



Ikääntyneiden alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja puheeksiotto - opas terveydenhuollon ammattilaisille

Essi Nurkka ja Milla Ruokolainen



Laurea-ammattikorkeakoulu

Ikääntyneiden alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja puheeksiotto - opas terveydenhuollon ammattilaisille

Essi Nurkka, Milla Ruokolainen
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2020

Ikääntyneiden alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja puheeksiotto - opas terveydenalan ammattilaisille

Ikääntyvien alkoholin riskikäyttö on alidiagnosoitua ja alitunnistettua. Usein alkoholin riskikäyttöön liittyvät muistamattomuus ja sekavuus yhdistetään johonkin ikääntymiseen liittyvään sairauteen. Haluamme tuoda terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuuteen ikääntyvien alkoholinriskikäytön piirteitä, jotta tunnistaminen olisi helpompaa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda opas terveydenhuollon ammattilaisille ikääntyvän alkoholin riskikäytön tunnistamiseen ja puheeksiottoon. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja valmiuksia esimerkiksi riskikäytön puheeksiottoon liittyen. Tarkoituksena oli koota yhteen viimeisintä tutkittua tietoa kirjallisuuskatsaukseen ja tiivistää tiedot siitä oppaaseen. Oppaan on tilannut työelämäkumppanimme Suvera. Oppaan tarkoituksena on luoda hoitajille työkalu, jonka avulla ikääntyvien alkoholin käytöstä ja riskeistä pystytään puhumaan. Lisäksi tavoitteena oli luoda opas, joka on helppolukuinen, hyödyllinen ja selkeä tietopaketti.

Oppaan sisältö toteutettiin opinnäytetyön teoreettista viitekehystä hyödyntäen. Teoreettinen viitekehys on luotu monipuolisia sähköisiä ja kirjallisia lähteitä käyttäen. Lähteiden valinnassa ja tiedonhaussa on käytetty lähdekritiikkiä. Sisältöön on pyritty tiivistämään oleellisin ja tärkein tieto ottaen huomioon oppaan tarkoitus, tavoite sekä kohderyhmä. Keräsimme opinnäytetyöhön tietoa siitä, mitä alkoholi on, kuinka se vaikuttaa elimistössä, mitä tarkoitetaan riippuvuudella ja mitä on alkoholismi. Sen lisäksi kuvaamme alkoholin haittavaikutukset ikääntyvällä ja erilaisia puheeksioton menetelmiä.

Opinnäytetyön ja oppaan arviointi koostuu työelämäkumppanin sekä opettajien palautteesta. Opinnäytetyön tavoitteet täyttyivät. Oppaan voisi jatkossa siirtää e-muotoiseksi ja siten saada laajempaan levitykseen, jotta muutkin pääsisivät hyödyntämään opasta.

Asiasanat: alkoholi, riskikäyttö, ikääntynyt, puheeksiotto

Nursing

Registered nurse

Essi Nurkka, Milla Ruokolainen

Thesis title

Year

2020

Pages

31

Risky alcohol consumption among the elderly is underdiagnosed and unidentified. Often the forgetfulness and mental confusion caused by the misuse of alcohol are connected to some other illnesses associated with aging. The purpose is to raise awareness of the traits of alcohol misuse among the elderly to make it easier for the healthcare professionals to identify the problem.

The aim of the thesis was to create a guide for healthcare professionals about how to recognize and discuss risky consumption of alcohol. The aim was also to increase the knowledge and the competence of healthcare professionals to discuss the problem with the elderly patients. The purpose was to gather the most recent researched information as a narrative literature review and prepare a guide based on the finalized thesis. The guide was made for the working life partner Suvera. The purpose of the guide was to make a useful tool to help the professionals in recognizing and identifying alcohol misuse in the elderly and to create an easy to read and useful guide.

The content of the guide was gathered using the theoretical framework of the thesis. The theoretical framework was written using diverse digital databases and literature. The process of source criticism was used while choosing the right material used in the thesis. The aim was to summarize essential and relevant information considering the purpose of the guide and the target group of the thesis. Information on alcohol as an intoxicant and its effects on the body and definitions of addiction and alcoholism were included. Alcohol's effects on the elderly and various ways to address the alcohol misuse were also described in the thesis.

The evaluation of the thesis and the guide consists of the feedback given by Suvera and the thesis tutors. The aim and the purpose of the thesis were met. In the future the guide could be converted into a digital guide, and it could be distributed over the internet and also be used by a larger number of people.

Keywords: alcohol, risky alcohol consumption, the elderly, discussing

Sisälllys

1	Johdanto	7
2	Ikääntynyt	8
3	Alkoholi ja miten se vaikuttaa elimistössä	9
3.1	Riippuvuus.....	10
3.2	Alkoholismi eli alkoholiriippuvuus	11
3.3	Alkoholitoleranssi	12
4	Alkoholin haittavaikutukset ikääntyneillä.....	13
4.1	Tasapaino ja kaatumisriski	13
4.2	Alkoholi ja lääkkeet	14
4.3	Alkoholin muut haittavaikutukset ikääntyneillä	14
5	Alkoholinkäytön riskitasot	14
5.1	Myöhään alkavan suurkulutuksen piirteitä	15
5.2	Puheeksiotto ja haastattelu.....	16
5.3	Alkoholinkäytön kartoittamisen mittarit.....	17
5.4	Mini-interventio	19
5.5	Kliiniset tutkimukset ja laboratoriotutkimukset	21
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	22
7	Yhteistyökumppanin esittely	22
8	Opinnäytetyöprosessi	23
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	23
8.2	Opinnäytetyön eteneminen	23
8.3	Tiedonhaku.....	24
8.4	Oppaan suunnittelu ja toteutus	24
8.5	Oppaan arviointi	25
8.6	Kehittämissuhteet	25
9	Pohdinta.....	26
10	Eettisyys ja luotettavuus.....	26
	Kuviot	31
	Taulukot	31

1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen eli THL:n vuoden 2019 tutkimuksessa todetaan, että alkoholin riskikäyttöön pitäisi puuttua sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa eli terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Runsaalla alkoholin kulutuksella on haittoja niin käyttäjälle itselleen kuin yhteiskunnalle. (Paljärvi & Mäkelä 2019.) Ikääntyvien alkoholin riskikäyttö on usein alidiagnosoitua, koska oireet alkoholin riskikäytöstä voidaan sekoittaa ikääntymiseen. Tunnistamisen lisäksi haasteena voi olla puheeksiottaminen. Alkoholin käytön lisääntyminen, voi näkyä hoidon tarpeen lisääntymisenä. Sen lisäksi voi ilmaantua erilaisia ongelmia ja uusia somaattisia syitä, joiden takia hakeudutaan hoitoon. (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.) Tästä voidaan päätellä, että oikeanlaisella ja tehokkaalla päihdeongelmien ehkäisyllä sekä hoidolla, voidaan säästää kustannuksia ja vaikuttaa ikääntyvien terveyteen (Paljärvi & Mäkelä 2019).

Paljärvi ja Mäkelä (2019) toteavat, jotta alkoholin riski- ja ongelmakäyttöön voitaisiin puuttua, on olennaista tunnistaa mahdollisimman aikaisin riskikäyttäjät esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Noin 75% alkoholisyihin kuolleista oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon 5-10 vuotta aikaisemmin. Jos tällöin olisi mahdollinen riskikäyttö huomattu, voisi lukema kuolleista olla pienempi. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että alkoholin riskikäyttöön tulisi puuttua erityisesti tapaturmien yhteydessä. Suurin osa alkoholisyihin kuolleista ihmisistä oli ollut kontaktissa perusterveydenhuoltoon. Alkoholisyistä kuolleille oli määrätty erityisesti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, joten alkoholin käytön seuranta tulisi lisätä niiden potilaiden kohdalla, joille määrätään ahdistus-, masennus-, tai rauhoittavia lääkkeitä. Tutkimuksessa todetaan, että puheeksiottamisen kehittämiseksi ja edistämiseksi, tulisi esimerkiksi tietojärjestelmiä kehittää niin, että niistä löytyisi rutiinikyselyt liittyen esimerkiksi tapaturmiin tai keskushermoston lääkkeiden aloitukseen.

Alkoholin kulutus Suomessa on samaa keskitasoa kuin suuressa osassa Eurooppaa. Suomalaisten juomisen erityispiirre liittyy runsaaseen kertakulutukseen eli humalahakuiseen juomiseen. Vuonna 2018 Suomessa arvioitiin olevan noin 500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Alkoholin käyttö on 3,5-kertaistunut 1960-luvun alusta. Runsainta kulutus oli vuosina 2005 ja 2007, jolloin alkoholia kulutettiin keskimäärin 12,7 litraa 15 vuotta täyttäneitä kohden. Vaikka tämän jälkeen kulutus onkin laskenut 10,8 litraan vuonna 2016, kulutus on Suomessa edelleen runsaampaa kuin esimerkiksi perinteisissä viinimaissa Italiassa ja Kreikassa. Alkoholin suurkulutukseen liittyvät haittavaikutukset ja pitkäaikaissairaudet ovat lisääntyneet merkittävästi 1960-luvusta lähtien. (Härkönen, Lintonen, Mäkelä, Tigerstedt & Warpenius 2018, 25.)

Alkoholinkäytöstä seuraa erilaisia terveysriskejä. Yleisimpiä terveysriskejä ovat alkoholismi, alkoholimyrkytys, kohonnut verenpaine, ylipaino, unihäiriöt ja mielenterveysongelmat. Alkoholinkäytöllä on myös selkeä yhteys lisääntyneeseen riskiin saada seuraavia sairauksia haimatulehdus, syöpäsairaudet, alkoholimaksasairaus, aivoverenvuodot sekä aivohalvaus, dementia ja kardiomyopatia. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.) Ikääntynyt on alttiimpi alkoholinkäytön haittoille, koska elimistössä tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä. Ikääntyneille ei suositella alkoholia lainkaan, koska alkoholinkäytöstä ei uusimpien tutkimusten mukaan ole terveydelle hyödyllisiä vaikutuksia. (Vireyttä seniorivuosiin 2020.)

Yli 65-vuotiaiden alkoholinkulutus on lisääntynyt 1980-luvusta lähtien. Eläkeikäisten säännöllinen alkoholinkäyttö on lisääntynyt sekä naisilla että miehillä. Vaikka naisten osuus alkoholinkäyttäjistä onkin kasvanut runsaasti yhden sukupolven aikana, miehet käyttävät edelleen alkoholia enemmän kuin naiset. Alkoholinkäytön lisääntyminen on aiheuttanut huolta sekä yksilöille itselleen että heidän läheisilleen ja heistä huolehtiville terveydenalan ammattilaisille. Ikääntyminen ja alkoholi ovat keho yhdistelmä, sillä ihmisen ikääntyessä hänen kehonsa kyky käsitellä alkoholia heikkenee ja näin ollen sen käytöstä seuraavat haittavaikutukset ovat suuremmat kuin nuoremmilla. Eläkeikäisten määrän kasvaessa ja muodostaessa suhteellisesti suuren ikäryhmän Suomessa, yhä useampi ikääntynyt, heidän omaisensa ja terveydenalan ammattilainen tulee kohtaamaan ikääntyneen alkoholinkäyttöä tulevaisuudessa. (Härkönen ym. 2018, 178-188.)

Ikääntyneen väestön alkoholinkäytön lisääntymistä voidaan selittää useammalla tavalla. Suomessa yli 60-vuotiaiden osuus koko väestöstä kasvaa nopeasti, samoin kuin koko Suomen alkoholinkulutus. Tämän lisäksi nykypäivän keski-ikäiset ovat tottuneet suurempaan alkoholinkulutukseen kuin aiemmat sukupolvet. Nykyään monilla yli 60-vuotiailla alkoholi on tullut osaksi arkea, eikä se ole enää pelkästään osa juhlatilaisuuksia. Vanhemman väestön asenteisiin vaikuttanut alkoholinkäytön säännöstely ei enää samalla tavalla vaikuta kielteisesti ihmisten asenteisiin alkoholinkäyttöä kohtaan. (Heino, Myllymäki, Nykky & Rinne 2010, 8.) Härkösen ym. (2018, 156) mukaan nykyisten 60-70-vuotiaiden lisääntynyttä alkoholinkulutusta voi selittää myös se, että he ovat entistä terveempiä sekä heidän elintasonsa on korkeampi kuin aiemmilla sukupolvilla - tämä mahdollistaa heidän alkoholinkäyttönsä jatkumisen myös eläkkeelle siirtymisen jälkeen.

2 Ikääntynyt

Ikääntyneeseen väestöön lukeutuvat Suomen lainsäädännön mukaan yli 65-vuotiaat ihmiset. Iäkäs henkilö on määritelty laissa sellaiseksi, jonka toimintakyky on merkittävästi huonontunut korkean iän tai sen myötä tulleiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien vuoksi. (Ikääntynyt, iäkäs vai vanha? 2019.) Psykologian näkemyksen mukaan vanhuus alkaa, kun ihminen eläköityy. Eläkkeelle siirtymiseen liittyy roolien ja arkielämän muuttuminen. Ihmisen

käsitys itsestä osana yhteiskuntaa voi myös muuttua. Vanhuuteen liittyy erilaisia kehitystehtäviä, joita ovat esimerkiksi lisääntynyt menetysten kohtaaminen sekä asioista luopuminen. Iäkäs usein myös tajuaa elämän rajallisuuden, ja kuolemaan valmistautumisen ajatusprosessi voi alkaa. Myös aktiivisuuden säilyttäminen sekä uusien ihmissuhteiden luominen kuuluvat vanhuuteen. (Kirveslahti, Sivén, Vahala & Vihunen 2014, 209.) Ikääntyminen voidaan määritellä myös toimintakyvyn mukaan, jolloin vanhuuden katsotaan alkavan 75-vuotiaana. Ikääntymisellä on erilaisia merkityksiä ja käsityksiä, ja länsimaissa yleinen käsitys ikääntyneestä perustuu lääketieteelliseen ja biologiseen näkökulmaan. Vanhuutta voidaan tarkastella myös terveyslähtöisen lähestymistavan kautta, jossa korostuu ihmisen toimintakyvyn kehittäminen myös vanhuudessa, jolloin voidaan ehkäistä ikääntymiseen liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä kannustamalla toimintakykyä ylläpitävään toimintaan. (Ikääntymisen määrittely 2019.)

Kirveslahden ym. (2014, 209) mukaan voidaan puhua kolmannesta ja neljännestä iästä. Kolmannella iällä tarkoitetaan eläkkeelle siirtymisen ja varsinaiseksi vanhuudeksi määritellyn välistä ajanjaksoa. Nykyään ihmiset ovat entistä paremmassa fyysisessä kunnossa eläköityessään, ja he haluavat omistaa tämän ajan hyvinvoinnilleen, harrastaa sekä matkustella. Neljännellä iällä tarkoitetaan varsinaista vanhuutta. Neljännessä iässä ihmisen aktiivinen ja itsenäinen varhaisvanhuus muuttuu myöhäisvanhuudeksi, jolloin ihmisen itsenäinen selviytyminen arjen toiminnoissa hankaloituu ja hän tulee riippuvaiseksi muiden avusta (Härkönen ym. 2018, 147).

Ikääntymiseen liittyy anatomisia ja fysiologisia muutoksia. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen johtuu hengitys-, verenkiertoelimistössä sekä tuki- ja liikuntaelimistössä tapahtuvasta rappeutumisesta ikääntymisen myötä. Kudostasolla tapahtuvaa rappeutumista on sidekudoksen, erityisesti kollageenin väheneminen, joka vaikuttaa koko elimistöön ja erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön toimintakykyyn. On arvioitu, että 80 ikävuoteen mennessä jopa 30-40% sydämen, aivojen, keuhkojen, munuaisten ja lihaksien soluista katoaa. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12.)

3 Alkoholi ja miten se vaikuttaa elimistössä

Alkoholijuomissa esiintyvä alkoholi on nimeltään etyylialkoholi eli etanoli. Sen kemiallinen kaava on C_2H_5OH . Alkoholi on keskushermostoon vaikuttava aine, joka saa aikaan fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia ihmisen toiminnoissa. Etanoli syntyy käymisprosessin seurauksena. Alkoholi vaikuttaa välittäjäaineiden toimintaan ja vaikutus on silloin keskushermostoa lamaava. Alkoholin imeytyminen alkaa jo suusta hyvin pieninä määrinä ja noin neljännes alkoholimäärästä imeytyy vatsalaukusta. Alkoholin imeytyminen tapahtuu kuitenkin pääasiallisesti ohutsuolen alkuosasta. Sen takia vaikutus alkaa usein hitaammin kuin muilla päihteillä. Alkoholijuoman väkevyys vaikuttaa sen imeytymiseen, miedot alkoholijuomat imeytyvät hitaammin kuin väkemmät. Humalatila on myös kevyempi, jos alkoholia nauttii ruuan kanssa, koska alkoholi

imeytyy hitaammin ja tasaisemmin. Veressä alkoholipitoisuus on korkeimmillaan 30-60 minuutin päästä nautitusta annoksesta. Alkoholien vaikutusten ilmenemiseen ja voimakkuuteen vaikuttavat sukupuoli, ruumiinpaino, terveydentila, sairaudet, ikä sekä hormonaaliset tekijät. (Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen, Salo-Chydenius, 2015, 66.) Päihtymistilan ainut hoitokeino on alkoholinkäytön lopettaminen (Huttunen 2018).

Alkoholien käyttö pienillä annoksilla eli alle puolen promillen humalassa, on usein rentouttavaa, virkistävää sekä lisää puheliaisuutta ja sosiaalisuutta. Kun alkoholipitoisuus on lähempänä yhtä promillea, alkaa tulemaan erilaisia fyysistä ja psyykkistä toimintakyvyn laskua kuten mielialan vaihteluita, sammaltamista puheeseen ja ajatuksiin, tasapainon heikentymistä, kömpelyyttä ja virhearviointeja omasta toiminnasta. Silloin myös kuulo heikentyy, jonka takia humaltuneet alkavat puhua kovaan ääneen. Yli kahden promillen humalassa alkoholi vaikuttaa, kuin nukutusaine; kivun tunteet vähenevät ja tajunta heikentyy. Yli kolmen promillen humala on jo hengenvaarallinen tila, koska silloin tajunta laskee niin, että ihminen sammuu. Yli neljän promillen humala alkaa lamaamaan hengityskeskusta ja johtaa kuolemaan. (Holmberg ym. 2015, 66-67.) Jos alkoholia nautitaan 3-5 promilleen asti, on tila hengenvaarallinen, ellei omaa korkeaa toleranssia (Alkoholi 2020).

Alkoholi poistuu elimistöstä maksan hajottamana. Myös hengityksen, virtsan ja hien mukana poistuu pieni osa alkoholista. Alkoholien poistuminen elimistöstä tapahtuu vakionopeudella. Tunissa poistuu jokaista ihmisen kymmentä painokiloa kohti yksi gramma alkoholia. (Holmberg ym. 2015, 66-67.) Alkoholivieroitusoireyhtymällä eli kansankielellä krapulalla tarkoitetaan oireita, jotka ilmenevät alkoholien käytön lopettamisen jälkeen. Oireet alkavat usein noin 4-12 tunnin päästä lopettamisesta ja ovat voimakkaimmillaan 1-2 vuorokautta lopettamisen jälkeen. (Alkoholivieroitusoireyhtymä 2018.)

3.1 Riippuvuus

Käsitteenä riippuvuus eli addiktio kuvaa pakonomaista tarvetta tai halua harjoittaa joitakin toimintoja tai kokea tietynlainen tunnetila aina uudestaan. Riippuvuus on usein samaan aikaan fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. Fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan sitä, kun päihteiden käyttäjän elimistö on niin tottunut aineeseen, että lopettaminen ilman vieroitusoireita ei onnistu. Usein addiktiivisen päihteiden käytön taustalla voi olla elämäntasapainoa horjuttava avuttomuuden tunne. Fysiologian kannalta päihteiden jatkuva käyttö ja pätkäaikainen stressi aiheuttavat muutoksia keskushermoston toiminnassa, minkä takia alkoholinkäyttäjät ei pysty katkaisemaan omaa alkoholien käyttöään ilman ammattilaisen apua. Riippuvuutta pitää yllä keskushermoston toimintatavan muutos, joka korjautuu hitaasti, edellyttäen 3-6 kuukauden pituista jaksoa ilman alkoholia. Myös ympäristöön liittyvä riippuvuus eli tilannesidonnainen riippuvuus voi hankaloittaa riippuvuuden katkaisemista. Suomalaisilla miehillä noin 10-15 prosentilla esiintyy alkoholiriippuvuutta jossakin vaiheessa elämäänsä. (Huttunen 2018.)

3.2 Alkoholismi eli alkoholiriippuvuus

Huttusen (2018) mukaan puhutaan alkoholismista, kun mieli ja elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholista ja sen saamisesta. Alkoholismi on krooninen sairaus, jonka merkittävin oire on alkoholin toistuva tai jatkuva pakonomainen käyttö, vaikka käytöstä seuraisi sosiaalisia sekä terveydellisiä haittoja. Alkoholismiin sairastuneiden toleranssi eli kyky sietää alkoholin vaikutuksia on kohonnut ja kohoaa jatkuvan käytön myötä. Alkoholismiin sairastunut henkilö käyttää alkoholia suuria määriä tai pitkiä aikoja, voimatta lopettaa tai vähentää alkoholin käyttöä. Alkoholin käytön lopettamisen jälkeen ilmenee usein erilaisia ja eriasteisia vieroitusoireita, jotka aiheuttavat halua jatkaa alkoholin haitallista käyttöä ja tekevät lopettamisesta vaikeampaa. Alkoholismista voi kärsiä myös ilman toleranssia tai vieroitusoireita.

Perinnölliset tekijät vaikuttavat alkoholismin syntymiseen erityisesti nuorena alkavassa riippuvuudessa. Rakenteellisia riskitekijöitä nuorena alkavassa alkoholismissa ovat hyvä alkoholin sietokyky sekä vaikeus tunnistaa oman humaltumisen tasoa. Lisäksi monet psyykkiset häiriöt voivat lisätä alkoholin ongelmakäyttöä, koska erilaisiin ahdistus- ja pelkotiloihin saatetaan käyttää alkoholia helpottavana tekijänä. Jatkottaisen alkoholin käytön taustalla voi olla vakava masennus tai bipolaarihäiriö. (Huttunen 2018.)

Alkoholin vieroitus-tila syntyy useamman päivän jatkuneen runsaan alkoholin käytön ja sen lopettamisen jälkeen. Vieroitus-tilan oireet vaihtelevat juodun kuten alkoholin määrän, käyttöjakson ja yksilöllisten ominaisuuksien kuten iän, sukupuolen ja painon mukaan. Vieroitus-oireet alkoholin käytön lopettamisesta ilmaantuvat usein 1-2 vuorokauden aikana ja vakavat vieroitus-oireet 3-4 vuorokauden kuluessa. Vieroitus-oireita voidaan joutua hoitamaan avo- tai laitoshoidona. Jos alkoholinkulutus ylittää 15 annosta päivässä, kasvaa riski delirium tremensistä eli juoppohulluudesta. Hoitamattomana delirium on hengenvaarallinen tila, koska silloin vieroitus-oireisiin liittyy sekavuutta ja desorientaatiota. Alkoholivieroitus-tilan oireita ovat päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, hikoilu, sydämen tykytys, vapina, levottomuus, ahdistus, masennus, unettomuus, kouristukset ja näkö- tai kuuloharhat. Alkoholivieroituksen tunnistamiseen käytetään edellä mainittuja oireita, sekä alkoholin hajua hengityksessä, potilaan omaa kertomusta juomisestaan ja anamneesi. (Kylmänen 2020.)

Alkoholiriippuvuuden paranemisen ennustetta voidaan nostaa lääkehoidolla keskimäärin 15-25%. Lievissä ja keskivaikeissa riippuvuuksissa psykososiaaliset hoidot ja terapia ilman lääkettä vaikuttavat kohtalaisesti. Lääkehoidona käytetään esimerkiksi naltreksoni- ja disulfiraamilääkitystä. (Simojoki 2016.) Disulfiraami-lääkettä käytetään, kun hoidon tavoitteena on täysraittius. Lääke vaikuttaa estäen alkoholin palaessa muodostuvan asetaldehidin palamista ja siitä tulevaa etikkahappoa. Valvottuna lääkitysannoksella 400mg kahdesti viikossa tai 200mg vuorokaudessa on parantanut tuloksia alkoholiriippuvuuksien hoidossa verrattuna pelkkään psykososiaaliin menetelmiin. Naltreksoni 50 mg päivässä ennen alkoholinkäyttöä otettuna esimerkiksi retkahduksia ennen, vähentää alkoholin kokonaiskulutusta. (Alkoholiongelman

hoito 2018.) Ikääntyville suositellaan ensisijaiseksi lääkehoidoksi alkoholiriippuvuuteen naltreksonia (Aalto & Holopainen 2008).

Ikääntyneen ihmisen jatkokuntoutukseksi pyritään järjestämään mielekästä toimintaa tai harrastuksia päihteiden käytön tilalle. Läheiset ihmiset pyritään saamaan mukaan tukemaan päiheteettömyyttä ja tärkeää on jatkaa tukemista, vaikka tulisi retkahduksia. Ikääntyneelle järjestetään myös mahdollisuus käydä AA-kerhossa, A-killassa tai muissa vertaistukiryhmissä. Usein ikääntyvät saattavat lievittää masennusta alkoholilla ja sen takia myös psykiatrinen kontakti on tarpeen jatkokuntoutuksessa. (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.)

3.3 Alkoholitoleranssi

Toleranssilla eli lisääntyneellä sietokyvyllä tarkoitetaan jonkin päihteen runsaan käytön jälkeen siihen muodostuvaa sietokykyä. Sietokyky kasvaa sen mukaan, kuinka usein ja miten paljon ainetta käytetään. Alkoholitoleranssi on siis elimistön tapa sopeutua alkoholin runsaaseen käyttöön. Alkoholiin tottumiseen menee keholla hyvin lyhyt aika, jo yhden humaltumiskerran jälkeen toleranssi lähtee nousemaan. Toleranssi ei ole pysyvä tila, vaan lähtee laskemaan ja häviämään vähitellen, kun alkoholin käyttöä vähennetään tai lopetetaan. Tämä altistaa vaarallisille alkoholimyrkytystiloille vieroituksen tai käyttötouon aikana, koska sama määrä, mitä on aikaisemmin juonut, onkin liian korkea toleranssin laskiessa. (Kiianmaa 2005.) Alkoholitoleranssi on jo selvästi kohonnut, kun veren alkoholipitoisuus on 1,5 promillea ja humalatila ei ole selvästi havaittavissa (Kylmänen 2017). Alkoholitoleranssi kasvaa säännöllisen ja runsaan alkoholin käytön myötä ja toistuva humalajuominen johtaa nopeammin toleranssin syntymiseen kuin alkoholin kohtuukäyttö. Toleranssi johtuu aivojen tasolla tapahtuvasta fysiologisesta muutoksesta eli neuroadaptaatiosta. (Holmberg ym. 2015, 66-67.)

Kiianmaan (2005) mukaan elimistö kumoaa alkoholin vaikutuksia useilla eri keinoilla. Yksi niistä on aineenvaihdunnallinen toleranssi. Siinä elimistö tehostaa alkoholin palamista kehossa, jolla pyritään kumoamaan alkoholin vaikutuksia. Hermostollisesta toleranssista puhutaan, kun aivojen ja hermoston alkoholin sietokyky kasvaa. Hermosto pyrkii toimimaan normaalisti veren alkoholipitoisuudesta huolimatta. Tästä johtuen elimistö alkaa tottua alkoholiin elimistössä ja alkoholin humalluttava vaikutus pienenee. Jotta hermostollinen toleranssi lähtee kehittymään riittävät yksittäiset toistuvat alkoholin juomisen kerrat. Runsa alkoholin käyttö jatkuvana ei ole siis välttämättömyys hermostollisen toleranssin kehittymiselle. Viimeinen toleranssin muoto on ympäristöön liittyvä toleranssi. Alkoholin sietokyvyn kehittyminen voi tulla riippuvaiseksi johonkin tiettyyn paikkaan tai aikaan. Ihminen yhdistää alitajuisesti humaltumisen tiettyyn ympäristöön. Silloin hermosto oppii kumoamaan alkoholin vaikutuksia tässä ympäristössä. (Kiianmaa 2005.)

4 Alkoholin haittavaikutukset ikääntyneillä

Vanhetessa ihmisen elimistössä tapahtuu paljon muutoksia, jotka vaikuttavat alkoholin hajoamiseen elimistössä. Elimistö muuttuu hauraammaksi, ja näin myös alkoholin aiheuttamat haittavaikutukset lisääntyvät. Ikääntyessä ihmisen elimistö kuivuu eli solujen vesipitoisuus pienenee, ja samalla taas elimistön rasvapitoisuus nousee. (Heino ym. 2010, 10-11.) Alkoholi imeytyy pääosin elimistössä veteen, ja vain pieni osa siitä imeytyy rasvakudokseen koska sen rasvaliukoisuus on heikko. Näin ollen ikääntyneillä, joilla kehon vesipitoisuus on pienentynyt ja rasvakudoksen määrä kasvanut, alkoholin fysiologiset ongelmat korostuvat työikäisiin kuluttajiin nähden. Ikääntyneillä veren alkoholipitoisuus kohoaa korkeammaksi kuin työikäisillä. (Holmberg ym. 2015, 66.) Ikääntymisen myötä myös sisäelimissä tapahtuu muutoksia: maksa pienenee kooltaan ja sen kautta kulkeva verenvirtaus vähentyy. Munuaisten pienentyminen ja elimistön verenkierron heikentyminen aiheuttavat munuaisten vajaatoimintaa, joka voi vaikuttaa lääkkeiden ja alkoholin poistumiseen elimistöstä sekä aiheuttaa elektrolyyttitasapainon häiriöitä. Haiman tuottaman rasvoja hajottavan entsyymin lipaasin tuotanto vähenee aiheuttaen rasvaisten ruokien hitaamman sulamisen. Hermostollisia muutoksia ovat aivokudoksen vähentyminen, keskushermoston suorituskyvyn sekä elimistön säätelyjärjestelmän toiminnan heikentyminen. Vanhetessa ihmisen aistitoiminnot heikentyvät. Hämäränäkö ja syvyytnäkö huonontuvat, makuaisti (erityisesti karvaan ja happaman maistaminen) heikentyy makunystyröiden kadotessa. Mahahapon erityis vähenee, ja ruuansulatukseen osallistuvien mahaentsyymien erityis heikentyy. Mahalaukussa erittyvän ADH-entsyymin väheneminen aiheuttaa sen, että alkoholi ei enää haihdu mahalaukussa. Suun limakalvon kuivuvat, koska syljen erityis vähenee, ja näin happamat ja runsaasti sokeria sisältävät alkoholijuomat kuluttavat hampaita ja reikiintymisen riski kasvaa. (Kelo ym. 2015, 12-27, 138-139.)

4.1 Tasapaino ja kaatumisriski

Ikääntymiseen liittyy myös tasapainon ongelmat ja siitä johtuva kaatumisriskin lisääntyminen. Kelon ym. mukaan (2015, 22) ikääntyessä asentotuntoon liittyvä proprioseptisen järjestelmän toiminnan heikkeneminen sekä tieto kehon raajojen asentojen suhteesta toisiinsa muuttuu epävarmemmaksi. Ihon, lihaksien, nivelien ja jänteiden pinnoilla lihasten supistumista sekä nivelten asentoja aistivien reseptoreiden toiminta heikentyy vanhenemisen myötä, ja näin asennon muutoksista ei enää samalla tavalla saada tietoa, joka vaikeuttaa asennon ja tasapainon ylläpitämistä. Ikääntymisen myötä myös tarkkaavaisuus ja reaktiokyky heikentyvät. Näön tarkkuuden sekä hämäränäön huonontuminen lisäävät kaatumisriskiä. Lihasten toimintakyky huononee iän myötä, ja erityisesti alaraajojen lihaksiston surkastuminen aiheuttaa tasapainon hallinnan vaikeutumista. Ikääntyneillä on usein myös keskushermoston sairauksia, joilla on heikentävä vaikutus tasapainoon. Alkoholi vaurioittaa pikkuaivoja, jolloin niiden säätelämä liikkeiden koordinointi ja näin tasapainon ylläpitäminen hankaloituvat (Holopainen 2005).

4.2 Alkoholi ja lääkkeet

Ikääntyneillä on usein erilaisia sairauksia ja näiden hoitoon käytettäviä lääkkeitä. Holmbergin ym. mukaan (2015, 384) maksan ja munuaisten toiminnan hiipuminen heikentävät lääkkeiden ja alkoholin poistumista elimistöstä. Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytöstä voi seurata se, että lääkeaineen pitoisuus elimistössä pienenee tai suurenee. Lääkeaineella voi olla vaikutus alkoholin metaboliaan, tai ne saattavat pahentaa toistensa haittavaikutuksia. Alkoholin liikakäytöstä voi seurata myös se, että ikääntynyt unohtaa ottaa lääkeannoksensa tai ottaa sen useaan kertaan vuorokauden aikana. Lääkkeen käyttö saattaa myös keskeytyä kokonaan. Unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, opioidit, epilepsia- ja hermokivun hoitoon tarkoitettut lääkkeet sekä lihasrelaksantit ovat lääkkeitä, joiden kanssa ei tulisi käyttää alkoholia. Tulehduskipulääkkeillä, parasetamolilla, mieli- ja psyykenlääkkeillä, närästyslääkkeillä, verenpaine- sekä verenohennuslääkkeillä saattaa olla haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Haittavaikutusten riski on suurempi, jos käytössä on useampia lääkkeitä, ja pahimmillaan haittavaikutukset voivat johtaa kuolemaan. (Surakka 2011.)

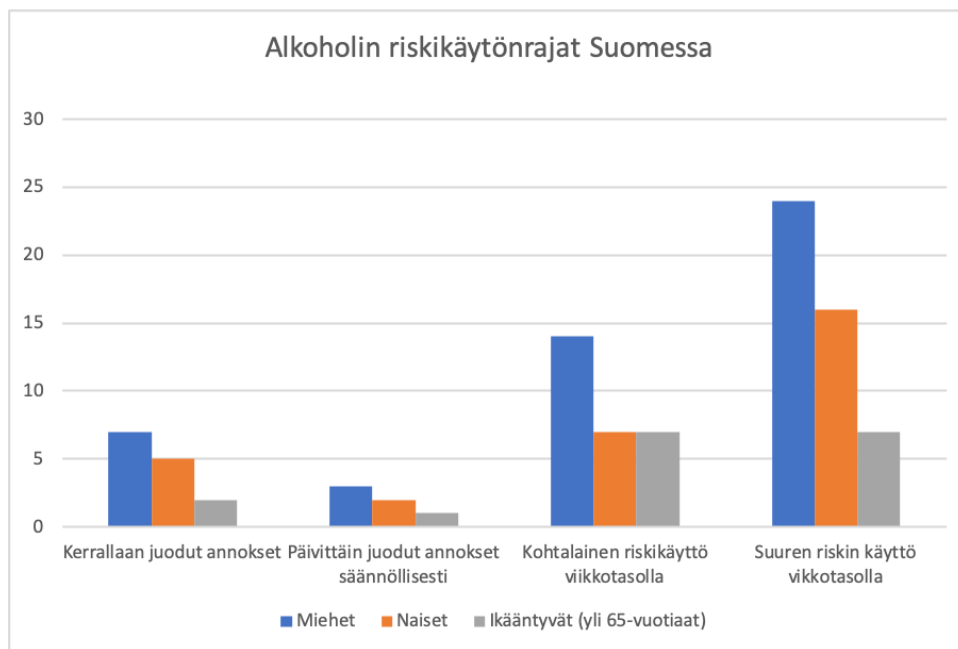
4.3 Alkoholin muut haittavaikutukset ikääntyneillä

Alkoholin riskikäytön seurausta voi olla myös ikääntyneen heikko sitoutuminen sairauksiensa hoitoon ja hygienian hoito voi unohtua. Ravitsemustila saattaa huonontua, kun syöminen jää vähemmälle tai muuttuu yksipuoliseksi alkoholin käytön myötä. Alkoholi voi aiheuttaa masennusta, alakuloisuutta, muistihäiriöitä, sekavuutta ja aggressiivisuutta. Ikääntynyt saattaa eristäytyä, josta voi koitua ongelmia ihmissuhteisiin. Ikääntyneelle voi tulla myös taloudellisia ongelmia, jos rahat kuluvat alkoholiin. (Kelo ym. 2015, 139.) Alkoholin vaikutuksesta masennuslääkkeiden teho saattaa heikentyä, ja psyykenlääkkeet saattavat vahvistaa alkoholin lamaavaa vaikutusta keskushermostossa. Alkoholin vuoksi unen laatu heikkenee, koska jo pieni määrä alkoholia saattaa tehdä unesta katkonaista. Kuorsaus ja hengityskatkot saattavat lisääntyä. (Alkoholin haittoja ikääntyneellä 2020.)

5 Alkoholin käytön riskitasot

Alkoholin riskikäytössä määritetään suurkulutus kolmeen eri alaryhmään. Ensimmäinen alaryhmä on riskikuluttajat eli riskirajat ylittävät alkoholin kulutuksessa, mutta ilman merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta. Haitalliseksi käytöksi lasketaan, kun on merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja ilman riippuvuutta. Viimeinen suurkulutuksen alaryhmä on alkoholiriippuvuus. (Aalto & Holopainen 2008.) Alkoholin suuren riskikäytön rajaksi on määritelty naisilla noin 2 annosta päivittäin säännöllisesti ja miehillä vastaavasti noin 3 annosta säännöllisesti päivittäin. Alkoholin suuren riskin rajat miehillä on määritetty viikkotasolla 23-24 annokseen ja naisilla 12-16 annokseen. Kohtalaisen riskin raja miehillä on 14 annosta viikossa ja

naisilla 7 annosta viikossa, kuten kuviossa 1 on merkitty. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.) Ikääntyville ei suositella yli 7 annosta viikossa tai enempää kuin 2 annosta kerrallaan. Lisäksi säännöllisesti ei suositella juotavaksi yhtä annosta enempää. (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.) Nämä ovat niin kutsutut ”hälytysrajat”, jolloin terveydenalan ammattilaisten tulee puuttua asiaan. Näillä määrillä alkoholia on jo selkeä yhteys terveyshaittojen lisääntymiseen. Yksi alkoholiannos sisältää noin 12 grammaa alkoholia esimerkiksi pullo siideriä, keskiolutta tai lonkeroa 0,33l maksimissaan 4,7% tai viiniä 12cl maksimissaan 10-15%. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)



Kuvio 1: Alkoholin riskikäytön rajat Suomessa (Alkoholiongelmaisen hoito 2018; Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.)

5.1 Myöhään alkavan suurkulutuksen piirteitä

Kun suurkulutus alkaa myöhäisellä iällä, voi siihen olla syynä esimerkiksi eläkkeelle jääminen, avioero, sairastuminen tai muu ikääntymiseen liittyvä muutos elämässä. Myöhään alkava suurkulutus alkaa 55-ikävuoden jälkeen. Näistä enemmistö on naisia. Sukurasite on usein vähäinen ja hoitomyönteisyys on parempi kuin varhain alkavassa suurkulutuksessa. Suurkulutus on usein vaikeasti havaittavissa, koska psykososiaaliset ja terveyshaitat ovat vähäisempiä, koska suurkulutus on kestänyt vähemmän aikaa kuin varhain aloitetussa suurkulutuksessa.

Ikääntyneiden suurkulutusta on vaikeampaa todeta. Tunnistaminen on haasteellista, koska potilas sekä lääkäri tai hoitaja voivat yhdistää alkoholin aiheuttamien haittojen johtuvan ikääntymisestä tai sairauksista. Masennuksen tai muistiongelmien oireet saatetaan liittää vanhuuteen, vaikka alkoholin käyttö olisikin näihin syynä. Lisäksi yksinasuminen ja harvemmat

sosiaaliset kontaktit ja ammattiin liittyvien velvollisuuksien poistuessa, ei liiallista alkoholin käyttöä huomata ajoissa. Terveystieteiden ammattilainen voi pitää alkoholista kysymistä ikääntyneeltä arkana aiheena ja jättää sen välistä. (Aalto & Holopainen 2008.)

5.2 Puheeksiotto ja haastattelu

Terveystieteiden ammattilaisille on tärkeää osata ottaa päihteiden riskikäyttö puheeksi potilaan kanssa, jotta siihen voidaan puuttua. Usein tilanne on arka, mutta pakollinen. Mini-interventio on tehokas keino, kun päihteiden käytöllä ei ole vielä merkittäviä haittoja. Mitä aikaisemmin asiaan päästään puuttumaan, sen parempi. Puheeksiottamisen ja mini-intervention perustana pidetään neljää asiaa. Ensimmäinen on potilaalta kysyminen, sen jälkeen tunnistetaan riskit tai ongelmat, motivoidaan muutokseen ja seurataan edistymistä. Mini-intervention avulla alkoholin riskikäyttäjistä on saatu joka kymmenes siirtymään alkoholin haitallisesta käytöstä kohtuukäyttäjiksi tai lopettamaan kokonaan.

Mini-interventiolla tarkoitetaan terveystieteidenhuollossa tapahtuvaa alkoholin riskikäyttäjän lyhyt neuvontaa. Sen avulla pyritään auttamaan potilasta vähentämään alkoholin kulutustaan. (Alkoholiongelmaisen hoito, 2018.) Riskikulutus rajataan alkoholinkäytön satunnaiseksi suositusten ylittämiseksi, mikä ei aiheuta merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta, vaikka tapaturmariski kasvaa ja saattaa esiintyä masentuneisuutta, häpeää ja syyllisyyttä. Haitalliseksi käyttö muuttuu, kun suosituksia ylitetään jatkuvasti ja alkoholista johtuvia haittoja ilmenee, ilman riippuvuutta. Oireita haitallisessa käytössä on ahdistuneisuus, masentuneisuus, unettomuus, muistiongelmat ja tasapainohäiriöt. Alkoholiriippuvuudeksi haitallinen käyttö on muuttunut, kun on pakonomainen tarve alkoholin käyttöön ja se alkaa aiheuttaa vakavia terveystieteidenhaittoja. Lisäksi alkoholin käyttöä jatketaan vieroitusoireista huolimatta niin, että toleranssi kasvaa ja alkoholin haitat unohtuvat. (Kelo ym. 2015, 135.)

Puheeksiottamiseen päihdehoitotyössä kuuluu tilannesensitiivisyys ja ihmisarvoa kunnioittava toiminta, jotta tietoa saadaan tarjottua vastaanottaja huomioiden ja kunnioittaen (Puheeksiotto ja mini-interventio 2019). Päihdehoitotyön sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen liittyy kykyyn yhdistää ja soveltaa ammatillisia tietoja sekä taitoja erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoitajan on myös tärkeää hallita vuorovaikutus-, ohjaus-, motivointi-, neuvonta- ja yhteistyö- ja verkostoitumistaidot. Edellytyksenä on myös, että sairaanhoitajalla on kykyä empaattiseen ymmärtämiseen. Hyviä hoitotuloksia saadaan pitkällä hoitosuhteella saman hoitajan kanssa. Hoitajan tulee huomioida ikääntyneen kanssa puheeksiotto tilanteessa ikääntymisen mukanaan tuomat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja spirituaaliset tarpeiden muutokset, ikääntyvän elämänhistoriasta kumpuavat merkitykset, elämäntilanne ja jäljellä oleva elinaika. Vanhetessaankin ihminen päättää omasta elämästään ja hallitsee sitä. Hoitotyön päämääränä on ihmisen ja sairaanhoitajan yhteistyöllä saavuttaa mahdolliset muutokset. Vanhan ihmisen kanssa pitää myös muistaa huomioida toimintakyvyn tukeminen ja hoitaa kokonaisuutta. Hoidon

tulee olla mielekästä ja pohdinta esimerkiksi mitä alkoholin käytön tilalle keksitään, on tärkeää. (Holmberg ym. 2015, 40, 218, 387.)

Alkoholista ikääntyneen kanssa puhuttaessa pyritään pitämään luonteva ja avoin ilmapiiri, koska kuulustelulla voidaan huonontaa ikääntyneen itsetuntoa ja heikentää myöntymistä hoitoon. Ikääntyneen kanssa selvitetään käymällä keskustelua elämän mukanaan tuomat haasteet, mitä on ollut elämässä, lääkityksen ohjeenmukaisuus sekä oma ja läheisten käsitys ikääntyneen päihteidenkäytöstä. Jos ikääntyneellä huomataan vastaanottokäynnillä taulukossa 1 mainittuja alkoholin riskikäytöstä kertovia merkkejä, tulee asiaa käsitellä ja kartoittaa käynnin aikana. (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.)

Alkoholin riskikäytön merkkejä ikääntyneellä:
Lisääntyneet kaatumiset ja mustelmat
Kohonnut verenpaine ja sokeritasapainon heittelyt
Painon lasku tai merkit aliravitsemuksesta
Psyykkiset haasteet (unihäiriöt, ahdistuneisuus, sekavuus, levottomuus, masentuneisuus)
Inkontinenssi ongelmat
Kylmävammat ja tunto-oireet tai tuntuu puuttokset
Lääkityksen huono hoitotasapaino ja toimimattomuus
Heikentynyt kyky huolehtia omasta hygieniasta (epäsiisti ulkonäkö, alkoholin haju)
Taloudelliset ongelmat
Sosiaalisten ongelmien kasvaminen ja lisääntyminen

Taulukko 1: Alkoholin riskikäytön merkit ikääntyvällä (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.)

5.3 Alkoholinkäytön kartoittamisen mittarit

Alkoholin käyttömäärien ja siihen liittyvien haittojen selvittäminen terveydenhuollossa voi olla haastavaa. Osa potilaista häpeää juomistaan, ja osa taas ei muista käyttämiään määriä. Terveydenhuollon ammattilaisen on myös hyvä pohtia, voivatko potilaat kertoa hänelle avoimesti

alkoholin käytöstään. (Alho, Kiianmaa & Seppä 2010, 32.) Terveystieteiden ammattilaiset voivat käyttää erilaisia mittareita apunaan alkoholin riskikäytön tunnistamisessa. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi AUDIT, Alkoholi-E, SADD ja Juomatapatesti. Näistä kenties tunnetuimmat ovat AUDIT ja siitä tehty lyhennetty versio, AUDIT-C. On myös olemassa erityisesti ikään-tyneiden alkoholinkäyttöä koskeva kysely, Yli 65-vuotiaan alkoholimittari. Tunnistamisen apuna voidaan käyttää myös CAGE-kysymyksiä: 1. Oletko ikinä ajattelut lopettavasi alkoholinkäytön? 2. Oletko kuullut huomauttelua läheisiltäsi alkoholin juonnista? 3. Oletko kokenut syyllisyyttä? 4. Oletko joutunut ottamaan krapularyyppyjä? (Holmberg ym. 2015, 248.)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämä testi, ja se on suositeltava menetelmä alkoholin ongelmakäytön seulontaan. Alkoholin ongelmakäytön tunnistamisessa se on parempi kuin yksittäiset laboratoriokokeet. Testiä tulkitessa on kuitenkin otettava huomioon se, että henkilö voi vastata kysymyksiin vähätellen. Tämän takia AUDIT kannattaakin liittää osaksi laajempaa alkoholin käytön selvittelyä. (Alho ym. 2010, 33.)

AUDIT-testissä on yhteensä kymmenen kysymystä. Jokainen kysymys pisteytetään nolasta neljään, ja testistä voi saada pisteitä yhteensä 40. Testissä on erilaiset riskikäytön pisterajat aikuisille ja yli 65-vuotiaille. Aikuisilla pisteytykset vaihtelevat myös sukupuolen mukaan: riskikäytön raja ylittyy naisilla, kun he saavat 7-10 pistettä ja miehillä, kun he saavat 8-10 pistettä. Yli 65-vuotiaille riskikäyttö ylittyy, kun testistä saa 7 pistettä tai yli. (AUDIT - riskikäytönraajat 2020.) Täysimittaisen AUDIT-testin sijaan voidaan käyttää myös AUDIT-C-testiä, jossa kysytään potilaalta kolme ensimmäistä kysymystä AUDIT-testistä. Kysymyksillä kartoitetaan juomisen määriä ja sitä, kuinka usein alkoholia juodaan runsaasti (kuusi tai useampi annos kerralla). (AUDIT-C 2020.)

Alkoholi-E täydentää AUDIT-testiä, ja sitä voidaan käyttää silloin, kun on tarve tarkemmin kartoittaa mahdollisia alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia. Testin avulla ammattilainen pystyy muodostamaan käsityksen potilaan alkoholin käytön laaja-alaisuudesta ja yleisyydestä, alkoholin käytön myönteisistä ja haitallisista seurauksista sekä millä tavoin potilas on motivoitunut muuttamaan alkoholin käyttöönsä ja ottamaan vastaan hoitoa. (AUDIT-testiä täydentävä Alkoholi-E on julkaistu 2020.)

Yli 65-vuotiaan alkoholimittari-testi soveltuu hyvin ikääntyneiden alkoholinkäytön tason tunnistamiseen. Testi sisältää neljä kysymystä, joilla pyritään hahmottamaan sitä, kuinka usein ja kuinka paljon alkoholia kuluu kerralla sekä onko alkoholin juomisesta koitunut haittoja. Testissä selvitetään myös syitä sille, miksi ikääntynyt juo - nauttiiko hän alkoholia ruokajuomana, rentoutumiseen, seuran vuoksi tai mielialan kohentamiseen? Vastausten perusteella testin tekijä saa juuri hänen tilanteeseensa sopivaa palautetta, ohjeita ja tietoa alkoholista. (Yli 65-vuotiaan alkoholimittari 2020.)

Alkoholiriippuvuudesta SADD auttaa selvittämään alkoholiriippuvuuden tasoa, ja sen 15 kysymystä koskee viimeisintä 12 kuukauden jaksoa. Kysymyksissä kartoitetaan muun muassa alkoholin päivittäistä ajattelua ja sitä, suunnitteleeko asiakas päiväänsä alkoholin juomisen mukaan. Testissä kysytään myös mahdollisista fyysisistä oireista, kuten esimerkiksi käsien vapinasta ja oksentamisesta. (Alkoholiriippuvuudesta SADD 2020.)

Juomistapoja voidaan selvittää myös Juomatapatestin avulla. Edellisten testien kaltaisesti Juomatapatestissä kysytään, kuinka usein alkoholia juodaan ja kuinka paljon annoksia nautitaan kerralla. Sen lisäksi testissä on osio, johon kirjataan tyypillinen alkoholinkulutus kuukaudessa. Osiossa on vastauslaatikoita kuukauden jokaiselle päivälle, ja niihin tulee kirjata alkoholi-juomien annosmäärät niiden päivien kohdalle, joihin tyypillisesti otetaan alkoholia. (Juomatapatesti 2020.)

5.4 Mini-interventio

Päihdehoitotyössä tunnetuin riskiehkäisy-, terveysneuvonnan ja terveydenedistämisen menetelmä on mini-interventio (toiselta nimeltään lyhytneuvonta), ja siihen kuuluu alkoholin riskikulutuksen tunnistaminen ja alkoholihaittojen tiedon sekä itsehallintatiedon antaminen tavalla, joka on potilasta motivoivaa. Lyhytneuvonnassa sovelletaan motivoivan haastattelun lähestymistapaa. (Holmberg ym. 2015, 246.)

Järvisen (2014) mukaan motivoiva haastattelu on terveydenhuoltoalan ammattilaisen ja potilaan väliseen yhteistyöhön perustuva potilaskeskeinen ohjaamisen menetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja tukemaan potilaan sisäistä motivaatiota elämäntapamuutokseen. Motivovassa haastattelussa korostuu empatian osoittaminen, potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan ristiriidan voimistaminen sekä väittelyn välttäminen. Haastattelun menetelmiä ovat avoimien kysymysten esittäminen ja reflektio eli heijastava kuuntelu. Sen lisäksi ammattilainen tekee haastattelun aikana yhteenvetoja, joiden tarkoituksena on koota keskeisin siitä, mitä ammattilainen on kuullut ja ymmärtänyt potilaan puheesta.

Hoito voi olla yksittäinen käynti, mutta tilanteen mukaan saatetaan tarvita useampia käyntejä. Käynnin kesto voi vaihdella viidestä minuutista kahteenkymmeneen minuuttiin. Keskustelun lisäksi potilasta kannustetaan asettamaan omia tavoitteita, ja seuraava käynti sovitaan yleensä 2-3 viikon päähän. Lyhytneuvonta on kustannustehokas hoitomuoto, ja sen vaikutus voi kestää jopa 9-24 kuukautta. Lyhytneuvonnan toteuttamisessa voidaan käyttää apuna ja muistisääntönä RAAMIT-lyhennettä, jota on avattu taulukossa 2. Lyhenne tulee sanoista rohkeus (self efficacy), alkoholitietous (feedback), apu (advice), myötätunto (empathy), itsemääräämismvastuu (responsibility) ja toimintaohjeet (menu). Rohkeudella tarkoitetaan, että potilaaseen valetaan rohkeutta sekä uskoa omaan onnistumiseen. Alkoholitietoudella tarkoitetaan potilaalle annettavaa

palautetta. Sen lisäksi hän saa tietoa alkoholista ja tämän suhteesta potilaan vaivoihin. Apu tarkoittaa, että potilasta avustetaan juomisen lopettamisen tai vähentämisen päätöksessä. Myötätunnolla tarkoitetaan sitä asennetta, jolla neuvonnan antajan tulisi kohdata potilas, eli terveydenhuollon ammattilaisen tulisi olla myötätuntoinen, lämmin, refleктоiva ja ymmärtäväinen. Itsemääräämismvastuun mukaan potilaan on itsenäisesti tehtävä päätös juomisen vähentämisestä, ja toimintaohjeilla luodaan strategioita juomisen vähentämiseksi. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Rohkeus (self efficacy)	Ihmiseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen.
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteessa potilaan vaivoihin ja löydöksiin.
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä juomisen lopettamisesta tai vähentämisestä.
Myötätunto (empathy)	Ihmiseen suhtaudutaan lämpimästi, refleктоivasti, empaattisesti ja ymmärtäväisesti.
Itsemääräämismvastuu (responsibility)	Ihmisen on itse tehtävä päätös juomisen vähentämisestä.
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.

Taulukko 2: RAAMIT-muistisääntö lyhytneuvonnan toteutuksen avuksi (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Kelo ym. (2015, 146) ovat määritelleet mini-intervention alkavan, kun alkoholinkäyttö otetaan puheeksi potilaan kanssa. Seuraavaksi tunnistetaan riskikulutus, jonka jälkeen keskustellaan alkoholin terveydellisistä vaikutuksista. Tämän jälkeen terveydenhuollon ammattilainen antaa alkoholinkäytön vähentämiseen liittyvää ohjausta, jonka jälkeen potilasta kannustetaan asettamaan omia, henkilökohtaisia tavoitteita. Lopuksi tulee tukea antava seuranta sekä tarvittaessa hoitoonohjaus. Mini-intervention etenemistä on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2: Mini-intervention vaiheet, sisältö ja eteneminen (Kelo ym. 2015, 146.)

5.5 Kliiniset tutkimukset ja laboratoriokeet

Kliinisiä tutkimuksia voidaan käyttää haastattelun tukena. Kliinisiä löydöksiä ovat muun muassa nopea ja epäsäännöllinen syke, eteisvärinä ja kohonnut verenpaine. Potilaalla voi ilmetä myös luunmurtumia, naarmuja, palovammoja ja huonosti hoidettua ihottumaa. Potilaan suuhygienia on huono ja hampaat voivat olla rikkiäiset. Potilas voi myös olla ahdistunut, levoton ja hikoi-leva, sekä hänellä voi ilmetä hyperkinesiaa eli lihastoiminnan liikavilkkautta. (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)

Laboratoriokeiteita suositellaan käytettäväksi yhdessä kyselylomakkeiden ja haastattelun kanssa. Mikään laboratoriokeite ei yksinään paljasta alkoholin riskikäyttöä, koska kaikilla laboratoriokeiteiden arvot eivät kohoa alkoholin riskikäytön vuoksi. Joillakin arvot voivat olla koholla muista syistä. Tärkeimmät alkoholin käytöstä kertovat laboratoriokeiteet ovat hengitysilman alkoholipitoisuus, CDT (carbohydrate deficient transferrin eli niukkahiilihydraattinen transferriini), GT (glutamyyli transferaasi) ja MCV (punasolujen keskitilavuus). (Alho ym. 2010, 35.)

Hengitysilman alkoholipitoisuus mitataan alkometrillä, ja se on nopea tapa varmistaa, onko testattava henkilö käyttänyt alkoholia hiljattain. Testin tulos antaa viitteitä myös siitä, kuinka paljon alkoholia on nautittu. Jos alkoholipitoisuus on yli 3 promillea, tai 1,5 promillea ilman päihtymyksen merkkejä, voi viitata pitkään jatkuneeseen alkoholin käyttöön. CDT-arvo nousee, jos on nautittu keskimäärin viisi annosta alkoholia vuorokaudessa muutaman viikon ajan, ja se on koholla yli 80% alkoholiriippuvaisista. Riskikäytössä ja haitallisessa käytössä se on koholla

vain alle puolella. GT-arvo ei ole kovin hyvä tutkimus alkoholin liikakäytön selvittelyssä. Noin 70% suurentuneista arvoista selittyy alkoholin runsaalla kulutuksella. GT on koholla yli 60%:lla alkoholinriippuvaisista mutta vain noin kolmanneksella riskikäyttäjistä. GT voi kohota muistakin syistä kuin alkoholin haitallisesta käytöstä. Sitä voi nostaa esimerkiksi maksasairaudet, ylipaino, diabetes, jotkin lääkkeet tai sydämen vajaatoiminta. Anemiaan liittymätön suurentunut MCV-arvo johtuu miehillä hyvin usein ja naisilla harvemmin runsaasta alkoholin käytöstä. Alkoholi-riippuvaisilla arvo on useammin koholla. (Alho ym. 2010, 35-36.) Tarvittaessa voidaan ottaa myös maksasairauksista kertovat S-ASAT (aspartaattiaminotransferaasi) ja S-ALAT (alanini-aminotransferaasi), jotka voivat suurentua myös esimerkiksi lihasvaurioissa, sydäninfarktin seurauksena tai ylipainon vaikutuksesta. (Kelo ym. 2015, 144.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa yhteistyökumppanimme Suveran käyttöön ajantasaista sekä näyttöön perustuvaa tietoa sisältävä opas, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää alkoholin riskikäytön tunnistamisessa ja puheeksiotossa ikääntyneillä. Opas kartoittaa, millaisia keinoja ammattilaisilla on riskikäytön tunnistamiseen sekä selvittää, kuinka ongelma tulisi ottaa puheeksi potilaan kanssa. Suvera voi jakaa opasta halutessaan yhteistyökumppaneilleen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea terveydenhuollon ammattilaisten työtä antamalla tietoa alkoholista päihteenä, sen käytön riskirajoista sekä alkoholin fyysisistä, psyykkisistä ja sosio-ekonomisista haittavaikutuksista. Tavoitteenamme on, että työelämäkumppanimme voi opinnäytetyömme pohjalta koota selkeän oppaan, josta on helposti löydettävissä tietoa erilaisista alkoholin riskikäytön tunnistamisen keinoista, mittareista sekä puheeksioton tavoista. Toivomme, että oppaastamme hyötyvät ja saavat tukea monet eri terveydenhuollon ammattilaiset.

7 Yhteistyökumppanin esittely

Yhteistyökumppanimme on terveys- ja hyvinvointialan yritys Suvera, joka tuottaa palveluita sekä yksityisille että julkisen sektorin asiakkaille. Yrityksen erityisosaamiseen kuuluvat päihde- ja mielenterveyspalvelut. Suveran tarjontaan kuuluvat muun muassa psykoterapia, psykiatrin vastaanotot, seksuaalineuvonta ja läheisneuvonta. Tämän lisäksi yrityksen palveluihin lukeutuu päihdelääkärin vastaanottoja, päihdeterapiaa sekä katkaisuhoidoja. Suvera tarjoaa myös laitospuolista päihdekuntoutusta Päihdekuntoutusyksikkö Avarassa. Suvera myös järjestää monipuolisia päihteisiin, mielenterveyteen ja työhyvinvointiin liittyviä koulutuspaketteja yrityksille ja kunnille. (Suvera 2020.)

8 Opinnäytetyöprosessi

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteet ovat käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistämistä ammatillisessa kentässä. Se voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisosas, ympäristöohjelma tai turvallisuusohjeistus. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Muodoltaan toiminnallisen opinnäytetyön etuna on toimintaoppiminen, eli se, että opiskelija kykenee kehittämään ajatteluaan sekä ammatillista osaamistaan niin, että siirtyessään työelämään, hänellä on valmiudet samankaltaisten hankkeiden työstämiseen valmistumisen jälkeenkin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tietoperusta, toimijat, menetelmät, aineistot sekä tuotos samoin kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Työ etenee aihevalinnasta aiheen rajaamiseen, työn suunnittelun, organisoiminnin ja tuotoksen kautta lopulta valmiin työn arviointiin. Tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä toiminnallinen eroaa pääosin tutkimuksen menetelmiltään sekä aineiston analyysissä. Selkein ero kuitenkin on se, että toiminnallisen opinnäytetyön tekijä tekee tuotoksen, esimerkiksi oppaan, esitteen tai perehdytyskansion, kun taas tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda uutta tietoa, muodoltaan se voi olla esimerkiksi tutkimusraportti. (Salonen 2013, 5-6.)

Pohdimme keskeisiä kysymyksiä, joiden avulla lähdimme tekemään tiedonhakuja, sekä kirjoittamaan teoriapohjaa. Ne ohjasivat työn tekoa ja auttoivat aiheen rajauksessa. Yksi keskeisistä kysymyksistä oli se, että mitä terveydellisiä haittavaikutuksia alkoholin riskikäytöllä on ikääntyneillä. Sen lisäksi pohdimme mitä keinoja terveydenhuollon ammattilaisilla on tunnistaa alkoholin riskikäyttö ikääntyneillä ja miten terveydenhuollon ammattilaiset voivat ottaa alkoholin riskikäytön puheeksi potilaan kanssa.

8.2 Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyöprosessimme alkoi joulukuussa 2019. Työn suunnittelun alussa pohdimme mahdollisia kiinnostuksen kohteita, joita tuleva opinnäytetyömme käsittelisi. Molempia tekijöitä kiinnosti kohderyhmänä ikääntyneet. Mahdollisesta aiheesta kuulimme ohjaavalta opettajaltamme, joka oli saanut toiveen kyseenomaisesta oppaasta yhteistyökumppanilta. Suunnittelun alussa keskustelimme yhteistyökumppanin kanssa oppaan kohderyhmän rajaamisesta, ja kohderyhmäksemme tarkentuivat työikäiset ja ikääntyneet. Meitä kiinnosti aihe erityisesti siksi, että olemme edellisissä harjoitteluisamme kohdanneet useita työikäisiä ja ikääntyneitä potilaita, joilla on taustalla runsasta alkoholin käyttöä. Meillä oli jo jonkin verran kokemusta ja näkemystä siitä, kuinka laajasti potilaiden elämään alkoholin riskikäyttö vaikutti. Meitä kiinnosti myös se, kuinka terveydenhuollon ammattilaiset voisivat parhaiten ottaa ongelman

puheeksi potilaiden kanssa. Opinnäytetyön menetelmä oli alusta alkaen yhteistyökumppanin toiveesta toiminnallinen.

Opinnäytetyön aiheen esittelimme Mielen hyvinvoinnin hankekokouksessa tammikuussa 2020, jonka jälkeen laadimme opinnäytetyön sopimuksen. Kun kaikki osapuolet olivat allekirjoittaneet sopimuksen, rupesimme kirjoittamaan opinnäytetyön suunnitelmaa, johon määrittelimme tutkimuskysymykset, keskeiset asiasanat ja alustavasti pohdimme mahdollisia lähteitä, joita työssämme käyttäisimme. Suunnitelmaan määrittelimme kohderyhmän ja opinnäytetyön tarkoituksen sekä tavoitteen. Alun perin kohderyhmämme olivat työikäiset ja ikääntyneet.

Suunnitelman esitimme hankekokouksessa maaliskuussa, jossa saimme palautetta ohjaavalta opettajalta sekä opponoivalta ryhmältä. Kevään 2020 aikana maailmanlaajuisesti levinneen koronaviruksen takia hankekokous järjestettiin poikkeuksellisesti sähköisesti Zoom-palvelussa, koska koulut oli suljettu. Saamamme palautteen perusteella sekä työelämänedustajan suostumuksella muutimme opinnäytetyön koskemaan pelkästään ikääntyneitä, koska aihe on Suomessa ajankohtainen suurten ikäluokkien eläköitymisen myötä. Sen lisäksi koettiin, että kohderyhmän supistaminen tekisi opinnäytetyöstä ja oppaasta selkeämmän. Lähetimme myös alustavasti suunnitellut otsikot yhteistyökumppanille, jonka kommenttien perusteella teimme pieniä muutoksia suunniteltuihin otsikoihin ja opinnäytetyön sisältöön.

Huhtikuussa lähetimme ohjaavalle opettajalle työversion opinnäytetyöstä, jonka palautteen mukaan jatkoimme opinnäytetyön viimeistelyä. Koostimme opinnäytetyöstä tiivistelmän sekä suomeksi että englanniksi, ja englanninkielisen version lähetimme kielten lehtorille tarkistettavaksi. Lopuksi kokosimme valmiista opinnäytetyön tietoperustasta oppaan. Lopuksi lähetimme valmiin oppaan työelämänekumppanille arvioitavaksi.

8.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaussa hyödynsimme aihetta käsitteleviä kirjoja, tutkimuksia sekä käytimme hyväksemme elektronisia tietokantoja. Tieteellistä tietoa haimme esimerkiksi Google Scholar-palvelun kautta. Tietoa etsimme myös Terveystietokannasta, Duodecimista, Käypä hoitosuosituksista sekä A-klinikkasäätiön Päihdelinkki-sivustolta. Alustavan tiedonhaun teimme tammikuussa 2020 aiheanalyysiä ja opinnäytetyösopimusta varten. Kirjallisuutta etsimme Laurea-ammattikorkeakoulun Finna-palvelun kautta. Hakusanoina käytettiin muun muassa ikääntyneet+alkoholi, alkoholi+riskikäyttö ja mini-interventio+puheeksiotto.

8.4 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Tehtävänäimme oli koota kirjallisuuskatsaus mahdollisimman laajoista lähdemateriaaleista opasta varten. Kirjallisuuskatsauksen valmistuttua siitä poimittiin ja tiivistettiin tärkeimmät osuudet oppaaseen. Ensin Microsoft Word-tiedostoon tiivistettiin pelkät tekstit, josta

nähtiin oikea pituus ja saatiin aineistot järjestykseen. Kun oppaan alustava sisältö oli kirjoitettu, työelämäkumppanilta pyydettiin kommentointia sisältöön ja tarvittavat korjaukset tehtiin palautteen mukaan. Alun perin työelämäkumppanin oli tarkoitus vastata graafisesta suunnittelusta, mutta tilanne muuttui koronatilanteen vuoksi ja suunnittelimme oppaan graafikan itse.

Seuraavaksi alkoi oppaan graafinen suunnittelu. Tarkoituksena oli tehdä A4-kokoinen, tulostettava ja sisällöltään tiivis lehtinen, jossa on selkeät ja helposti luettavat tekstit. Opasta rakennettiin sen mukaan, miten sitä olisi helppoa ja loogista käyttää esimerkiksi vastaanottotilanteessa tai perehdytyksessä. Oppaasta tulostettiin useita versioita, jonka pohjalta siihen tehtiin vielä muokkauksia esimerkiksi fonttikoon, sivun asettelun ja värin suhteen. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi viisisivuinen lehtinen, johon on koottu tiedot helposti löydettäviksi sisällysluettelon ja otsikoinnin avulla.

Oppaassa käydään läpi peruskäsitteet selitettynä auki, alkoholin vaikutukset ikääntyneen elimistöön, alkoholin riskikäytön rajat ja riskikäytön tunnistaminen ikääntyvällä, alkoholin käytön kartoittamisen mittarit, myöhäisellä iällä alkava suurkulutus ja miten ottaa alkoholin käytön puheeksi ikääntyneen kanssa. Lähetimme viimeisen version palautelomakkeen kanssa työelämäkumppanille, joka hyväksyi oppaan sisällön ja ulkoasun.

8.5 Oppaan arviointi

Valmis opas lähetettiin sähköpostitse työelämän edustajalle, ja palaute oppaasta kerättiin hyödyntämällä Laurean valmista palautelomaketta. Palautteen mukaan opasta tullaan hyödyntämään yrityksen järjestämissä koulutuksissa sekä eri yksiköissä Oulussa, Helsingissä ja Siuntiossa uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena. Tämän lisäksi opinnäytetyöstä saatua tietoa tullaan hyödyntämään asiakastyössä sekä asiantuntijatyöskentelyssä. Palautteen mukaan opinnäytetyön tuloksissa korostui ikääntyvien päihteidenkäyttäjien ja ikääntymisen aiheuttamat erityispiirteet päihderiippuvuuden tunnistamisessa ja hoidossa. Tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä sekä sen aiheuttamista haitoista pidettiin merkittävänä, koska tietoa kyseisestä aiheesta on saatavilla verrattain vähän.

8.6 Kehittämisehdotukset

Opas tulee olemaan ajankohtainen vielä pitkään suurten ikäluokkien takia. Tutkimustietoa tulee kuitenkin aiheeseen liittyen jatkuvasti ja opasta voisi/tulisi päivittää ajankohtaisemmalla tutkimustiedolla. Lisäksi esimerkiksi riskirajoista ikääntyvillä löytyy montaa eri tietoa ja sekin varmasti aina päivittyy uudempaan. Oppaasta voisi myös tehdä e-version, mikä olisi ekologisempi vaihtoehto ja mahdollisesti voisi sopia nyky-yhteiskuntaan paremmin. Opasta voisi myös laajentaa niin, että siinä olisi valmiiksi liitteinä alkoholinriskikäytön-mittarit.

9 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessi vaati paljon työtä, ja sen tekeminen oli ajoittain raskastakin. Paljon aikaa kului tiedonhakuun. Tiedonhaku itsessään oli helppoa, koska aiheestamme löytyi yllättävän paljon tietoa suomeksi sekä internetistä että kirjallisista lähteistä. Hankaluuksia koituikin siitä, että runsaasta määrästä tietoa täytyi osata valikoida juuri meidän opinnäytetyöhömme sopiva ja tarpeellinen tieto. Erityisesti kirjallisten lähteiden kohdalla täytyi usein pohtia tiedon ajantasaisuutta, koska moni löytämämme aiheeseen liittyvä kirja on ilmestynyt hieman yli kymmenen vuotta sitten. Koemme, että opinnäytetyön tekeminen opetti meitä paremmiksi tiedonhaussa, ja ennen kaikkea opimme arvioimaan löytämämme aineiston luotettavuutta. Teimme opinnäytetyötä keväällä 2020, jolloin maailmalla levinneen koronaviruksen takia kirjastot ja koulut suljettiin viruksen leviämistä ehkäisevinä toimina. Tämä hankaloitti tiedonhakuamme, koska fyysiset kirjat eivät enää olleet käytettävissämme, ja joistakin aiheista oli vaikea löytää sähköisesti tietoa.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tarkoitus oli kerätä olemassa olevaa tietoa ja koostaa siitä opas, eikä luoda uutta tietoa. Työtä tehdessämme saimme palautetta oppoivalta ryhmältä siitä, että onko tekemässämme opinnäytetyössä mitään uutta. On totta, että ikääntyvien alkoholinkäytöstä ja puheeksiotosta löytyy jo tietoa ja oppaita. Pohdimme prosessin aikana sitä, voimmeko työmme avulla tuoda käsiteltävään asiaan jotain uutta, ja päädyimme siihen, että vaikka opinnäytetyömme aihe ei olekaan uusi asia, voimme koostaa ajankohtaisen tiedon tiiviissä ja selkeässä muodossa, jolloin terveydenhuollon ammattilaisten on helppo tarttua ja käyttää sitä hyväkseen työssään. Näin ollen opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoite toteutuvat.

Prosessin alussa meillä oli jo jonkin verran käsitystä ja kokemusta siitä, kuinka isosta ongelmasta on kyse. Olemme molemmat edellisissä terveydenhuoltoalan harjoitteluissa ja töissä kohdanneet ikääntyneitä, jotka ovat olleet hoidossa alkoholin riskikäytöstä koituneiden ongelmien takia. Näitä ongelmia olivat muun muassa päihtyneenä kaatuminen ja siitä johtuvat komplikaatiot, tai perussairauden oireiden paheneminen, koska ikääntynyt on alkoholin takia unohtanut hoitaa sairauttaan. Koska Suomi vanhenee vauhdilla ja ikääntyneiden määrä nousee, ongelma tulee luultavasti korostumaan tulevaisuudessa. Opinnäytetyötä tehdessämme käsityksemme aiheen tärkeydestä vahvistuikin. Koska aihe on tärkeä ja ajankohtainen Suomessa, uskomme että tekemästämme opinnäytetyöstä on hyötyä.

10 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyötä tehdessä, tutkimustyön tuloksia tallentaessa ja niitä esitettäessä. Opinnäytetyötä varten tehtävässä tutkimuksessa sovelletaan

tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Muiden tutkijoiden töihin ja saavutuksiin viitataan asianmukaisesti, ja näin heidän tekemänsä työ saa asiaankuuluvan arvon ja merkityksen. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2020.)

Opinnäytetyömme rehellisyyttä tukee se, että merkitsemme lähdeviittaukset ja laadimme lähdeluettelon, sekä vältämme plagiointia. Plagioinnilla, eli tekstin lainaamisella, tarkoitetaan toisen tekemän työn, esimerkiksi artikkelin tai muun tekstin, esittämistä omana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26). Lähdeviittausten ja lähdeluettelon tekemistä ohjaavat Laurea-ammattikorkeakoulun lähdeviittaushjeet. Kaikkea julkisesti saatavilla olevaa tietoa saa hyödyntää tekstissä, kunhan selkeästi dokumentoidaan, mistä tieto on peräisin. Lähdeviittausten ja lähdeluettelon on oltava riittävän selkeitä, jotta lukija voi helposti löytää tiedon alkuperän halutessaan. Kirjoittajan oma tieto sekä yleisesti tiedossa oleva tieto eivät tarvitse lähdeviitteitä. (Vuorela 2015, 3.)

Tiedonhakua suorittaessamme kiinnitimme huomiota aineiston luotettavuuteen ja siihen, että ovatko lähteet näyttöön perustuvia tutkimuksia. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on taata hoitopaikasta tai työntekijöistä riippumaton, turvallinen ja laadukas hoito. Näytöllä tarkoitetaan ajantasaista, luotettavaa ja tutkittua tietoa. (Näyttöön perustuva toiminta 2018.) Sen lisäksi pyrimme käyttämään lähteitä, jotka ovat ilmestyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, jotta työssä käyttämämme tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista.

Opinnäytetyöprosessin alussa laadimme myös opinnäytetyösopimuksen, johon kirjassimme opinnäytetyön aiheen sekä sen tarkoitukset ja tavoitteet. Sen lisäksi määrittelimme sopimukseen työn keskeiset käsitteet, alustavan viitekehyksen sekä opinnäytetyön menetelmät. Sopimuksesta kävi myös ilmi alustava aikataulu sekä opinnäytetyön osapuolten roolit. Lopuksi sopimus allekirjoitettiin kaikkien osapuolten toimesta, jonka jälkeen varsinaisen opinnäytetyön tekeminen saattoi alkaa.

Lähteet

Painetut

Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Heino, T., Myllymäki, E., Nykky, T. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Helsinki: Kirjapaja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., Partanen, A. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Härkönen, J., Mäkelä, P., Lintonen, T., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. 2018. Näin Suomi juo. Helsinki: Suomen yliopistopaino.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kirveslahti, K., Sivén, T., Vahala, M. & Vihunen, R. 2014. Kasvun aika. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Aalto, M & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Viitattu 31.3.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/duo97348/search/ik%C3%A4%C3%A4ntyneet%20ja%20alkoholi>

Alkoholi. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 9.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pika-tieto/alkoholi>

Alkoholihaitat. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat>

Alkoholin haittoja ikääntyneellä. 2020. Ikääntyneiden päihdetyö. Viitattu 21.3.2020. <https://www.ikaantyneidenpaihdetyo.fi/tietoa/ikaantuvan-elimiston-alkoholinsietokyky/alkoholin-haittoja-ikaantyneella>

Alkoholiongelman hoito. 2018. Käypä hoito. Viitattu 3.3.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50028#readmore>

- Alkoholi ja terveys. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-jaterveys>
- Alkoholiriippuvuustesti SADD. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholiriippuvuustesti-sadd>
- Alkoholivieroitusoireyhtymä. 2018. Terveyskirjasto. Viitattu 17.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00197
- AUDIT - riskikäytön rajat. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit.pdf>
- AUDIT-C. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2020. https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/audit-c_0.pdf
- AUDIT-testiä täydentävä Alkoholi-E on julkaistu. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/audit-testia-taydentava-alkoholi-e-julkaistu>
- Holopainen, A. 2005. Alkoholi ja aivot. Päihdelinkki. Viitattu 17.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-aivot>
- Huttunen, M. 2018. Tietoa potilaalle: Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Viitattu 20.2.2020. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=alkoholi
- Huttunen, M. 2018. Juoppohulluus. Viitattu 20.2.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/dlk00376/search/alkoholismi>
- Hyvä tieteellinen käytäntö. 2020. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 21.3.2020. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Ikääntynyt, iäkäs vai vanha? 2019. Terveyskylä. Viitattu 21.3.2020. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntyntyi%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>
- Ikääntymisen määrittely. 2019. Vernerit. Viitattu 21.3.2020. <https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>
- Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito. 2017. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 8.4.2020. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=riippuvuus
- Juomatapatesti. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 3.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/juomatapatesti>
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Viitattu 3.3.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02109>
- Kiianmaa, K. 2005. Alkoholitoleranssi. Viitattu 9.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholitoleranssi>

- Kylmänen, P. 2017. Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Viitattu 11.3.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Kylmänen, P. 2020. Alkoholivieroitustilan hoito. Viitattu 17.3.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Näyttöön perustuva toiminta. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 31.3.2020. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>
- Paljärvi, T. & Mäkelä, P. 2019. Alkoholin ongelmakäyttöön tulee puuttua perusterveydenhuollossa. Viitattu 23.2.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137587/URN_ISBN_978-952-343-294-9.pdf
- Puheeksiotto ja mini-interventio. 2019. THL. Viitattu 22.2.20. <https://thl.fi/fi/web/alkoholitupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>
- Simojoki, K. 2016. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Viitattu 31.3.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt01098/search/alkoholismi>
- Surakka, V -M. 2011. Yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö. Päihdelinkki. Viitattu 18.3.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/yleisimpien-laakkeiden-ja-alkoholin-yhteiskaytto>
- Suvera. 2020. Viitattu 17.3.2020. <https://www.suvera.fi/>
- Yli 65-vuotiaan alkoholimittari. 2020. Päihdelinkki. Viitattu 9.4.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/yli-65-vuotiaan-alkoholimittari>

Julkaisemattomat

- Salonen, K. 2013. Näkökulma tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Vuorela, K. 2015. Lähdeviitteiden ja lähteiden merkintätavat Laureassa. Viitattu 20.3.2020. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kuviot

Kuvio 1: Alkoholin riskikäytön rajat Suomessa (Alkoholiongelmaisen hoito 2018; Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.).....	15
Kuvio 2: Mini-intervention vaiheet, sisältö ja eteneminen (Kelo ym. 2015, 146.)	21

Taulukot

Taulukko 1: Alkoholin riskikäytön merkit ikääntyvällä (Ikääntyvän päihdekäyttäjän hoito 2017.)	17
Taulukko 2: RAAMIT-muistisääntö lyhytneuvonnan toteutuksen avuksi (Alkoholiongelmaisen hoito 2018.)	20