

Silja Jaskari ja Juho-Jaakko Keto

**Alkoholiongelmainen vanhus kotisairaanhoidon asiakkaana -
kotisairaanhoitajan näkökulma**

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Jaskari Silja ja Keto Juho-Jaakko

Alkoholi-ongelmainen vanhus kotisairaanhoidon asiakkaana -kotisairaanhoidajan näkökulma

Ohjaajat: Nummela Marjut, Lehtori, HVL ja Vaahtera Kristiina, Lehtori, THM

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 47

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön lähtökohtana on molempien tekijöiden mielenkiinto alkoholi-ongelmaisten vanhusten hoitotyöhön. Lisäksi haluttiin tarkastella aihetta kotisairaanhoidajien näkökulmasta, sillä he työskentelevät kyseisten asiakkaiden kotioloissa. Vanhusten päihdeongelmat ovat nousseet esille vasta muutama vuosi sitten, minkä vuoksi aihetta haluttiin tutkia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotisairaanhoidajien kokemuksia alkoholi-ongelmaisten vanhusten hoitotyöstä ohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on kehittää kotisairaanhoidajien tietämystä siitä, miten he pystyvät ohjaamaan alkoholisoituneita vanhuksia.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti. Opinnäytetyön tulokset kerättiin kotisairaanhoidajilta kyselylomakkein ja analysoitiin sisällönanalyysilla. Suurimmalla osalla kotisairaanhoidajista on hyviä kokemuksia alkoholi-ongelmaisten vanhusten hoidosta. Kokemukset hoitotilanteista, joissa paikalla olevat vanhuksen alkoholisoituneet ystävät ovat, eivät ole koettu positiiviseksi. Tilanteet on koettu lähinnä hoitosuhteen luomisen esteeksi ja heidän paikallaolon uhaksi. Tärkeäksi koettiin rohkea puheeksiotto ja siihen liittyvät keskusteluhetket. Osa kokee, että oli saanut luotua hyvän hoitosuhteen alkoholisoituneen vanhuksen kanssa. Moniammatillisuutta arvostetaan ja osastonhoitajan tukea alkoholi-ongelmaisen vanhuksen hoitotyöhön toivotaan enemmän. Tällä hetkellä ohjauskeinot ovat vähäisiä, sillä kotisairaanhoidajat käyttävät ohjauskeinoinaan vain valistusta ja keskustelua, mitkä liittyvät lähinnä alkoholin haittavaikutuksiin. Vanhuksen hoitoon ohjaaminen jää puutteelliseksi. Vanhuksen motivointi ja tukeminen jäävät ilman mainintaa. Kuitenkin pääpiirteittäin kotisairaanhoidajat kokevat, että ovat saaneet luotua hyvät vuorovaikutussuhteet vanhusten kanssa. Alkoholin käytön puheeksi ottamiseen toivotaan uutta työvälinettä, sillä osa kotisairaanhoidajista kokee asian häveliääksi.

Avainsanat: vanhus, alkoholi, riippuvuus, kotisairaanhoido

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health and Social Care

Degree Programme in Nursing

Specialisation in Nursing

Silja Jaskari and Juho-Jaakko Keto

Home care of senior citizens with alcohol problems as seen by home nurses

Supervisors: Nummela Marjut, Senior Lecturer, LicNSc, and Vaahtera Kristiina, Senior Lecturer, MNSc

Year: 2011

Number of pages: 47

Number of appendices: 3

The starting point of the thesis was an interest in the care of senior citizens with drinking problems. One also wanted to study the topic from the point of view of the home nurses as they work in the domestic environment of their patients. The alcohol and substance abuse problems of seniors have only been brought into the common attention since a few years, hence the wish to study the question.

The objective of the thesis is to describe the experience of home nurses in respect of seniors with alcohol problems with an emphasis on guidance. The objective of the thesis is to help develop the knowledge of home nurses with a view to guiding alcoholic seniors.

The study was carried out on a qualitative basis. The results of the thesis were obtained from questionnaires collected from home care nurses. The questionnaire results were treated through content analysis. A major part of home nurses had a positive experience of the care of seniors with drinking problems. Experience situations with the presence of alcoholic friends of the senior in question were not positive. Such situations were mainly felt as a hindrance to the creation of a good situation of care, and their presence as a threat. What was felt as important was a frank approach to the topic and discussions of the matter. Certain home care nurses felt that they had been able to obtain a good situation of care with substance abusing seniors. Multiprofessionalism was important, and more support from ward nurses was hoped for. For the moment, means of guidance are few as the only techniques of home care nurses are information and discussion mainly referring to the harmful effects of alcohol. This resulted in an insufficient outcome as to getting seniors to be treated. Motivation for getting treatment and support to the senior was not present. As a whole, home nurses however felt that they had been able to create good reciprocal relations with seniors. New tools were wished for to bring up the subject of the abuse of alcohol, as a number of home nurses felt the matter was embarrassing.

Key words: senior citizen, alcohol, dependency, home nursing

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Abstrakt av examensarbete

Avdelningen för social- och hälsovård

Omvårdnadsprogram

Inriktningsalternativ vårdarbete

Jaskari Silja och Keto Juho-Jaakko

Hemvården av åldringen med alkoholproblem – hemvårdarens synvinkel

Handledare: Nummela Marjut, Lektor, HVL, och Vaahtera Kristiina, Lektor, HVM

År: 2011

Sidor: 47

Bilagor: 3

Intresse för vårdarbete av åldringar med alkoholproblem var utgångspunkt till detta examensarbete. Man ville också undersöka tema ur hemvårdarens synvinkel eftersom de arbetar hemma med dessa åldringar. Åldringar med alkoholproblem har bara kommit fram på senaste tiden, varför man borde undersöka tema.

Examensarbetets syfte är att beskriva hemvårdarens upplevelser av åldringar med alkoholproblem ur rådgivningens synvinkel. Målet är att utveckla hemvårdarens kunskaper att handleda åldringar med alkoholproblem.

Undersökningen gjordes kvalitativt. Examensarbetets resultat insamlades från hemvårdare genom frågeformulär och analyserades med innehållsanalys. De flesta hemvårdare hade positiva erfarenheter av vården med åldringar med alkoholproblem. Erfarenheter av situationer med åldringarnas alkoholiserade vänner var mestadels negativa. Under sådana situationer blev det svårt att skapa en bra vårdrelation, situationerna var också hotfulla. Det viktigaste var att våga tala högt om alkoholproblem och diskussioner om det. Några hemvårdare tyckte ha skapat en bra vårdrelation med åldringar med alkoholproblem. Mångkunnighet var uppskattad och man ville att avdelningsskötare skulle uppmuntra hemvårdare mera. Just nu är dock ganska få sätt att handleda eftersom hemvårdare använder bara upplysning och diskussion, vilka närmast handlar om alkoholens skadeverkan. Vårdhänvisningen var bristfällig. Åldringens motivering och stöd togs inte hänsyn till. Överhuvudtaget tyckte hemvårdare ändå att de hade kunnat skapa bra interaktioner med åldringarna. Nya verktyg hoppades för att tala om alkoholbruk, då en del hemvårdare kände sig blyga vid sådana situationer.

Nyckelord: åldring, alkohol, beroende, hemsjukvård

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä | 2 |
| Thesis abstract | 3 |
| Abstrakt av examensarbete | 4 |
| 1 JOHDANTO | 7 |
| 2 IHMISEN LUONNOLLISET VANHENEMISMUUTOKSET | 8 |
| 2.1 Alkoholin aiheuttamat terveyshaitat vanhukselle | 10 |
| 3 VANHUSTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ | 13 |
| 3.1 Vanhusten alkoholin käyttö Suomessa ja sen eri käyttötavat..... | 14 |
| 3.2 Alkavan ongelmakäytön ja suurkulutuksen tunnistaminen vanhuksilla..... | 16 |
| 3.3 Vanhuksen juomisen syyt ja hoito | 17 |
| 4 KOTISAIRAANHOITO JA ALKOHOLIONGELMAINEN VANHUS | 21 |
| 5 KOTISAIRAANHOITAJIEN AUTTAMISMENETELMÄT | 23 |
| 5.1 Motivoiva haastattelu..... | 24 |
| 5.2 Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen..... | 25 |
| 5.3 Muutosvaihemalli..... | 26 |
| 6. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA | 28 |
| 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 29 |
| 7.1 Kvalitatiivinen tutkimusote | 29 |
| 7.2 Aineistonkeruu | 30 |
| 7.3 Toteutus | 31 |
| 7.4 Aineiston analyysi..... | 31 |
| 8 TUTKIMUSTULOKSET..... | 34 |
| 8.1 Kotisairaanhoidajien käyttämät ohjauskeinot..... | 34 |
| 8.2 Kotisairaanhoidajien kehitysehdotukset alkoholiongelmaisen vanhuksen hoitotyöhön | 34 |
| 8.3 Muut tutkimuksessa esille nousseet asiat..... | 35 |
| 9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS | 38 |

| | |
|--|----|
| 10 POHDINTA | 41 |
| 10.1 Johtopäätökset..... | 42 |
| 10.2 Kehitysehdotukset..... | 43 |
| LÄHTEET | 45 |
| LIITTEET | 47 |
| Liite 1 Saatekirje..... | 47 |
| Liite 2 Kyselylomake | 47 |
| Liite 3 Induktiivinen sisällönanalyysi | 47 |

1 JOHDANTO

Sulanderin (2009, 157) mukaan vanhusten päihteidenkäyttö on ollut kauan vaiettu aihe. Alkoholiveron alenemisen myötä vanhusten päihteidenkäyttö on noussut jonkin verran. Kotisairaanhoidajat kohtaavat työssään lähes päivittäin alkoholiongelmaisia vanhuksia, eikä heillä aina välttämättä ole riittävästä ammattitaitoa ohjata heitä. Kotisairaanhoidajat kaipaavat lisää ongelmaratkaisukeinoja selvitäkseen työssään (Sulander 2009, 157). Aihetta onkin tärkeä tutkia, jotta alkoholiongelmaisia vanhuksia pystytään paremmin auttamaan ja ohjaamaan.

Opinnäytetyömme käsittelee niitä asioita, jotka liittyvät vanhusten alkoholin ongelmakäyttöön kotioloissa. Pyrimme selvittämään myös, miten kotisairaanhoidajat ovat ohjanneet päihdeongelmaisia vanhuksia työssään. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kotisairaanhoidajien kokemuksia alkoholisoituneiden vanhusten hoitotyöstä ja ohjauksen näkökulmasta. Lähestymme siis ilmiötä myös kotisairaanhoidajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on kehittää kotisairaanhoidajien tietämystä siitä, miten he pystyvät ohjaamaan alkoholisoituneita vanhuksia.

Teemme yhteistyötä erään terveys- ja sosiaalihuollon liikelaitoskuntayhtymän kotihoidon kanssa. Siellä työskentelee yhteensä 11 sairaanhoidajaa. Salaamme kotihoidon tunnistettavuuden, sillä kyselylomakkeisiin vastasi vain kolme kotisairaanhoidajaa, mikä saattaa luoda negatiivista kuvaa kotihoidolle. Opinnäytetyön tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeen avulla.

2 IHMISEN LUONNOLLISET VANHENEMISMUUTOKSET

Elimistön vanhenemismuutokset tarkoittavat fyysistä vanhenemistä, joka on biologinen tapahtumasarja, jossa jokaisen elimen toimintakyky heikkenee. Fyysinen vanheneminen on siis kielteinen ja haitallinen ilmiö elimistölle. Fyysinen vanheneminen alkaa ihmisen 20. ikävuoden jälkeen, eli silloin kun ihmisen kasvukausi päättyy. Elimet vanhenevat eri nopeudella ja myös suuria yksilöllisiä eroja on. Itse vanheneminen tapahtuu elinympäristön, perintötekijöiden ja elintapojen yhteistekijöinä. Nykykäsityksen mukaan perintötekijöiden merkitys on suurimmillaan nuoruusiässä, mutta elintavat ja elinympäristö vaikuttavat eniten vasta vanhemmalla iällä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto, & Pohjola, 2007, 29-30.)

Vanhenemismuutokset alkavat vaikuttaa vasta myöhemmällä iällä arkielämän sujumiseen, vaikka itse muutokset alkavatkin tapahtua jo kolmannella vuosikymmenellä. Nuoren ihmisen elimistössä on huomattava liikkumisvara, eikä tavallisissa toiminnoissa tarvita elinten täysitehoista toimintaa. Elimistö voi ottaa liikkumisvaran käyttöön, kun se kohtaa suuria rasituksia. Tämä liikkumisvara kaventuu vanhenemismuutosten vuoksi. Ikääntyvä elimistö voi siis selviytyä tavallisista toiminnoista, mutta suurempi rasitus tuottaa ongelmia selviytymiselle. Tämän vuoksi vanhempi ihminen sairastuu nuorta ihmistä herkemmin. (Aejmelaeus, ym. 2007, 30.)

Kasvuiän jälkeen ihmisen pituus pysyy samana 40. ikävuoteen asti. Tämän jälkeen kehon pituus lyhenee aluksi hitaammin, mutta keskimäärin yli 60 -vuotiailla lyhentymää tulee kaksi cm kymmenessä vuodessa. Tämä muutos johtuu ryhdin ja asennon muutoksista, nikamien luukadosta sekä nikamavälilevyjen kokoonpuristumisesta. Naispuolisten ihmisten pituus vähenee nopeammin kuin miespuolisten. Tämä johtuu naisten vaihdevuosi-iässä tapahtuvasta luunmenetyksen kiihtymisestä. Tämän vuoksi myös luusto naisilla rappeutuu miesten luustoa nopeammin. Luusto kasvaa jatkuvasti, mutta se myös rappeutuu jatkuvasti. Luuston rappeutuminen alkaa 40. ikävuoden jälkeen. Luuston haurastumista edistää liikunnan puute, tupakointi, kivennäisaineiden sekä D-

vitamiini puute. Haurastuminen lisää riskiä luunmurtumiseen, joka vaikuttaa erityisesti iäkkäisiin ihmisiin. (Aejmelaeus, ym. 2007, 30.)

Ikääntymisen mukana elimistön lihaksistossa tapahtuu myös muutoksia. Rasvan määrä lihaksissa kasvaa ja lihasmassa vähenee. Lihasten voima siis heikkenee ja ihmisen kyky hallita eri lihasryhmien toimintaa samanaikaisesti alenee. Näiden muutosten vuoksi iäkkään ihmisen on käytettävä enemmän voimaa kuin nuoren ihmisen, tällöin liikkeet rasittavat ihmistä enemmän. Keskimäärin 50 - 60 ikävuoteen asti kehon paino kasvaa ja yleensä naisilla paino kasvaa myöhempään miehiin verrattuna. Paino nousee, koska elimistössä tavallisen rasvan määrä lisääntyy. Erityisesti naisilla tämän rasvan määrän lisääntyminen voi jatkua vielä 60. ikävuoden jälkeenkin, mutta tällöin kehon paino ei aina muutu, koska lihasmassa samanaikaisesti vähenee 70. ikävuoden jälkeen kehon paino alkaa vähentyä, muutosta tapahtuu keskimäärin kahdesta kolmeen kg kymmentä vuotta kohden. (Aejmelaeus, ym. 2007, 30.)

Ihmisen hermosto on elimistön säätelyjärjestelmä, jonka muutokset vaikuttavat aina koko elimistöön. Tämä on tärkeä muistaa vanhenemista tutkittaessa. Hermosoluja tuhoutuu koko elämän ajan, mutta ne eivät enää syntymän jälkeen lisäänty. Aivojen paino vähenee 50. ikävuoden jälkeen, jolloin niiden tilavuuskin pienenee ja isojen aivojen kuorikerros ohenee. Myös aistitoiminnot ikääntyessä heikentyvät. Tuntoaisti heikkenee, tasapainoaisti huonontuu, kivun tunto vähenee ja kuulo huononevat siten, että korkeiden äänien kuuleminen vaikeutuu. Myös makuaisti ja hajuaisti huononevat. (Aejmelaeus, ym. 2007, 31.)

Fyysisessä rasituksessa ilmenee sydämen toiminnan heikkenemistä. Vanha sydän ei pysty lisäämään työmäärää nuoren sydämen tavoin. Nuoren ihmisen sydän saattaa lyödä 200 kertaa minuutissa, mutta ikääntyneemmän sydämen syke voi nousta maksimissaan noin 150 / min. Sydämen minuuttivolyymi myös pienenee iän mukana, eli sydän pumppaa verta minuutissa vähemmän kuin ennen. Verenpaine yleensä nousee iän mukana. Jos ihminen on ollut koko ikänsä aktiivisesti liikkuva ja kuntoileva, hänen sydämen ja koko verenkiertoelimistön toiminta heikkenee hitaammin kuin niillä jotka eivät ole liikuntaa harrastaneet.

Ihmisen hapenottokyky heikkenee myös iän mukana. Muutoksia tapahtuu myös ruuansulatuselimistössä ja sukupuolitoiminnoissa. (Aejmelaeus, ym. 2007, 32.)

Vanhenemismuutoksia tutkittaessa on tärkeää, että vanhenemisoireista ei tehdä sairauksia. Sairauksien ja vanhenemisilmiöiden vaikutukset ovat monesti samanlaisia. Jos vanhenemisilmiö tulkitaan sairaudeksi, on vaarana tehdä potilaalle yli diagnoosi, eli potilas saa sellaisen diagnoosin jota hänellä ei ole. Tämä voi helposti johtaa ylihoitoihin ja elämänlaadun huononemiseen. Jos vanhenemismuutos etenee hyvin nopeasti, se voi olla merkki jostain sairaudesta. (Tilvis 2010, 20-21.)

Ihmisen elämän loppuvaiheessa on havaittavissa monia anatomisia ja fysiologisia muutoksia. Monet aikaisemmin lihavat ihmiset laihtuvat, ihonalaiskudos vähenee, verenpaine arvot laskevat ja elimistön verikoe arvot eivät pysy viiterajoissa. (Tilvis 2010, 59.)

Suomen tilastoissa lasketaan ikääntyneiksi ihmisiksi 65 –vuotta täyttäneet ihmiset. Ikääntyneen määritelmä on käsite, joka muuttuu sen mukana, kuinka ihmisten eliniän odotus ja hyvinvointi kehittyvät. Fysiologisesta näkökulmasta katsottuna 75 -vuotta olisi ikääntyneen ihanteellisempi ikäraja, sillä useimmiten vasta silloin kehossa alkaa tapahtua ikääntymiselle tyypillisiä rappeuttavia muutoksia ja fyysistä heikkenemistä. (Järvimäki & Nal 2005, 107.)

2.1 Alkoholin aiheuttamat terveyshaitat vanhukselle

Vanhenemisen myötä elimistön toiminta muuttuu. Solujen vesipitoisuus madaltuu ja rasvapitoisuus nousee. Aineenvaihdunta hidastuu ja monien aistien toiminta huononee. Vanhetessa alkava kuivuminen johtaa siihen, että sama määrä alkoholia tekee korkeamman veren alkoholipitoisuuden kuin nuorempana ja humaltuminen tapahtuu helpommin. Tämän vuoksi alkoholin käyttö voi muuttua haitalliseksi vaikka käyttömäärät suhteessa eivät kasvaisikaan. Alkoholin vieroitusoireet muuttuvat ikääntyessä vaikeammiksi ja pidempikestoisimmiksi. Pitkällä tähtäimellä juoneiden vanhusten kohdalla vaikeammat psykofyysiset oireet alkavat näkyä vanhuusiällä. Näitä ovat muun muassa: motoriikan heikentyminen,

pidätyskyvyn pettäminen helpommin ja kävelyn muuttuminen epävarmaksi (atalaktiseksi). (Levo, Viljanen, Heino, Koivula & Aira 2008, 25-26.)

Alkoholi vaikuttaa vanhuksen keskushermostoon tuottaen huumaavia ja mielihyvää tuottavia tuntemuksia. Alkoholin imeytymisnopeuteen vaikuttavat muun muassa nautitun alkoholin alkoholipitoisuus ja esimerkiksi ravinnon nauttiminen ennen tai yhdessä alkoholinjuonnin kanssa. (Levo, ym. 2008, 24.)

Liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa vanhukselle monenlaisia ongelmia. Se esimerkiksi vaikuttaa unen laatuun ja muistin heikkenemiseen sekä edesauttaa dementian syntymistä. On myös todettu, että liiallinen alkoholinkäyttö vaikuttaa vanhuksilla aivojen surkastumiseen merkittävämmiin kuin nuorilla alkoholinkäyttäjillä. Lisäksi pitkäaikainen alkoholinkäyttö aiheuttaa vanhuksille hermosolukatoa. (Alho, Kiiänmaa & Seppä 2010, 120-122.)

Alkoholin vaikutukset uneen ovat moninaisia. Vähän alkoholia käyttävälle vanhukselle alkoholi voi rentouttaa, vähentää ahdistusta ja nopeuttaa nukahtamista. Säännöllisesti käyttävällä aivojen hermosolut tottuvat alkoholin vaikutukseen ja rentoutumisen saamiseksi tarvitaan taas suurempia alkoholiannoksia. Runsaan alkoholinkäytön jälkeen uni on useasti levotonta ja heräilyä tapahtuu helposti. Kuorsaus ja hengityskatkot lisääntyvät alkoholia käytettäessä. Unilääkkeiden vaikutus lisääntyy, jos alkoholia käytetään samanaikaisesti. (Levo ym. 2008, 31.)

Kohtuullisella alkoholin käytöllä (1-2 annosta vuorokaudessa) on todettu joissakin tutkimuksissa olevan sepelvaltimotaudilta suojaava vaikutus. Runsas käyttö aiheuttaa sydänlihaksen paksunemista. Runsaaseen alkoholitottumukseen liittyykin sydäninfarkti ja sydänperäinen äkkikuoleman riski ja se lisää myös sydämen rytmihäiriöitä. Alkoholi lisää nitraattien verenpainetta madaltavaa vaikutusta ja voi aiheuttaa kaatumisen tai jopa tajunnanmenetyksen. Diureetit eli virtsaneritystä lisäävät lääkkeet vähentävät elimistön vesipitoisuutta, jolloin alkoholipitoisuus veressä nousee ja taipumus elektrolyyttihäiriöihin nousee. Marevan-lääkettä käytettäessä on huomioitava, että tilapäinen runsas alkoholin

käyttö voimistaa lääkkeen vaikutusta ja jatkuva säännöllinen alkoholin käyttö vähentää lääkkeen vaikutusta. (Levo ym. 2008, 31-32.)

Säännöllinen ja runsas alkoholin käyttö aiheuttaa verenpaineen nousua. Vanhuksilla alkoholin veranpainetta lisäävä vaikutus korostuu. Verenpaine- ja joidenkin muiden lääkkeiden yhteiskäytön yhteydessä on tärkeää huomioida, että alkoholi lisää kyseisten lääkkeiden painetta madaltavaa vaikutusta. (Levo ym.2008, 32.)

Runsas alkoholin käyttö voi vaikuttaa 1-typin diabetesta sairastavan vanhuksen sairauden kulkuun ja ennusteeseen, jos lääkkeiden ottaminen tai insuliinin pistäminen jää pois tai ruokavalio muuttuu epäterveelliseksi alkoholin juomisen seurauksena. Runsas käyttö voi johtaa myös 2-typin diabeteksen kehittymiseen. Diabetesta sairastavan vanhuksen yhteydessä on otettava huomioon seuraavat asiat: ruokailun yhteydessä alkoholi nostattaa veren sokeripitoisuutta, alkoholi ehkäisee maksan sokerivarastotuotantoa (mikäli ravitsemustilanne on huono), alkoholi voi aiheuttaa verensokerin liiallisen laskun riskin ja että epätasaisen sokeritasapainon taustalla on usein alkoholinkäyttöä. Alkoholi ärsyttää vatsan ja ruokatorven limakalvoja. Runsaasti käytävillä esiintyy ripulia. Alkoholi altistaa vanhusta haimatulehdukselle. (Levo ym. 2008, 32.)

Jo kohtuullinen alkoholin käyttö lisää ylipainon riskiä, kun alkoholiannos lisätään ruokailujen päälle. Maksan rasvoittuminen aiheutuu alkoholin käytöstä. Alkoholin käyttö suuressa mittakaavassa voi aiheuttaa sen, että ravintoaineiden imeytyminen heikentyy. Tärkeimmät ravitsemushäiriöt liittyvät alkoholin aiheuttamiin elinvaurioihin joita on maksa- ja haimasairaudet. (Levo ym.2008, 32.)

Alkoholi lisää suun, nielun-, kurkunpään- ja ruokatorven syöpäriskiä. Alkoholin on todettu myös lisäävän maksa-, rinta- ja paksusuolensyövän riskiä. Se aiheuttaa myös mahdollisesti haimasyöpää. Tarkkaa syytä miksi alkoholi aiheuttaa syöpää ei tiedetä. Runsas alkoholin käyttö altistaa infektioille, sillä se heikentää elimistön puolustusjärjestelmää. Vanhetessa monet aistitoiminnot heikkenevät. Alkoholi vaikuttaa muun muassa tasapainoaistiin. Alkoholinkäyttö yhdistettynä vanhuksen heikentyneisiin aistitoimintoihin ja lisääntyneeseen lääkitykseen lisää vanhuksen kaatumis- ja onnettomuusriskiä huomattavasti. (Levo ym.2008, 33.)

3 VANHUSTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Alkoholi on kofeiinin ja nikotiinin jälkeen eniten käytetty päihde. Alkoholilaki määrittelee tuotteen alkoholiksi, jos se sisältää yli 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia. Käyttömäärien arvioimiseksi käytetään mittayksikkönä ravintola-annos. Alkoholin aiheuttamia huumaavia vaikutuksia, jotka muuttavat ihmisen käyttäytymistä, mielentilaa ja suorituskykyä, sanotaan humalaksi (Levo ym. 2008, 23-24).

Alkoholin sietokyky eli toleranssi liittyy sen toistuvaan käyttöön ja toimii elimistön välineenä sopeutua alkoholin erilaisille vaikutuksille. Toleranssi tarkoittaa alkoholin humalluttavan vaikutuksen vähenemistä alkoholin toistuvan käytön seurauksena, myös suurempien kerta-annosten tarvetta saman vaikutuksen aikaansaamiseksi. Toleranssi ei ole pysyvä tila, vaan se vähenee hiljalleen alkoholinkäytön lopetettaessa tai määrän vähentyessä. (Levo ym. 2008, 25.)

Alkoholi on suomalaisessa kulttuurissa hyväksytty, laillinen ja laajasti käytetty päihdeaine. Sen avulla rentoudutaan. Lähes kaikki ihmiset, mukaan lukien alkoholistit käyttävät alkoholia sen aiheuttamien myönteisten vaikutusten vuoksi. (Inkinen, Partanen & Sutinen.2003, 39 - 42.)

Alkoholiriippuvuus on ilmiönä yleinen. Sillä voi olla myönteisiä sekä haitallisia seuraamuksia. Myönteinen riippuvuusikäyttäytyminen ilmenee kykynä solmia dialogisia ihmissuhteita. Käsitteenä riippuvuus kuitenkin ajatellaan yleisemmin sen haitallisten vaikutusten vuoksi. Kielteinen riippuvuus tarkoittaa addiktiota, siis ihmisen toiminta muodostuu pakonomaiseksi välittömän tyydytyksen hakemiseksi ja siitä seuraa ihmiselle yhä enenemissä määrin haittaa. Kun addiktio hallitsee ihmistä, mikään muu ei yleensä mene sen edelle. Henkilö, jolle on muodostunut alkoholiriippuvuus, ei itse huomaa alkoholiongelmaansa. (Levo ym. 2008, 29.)

Alkoholiriippuvuus on fyysistä-, psyykkistä-, ja sosiaalista riippuvuutta. Fyysisen riippuvuuden syntyminen edellyttää lähes päivittäistä alkoholin käyttöä. Fyysinen

riippuvuus ilmenee usein vieroitusoireina, kun ihminen lopettaa alkoholin käytön. Vieroitusoireita ovat esimerkiksi: hikoilu, pahoinvointi, vapina, unettomuus, päänsärky ja masennus. Lievät oireet menevät ohi itsestään muutamassa päivässä. Keskivaikeat voivat kestää viidestä seitsemään vuorokautta. Vakaviin vieroitusoireisiin voi liittyä esimerkiksi näkö- ja kuuloharhoja, kouristuksia ja sekavuutta. Psykkinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena haluna saada alkoholia ja hän kokee alkoholin ehdottoman tärkeäksi hyvinvoinnilleen. Se kehittyy usein fyysistä riippuvuutta vauhdikkaammin. Sosiaalinen riippuvuus liittyy ihmisten välisiin suhteisiin ja esiintyy kiinnittymisenä sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa alkoholin käyttö on tärkeänä osana. (Levo ym. 2008, 30.)

ICD-10 tautiluokitusjärjestelmän mukaan alkoholiriippuvuudessa esiintyy kolme tai useampi seuraavista kriteereistä yhtäaikaisesti kuukauden ajan tai useaan otteeseen 12 kuukauden aikaisen ajanjakson aikana: 1. Voimakas himo käyttää alkoholia. 2. Heikentynyt kyky hallita alkoholin käyttämisen aloittamista, määrää tai sen lopettamista. 3. Vieroitusoireet alkavat käytön vähentyessä tai päättyessä. 4. Toleranssi kasvaa. 5. Käyttö on muodostunut elämän keskipisteeksi. 6. Alkoholin käytön jatkaminen sen mukanaan tuomista haittavaikutuksista huolimatta. (Levo ym. 2008, 29-30.)

3.1 Vanhusten alkoholin käyttö Suomessa ja sen eri käyttötavat

Vanhusten päihdeongelmat nousivat muutama vuosi sitten Suomessa mediaan ja julkiseen keskusteluun. Keskustelu toi ilmi, että asian käsitteleminen oli yhteiskunnassa melko uutta, eikä sille vielä ollut vakiintunutta käsitteistöä. Tutkimustieto että käytännön tieto oli Suomessa melko vähäistä. Esille nousi, että alkoholiriippuvuutta ja alkoholiongelmia on myös vanhuksilla ja että tarvittaessa ongelmiin tulisi saada hoitoa ja kuntoutusta. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne. 2010, 6.)

Suomalaista alkoholikulttuuria voidaan kutsua melko märeksi, sillä niin voimakas on alkoholin asema suomalaisilla. Alkoholinkäyttö on yleistynyt monissa sosiaalisen vuorovaikutuksen tilanteissa ja kerrotaan ”eurooppalaisen”

juomatottumuksen tulleen Suomeen. Suomalaisten alkoholinkäyttö on kuitenkin edelleen keskittynyt viikonloppuihin. Päivittäin alkoholinkäyttö on melko harvinaista. Eläkkeelle siirtymässä olevat ikäluokat ovat eläneet kulttuurissa, missä alkoholiin on suhtauduttu suvaitsevammin. Ehkä he tuovatkin eläkkeelle siirtyessään mukanaan oppimansa arkisemman ja nautintohakuisemman kulttuurin. (Levo ym.2008,19.) Aallon ja Holopaisen (2008, 1493) mukaan vuonna 2005 Kansanterveyslaitoksen tekemän kyselyn mukaan alkoholia kertoivat käyttäneensä viimeisen vuoden aikana 78 % miehistä ja 53 % naisista. Miehet ja naiset olivat iältään 65 – 84-vuotiaita.

Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan melko vähäistä ja satunnaista käyttöä, tarkoituksena ei ole saavuttaa humalatilaa. Käyttö ei aiheuta haittaa vanhuksen terveydelle. Henkilöllä joka on 65-vuotias, kohtuukäyttö on seitsemän annosta viikossa. (Levo ym.2008, 26.) Hallittu kohtuukäyttö on vaaratonta. Päivittäistä juomista tulee välttää, sillä se voi aiheuttaa henkistä riippuvuutta ja toleranssin lisääntymistä. (Havio, Inkinen & Partanen. 2008, 55.)

Alkoholin suurkulutuksessa alkoholin käyttö muodostaa jatkumon (Aalto & Holopainen 2008, 1493). Suurkulutuksen rajoja on hankalaa määrittää. Suurkuluttajan alkoholinkäyttö muistuttaa kohtuukäyttöä siten, että juomisen motiivit ovat sosiaalisia. Tavoitteena ei ole aina voimakas humaltuminen, vaan juominen pysyy melko hyvin käyttäjän hallinnassa. Suurkulutuksessa saattaa olla kyse alkavasta alkoholin ongelmakäytöstä ja kehittyvästä alkoholiriippuvuudesta. Tällöin käytöstä on jo huomattavissa haittaa esimerkiksi: perhe-elämään, työhön ja harrastuksiin. Suurkulutus aiheuttaa käyttäjälleen potentiaalisen terveysriskin, jos viikoittaiset riskirajat ylittyvät pidemmän aikaa. (Levo ym.2008, 26.)

Suurkulutuksen rinnalle on nostettu riskikulutus. Vanhusten kohdalla riskikulutus on suurkulutusta parempi mittari testattaessa alkoholin aiheuttamia haittavaikutuksia. Alkoholin pienikin käyttö voi olla vanhukselle riskikulutusta sairauksien, lääkkeiden ja niiden yhteisvaikutusten vuoksi sekä toimintakyvyn madaltumisen. Alkoholi aiheuttaa myös ongelmia vanhukselle muuhunkin, kuin

fyysiseen puoleen, nimittäin se aiheuttaa myös sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. (Levo ym.2008,27.)

3.2 Alkavan ongelmakäytön ja suurkulutuksen tunnistaminen vanhuksilla

Vanhusten alkoholiongelmat tunnistetaan ja diagnosoidaan huonosti. Ikääntyneet, jotka ovat alkoholin suurkuluttajia tai alkoholiriippuvaisia hakeutuvat melko huonosti ja harvoin hoitoon ensisijaisesti alkoholiongelmansa vuoksi, saatikaan suoraan päihdepalvelujen asiakkaaksi. Hoitoon hakeutumisen syynä on muut terveyteen liittyvät seikat. (Nykky ym. 2010, 17.)

Vanhuksella voi esiintyä monenlaisia oireita kuten: unettomuus ja masennus, vatsavaivat, kohonnut verenpaine ja sydämen rytmihäiriöt, nopea- ja epäsäännöllinen pulssi, turpeat korvansylkirauhaset ja hikoilu. Toiminnallisia oireita voivat olla: hygienian laiminlyönti, taloudellisten ongelmien kasaantuminen ja hoitamattomuus, toistuvat terveystalvelujen käytöt ja lisääntynyt tapaturma-alttius. (Levo ym. 2008, 28.)

Myös vanhuksilla voi olla suurkulutuksen tai ongelmakäytön takana psyykinen ja fyysinen ongelma. Vanhuksen alkoholiongelman esiin tulemista vaikeuttaa monet seikat, sillä "oireet" voivat muistuttaa normaaliin vanhenemiseen liittyviä muutoksia. Monet sairaudet, moninainen lääkitys sekä yleinen huonokuntoisuus voivat peittää alkoholiongelman alleen. Mahdollinen sekavuus voi johtua somaattisesta sairaudesta, masennuksesta, lääkkeiden yhteisvaikutuksista kuten myös alkoholin vieroitusoireistakin. (Levo ym. 2008, 28.)

Vanhuksen alkoholiongelman selvittely ei onnistu yleensä pelkkien laboratoriotestien perusteella, koska vastaukset eivät ole tarpeeksi herkkiä. Kotisairaanhoidajan huomio vanhuksen tilanteen ja toiminnan muuttumisesta sekä rohkea kysyminen vanhuksen alkoholinkäytöstä tuovat ongelman esille laboratorio kokeita paremmin. (Levo ym. 2008, 28.)

Jos ikääntyvällä esiintyy seuraavia oireita, tulee alkoholin osuus selvittää. Oireita voivat olla muun muassa: useita kaatumisia ja niihin liittyviä tapaturmia, virtsankarkailua, kylmävammoja, lihas- ja tunto-oireita, huonontunut motoriikka, unihäiriöitä, ahdistuneisuus, sekavuus, levottomuus, korkea verenpaine, yleinen epäsiisteys, painon laskua tai huono ravitsemustilanne, epävakaata sokeritasapaino, toimimaton lääkitys kuten Marevan tai jokin verenpainelääkitys, toistuva rauhoittavien lääkereseptien pyytäminen, lisääntyneet sosiaaliset ongelmat ja kyky huolehtia taloudellisista ongelmistaan on alentunut. (Levo ym. 2008, 28.)

Tunnistamiseksi ja alkoholin puheeksi oton välineeksi on kehitetty muun muassa WHO:n AUDIT- kysely sekä vanhuksille sopiva "Otetaan selvää"- opas. (Levo ym.2008,28.) AUDIT- kysely on strukturoitu kymmenen kysymyksen sarja, jonka vastaamiseen menee noin pari minuuttia. Se on tehokas tapa seuloa alkoholin suurkulutusta. (Aalto, & Holopainen. 2008, 1494.) AUDIT- kyselyssä on vaihtelevia vastausvaihtoehtoja tarjolla ja jokaisen osion kohdalla niitä on kolmesta kuuteen. Vastauksesta voi saada pisteitä nolasta neljään. Suurin pistemäärä on 40. (Sedlak, Doheny & Estok. 2000, 571.)

Tunnetuin riskiehkäisyksen menetelmä on alkoholin riskikäyttöön tai suurkulutuksen kohdistuva terveydenhuollon työntekijän tekemä mini-interventio. Sen vaikuttavuudella on vahva tutkimuksellinen näyttö. Mini-interventio sisältää alkoholinkäytöstä kysymisen ja siihen liittyvän palautteenannon lisäksi neuvontaa ja hoidon suunnittelua. Onnistunut mini-interventio motivoi muutokseen: käynnistää vanhuksen pohdinnan ja auttaa tekemään muutospäätöksen vähentää alkoholin käytön tai pidättäytyä siitä kokonaan. Motivaation ja muutosta edesauttaa oikeanlaisen tiedon ja tuen saanti. Siinä sovelletaan motivoivan haastattelun lähestymistapaa. (Havio ym. 2008, 120-121.)

3.3 Vanhuksen juomisen syyt ja hoito

Nykyään vanhuuden määritelmä on siirtynyt ikävuosissa eteenpäin ja varsinaisen vanhuuden ja työiän väliin on tullut elämänvaihe kolmas ikä. Se sijoittuu monesti 55 - 75 (80)-ikävuoden väliin. Kolmanteen ikään lukeutuneet vanhukset eivät

useinkaan omaksu vanhuksen roolia jäädessään eläkkeelle, vaan he tuottavat uudenlaista eläkeläiselämää, käytäntöjä ja elämäntyyliä. Perinteinen vanhuuskuva korvataan uudistuneilla vanhuuden ilmenemismuodoilla, joissa nautinnonhakuisuus ja riskien ottaminen saattavat olla keskeisessä asemassa. Vanhusten alkoholin käyttö voidaankin nähdä keinona määrittää ja tuottaa omaa vanhuuttaan. Nautinnonhakuisen elämään nykyajan vanhuksilla onkin edeltäjinään paremmat mahdollisuudet. Vanhuksien tulot ovat keskimäärin kasvaneet, eläkkeellä olemisen aika on pidentynyt, terveys ja toimintakyky ovat parantuneet ja heillä on paremmin henkistä pääomaa ja varallisuutta verraten aikaisempiin sukupolviin. Vaikka yhteiskunnan vanhuutta mittaavat käyttäytymisnormit ovat yleisesti keventyneet ja muuttuneet suvaitsevammiksi, on sukupuolten välinen eroavaisuus edelleen näkyvissä. (Levo ym. 2008, 10.)

Syitä vanhuksen juomiseen voi olla tekemisen puute, eli juodaan sen vuoksi että aika kuluisi nopeammin ja joskus myös toisen ihmisen seurassa. Alkoholia käytetään myös itselääkintään eli kivun ja ahdistuksen lievitykseen ja unettomuuden hoitoon. Yksi keskeinen syy alkoholinkäyttöön on se, että vanhus ei koe elämäänsä merkityksellisenä. (Havio ym. 2008, 197.)

Mielenterveysongelmat ja alkoholi liittyvät useasti yhteen. Alkoholin suurkulutus ja etenkin alkoholistiset juomatavat lisäävät psyykkistä pahoinvointia vanhukselle. Erilaiset tunne-elämän ongelmat, kuten esimerkiksi masennus, ahdistus ja itsetunnon heikkous voivat olla joko liiallisen alkoholin käyttöön johtavia taustatekijöitä tai ne voivat olla seuraamuksia ja oireita liiallisesta käytöstä. Alkoholin käyttö ja psyykinen sairaus voi esiintyä samalla henkilöllä toisistaan riippumatta, vaikka ne usein liittyvätkin toisiinsa. (Levo ym. 2008, 33.)

Juomisen syitä selvitellessä alkoholiongelmaista vanhusta motivoidaan niin, että vanhus itse puhuisi lopettamisen puolesta ja motivaatio lopettamiseen saataisiin näin vahvistettua. Riskijuojilla motivoiva haastattelu vähentää alkoholin käyttöä. (Aalto 2009, 893.)

Vanhuksen ongelmajuomista hoidettaessa on tärkeää noudattaa päihdehoitotyön eettisiä periaatteita, joita ovat: 1. *Sosiaalinen oikeudenmukaisuus*: Oikeus terveyteen ja turvallisuuteen toteutuu eristäytymistä aktiivisesti ehkäisemällä.

Ensisijaiseksi tulee asettaa heikoimmat, eristäytyneimmät ja köyhimmät sekä seuraamuksiltaan vakavimmat päihdeongelmat. Lisäämällä yksilöiden tai ryhmien turvallisuutta ja hyvinvointia edistetään myös yhteiskunnan turvallisuutta ja hyvinvointia. 2. *Yhdenvertaisuus*: Päihteiden haittavaikutuksista kärsiville ihmisille kuuluu yhdenvertainen kohtelu yhteiskuntapalveluissa, riippumatta ongelmien alkuperistä tai käytetyistä päihteistä. 3. *Solidaarisuus*: Päihdeongelmaisten ihmisarvoa ei loukata tai käytetä syrjivää kieltä tai käytäntöjä. 4. *Osallisuus*: Kaikkien itsemääräämis- ja osallistumisoikeutta itseään koskevista asioista ja päätöksistä kunnioitetaan. Tuetaan käyttäjien ja heidän omaisten mahdollisuutta järjestäytyä ja tuoda esille kokemuksensa, tarpeensa, tietonsa ja vaatimuksensa. 5. *Osallisten ammattieettiset periaatteet*: Osallisten ammatilliset arvot ja periaatteet tiedetään ja otetaan huomioon siten, että ne voivat tapahtua tasavertaisesti. 6. *Yhteiskunnallinen vaikuttaminen*: Päihdetyötä tekevien on tuotava tietonsa, kokemuksensa ja asiantuntijan näkemyksensä esille julkiseen keskusteluun päihdehaittojen vähentämisen näkökulmasta. (Levo ym. 2008, 15.)

Ikäeettisen päihdetyön taustalla vaikuttaa ajatus voimavaralähtöisestä ja vanhusta voimaannuttavasta toimintatavasta. Alkoholiongelmaisen vanhuksen kanssa tehtävässä työssä on huomioitava vanhuksen mukanaan tuomat fyysiset, sosiaaliset, psyykkiset ja hengellisten tarpeiden muutokset. Sielunhoidollinen työ on osa vanhuksen auttamista. Sen vaikutus näkyy työntekijän kyvyssä auttaa vanhusta käsittelemään alkoholinkäytön ylläpitämää ahdistusta. Vanhuksella on myös oikeus kuulua maailmaan itsensä näköisenä. (Levo ym. 2008, 15-17.)

Pitkäaikaisen ja runsaan alkoholinkäytön lopettamisen seurauksena tulevat usein vieroitusoireet. Tällöin vanhus voi hakeutua vieroitus- tai katkaisuhuoltoon, esimerkiksi A-klinikoille, perusterveydenhuoltoon, päihdehuollon yksiköiden avo- ja laitossyksikköihin, katkaisuhuoltoasemille ja somaattisiin sairaaloihin. Hoitoa on mahdollista saada myös psykiatrisissa sairaaloissa. (Inkinen ym. 2003, 147-150.)

A-klinikat ovat päihdehuollon erityispalveluja, ne ovat kunnan tai kuntainliiton ylläpitämiä tai ostopalvelusopimuksella olevia avohoitopalveluja. Ne ovat asiakkaalle maksuttomia. A-klinikoille hoitoon hakeutuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Työmuotoina ovat esimerkiksi yksilö-, perhe-, pari-, ja

verkostotyö. Hoitomuotoina ovat muun muassa katkaisuhuolto, keskustelu- tai toimintamallinen terapia ja arviointi- ja neuvontapalvelut. (Havio ym. 2008, 100.)

Alkoholiin liittyvät vieroitusoireet riippuvat juodun alkoholin määrästä, käytetyn ajan pituudesta ja yksilöllisistä ominaisuuksista. Vieroitusoireita ovat: päänsärky, oksentelu, pahoinvointi, sydämen tykytys, hikoilu, levottomuus, vapina, näkö- ja kuuloharhat, kouristukset ja sekavuus. Vieroitustila määritellään lieväksi, keskivaikeaksi ja vakavaksi. Tavallisimmin oireet alkavat 12-48 tunnin kuluessa, kun alkoholin käyttö on vähennetty tai lopetettu. Lievät vieroitusoireet menevät usein levolla ohi itsestään, ravinnolla ja nesteytyksellä. Keskivaikeiden- ja vaikeiden vieroitusoireiden kesto on 5-7 vuorokautta. Niiden hoitoon tarvitaan usein lääkinnällistä hoitoa ja jokapäiväistä hoitokontaktia. Oireiden päivittäinen seuranta tapahtuu useimmiten sairaalassa tai avohoidossa, jos oireisiin liittyy kouristuksia, hallusinaatioita tai delirium tremens- oireita. Vieroitusoireiden voimakkuuden mittaamiseen käytetään arviointilomakkeita, esimerkiksi CIWA-A-asteikko. Vieroitusoireita hoidetaan myös lääkkeillä. Hoitoa jatketaan niin kauan kuin vieroitusoireita on jäljellä. Lääkeannoksia madalletaan asteittain. (Havio ym. 2008, 145-146.)

Vaikean alkoholiriippuvuuden hoito on pitkäkestoista, kärsivällisyyttä vaativaa ja saattaa kestää useita vuosia. Katkaisuhuoltoon saattaa liittyä useita vieroitusvaiheita, tukiryhmiä ja avo- ja laitoshoidojaksoja. Monissa paikkakunnissa katkaisuhuolto järjestetään melko usein terveyskeskuksessa joka on lyhytaikaista hoitoa. Mahdollisuuksien mukaan perushoidon tueksi voi järjestää ulkopuolisia kontakteja, kuten esimerkiksi AA/NA-kerhon tai A-killan jäsenten avulla. Onnistuneen katkaisuhoidon jälkeen käyttäjä on saanut alkoholikierteensä loppumaan ja kuntoutunut psyykkisesti ja fyysisesti. Joissakin tapauksissa voidaan joutua tyytymään vain katkaisuhoidon onnistumiseen. (Havio ym. 2008, 143-145.)

4 KOTISAIRAANHOITO JA ALKOHOLIIONGELMAINEN VANHUS

Kotisairaanhoidon järjestämisestä asiakkaalle vastaa kunnan oma terveyskeskus. Mahdollisista hoitotoimista päättää kotisairaanhoidosta vastaava lääkäri. Palveluja saavat vanhuksat, sairaat ja vammaiset. Kotisairaanhoido tekee asiakkaansa kotioloissa lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia ja tekee tarvittavia tutkimuksia. Kotisairaanhoido valvoo asiakkaansa lääkitystä ja hyvinvointia. Vaativaa sairaanhoidoa, kuten saattohoito on mahdollista järjestää kotiin. Omaisten tukeminen on myös tärkeänä osana kotisairaanhoidoajan työtä. Kotisairaanhoidoajan arvioi asiakkaansa toimintakykyä ja edesauttaa asiakkaansa kuntoutumista. Asiakkaan kanssa yhdessä laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. Sen toteutumista seurataan ja tarpeen vaatiessa tehdään muutoksia. Kotisairaanhoidoajina toimivat yleisimmin sairaanhoidoajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö/Kotihoito tukee kotona selviytymistä.)

Vanhuksien alkoholiiongelmiens hoidossa on omat erityispiirteensä. Alkoholiiongelmaisen vanhuksien tunnistaminen saattaa olla vaikeaa, sillä sekavuus voi johtua monesta eri syystä, kuten esimerkiksi somaattisesta sairaudesta, masennuksesta, lääkeaineiden yhteisvaikutuksista tai alkoholin vieroitusoireista. Vanhuksien alkoholiiongelman suhteen kotisairaanhoidoajan joutuu miettimään myös eettisiä kysymyksiä. Alkoholiiongelmaisen vanhuksien hoito aiheuttaa aina paljon toimenpiteitä, hoivatyötä ja huomiota sekä yhteistyötä sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Vanhuksien huolestuttava alkoholin käyttö on syy kutsua tukiverkosto (omaiset, ystävät, naapuri ja kotisairaanhoidoaja) koolle miettimään keinoja, joilla voitaisiin yhdessä lisätä vanhuksien turvallisuutta loukkaamatta hänen itsemääräämisoikeuttaan. Vanhuksien omien toivomusten ja tarpeiden huomioimisen lisäksi hoidossa voivat auttaa tukiverkosto ja kotisairaanhoidon muu henkilökunta. Jos tukiverkosto ei ole riittävä, pitää viranomaisten yrittää luoda sellainen. Vanhusta voidaan auttaa olemalla herkkiä aistimaan hänen elämäntilanne sopivalla hoidolla ja tiivistämällä kotikäyntejä vanhuksien kotona. Jos omaiset, lähiverkosto tai kotisairaanhoidoaja pyrkivät

rajoittamaan vanhuksen alkoholinkäyttöä, saattaa vanhus suhtautua rajoituksiin negatiivisesti ja torjuvasti. (Inkinen ym. 2003, 188-189.)

Alkoholiongelmaisten ja -suurkuluttavien vanhusten kanssa tehtävän hoitotyön yhtenä toimintaympäristönä on usein asiakkaan koti. Se on vanhukselle turvallinen ympäristö, missä työskentely voi edesauttaa luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä. Vanhuksen kotona tehtävä työ velvoittaa työntekijältä hienotunteisuutta ja asiakkaan ehdoilla etenevää työskentelytapaa. (Levo ym. 2008, 43.)

Kotona tapahtuvan päihdetyön tulee suuntautua myös kodista ulospäin. Pientenkin onnistuneiden ja arkea muuttavien kokemusten mahdollistaminen vanhukselle voi toimia parempana muutoksen motivoijana kuin pelkkä puhuminen. (Levo ym. 2008, 43.)

5 KOTISAIRAANHOITAJIEN AUTTAMISMENETELMÄT

Hoitoalan työntekijät joutuvat ohjaamaan asiakkaitaan lähes päivittäin. Motivoituneella hoitajalla on kaikki tarvittavat tiedolliset ja taidolliset valmiudet ohjaamiseen. Ohjaajan oma persoonallisuus, minäkuva ja ihmiskäsitys määrittävät hänen toimintaansa. Myös mielikuva ohjaamisesta ja oppimisesta vaikuttavat ohjaajan toimintaan. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2004, 234.)

Asiakkaan ohjaus on yksi keskeinen hoitotyöntekijän ammatillisten vahvuuksien osa-alueista. Ohjaus sisältää asiakkaan ja myös hänen omaisten ohjauksen. Ohjaus tapahtuu ohjaustarpeen tunnistamisen pohjalta tehdyn suunnitelman mukaan toteuttaen ja arvioiden. Oppimiseen liittyvän tiedon avulla hoitotyöntekijä voi tulla omasta oppimisestaan tietoiseksi ja samalla myös kehittää itseään. (Laine ym. 2004, 233.)

Kotisairaanhoitaja voi auttaa alkoholiongelmaista vanhusta monin eri keinoin. Esimerkiksi psykososiaaliset menetelmät joihin kuuluu motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen työote, kognitiivinen työote, psykodynaaminen tuki ja toimimalla toimiminen jossa ihminen itse on oman kuntoutumisensa tekijänä. Näistä psykososiaalisista menetelmistä motivoiva haastattelu on kotisairaanhoidossa ehkä yleisin käytössä oleva potilaanohjauskeino. Tärkeä lähtökohta motivoivassa haastattelussa on motivaatio joka nähdään muuttuvana tilana ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Motivoiminen tarkoittaa aktiivista muutoksen todennäköisyyden kasvattamista. Vaikka työntekijä ohjaakin asiakasta, on motivoiva haastattelu silti asiakaskeskeistä. Asiakasta autetaan tunnistamaan sen hetkiset mahdolliset ongelmat aktiivisen kuuntelun ja kysymysten avulla. Tarkoituksena on auttaa asiakasta toimimaan itse ongelmiansa ratkaisemiseksi ja että asiakas itse puhuisi muutoksen puolesta. (Havio ym. 2008, 128.)

5.1 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu alkaa siitä muutoksen vaiheesta, missä potilas haastattelutilanteessa on. Potilaan muutosvaihe määrää ne keinot, joilla voidaan vaikuttaa potilaan motivaatioon. Motivoivassa haastattelussa tuetaan potilaan siirtymistä päihteidenkäytön lopettamisen harkinnasta päätöksentekovaiheeseen. (Havio, ym. 2008, 128.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluu viisi alkuvaiheen strategiaa potilaan muutoshalukkuuden lisäämiseksi. Näitä ovat refleктоiva kuunteleminen, avoimet kysymykset, myönteinen vahvistaminen, yhteenveto ja itseä motivoivien lauseiden kehittäminen. Motivoivan haastattelun tarkoitus on tukea potilasta motivoimaan itse itseään. (Havio, ym. 2008, 128.)

Motivoiva haastattelun menettelytapoja ovat avoimet kysymykset, joilla tarkoitetaan sellaisia kysymyksiä jotka alkavat kysymyssanoilla. Avoimet kysymykset helpottavat asiakasta miettimään omaa tilannettaan laajemmin kuin suljetut kysymykset, joihin voi vastata esimerkiksi ”kyllä” tai ”ei”. (Havio, ym. 2008, 130.)

Toinen motivoivan haastattelun menettelytapa on vahvistaminen. Tällöin sairaanhoitaja antaa potilaalle positiivista palautetta, osoittaa luottamusta potilaan omaan kykyyn muuttaa tilannetta ja vahvistaa hänen omia olemassa olevia voimavaroja. (Havio, ym. 2008, 130.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluu myös objektiivisen arvion esittäminen. Tämä tarkoittaa aineistoa, jota kotisairaanhoitaja on kerännyt potilaan tutkimuksista ja haastattelusta. Arvioinnissa käydään läpi alkoholiriippuvuuden aste, juomismäärät ja humalahuiput. Kotisairaanhoitaja kertoo mielipiteensä potilaan kysyessä, mutta potilasta ei painosteta omaksumaan kotisairaanhoitajan näkemystä. Kotisairaanhoitaja kertoo kaikki potilasta motivoivat lauseet ja pyytää häneltä palautetta. Potilaan valmius muutokseen voi ilmetä vastustuksen vähenemisenä ja ongelmaa koskevien kysymysten vähentymisenä. Kun potilas ilmaisee halukkuutta muutokseen, lähdetään suunnittelemaan vaihtoehtoja muutoksen toteuttamiseksi. (Havio, ym. 2008, 131.)

Tunnetuin päihdehoitotyön jatkuvuuden parantamiseen yrittävä menetelmä lienee motivoiva haastattelu. Se on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi erityisesti hoidon alkuvaiheessa ja asiakkaan sitoutumisessa tulevaan hoitoon. Myös laajan hoitotutkimuksen ProjectMATCH:n tulokset ovat osoittaneet, että motivoiva haastattelu on tehokas menetelmä vastahankaisten asiakkaiden hoidossa. (Saarnio & Knuutila, 2003. 16-17.)

5.2 Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen

Vanhuksilla alkoholinkäyttö on piiloteltu aihe ja osaltaan sen voi selittää alkoholinkäyttöön liittyvä voimakas häpeän tunne, joka voi johtaa alkoholiongelmien salaamiseen, peittelyyn ja koko ongelman kieltämiseen itseltään, läheisiltään ja ystäviltään. Häpeä on tuskallinen kokemus vanhukselle, sillä se koskettaa kokonaisuudessaan. Sitä on joskus vaikea tunnistaa ja sitä on vaikea pukea sanoiksi. Häpeään liittyy nähdynsi tulemisen tarve. Alkoholin liikakäytön kanssa kamppaileva vanhus on usein yhteiskunnassamme näkymätön. Kun hän haluaa tulla nähdynsi ihmisenä, altistaa hän itsensä häpeän kokemukselle. Kohtaamistilanteissa työntekijältä edellytetäänkin suurta herkkyyttä sekä neutraalia ja moralisoimatonta työtapaa häpeän hälventämiseksi vanhukselta. (Levo ym. 2008, 42.)

Eryteisesti vanhoilla naisilla juomiseen liittyvä häpeän tunne on suuri. Häpeän vallassa eläminen uhkaa vanhuksen myönteisiä käsityksiä itsestään. Häpeä ja masennus liittyvät usein yhteen ja lisäävät taipumusta masentumiseen. Sen vuoksi alkoholinkäytön puheeksi ottaminen on ensiarvoisen tärkeää, että välttäisiin ongelmien pahenemisilta. (Levo ym.2008, 42-43.)

Alkoholinkäytön puheeksi ottaminen voi tuntua vaikealta ja haasteelliselta vanhuksesta, mutta se voi olla sitä myös itse työntekijälle. Rohkeus ja taito puhua vaikeistakin asioista ovat osa sosiaali- ja terveysalan työntekijän ammattitaitoa. Pahimmillaan puuttumattomuus johtaa siihen, ettei kukaan puutu ongelmiin ja ne kehittyvät ja monimutkaistuvat entisestään. Siinä tapauksessa ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen mahdollisuudet menetetään. Vuorovaikutuksellinen

keskustelu ei aina ole helppoa. Ihmisillä on taipumus olla ennakkoluuloisia, puolustella omaa näkökantansa ja jättää huomiotta ohjeet ja neuvot. Alkoholiriippuvuuden ollessa mukana kommunikaatio vaikeutuu entisestään. Avoin, suoralinjainen ja tuomitsematon keskustelu sekä asiasta kysyminen ovat parhaita tapoja kartoittaa alkoholinkäyttöä. Hienotunteisuus ja äänen sävyt on tärkeää huomioida. Keskustelulle tulee varata riittävästi aikaa. Keskustelun tulee aina kulkea vanhuksen ehdoilla ja hänen tulee saada miettiä rauhassa vastauksiaan. Ensisijaisena tavoitteena keskusteluissa on vanhuksen pohdinnan mahdolliseksi tekeminen ja kannustaminen oman päihteidenkäytön tarkasteluun. Työntekijän rooli on kannustaa muutokseen ja rohkaista asiakastaan. (Nykky ym. 2010, 19.) Puheeksioton välinettä, AUDIT- kyselyä joka sopii vanhuksille (Levo ym. 2008, 28), voi kotisairaanhoidaja hyödyntää työssään.

Airan ja Haarnin (2010, 583) tutkimuksessa, missä käsitellään iäkkäiden suhtautumista alkoholin käytöstä kysymiseen, haastattelujen tuloksena oli että terveydenhuollossa käsiteltiin iäkkäiden alkoholinkäyttöä vain harvoin oma-aloitteisesti.

5.3 Muutosvaihemalli

Muutosprosessi tarkoittaa asiakkaan toipumisprosessia jonka ensimmäinen tehtävä on tehdä alkoholin käyttö näkyväksi. Tämä tapahtuu kysymällä asiakkaalta suoraan. Näiden keskustelujen tulee tapahtua aina asiakkaan ehdolla. Asiakkaille on annettava aikaa miettiä näitä asioita, koska asiakkaat eivät välttämättä ennen ensimmäistä keskustelua ole miettineet suhdettaan alkoholiin. (Levo, 2008, 35-36.)

Päihteiden käytön muutosprosessi alkaa yleensä esipohdintavaiheella, jossa asiakas ei usein tiedosta omaa ongelmaansa, mutta lähiympäristö voi kokea että päihteiden käyttö on jo ongelmallista. Toinen prosessivaihe on pohdintavaihe. Tässä vaiheessa asiakas alkaa jo vähän tiedostaa päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja hän alkaa pohtia päihteidenkäytön hyötyjä ja haittoja. Seuraava muutosprosessin vaihe on päätöksentekovaihe, jolloin asiakas tekee päätöksen

päihteiden käytön lopettamisesta. Ennen tätä päätöstä asiakas voi pitkäänkin miettiä käytön jatkamisen ja käytön muuttamiseen liittyviä asioita ja hän voi esimerkiksi kokeilla erilaisia hoitoja ilman kunnollista sitoutumista niihin. Neljäs vaihe on toimeenpanovaihe, jolloin päihteiden käytölle haetaan vaihtoehtoista toimintaa. Viimeinen vaihe on ylläpitovaihe, joka muutosprosessissa on kaikkein haastavin vaihe. Alkuinnostuksen jälkeen on vaikea palata arkeen, riski retkahdukseen kasvaa, alkoholinkäytön lopettamisesta saatujen positiivisten kokemusten hohto vähenee ja paluu vanhoihin tottumuksiin kiinnostaa. Tässä vaiheessa on tärkeää löytää edelleen vaihtoehtoista tekemistä päihteiden käytölle sekä saada tukea muutosprosessiin. (Levo, 2008, 36.)

Retkahdus tarkoittaa hallitsematonta alkoholin käyttöä silloin, kun asiakas on pyrkimässä eroon päihteistä. Retkahdus johtuu usein siitä kun asiakas menettää sosiaalisen tuen tai hänelle tulee kielteisiä tunnetiloja. Retkahtaminen on henkisesti raskasta päihteistä eroon pääsevälle asiakkaalle. Kuitenkaan retkahtamista ei pidä nähdä ainoastaan epäonnistumisena vaan sitä voidaan pitää myös oppimisprosessina. Retkahdusten myötä asiakas oppii tunnistamaan itsessään sellaiset ajatustavat ja toimintatavat jotka helposti johtavat uusiin retkahduksiin. Lopulta onnistunut muutosprosessi johtaa vakiintuneeseen päihteiden käytön muutokseen. Monille se kuitenkin on pitkä tie, jolle on annettava tarpeeksi aikaa. Muutosprosessin eteneminen tapahtuu asiakkaan omassa tahdissa pienin askelin kohti parempaan elämään. (Levo, 2008, 36.)

Saarnio ja Knuutila (2003, 20) ovat tutkineet aihetta, joka on nimeltään: Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. Tutkimuksen kohteena oli Kankaanpään A-koti. Tutkimusten mukaan yhteydessä muutosvalmiuteen olivat tutkimushenkilön ikä, ammatti, asuminen, hoitoon tulon vapaaehtoisuus ja hoitotavoite. Muutosvalmius oli korkeampi mitä vanhempi tutkimushenkilö oli kyseessä. Asunnottomien muutosvalmius oli matalampi, kuin omassa tai vuokra-asunnossa asuvien henkilöiden. Muutosvalmius oli myös matalampi sellaisilla henkilöillä, jotka olivat joutuneet hoitoon muusta kuin omasta vapaasta tahdosta ja myös heillä, joilla oli tavoitteena alkoholin hallittu käyttö.

6. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tavoite on kehittää kotisairaanhoitajien tietämystä siitä, miten he pystyvät ohjaamaan alkoholisoituneita vanhuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotisairaanhoitajien kokemuksia alkoholiongelmisten vanhusten hoitotyöstä ohjauksen näkökulmasta.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia ohjauskeinoja kotisairaanhoitajat ovat käyttäneet työssään?
2. Miten kotisairaanhoitajat voivat kehittää alkoholiongelmisten vanhusten hoitotyötä?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa kerromme, että mitä tutkimusotetta opinnäytetyössä käytetään ja millä tavalla aineistonkeruu on suoritettu. Toteutuksessa kerromme vaiheittain, miten opinnäytetyön prosessi eteni ja lopuksi aineiston analyysimenetelmä on selvitetty vaiheittain.

7.1 Kvalitatiivinen tutkimusote

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusmenetelmässä kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen kaikessa moninaisuudessaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, diskursiiviset analyysit, osallistuva havainnointi sekä ryhmähaastattelut. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, satunnaisotantaa ei käytetä. Tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelma muuttuu sikäli, että tutkimus toteutetaan joustavasti olosuhteiden vaatimalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.)

Kvalitatiivinen tutkimus sisältää laajasti erilaisia lähestymistapoja ja ne ovat monin tavoin myös päällekkäisiä. Nykyisellään kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisuutena laajalle hajaantunutta ja sen hallinta on vaikeaa. Kvalitatiivinen tutkimus liittyy uskomuksiin, käyttäytymisen muutoksiin ja asenteisiin ja sen käyttöalueiksi kuvataan uudet tutkimusalueet, joista ei vielä tiedetä paljoakaan. Lisäksi tämä tutkimusote sopii hyvin jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen erityisesti silloin jos halutaan tuoda esille uusia näkökulmia tai aiemmin saatua tietoa epäillään. Kvalitatiivinen tutkimusotteen eri lähestymistapojen samana tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja sekä samanlaisuuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 49-50.)

Päätimme käyttää kvalitatiivista tutkimusotetta sen vuoksi, että halusimme tehdä kyselylomakkeen, jossa on avoimia kysymyksiä, koska haastateltavia ei ollut alun perinkään monta. Tutkimusote oli luonnollinen valinta meille myös sen vuoksi, että

saimme valita itse tarkoituksenmukaisesti kohdejoukkomme. Halusimme myös päästä lähelle tutkittavia, ja kuvata heidän todellista elämää ja kokemuksia työssään. Aiheemme on arkaluontoinen, minkä vuoksi myös kvalitatiivinen lähestymistapa sopii parhaiten.

7.2 Aineistonkeruu

Aineistoa voidaan kerätä monella eri tavalla. Tyypillisimmät kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi, dokumentit, tarinat ja elämäkerrat sekä kyselylomake. (Hirsijärvi ym. 2009, 204-217.) Opinnäytetyömme tiedonkeruumenetelmä on kyselylomake, jossa on avoimia kysymyksiä. Kyselylomake antaa siis mahdollisuuden vastata vapaasti kysymyksiin, jolloin vastausten kulkua ei ole ennalta ohjattu. Kyselylomakkeen lisäksi teimme kotisairaanhoidajille saatekirjeen, missä esittelimme lyhyesti aiheemme ja perustelimme samalla vastaajan tärkeyttä opinnäytetyöllemme. Saatekirjeessä oli mainittu myös kyselylomakkeen palautuspäivä ja ohjeet kyselylomakkeen tekoa varten ja lopussa oli yhteystietomme. Saatekirje on liitteissä, (liite 1). Päädyimme kyselylomakkeen tekoon haastattelun sijasta sen vuoksi, että aiheemme on arkaluontoinen ja ajattelimme että kotisairaanhoidajien olisi helpompi kirjoittaa kokemuksiaan ja tuntemuksiaan paperille ilman identiteettiä, kuin että he kertoisivat asioistaan kasvotusten mikä saattoi jopa luoda turvallisuuden tunnetta vastaajille. Kyselylomake testattiin ennen lähetystä kotisairaanhoidajille.

Kyselylomaketta laatiessamme tuli kiinnittää huomiota siihen, että kysymykset pohjautuvat opinnäytetyön teoriaan ja että kysymysten avulla saadaan vastaukset tutkimusongelmiimme. Kyselylomakkeen tekovaiheessa tulee myös noudattaa tiettyjä suosituksia, että vastaajan on mahdollisimman helppo vastata kysymyksiin. Kysymysten tulee olla rakenteeltaan selviä, eli epämääräisyyksiä tulee välttää. Saadakseen päteviä tuloksia, on tärkeää että kysymykset merkitsevät samaa kaikille jotka vastaavat kyselylomakkeisiin. Yleisellä tasolla oleviin kysymyksiin liittyy enemmän tulkinnan varaan jäämistä kuin tarkemmin esitettyyn kysymykseen. Lyhyesti esitetyt kysymykset ovat parempia, sillä lukijan on

helpompi ymmärtää niitä, kuin pitkiä. Yhtä asiaa tulee kysyä kerrallaan ja kaksoismerkityksiä tulee välttää. Kysymysten määrää ja järjestystä tulee harkita. Yleiset kysymykset kannattaa esittää alussa ja tarkemmin esitetyt lopussa. Myös selkeä kielenkäyttö on tärkeä. Omaa ammattikieltä tulee välttää. (Hirsijärvi ym. 2009, 202-203.) Kyselylomaketta laatiessamme teimme monia erilaisia ehdotuksia kysymysten suhteen ja ne vaihtuivat useaan otteeseen. Lopuksi ne tarkentuivat opinnäytetyöhömme vastaavaan muotoon. Kyselylomake on liitteissä, (liite 2).

Käytimme opinnäytetyössämme sosiaali- ja terveysalan ammattikirjallisuutta ja tutkimuksia. Tutkimuksia suoranaisesti aiheeseemme löytyi niukasti, mutta etsimme vaihtoehtoisia tutkimuksia tilalle.

7.3 Toteutus

Toteutamme opinnäytetyön yhdessä kotihoidon kanssa. Kotihoidossa työskentelee yhteensä 11 kotisairaanhoidtajaa. Otimme yhteyttä kotipalvelun osastonhoitajaan ja hän suostui yhteistyöhön kanssamme. Olemme kiinnostuneet opinnäytetyössämme kotisairaanhoidajan näkökulmasta, minkä perusteella kotisairaanhoidajat on valittu vastaajien joukkoon. Tutkimusluvan anoimme kotihoidon johtajalta. Kyselylomakkeet veimme kotihoitoon, missä sen osastonhoitaja hoiti kyselylomakkeiden toimituksen henkilökohtaisesti kotisairaanhoidtajilleen. Vastausaikaa oli annettu alunperin viikko, mutta se ei riittänyt, joten siirsimme sitä vielä toisella viikolla. Kyselylomakkeisiin vastasi kolme kotisairaanhoidtajaa ja aineistoa oli yhdistettynä yhteensä neljä sivua. Haimme itse henkilökohtaisesti kyselylomakkeet kotihoidosta. Olimme yhteydessä kotipalvelun osastonhoitajan kanssa sähköpostin ja matkapuhelimen välityksillä.

7.4 Aineiston analyysi

Aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jonka prosesseja ovat muun muassa analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Tarkoituksena

sisällönanalyysissä on siis esittää ilmiö tiivistetysti, jolloin syntyy käsitekarttoja, -luokituksia, -järjestelmiä sekä malleja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 133-134.)

Sisällönanalyysi tarkoittaa hankitun aineiston supistamista niin, että kyseessä olevaa ilmiötä voidaan yleistävästi tai lyhyesti kuvailla tai että kyseessä olevien ilmiöiden väliset suhteet voidaan nostaa selkeästi esille. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla kyetään tekemään havaintoja dokumenteista ja tulkita niitä systemaattisesti. Olennaista sisällönanalyysissä on se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokitusten pitää olla toinen toisensa poissulkevia tai täysin yksiselitteisiä. Sisällönanalyysi ei ole pelkästään pelkkä tekniikka jolla kuvataan aineistoa. Kysymyksessä on aineistosta ilmenevät merkitykset, yhteydet, seuraamukset, sekä tarkoitukset ja aikomukset. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 23.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sisällönanalyysi toteutetaan joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Tämä tarkoittaa sitä että analyysi voi olla aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Induktiivisessa analyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana on teoria jonka ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 135-136.)

Induktiivisessa analyysissä pyritään tekemään päätelmiä ja yleistyksiä aineistosta johtuvien asioiden perusteella. Aineistoa yritetään tarkastella monitahoisesti niin, että merkityksellisimmät teemat voidaan nostaa esiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 136.)

Sisällönanalyysin prosessista muotoutuu erilainen johtuen siitä, onko analyysi tehty perustuen induktiiviseen päättelyyn vai deduktiiviseen päättelyyn. Myös sillä on merkitystä kohdistuuko analyysi aineiston ilmissältöön vai piilosisältöön. Induktiivisessa päättelyssä käytetään loogista päättelyä apuna ja konkreettisesta aineistosta siirrytään sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 24.)

Analyysiprosessimme eteni siten, että ensin tutustuimme kyselylomakkeisiin ja luimme ne uudelleen useaan otteeseen ja keskustelimme tuloksista. Olimme selvää mitä yhteneviä ja erilaisia mielipiteitä niissä esiintyi ja vertailimme niitä keskenään. Yhdistimme tekstin yhdeksi kokonaisuudeksi ja saimme niistä yhteensä neljä sivua tekstiä käsinkirjoitettuna. Alleviivasimme lauseita ja sanoja, mitkä liittyivät tai vastasivat suoraan tutkimusongelmiimme. Alleviivatut sanat tai lauseet keräsimme eri paperille allekkain. Lähdimme pelkistämään aineistoa eli haimme kysymyksiä tutkimusongelmiimme. Luokittelimme siis vastauksia eri luokkiin ja teimme kartan induktiivisesta sisällönanalyysistämme, jolla myös todistimme tutkimustulostemme luotettavuutta. Luokittelussa kävimme tarkasti läpi kyselylomakkeiden alkuperäisilmaisuja, yksittäisiä sanoja tai lauseita ja etsimme niistä samankaltaisia ja erilaisia asioita. Samoja asioita kuvaavat kirjoitukset yhdistimme samaan luokkaan ja tämä nimettiin luokkaa kuvaavalla nimellä.

Analyysivaiheessa myös vertailimme käyttämäämme ammattiaineistoa ja tutkimuksia tutkimustuloksiimme. Keräsimme myös kyselylomakkeista analysoitavaksi sellaisia asioita, jotka olivat olennaisia tutkimuksellemme ja karsimme epäolennaisia vastauksia pois. Luokat koottiin yhteen, niin että siitä saatiin looginen kokonaisuus. Valmiista analyyseistä teimme opinnäytetyöhömmme tutkimustulokset ja johtopäätökset.

Kyselylomakkeiden tarkoituksena on vastata opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeiden vastaukset kuitenkin antoivat niukasti tietoa varsinaisiin tutkimusongelmiimme. Vastauksissa kuitenkin ilmeni asioita, jotka ovat opinnäytetyömme kannalta olennaisia ja tärkeitä. Nostimme näitä asioita esille tutkimustuloksissa ja pohdinnassa. Vastausten induktiivinen sisällönanalysointi siis jakautui yhteensä kolmeen pääluokkaan, eli kahdesta tutkimusongelmasta- ja muista esille nousseista asioista tehdyt sisällönanalyysit. Kolmen pääluokan induktiivinen sisällönanalysointitaulukko on opinnäytetyön liitteissä, (liite 3). Induktiivinen Sisällönanalysointitaulukko osoittaa sen, miten opinnäytetyön kirjoittajat ovat analysoineet kyselylomakkeiden vastaukset.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeiden vastaukset on analysoitu sisällönanalyysillä kolmeen pääluokkaan. Kahden ensimmäisen pääluokan muodostavat tutkimusongelmien vastaukset ja kolmas pääluokka muodostuu muista esille nousseista vastauksista. Nämä vastaukset ovat myös tärkeitä ja olennaisia opinnäytetyömme kannalta.

8.1 Kotisairaanhoidajien käyttämät ohjauseinot

Tutkimustulosten mukaan kotisairaanhoidajat ovat keskustelleet alkoholiongelmiaisten asiakkaidensa kanssa esimerkiksi alkoholin ja lääkityksen yhteisvaikutuksista, myös alkoholin haitoista, kuten kaatumiset ja vaikutukset toimintakykyyn. Keskustelu on keino, millä aloitetaan puuttuminen vanhuksen alkoholiongelmaan. Keskustelua on edeltänyt asiakkaan tilanteen seuraaminen. Moniammatillisuus ja yhteistyö on tärkeää eri tahojen kanssa.

”Asioista puhutaan suoraan, ei ”hyssyttelyä.”

Vanhusten alkoholiongelmalliseen alkoholin käyttöön ohjauseinona on puututtu myös valistamalla heitä alkoholin haitoista. Vastauksissa ilmeni myös että ohjauseinona käytetään esimerkkinä myös omaa päihteetöntä elämäntapaa.

8.2 Kotisairaanhoidajien kehitysehdotukset alkoholiongelmaisen vanhuksen hoitotyöhön

Tärkeäksi koetaan työnantajan tuki. Vanhuksen hoitoon toivottaisiin tarkentavia yhteisiä pelisääntöjä: esimerkiksi vanhuksen alkoholinkäyttöä ei sallittaisi hoitajan läsnä ollessa. Alkoholiongelmainen vanhus otettaisiin kotisairaanhoidon asiakkaaksi, vain jos vanhus sitä itse haluaa.

Vanhuksen alkoholiongelmasta pitäisi ottaa aika-ajoittain ja toistuvasti selvää. Siitä pitäisi keskustella rohkeasti vanhuksen ja omaisten kanssa. Kotisairaanhoidajat kokevat kuitenkin vielä häveliääksi vanhuksen alkoholiongelmasta kysymisen. Alkoholien ja lääkkeiden yhteisvaikutukset nousivat useaan otteeseen huolen aiheeksi. Asioista tiedottaminen antaisi lisää rohkeutta ongelmaan puuttumiseen.

8.3 Muut tutkimuksessa esille nousseet asiat

Tutkimuksessa nousi esille sellaisia asioita, jotka ovat mielestämme kiinnostavia, ajankohtaisia ja tärkeitä tutkimuksemme kannalta. Sen vuoksi halusimme ottaa ne mukaan tutkimukseemme, vaikka ne eivät vastaakaan tutkimusongelmiamme.. Vastauksia saapui meille vain kolme kappaletta ja jos olisimme analysoineet pelkät vastaukset jotka vastaavat tutkimusongelmiimme, olisi analyysimme jäänyt liian suppeaksi.

Tukiverkoston merkitys kotisairaanhoidajan ohjauksessa. Jos alkoholiongelmaisella vanhuksella on omaisia, heidät on koettu tärkeäksi avuksi, sillä he pystyvät tukemaan vanhusta omalta osaltaan.

”Hankalampi on ollut pysäyttää esim. taksikuski joka on vuosien ajan saattanut vanhukselle tuoda (tämän pyynnöstä) alkoholia kaupasta.”

Omaiset ovat voineet sopia siitä, että he ottavat yhteyttä vanhuksen ystäviin/lähipiiriin ja sopivat miten yhdessä seuraavat alkoholiongelmaista vanhusta. Tukiverkoston antamat neuvot ovat tärkeitä kotisairaanhoidajalle ja kaikki vanhuksen hoitoon osallistuvat ovat samalla linjalla asioista.

Esille nousi myös, että osalla alkoholiongelmaisista vanhuksista on etäinen ja vaikea suhde omaisiinsa, minkä vuoksi tukiverkosta on vaikea hyödyntää työssään. Tukiverkoston hyödyntämistä on vaikeuttanut myös se, että osalla alkoholiongelmaisista vanhuksista on ystäviä, joilla on myös alkoholiongelma.

Alkoholisoituneiden vanhusten hoitoon liittyvät ongelmat. Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö altistaa vanhuksen erilaisille vaaratekijöille, kuten kaatumiset, murtumat, lääkkeiden ottamatta jättäminen; tai niitä otetaan miten sattuu. Vanhuksen on vaikea pitää kiinni sovituista asioista, sillä hän on sovitulla hetkellä ollut liian humalassa ja sen jälkeen unohtanut sovitun asian. Liiallisen alkoholinkäytön seurauksena vanhuksen elimistö voi kuivua ja vanhus saattaa laihtua.

”Toiset lääkärit ”hyysäävät” liikaa alkoholisteja, eikä ajatella asiaa kokonaisvaltaisemmin.”

Esiin nostettiin myös sellainen ongelmaa aiheuttava seikka, että vanhus ei itse koe että hänellä on alkoholiongelma. Kaikki asiakkaat tulee myös saada tasa-arvoisiksi.

Kerrotaan, että hoitotilanteet voivat olla uhkaavia ja pelottavia vanhuksen alkoholia käyttävien ystävien vuoksi. Ongelmia tuottaa myös se, että kotisairaanhoidajan suhde saattaa olla etäinen alkoholiongelmaiseen vanhukseen. Vanhus saattaa käyttäytyä jopa aggressiivisesti humalatilansa vuoksi, vaikka normaalisti vanhuksella ei ole taipumusta aggressiivisuuteen. Alkoholisoituneen vanhuksen valvonta on myös koettu vaikeaksi, sillä humalatilassa vanhus saattaa esimerkiksi ottaa lääkkeitään miten sattuu.

”Ohjauksesta ei ole hyötyä vaikka puhuisi kuin Runeberg!”

Vanhuksen voinnissa ja toimintakyvyssä voi ilmetä ongelmia, joihin ei ole löydetty selvää syytä, kunnes hänen alkoholiongelmansa paljastuu.

Alkoholiongelmaisen vanhuksen ja kotisairaanhoidajan väliset hoitosuhteet. Osalla kotisairaanhoidajista oli hyvät kokemukset hoitosuhteesta alkoholiongelmaiseen vanhukseen. Tähän asti alkoholiongelmaiset vanhukset ovat olleet myötämielisiä ja avoimia, mutta heidän muistiongelmat on koettu haasteellisiksi, sillä ne haittaavat asioiden puuttumiseen ja etenemiseen ja aina joudutaan aloittamaan alusta uudelleen. Luottamussuhde rakentuu molempien rehellisyyden pohjalta.

Koettiin myös, että hoitosuhde oli jäänyt usein etäiseksi. Hoitosuhteen luominen oli ollut vaikeaa, sillä usein kotisairaanhoidajan käynnin aikana vanhuksen luona oli ollut läsnä myös ”alkoystävät”. Kotisairaanhoidaja ei ole saanut mahdollisuutta keskustella alkoholiongelmaisen vanhuksen henkilökohtaisista asioista.

9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Luotettavuuden arviointi on välttämätöntä, jotta tutkimustuloksia voidaan hyödyntää jatkotutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yleisillä luotettavuuskriteereillä joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Opinnäytetyön luotettavuutta olemme pyrkineet mahdollistamaan siten, että käytämme ainoastaan luotettavia ja hyväksyttäviä lähteitä. Suunnitelman saatekirje ja kyselylomake on esitettävä Tutkimuksen luotettavuutta ylläpidimme myös siten, että aineiston analyysivaiheessa kävimme aineiston läpi useaan eri otteeseen. Keskustelimme yhdessä vastauksista useasti ja teimme lopuksi yhdessä aineiston induktiivisen sisällönanalyysin.

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Olennaista on pohtia miksi juuri kyseistä aihetta on tutkittu ja kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu. Jotta tutkimus olisi eettinen, tutkijan on selvitettävä, miten tutkittavia on kohdeltu ja miten suostumus on hankittu. On selvitettävä myös, millaisia riskejä heidän osallistumiseensa liittyy ja miten tutkija on hankkinut tietoa tutkimukseensa. Tutkimustyössä on tärkeää, että epärehellisyyttä vältetään työn kaikissa vaiheissa. Toisten tekstiä ei saa plagioida ja muiden tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2001, 25-27.)

Opinnäytetöiden ja tutkimusten tekemisessä eettisyys on merkittävässä asemassa. Jos eettisissä asioissa epäonnistuu, voi koko tutkimukselta mennä pohja. Tutkimusetiikka tarkoittaa lukuisia valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tutkimuksen tekijän pitää ratkaista tutkimuksen eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimuseettiset kysymykset jaetaan kahteen ryhmään: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin, ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään, eli hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Tutkimuksissa vastuu on aina tutkimuksen johtajalla. Keskeistä on se, että tutkimus on tutkimukseen osallistuville ihmisille vapaaehtoista, ja he saavat keskeyttää milloin tahansa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 2006, 26-27.)

Hoitajien kyselylomakkeet säilytetään opinnäytetyön tekemisen ajan, mutta lomakkeet tuhotaan heti, kun opinnäytetyö on valmis. Hoitajien identiteetti pysyy salassa koko tutkimuksen ajan. Lisäksi osallistuminen on vapaaehtoista.

Salaamme yhteistyötä tekevän kotihoidon tunnistettavuuden vähäisten vastausten vuoksi, sillä se saattaa luoda negatiivista kuvaa kotihoidolle. Päätöksen teimme yhdessä opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa.

Tutkimustulosten analyysiprosessista on tutkimuksen lopussa liite, (liite 3) mistä jokaisella on mahdollisuus nähdä, että analyysi on muodostunut. Tutkimusvastauksia analysoidessamme olimme objektiivisia ja puolueettomia.

Tutkijalla tai tutkijoilla tulee olla hyvä ammattitaito, että tutkimuksesta tulisi laadukas ja että se tuottaisi luotettavia tuloksia. Ammattitaito jaetaan jokaisen tieteenalan edellyttämään tiedolliseen ja tutkimuskäytäntöjen tekniseen hallintaan ja ammattietiikkaan. Nämä yhdessä muodostavat hyvän tieteellisen käytännön. Tieteenalan huono hallinta ja huolimattomuus tutkimuksen tekemisessä, tulosten kirjaamisessa, säilytyksessä ja raportoinnissa ovat merkinä tutkijan huonosta ammattitaidottomuudesta. Ne heikentävät myös tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja saattavat jopa mitätöidä sen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta/ Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, 2002.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset on jaoteltu kahteen kategoriaan, joita ovat piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja vilppi tieteellisessä toiminnassa. Piittaamattomuus ja vilppi voivat esiintyä tutkimuksessa tutkimustulosten ja johtopäätösten tiedoksiannossa. Piittaamattomuus hyvästä

tieteellisestä käytännöstä ilmenee törkeinä laiminlyönteinä (gross negligence) ja holtittomuutena, joka liittyy erityisesti tutkimuksen suorittamiseen. Vilppi tieteellisessä toiminnassa tarkoittaa tiedeyhteisön ja usein myös päätöksentekijöiden harhaan johtamista. Se on väärin tietojen tai tulosten tuottamista tiedeyhteisölle tai niiden levittämistä erilaisiin tarkoituksiin. Vilpin ilmenemismuodot on jaoteltu sepittämiseen (fabrication), vääristellyn (misrepresentation), luvattomaan lainaamiseen (plagiarism) ja anastamiseen (misappropriation). (Tutkimuseettinen neuvottelukunta/ Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, 2002.)

Sepittäminen on keksittyjen havaintojen esittämistä tiedeyhteisölle. Havaintoja ei ole tehty tutkimusraportissa esitetyllä tavalla tai menetelmillä. Se on myös keksittyjen tulosten esittämistä tutkimusraportissa. Havaintojen vääristelyllä tarkoitetaan alkuperäisten havaintojen järjestelmällistä muokkaamista ja esittämistä. Samalla myös havaintoihin perustuva tulos vääristyy. Luvattonta lainaamista on jonkun toisen ihmisen julkaiseman tutkimussuunnitelman, artikkelin, käsikirjoituksen, tai muun kirjoituksen tai sen osan esittäminen omana tuotoksenaan. Anastamisella tarkoitetaan tutkijalle luottamuksellisesti näytetyn alkuperäisen tutkimusidean, -havaintojen tai -suunnitelman oikeudetonta käyttämistä tai esittämistä omalla nimellään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta/ Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, 2002.)

10 POHDINTA

Saimme kotisairaanhoidajien vastausten avulla hyviä vastauksia tutkimusongelmiimme, vaikkakin vastaajien osuus jäi pieneksi. Vastaukset olisivat voineet olla osalla hieman kattavampia ja laajempia. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on saattanut olla hankalaa kotisairaanhoidajille, sillä käsittelemämme asiat ovat arkaluontoisia. Aihe on ilmiönä jokaista koskettava. Kaikkiin kyselylomakkeiden kysymyksiin emme saaneet vastauksia ja kyselylomakkeista kävi myös ilmi, että kotisairaanhoidajien käyttämät keinot eivät ole riittäviä. Aihe saattoi olla liian vaikea, tai se ei herättänyt tarpeeksi mielenkiintoa kotisairaanhoidajissa. Vaikka vastaukset eivät suoranaisesti antaneet aineistoa hoitotyönnäkökulmaamme, saimme kuitenkin hyviä vastauksia joita käytimme tutkimuksessamme ja sen vuoksi saimme lisää materiaalia analysoitavaksi.

Vastaukset olivat myös erilaisia. Tutkimuksessa esiintyi osalla hyviä kokemuksia alkoholiongelmiaisten vanhusten hoidosta, mutta osalla kokemukset olivat negatiivisemmat. Lähinnä koettiin myös vanhuksen alkoholia käyttävät ystävät hoitosuhteen luomisen esteeksi ja heidän paikallaolon uhaksi. Vanhusten muistiongelmia koettiin vaikeuttavaksi tekijäksi, sillä usein kotisairaanhoidaja joutuu aloittamaan päihdetyönsä aina uudelleen. Saarnion ja Knuutilan (2003, 20) mukaan mitä vanhempi henkilö on kyseessä, sitä myönteisempi asiakas on alkavan hoitonsa suhteen.

Tavoitteenamme on kehittää kotisairaanhoidajien tietämystä siitä, miten he pystyvät ohjaamaan alkoholisoituneita vanhuksia ja se täyttyi, sillä olemme tuottaneet tietoa motivoivasta haastattelumenetelmästä, mikä on tehokas ja suositeltava menetelmä kotisairaanhoidajille työssään. Käsittelemme myös alkoholinkäytön puheeksi ottoa ja toivomme, että siitä löytyisi uusia välineitä kotisairaanhoidajille työhönsä. Muutosvaihemalli on tärkeä jokaisen hoitotyön ammattilaisen sisäistää, sillä sen avulla asiakastaan on helpompi ymmärtää ja auttaa.

Tarkoituksemme mukaisesti olemme kuvanneet opinnäytetyössä kotisairaanhoidajien kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhusten hoitotyöstä. Kokemukset olivat erilaisia, osalla positiivisia ja osalla negatiivisia. Eriävät vastaukset antoivat eri näkökulmia pohtia vastauksia ohjauksen näkökulmasta.

Teoriamme käsittelee melko laajasti alkoholiongelmaista vanhusta ja siihen liittyviä osa-alueita. Kyselylomakkeiden vastaukset vastasivat melko hyvin samoihin asioihin, mitä itse halusimme ottaa esille teoriaosiossamme. Kotisairaanhoidajat myös saavat itselleen uutta tietoa ja uusia keinoja teoriastamme.

10.1 Johtopäätökset

Kotisairaanhoidajat kokivat rohkean puheeksi oton ja siihen liittyvät keskustelut tärkeiksi. Erityisen huolenaiheena oli alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset vanhuksen elimistöön ja toimintakykyyn. Vanhusten muistamattomuus myös vaikeuttaa kotisairaanhoidajan työtä. Moniammatillisuutta ja työnantajan tukea pidettiin tärkeänä.

Kotisairaanhoidajien ohjauskeinot ovat vähäisiä, sillä kyselylomakkeiden pohjalta voidaan tehdä sellainen johtopäätös, että kotisairaanhoidajat käyttävät tällä hetkellä hoitokeinonaan keskustelua ja valistusta. Nämä liittyvät lähinnä alkoholin haittavaikutuksiin. Hoitoon ohjaaminen jäi puutteelliseksi. Myös vanhuksen motivoiva haastattelu ja motivoiminen raittiuteen ja siihen tukeminen jäivät ilman mainintaa. Saarnion ja Knuutilan (2003, 16-17) mukaan motivoiva haastattelu on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi erityisesti hoidon alkuvaiheessa ja asiakkaan sitoutumisessa tulevaan hoitoon. Kyselylomakkeessamme oleva kysymys, mikä koski kotisairaanhoidajien käyttämiä ohjausmenetelmiä saattoi olla kuitenkin liian yleisellä tasolla esitetty kysymys, koska kukaan kotisairaanhoidajista ei maininnut motivoivaa haastattelua, tai motivoivaa ohjausta vastauksissaan. Olisimme kaivanneet motivoivaa haastattelukeinoa vastauksiin, sillä se on opinnäytetyömme hoitotyön näkökulmana. Kyseistä tutkimusongelmaamme olisi pitänyt tarkentaa ja kyselylomakkeessa olisi pitänyt olla esimerkiksi lisäkysymys motivoivasta haastattelumenetelmästä. Näin olisimme saaneet enemmän tietoa

aiheesta ja olisimme pystyneet analysoimaan ja pohtimaan toista tutkimusongelmaamme tarkemmin hoitotyön näkökulmastamme. Jos vastaajia olisi ollut enemmän, vastauksissa olisi saattanut esiintyä motivoiva haastattelu ohjauskeinona. Jatkossa motivoivan haastattelun käyttöön tulisi kiinnittää huomiota. Kotisairaanhoidajien vastausten perusteella havaitsimme myös, että he eivät itse olleet myöskään täysin tyytyväisiä ohjauskeinoihinsa.

Pääpiirteittäin kotisairaanhoidajat kokivat, että he olivat onnistuneet luomaan hyvän hoitosuhteen alkoholiongelmaisen vanhuksen kanssa ja omaisten roolia pidettiin tärkeänä vanhuksen hoitosuhteessa.

Alkoholinkäytön puheeksi ottoa vaikeuttaa se, että kotisairaanhoidajien on vaikea kysyä vanhukselta alkoholinkäytöstä, sillä osa koki sen häveliääksi. Kehitysehdotuksena oli, että tähän saataisiin uusi työväline, mikä mahdollistaisi luonnollisen ja mukavalta tuntuvan keskustelun kotisairaanhoidajan ja vanhuksen välille. Airan ja Haarnin (2010, 583) tutkimuksessa vanhusten kokemusten mukaan terveydenhuollossa henkilökunta harvoin otti oma-aloitteisesti esille vanhuksen alkoholiongelman.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavaista ja antoisaa meille molemmille. Olemme oppineet etsimään tietoa erilaisilla tiedonhakuohjelmilla ja samalla opimme olemaan kriittisiä lähteiden luotettavuuden suhteen. Samalla myös opimme soveltamaan erilaisia lähteitä työhömmme. Olemme kasvattaneet sairaanhoidajaidentiteettiämme koko opinnäytetyöprosessin ajan.

10.2 Kehitysehdotukset

Alkoholinkäytön puheeksi ottamista tulee kehittää. Puheeksi ottamista vaikeuttaa kuitenkin häveliäisyyden tunne, mikä tulee kotisairaanhoidajalle asian yhteydessä. Haasteellisuutta lisää se, että vanhus on vanhempi henkilö, jolla on jo paljon elämäkokemusta ja työtä tehdään vanhuksen kotioloissa. Työyhteisössä tulisi kaikkien tiedostaa ja hyväksyä vanhuksen alkoholiongelma ja kaikkien tulisi sitoutua yhdessä vanhuksen päihdehoitotyöhön. Henkilökunnan tulisi saada koulutusta mahdollisimman paljon, sillä tarvittavan tiedon avulla

kotisairaanhoidajan on helpompi puuttua vanhuksen ongelmiin kokonaisvaltaisesti ja samalla kotisairaanhoidaja oppii uusia taitoja, joita on helppo hyödyntää työssään. Kotisairaanhoidajilla tulee olla eväitä vanhuksen hoidon ohjaamiseen ja motivoimiseen.

Toivottavaa olisi, että jatkossa kotisairaanhoidajilla olisi enemmän mahdollisuuksia ja eväitä vastata samankaltaisiin ja tuleviin tutkimuksiin, sillä suuremmilla vastausmäärillä saadaan enemmän näkökulmia ja vaihtoehtoja vastauksiin. Asiaa tutkimalla kaikki saavat enemmän tietoa ja kokemuksia jakamalla yhteistyöllä ongelmaa pystytään paremmin hoitamaan ja kehittämään.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* (125), 891-896.
- Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholien suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* (1), 1492-1493.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R & Pohjola, L 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Aira, M. & Haarni, I. 2010 läkkäiden suhtautuminen alkoholien käytöstä kysymiseen, *Suomen Lääkärilehti* (7), 579-584.
- Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. 1 painos. Helsinki: Duodecim.
- Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Inkinen, M., Partanen, A & Sutinen, T. Päihdehoitotyö. 2003. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Järvimäki, V. & Nal, H. 2005. Vanhuksen kivun hoito. Teoksessa: Lindgren, K-A. 2005. TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Gummerus.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveystieteillä. Helsinki. WSOY.
- Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Helsinki: Kirjapaja.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.

Saarnio, P. & Knuuttila, V. 2003. Päihdeongelmaisten muutosvalmius hoidon jatkuvuutta ennakoivana tekijänä. *Psykologia* (1), 16-23.

Sedlak, C., Doheny, M. & Estok, P. 2000. Alcohol use in women 65 years of age and older. *Health Care for Women International* (21), 567-581.

Sosiaali- ja terveysministeriö/Kotihoito tukee kotona selviytymistä., [käytetty: 29.4.2011]. Saatavana:
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Sulander, T. 2009. Alkoholi maistuu yhä useammalle ikääntyneelle ihmiselle. *Gerontologia* (3), 157-162.

Tilvis, R. 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta/ Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002.[Käytetty: 27.4.2011]. Saatavana:
<http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Hyvä kotisairaanhoidaja.

Toimit XXX kotisairaanhoidossa sairaanhoitajana ja sinulla on paljon kokemusta vanhusten päihteiden käytöstä, joka on meidän opinnäytetyömme mielenkiinnon kohteena. Olemme kiinnostuneita nimenomaan kotisairaanhoidajan näkökulmasta. Sen vuoksi sinut on valittu vastaajien joukkoon ja vastauksesi olisi meille tärkeä. Kyselyyn vastaaminen on sinulle täysin vapaaehtoista.

Tutkimme siis opinnäytetyössämme vanhusten alkoholinkäyttöä kotioloissa ja tarkastelemme asiaa kotisairaanhoidajan näkökulmasta. Haluamme kartoittaa ilmiötä mahdollisimman laajasti, ja saada todenmukaisen kuvan aiheesta, minkä vuoksi sinunkin vastauksesi on tärkeä. Pyydämme ystävällisesti, että voisit käyttää hetken ajastasi tutkimuslomakkeen täyttämiseen. Vastauksesi auttaa meitä kehittämään päihdetyötä vanhusten parissa. Valmiin opinnäytetyön tulemme esittelemään työpaikallasi keväällä.

Sinun henkilöllisyytesi pysyy salassa koko tutkimuksen ajan. Voit siis vastata täysin nimettömästi, eikä sinun tarvitse paljastaa sukupuoltasi tai ikääsi. Opinnäytetyön valmistuttua tutkijat tuhoavat kaikki vastauslomakkeet.

Kaikki lomakkeen kysymykset ovat avoimia, joten saat vastata niihin vapaasti omien käsitystesi pohjalta. Kyselylomakkeen voit palauttaa työpaikallasi suljetussa kirjekuoressa. Kyselyyn vastaaminen vie sinulta vain noin 15 minuuttia.

Noudamme vastauksenne itse työpaikaltanne 11.3.2011.

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Seinäjoen ammattikorkeakoulusta ja valmistumme tulevana jouluna.

Suuri kiitos vaivannäöstäsi!

Yhteistyöterveisin

Silja Jaskari ja Juho-Jaakko Keto

Kyselylomake

Vastaa kysymyksiin sen mukaan, mitä mieltä itse asiasta olet. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi sivun kääntöpuolelle.

1. Millaisin ohjauskeinoin olet puuttunut vanhusten ongelmalliseen alkoholin käyttöön?

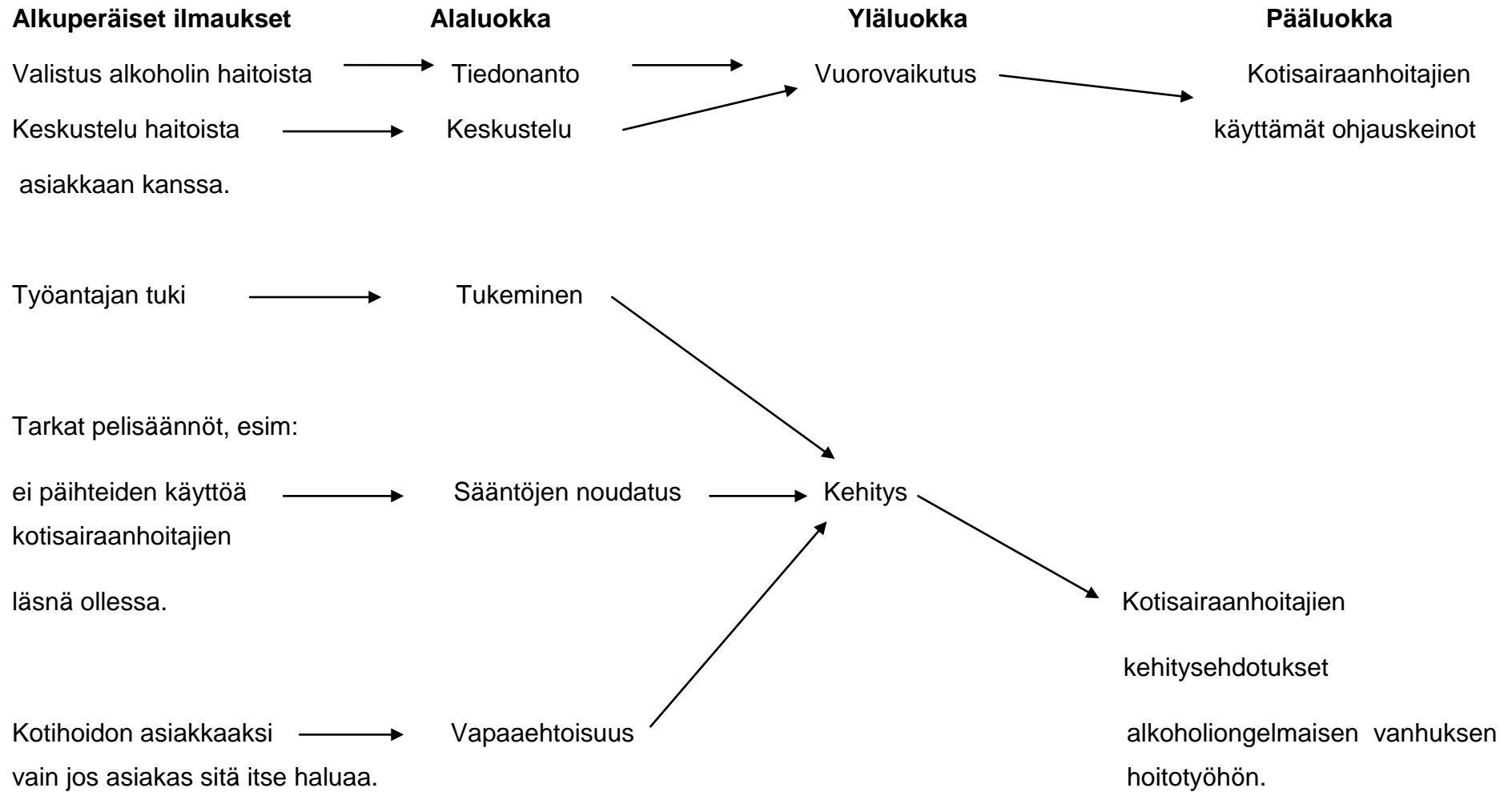
2. Millaisen hoitosuhteen olet saanut luotua alkoholiongelmaisen vanhuksen kanssa?

5. Miten sinä kehittäisit alkoholiongelmaisten vanhusten hoitotyötä kotisairaanhoidossa?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 3 Induktiivinen sisällönanalyysi

1(4)



Alkuperäiset ilmaukset

Neuvot eri tahoilta tärkeitä →

Omaiset, jos niitä on, ovat tärkeä apu. →

Verkostoa ei ole voinut Useinkaan hyödyntää →

**Alaluokka
Pääloukka**

Samanarvoisuus

Yhteistyö → Tuki kotisairaanhoidajille

Suhde etäinen → Ei tukea

Yläluokka

Tukiverkoston merkitys kotisairaanhoidajan ohjaustyössä

→

