan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholinkäyttö. Kyselylomake on laadittu Kotkan kotihoidon ikääntyneille, yli 65-vuotiaille, asiakkaille. Tavoitteenamme on kartoittaa kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäyttöä, mielipiteitä kotihoidon henkilökunnan asiaan puuttumisesta sekä tarvetta ja halukkuutta eri palveluiden pariin. **Teidän näkemyksenne ovat tärkein osa tutkimustamme. Haluamme nostaa teidän mielipiteenne esille. Mielipiteidenne pohjalta pyritään kehittämään kotihoitoa. Teillä on kuitenkin täysi oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, kieltäytyminen ei vaikuta teidän oikeuteenne saada hoitoa tai muita palveluita.**

Kyselyyn vastataan pääasiassa rastittamalla sopivin vaihtoehto. Kyselyssä on myös muutama avoin kysymys, johon vastataan vapaasti omin sanoin. Kysely täytetään nimettömänä ja annetaan suljetussa kirjekuoressa kotihoiton työntekijälle, joka toimittaa kuoren edelleen meille. Kyselylomakkeita ei lue muut kuin tutkijat ja kaikki kyselylomakkeet hävitetään heti käytön jälkeen.

Tutkimuksen tekijät

Hanna Paavola

Matleena Mertanen

hanna.paavola@student.kyamk.fi

matleena.mertanen@student.kyamk.fi

Ohjaajat

Mirja Nurmi, lehtori, TtM

Leena Wäre, lehtori, KM

mirja.nurmi@kyamk.fi

leena.ware@kyamk.fi

Kyselylomake sisältää 14 kysymystä. Vastatkaa jokaiseen kysymykseen merkitsemällä rasti sopivimman vastausvaihtoehdon ruutuun. Kysymyksen kohdalla on erikseen mainittu, jos voitte valita useamman vastausvaihtoehdon. Osaan kysymyksistä vastataan omin sanoin viivalle kirjoittaen.

1. Sukupuoli

Nainen

Mies

2. Ikä _____

3. Kuinka usein juotte alkoholipitoisia tuotteita? Huomioi myös ne kerrat, jolloin juot esimerkiksi vain tilkan viiniä.

En koskaan

Vain erityisinä juhlapäivinä

Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

Yhden tai useamman kerran kuukaudessa

Yhden tai useamman kerran viikossa

Päivittäin

4. Mitä alkoholituotteita käytätte ja miten paljon?

5. Onko alkoholin käyttönne viimeisen vuoden aikana

Vähentynyt, miksi? _____

Lisääntynyt, miksi? _____

Pysynyt ennallaan

Ollut vaihtelevaa, miksi? _____

Loppunut kokonaan. Milloin? Miksi?

6. Minkä takia käytätte alkoholia? (voitte valita useamman vastausvaihtoehdon).

Esimerkiksi, jos rastitatte syyksi yksinäisyyden, niin merkitkää rasti sen vastausvaihtoehdon kohdalle, miten usein yksinäisyys on syynä alkoholinkäytölle.

	Ei koskaan	Joskus	Usein	Erittäin usein
a) Käytöstä on tullut tapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Yksinäisyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tekemisen puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Riippuvuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Rentoutuminen, rauhoittuminen, unen tulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ”lääkkeeksi”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Seurassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Muu syy, Mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.

	KYLLÄ	EI
Koetteko alkoholikäyttöönne olevan ongelma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koetteko olevanne riippuvainen alkoholista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haluaisitteko vähentää alkoholin käyttöänne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Onko kukaan koskaan puuttunut alkoholin käyttöönne (esim. puheeksi ottaminen),
voitte valita useamman vastausvaihtoehdon?

- Perheenjäsen
 - Ystävä
 - Terveysthuollon ammattilainen
 - Kotihoidon työntekijä
 - Joku muu, Kuka?
-

9. Haluaisitteko keskustella alkoholin käytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa?

- Kyllä
- Ei

10. Haluaisitteko kotihoidon työntekijöiden (voitte valita useamman vastausvaihtoehdon)

	KYLLÄ	EI
a) Ottavan puheeksi alkoholinkäytön kanssanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kertovan alkoholin liikkakäytön riskeistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kertovan eri päihdehuollon palveluista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Teettävän teillä alkoholin käyttöänne koskevan testin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jotain muuta, mitä?		

11. Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin? Esimerkiksi a-klinikkasäätiön tarjoamat maksuttomat palvelut.

Ei

Kyllä, minkä?

12. Jos aiotte hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin

- Otatteko itse yhteyttä a-klinikkatoimeen, tai muuhun palvelun tarjoajaan
- Toivoisitteko kotihoidon hoitajan ottavan yhteyttä a-klinikkatoimeen, tai muuhun palvelun tarjoajaan puolestanne

13. Luuletteko, että alkoholin käyttönne vähenisi, jos hakeutuisitte edellä mainittujen palveluiden pariin?

- Kyllä
- Ei

14. Voitte vielä vapaasti kertoa jotain alkoholin käytöstänne ja siihen liittyvistä asioista

Kiitos osallistumisesta!

TULOSTAULUKKO

1. Sukupuoli	Nainen	Mies
2. Ikä	83, 88, 83, 80, 95, 85, 68, 80, 83, 69, 87, 88, 86, 71, 87, 84, 93, 82, 81, 60, 83, 80	78, 75, 79, 81, 65, 79, 87, 73, 79, 81, 83, 84, 78, 74, 65, 65, 65, 77, 75
3. Kuinka usein juotte alkoholi- lipitoisia tuotteita? Huomioikaa myös ne kerrat, jolloin juotte esimerkiksi vain tilkan viiniä.		
a)En koskaan	a) (11)	a) (3)
b)Vain erityisinä juhlapäivinä	b) (4)	b) (2)
c)Harvemmin kuin kerran kk	c) (2)	c) (6)
d)Yhden tai useamman kerran kk	d) (3)	d) (4)
e)Yhden tai useamman kerran vko	e) (1)	e) (4)
f)Päivittäin	f) (1)	f) (2)
4. Mitä alkoholituotteita käy- tätte ja miten paljon?	”Konjakki, likööri. Molempia 2 pll/vuosi” ”Brandy, konjakki 2 cl” ”Kuohuviiniä juhlapäivisin” ”En ollenkaan” ”Mitä juhlissa tarjotaa” ”En mitään”	”Kaljaa + kirkasta jotain” ”Konjakkia” ”Koskenkorva tai konjakki iltaisain (terveydeksi)” ”Yksi olut päivässä, ei ollen- kaan mitään muuta” ”Viiniä lasillinen jouluna”

	<p>”III-olut 4-5 pulloa päivässä 0,33l”</p> <p>”En käytä mitään”</p> <p>”Viini, likööri, pari lasillista”</p> <p>”Konjakki ja viini</p> <p>”Juhlamalja, 1 lasi”</p> <p>”Punaviini, pieni lasillinen”</p> <p>”Konjakkia, yksi snapsi”</p> <p>”Väkeviä n. 0,5 l”</p>	<p>”Karpaloviini, pieni snapsilasillinen”</p> <p>”Viiniä, 1 tai useampi lasi / kerta”</p> <p>”Olutta päivittäin 6-7 tölkkiä”</p> <p>”Olut, väkevää”</p> <p>”Viiniä”</p> <p>”Olutta, 1 pullo”</p> <p>”Koskenkorvaa 2 pulloa kerralla”</p> <p>”Koskenkorva, joskus kaljaa”</p> <p>”Keskikaljaa, kirkasta”</p> <p>”Olut 1-2 pulloa”</p> <p>”Kaljaa, kirkasta ja viskiä”</p>
<p>5. Onko alkoholinkäyttönne viimeisen vuoden aikana</p> <p>a) vähentynyt, miksi?</p> <p>b) lisääntynyt, miksi?</p> <p>c) pysynyt ennallaan</p> <p>d) ollut vaihtelevaa, miksi?</p> <p>e) loppunut kokonaan, milloin? Miksi?</p>	<p>a) (2) ”en käytä ollenkaan”, ”olosuhteiden pakosta”</p> <p>b)</p> <p>c) (15) ”ei käyttöä”, ”täysin raitis”, ”en ole koskaan juonut”</p> <p>d)</p> <p>e) (4) ”monia vuosia sitten”, ”en ole koskaan juonut”, ”en halua nauttia alkoholia”</p>	<p>a) (4) ”oma kunto huonontunut, liikkuminen vaikeutunut”, ”sairauden vuoksi”, ”ei maistu”</p> <p>b)</p> <p>c) (13)</p> <p>d) (1) ”rintakipujen takia”</p> <p>e)</p>

<p>7. a) Koetteko alkoholinkäytönne olevan ongelma?</p> <p>b) Koetteko olevanne riippuvainen alkoholista?</p> <p>c) Haluaisitteko vähentää alkoholin käyttöänne?</p>	<p>a) Kyllä: Ei x20</p> <p>b) Kyllä x1</p> <p>Ei x16</p> <p>c) Kyllä x1</p> <p>Ei x16</p>	<p>a) Kyllä x3 Ei x13</p> <p>b) Kyllä x1 Ei x14</p> <p>c) Kyllä x2 Ei x12</p>
<p>8. Onko kukaan koskaan puutunut alkoholinkäyttöönne?</p> <p>a) perheenjäsen</p> <p>b) ystävä</p> <p>c) terveydenhuollon ammattilainen</p> <p>d) kotihoidon työntekijä</p> <p>e) joku muu, kuka?</p>	<p>a) (2)</p> <p>b)</p> <p>c) (2)</p> <p>d) (1)</p> <p>e) ”Ei kukaan, ei tarvetta”, ”Ei ole kukaan huomauttanut asiaa”, ”Ei”, ”Ei ole kukaan”, ”Ei ole”</p>	<p>a) (6)</p> <p>b) (1)</p> <p>c) (2)</p> <p>d) (7)</p> <p>e) (1) ”Vaimo”</p>
<p>9. Haluaisitteko keskustella alkoholinkäytöstänne kotihoidon hoitajan kanssa?</p>	<p>Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (19)</p>	<p>Kyllä: (3) ”Keskustellaan joka käynnillä”</p> <p>Ei: (14)</p>
<p>10. Haluaisitteko kotihoidon työntekijöiden</p> <p>a) ottavan puheeksi alkoholinkäytön kanssanne?</p> <p>b) kertovan alkoholin liikkakäytön riskeistä?</p> <p>c) kertovan eri päihdehuollon</p>	<p>a) Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (18)</p> <p>b) Kyllä:</p> <p>Ei: (18)</p>	<p>a) Kyllä: (2)</p> <p>Ei: (12)</p> <p>b) Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (12)</p>

<p>palveluista?</p> <p>d) teettävän teillä alkoholin- käyttöänne koskevan testin</p> <p>e) jotain muuta, mitä?</p>	<p>c) Kyllä</p> <p>Ei: (18)</p> <p>d) Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (17)</p> <p>e)</p>	<p>c) Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (13)</p> <p>d) Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (12)</p> <p>e) ”En käytä”, ”Kaikki käy”</p>
<p>11. Aiotteko seuraavan vuoden aikana hakeutua jonkun päih- dehuollon palvelun pariin?</p> <p>a) Ei</p> <p>b) Kyllä, minkä?</p>	<p>a) (19)</p> <p>b)</p>	<p>a) (17)</p> <p>b)</p>
<p>12. Jos aiotte hakeutua jonkun päihdehuollon palvelun pariin</p> <p>a) otatteko itse yhteyttä a- klinikkatoimeen, tai muuhun palvelun tarjoajaan?</p> <p>b) toivoisitteko kotihoidon hoitajan ottavan yhteyttä a- klinikkatoimeen, tai muuhun palvelun tarjoajaan puolestan- ne?</p>	<p>a) (2)</p> <p>b) (3)</p> <p>”En aio hakeutua palvelujen pariin”, ”En aio hakeutua hoi- toon”</p>	<p>a) (6) ”jos tarvetta vaimo hoitaa”</p> <p>b) (1)</p>
<p>13. Luuletteko, että alkoholin- käyttöönne vähenisi, jos hakeu- tuisitte edellä mainittujen pal- veluiden pariin?</p>	<p>Kyllä: (1)</p> <p>Ei: (10)</p>	<p>Kyllä:</p> <p>Ei: (14)</p>
<p>14. Voitte vielä vapaasti kertoa jotain alkoholinkäytöstänne ja siihen liittyvistä asioista</p>	<p>”Ollut koko elämän täysin rai- tis”</p> <p>”En käytä alkoholia”</p>	<p>”En ole koskaan ollut alkoholin käyttäjä”</p> <p>”En ole koskaan käyttänyt al-</p>

	<p>”En ole koskaan käyttänyt alkoholia”</p> <p>”En käytä alkoholia ja ei ole mitään kertomista. Halveksun alkoholisteja.”</p> <p>”Omaisten seurassa joskus (tosi harvoin), joulu”</p> <p>”Lasillinen viiniä ihan terveyden puolesta 2xkk”</p> <p>”Suhtautuminen alkoholin käyttöön ehdottoman kielteinen, ainoastaan hyväksyn käytön ”lääkärin määräyksestä””</p> <p>”En käytä alkoholia. En ole vuosiin käyttänyt.”</p>	<p>koholia”</p> <p>”Pitkään ollut 1 olut päivässä, siitä on tullut tapa. Ei ongelmia. Menneisyydessäkin alkoholinkäyttö vähäistä.”</p> <p>”...yksi konjakki on suuri piristys päivälle....sanoo, että suotakoon se minulle, pieni on ilo.”</p> <p>”Alkoholin käyttö on rajallista ja pelkkä seurustelujuoma, ei humalahakuisuuden vuoksi”</p> <p>”Olen käyttänyt alkoholia nuoresta pojasta, se on jo elämäntapa”</p> <p>”Kokee lapsuuden aikaiset tapahtumat syyksi alkoholin käyttöön.”</p> <p>”Alkoholin käyttö vähentynyt kovasti, ennen ollut ongelma.”</p> <p>”Nuorena miehenä ollut merillä, missä alkoi alkoholin kokeilu, siitä kipinä syttyi.”</p> <p>”Yksinäisyys helpottaa.”</p>
--	--	--