

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Pirjo Innanen, Mia Terävä

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö hoitotyön näkökulmasta

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Pirjo Innanen , Mia Terävä

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö hoitotyön näkökulmasta, 34 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaajat: lehtori Maija Jokinen, Saimaan ammattikorkeakoulu,
apulaisosastonhoitaja Päivi Tavi, Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

Opinnäytetyön aiheena oli ikääntyneiden alkoholinkäyttö hoitotyön näkökulmasta. Työssä kuvattiin kotihoidossa ja lääkärin vastaanotolla työskentelevien kokemuksia ikääntyneiden alkoholin käytöstä. Työn tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ikääntyvien ihmisten alkoholinkäytöstä ja pohtia keinoja mahdollisimman nopeaan puuttumiseen. Opinnäytetyömme toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena teemahaastattelujen pohjalta.

Alkoholin liikkakäytöstä puhutaan, kun siitä on muodostunut ongelma ympäristölle ja käyttäjälle itselleen. Alkoholi on usein osallisena tapaturmissa. Ikääntyvien alkoholinkäyttö aiheuttaa hämmennystä. Se on alkanut haitata ikääntyneiden arjessa selviytymistä. Ikääntyneiden alkoholiongelmaa ei ole yleensä helppo havaita. Alkoholinkäyttö ja siihen liittyvät riskit kannattaa ottaa puheeksi sopivassa välissä kaikkien iäkkäiden kanssa. Se tarkoittaa yksinkertaisuudessaan alkoholinkäytöstä kysymistä ja siitä keskustelemista.

Tutkimus ongelmina olivat: Millaisia kokemuksia kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevillä oli ikääntyneiden alkoholin käytöstä? Miten kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevät puuttuvat ongelmaan? Millaisia hoitotyön auttamiskeinoja kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevät käyttivät auttaessaan ikääntyneitä alkoholiongelmaisia?

Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista aineistolähtöistä tutkimusotetta.

Haastateltujen mielestä koulutusta sekä työpaikoilla että ammattikoulutuksessa pitäisi lisätä. Asian ottaminen puheeksi koettiin pääsääntöisesti helppona. Haastatteluissa nousi esiin se, että työvuodet tuovat kokemusta ja varmuutta ottaa asia puheeksi ja puuttua siihen. Sen pitäisi olla yhtä rutiininomaista kuin esimerkiksi ruokailutottumuksista ja liikunnasta puhuminen.

Asiakkaan ja hoitajan välinen luottamus on tärkeää. Ilman asiakkaan suostumusta ei asioita saa viedä eteenpäin. Asiakas voi haluta puhua asiasta ilman, että siihen vielä muuten puututaan.

Asiasanat: Ikääntynyt, alkoholinkäyttö, auttamismenetelmät

Abstract

Pirjo Innanen , Mia Terävä

Alcohol consumption of the elderly from a nursing perspective.

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2012

Instructor: Senior Lecturer Maija Jokinen

staff nurse Päivi Tavi, Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

The subject of our study was alcohol consumption of the elderly from a nursing perspective.

We pictured the experiences of those working in home care and hospitals, concerning alcohol consumption of older people. Our work was aimed at increasing awareness of the nursing staff on older people's drinking behavior and to devise possible ways and methods for quick intervention. Our study was carried out as a qualitative study based on theme interviews.

Excessive alcohol use is discussed when it has become a problem for the environment, and the users themselves. Alcohol is often involved in accidents. Alcohol problems of the elderly cause confusion. It has begun to affect the everyday life and routines of older people. Excessive use of alcohol is often hard to spot, especially concerning the elderly. The risks of excessive use of alcohol should be brought up in a suitable intermediate with all older people. It simply means discussing the issue and asking about the use of alcohol.

The problems researched in this study were: experiences of those working in home care and the reception concerning the elderly with alcohol problems? How do the home care and reception workers respond to the problem? What kind of treatment methods were used in home care and reception on helping older people with the above mentioned problem?

We analyzed the data using a data-driven inductive content analysis.

The interviewed consider that the amount of training at the workplace and in professional education should be increased. Bringing the subject up was mostly considered easy. The interviews also clearly showed, that bringing the subject up and intervening with the problem got easier with experience and time. Talking about the problem with the elderly should be just as easy as discussing eating habits and physical activities.

The trust between the client and nurse is important. The client may just want to talk about the matter, without wanting to even deal with it otherwise, the affairs may not be taken forward without the consent of the client.

Key words: aged, alcohol consumption, helping methods

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Ikääntyminen ja alkoholi.....	6
3 Ikääntyneiden alkoholin käyttö ja haitat	8
3.1 Alkoholiriippuvuus	9
3.2 Alkoholin terveyshaitat.....	11
4 Ikääntyneiden alkoholin käytön tunnistaminen.....	13
5 Alkoholiongelmaan puuttuminen	14
5.1 Motivoiva haastattelu.....	15
5.2 Päihdehoito	16
5.3. Hoitoonohjaus	17
5.4. Katkaisuhuolto.....	18
6 Kirjallisuuskatsaus	18
7 Opinnäytetyön tarkoitus	19
8 Opinnäytetyön toteutus	20
9 Aineiston analyysi	22
10 Tutkimustulokset ja luotettavuus	23
10.1 Alkoholiongelmainen ikääntynyt asiakkaana	24
10.2 Ikääntyneen alkoholin käyttöön puuttuminen	26
10.3 Ikääntyneen alkoholiongelmaisen auttamiskeinot	28
11 Johtopäätökset.....	29
12 Pohdinta	29
13 Jatkotutkimus	31
Lähteet.....	32
Liitteet	34
Liite 1 Saate	
Liite 2 Haastattelurunko	
Liite 3 Tutkimuslupa hakemus	
Liite 4 Tutkimuslupa	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidossa ja lääkärin vastaanotolla työskentelevien kokemuksia ikääntyneiden alkoholin käytöstä. Suomen väestö ikääntyy. On laskettu, että vuonna 2030 ikääntyneitä on lähes 1,3 miljoonaa. Vanhuuden katsotaan tänä päivänä alkavan vasta 80–85 vuoden iässä, kun se aiemmin määrittyi pitkälti vanhuuseläkeiän mukaan eli vanhuus alkoi 65-vuotiaana. Vanhetessa elintoiminnot vääjäämättä hidastuvat. Fysiologiseen vanhenemiseen liittyvät verenkiertoelimistön, suoliston- ja virtsaamiselimistön muutokset. Erilaiset sairaudet yleistyvät ja siitä seuraa lääkityksen määrän lisääntyminen. Lihasten määrä vähenee ja vastaavasti rasvan ja sidekudoksen määrä lisääntyy. Aistit, luusto ja muisti heikkenevät. Unen määrä ja laatu heikkenevät. Myös kivut lisääntyvät sairauksien myötä. (Kettunen 2008, 31–56.)

Koimme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi, koska aihe on ajankohtainen ja tutkittua tietoa on vielä aiheesta vähän. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja hoitohenkilökunnalle kaivataan lisäkoulutusta. Aihe kiinnosti meitä molempia ja siksi päädyimme tekemään aiheesta opinnäytetyötä. Toinen meistä työskentelee päivystysvastaanotolla ja toinen sairaalan osastolla. Molemmat olemme kohdanneet ikääntyneitä alkoholinkäyttäjiä työssämme. Tutkitun tiedon vähäisyys innosti meitä hankkimaan uutta tietoa aiheesta.

Menneinä vuosikymmeninä suomalaista alkoholikulttuuria on leimannut vahva valtiollinen ja yhteiskunnallinen kontrolli, jonka säännöt ja sisältö todennäköisesti heijastuvat vanhusten suhtautumiseen alkoholiin. Vanhusväestössä elää edelleen ihmisiä, jotka ovat syntyneet kieltolain aikaan. Monet ovat eläneet elämänsä alkoholinkäytön vapautumisen vuosina. Mikä ennen oli kiellettyä, onkin nykyään normaalia. (Levo, Viljanen, Heino, Koivula & Aira 2008, 9–17.)

Opinnäytetyömme on erittäin ajankohtainen, sillä tätä tärkeää aihetta on tutkittu vasta muutamien vuosien ajan.

2 Ikääntyminen ja alkoholi

Suomalainen alkoholikulttuuri on muuttunut viime vuosina. Keski-ikäisten yksi yleisimmistä kuolinsyistä johtuu liiallisesta alkoholin käytöstä. Viimeistään silloin ongelmat tulevat todennäköisesti lisääntymään, kun on heidän aikansa siirtyä eläkkeelle, koska tälle sukupolvelle alkoholin käyttö on sukupuoleen katsomatta osa elämäntapaa. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus vuonna 2008 nousi 100 prosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna 8,5 litraan asukasta kohti. Määrä on viisinkertainen 1950-luvun loppuvuosiin verrattuna. Kulutus jakautuu hyvin epätasaisesti. Alkoholin välitön vaikutus ilmenee humalatilana ja sammumisena. Pitkäaikainen runsas käyttö vaikuttaa monella tavoin kuten esimerkiksi, henkinen suorituskyky heikkenee. Aluksi käyttö liittyy humalatilaan, mutta myöhemmin muutokset voivat jäädä pysyviksi. Usein todetaan heikentymistä muistissa, aloitteellisuudessa, päättelykyvyssä ja motoriikassa. Juomisen lopettaminen parantaa olennaisesti suorituskykyä. Mutta jos aivoissa tapahtuneet muutokset ovat suuria, täydellistä palautumista ei enää tapahdu. (Holopainen 2005.)

Ensimmäiset tiedossa olevat merkinnät alkoholista ulottuvat Egyptiin n. 6000 vuotta ennen Kristuksen syntymää. Alkoholi on nikotiinin ja kofeiinin jälkeen eniten käytetty päihde maailmassa. Päihteitä ovat lailliset aineet alkoholi ja tupakka, sekä päihtymistarkoituksessa käytetyt lääkkeet, liuottimet sekä huumeet. Alkoholin käyttöä leimaavat eri vuosikymmeninä valtion ja yhteiskunnan asettamat kiellot ja rajoitukset. Kieltolaki, eli asetus alkoholipitoisten aineiden valmistuksesta, astui voimaan 1.6.1919. Se kielsi alkoholin käytön muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin tai teknillisiin tarkoituksiin. Vuonna 1932 astui voimaan kieltolain korvaama väkijuomalaki. Tämän tavoitteena oli edelleen rajoittaa alkoholin käyttöä ja ehkäistä alkoholismia. Vuonna 1943 tulivat viinakortit, käynnit alkoholiliikkeessä leimattiin korttiin vuosina 1944–1955. Vuonna 1969 tuli keskioluen myynnin vapauttava uusi alkoholilaki. Alkoholipolitiikkaa rajoitettiin kuitenkin uudelleen 70-luvulla, mainonta kiellettiin ja alkot olivat kiinni kesälauantaisin. Viinakortit poistui tuolloin lopullisesti. Alkoholin käytön ja politiikan suunta muuttui 1980-luvulla suvaitsevaisemmaksi. Kaikki rajoitukset, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin

monopolit poistettiin 1990- luvulla. Mietojen alkoholijuomien mainonta sallittiin. Alkoholin verotus laski vuonna 2004, ja EU-tuonti vapautui. Alkoholijuomien kulutus vuonna 2008 kasvoi 100 prosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna 8,5 litraan asukasta kohti. Alkoholin käytön ja sen aiheuttamien ongelmien lisääntyminen 2000-luvulla herätti päättäjät kiristämään alkoholiveroa uudelleen. (Levo ym. 2008, 13 – 21.)

Ikääntyessä fysiologiset muutokset ovat väistämättömiä. Nykyiset ikääntyneet ovat eläneet aikana, jolloin alkoholinkäyttö oli syntiä ja salattavaa. Alkoholin vapautuminen on vaikuttanut ehkä osaltaan myös ikääntyvien alkoholinkäyttöön. Alkoholin käyttö lääkkeenä on ollut yleistä vuosisatoja, ja kunnanlääkärit määräsivät alkoholia reseptillä kaikenlaisiin vaivoihin. Alkoholi lieneekin eniten käytetty itsehoitolääke.

Vanheneminen tarkoittaa kaikkia niitä elimistön muutoksia, joita tapahtuu syntymän ja kuoleman välillä. Biologiset vanhenemismuutokset tapahtuvat soluissa. Sydämen toimintakyky heikkenee ja merkittävin muutos on maksimisykkeen aleneminen, samalla fyysinen rasituskyky laskee. Lihasmassan vähetessä sidekudoksen ja rasvan määrä kasvaa. Lihaksiston vähenemisestä johtuen suorituskyky alenee. Selvimmin se näkyy alaraajojen heikkenemisenä. Luun tiheys laskee ja näin aiheuttaa luiden heikkenemisen. Iän myötä nivelten liikkuvuus vähenee. Tämän takia monet vanhukset joutuvat luopumaan monista itselle tärkeistä askareista. Jo vähäinenkin nivelten liikerajoitus voi haitata esimerkiksi portaissa liikkumista. Näkökyvyssä tapahtuu muutoksia. Hämäränäkö huononee ja lähinäkö heikkenee. Kuulon aleneminen alkaa korkeiden äänien kuulemisen vaikeutena. Tasapainon ongelmat voivat johtua monista eri syistä, kuten verenpaineen muutoksista tai aistien heikkenemisestä. (Pohjolainen 2005, 8.)

Vanhenemisen myötä elimistössä tapahtuu muutoksia, joiden vaikutus korostuu alkoholien vaikutuksen alaisena. Vanhetessa tasapaino heikkenee, ja jos ikääntynyt on alkoholien vaikutuksen alaisena, vaatii pystyssä pysyminen vielä enemmän ponnistelua. Pienempi määrä alkoholia aiheuttaa ikääntyneelle vahvemman humalatilan kuin nuorelle, elimistön kuivuessa vanhenemisen seurauksena (Levo 2008, 23–28.)

3 Ikääntyneiden alkoholin käyttö ja haitat

Nykyisen vanhusväestön nuoruudessa raittiutta pidettiin ihanteena ja vähäinenkin käyttö oli paheksuttavaa ja syntiä (Aira 2005, 3137 – 3139). Alkoholin imeytyminen alkaa jo suusta. Koska alkoholi on vesiliukoinen aine, se jakautuu pääasiassa elimistön vesiosaan. Naisilla on vettä elimistössä miehiä vähemmän, joten saman alkoholimäärän nauttiminen saa naisessa aikaan kovemman humalatilan. Iäkkäillä humaltuminen tapahtuu helpommin ja veren alkoholimäärä kasvaa fysiologisten muutosten takia, mutta ennen kaikkea suurin syy humaltumisen nopeutumiseen on kehon pienentynyt vesipitoisuus. Niinpä iäkkäillä alkoholinkäyttö voi muuttua haitallisemmaksi, kuin nuorempana, vaikkeivät määrät nousisikaan. Humala johtuu alkoholin vaikutuksesta hermosolujen toimintaan ja pienet määrät alkoholia (alle promille) koetaan rentoutumisena, estojen vähenemisenä ja mielialan kohoamisena. Humalan noustessa kahteen promilleen korostuvat alkoholin nukutusvaikutus ja tajunnan tason heikkeneminen. Kolmessa promillessa seuraa yleensä sammuminen ja promillen kohotessa neljään on alkoholimyrkytyksen ja kuoleman vaara suuri. Alkoholimyrkytys on tila, jossa aivojen elintärkeitä toimintoja säätelevät keskukset ovat lamaantumassa. Kuolinsyynä on usein hengityksen lamaantuminen, oksennukseen tukehtuminen tai sydänpysähdys (Nurminen 2006, 533-534.)

Runsaasta liiallisesta alkoholinkäytöstä seuraa toleranssin kasvu, ja esimerkiksi lääkärin vastaanotolla on tavallistakin tavata varsin selvältä vaikuttavia henkilöitä, jotka puhaltavat uskomattoman korkeita lukemia. Toleranssi toimii elimistön suojakeinona, jolla se sopeutuu alkoholin vaikutuksille. Toleranssi laskee, kun alkoholin käyttöä rajoitetaan tai se lopetetaan joksikin ajaksi. Jos ikääntynyt joutuu esimerkiksi pidemmäksi ajaksi sairaalaan, voi seurauksena olla nopeasti uusi sairaalajakso, koska kotiin päästyä hän ottaa alkoholia ”kuten ennen”. Ikääntyessä vieroitusoireet muuttuvat vaikeammiksi ja pidempikestoisiksi. Heille, jotka ovat juoneet koko ikänsä, monet oireet alkavat näkyä vanhuusiällä. Myös aiemmin nuorempana rajusti juoneilla ja myöhemmin raitistuneilla alkoholiperäiset vauriot voivat ikääntymisen seurauksena alkaa vaikuttaa. Heidän kohdallaan voidaan havaita muita enemmän pidätyskyvyn

ongelmia, dementiaoireita sekä ongelmia motoriikassa. (Levo ym. 2008, 23–26.)

Kuten kaikissa ikäluokissa, myös ikääntyneiden keskuudessa alkoholin liiallinen käyttö on alkanut haitata arjessa selviytymistä. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntymässä. Suurkuluttajia arvioidaan olevan noin 400 000– 600 000, ikääntyviä heistä on arviolta noin 5 %. (Levo ym. 2008, 19.)

3.1 Alkoholiriippuvuus

Alkoholin liikakäytöstä puhutaan, kun siitä on muodostunut ongelma ympäristölle ja käyttäjälle itselleen. Alkoholiongelmaiset ikääntyvät voidaan jaotella kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä ovat ikääntyvät alkoholistit, joita on kaksi kolmasosaa tapauksista ja toisessa ovat he, joille alkoholiriippuvuus syntyy vasta myöhäisemmällä iällä, kuten puolison kuoleman tai eläkkeelle jäännin jälkeen. Joka tapauksessa katsotaan, että alkoholiongelmät ovat selkeästi alidiagnosoitu sairaus terveydenhuollossa. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 316–317.)

Ihminen ikääntyy yksilöllisesti, joten vanhusväestölle ei ole yksiselitteistä laittoa kulutusrajoja kuten nuoremmille. Rajoihin vaikuttavat mm. terveydentila ja käytössä oleva lääkitys. On toki selvää että 65- vuotias sietää alkoholia eri tavoin kuin vastaavasti 85- vuotias. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan suhteellisesti kaikkein eniten juominen on lisääntynyt 2000-luvulla 60–69- vuotiailla naisilla. Alkoholin käyttö ja haitat ovat yleisiä ”nuorilla iäkkäillä”, mutta vähenevät 70 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Käytön lisääntyminen voi olla monien sattumien summaa. Riskitekijöiksi katsotaan kuuluvan seuraavat asiat: sukupuoli, puolison tai läheisen kuolema ja muut elämän kriisit, sairaudet ja kipu, oman toimintakyvyn heikkeneminen, tarpeettomuuden tunne, ajanviete, tapajuominen, nuorella iällä alkanut tai työikäisenä jatkunut runsas alkoholin käyttö, myönteisesti suhtautuva ystäväpiiri, elämänmuutokset, (esim. eläkkeelle siirtyminen), nautintohakuinen elämä, yksinäisyyden tunne sekä masennus ja mielialan vaihtelut. (Levo ym. 2008, 53–58.)

Alkoholiriippuvuus ei synny ilman alkoholia. Riippuvuus kehittyy hitaasti, ja se on monimutkainen ja yksilöllinen prosessi. Riippuvuus määritellään pakonomaisella ja toistuvalla tarpeella saada alkoholia. Käyttäjä ei pysty enää hallitsemaan suhdettaan alkoholiin vaan alkoholi hallitsee elämää. Riippuvuus voi olla fyysistä. Riippuvuuden syntyminen edellyttää lähes päivittäistä juomista. Sen oireita ovat pahimmillaan kouristelu ja harhat, jotka seuraavat alkoholin käytön lopettamisen jälkeen 2-5 vuorokauden kuluttua. (Levo ym. 2008, 29–30.) Yleisimmin tunnetaan kuitenkin pahoinvointi, päänsärky, unettomuus, masennus ja vapina. Keskivaikeat vieroitusoireet kestävät noin 5-7 vuorokautta. Alkoholin vieroitusoireet pahenevat toistuessaan ja psyykkiset oireet kuten univaikeuden ja ahdistuneisuus, voivat kestää viikkojakin fyysisten vieroitusoireiden jälkeen. (Niemelä 2011.)

Psyykkinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena tarpeena saada alkoholia, ja se kehittyy usein fyysistä riippuvuutta nopeammin. Sosiaalinen riippuvuus liittyy kiinnittymisenä sellaiseen ryhmään, jossa alkoholin käyttö on keskeistä. (Levo ym. 2008, 29–30.) Alkoholinkäytön lopettaminen vaatii tällöin myös sosiaalisten suhteiden muutosta. ICD 10 tautiluokituksen mukaan riippuvuudessa ilmenee kolme tai enemmän seuraavista kriteereistä: pakonomainen tarve käyttää alkoholia, heikentynyt kyky hallita alkoholin käytön määrää, aloittamista tai lopettamista, vieroitusoireet käytön vähetessä tai päättyessä, sietokyvyn kasvu, käyttö on muodostunut elämän keskipisteeksi ja käytön jatkaminen huolimatta sen mukanaan tuomista haitoista. Ikääntyvien fysiologiset muutokset tekevät heidät herkemiksi alkoholin negatiivisille vaikutuksille. Rungas alkoholinkäyttö vaikeuttaa sairauksien hoitoa ja altistaa ravitsemushäiriöille. Yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa ei ole juuri tutkittu vanhuksilla, vaan lääketutkimuksissa käytetään yleensä terveitä vapaaehtoisia koehenkilöitä. Alkoholin liikakäyttö voi aiheuttaa riippuvuutta, mielialavaihtelua, masennusta, sekavuutta sekä poikkeavaa käyttäytymistä, päivittäisten askareiden laiminlyöntiä ja toistuvia tapaturmia. Oireet, kuten kaatuilu saatetaan helposti tulkita muista syistä johtuvaksi. (Aira 2005.)

3.2 Alkoholin terveyshaitat

Alkoholi ja varsinkin etanoli aiheuttaa aina kulkiessaan aivoihin hermosto-
oireita. Pitkäaikainen alkoholin runsas käyttö edesauttaa isojen ja pikkuaivojen
rappeutumista. Älyllisten toimintojen heikkeneminen on alkoholisteilla neljä
kertaa yleisempää kuin muilla. Raitistuminen voi johtaa tilan korjaantumiseen.
Muutoksia on havaittu myös hermosolujen ja välittäjäaineiden toiminnassa.
Pikkuaivojen rappeutuminen ilmenee alaraajojen toiminta- ja
koordinaatiohäiriöinä. (Nurminen 2006, 538-539.)

Vuoden 2010 tapaturmakatsauksen mukaan yleisin kuolemaan johtava
tapaturma on kaatuminen tai putoaminen. Toisena tulee alkoholimyrkytys.
Alkoholi on usein osallisena tapaturmissa. Lisäksi vuodeosastohoitoa vaatineet
tapaturmat ovat pääasiassa kaatumisia ja putoamisia. (Impinen, Lunetta &
Lounamaa 2011.)

Usein ikääntyneet ihmiset sairastavat enemmän ja käyttävät myös lääkkeitä
enemmän kuin nuoremmat. Monet näistä lääkkeistä aiheuttavat riippuvuutta
sekä haitallisia yhteisvaikutuksia. Vanhuksille neuvoja lääkehoidosta löytyy
apteekkiliiton sivuilta.

”Yömyssy” voi auttaa uneen pääsyssä, mutta yhdessä unilääkkeen kanssa
kaatumisriski kasvaa. Uniapnea voi myös pahentua. Keskushermostoon
vaikuttavat lääkkeet ja alkoholi yhdessä lisäävät sedatiivista sivuvaikutusta.
Diatsepaamivalmisteiden eliminaatioaika on vanhuksilla pidentynyt ja yllättäviä
yhteisvaikutuksia voi ilmestyä vaikka käyttö ei olisi edes samanaikaista. (Aira
2005, 3137– 3139.) Rentoutumisen aikaansaamiseksi tarvitaan käytön
lisääntyessä yhä enemmän alkoholia ja tällöin alkoholi vaikuttaa unen laatuun,
estäen REM-unta. (Levo ym. 2008, 31.)

Sydän- ja verisuonitautien tutkimuksissa on saatu näyttöä pienten
alkoholimäärien joissain tapauksissa estävän sepelvaltimotautia. Alkoholi
laajentaa periferistä verisuonistoa ja saa ”veret kiertämään”. (Aira 2005.)
Merkittävintä on alkoholin vaikutus veren hyytymistekijöihin, mutta esimerkiksi
yhdessä Marevan- lääkityksen kanssa se ohentaa verta liikaa ja kaatuminen
humalassa saattaa johtaa arvaamattomiin seurauksiin. Alkoholi vaikuttaa

positiivisesti veren HDL-kolesteroliin. Vastaavasti runsas alkoholin käyttö liittyy sydäninfarkteihin ja sydänperäisiin äkkikuolemiin. Liika käyttö aiheuttaa sydänlihaksen paksuuntumista. Alkoholi vaikuttaa sydänlihakseen kolmella tavalla: runsaasti alkoholia käyttävillä on huono ravitsemustila ja se vahingoittaa sydäntä. Toiseksi alkoholijuomien lisäaineet voivat vaurioittaa sydäntä ja kolmanneksi alkoholilla voi olla suora myrkytysvaikutus sydämeen. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 260.) Runsa alkoholin käyttö aiheuttaa kohonnutta verenpainetta ja yhdessä lääkityksen kanssa se taas voimistaa lääkkeen vaikutusta ja voi aiheuttaa voimakasta verenpaineen laskua ja tällöin kaatumisriski kasvaa. Nitro laskee verenpainetta ja yhdessä alkoholin kanssa vielä entistä runsaammin. Myös tämä altistaa kaatumiselle. Sydän- ja verisuonitautien lääkkeet yhdessä alkoholin kanssa aiheuttavat pahoinvointia ja huimausta sekä verenpaineen laskua. Myös verenvuotoriski ja rytmihäiriöiden riski kasvaa, varsinkin krapulavaiheessa. (Levo ym. 2008, 31–33.)

Alkoholia on käytetty perinteisesti ruoansulatusta edistävänä ja ruokahalua lisäävänä lääkkeenä, kuitenkin alkoholin on todettu ärsyttävän mahalaukun limakalvoja ja se lisää tulehduskipulääkkeiden aiheuttamaa suolistoverenvuodon riskiä (Alanko & Haarni 2007, 38). Runsa alkoholin käyttö altistaa infektioille.

Alkoholin runsas käyttö voi olla vanhusten merkittävä ravitsemushäiriöiden syy. Pitkäaikainen alkoholin käyttö vähentää elimistön B-vitamiinivarastoja ja se voi aiheuttaa Wernickin enkefaloopatiaa. Se ilmenee esimerkiksi verkkokalvon verenvuotona, kävely- ja tasapainohäiriöinä, uneliaisuutena tai tajuttomuutena, aloitekyvyttömyytenä, keskittymiskyvyn puutteena, hypotensiona, masentuneisuutena tai nystagmuksena, eli tauti jää helposti tunnistamatta, koska monet muutkin syyt aiheuttavat ko. oireita (Nurminen 2006, 540).

Tyypin 1 diabeteksessä runsas alkoholin käyttö voi vaikuttaa sairauden kulkuun ja ennusteeseen. Alkoholin liikkakäytön seurauksena voi ruokavalio muuttua epäterveelliseksi, lääkkeen otto unohtua tai insuliinin pistäminen jäädä. Runsa kulutus voi myös edesauttaa 2-tyypin diabeteksen puhkeamista. Iäkkään huonon sokeritasapainon takaa voi löytyä alkoholin käyttöä. Ruokailun yhteydessä alkoholi nostaa veren sokeripitoisuutta ja ehkäisee maksan

sokerivarastotuotantoa. Mikäli taas ruokailu laiminlyödään, voi verensokeri laskea liikaa ja seurauksena on hypoglykemia. (Levo ym. 2008, 32). Eräät diabeteksessä käytettävät lääkkeet aiheuttavat yhdessä alkoholin kanssa ns. antabusreaktion, jossa ilmenee pahoinvointia, ihon punoitusta, verenpaineen nousua ja pulssin kiihtymistä. (Aira 2007, 38.) Alkoholin suurkulutus aiheuttaa syöpää. Syytä tähän ei tunneta. Alkoholin on kuitenkin tutkittu lisäävän suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven, maksasyövän, rintasyövän ja paksusuolen ja mahdollisesti myös haimasyövän syöpäriskiä. (Levo ym. 2008, 32.)

Alkoholin liikakäyttö lisää psyykkistä pahoinvointia. Arviolta neljännes masentuneista kärsii samanaikaisesta alkoholiriippuvuudesta tai alkoholin väärinkäytöstä. Tutkimuksissa on havaittu masennusoireiden olevan yhteydessä alkoholin kulutukseen ja päinvastoin. (Väänänen, 2007.) Ahdistuneisuus, masentuneisuus ja erilaiset tunne-elämän ongelmat voivat olla joko taustatekijöitä tai seurausta liiallisesta alkoholinkäytöstä (Levo ym. 2008, 33). Yhdessä psyykelääkkeiden kanssa alkoholia ei pitäisi missään nimessä ottaa, koska yhteisvaikutukset voivat olla arvaamattomia.

4 Ikääntyneiden alkoholin käytön tunnistaminen

Ikääntyvien alkoholin käyttö aiheuttaa hämmennystä. Se on alkanut haitata ikääntyneiden arjessa selviytymistä. Siitä on muodostunut ongelma käyttäjälle itselleen sekä ympäristölle. Vanhustyön asiantuntijan Tuula Kankaisen näkemyksen mukaan ikääntyneiden päihdeongelmat on nähty jo jonkin aikaa kotihoidossa, mutta häpeä on estänyt asiaan puuttumisen. Terveystieteiden tutkimuskeskus on siirtänyt asian sosiaalihuollolle. Läkäs ja päihdetyö eivät yksinkertaisesti ole kohdanneet toisiaan. Ongelman haltuun ottaminen vaatii vanhus- ja päihdetyön yhdistävää, tietoon, todellisuuteen ja arvoihin liittyvää näkemystä sekä avointa keskustelua. (Laapio 2007, 47–48.)

Ikääntyneiden alkoholi-ongelmaa ei ole yleensä helppo havaita. Meillä on tietynlainen käsitys siitä, miltä päihdeongelmainen näyttää, mutta ikääntynyt pystyy peittämään oireet siinä missä nuorempikin. Tämän lisäksi monet

ikäntymisen tuomat sairaudet, vaivat, lääkitys ja yleinen huonokuntoisuus voivat peittää alkoholiongelman taakseen. Aina ikääntynyt itsekään ei tiedosta ongelmaansa. (Viljanen 2008, 194 – 195.) Päihdeongelman luonteen ymmärtämiseen tarvitaan kykyä erottaa ihmisen normaali luonteenpiirre siitä, miten päihteiden käyttö vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä (Levo ym. 2008,35). Tunnistamisen lähtökohtana on päihteiden käytöstä kysyminen. Se toimii osana muiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä. Kysymisen lisäksi työntekijä havainnoi asiakasta, sillä alkoholin suurkulutukseen liittyy usein erilaisia oireita, vaivoja ja sairastavuutta. (Holopainen, 2005). Koska iäkkäiden alkoholinkäyttö on tilastojen mukaan yleistymässä, on tärkeää tunnistaa alkoholin riskikäyttö.

lääkkäiden alkoholinkäytön puheeksi ottamiseksi, arviointiin, neuvontaan ja palveluohjaukseen on kehitetty ”Yli 65-vuotiaiden Alkoholimittari” -työväline. Alkoholimittari on suunnattu sosiaali- ja terveystoimen henkilöstölle, diakoniatyöhön sekä järjestötoimijoille. Alkoholimittarissa kysytään alkoholin käytön tiheyttä ja määrää, alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä sekä mahdollista alkoholiriippuvuutta. Näiden lisäksi selvitetään alkoholin käytön syitä sekä alkoholin käyttöön liittyviä oireita ja tilanteita. Alkoholimittarilla ei arvioida pelkästään ikäihmisen alkoholin käyttöä, vaan se antaa samalla työntekijälle ohjeita asiakasneuvontaan ja palveluohjaukseen. Mittarin tarkemmat tulkinta- ja toimintaohjeet sekä aiheeseen liittyvä tutkimustieto löytyvät kysymysten ohesta. Alkoholimittarin tueksi on laadittu käsikirja, joka sisältää voimavaramittarin. Se löytyy alkoholiohjelman internetsivuilta. Käsikirjassa kuvataan mittareiden kehittämisen lähtökohtia ja prosessia sekä mittareiden käytettävyyttä. Voimavaramittaria suositellaan käytettäväksi yhdessä alkoholimittarin kanssa. (Stakes, 2010.)

5 Alkoholiongelmaan puuttuminen

Alkoholinkäyttö ja siihen liittyvät riskit kannattaa ottaa puheeksi sopivassa välissä kaikkien iäkkäiden kanssa. Se tarkoittaa yksinkertaisuudessaan alkoholinkäytöstä kysymistä ja siitä keskustelemista. Kysymisen ja asiasta keskustelemisen tulisi olla yhtä yksinkertaista ja helppoa kuin terveystilanteen

tiedustelu ja ruokavaliosta kysely. Varhainen puheeksiotto voi ehkäistä ongelmien kärjistymistä. Puheeksiottoa voidaan arkipäiväistää kyselemällä alkoholin käyttöön liittyvistä asioista kaikilta asiakkailta, niiltäkin jotka eivät yleensä käytä alkoholia. Keskusteltaessa on muistettava pitää kiireetön ilmapiiri, ja työntekijän on oltava tilanteessa aidosti läsnä. (Levo ym. 2008, 64.) Alkoholisti puhuminen saattaa olla helpompaa, jos asiaa lähestytään alkoholin lääkekäytön kautta. Liikakäyttöä epäiltäessä ja seurannassa kannattaa ottaa alkoholinkulutusta osittavia laboratoriotestejä, kuten gamma-Gt, desialotransferriini ja punasolujen tilavuus. (Aira 2005, 3137–3139.)

5.1 Motivoiva haastattelu

Potilas voi suhtautua vähättelevästi omaan alkoholin käyttöönsä ja sen aiheuttamiin haittoihin. Tällöin on hyvä käyttää motivoivaa haastattelua. Keskustelun alkuselvityksessä kartoitetaan asiakkaan elämäntyyli ja taustatekijät. Selvitetään asiakkaan asennoitumista terveytensä hoitoon sekä hänen tietoisuus omasta terveystietoisuudesta ja sen muutostarpeesta. Kartoitetaan asiakkaan omat odotukset ja tavoitteet oman terveyden hoitamiseksi ja minkälaiset odotukset hänellä on ohjausta kohtaan. Mikäli aiheesta muutokseen on, voidaan edetä seuraavasti:

Ensimmäisessä vaiheessa tarjotaan asiakkaalle tietoa neutraalisti. ”Haluatteko enemmän tietoa tästä asiasta? Millaista tietoa olette aiemmin saaneet?”

Toisessa vaiheessa arvioidaan muutostarve. Asiakasta rohkaistaan arvioimaan omien tottumustensa hyviä ja huonoja puolia. Hänen tuntemuksistaan, tulkinnoistaan ja arvoistaan keskustellaan avoimilla kysymyksillä. ”Mitä hyviä ja huonoja puolia näette elämäntavoissanne? Mitkä tekijät auttavat/hankaloittavat muutokseen ryhtymistänne? Miten suhtaudutte omaan alkoholin käyttöönnne?”.

Kolmannessa vaiheessa vahvistetaan muutosvalmiutta. Autetaan asiakasta arvioimaan elintapamuutoksia ja pohtimaan nykyisiä ja tulevia tilanteita. Asiakasta tuetaan henkisesti. Asiakasta autetaan muutos päätöksessä, tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa. ”Mitä

muutoksia voisitte tehdä heti? Mikä olisi paras vaihtoehto? Mihin muutoksiin olisitte valmis sitoutumaan? Mitä voisitte tehdä, että muutos tapahtuisi?”.

Muutoksen neljännessä vaiheessa keskustellaan muutosprosessista. Asiakasta autetaan pohtimaan vaihtoehtoja ja korvaavia toimintatapoja. Hänelle annetaan mahdollisuus harjoitella käytännön taitoja sekä rohkaistaan asiakasta arvioimaan omaa sitoutumistaan muutokseen. ”Miten olette onnistuneet vähentämään alkoholin käyttöänne? Mitkä asiat tukisivat toimintaanne? Mitä hyötyä tekemistänne muutoksista on ollut? Entä mitä haittoja?” Keskustelun lopuksi on hyvä pyrkiä tekemään yhteenveto puhutuista asioista, jolloin asiakkaan on vielä mahdollisuus kuulla puheensa ja se vahvistaa puheen merkitystä. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 65–65.)

Keskustelun tarkoitus on saada potilas näkemään oma tilanteensa ja puhumaan oman muutoksensa puolesta. Työntekijä auttaa potilasta tunnistamaan ongelma kysymysten ja kuuntelun avulla. Alkoholin käytöstä puhuttaessa on käytettävä sellaista kieltä, jota potilas ymmärtää, ja siitä on puhuttava rehellisesti. Ihmisen elämänhistoria, korkea ikä sekä mahdollinen erilainen kulttuuritausta voivat lisätä tarvetta tietynlaiseen herkkyyteen ja kohteliaisuuteen kysymysten asettelussa. Keskusteltaessa on tärkeää pitää syyttelemätön, moralisoimaton ja neutraali suhtautuminen. On hyvä muistaa, että puheeksiottaminen voi olla rankka kokemus, eikä positiivisen reaktion odottaminen ole kaikissa tapauksissa realistista. Jos potilas kieltää ongelman olemassaolon, rauhallisen ja rakentavan keskustelun jatkaminen on harvoin mahdollista. Työntekijän rooli ei olekaan määritellä, juoko potilas liikaa vaan johdatella häntä pohtimaan omaa alkoholinkäyttöään ja motivoida sekä tukea muutokseen. Vaikka puheeksioton vaikutukset voivat näkyä vasta pitkän ajan kuluttua, se on voinut olla muutoksen alulle paneva voima. (Levo ym. 2008, 65–66.)

5.2 Päihdehoito

Päihdepalvelut voidaan järjestää joko yleisinä sosiaali- ja terveyden huollon palveluina sekä tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluina. Päihdehoitoa voidaan antaa avohoitona tai laitoshoidona. Laitoshoidon kesto vaihtelee

muutamasta vuorokaudesta useamman kuukauden mittaiseen katkaisu- ja vierotushoitojaksoon. Avohoidon toimintamuotoina ovat mm. päiväkeskustoiminta, tuettu asuminen, ryhmätoiminta, katkaisuhoido ja ehkäisevä päihdetyö.

Ehkäisevän työtteen pitäisi olla osa jokaisen työntekijän toimenkuvaa. Sitä toteutetaan antamalla tietoa päihteistä ja niiden vaikutuksesta sekä tukemalla humalahakuisen juomisen vähentämistä. (Levo ym. 2008, 76–77.)

Riippuvuuksista eroon pääseminen voi olla pitkälinen prosessi. Se voi kestää vuosia. Ikääntyvää potilasta ohjatessa ja motivoidessa voi törmätä hoitoon ja kuntoutukseen hakeutumista estäviin tekijöihin. Näitä voivat olla:

- *psykologiset hoidon esteet: yksinäisyys, masennus, häpeä*
- *rakeneelliset hoidon esteet: sairaudet, toimintarajoitteet, jotka hankaloittavat liikkumista. Esim. portaat ja mäet muodostuvat ylitsepääsemättömäksi esteeksi.*
- *eksistenssaaliset hoidon esteet: tarpeettomuuden tunne, kuoleman pelko ja elämän hallinnan menettämisen pelko.* (Levo ym. 2008, 77.)

5.3. Hoitoonohjaus

Tunnistettuaan potilaalla alkoholiongelman, työntekijä on velvollinen potilaan suostumuksella ohjaamaan hänet päihdepalvelujen piiriin. Iäkäs potilas itse voi kokea kykenemättömyyttä päihdepalvelujen tavoittamiselle. Hoitotarpeen arviointi aloitetaan hoitotarpeen määrittelyllä. Sen voivat tehdä terveyskeskuslääkäri, sosiaalityöntekijä tai A- klinikan työntekijä. Siihen kuuluu kokonaisvaltainen perustilanteen kartoitus, jossa selvitetään mm. terveydentila, sosiaalinen ja taloudellinen tilanne sekä ollaan yhteydessä lähiomaisiin. Kokonaistilanteen kartoittamiseksi voidaan pitää ns. verkostopalaveri, jossa ovat mukana potilaan lisäksi kaikki hänen kanssaan tekemisissä olevat tahot. Palaverissa käsitellään hoidon tarvetta ja mietitään ongelmanratkaisukeinoja tilanteen korjaamiseksi. Katkaisuhoido voi olla yksi niistä. (Levo, ym. 2008, 78.)

5.4. Katkaisuhoito

Potilas voi ohjautua katkaisuhoitoon omaisten tai viranomaisten aloitteesta tai hakeutua sinne itse. Katkaisuhoitoon tuleva potilas voi olla suhteellisen hyvässä kunnossa, vaikka hänellä olisi takanaan pitkä juomaputki. Katkaisun aikana voi kunto huonota parissa päivässä ja potilaalla voi ilmetä mm. sekavuutta. Lääkehoitoa vieroitusoireisiin ja univaikeuksiin voidaan käyttää niin avo- kuin laitосkatkaisuissakin.

Paljon juovilla ikääntyvillä katkaisu voi olla pitkä prosessi. Fyysiset ja henkiset oireet voivat olla kovia. Ikääntyneiden kohdalla pitääkin miettiä tarkkaan olosuhteita, joissa katkaisua yritetään. Parhaissa olosuhteissa lääkäri on paikalla tai ainakin nopeasti tavoitettavissa. Kotona tapahtuvasta avokatkaisusta on seurannasta huolehdittava riittävän usein ja on ennakoitava ikääntyvän voinnissa tapahtuvat muutokset. Jos voidaan ennakoida pahoja vieroitusoireita, sekavuutta yms. laitосkatkaisu on turvallisempi vaihtoehto. (Levo ym. 2008, 78.)

6 Kirjallisuuskatsaus

Aiempiä tutkimuksia aiheesta ovat tehneet mm. Marja-Leena Laapio, joka tutki Helsingin alueella tiimeittäin 111 hoitajan kokemuksia kohdata vanhusten alkoholinkäyttöä. Hän selvitti asiaa osana Sininauhaliiton hanketta, vuonna 2007 Liika on aina liikaa, ikääntyminen ja alkoholi. Tutkimuksessa selvitettiin hoitajien valmiuksia kohdata päihteitä käyttävä vanhus. Mukana tutkimuksessa oli eri ammattiryhmiä, mm. erikoissairaanhoitaja, kodinhoitaja, kotiaivustaja, sosiaalihuoltaja, sosionomi ja terveystieteiden maisteri. Tutkimuksessa kävi ilmi, että päihdekoulutuksen niukkuus peruskoulutuksessa heikensi hoitajien valmiuksia kohdata päihteitä käyttävä vanhus. Vastanneista 79 % joutui kohtaamaan päihdeongelmia useammin kuin kerran kuukaudessa. Valtaosa pääkaupunkiseudun kotisairaanhoidon piiriin kuuluvista vanhuksista ei kuitenkaan käytä alkoholia. Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät aina tiedäneet, oliko vanhus päihtynyt, lääkkeiden vaikutuksen alainen vai muuten sekava. Havaittiin, että päihdekoulutuksen lisääminen perusopetukseen olisi avuksi.

Vaikka puheeksi ottaminen lisää työtä, pitkällä tähtäimellä se helpottaa tehdyn tutkimuksen mukaan työntekoa ja asiakasta. (Laapio 2007.)

Sosionomiopiskelijat Hynninen & Takkunen tekivät opinnäytetyönsä vanhusten alkoholinkäytöstä vuonna 2010. Tutkimuksessa tarkasteltiin aihetta kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta selvittämällä, miten vanhusten alkoholinkäyttö vaikuttaa työssä jaksamiseen ja sen kuormittavuuteen Kuopion alueella. He tutkivat asiaa kyselylomakkeiden, havainnoinnin ja tutkitun tiedon pohjalta. Vastauksia he saivat yhteensä 14 kappaletta, joten edelliseen verrattuna tutkimus on pienehkö. Kyselyllä selvitettiin, kuinka usein hoitajat tapaavat päihtyneen vanhuksen. Tutkimuksesta selvisi, että vajaa puolet kohtasi päihtyneen vanhuksen 1-4 kertaa kuukaudessa. Lisäksi he selvittivät yhteiset toimintatavat sekä valmiudet kohdata päihtynyt asiakas. Tutkimuksessa kävi ilmi, että päihtyneet asiakkaat lisäävät työn henkistä rasittavuutta. Esiin nousi myös työntekijöiden koulutuksen puute päihdeasiakkaista. Myös itsemääräämisoikeuden koettiin heikentävän asiakkaan hoitamista. Tutkimustulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Yhteisten pelisääntöjen puute koettiin haastavaksi. Kuopion alueen vanhustyössä toimivat ovat todenneet vanhusten alkoholinkäytön lisääntyneen. (Hynninen ja Takkunen 2010, 6–47.)

Ketola selvitti vuonna 2010, ikääntyvien liiallista alkoholinkäyttöä läheisten näkökulmasta pro gradussaan. Työ oli narratiivinen tutkimus liikakäytöstä.

Stakesin tutkimuksessa Eväitä päihdetyön prosessiin, selvitettiin millaista tietoa, työvälineitä, ideoita on käytettävissä. Päätehtävänä oli tukea kuntien päihdetyötä sekä lisätä kunnan työntekijöiden edellytyksiä ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja (Stakes, 2010).

Piirainen selvitti opinnäytetyössään vuonna 2010, kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta.

7 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata erään eteläkarjalaisen kunnan lääkärin ja sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyvien alkoholin käytöstä ja mahdollisuuksista puuttua siihen. Tavoitteena on saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia kokemuksia kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevillä on ikääntyneiden alkoholin käytöstä?
- 2) Miten kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevät voivat puuttua ongelmaan?
- 3) Millaisia hoitotyön auttamiskeinoja kotihoidossa ja vastaanotossa työskentelevät käyttävät auttaessaan ikääntyneitä alkoholiongelmaisia?

Työmme tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ikääntyvien ihmisten alkoholinkäytöstä ja pohtia keinoja mahdollisimman nopeaan puuttumiseen. Koska aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on noussut esiin ongelma yhteisten pelisääntöjen puutteesta, toivomme haastattelujen pohjalta selviävän parhaimmat selviytymiskeinot, joita hoitajat halutessaan voisivat hyödyntää hoitotyössä. Tutkimustulosten perusteella teemme yhteenvedon hoitajien keinoista puuttua ikääntyneiden alkoholinkäyttöön ja kehittää uusia keinoja auttaakseen alkoholiongelmista kärsiviä vanhuksia. Yhteenvedon tulokset annamme myös haastatelluille. Sen lisäksi toivomme saavamme työn kautta lisätietoa syistä, jotka johtavat liikkakäyttöön, oireista, jotka henkilökunnan on hyvä tunnistaa, sekä hoitomenetelmistä ja ennaltaehkäisystä.

8 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan selvittää ilmiön merkitystä ja tarkoitusta sekä saada kokonaisvaltainen ja syvempi käsitys arasta asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2004, 151 – 157.) Laadullisessa työssä mielenkiinto kohdistuu tutkittavaan ja heidän kokemuksiinsa (Kylmä & Juvakka 2007, 93). Laadullisen tutkimuksen valitsimme tutkimustyyppiksemme, koska se vastaa parhaiten tutkimamme ilmiöön. Valitsimme laadullisen tutkimuksen, koska lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen

Työn empiirisen osan toteutimme teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun valitsimme, koska uskoimme saavamme sen pohjalta ajankohtaista tietoa nykytilanteesta. Teemahaastattelu ei etene tarkkojen

kysymysten vaan, ennalta suunniteltujen teemojen pohjalta. Haastateltavien omat käsitykset ja kokemukset saadaan keskustelussa paremmin esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 193–197.) Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä, joten aloimme tiedonkeruun jo vuonna 2010. Tilasimme myös Sininauhaliitolta materiaalia ja teimme hakuja aiemmista tutkimuksista. Niiden perusteella laadimme teemat ja haastattelurungon. Sisältö- ja tilanneanalyysi on teemahaastattelussa tärkeää. Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset muutettiin tutkittavaan muotoon.

Haastateltavat arkaan aiheeseen valitsimme harkiten niistä kotisairaanhoidon ja lääkärint vastaanoton sairaanhoitajista, jotka todennäköisesti kohtaavat kyseisen potilasryhmän ensimmäisenä. Tutkittaviksi valitsimme sellaisia henkilöitä, joilta uskoimme parhaiten saavamme aineistoa. teemoittain, vaikka tutkimustulosten selvittämiseen ei ole määrätty yhtä tiettyä tapaa, teemoihin kohdistunutta haastattelua on selkeää ryhtyä analysoimaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 193–197.) Haastateltavamme olivat erään pienen eteläkarjalaisen kunnan lääkäri ja sairaanhoitaja. Heidän työkokemuksensa vaihteli viidestä vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Haastatelluista kaksi oli käynyt aiheeseen liittyvässä koulutuksessa 2000-luvun alussa. Haastateltavista osa työskenteli kotihoidossa, osa lääkärint vastaanotossa ja osa päivystyksessä sekä lääkärint vastaanotossa. Kysyimme jokaiselta haastatellulta, olivatko he omatoimisesti ottaneet vanhusten päihdeasioista selvää ja puolet haastatelluista kertoi hakeneensa lisätietoa mm terveystietä.

Ennen varsinaisia haastatteluja teimme esihaastatteluja. Niillä testasimme haastattelurunkoa ja sen perusteella voimme arvioida haastattelun kestoa. Testasimme viittä eri vastaajaa, jotka eivät olleet sidoksissa tähän tutkimukseen. Keskimääräinen haastatteluaika oli noin 40 min. Emme nauhoittaneet keskusteluita, koska pystyimme kirjaamaan ne ylös haastattelun aikana ja palaamaan johonkin jo läpikäytyyn kysymykseen. Koimme, että keskustelu oli vapautuneempaa ilman nauhuria.

Tutkimusluvan anoimme Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä (liite 3). Tutkimusluvan saatuamme (liite 4), lähetimme saatteen (liite 1) ennalta

tarkkaan valituille henkilöille. Heidän suostumuksensa jälkeen lähetimme haastattelurungon (liite 2) etukäteen, jotta haastateltavilla oli noin viikko aikaa tutustua kysymyksiin. Sovimme haastatteluajat sähköpostitse ja puhelimitse. Tässä kohdassa tapasimme työelämäedustajan, jolle esitimme tutkimusluvan, opinnäytetyösuunnitelman ja allekirjoitimme yhteistyösopimukset. Häneltä saimme hyviä neuvoja työn ja haastatteluiden sekä ongelmien käsittelyä varten. Haastattelut toteutettiin tammikuun aikana. Ne tehtiin yksilöhaastatteluina. Valituista 10 henkilöistä haastatteluun osallistui 8, mikä on kattava otanta henkilökunnasta ja näin ollen saimme luotettavan tietopohjan henkilöstön kokemuksista ja valmiuksista kohdata iäkäs päihtynyt. Haastattelut toteutettiin työpaikoilla sekä haastateltavien kotona niin, että toinen haastatteli ja toinen kirjoitti vastaukset ylös. Aikaa haastatteluun kului keskimäärin 40 minuuttia riippuen siitä oliko haastateltava kohdannut päihtyneitä ikääntyneitä työnsä aikana. Haastattelujen jälkeen kirjoitimme vastaukset puhtaaksi ja lähetimme ne sähköpostitse haastatteluun osallistuneille ja teimme pyydetyt korjaukset.

9 Aineiston analyysi

Aineistoa pyrimme tarkastelemaan mahdollisimman avoimesti ja analysoimaan, mitä se kertoo tutkittavasta ilmiöstä haastateltavien kokemana. Aineiston analyysin tarkoituksena on aineiston tiivistäminen ja sen nostaminen yleiselle tasolle. Aineiston analyysin jälkeen työ muuttuu haastatteluaineistosta tutkittavan asian teoreettiseksi kuvaukseksi (Kylmä ym. 2007, 66). Aineistoa analysoimme osittain jo heti haastatteluvaiheessa ja lopuksi tutkimusraporttia laatiessamme. Työmme luotettavuus korostui tutkimusaineiston valinnassa ja hankinnassa, aineiston analyysissa ja tulkinnassa sekä raportoinnissa.

Analysoimme aineiston käyttämällä induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aloitimme analysoinnin perehtymällä tutkimusaineistoon. Sanatarkat haastattelut pelkistettiin eli redusointiin poistamalla epäolennaiset asiat. Pelkistämällä haluttiin yhdistää asioita, jotka kuuluvat yhteen. Sen jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusterointiin, yhdistäen samankaltaiset ilmaukset samaan kategoriaan. Jokaisesta vastauksesta tehtiin oma taulukko (taulukko 1-

8). Taulukkoon muodostettiin kielellisistä ilmauksista teoreettisempi käsite, joista tehtiin johtopäätökset ja vertasimme niitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

10 Tutkimustulokset ja luotettavuus

Opinnäytetyön aihe on arka, mutta eettisesti hyväksyttävä. Sen merkitys on tärkeä, jotta ikääntyneiden liialliseen alkoholinkäyttöön opittaisiin puuttumaan ajoissa. Henkilöt, joille lähetimme saateen ja haastattelurungon, saivat valita, haluavatko he osallistua opinnäytetyöhön, ja heillä oli halutessaan oikeus keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen. Kaikki opinnäytetyöhön kerätty aineisto säilytettiin ulkopuolisilta ulottumattomissa, näin henkilöiden anonymius taattiin. Haastattelutilat sovittiin etukäteen, jolla vältettiin tarpeettomat häiriötekijät. Toinen meistä kirjoitti haastattelut puhtaaksi ja litterointi tehtiin sanasta sanaan -menetelmällä sekä aineisto pyrittiin tulkitsemaan oikeudenmukaisesti. Haastatelluille lähetettiin luettavaksi tulkittu teksti ja heillä oli mahdollisuus korjata väärin ymmärretyt asiat. Aineisto säilytettiin analyysin aikana ja hävitettiin analysoinnin jälkeen asianmukaisesti.

Tutkimuksesta saatiin tuloksia, jotka olivat monelta osin yhteneväisiä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Kaikki toivoivat lisää koulutusta ja ongelmaan puuttuminen on vaikeaa. Alla esittelemme omat tutkimustuloksemme.

Pidämme lähteitä luotettavina. Käytimme työssämme paljon kirjoja, kuten Sininauhaliiton julkaisuja, oppikirjoja ja aiemmin tehtyjä tutkimuksia, jotka olivat sekä opinnäytetöitä sekä pro graduja. Julkaisuista käytimme ainoastaan lääketieteellisiä aikakauskirjan julkaisuja Duodecim aikakauskirjasta. Koska aihetta on tutkittu vasta vähän aikaa, olivat kirjoittajat pääsääntöisesti samoja ja aiemmat tutkimukset nojasivat vahvasti näiden kirjoittajien tutkimuksiin. Useimpien tutkimusten taustalta löytyivät mm. Levo ja Aira, heidän kirjoituksiaan pidimme luotettavina, koska he olivat tutkineet aihetta paljon. Tiedonhankintaan käytimme Terveysporttia, Theseusta ja käypähoitosuositusta.

10.1 Alkoholiongelmainen ikääntynyt asiakkaana

Ongelman ilmeneminen

Osa haastatelluista katsoo asiakkaan ulkoista olemusta tapaamisen alussa, punakkaa väriä ja huolittelematonta olemusta. Lähes jokainen mainitsee sairauksien huonon hoitotasapainon, jolloin esimerkiksi Inr- arvo ja verenpaineet heittelevät.

”Joko perussairaus pahenee tai satuttaa itsensä tai unohtelee aikoja eikä muista hoitaa itseään miten kuuluisi.”

Osa tulee vastaanotolle erilaisten vaivojen ja huonon olon takia. Huomion voi herättää myös se, ettei sovitulle vastaanotolle muisteta tulla. Kotikäynneillä kiinnitetään huomiota ympäristön siisteyteen ja yleisilmeeseen, koska useimmat asiakkaat ovat tuttuja jo monien vuosien takaa. Samankaltaisia tutkimustuloksia on saanut Marja-Liisa Laapio, joka selvitti kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia pääkaupunkiseudulla (Laapio, 2010, 47-56.) Tutkimuksessa nousi esille kliiniset oireet, kuten mielialan heilahtelut, sekavuus, muistamattomuus poikkeava käyttäytyminen, kaatuilu ja päivittäisten toimintojen laiminlyönti. Haastattelemamme henkilöt nimesivät näitä samoja asioita. Voidaan siis katsoa, että samat ongelmat kertaantuvat paikkakunnasta riippumattomista tekijöistä ja ongelmat ovat yhteisiä.

”Ilmenee sekavuutena, muistamattomuutena, aggressiivisena käytöksenä, piilotteluna ja salailuna.”

Käytön yleisyys

Hoitajat kertovat kohtaavansa ikääntyneen alkoholiongelmaisen harvoin, vaihtelevasti tai ei lainkaan. Joku kohtaa melkein joka viikko tai jopa useamman kerran viikossa.

”Harvoin ei muista milloin viimeksi”

Ongelma on muutamilla, suhteessa vanhusten määrään.

”Melkein joka viikko ja välillä useamman kerran viikossa”

Pääsääntöisesti työntekijät kokivat käytön lisääntyneen. Ainoastaan yksi vastanneista ei kokenut käytön lisääntyneen. Huomiota on herättänyt se, että varsinkin naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa on selvitetty, että etenkin naisten humalahakuinen juominen on lisääntynyt reilusti 2000-luvulla 50 – 69- vuotiaiden keskuudessa. Haastateltujen hoitajien huomioissa suosituin juomispaikka oli koti. Saman asian havaitsi terveyden- ja hyvinvoinnin laitos omassa tutkimuksessaan (THL, 2009). Tutkimuksemme perusteella valtaosa iäkkäistä ei käyttänyt lainkaan alkoholia, mikä on myös samansuuntainen ilmiö kuin mitä Laapio nosti esiin omassa tutkimuksessaan.

”Kyllä on, olen keskustellut vuosia töitä tehneen kanssa, jonka mukaan 30 vuotta sitten ongelmaa ei ollut, varsinkaan naisilla. Oman työhistorian aikana pysynyt ennallaan, koska työvuosia 6, jolloin ongelma jo ollut koko ajan.”

”Ammoisista ajoista on lisääntynyt, omalla kohdalla ei. Töissä 9 vuotta kotihoidossa, kun aloitti työt ei humalaisia ollut.”

”Alkoholin käyttö on lisääntynyt vanhusten keskuudessa viimeisen kymmenen vuoden aikana ja myös naiset käyttävät alkoholia runsaasti.”

” En ole huomannut.”

Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Haastatellut kertovat kohtaavansa asiakkaan omasta mielestään samalla tavalla kuin kenet tahansa asiakkaan. He kokevat, ettei tunteita saa näyttää vastaanottotilanteessa vaan työt on hoidettava. Useampi sanoi, että ohjaustilannetta supistetaan ja odotetaan parempaa hetkeä. Jos kotihoidossa tilanne koetaan uhkaavaksi, lähdetään pois. Ennakoon hoitaja voi tuntea ahdistusta, jos tietää vastassa olevan päihtyneen iäkkään tai tilanteen, jossa ei tiedä, mitä on odotettavissa sillä kertaa. Työkavereiden kanssa keskustellaan, ovatko he kiinnittäneet asiaan huomiota. Osa ongelmista tulee ilmi normaalilla vastaanottokäynnillä ja osa puhelinkeskusteluissa, jopa deliriumtiloja on koettu aika ajoin. Joissain tapauksissa ensimmäinen yhteydenotto tulee omaiselta,

joka toivoo kotikäyntiä. Laapion tutkimuksessa ilmenee, että hoitajista on vaikeaa ja ahdistavaa tavata iäkäs ihminen humalassa. Hoitajille tuli ahdistunut olo siitä, että he haluaisivat auttaa, mutta eivät kykene. Tilanteet koetaan rankoiksi ja haastaviksi. (Laapio, 2010, 47-56.) Tässäkin tutkimustulokset ovat yhdenmukaisia.

”Kotihoidossa tunteet ja asenne piilotettava asiakkaan kodin ulkopuolelle. Voi olla ikävä mennä jos tietää jo valmiiksi. Asiakas esitti asiat parhain päin ja tekosyitä. Peitteli ja kielsi tai ”vähän”. Suututti, että alkoholin takia tarvitsee palvelua ei muista syistä.”

”Jos tarvitsee hoitaa eikä pysty menen kun selvin päin ja keskustelen ovatko toiset hoitajat huomanneet. Jos pystyy keskustelemaan keskustellaan, mutta jos uhkaavaa lähen pois”.

10.2 Ikääntyneen alkoholin käyttöön puuttuminen

Vastaajista kaksi ei kokenut puheeksi ottamista vaikeana. Tuli selkeästi ilmi, että työkokemus toi varmuutta puhua asiasta. Vaikeana koettiin se, että joutuu kysymään asiaa itseään huomattavasti vanhemmalta ihmiseltä. Koettiin, että loukataan yksityisyyttä. Koettiin, että puheeksi ottamiseen tarvitaan asennoitumista ja opettelua. Valtakunnallisesti asian puuttumisen helpottamiseksi on laadittu yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön mittari. Aluekoordinaattori Anne Kejonen sairaanhoitajaliiton lehden haastattelussa kertoi itse kokevansa puheeksioton helppona (Kejonen, 1/2012). Vaikka puheeksioton pitäisi olla helppoa, aina se ei sitä ole. Tulevaisuus tulee toivottavasti helpottamaan tätä.

”Puheeksi ottaminen on vaikeaa, koska haluaisi nuorena hoitajana kunnioittaa iäkkäämpää ihmistä ja uskoa hänen olevan kiltti ja herttainen ”mummukka”. Omassa lapsuudessani mummit tuoksuivat pullalle, mutta nykyisin mummit tuoksuvat kolmos oluelle tai viru valkealle.”

”Kyllä jos on ikää 86, niin kyllä se vaikeaa on, tietysti myös nuorempien kohdalla, helpompi kysyä ruokavaliosta tai tupakoinnista.”

”Ei oikeastaan”

”Ei vaikeaa, mutta ei apteekin hyllyltä tule. Vaatii asennoitumista ja opettelua. Jos asiakas kännissä tietyllä tuulella väistää ei jää väittelemään vaan odottaa parempaa hetkeä.”

Puolet vastaajista kysyy suoraan käytöstä, määristä ja laadusta. Puolet taas kysyvät asiasta kierrellen. *”Kyselen syömiset ja juomiset, en suoraan alkosta, kun esim. inr heilahtele.”* Hoitaja kertoo riskeistä, kuten aivotapahtumat tai sydän- ja verisuonitaudit. Puhallutus koettiin hyvänä keinona osoittaa varmasti, että asiakas todella on juovuksissa vaikka kieltää juoneensa. Audit -kyselyn alkuosaa pidettiin myös hyvänä ja selkeänä, jolloin rutiinikysymysten kysyminen helpottuu. Hoitajan tietoinen toiminnan muutos, jossa kaikilta ikääntyneiltä kysyttiin asiasta, eikä vain tietyiltä asiakkailta. Ikääntyneiden alkoholimittari tähtää siihen, että asiasta puhuttaisiin yhtä luontevasti kuin liikunnasta ja ravitsemuksesta. Kejosen mukaan alkoholi-asioiden turhasta häpeäilemasta on jo aika päästä eroon (Kähkönen, 2012, 58).

”Olen tietoisesti lisännyt samalla kun kysyn liikuntaa, kysyn myös alkon käytöstä. Mini auditia teen ”omassa päässä”, en välttämättä lomakkeella. Se on ihan tietoinen toimintatavan muutos, kysyminen ei tuota ”tuskaa”.

”Kysyn asiasta ihan suoraan ”- käytättekö alkoholia, kuinka usein ja miten paljon” tai ”- olettekohan nauttineet viimeaikoina alkoholipitoisia juomia, kun tämä teidän marevan arvo nyt näin paljon heittää viime kerrasta.”

”Kautta rantain riippuen persoonasta.”

Hoitajien kokemuksen mukaan ikääntyneet suhtautuvat vähätellen tai kierrellen kysymykseen. Mutta huomionarvoista on, että osa ikääntyneistä kokee puheeksi ottamisen helpottavana. Moni tulee vastaanotolle muiden vaivojen takia ja kokee loppujen lopuksi helpotusta, kun salailu vihdoinkin loppuu. Kieltävästi, torjuvasti tai ”hyökkäyksellä” hoitajan puheita vastaan suhtaudutaan silloin, kun omaa tai puolison alkoholin käyttöä yritetään piilotella ja salata. Tällöin alkoholin käyttö on jo suuri ongelma. Yleensä määriä kuitenkin vähätellään, kerrotaan ”iltanaukusta”, vaikka verikokeiden tulokset ja verenpaine sekä habitus kertoisivat muuta. Ilmeisesti suomalaisen alkoholikulttuuriin kuuluu omien juomiskertojen ja määrien vähättely.

”Ensin kielletään, joskus voi mennä useampikin vastaanotto kunnes myönnetään, tulee sellanen häpeä-helppotus – reaktio.”

”Aluksi kieltää vahvasti, vähättelee tai myöntää vähätellen määrää, puhallutus vahva peruste sille voiko saada esimerkiksi lääkettä, siksi yleensä suostuvat puhaltamaan, jotkut tosin kieltäytyvät ja se on ok, ei voi pakottaa, mutta ei voi silloin myöskään saada vaikka kipulääkettä ennenkuin promillet laskeneet.”

”Lääkkeenjakoja tai säännöllistä rr mittausta ehdotetaan ”salaa juoville”, jolloin mahdollisuus tarkastaa vointi ja koti, yleensä tähän suostuvat mielellään.”

”En ole joutunut kokemaan.”

”Yleensä asiakas sanoo ”enhän mie, jos iltanapsun otan eihän se ole liikaa?”

Vähättelevästi.”

10.3 Ikääntyneen alkoholiongelmaisen auttamiskeinot

Keskustelu herättelee ihmistä miettimään tarkemmin, samoin kysely avoimin mielin ja ammatillisesti ilman ”saarnausta”. Asiakasta ei voi auttaa jos hän ei halua parantua. Heitä on ohjattu AA:han, mielenterveystoimistoon ja otettu osastohoitoon. Omaisten kanssa välillä vaikeaa, koska vaikutusmahdollisuudet ovat loppujen lopuksi toiveita pienemmät. Usein omaiset toivoisivat pitkiä osastohoitojaksoja. Eräs haastateltava kertoo, ettei vielä koskaan ole tullut sellaista tilannetta vastaan, että omaiset eivät olisi tienneet liiallisesta alkoholin käytöstä. Keinoina ovat esimerkiksi kotiaavun lisääminen ja päivätoiminnan järjestäminen. Eräs vastaaja kokee, ettei hänellä ole minkäänlaisia työkaluja auttamiseen, eli keinot puuttuvat. Hän kokee, ettei ole mahdollisuuksia tai aikaa auttaa, muuten kuin keskustelemalla, ja kokee sen riittämättömäksi. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – hankkeessa on jo viiden vuoden ajan pohdittu ikääntyneiden päihdetyön erityiskysymyksiä. Hankkeessa on kertynyt kokemuksia siitä, että monet asiakkaat ovat vähentäneet alkoholinkäyttöään, kun heidän elämänsä on tullut muuta sisältöä, kuten ryhmätoimintaa (Stakes, 2009).

”Ei miulla ole minkäänlaisia työkaluja, keinot puuttuvat. Ei ole keinoja, mahdollisuuksia, aikaa. Jos joku haluaa käydä keskustelememassa toki sovin mielellään uusia aikoja ja keskustelen. Ohjaan päihdesairaanhoitajalle tai mtt:lle.”

”Kotiaavun lisääminen, päivätoiminnan järjestäminen, omaisten informointi tilanteesta ja vastuu lääkehoidon toteuttamisesta siirretään sairaanhoitajalle.”

”Keskustelu, herättelee ihmistä miettimään tarkemmin ja kyselen ihan avoimin mielin ja ammatillisesti en saarnaa, Audit jää potilaalle itselle muistuttamaan. Päihdesairaanhoidajalle ohjaus tarvittaessa, pääasiassa ovat olleet nuorempia. Verikokeita pyyvän ja niillä herättelen ja saan samalla faktatietoa.”

11 Johtopäätökset

Vaikka ongelma on vain pienellä osalla ikääntyneistä, ei se tee siitä yhtään sen vähempiarvoista. Väestö ikääntyy, ja eläkkeelle on jäämässä ryhmä, jonka elämään alkoholinkäyttö kuuluu osana ”normaalina arkena ja juhlaa”. Tämä luo paineita tulevaisuuden palvelujärjestelmälle ja suunnitteluun. Suomalaiseen kulttuuriin on aina kuulunut alkoholi ja sen käyttö on humalahakuista. Outona pidetään enemmän sitä, jos ei juo. On hyvä, että asiasta on alettu keskustella ja siihen liittyvä häpeä on vähenemässä. Puheeksioton pitäisi arkipäiväistyä, siihen liittyvän häpeän väistyä. Asiasta pitäisi tulla arkipäivää ja rutiininomaista. Ongelman ratkaisussa meidän mielestämme avainasemassa on varhainen puheeksiotto ja puuttuminen. Haastateltujen mielestä koulutusta sekä työpaikoilla että ammattikoulutuksessa pitäisi lisätä. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskeinen projekti, jonka tarkoituksena on auttaa henkilöstöä puuttumaan ikääntyneiden ongelmajoukkoon. Yhteisten pelisääntöjen puute nousi puheenaiheeksi myös koulutuksessa ja henkilöstö koki, että yhteisistä pelisäännöistä sairaanhoitopiirin alueella olisi hyötyä. Haastattelussa nousi esiin, että työvuodet tuovat kokemusta ja varmuutta ottaa asia puheeksi ja puuttua siihen. Alkoholinkäytöstä puhumisen pitäisi olla yhtä rutiininomaista kuin esimerkiksi ruokailutottumuksista ja liikunnasta puhumisen.

12 Pohdinta

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Tämän jälkeen tietoa tuntui olevan jo niin paljon, että aihepiirin rajaaminen tuntui haastavalta. Ikääntyneiden alkoholinkäytöllä on vaikutuksia niin moneen asiaan, esimerkkinä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutus. Koimme työn etenemisen alkuun haasteellisena, sillä vaihdoimme ammattikorkeakoulua viimeisenä lukukautena ja halusimme aloittaa opinnäytetyön kirjoitusprosessin vasta uudessa koulussa. Aihe oli kuitenkin selvillä lähes opintojen alusta asti ja

se selkiytyi opintojen edetessä. Kirjoittamisen alkuun päästyämme prosessi alkoi kuitenkin edistyä hyvin. Opimme tarkastelemaan opinnäytetyöhömmme liittyvää aineistoa monesta eri näkökulmasta, niin kirjallisuuden, tutkimustiedon kuin teemahaastattelujen osalta. Myös kriittinen näkökulma tiedonhaussa kehittyi opinnäytetyöprosessin edetessä.

Hyvän suunnitelman ja aikataulutuksen merkitys korostui. Opinnäytetyöprosessin myötä sisäistimme laadullisen tutkimuksen ja teemahaastattelun periaatteet. Teemahaastattelut sujuivat hyvin ja luonnollisesti. Työnjako haastattelutilanteissa osoittautui onnistuneeksi, toisen haastattellessa toinen kirjasi haastattelut sanatarkasti ylös. Saimme sovittua haastattelu ajat haastateltavien ehdoilla etukäteen ja näin pystyimme saamaan haastatteluille rauhallisen ja häiriöttömän ilmapiirin. Haastattelujen myötä varmuus työn tärkeydestä vahvistui. Opinnäytetyöprosessi osoittautui oppimisen kannalta hyödylliseksi.

Sairaanhoitajan pitäisi mielestämme kyetä tunnistamaan omia reaktioitaan ja tunnetilojaan ikääntyneen päihteiden käyttäjän kanssa työskennellessään. Asiakkaan ja hoitajan välinen luottamus on tärkeitä. Ilman asiakkaan suostumusta ei asioita saa viedä eteenpäin. Asiakas voi haluta puhua asiasta ilman, että siihen vielä muuten puututaan. Jos hän on haluton siihen, että omaisille annetaan tietoa, on toivetta kunnioitettava. Tässä tulee ongelmaksi se, että joskus olisi asiakkaan etu, että ongelmaan puututtaisiin tiukemmin. Itsemääräämisoikeus on kuitenkin aina muistettava.

Ymmärrämme hoitajien turhautumista siihen, että samat vanhukset ovat vakioasiakkaina päivystyksessä ja vastaanotoilla ja tuntuu siltä, ettei puhuminen oikein johda mihinkään. Se ei kuitenkaan ole syy olla puhumatta. Sairaanhoitajan pitäisi pystyä murtamaan puhumattomuuden ja kieltämisen noidankehä, joka on ainoa keino päästä hoitamaan itse päihdeongelmaa. Pakottaminen aiheuttaa vain vastarintaa. Tähän varsinkin omaiset monesti sortuvat. Olemme myös itse joutuneet kohtaamaan omaisia, jotka ovat vihaisia ja pettyneitä, ettei terveysasema puutu ikääntyneen alkoholinkäyttöön. Heille on vaikeaa selittää, että emme voi mennä kenenkään kotiin ja hakea ihmistä

vasten tahtoaan lääkärille ja hoitoon. Omaisilla on hätä, varsinkin jos he asuvat kaukana ikääntyneestä.

Informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys ovat yleensä tärkeimpiä eettisiä periaatteita ihmistieteissä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Opinnäytetyöprosessin alussa asetimme opinnäytetyölle eettiset tavoitteet, jotka ovat tärkeitä etenkin ihmistieteissä.

13 Jatkotutkimus

Jatkotutkimus hankkeeksi ehdottaisimme kotihoidon henkilöstön päihdeasioiden ammattiosaamisesta ja koulutustarpeesta tehtävää tutkimusta. Päihdetyössä esille nousee hoitohenkilökunnan päihteisiin ja päihdeongelmaisiin liittyvät asenteet. Päihteiden käyttöä pidetään edelleen yksityisenä asiana ja päihteistä kysymistä arastellaan. Päihdeasiakkaita pidetään usein hankalina ja vastenmielisinä heidän käyttäytymisen ja humaltuneen olotilansa takia. Asenteiden muuttamiseen tarvitaan koulutusta. Asia nousi esille, kun tapasimme työelämäohjaajamme. Hänellä on laaja-alainen kokemus päihdeasiakkaista, ja hän on toiminut opettajana lähihoitajille. Hänen toiveenaan oli päihdeasioiden osaamisen parantaminen koulutuksessa.

Lähteet

Aira, M. 2005 Viinaa lääkkeeksi? Alkoholineuvontaa vanhuksille - mutta minkäläistä? Lääkärilehti 60(33), 3137-3139.

Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki. Vammala kirjapaino Oy

Geriatría. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122(12):1503-12.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Gummerus.

Holopainen, A. 2005. Alkoholi ja aivot. Artikkelit. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/213-alkoholi-ja-aivot>. Luettu 1.9.2011.

Hynninen, K. & Takkunen, O. 2010. Ikääntynyt päihdeasiakas kotihoidossa-työntekijän näkökulmasta. Diakonia – ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010, Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Impinen, A., Lunetta, P. & Lounamaa, A. 2008. Tapaturmakuolemat ja alkoholi Suomessa 1987-2006. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b11.pdf Luettu 19.9.2011.

Kähkönen, E. 2012. Kuukauden henkilö. Sairaanhoidajalehti 1/12, 58.

Ketola, S. 2010 Narratiivinen tutkimus ikääntyvän läheisen alkoholin liikkäytöstä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kettunen, R. 2008. Iäkkäiden sydänsairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 31-56.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007 Laadullinen terveystutkimus Helsinki: Edita

Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto

Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Helsinki: Sininauhaliitto.

Myöhänen, P. 2007. Apteekit ikääntyvän väestön lääkehoidon tukena http://www.apteekkariliitto.fi/media/pdf/toimenpideohjelma_ikaantyneiden_laakehoito.pdf Luettu 30.09.2011.

Nurminen, M-L., 2006. Lääkehoito. Helsinki: Wsoy

Piirainen, M. 2010. Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini - intervention toteuttamisesta. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N. Strandberg, T. & Pohjolainen, P. 2010. Fysiologinen vanheneminen Artikkelit. Helsinki. <http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58> Luettu 20.9.2011.

Sulander, T., Helakorpi, S., Rahkonen, O., Nissinen A. & Uutela. A. 2005. Eläkeläisten elintapojen muutokset. Suomen lääkärilehti 60(30-32): 2983-2988.

Tapio, J. 2011. Maksasairaam kannattaisi aina kiertää korkki kiinni. Etelä-Saimaa, Perjantai 20.5.2011, 8.

Viljanen, M. 2009. Ikääntyneet tarvitsevat lähelle tuotuja päihdepalveluita. Artikkelit. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi>. Päivitetty 11.1.2010. Luettu 13.2.2012.

Väänänen, J. 2007 Alkoholinkulutus ja masennusoireet masennuksen takia hoitoon hakeutuvilla asiakkailla, Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu- tutkielma.



Saate

Terveyskeskuksen lääkäri ja sairaanhoitajat sekä kotisairaanhoitajat

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Saimaan ammattikorkeakoulussa. Tutkintoomme kuuluva opinnäytetyömme käsittelee iäkkäiden alkoholinkäyttöä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ikääntyvien ihmisten alkoholinkäytöstä ja pohtia keinoja mahdollisimman nopeaan puuttumiseen sekä auttaa löytämään yhteisiä toimintamalleja.

Haluaisimme haastatella Sinua henkilökohtaisesti etukäteen jakamamme teemahaastattelulomakkeen pohjalta. Haastattelua ei nauhoiteta, vaan muistiinpanojemme pohjalta tehdyn yhteenvedon saat luettavaksesi ja Sinulla on mahdollisuus korjata mahdolliset asiavirheet. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista ja sen voi lopettaa missä haastatteluvaiheessa tahansa. Tutkimuksen päätyttyä, haastattelumateriaali hävitetään.

Opinnäytetyötä varten olemme hakeneet tutkimusluvan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden osastolta. Aineisto on tarkoitus koota tammi-helmikuussa 2012 ja opinnäytetyö valmistua keväällä 2012. Oletamme, että kotisairaanhoidossa ja lääkärin vastaanotolla iäkkäiden alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat huomataan ensimmäisinä. Näin ollen Sinulta saamamme tiedot olisivat ensiarvoisen tärkeitä tutkimuksen kannalta.



Sosiaali- ja terveysala

Haastattelurunko

- 1) **Alkoholiongelmainen ikääntynyt asiakkaana.**
Miten ilmenee? Kuinka usein kohtaat? Miten kohtaat? Onko lisääntynyt?
- 2) **Ikääntyneen alkoholin käyttöön puuttuminen**
Koetko puheeksioton vaikeana? Miten otat puheeksi? Miten puheeksiottoon on suhtauduttu?
- 3) **Ikääntyneen alkoholiongelmaisen auttamiskeinot**
Minkälaisia auttamismenetelmiä olet käyttänyt alkoholiongelmaisen hoidossa?

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Pirjo Innanen ja Mia Terävä

Minna Jokinen

Koulutuskoordinaattori

Etelä-Karjalan sosiaali ja terveystyö

ValtoKäkelänkatu 14 A1

53130 Lappeenranta

Tutkimusluvan anominen

Haemme tutkimuslupaa tutkimuksellemme ikääntyneiden alkoholinkäyttö hoitotyön näkökulmasta. Työelämäohjaajana toimii osastonhoitaja Päivi Tavi ja opinnäytetyön ohjaajana Saimaan ammattikorkeakoulusta lehtori Maija Jokinen. Tämän lupahakemuksen mukana on toimitettu tutkimussuunnitelma liitteineen. Tutkimussuunnitelmasta saa tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista, sen tarkoituksesta ja aikataulusta.

Ystävällisin terveisin

Parikalassa 13.1.2012

Pirjo Innanen

Mia Terävä

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystyö
Kehittämispäällikkö, nimike muutettu
koulutuspäälliköksi

Viranhaltijapäätös

1

23.01.2012 Dnro 33/13.00/2012

§ 1/2012/ Tutkimuslupapäätös

TUTKIMUSLUPA / Pirjo Innanen ja Mia Terävä

Päätös

Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne "Ikääntyneiden alkoholinkäyttö - hoitotyön näkökulma".

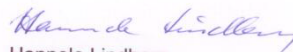
Loppuraportti tulee toimittaa sähköisenä Eksotelle, jotta se voidaan mahdollisesti julkaista verkkosivuillamme.

Lappeenrannassa 23.1.2012



Minna Jokinen
Koulutuskoordinaattori
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö
Koulutuspalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta
puh. 044-7914863
minna.jokinen@eksote.fi

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 24.1.2012



Hannele Lindberg
sihteeri

