

Taru Kukkamäki & Olga Peskova

Alkoholin rooli ikäihmisen elämässä

Ikääntyminen ja alkoholi

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosionomi (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sosionomi (AMK)

Tekijät: Taru Kukkamäki & Olga Peskova

Työn nimi: Alkoholin rooli ikäihmisen elämässä: Ikääntyminen ja alkoholi

Ohjaaja: Mirva Siltakorpi

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 71

Liitteiden lukumäärä: 2

Tämä opinnäytetyö on määrällinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää, miten ikäihmisten alkoholin käyttö näyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille Seinäjoen kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskuksessa 75-vuotiaiden hyvinvointikyselyiden vastausten perusteella. Tutkimuksen lähtökohtana oli seinäjokisten ikäihmisten alkoholinkäytön muutokset viimeisten vuosien aikana ja tulevaisuudessa sekä niiden vaikutus ikäihmisten päihdepalveluiden kehittämiseen. Tutkimuskysymyksemme oli, millaisena ikäihmisten alkoholin käyttö ilmenee Ikäkeskuksen asiakkaiden vastauksissa ja onko vuosien aikana ilmennyt muutoksia sekä näkykö alkoholin käytön ja muun muassa asiakkaan taustan välillä yhteyttä.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee ikäihmisten alkoholin käytön syitä ja seurauksia niin yhteiskunnan, yhteisön kuin yksilönkin näkökulmasta. Se käsittelee myös Suomessa tehtävää päihdetyötä ja siihen liittyvää lainsäädäntöä ja itsemääräämisoikeutta. Päihdetyö on jaoteltu ennaltaehkäisevään, korjaavaan ja ikäihmisten päihdetyöhön. Myös ammattilaisten roolia päihdetyössä käsitellään siltä osin, miten päihdeongelman voi tunnistaa ja ottaa puheeksi sekä millaisia menetelmiä päihdeongelman hoitamisessa voidaan hyödyntää.

Tutkimuksen tulokset teemoiteltiin luomalla ristiintaulukot alkoholin käytöstä suhteessa kyselyvuoteen, sukupuoleen, siviilisäättyyn, jälkeläisiin, koulutukseen, vastaanottokäynteihin, lääkitykseen, sairauksiin, kaatumisiin ja yksinäisyyteen. Tuloksissa merkittävin havainto oli sukupuolierot alkoholin käytössä, jonka mukaan miehet voivat huomattavasti naisia enemmän. Toisaalta esimerkiksi yksinäisyys tai koulutus ei näyttänyt vaikuttavan alkoholin käyttöön juurikaan, toisin kuin ennako-oletuksemme oli.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vaikka alkoholin kulutuksessa ikäihmisten keskuudessa onkin näkyvissä kasvua, runsaasti juovia ei juurikaan ole, tai ainakaan he eivät ole vastanneet hyvinvointikyselyyn. Myöskään selvää yhteyttä alkoholin käytön ja esimerkiksi asiakkaan taustatekijöiden välillä ei ollut. Joka tapauksessa ikäihmisten päihdepalveluita tulisi kehittää, sillä alkoholin kulutus ikäihmisillä tuntuu olevan noususuhtainen.

Avainsanat: ikäihminen, ikääntyminen, alkoholi, päihdetyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Social Services

Specialisation: Bachelor of Social Services

Authors: Taru Kukkamäki & Olga Peskova

Title of thesis: The Role of Alcohol in the Elderly Life: Aging and Alcohol

Supervisor: Mirva Siltakorpi

Year: 2017

Number of pages: 71

Number of appendices: 2

This thesis is a quantitative research with the purpose to find out how alcohol consumption of the elderly appears to workers of social and health care in the client guidance unit Ikäkeskus. The research data was gathered from the responses to a well-being questionnaire drawn up by Ikäkeskus to 75-year-olds. The starting point of the study was the change of alcohol consumption among the elderly during the past few years and in the future, as well as its impact on the development of substance abuse services for the elderly. The research questions were how alcohol consumption of the elderly occurs in customers' responses, and whether there are changes over the years, as well as whether there is a connection between alcohol consumption and the client's background.

The theoretical part of the thesis deals with the causes and consequences of alcohol consumption of the elderly from the perspective of society, community and the individual. It also discusses the role of substance abuse work in Finland, and related legislation and self-determination. Substance abuse work is divided into preventive, corrective substance abuse work as well as substance abuse work for the elderly. The role of professionals in substance abuse work is also dealt with from the perspective of how substance abuse can be identified, brought up and treated.

The results of the study are divided according to themes by creating a cross tabulation of alcohol-relation to survey year, sex, region of residence, marital status, offspring, education, medical check-ups, medication, diseases, falls and loneliness. The results especially highlighted gender differences in the use of alcohol. It appears that men drink significantly more than women. On the other hand, for example loneliness or education does not appear to affect alcohol use very much, despite our pre-assumptions.

In conclusion, the alcohol consumption of the elderly is slightly increasing, though there is hardly any extensive use of alcohol among the elderly. Furthermore, there is no clear association between alcohol consumption and, for example, the customer's background. In any case, substance abuse work for the elderly should be developed, as the alcohol consumption of the elderly seems to be increasing.

Keywords: elderly, aging, alcohol, substance abuse work

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITTEET.....	9
2.1 Tutkimuskysymykset ja tavoitteet.....	9
2.2 Yhteistyötahona ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskus.....	10
2.3 Aiempia tutkimuksia.....	11
3 ALKOHOLIN KÄYTÖN SYITÄ JA SEURAUKSIA IKÄIHMISSILLÄ..	15
3.1 Syyt alkoholin käytön takana.....	16
3.2 Alkoholin monitahoiset vaikutukset.....	17
4 PÄIHDETYÖ SUOMESSA.....	23
4.1 Lainsäädäntö ja itsemääräämisoikeus.....	23
4.2 Ennaltaehkäisy päihdetyössä.....	25
4.3 Korjaava päihdetyö.....	27
4.4 Ikäihmisten päihdetyö.....	29
4.5 Työntekijän rooli päihdetyössä.....	31
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	35
5.2 Aineiston kerääminen.....	36
5.3 Aineiston analysointi.....	37
5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	38
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	41
6.1 Alkoholin käyttö suhteessa kyselyvuoteen.....	45
6.2 Alkoholin käyttö suhteessa sukupuoleen.....	47
6.3 Alkoholin käyttö suhteessa siviilisäätyyn.....	47
6.4 Alkoholin käyttö suhteessa siihen kenen kanssa asuu.....	48
6.5 Alkoholin käyttö suhteessa jälkikasvuun.....	49
6.6 Alkoholin käyttö suhteessa ammatilliseen koulutukseen.....	50

6.6.1	Alkoholin käyttö korkeasti koulutetuilla.....	51
6.6.2	Alkoholin käyttö matalasti koulutetuilla.....	52
6.6.3	Alkoholin käyttö kouluttautumattomilla	53
6.7	Alkoholin käyttö suhteessa lääkärin määräämään säännölliseen lääkitykseen	53
6.8	Alkoholin käyttö suhteessa pysyviin sairauksiin ja/tai vammoihin	55
6.9	Alkoholin käyttö suhteessa käynteihin lääkärin tai hoitajan vastaanotolla.	55
6.10	Alkoholin käyttö suhteessa kaatumiseen	57
6.11	Alkoholin käyttö suhteessa yksinäisyyteen	57
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	59
8	POHDINTA	63
	LÄHTEET	65
	LIITTEET	71

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Lomakkeiden määrä haastatteluvuosittain.....	41
Kuvio 2. Vastanneiden siviilisääty.....	42
Kuvio 3. Vastanneiden koulutustausta.....	43
Kuvio 4. Vastaajien alkoholin kulutus.....	44
Kuvio 5. Alkoholin käyttö korkeasti koulutetuilla.....	51
Kuvio 6. Alkoholin käyttö matalasti koulutetuilla.....	52
Kuvio 7. Alkoholin käyttö kouluttautumattomilla.....	53
Taulukko 1. 55-64-vuotiaiden raittius ja humalahakuisuus vuosina 2000 ja 2014.	12
Taulukko 2. Alkoholin käyttö suhteessa kyselyvuoteen.....	46
Taulukko 3. Alkoholin käyttö suhteessa sukupuoleen.....	47
Taulukko 4. Alkoholin käyttö suhteessa siviilisäätyyn.....	48
Taulukko 5. Alkoholin käyttö suhteessa siihen, kenen kanssa asuu.....	49
Taulukko 6. Alkoholin käyttö suhteessa jälkikasvuun.....	50
Taulukko 7. Alkoholin käyttö suhteessa lääkitykseen.....	54
Taulukko 8. Alkoholin käyttö suhteessa sairauksiin/vammoihin.....	55
Taulukko 9. Alkoholin käyttö suhteessa vastaanottokäynteihin.....	56
Taulukko 10. Alkoholin käyttö suhteessa kaatumisiin.....	57
Taulukko 11. Alkoholin käyttö suhteessa yksinäisyyteen.....	58

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä tulee nousemaan. Levon mukaan vuonna 2008 yli 65-vuotiaita oli Suomessa noin 800 000 ja ennuste vuodelle 2030 on 1,3 miljoonaa. Erityisesti yli 80-vuotiaiden osuus tästä määrästä kasvaa ja heitä onkin tuolloin vuonna 2030 arvioilta 450 000. Sen lisäksi, että ikääntyneen väestön määrä kasvaa, se myös monipuolistuu eri tavoin. (Levo 2008, 9.) Koska eliniänodote nousee, mielletään ”vanhuus” nykyään alkavaksi vasta niin kutsutussa neljännessä iässä, jolloin ikääntyneen toimintakyky alkaa laskea. Tämän vaiheen alku sijoittuu noin 80–85 vuoden ikään. Tämä tarkoittaa sitä, että eläkkeelle jäävät henkilöt eivät suinkaan ole, eivätkä koekaan olevansa ”vanhuksia”, vaan he jatkavat elämäänsä vähintäänkin yhtä värikkäästi kuin työikäisenäkin. (Levo 2008, 9.) Ikääntyneet itse rikkovatkin stereotyyppioita eivätkä välitä ikäodotuksista, vaan haluavat vaihtoehtoja ja valinnan vapautta elämäänsä (Levonen 2005, 19). Tämä muutos ikääntymisessä ja sen kokemisessa on synnyttänyt uudenlaisia elämäntyyliä ja käytäntöjä, jotka ovat nykyisille ikääntyneille osa normaalia elämää (Levo 2008, 9).

Myös hallitusohjelma on pyrkinyt huomioimaan yleisellä tasolla tämän muutoksen muun muassa Palvelut asiakaslähtöisiksi –kärkihankkeella. Hankkeen tavoitteina on muun muassa ”painottaa varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtettä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallinnonrajojen”. Myös ihmisten osallisuutta ja kokemusasiantuntijuutta pyritään vahvistamaan. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta –kärkihanke taas tavoittelee kansanterveyden edistämistä sekä ihmisten vastuunottoa omasta elämästään. Ikäihmisille on kohdistettu myös oma kärkihanke ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa”, jonka tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten kotona asuminen mahdollisimman pitkään tukemalla omaishoitajia. Tavoitteena on myös lisätä yhteisöllisyyttä ja sukupolvien välistä yhteyttä. (Ratkaisujen Suomi 2015, 20-22.)

Ikääntyminen ilmenee nykyään eri tavalla aiempaan verrattuna ja ikääntymisessä saattaakin keskiössä olla nautinto ja riskinotto. (Levo 2008, 9.) Nuoruutta myös haetaan ja muistellaan erilaisilla tempauksilla ja uusien asioiden kokeilemisella (Levonen 2005, 22). Tämä ilmiö saattaakin selittää ikääntyneiden alkoholinkäyttöä jollain

tavalla. Pääosin muutos on varmasti ollut positiivinen, mutta siihen liittyy myös varjopuoli. Koska ikääntyminen nähdään Levon (2008, 10) mukaan vain yhtenä tavalisena aikakautena ihmisen elämässä, jätetään huomiotta sen mukanaan tuomat haitat muun muassa terveydelle ja toimintakyvylle. Väistämättä silloin, kun elinikä nousee, nousee myös huonokuntoisten ja erityistä apua tarvitsevien ikääntyneiden osuus. Tästä kertoo esimerkiksi muistisairaiden ja päihdeongelmaisten ikääntyneiden kasvava joukko. Etenkin päihdeongelmaisille ikääntyneille tämä vallalla oleva käsitys ikääntymisestä on haastava.

Jotta vanhuspäihdetyötä pystyttäisiin kehittämään, tulisi aiheesta koota lisää tutkittua tietoa. Tällä hetkellä aihetta on tutkittu varsin vähän osin senkin oletuksen takia, että ikääntyessä myös alkoholinkäyttö vähenee (vaikka tilastot kertovatkin ikääntyneiden kasvaneesta alkoholinkulutuksesta). Oletus perustuu luultavasti siihen, että ilmiöön havahdutaan vasta nyt tai sen on ajateltu olevan vain pienen ryhmän ongelma (Mäkelä ym. 2010, 150). Osittain myös tähän kohtaan olemme halunneet opinnäytetyöllämme vaikuttaa. Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ikäihmiset ja alkoholin oman mielenkiintomme, oppimisemme ja tulevan työnkuvamme sekä ajankohtaisuuden ja toisaalta myös ajattomuuden perusteella. Ikääntyvien alkoholinkäyttö on ollut kauan puheenaiheena ja varmasti tulee myös jatkossakin olemaan. Ikääntyneiden kasvanut alkoholinkulutus on näyttäytynyt muun muassa lehtien otsikoissa sekä esimerkiksi päivystys- ja kotihoidon kartoituskäyntien yhteydessä. Sosionomilla on siis mahdollisuus kohdata työssään päihdeongelmaisista vanhuksista, johon tarvitaan erityisiä valmiuksia muun muassa alkoholin käytön tunnistamisen ja puheeksi ottamisen vuoksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tässä luvussa tuomme esiin opinnäytetyömme tavoitteet sekä tutkimuskysymykset. Esittelemme myös yhteistyötahomme Seinäjoen ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskuksen. Ikäkeskus on tullut tutuksi harjoittelujaksojen kautta, josta myös mielenkiinto opinnäytetyön aihetta kohtaan heräsi. Tarkastelemme myös aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia liittyen ikäihmisten alkoholin käyttöön. Opinnäytetyömme tutkimus keskittyy 75-vuotiaisiin, mutta iäkkään henkilön määritelmiä on monenlaisia. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 28.12.2012/980) määrittää kuitenkin iäkkään henkilön seuraavalla tavalla;

henkilö, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.

2.1 Tutkimuskysymykset ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, miten ikäihmisten alkoholin käyttö näytetään sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille Seinäjoen kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskuksessa 75-vuotiaiden hyvinvointikyselyiden vastausten perusteella. Tavoitteena on myös tutkia, onko seinäjokisten ikäihmisten alkoholin käytössä tapahtunut muutoksia viimeisten vuosien aikana ja vastausten perusteella pohtia, onko muutoksia odotettavissa tulevaisuudessa. Olemme myös kiinnostuneita siitä, miten ikäihmisten päihdepalveluita pitäisi tulosten perusteella kehittää tulevaisuudessa.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisena ikäihmisten alkoholin käyttö ilmenee Ikäkeskuksen asiakkaiden vastauksissa ja onko vuosien aikana ilmennyt muutoksia?
2. Ilmeneekö alkoholin käytön ja asiakkaan taustan välillä yhteyttä?

2.2 Yhteistyötahona ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskus

Yhteistyötahonamme toimii Seinäjoen kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskus. Sen toiminnan tavoitteena on edistää koko Seinäjoen alueella asuvien ikäihmisten hyvinvointia sekä tukea heidän itsenäistä kotona asumistaan. (Ikäkeskus [Viitattu 26.1.2017]). Ikäkeskuksen toiminnan tavoitteet painottuvat ikäihmisten virikkeelliseen ja omaehtoiseen kotona asumiseen sekä palvelujen kokonaisvaltaisuuteen osaavan henkilökunnan ja toimivan yhteistyön avulla (Tavoite- ja toimenpideohjelma vuoteen 2017, 3). Ikäkeskuksessa työskentelee yhteensä 13 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista, joita ovat asiakasohjausyksikön johtajan alaisuudessa toimivat kaksi asiakasohjaajaa, muistikoordinaattori, kaksi omaishoidon asiakasohjaajaa, neljä kotihoidon asiakasohjaajaa sekä palveluasumisen asiakasohjaaja. Heidän lisäksi Ikäkeskuksen katon alla työskentelee fysioterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. (Ikäkeskus [Viitattu 26.1.2017]).

Fysioterapeutin palvelut kuuluvat kotihoidon erityispalveluihin, ja käytännössä fysioterapeutti muun muassa opastaa ja neuvoo tekniikoiden ja apuvälineiden kanssa, toimittaa niitä asiakkaalle sekä arvioi asunnon muutostöiden tarvetta (Seinäjoen kaupungin kotihoidon myöntämisen perusteet 2017, 10). Ikäihmisten sosiaalityöntekijän työnkuvaan taas kuuluu neuvominen ja ohjaaminen palveluihin, etuuksiin, asumiseen ja edunvalvontaan liittyviin sekä taloudellisiin asioihin. Sosiaalityö pyrkii olemaan ennaltaehkäisevää työtä ja sosiaalityöntekijä yrittää puuttua mahdollisimman varhain asiakkaan mahdollisiin haasteisiin. (Ikäihmisten sosiaalityöntekijä [Viitattu 27.1.2017].)

Asiakasohjaajien tehtävä painottuu pääsääntöisesti ennaltaehkäisevään työhön, joka sisältää sekä palvelutarpeiden kartoituksen että hyvinvointia edistävien tapaamisten järjestämisen ja toteuttamisen sellaisille seinäjokisille 75-vuotiaille, jotka eivät kuulu säännöllisen palvelun piiriin. Mikäli asiakasohjaajilla herää huoli esimerkiksi asiakkaan muistista, voivat he siirtää asiakkaan muistihoitajalle. (Hyvinvointia edistävät tapaamiset ja ryhmät [Viitattu 27.1.2017].) Tätä tapahtuu jonkin verran, sillä yli 65-vuotiaista joka kolmannella on muistioireita (Muistiliitto 2016). Mikäli asiakkaalla on jo diagnosoitu muistisairaus, eikä hänellä ole käytössään palveluita, voi Ikäkeskuksen muistikoordinaattori toimia asiakkaan ja omaisten tukihenkilönä.

Muistikoordinaattori toimii muistisairaana henkilön ja hänen omaistensa tukihenkilönä, kunnes asiakas siirtyy varsinaisten palvelujen piiriin. Työnkuvaan kuuluu myös ohjaus ja neuvonta esimerkiksi palveluihin ja tukiin liittyen. (Muistikoordinaattori [Viitattu 27.1.2017].) Mikäli muistisairaus on jo siinä vaiheessa, että asiakas tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa, on omaishoitajuus yksi vaihtoehto. Tällöin esimerkiksi omaishoidon asiakasohjaajat tekevät palvelutarpeen kartoituksen sekä siihen liittyen päätävät omaishoidon tuesta ja lisäksi tarvittaessa järjestävät lyhytaikaishoitopaikkoja. (Omaishoidon tuki [Viitattu 27.1.2017]; Lyhytaikaishoito [Viitattu 27.1.2017].)

Omaishoitajuuden ollessa riittämätöntä tarpeeseen nähden, voidaan asiakkaalle tehdä palvelutarpeen arviointi sekä siihen pohjautuva palvelusuunnitelma esimerkiksi omaishoidon tai kotihoidon asiakasohjaajien toimesta (Kotihoito [Viitattu 201.1.2017]). Asiakkaan palvelutarve voidaan arvioida esimerkiksi hoitoneuvottelun ja RAI-arvioinnin pohjalta. Mikäli päädytään kotihoidon käynteihin, tehdään asiakkaalle kirjallinen suunnitelma sovitusta palveluista. Suunnitelmaa päivitetään tarvittaessa, esimerkiksi hoidon tarpeen muuttuessa. Vaihtoehtona on myös myöntää asiakkaalle palveluseteli, mikäli päädytään käyttämään yksityisen tahon palveluita. (Omavalvontasuunnitelma 2016.) Kun kotona asuminen ei ole enää mahdollista, voi asiakas hakea pitkäaikaishoitopaikkaa. Palveluasumisen asiakasohjaaja käsittelee pitkäaikaishoidon hakemukset SAS-työryhmän kanssa sekä tekee päätöksen hakijoista. Jos asiakas valitaan hakijaksi, hän odottaa sopivan palveluasumispaikan vapautumista. (Palveluasuminen [Viitattu 27.1.2017]; Palveluasumiseen hakeminen [Viitattu 27.1.2017].)

2.3 Aiempia tutkimuksia

Päihdetilastollinen vuosikirja (THL 2015, 126-127) osoittaa, että vuonna 2000 raittiiden 55-64-vuotiaiden miesten osuus oli 12% ja naisten 30%. Vastaavat luvut taas vuonna 2014 olivat miehillä 11% ja naisilla 15%. Raittiit vastaajat ovat määritelty henkilöiksi, jotka eivät ole juoneet alkoholi juomia viimeisen kuluneen vuoden aikana. Toisaalta taas humalahakuisesti viikoittain juovien 55-64-vuotiaiden miesten osuus vuonna 2000 oli 21% ja naisilla 7%. Vastaavat luvut vuonna 2014 miehillä oli

23% ja naisilla 9%. Vastaajat määriteltiin henkilöiksi, jotka juovat alkoholia vähintään kuusi annosta kerralla viikon aikana (Taulukko 1).

Taulukko 1. 55-64-vuotiaiden raittius ja humalahakuisuus vuosina 2000 ja 2014 (THL 2015, 126-127)

	Raittiit 55-64-vuotiaat		Humalahakuisesti viikoittain juovat 55-64-vuotiaat	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Vuonna 2000	12%	30%	21%	7%
Vuonna 2014	11%	15%	23%	9%

Suurin muutos on siis tapahtunut raittiiden naisten keskuudessa vuosien 2000 ja 2014 välisenä aikana; raittiiden naisten määrä kyseisestä ikäryhmästä on laskenut peräti 15 prosenttiyksiköllä tällä aikavälillä. Tämän johdosta myös sukupuolierot ovat tasoittuneet; vuonna 2000 raittiiden iäkkäiden miesten määrä oli 18% naisia pienempi, kun toisaalta vuonna 2014 vastaava luku oli enää vain 4%. Toisaalta humalahakuinen viikoittainen juominen ei ole tänä aikana radikaalisti kasvanut kummankaan sukupuolen välillä. Mielenkiintoista on huomata, näkyykö kyseinen muutos Ikäkeskuksen asiakasohjaajien vastauksissa. Opinnäytetyömme avulla haluamme selvittää, onko kyseisen tutkimuksen tulokset yleistettävissä Seinäjoen alueen 75-vuotiaisiin.

Aihepiirin sisältä on Suomessa tehty muutamiakin hankkeita ja projekteja, joista yksi oli vuosina 2005-2011 toteutettu monitoimijahanke Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi -projekti. Projektiin ovat osallistuneet Helsingin Diakonissalaitos, Ikäinstituutti, Tyynelän kehittämiskeskus sekä Sininauhasäätiö. Projektin koordinoijana on toiminut Sininauhaliitto sekä rahoittajana RAY. (Laapio 2010, 7.) Projektin ensimmäisessä vaiheessa vuosina 2005-2008 tavoitteena oli asiakastyön kehittäminen, tutkimustiedon tuottaminen, keskustelun herättäminen sekä tietoisuuden ja osaamisen lisääminen ikäihmisten päihdepalveluissa. Toinen vaihe vuosina 2009-2011 keskittyi kehitettyjen työmuotojen juurruttamiseen osaksi kuntien ja järjestöjen tekemää päihdetyötä. (Viljanen & Levo 2010, 8-9.) Kyseinen projekti oli siis osaltaan kehittämässä ikäihmisten päihdetyötä. Toivoisimme, että opinnäytetyömme tutkimustuloksia voitaisiin osaltaan hyödyntää paikallisen päihdetyön kehittämisessä.

Projekti on poikunut myös useiden teosten lisäksi erilaisia osahankkeita ja tutkimuksia. Yksi näistä tutkimuksista on Haarnin ja Hautamäen tekemä, jossa haastateltiin vuosien 2006-2007 aikana noin kolmeakymmentä 60-75-vuotiasta erilaista alkoholin kuluttajaa. Analyysi tutkimuksessa keskittyi ikäihmisten suhtautumiseen alkoholiin; siinä eriteltiin ikäihmisten omia kuvauksia ja pohdintoja sekä omasta että alkoholin käytöstä yleensä ikäihmisten keskuudessa. Tutkimuksessa peilattiin myös juomatapojen suhdetta ikäihmisen elämänselämään sekä etsittiin merkityksiä alkoholin käytölle. Keskeisimmät tulokset olivat, että alkoholi on osa normaalia arkea ja sitä käytetään miellyttävän olotilan saavuttamiseksi, vaikkei ikäihmisten suhtautuminen alkoholiin olekaan yhtenäinen. (Haarni & Hautamäki 2008, 15-18; 163-168.) Haluaisimme myös nähdä paikallisten ikäihmisten suhtautumista alkoholiin opinnäytetyömme tutkimusosiossa.

Aiheesta on tehty myös toinen, toimintatutkimuksellinen kehittämishanke Päihdepelisääntöjen palvelutaloihin – yhteinen asia yhdessä oivaltaen vuosina 2009-2012. Siihen osallistui kolme pääkaupunkiseudun palvelukotia; Espoon Eläkekotisäätiön Hopeakotki, Espoon Lähimmäispalveluyhdistys ry:n Merikartano sekä Vanhusten Kotiapusäätiön Havukosken palvelukeskus. Tavoitteena oli tiedon tuottaminen ja sekä asiakkaiden että henkilökunnan osallistaminen yhteisten päihdepelisääntöjen luomiseen ja kehittämiseen. Kaikki kolme palvelukotia saavuttivat tavoitteet ja alkoivat käyttää yhdessä laadittuja pelisääntöjä. (Kaskiharju & Kemppainen 2012, 10-11; 123.) Vaikka yhteistyötahomme ei olekaan palvelutalo, haluamme silti tuottaa ikäkeskukselle tietoa kehittämistyön tueksi.

Myös kansainvälisiä tutkimuksia on aiheesta tehty. Niistä yksi on Ruotsin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuonna 2009 kokoama raportti eurooppalaisten ikäihmisten alkoholinkäytöstä sekä niiden vaikutuksista terveyteen, talouteen ja koko yhteiskuntaan. Aiheesta keskusteltiin asiantuntijakonferenssissa, johon osallistui Ruotsin lisäksi yhdeksän Euroopan maata; Tšekki, Suomi, Saksa, Italia, Latvia, Puola, Slovenia, Espanja ja Iso-Britannia. Konferenssissa esiin tulleet pääkohdat olivat muun muassa ikääntyneiden kasvanut alkoholin kulutus, liian vähäinen tutkimus aiheesta, päihde-työntekijöiden vähäinen osaaminen ikäihmisten päihdeongelmiin liittyen sekä puut-

teelliset ohjeistukset ikäihmisten alkoholin kulutuksessa. (Hallgren, Högberg & Andréasson 2009, 4-5.) Opinnäytetyöllämme haluamme osaltaan auttaa huomion kiinnittämisessä edellä mainittuihin seikkoihin.

Toinen kansainvälinen tutkimus aiheesta on VINTAGE-projektissa vuosina 2009-2010 toteutettu tutkimus ikäihmisten alkoholin käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisystä. Tutkimukseen osallistui asiantuntijoita kuudesta Euroopan maasta; Espanjasta, Suomesta, Sloveniasta, Iso-Britanniasta ja Tšekistä. Lisäksi tutkimusta koordinoi Italia. Tavoitteena oli saada ja levittää tietoa toimivista menetelmistä ehkäistäessä ikäihmisten päihdehaittoja. Tulokset osoittivat, että vaikka ikäihmisten alkoholin käyttö on kasvussa, ei niistä aiheutuvia haittoja pidetä ehkäisemistä vaa-
tivana. Toisaalta jokaisen maan asiantuntijat olivat sitä mieltä, että alkoholin ongelmakäyttöä tulisi ehkäistä ja menetelmiä sitä varten olisi kehitettävä. (Palacio-Vieira ym. 2012, 248-254.) Opinnäytetyöllämme haluamme osin tuoda esiin myös alkoholi-
ongelmien ennaltaehkäisemisen tärkeyttä antamalla teoriaosuudessa tietoa niiden tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta.

3 ALKOHOLIN KÄYTÖN SYITÄ JA SEURAUKSIA IKÄIHMISILLÄ

Tässä luvussa tarkastelemme syitä ikäihmisten alkoholin käytölle. Alkoholin käyttö on ajan saatossa muuttunut ja nykyään yhä moninaisemmat käyttötilanteet (kuten esimerkiksi erilaiset sosiaaliset tilanteet) ovat tuoneet alkoholin myös ikäihmisten elämään (Levo 2008, 19). Tarkastelemme myös alkoholin käytön vaikutuksia yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön kannalta. Alkoholin käytöllä on yhteiskunnallisia vaikutuksia esimerkiksi kansanterveyteen ja talouteen, joka näkyy muun muassa työkyvyttömyytenä sekä työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvuna (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 174). Alkoholin käyttö vaikuttaa myös käyttäjän läheisiin vähimmillään kuormittamalla ja uuvuttamalla heitä, mutta myös vakavammin, esimerkiksi ilmeneväällä kroonisena stressinä tai jopa läheisriippuvuutena.

Yksilöön alkoholi vaikuttaa monin tavoin. Yksi fyysinen seuraus runsaan alkoholin käytöstä voi olla esimerkiksi alkoholiriippuvuus. Alkoholin käyttö ei kuitenkaan johda aina alkoholiriippuvuuteen, vaan alkoholin käyttö voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan, joita ovat absolutismi, kohtuukäyttö sekä ongelmakäyttö. Absolutisti ei käytä alkoholia ollenkaan, kun taas kohtuukäyttäjän alkoholin käyttö on sellaista, että haittojen todennäköisyys on pieni. Ongelmakäyttö taas voidaan jakaa kolmeen eri alaluokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö sekä alkoholiriippuvuus. Riskikäyttäjällä ei ole riippuvuutta, eikä merkittävästi haittojakaan, vaikka hän käyttääkin suositeltua enemmän alkoholia. Haitallisessa käytössä ei ole riippuvuutta, mutta on kuitenkin selviä fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. (Juomisen luokittelu, 2013.) Alkoholiriippuvuuteen eli alkoholismiin kuuluvat vahvat humalatilat sekä merkittävä alkoholin sietokyvyn kasvu. Alkoholistilla esiintyy myös vieroitusoireita, joista tyypillisimpiä ovat mm. voimakas vapina ja tärinä, kuulo- ja näköharhat, kaatumatautia muistuttavat kohtaukset sekä pitkäaikainen unettomuus. Lisäksi alkoholiriippuvaisella on usein haasteita suoriutua arkielämän tehtävistä. (Liikakäytön tunnistaminen, 2013.)

3.1 Syyt alkoholin käytön takana

Osa tämän päivän ikääntyneistä (vuosina 1945–1954 syntyneet) ovat niin kutsuttua ”märkää sukupolvea”; he ovat lapsuudessaan ja nuoruudessaan tottuneet alkoholiin. Iäkkäillä on samankaltaisia syitä alkoholin juomiseen, kuin nuoremmillakin; iloon, suruun, harrastusten lomassa ja seurajuomana. Nykyään alkoholia käytetään yhä enemmän ja siihen syntyy riippuvuuksia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 56.) Kolmasosalle heistä, keille alkoholi on ongelma, se muodostuu ongelmaksi eläkkeellä, loppuilla se on ollut ongelmana jo työikäisenä. Alkoholia käytetään myös psyykkisten vaikeuksien yhteydessä, esimerkiksi depression, ahdistuneisuuden ja traumoihin liittyen, ikään kuin paikaten yksinäisyyttä ja tyhjyyttä sekä tarpeettomuuden tunnetta. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 56.)

Selvää on, että juomatavat muuttuvat elämänkulun, -tilanteiden ja piirien muuttuessa. Alkoholin kulutus vaihtelee tilanteiden ja tunnelmien mukaan, mutta taustalla vaikuttavat myös juomistottumukset, käyttökokemukset ja elämäntilanne. Aikuisiässä muodostunut suhde alkoholiin jatkuu usein eläkeiässä ja juomatavat pysyvät suhteellisen samanlaisina. Toisaalta alkoholinkäyttö saattaa myös vähetä esimerkiksi työelämän velvoitteiden (kuten edustustilaisuuksien) siirtyessä syrjään, mutta myös lisääntyä. (Haarni & Hautamäki 2008, 55–56; 80.) Haarni ja Hautamäki eivät tuoneet esille suoraa syytä lisääntyneeseen kulutukseen eläkeiässä, mutta pohdimme, että siihen saattaa vaikuttaa eläköitymisen mukana tullut ylimääräinen aika, tekemisen puute, yksinäisyys ja/tai tyhjyys. Mietimme myös, että eläkeikäen ajoittuu lisäksi suuri osa menetyksiä ja sairastumisia, jotka voivat osaltaan myös vaikuttaa käyttöön.

Alkoholilla on nykyään suurempi rooli ikääntyneiden elämässä, kuin aikaisemmin; alkoholi on heille normaali osa arkea. Nykyisten ikäihmisten nuoruudessa on suhdauduttu alkoholiin ristiriitaisesti; toisaalta he ovat nähneet kieltolakiajan, mutta myös ajan, jolloin alkoholia käytettiin paljon ja siihen suhdauduttiin löyhällä moraalilla. Tämä vaikuttaa edelleen ikääntyneiden juomatapoihin ja -syihin. Lisäksi nykyinen sallivampi suhdautuminen alkoholiin, sekä yksilön sukupuoli, sosioekonominen asema, alkoholikasvatus ja lähipiirin juomatavat vaikuttavat. (Haarni & Hautamäki 2008, 162–163; 166.) Iäkkäiden alkoholinkäyttöä ohjailee enemmänkin tavoite miellyttävään olotilaan, kuin itse humalan kokeminen (Haarni & Hautamäki 2008, 81;

106–108). Haarni ja Hautamäki (2008, 36; 71) keräsivät yhteen haastatteluaineistoja ikääntyviltä alkoholiin liittyen ja haastatteluissa tuli ilmi useita eri syitä siihen, miksi ikääntynyt juo. Alkoholia käytetään lääkkeenä esimerkiksi flunssaan, viluun tai unettomuuteen ja muutenkin sen koettiin kohtuullisesti käytettynä kohentaa elämänlaatua.

Muita käytön syitä olivat rentoutuminen ja rauhoittuminen alkoholin avulla, esimerkiksi saunan jälkeen tai aterian yhteydessä, sekä ikään kuin palkintona, esimerkiksi ruohonleikkaamisen tai siivoamisen jälkeen (Haarni & Hautamäki 2008, 86–88). Myös alkoholin merkitys sosiaalisuuteen ja sosiaalisissa tilanteissa mainittiin; etenkin juhlissa käytettiin alkoholia, mutta myös seurana ja keskustelun sujuvoittamiseksi. Myös ikävämpiä syitä mainittiin, kuten suru ja murhe sekä yksinäisyys, johon alkoholia käytettiin lohtuna etenkin silloin, kun läheisen ovat poissa, terveydentila aiheuttaa rajoituksia ja elämän loppu on lähellä. Kriisien yhteydessä havaittiin reaktiivista juomista, jolloin siis alkoholinkäyttö oli yhteydessä muun muassa sairastumiseen, kuolemaan tai avioeroon. (Haarni & Hautamäki 2008, 38; 64; 94–100.)

3.2 Alkoholin monitahoiset vaikutukset

Seuraukset yhteiskuntatasolla. Alkoholin liiallinen käyttö on yksi vaikuttava tekijä työkyvyn alenemisessa tai sen menettämisessä. Osin myös työkyvyttömyyseläkkeet johtuvat joko itse alkoholisairaudesta tai alkoholin käytöstä johtuvista sairauksista. Alkoholi aiheuttaa siis työvoiman menettämistä, joka taas vaikuttaa haitallisesti sekä kansantalouteen että yksilön talouteen. (Gockel, Pösö & Nyman 2013, 168-174). Alkoholin käyttö aiheuttaa kustannuksia myös muissa osa-alueilla. Suurimmat alkoholin käytöstä aiheutuvat menoerät ovat julkisen sektorin puolella sosiaaliturvajärjestelmässä, terveydenhuollossa sekä järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitämisessä. Myös valvonta ja ennaltaehkäisy aiheuttavat kustannuksia tällä sektorilla. Julkisen tahon lisäksi alkoholin käytöstä aiheutuvat kustannukset näkyvät myös yksityisellä ja järjestötaholla muun muassa hoitomenojen, rikosten ja onnettomuuksien vuoksi. (Jääskeläinen & Österberg 2013, 177.)

Seuraukset yhteisötasolla. Alkoholin käytön yhteisöllisenä vaikutuksena voidaan nähdä esimerkiksi läheisriippuvuus. Läheisriippuvuus voi syntyä tilanteessa, jossa

yhteisön jäsen käyttäytyy sosiaalisesti paheksuttavalla tavalla, esimerkiksi runsaan alkoholin käytön yhteydessä. Pahimmassa tapauksessa kyseinen sairaus voi johtaa erilaisiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja jopa kuolemaan. Läheisriippuvuus on yksi riippuvuuden muoto, jolla käytännössä tarkoitetaan käyttäytymismallia, johon kuuluu toiseen henkilöön kohdistuva pakonomainen takertuminen tunnetasolla. Se on selviytymismekanismi, jonka avulla ihminen pyrkii normalisoimaan arkensa. (Arramies & Hakkarainen 2013, 152-160.)

On todettu, että liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa käyttäjän läheisille pysyvän stressitilan, joka tuo mukanaan erilaisia negatiivisia vaikutuksia esimerkiksi heidän hyvinvointiinsa, terveyteensä ja elämäntapaansa (Holmila 1993, 437). Edellä mainittujen seikkojen lisäksi on myös todettu, että alkoholin runsas juominen ikään kuin tarttuu muihinkin perheenjäseniin, esimerkiksi puolisoon (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 17). Tilanteessa, jossa käyttäjällä on omaishoitaja, on omaishoitaja usein kuormittunut ja uupunut. Lisäksi hänen motivaationsa auttaa hoidettavaa on heikko. (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 74.)

Tyypillisimmin runsaasti alkoholia käyttävä ihminen on eronnut mies (Warpenius ym. 2013, 74). Tästä voi päätellä, että runsaasti alkoholia käyttävät käyvät useimmiten läpi avioeron ja heidän ihmisuhteissaan on hankaluuksia ja sosiaalisissa verkostoissaan puutteita. Tätä päätelmää tukee myös se, että alkoholi on pääsääntöisesti osatekijänä myös parisuhdeväkivallassa (Karjalainen ym. 2015, 2). Vaikka Karjalaisen ym. mukaan alkoholin osuus muissa väkivallan muodoissa on yleisempää, on nimenomaan parisuhdeväkivalta vakavampaa niin fyysisten kuin psyykkistenkin vammojen osalta.

Holmilan mukaan (1993, 438–439) Jacksonin vuonna 1956 (562–586) kehittämä teoria perheenjäsenten sopeutumisesta alkoholismiin tuomaan kriisiin kuvaa seitsemänvaiheista prosessia, jossa ongelmat vähitellen lisääntyvät ja läheisten välinen suhde heikkenee; esimerkiksi ristiriidat puolisoitten välillä kärjistyvät ja he eristyvät sosiaalisesti. Tilanteen ja juomisen jatkuessa läheiset eivät enää yritä vaikuttaa siihen, vaan kantavat huolta omasta jaksamisestaan ja saattavat tuntea vihaa. Vihan tunteet kuitenkin väistyvät ja tilalle tulee sääli ja suojeluhalu, jolloin myös läheisten itsetunto palaa. Tällöin myös uusi elämä avioeron myötä tulee esiin sekä mahdollinen raitistuminen, joka tosin ei ole ongelmattomien sosiaalisten roolien muuttumisen

vuoksi. Prosessi on erilainen eri läheisverkostoilla; joitakin vaiheita voidaan ohittaa tai niihin voidaan jäädä jumiin, toisaalta prosessi voi katketa esimerkiksi kuoleman seurauksena. Joka tapauksessa käyttäjän läheinen joutuu kohtaamaan ympäristön odotuksia ja määrittämiä omasta sekä läheistensä tilasta.

Seuraukset yksilötasolla. Koska ikääntyneillä on erilainen fysiologia nuorempiin nähden, myös alkoholi vaikuttaa heihin eri tavalla. Ikääntyessä elimistössä solujen vesipitoisuus pienenee ja rasvapitoisuus suurenee aiheuttaen sen, että veren alkoholipitoisuus vanhemmalla henkilöllä on korkeampi kuin nuoremmalla. (Haarni & Hautamäki 2008, 10; Levo 2008, 25; Nykky ym. 2010, 10.) Lisäksi aineenvaihdunta hidastuu ja aistit heikkenevät. Ikääntyneen alkoholin käyttö voi tällöin muuttua haitalliseksi, vaikka käyttömäärät eivät sinänsä kasvaisikaan. (Levo 2008, 25.) Ikääntyneelle vähäisellä alkoholimäärällä on todettu olevan hyötyä mm. sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä, vaikka lääkkeeksi asti alkoholista ei olekaan. Kohtuukäyttöksi ikääntyneellä lasketaan yksi alkoholiannos vuorokaudessa ja jo kaksi annosta vuorokaudessa on riskirajalla. (Nykky ym. 2008, 10; 13.)

Toisaalta alkoholin liikakäytöllä on monia haitallisia seurauksia ikääntyneen elämään niin fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti kuin taloudellisestikin. Pitkäaikainen ja runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa pysyviä muutoksia hermosoluihin ja välittäjäaineiden toimintaan sekä vaurioittaa iso- ja pikkuaivoja. (Nykky ym. 2010, 11.) Tämän lisäksi aivoverenkiertohäiriöiden ja -vuotojen riski kasvaa. Nämä asiat taas vaikuttavat ikääntyneen kognitiivisiin eli tiedollisiin toimintoihin aiheuttaen vakavia ajattelun ja havainnoinnin häiriöitä, jotka ilmenevät mm. ongelmanratkaisutaitojen ja oppimisen heikkenemisenä. (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016].)

Alkoholin liikakäytössä myös elämänhallinta ja itsestään sekä ympäristöstään huolehtiminen vaikeutuu, mikä saattaa johtaa ongelmiin ruokailussa ja hygieniassa. Tällöin ikääntynyt voi kärsiä mm. ylipainosta, aliravitsemuksesta ja hampaiden huonosta kunnosta. Nämä asiat taas ovat välillisesti yhteydessä vastustuskyvyn heikkenemiseen ja joko uusien sairauksien ilmenemiseen tai olemassa olevien sairauksien oireiden pahenemiseen ja hoidon vaikeutumiseen. (Nykky ym. 2010, 11; Kasiharju & Kemppainen 2012, 33.) Lisäksi alkoholi ja sen aiheuttamat ravitsemuksen ja aineenvaihdunnan häiriöt altistavat mm. diabetekselle ja kihdille sekä yleisesti erilaisille maksa- ja haimasairauksille (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016]). Kognitiivisten

häiriöiden lisäksi alkoholin suurkulutus aiheuttaa ikääntyneelle useita psyykkisiä haittoja, esimerkiksi univaikeuksia ja mielialanlaskua sekä mielialan vaihteluita. Lisäksi ahdistuneisuus ja masennus, aistiharhat ja jopa psykoosi voivat johtua alkoholista. Usein alkoholiriippuvuuden kanssa esiintyy myös erilaisia persoonallisuushäiriöitä. Näiden vuoksi erityisesti myös itsemurha-alttius kasvaa. (Nykky ym. 2010, 11; Kaskiharju & Kempainen 2012, 34; Alkoholi [Viitattu 1.12.2016].)

Yksi vakava runsaan alkoholinkäytön seuraus on delirium, kansanomaisemmin juoppohulluus. Delirium on oireyhtymä, joka seuraa runsaan juomisen lopettamista tai vähentämistä. Kognitiivisten oireiden (esimerkiksi keskittymis- ja orientaatiohäiriöt) lisäksi delirium aiheuttaa mm. kouristuksia, autonomisen hermoston yliaktiivisuutta sekä uni-valverytmin häiriöitä ja hallusinaatioita eli aistiharhoja. (Salon Muistiyhdistys ry 2013, 8; Alkoholi [Viitattu 1.12.2016].) Erityisesti ikääntyneillä delirium voi vaurioittaa aivoja pysyvästi (Salon Muistiyhdistys 2013, 8). Pahimmillaan se voi johtaa jopa kuolemaan. Merkittävän osan alkoholikuolleisuudesta johtuu kuitenkin alkoholimyrkytyksestä ja sen aiheuttamasta hengityksen lamaantumisesta. (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016].)

Ikääntyneillä on sairauksia ja käytössään usein erilaisia lääkkeitä, joilla saattaa olla yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Sekakäytön riski siis kasvaa ja saattaa aiheuttaa erilaisia oireita, kuten esimerkiksi sekavuutta ja aggressiivisuutta, huimausta ja tasapaino-ongelmia. Tällöin ei tarvitse olla edes pitkäaikaista alkoholinkäyttöä takana, vaan jo runsas kerta-annos saattaa johtaa tapaturmiin, joista yleisin ikääntyneillä on kaatuminen. (Nykky ym. 2010, 11.) Sekakäytön vaikutukset ovat arvaamattomia, mutta yleensä sen johdosta aineiden vaikutukset voimistuvat, pitkittyvät tai ovat odotuksiin nähden päinvastaiset. Vakavimmillaan sekakäyttö voi aiheuttaa myrkytystilan ja pysyviä elinvaurioita tai peräti kuoleman. (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016].)

Dementian riski runsaan ja jatkuvan alkoholinkäytön myötä kasvaa, mutta Päihdelinkin (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016]) mukaan alkoholi vaikuttaa dementian syntyyn sekundaarisesti, eli välillisesti, sillä se on vaaratekijänä yleisesti dementiaa aiheuttavien aivosairauksien synnyssä. Salon Muistiyhdistyksen (2013, 9) mukaan taas alkoholidementialla tarkoitetaan oireistoa, johon kuuluu mm. persoonallisuuden muuttuminen, sosiaalisen selviytymisen heikkeneminen ja henkisten toimintojen

aleneminen. Oleellista tällöin on myös se, onko toimintakyky muuttunut entiseen verrattuna ja kuinka paljon. Myös riski joutua väkivaltatilanteisiin kasvaa alkoholinkäytön seurauksena (Nykky ym. 2010, 11). Väkivalta- ja pahoinpitelyrikosten ohella alkoholilla on vaikutusta myös tieliikenneonnettomuuksiin (Alkoholi [Viitattu 1.12.2016]). Lisäksi alkoholinkäyttö aiheuttaa myös taloudellisia haittoja, jotka saattavat johtaa ongelmiin raha-asioissa ja johtaa jopa velkaantumiseen (Nykky ym. 2010, 11).

Yhtenä alkoholinkäytön seurauksena voi olla riippuvuuden syntyminen eli addiktio. Tällöin toiminta muuttuu pakonomaiseksi ja hallitsemattomaksi tyydytyksen hakemiseksi esimerkiksi alkoholista menneen henkilön tärkeysjärjestyksen kärkeen. Addiktio on ennen kaikkea psyykinen tila, joka syntyy (tässä tapauksessa) alkoholin vaikutuksesta. (Levo 2008, 29; Seppä, Alho & Kiiänmaa 2010, 9.) Alkoholiriippuvuuden syntyyn vaaditaan tietenkin altistuminen aineelle, mutta myös perimä, ympäristö ja opittu käyttäytyminen vaikuttavat siihen elämäntapahtumien lisäksi. Addiktio kehitysprosessi on yksilöllinen; joillakin riippuvuus saattaa alkaa hyvinkin nopeasti, toisilla se kehittyy hitaammin. (Levo 2008, 29.) Sepän ym. (2010, 13) mukaan alkoholiriippuvuus on aivojen itseaiheutettu sairaus. Jotta addiktio voidaan todeta, täytyy riippuvuuden kriteerit täyttyä. ICD-10 tautiluokitusjärjestelmän mukaan riippuvuudessa esiintyy kolme tai useampi kriteeri joko kuukauden ajan tai toistuvasti vuoden aikana. Kriteerit (Levo 2008, 29–30; Seppä ym. 2010, 40.) ovat:

- voimakas himo/pakonomainen tarve käyttää alkoholia tai muuta päihdettä
- heikentynyt kyky hallita alkoholinkäytön aloittamista, määrää tai lopettamista
- vieroitusoireet alkoholinkäytön vähetessä tai päättyessä
- sietokyvyn eli toleranssin lisääntyminen
- käytön muodostuminen elämän keskipisteeksi
- käytön jatkuminen sen mukanaan tuomista haitoista huolimatta.

Riippuvuus voi ilmetä monella eri tavalla. Alkoholiriippuvuus voi olla joko fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai näitä kaikkia. Fyysinen riippuvuus ilmenee usein vieroitusoireina (esimerkiksi hikoilua, pahoinvointia tai vapinaa) alkoholinkäytön loppuessa. Lievemmat oireet menevät ohi itsestään, mutta vakavammat oireet (esimerkiksi kouristukset ja sekavuus) saattavat tarvita sairaalahoitoa. (Levo 2008, 29–30;

Seppä ym. 2010, 25–26.) Psykkinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena haluna käyttää alkoholia ja kokemuksena siitä, että alkoholia tarvitaan hyvinvointiin. Tämä riippuvuuden muoto syntyy suhteellisen nopeasti. Sosiaalinen riippuvuus taas liittyy vuorovaikutus- ja ihmissuhteisiin ja ilmeneekin henkilön hakeutumisena sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa alkoholia käytetään runsaasti. (Levo 2008, 30.)

4 PÄIHDETYÖ SUOMESSA

Tässä luvussa käsittelemme Suomessa tehtävää päihdetyötä sekä sitä koskevaa lainsäädäntöä. Päihdetyöllä tarkoitetaan sekä ehkäisevää että korjaavaa päihdetyötä. THL:n (2016) määritelmän mukaan ehkäisevä päihdetyö on ”päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyä ja vähentämistä”. Päihdetyön tavoitteena saman määritelmän mukaan on ”vähentää päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa ja päihdehaittoja sekä edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia.” Korjaavan päihdetyön THL (2016) taas määrittelee olevan ”sellaisia palveluita, jotka kohdistuvat ilmenneisiin päihdehaittoihin, ongelmakäyttöön sekä päihderiippuvuuteen kohdistuvia hoito- ja kuntoutuspalveluita, päihdeongelmien uusiutumisen ehkäisyä tai ongelmakäytön ja päihderiippuvuuden haittojen vähentämistä ja niiden pahenemisen ehkäisyä”. Tässä luvussa syvennämme aihetta myös käsittelemään ikäihmisten päihdetyötä sekä sosionomin roolia siinä. Sosionomin yhtenä työkenttänä on päihdetyö ja hän voi hyödyntää erityisosaamistaan sen eri osa-alueilla. Sosionomi voi esimerkiksi olla osana moniammatillista tiimiä alkoholiongelmaa hoidettaessa.

4.1 Lainsäädäntö ja itsemääräämisoikeus

Suomessa päihdetyö pohjautuu pääosin kahteen lakiin, joita ovat päihdehuoltolaki ja laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä. Päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) tavoitteena on sekä vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, että edistää käyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä. Lain mukaan kunnan tehtävänä on järjestää tarpeenmukainen päihdehuolto asukkailleen. Sen lisäksi, että päihdehuoltolaki turvaa yksilöiden oikeuden saada tarvitsemaansa päihdehuoltoa, velvoittaa se myös kehittämään päihdehuollon palveluita. Palvelut tulee ensisijaisesti järjestää avohuollon toimenpiteillä ja niiden on toimittava matalalla kynnyksellä.

Päihdehuoltolaki (L 17.1.1986/41) määrittelee myös hoidosta silloin, kun täysi-ikäinen henkilö ei itse sitä halua. Tällaiseen niin kutsuttuun pakkohoitoon voidaan henkilö toimittaa silloin, kun tavalliset päihdehuollon palvelut eivät ole tuottaneet toivottua tulosta. Lisäksi henkilöllä on oltava päihteiden käytöstä aiheutuvan terveysvaaran uhka tai hän päihteiden käytön vuoksi käyttäytyy väkivaltaisesti.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (L 24.4.2015/523) taas valtuuttaa THL:n kehittämään ja ohjaamaan ehkäisevää päihdetyötä yhdessä muiden alan toimijoiden kanssa. Kunnan tehtävänä on nimetä itselleen toimielin, joka vastaa toteutuvasta päihdetyöstä.

Nykyajan ikääntyneiden kasvava alkoholinkulutus on tuonut kysymyksen itsemääräämisoikeudesta myös esiin. Vaikka päihdeongelmaisella ikääntyneellä onkin itsemääräämisoikeus, se ei silti oikeuta itseensä tai ympäristöönsä kohdistuvaan välinpitämättömyyteen. Oikeus valintoihin tuo mukanaan myös vastuun valintojensa seurauksista. (Levo 2008, 12.) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen vaatiikin neuvottelevaa lähestymistapaa, jolloin sosionomi antaa ikäihmiselle kaiken tarvittavan tietotaitonsa, muttei rajoita tämän päätösvaltaa (Partanen & Warmemaa 1999, 15). Kukaan ei saa menettää oikeuttaan ihmisarvoiseen kohteluun valintojensa takia. Käytännössä tämä tuo haasteita esimerkiksi palvelutalon arkeen; saako asukas käyttää huoneessaan alkoholia, vaikka se häiritsisi henkilökuntaa tai muita asukkaita? Palvelutaloissa ja muissa laitoksissa tehtävänä on huolehtia jokaisen hyvinvoinnista, jolloin alkoholinkäytön rajoittaminen saattaa olla perusteltua. Sosionomin tehtävänä on kuitenkin miettiä, mitä perusteluja rajoittamisen takana on; vaikuttavatko siihen esimerkiksi turvallisuusseikat, kenties oma asenne tai jokin muu syy. (Levo 2008, 12.) Sosiaalihuollon asiakkaalla on lain (L 22.9.2000/812) mukainen itsemääräämisoikeus, joka määritellään seuraavasti;

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Haastetta tuo myös tunnistaa, mikä on itsemääräämisoikeutta ja mikä taas heitteillejättöä. Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan oikeuta olla puuttumatta päihdeongelmaan tai olla antamatta tarvittavaa apua. Puuttumattomuutta ei myöskään voi perustella ikääntyneen oikeudella nauttia viimeisistä elinvuosistaan tai asenteella, jonka mukaan ”vanhaa juoppoa” ei voi auttaa. Sosionomilla on siis velvollisuus puuttua päihdeongelmaan ja vaikka henkilö siitä kieltäytyisikin, sen ei saa vaikuttaa muuhun tarjottavaan apuun ja tukeen. (Levo 2008, 12.) Ihmisarvoiseen kohteluun kuuluu

luottamuksellisuus ja hyvä vuorovaikutus, ei päihdeongelman syyllistäminen. Jos päihdeongelmainen ikääntynyt kieltäytyy tarjotusta hoidosta, tulee päätöstä kunnioittaa, mutta myös miettiä kulttuurisia, elämänhistoriallisia ja sosiaalisia syitä päätöksen takana. Tällä tavoin voidaan parantaa ikääntyneen päihdeongelman elämänlaatua muuta kautta. Esimerkiksi syy juomiseen ja hoidosta kieltäytymiseen saattaa merkitä oman elämänsä hallinnan menettämistä; tällöin voidaan miettiä, miten asiakas pystyy kontrolloimaan elämäänsä muuten kuin juomisen kautta. (Levo 2008, 12–13.) Silloin, kun ihminen aiheuttaa hengenvaaran itselleen tai muille, voidaan hänen itsemääräämisoikeuttaan rikkoa toimittamalla hänet pakkohoitoon. Tämä on kuitenkin äärimmäinen ratkaisu, joka voidaan tehdä ainoastaan lakiin vedoten. Tällöinkin täytyy muistaa, että vaikka itsetuhoinen käytös saataisiinkin loppumaan, saattaa asiakkaassa kuitenkin herätä vihan ja loukkaantumisen tunteita, jolloin pakkohoito ei auta päihdeongelmaista. (Levo 2008, 12.)

Ikäihmisiä koskettaa myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki (L 28.12.2012/980). Tämän lain tarkoituksena on muun muassa ”parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien talvvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää”. Näin ollen lain mukaan myös sellaisten ikäihmisten tulisi saada tarpeidensa mukaisia talvveluita, joilla on päihdeongelma. Tätä tukee myös lain 7§, jonka mukaan ”kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalitalvvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät”.

4.2 Ennaltaehkäisy päihdetyössä

Ennaltaehkäisevän päihdetyön periaatteena on vähentää päihteiden tarjontaa, saatavuutta, kysyntää ja haittoja. Ehkäisevän päihdetyön käsite on laaja ja työmuotona se sisältääkin monia erilaisia menetelmiä päihteiden ongelmakäytön vähentämiseksi. (Karlsson ym. 2013, 59; Warpenius ym. 2015, 52.) Sen lisäksi, että ehkäisevä päihdetyö pyrkii vähentämään päihteiden käytön negatiivisia vaikutuksia, pyrkii

se myös edistämään päihteettömiä elintapoja sekä ymmärtämään päihteiden käyttöä ilmiönä. Käytännössä ennaltaehkäisevä työ päihteiden parissa on asenteisiin, tietoihin ja oikeuksiin vaikuttamista. (Karlsson ym. 2013, 59.) Käytännön työn lisäksi ennaltaehkäisevä päihdetyö pyrkii vaikuttamaan myös päihdeoloihin- ja politiikkaan (Soikkeli 2013, 112). Ennaltaehkäisevää päihdetyötä ohjaa THL:n (2006, 13-28) laatimat laatukriteerit. Kriteereitä ovat

- työn kohdentaminen,
- työ on kohdennettu ehkäisevän päihdetyön toteutustasoille,
- työ on kohdennettu määritellylle ryhmälle,
- työn tietoperusta on varmistettu,
- työn arvot ja etiikka on määritelty,
- työ on tavoitteellista yhteistoimintaa,
- työlle on asetettu tavoite suhteessa ehkäisevän päihdetyön kohdentumiseen,
- työhön tarvittavat resurssit on määritetty,
- työn toteutusprosessit on valittu,
- seuranta ja arviointi on kiinteä osa työtä,
- työssä varmistetaan laadun osatekijöiden tasapaino ja
- työn tulokset suhteutetaan alkutilanteeseen.

Ennaltaehkäisevää päihdetyötä toteutetaan moniammatillisena verkostotyönä. Tämä tarkoittaa sitä, että työtä tekevät kaikki ne ammattilaiset, jotka jollain tavalla ovat työssään tekemisissä päihteiden kanssa. Aloja, joilla päihdetyöntekijät voivat toimia, ovat esimerkiksi päihde-, hyvinvointi-, terveys-, lainvalvonta-, opetus- ja nuorisotyön eri alat sekä myös kansalaisjärjestöt ja elinkeinoharjoittajat. Laaja moniammatillisuus tuo ennaltaehkäisevälle päihdetyölle myös haasteita, joten eri ammattialojen ja asiantuntijuuksien yhteen sovittaminen onkin yksi iso osa-alue siinä. (Soikkeli 2013, 112-113.) Ennaltaehkäisevää päihdetyötä tehdäänkin näin ollen niin yhteiskunnallisella, paikallisyhteisöjen, lähisuhteiden sekä yksilötyötasoilla (Partanen ym. 2015, 467). Mainittakoon, että myös valtio toimii osaltaan myös ennaltaehkäisevässä päihdetyössä muun muassa vaikuttamalla valvonta- ja hintapolitiikkaan (Partanen ym. 2015, 472).

Ehkäisevä päihdetyö jakaantuu sekä yleiseen että riskiehkäisyyn. Yleistä ehkäisyä toteutetaan koko väestön sisällä, eikä se vaadi päihteiden käyttöä kansalaisilta. Tätä on esimerkiksi laillisten päihteiden saatavuuden säätely sekä päihteiden käytön aloittamisen myöhentäminen. Riskiehkäisyä taas toteutetaan sellaisten ihmisten kanssa, joilla päihteiden käytön aloittaminen on todennäköistä. Keinoina on muun muassa aikainen puuttuminen liialliseen käyttöön mahdollisten haittavaikutusten ehkäisemiseksi sekä lasten näkökulman huomioon ottaminen vanhempien päihteiden käytön yhteydessä. Myös neulanvaihtopisteet kuuluvat tähän työhön. (Koivula 2008, 7; Partanen ym. 2015, 468-470.)

Tulevaisuudessa Soikkeli (2013, 114) arvioi ehkäisevän päihdetyön vaativan enemmän valistusta ja tietoa aiheesta perustyön lisäksi. Hänen mielestään valistamisen tulisi tapahtua keskustelun ja ongelmanratkaisun näkökulmasta, ei syyllistämällä käyttäjiä. Tiedon avulla Soikkelin mukaan voidaan lopulta vaikuttaa päätöksiin, hyvinvointiin ja toimintaan. Tarvittava tieto hänen mielestään saadaan juurikin käyttäjiltä sekä heidän läheisiltään. Warpenius kumppaneineen (2015, 83; 114) on taas sitä mieltä, ettei pelkästään tieto päihteistä riitä tulevaisuudessa ennaltaehkäisevässä työssä. He uskovatkin, että tehokkainta on ikärajojen valvominen sekä perhetyönä tehtävä elämänhallinnan tukeminen ja riskiryhmien seulonta. Tärkeänä pidettiin myös ammattitaidon kehittymistä tulevaisuudessa.

4.3 Korjaava päihdetyö

Korjaavaan päihdetyöhön kuuluu hoito, kuntoutus ja jälkityö. (Koivula 2008, 7.) Päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi hoitoon voi hakeutua joko terveydenhuoltoon esimerkiksi käytöstä aiheutuvien somaattisten sairauksien vuoksi tai sosiaalihoitoon sosiaalisten syiden vuoksi. Kuntien tehtävänä on joko itsenäisesti tai yhdessä toisen kunnan kanssa tuottaa päihdepalveluita asukkailleen. Päihdepalvelut voidaan myös ostaa kuntaan ulkopuoliselta palvelun tuottajalta. Tulevaisuudessa SOTE-uudistuksen myötä myös päihdepalveluiden tuottaminen tulee muuttamaan muotoaan. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 41-42; Mäkelä & Murto 2013, 93-95; Partanen ym. 2015, 485-486.)

Päihdetyötä ja päihdepalveluja varten on laadittu vuonna 2002 Päihdepalvelujen laatusuositukset Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimesta, jotka ohjaavat myös laadukkaan korjaavan päihdetyön toteutumista. Suositukset tukevat kokonaisuudessaan kuntien järjestämän päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä sekä luovat pohjan ja suuntauksen kyseisille palveluille (STM 2002, 15). Suositukset (STM 2002, 15-23) sisältävät seuraavat osa-alueet:

- Päihdepalvelujen lähtökohdat
- Päihdestrategia
- Palvelujärjestelmä
- Henkilöstön osaaminen ja työssä jaksaminen
- Asiakastyön toteutus
- Seuranta ja arviointi

Päihdepalveluita järjestetään muun muassa avohuollon palveluina, laitoshoidona, asumispalveluina sekä vertaistukena. Päihdehuollon avohoitoa tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävänä perustyönä. Tällaisia avohoitomuotoja peruspalveluissa ovat esimerkiksi päihteiden käytön tunnistaminen ja siihen puuttuminen sekä jatkohoitoon ohjaaminen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 42; Partanen ym. 2015, 486-487.) Avohuollon erityispalveluita on myös saatavilla maksuttomasti esimerkiksi A-klinikalla, joihin osallistuminen tapahtuu vapaaehtoisesti. Avohuollon palvelut pyritään pitämään matalan kynnyksen palveluina, joista esimerkkinä toimii päiväkeskukset. Nämä erityispalvelut avohuollossa toimivat pitkälti yhteistyössä mielenterveyspalveluiden kanssa. Yhtenä mahdollisuutena tulevaisuudessa on sekä päihdeettä mielenterveyspalveluiden järjestäminen omassa matalan kynnyksen yksikössään. (Mäkelä & Murto 2013, 96; Partanen ym. 2015, 487-490.) Myös vertaistukea voidaan pitää matalan kynnyksen avopalveluna alkoholiongelmallisille. Tällaisia palveluita ovat muun muassa AA-ryhmät käyttäjille sekä AI-Anon-ryhmät heidän läheisilleen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 44; Partanen ym. 2015, 490.)

Laitoshoidon päihdepalveluissa voidaan jakaa joko alle vuorokauden kestävään selviämishoitoon, pidempiaikaiseen katkaisu- ja vieroitushoitoon sekä pitkäaikaiseen kuntoutukseen. Selviämishoito tapahtuu päivystysluontoisesti ympäri vuorokauden esimerkiksi poliisin säilytystiloissa tai päihdehuollon katkaisuasemilla. Tällöin asiakas ei tarvitse lähetettä päästäkseen hoitoon. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 43; Partanen

ym. 2015, 487-488.) Pidempiaikainen katkaisuhoido järjestetään esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai siihen erikoistuneissa yksiköissä. Katkaisuhoidossa tavoitteena on katkaista päihdekierre sekä edesauttaa kuntoutumisen alkamista. Katkaisuhoidon kesto on keskimäärin muutamasta päivästä pariin viikkoon. Vieroitushoido taas koskee enemmän huumausaineiden, kuin alkoholin käyttäjiä. (Partanen ym. 2015, 488.)

Laitoshoidosta pisimpään kestää päihdekuntoutus, jonka kesto vaihtelee vuodesta puoleentoista. Tänä aikana asiakas voi käyttää asumispalveluita sekä kuntoutusprosesseja erilaisissa päihdehuollon yksiköissä. Päihdekuntoutukseen pääseminen vaatii maksusitoumuksen, jonka kunnan sosiaalihuolto myöntää asiakkaalle. Mikäli hoito tapahtuu erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrisessa yksikössä tai Järvenpään sosiaalisairaalassa, vaatii hoitoon pääseminen lääkärinlähetteen. Kyseinen sosiaalisairaala on Suomessa ainoa laatuaan, joka on erikoistunut päihdeongelmien hoitoon. Toisaalta nykyinen trendi päihdehuollossa on laitoshoidon vähentäminen ja avohoitoon panostaminen. (Partanen ym. 2015, 488.)

Asumispalveluita käytetään päihdekuntoutuksen yhteydessä esimerkiksi alkoholin käytön katkaisemisen jälkeen. Asumispalvelun tarkoituksena on tukea kuntoutumisen onnistumista sekä ehkäisemään asiakkaan liukuminen entisiin tapoihinsa. Tällä myös pyritään ehkäisemään asunnottomuutta päihteiden käyttäjien parissa. (Partanen ym. 2015, 490.) Asumispalvelujen tukiasunnot on suunniteltu tukemaan itsenäistä elämää, vaikka asiakas yleensä hoitosuhteessa onkin. Myös palvelutaloja ikääntyneille päihdeongelmallisille on tarjolla. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 43-44.)

4.4 Ikäihmisten päihdetyö

Kun työskennellään sellaisten ikääntyneiden parissa, joilla on päihdeongelma, on asiakas yleensä yli 60- tai 65-vuotias. Ikäihmisten päihdetyölle asettaa haasteita muun muassa se, että vasta viime aikoina on herätty tarkastelemaan kyseisen ikäryhmän päihteiden käyttöä erillisenä ilmiönä. Haasteena on myös siihen liittyvät vahvat asenteet ja mielikuvat, sillä suomalaisessa kulttuurissa on vakiintunut tapana nähdä kaikki vanhukset yhtenä massana. Mielikuvamme ikäihmisistä joutuu kuitenkin koetukselle, sillä tämän päivän keski-ikäisistä tulee myötämielisempiä alkoholia

kohtaan kuin aiemmat sukupolvet. Myös tämän päivän ikäihmiset käyttävät alkoholia enenevässä määrin johtuen siitä, että ikääntyvien määrä on muutenkin kasvussa, mutta myös siitä, että päihteidenkäyttäjää on yhä enemmän ikäihmisten keskuudessa. (Nykky ym. 2010, 6-8.) Onkin arvioitu, että yli 65-vuotiaista on päihderiippuvaisia noin 5-10% (Partanen ym. 2015, 381).

Kasvavan tarpeen vuoksi myös kohdennettua päihdetyötä tarvitaan. Ikäihmisten päihdetyössä periaatteena on, että huomioidaan asiakkaan koko eletty elämä, eikä keskitytä vain päihdeongelmaan. Tällaista kokonaisvaltaista päihdetyötä ikäihmisille järjestetään useissa eri toimintaympäristöissä, esimerkiksi kotihoidossa, avohoidossa sekä laitoshoidossa. Asiakkaan tullessa kotihoidon piiriin tehdään hänelle palvelutarpeen kartoitus sekä palvelusuunnitelma, jossa myös päihteiden käyttö ja siihen liittyvät palvelut käydään tarvittaessa läpi. Menetelminä kotihoidossa tehtävässä päihdetyössä voi olla esimerkiksi mini-interventio, turvallinen lääkehoito sekä asiakkaan kanssa tehtävä kirjallinen sopimus päihteiden käytön lopettamisesta. (Partanen ym. 2015, 390.) Kotona tehtävä päihdetyö on mielekästä etenkin sen takia, että koti on ihmiselle turvallinen paikka, jossa on mahdollista saavuttaa luottamus asiakassuhteessa. Toisaalta kotiolot voivat myös eristää asiakkaan, jolloin päihdetyön on hyvä kohdistua myös kodin ulkopuolelle. (Levo 2008, 43.)

Avohoidossa tehtävä ikäihmisten päihdetyö pohjautuu saatavilla olevien palveluiden kokonaisuuteen, joka muokataan yksilöllisesti asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Palveluita voi olla esimerkiksi päivätoiminta, päihdepsykiatrinen poliklinikka sekä oma-apu- ja vertaistukiryhmät. Avohoitoon kuuluu myös kotihoidon, päihdepalvelun tai terveysaseman kanssa yhteistyössä tehtävä avokatkaisu asiakkaan kotona. Mikäli avohoito ei riitä, voi asiakas siirtyä joko tuettuun asumiseen tai laitoshoidon. (Partanen ym. 2015, 390.) Levon (2008, 50) mukaan etenkin peruspalvelut ikäihmisten päihdetyössä ovat tärkeässä asemassa, sillä heiltä puuttuvat kohdennetut erityispalvelut.

Laitoshoidon ikäihmisten päihdepalveluissa toteutetaan joko lyhytaikaisena katkaisuhoidon tai pidempiaikaisena laitoshoidon. Laitoshoidossa sovitaan pelisäännöistä, tehdään toimintamalli päihdehoidosta sekä rakennetaan viikko-ohjelma tukemaan päihdeettömyyttä. Lisäksi myös ikäihmisten parissa tehdään etsivää päih-

detyötä, jossa pyritään madaltamaan raitistumisprosessin kynnyksiä sekä keskittymällä pieniin arjen muutoksiin, jotka tukevat päihteettömyyttä. (Partanen ym. 2015, 390-391.) Laitoshoidossa korostuu myös se, ettei päihteiden käyttö ole pelkästään yksilön asia, vaan esimerkiksi koko palvelutalon yhteisö liittyy siihen (Mäkelä 2008, Koivulan 2008, 5 mukaan). Tulevaisuuteen onkin ennustettu kasvavaa palveluntarvetta nimenomaan tuettuun asumispalveluun päihdeongelmaisten ikäihmisten kohdalla, sillä kyseisessä ikäryhmässä syrjäytymiseen ja päihdeongelmiin liittyvät haasteet yleistyvät (Lahtinen 2007, 68).

Jotta ikäihmiset saisivat laadukasta päihdetyötä, vaaditaan ammattilaisilta koulutautumista sekä yhteisiä toimintatapoja. Heidän on muun muassa osattava tunnistaa päihteiden käyttö sekä uskallettava ottaa se asiakkaan kanssa puheeksi. Asiakastyön lisäksi on osattava toimia monien yhteistyötahojen kanssa osana verkostotyötä sekä tunnettava erilaiset päihdepalvelut. (Partanen ym. 2015, 391.) Laadukkaan päihdetyön tulisi myös sisältää hoivaa ja huolenpitoa silloin, kun on kyse iäkkäistä asiakkaista. Tällöin huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti, jolloin elämänhallinta paranee arjen sujuvuuden myötä. (Viljanen & Levo 2010, 73-74.)

4.5 Työntekijän rooli päihdetyössä

Ikääntyneiden päihdeongelmia on haastavaa tunnistaa; ikääntyneet eivät juurikaan hakeudu hoitoon runsaan alkoholinkäyttönsä vuoksi, sillä he kokevat käytön häpeällisenä ja toisaalta yksityisasiana eivätkä ole kovin halukkaita hoitoon esimerkiksi vähättelyn tai salailun vuoksi. Tästä syystä myös sosionomilla on haasteita alkoholinkäytön tunnistamisessa ja etenkin sen puheeksi ottamisessa. Toisaalta tunnistamista vaikeuttavat myös väärinymmärrykset: suurkulutuksen merkit voidaan sekoittaa muihin oireisiin, jotka saattavat johtua esimerkiksi ikääntymisestä. (Nykky ym. 2010, 17.) Sepän ym. (2010, 32) mukaan haasteista huolimatta käytön puheeksi ottoa usein kuitenkin liioitellaan. Haastavaa on myös listata tietynlaisia merkkejä, mistä työntekijä voisi tunnistaa ikääntyneen päihdeongelman. Mikäli kuitenkin ikääntyneellä tapahtuu näkyviä muutoksia esimerkiksi persoonallisuudessa tai muistamisessa, on syytä tarkastaa alkoholinkäytön määrä. Lisäksi eristäytyminen ja

lisääntyneet tapaturmat sekä ongelmat esimerkiksi hygienian hoitamisessa tai ravinnonsaannissa saattavat kertoa alkoholiongelmasta. (Nykky ym. 2010, 18.) Lisäksi erilaiset elimelliset ja psyykkiset sairaudet kertovat mahdollisesta alkoholiongelmasta, kuten esimerkiksi maksa- ja haimatulehdukset sekä hallusinaatiot (Seppä ym. 2010, 32).

Tunnistamisen ja puheenottamisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia työvälineitä ja testejä, jotka mittaavat alkoholinkäyttöä. Työkäisillä käytetään tyyppillisesti AUDIT-testiä tunnistamaan suurkulutus, mutta ikääntyneille testin riskirajat ovat liian korkeat. Ikääntyneille suositellaankin CAGE-testiä, jossa on AUDIT-testin kymmenen kysymyksen sijasta vain neljä kysymystä. (Nykky ym. 2010, 18.) Vaikka kyselyillä ja testeillä saadaankin tietoa, ovat ne silti suuntaa-antavia ja toimivatkin enemmän keskustelun aloittajina. Keskustelu onkin paras tapa saada tietoa ikääntyneen alkoholinkäytöstä. Muita keinoja voi olla esimerkiksi juomapäiväkirjan pitäminen, josta ikääntynyt itse pysty seuraamaan alkoholinkäyttöään. (Nykky ym. 2010, 18.) Lisäksi erilaiset haastattelutavat (esimerkiksi määrä-tiheyskysely) kartoittavat hyvin alkoholinkäyttöä (Seppä ym. 2010, 32).

Kun päihdeongelman tunnistaminen on tapahtunut, seuraa sen puheeksi ottaminen. Tunnistusvaihe on tärkeä paitsi sosionomille, myös ikääntyneelle itselleen; kun alkoholinkäyttö saadaan näkyväksi, voidaan myös muutos raittiutta kohti aloittaa. Puheeksi ottaminen taas voidaan kokea vaikeaksi, mutta on sitäkin tärkeämpää, jotta apua voitaisiin antaa. (Nykky ym. 2010, 19.) Kommunikaatio alkoholiriippuvaisen ikäihmisen kanssa on haastavaa, sillä taipumus ennakkoluuloihin ja oman näkökannan puolustaminen vaikeuttavat sitä. Paras tapa käytön kartoittamiseen onkin suoraa kysymykset ja avoin keskustelu ilman tuomitsevuutta ja syyllistystä. Liian hyökkäävä ei kuitenkaan saa olla, vaan keskustelua tulee hallita ikääntynyt itse. (Nykky ym. 2010, 19.) Holmbergin (2010, 101) mukaan taas puheeksi ottaminen tapahtuu luontevimmin jonkin muun haastattelun tai arvioinnin yhteydessä, esimerkiksi kysyttäessä ravinnosta tai lääkityksestä.

Ensisijainen tavoite on mahdollistaa pohdinta ja kannustaa ikääntynyttä miettimään omaa alkoholinkäyttöään. Sosionomi tuo keskusteluun tietoa ja rohkaisua, mutta keskustelu silti etenee ikääntyneen ehdoilla. Sosionomi voi tuoda esiin myös omia havaintojaan ja huoltaan päihteidenkäytöstä. (Nykky ym. 2010, 19.) Ikääntyneen

saattaa olla hankala hahmottaa omaa alkoholinkäyttöään, joten sitä voi konkretisoida esimerkiksi juomapäiväkirjan avulla (Holmberg 2010, 101). Puheeksi ottamisessa sosionomin tulisi käyttää dialogista eli tasavertaista ja vastavuoroista keskustelua ikääntyneen kanssa. Tällöin vuorovaikutuksellisuus korostuu keskustelussa, eikä ole pelkästään vain kysymysten ja vastausten vuoropuhelua, vaan vuoropuhelua kahden ihmisen välillä. Huomiota kiinnitetään erityisesti puheen sijaan hyväksyvään elekieleen ja miellyttävään ympäristöön. (Nykky ym. 2010, 20.) Sosionomin tulisi lisäksi olla johdonmukainen, jotta hän pystyisi asettamaan myös rajoja ja tavoitteita sekä ymmärtämään raitistumisprosessia (Holmberg 2010, 102).

Työmuotoja- ja menetelmiä päihdetyössä on useita, esimerkiksi yksilötyö, perhekeskeinen työ, ryhmätyö, moniammatillinen verkostotyö ja erilaiset terapiat. Kerromme tarkemmin kahdesta hieman erilaisesta menetelmästä: yksilötyömuotona käytetystä mini-interventiosta ja moniammatillisesta verkostotyöstä. Mini-interventiota käytetään yleisimmin terveydenhuollossa, sillä se on sinne kehitetty lyhytneuvontamuoto, mutta se soveltuu käytettäväksi myös muille työntekijöille. Mini-interventio on yksi varhaisen puuttumisen työkaluista päihteidenkäytön suurkulutuksen tunnistamisessa, puheeksi otossa ja hoitamisessa. Mini-intervention tarkoituksena on motivoida ja tukea asiakasta alkoholinkäytön rajoittamisessa, joten sosionomin tehtävä tässä työmuodossa on lähinnä tiedottaa, motivoida muutokseen ja tukea päätöksenteossa. Tarkoituksena ei siis ole radikaali muutosyritys tai alkoholiongelman ja hoidontarpeen määrittäminen, sillä se saattaa vähentää asiakkaan motivaatiota ja sitoutumista. (Levo 2008, 67–69.)

Mini-interventioon kuuluu neljä eri aluetta, jotka ovat riskikäytön tunnistaminen, motivoiva neuvonta, muutoksen suunnittelu sekä muutoksen tuki. Ensimmäisessä vaiheessa, riskikäytön tunnistamisessa, tehdään klinisiä kokeita, kysytään päihteidenkäytöstä sekä kerätään havainnointitietoa. Tunnistamisen jälkeen annetaan tietoa muun muassa suurkulutuksen riskeistä ja haitoista. Toisessa vaiheessa, motivoivassa neuvonnassa, kartoitetaan asiakkaan alkoholinkäyttöä; esimerkiksi sen määrää ja toistuvuutta. Lisäksi asiakasta tuetaan pohtimaan omaa alkoholinkäyttöään mahdollisena päämääränä asiakkaan päätös juomisen vähentämisestä. Muutoksen suunnittelussa, eli kolmannessa osassa taas asiakas määrittää itse omat tavoit-

teensa riippuen siitä, haluaako hän vähentää, lopettaa vai estää käytön lisääntymisen. Viimeisessä osassa, muutoksen tuessa, hyödynnetään sekä läheisten että henkilökunnan tukea sisältäen myös seurantakäyntejä lääkäriellä. Lisäksi tavoitteita arvioidaan ja tarvittaessa tarkennetaan. (Levo 2008, 68–69.)

Moniammatillinen verkostotyö työmenetelmänä taas pyrkii asiakkaan voimaantumiseen ja osallisuuden kokemiseen. Asiakasta kannustetaan ilmaisemaan oma näkökulmansa asioihin ja siitä tiedotetaan myös yhteistyötahoille. Yhteistyötahoja voi olla useita ja yleisimmin ne ovat esimerkiksi terveydenhuolto, kotihoito, seurakunta, sosiaalityö sekä järjestöt. Moniammatillinen verkostotyö mahdollistaa monipuolisen vastaamisen asiakkaan palveluntarpeeseen. Toisaalta yhteistyö vaatii työntekijältä perehtymistä ja tietoa ainakin siitä, millaisia palveluja ikääntyneelle päihdeongelmaiselle on tarjolla ja miten niitä voisi hyödyntää. Näin mahdollistetaan asiakkaalle toimiva asiantuntijatiimi. Kun palvelukartoitus on tehty, kokoontuu moniammatillinen työryhmä määrittelemään asiakkaalle tarpeellisten palvelujen verkon. Tällä tavoin päällekkäinen työ vähenee ja verkosto tiivistyy, mikä taas saattaa parhaassa tapauksessa johtaa jopa asiakkaan palveluntarpeen vähenemiseen. Sosionomin rooli moniammatillisessa verkostossa voi olla esimerkiksi asiakkaan tukena ja mukana oleminen erilaisissa asiointitilanteissa sekä asiakkaan riittävän kohtaamisen ja kuulemisen varmistaminen. (Nykky ym. 2010, 32.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa käymme läpi opinnäytetyömme empiirisiä vaiheita sekä siihen liittyvää tutkimusetiikkaa ja luotettavuutta. Kuvailimme tutkimusprosessia ja siihen sisältyvää tutkimusmenetelmän valintaa, aineiston keräämistä sekä tulosten analysointia. Käsittelemme myös tarkemmin valitsemaamme tutkimusmenetelmää. Käytimme opinnäytetyössämme määrällistä tutkimusta, jossa aineistona käytetään numeerisesti laskettavissa olevaa tietoa, esimerkiksi lomakkeita. Aineiston analysoimisessa käytimme apua SPSS-ohjelmaa. Tutkimustulokset esitetään tekstin ja taulukoiden muodossa. Vastauksien lisäksi olemme poimineet joitain kyselylomakkeissa esille tulleita suoria lainauksia.

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän, joka on yleinen tutkimustapa alallamme. Tämä tutkimustapa korostaa erityisesti syitä ja seurauksia. Keskeistä on muun muassa hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely sekä tarkka otantasuunnitelma. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on muodostaa teoria aineiston pohjalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 135-140.) Alunperin suunnittelimme tekevämme laadullisen tutkimuksen, jonka olisimme toteuttaneet haastattelemalla Ikäkeskuksen työntekijöitä. Yhteistyötaholtamme tuli kuitenkin toive, että hyödyntäisimme Ikäkeskuksen keräämiä 75-vuotiaiden hyvinvointilomakkeita.

Kahden menetelmän ja analyysin hyödyntäminen olisivat tukeneet toisiaan antaen kokonaisvaltaisemman tutkimustuloksen. Määrällisen materiaalin runsauden vuoksi kuitenkin ei olisi ollut tarkoituksenmukaista eikä tulosten kannalta luotettavaa käyttää vain pientä otantaa lomakkeista. Lisäksi haastattelu oltaisiin toteutettu ryhmähaastatteluna, joka olisi tuonut haasteita analyysiin sekä haastatteluryhmän koamiseen. Koimme kahden menetelmän yhdistämisen liian työlääksi, joten päädyimme tekemään puhtaasti määrällisen tutkimuksen laajemmalla otannalla valmiiksi kerätystä materiaalista. Tästä materiaalista saimme lopulta koottua oman aineistomme, johon tutkimuksemme perustimme.

Määrällinen tutkimus siis antaa vastauksia kysymyksiin ”kuinka paljon” ja ”miten usein”. Se antaa siis yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista, meidän opinnäytetyömme tapauksessa siis alkoholin ja esimerkiksi sukupuolen korrelaatiosta. Tämä vaatii siis myös suurta vastaajamäärää, joka meidänkin tapauksessa oli lähes 500. Määrällinen tutkimus on suhteellisen objektiivinen, sillä tutkija ei voi vaikuttaa ohjelmiston tekemään tutkimustulokseen. Toisaalta objektiivisuus voi kärsiä jo aineistoanalyysin alkuvaiheessa, kuten omassa tutkimuksessamme huomasimme; jouduimme välillä päättelemään, mitä vastaaja tarkoitti. Palaamme tähän vielä edempänä pohtiessamme tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta luvussa 5.4. Määrällisen tutkimuksen yhtenä tavoitteena pidetään niin sanotun kausaalisuhteen muodostamista. Kausaalisuhte tarkoittaa syy-seuraussuhdetta, joka esiintyy muuttujien välillä. Opinnäytetyössämme tämä korostuu, sillä taustaoletuksenamme oli löytää ikäihmisten alkoholin käytöstä syitä, jotka selittävät siihen liittyviä seurauksia. (Vilka 2007, 13-18.)

5.2 Aineiston kerääminen

Keräsimme aineiston valmiista materiaalista. Materiaalina käytimme Seinäjoen kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkeskuksen kyselylomakkeita, joihin halukkaat 75-vuotiaat asiakkaat ovat vastanneet hyvinvointikäynnin yhteydessä (Liite 1). Tiedote hyvinvointikäynnistä lähetetään vuosittain jokaiselle 75-vuotta täyttävälle seinäjokiselle ikäihmiselle ja halukkaat saavat siihen osallistua. Materiaali koostuu vuosien 2008-2016 aikana kerätyistä kyselyistä. Näistä vuosista valitsimme aineistoomme parillisina vuosina tehdyt kyselyt. Otanta oli 50 % vuosittaisista kyselyistä satunnaisotannalla. Yhteensä keräsimme aineistoa 482 lomakkeesta. Taustatietojen (lomakkeen kysymykset 2-5, 7) lisäksi keräsimme lomakkeista alkoholin käyttöön liittyvät vastaukset (k35) sekä vastaukset kaatuilusta (k21), lääkärinkäynneistä (k29), sairauksista (k30), lääkityksestä (k31) sekä yksinäisyydestä (k49). Käytimme ainoastaan niitä lomakkeita, joihin asiakas on antanut käyttöluvan tutkimusta varten. Haastetta toi kysymyslomakkeiden useat muutokset vuosien aikana, jotka piti huomioida koko aineistonkeruun ajan.

Aineiston kerääminen alkoi suunnittelupalaverilla yhteistyötahomme Ikäkeskuksen johtajan Mirva Ämmälän kanssa. Hänen kanssaan päädyimme hyödyntämään lomakkeita laajemmin, jolloin myös teimme päätöksen luopua alkuperäisestä suunnitelmasta haastatella Ikäkeskuksen työntekijöitä. Ensin teimme suunnitelman siitä, millaisesta materiaalista aineistomme keräämme. Päädyimme materiaalin laajuuden vuoksi hyödyntämään parillisten vuosien lomakkeita, joita siis säilytetään Ikäkeskuksessa paperisina versioina. Laadimme myös tarkan tutkimussuunnitelman, jonka laitoimme tutkimuslupahakemuksen liitteeksi. Kun tutkimuslupa myönnettiin (Liite 2), saimme oman työtilan, jossa lomakkeet olivat arkistoituna syntymävuoden ja asuinalueen mukaan.

Aineistonkeruu alkoi parillisten vuosien lomakkeiden keräämisellä, joista edelleen keräsimme joka toisen lomakkeen. Satunnaisotannon jälkeen kävimme läpi jokaisen lomakkeen niin, että tarkistimme tutkimusta varten annetun käyttöluvan olemassa olon. Tähän tapaan päädyimme siksi, koska kyselyiden käyttöluvia pidetään lukitussa tilassa tunnistetietojen vuoksi; niitä ei voi siis pitää lomakkeiden kanssa samassa paikassa. Lopuksi kirjasimme käsin ylös lomakkeiden numeeriset vastaukset sekä muutamia suoria lainauksia niin, että toinen luetteli ja toinen kirjasi. Aikaa aineiston keräämiseen kului kaksi työpäivää, sillä jouduimme keräämään aineiston Ikäkeskuksen tiloissa salassapitosäännösten vuoksi.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusmateriaalin analyysimenetelmäksi valitsimme teemoittelun, sillä se tuo tutkimuksessamme parhaiten vastauksen kysymyksiimme. Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 173) mukaan teemoittelun avulla analyysissä etsitään sellaisia vastauksia, jotka toistuvat aineistossa. Toisaalta he mainitsevat myös, että esille tuodut teemat pohjautuvat kuitenkin tutkijan tulkintoihin; siis valintoihin siitä, mitä teemoja aineistosta hän haluaa nostaa esiin. Aineiston analysoimisessa käytimme myös apuna SPSS-ohjelmaa. Ohjelmaa käytetään määrällisten tilastojen rakentamisessa muun muassa erilaisten taulukoiden avulla (IBM [Viitattu 31.3.2017]). Omassa aineistoanalyysissämme hyödynsimme ohjelman frekvenssi- ja ristiintaulukoita, joista näkyvät muuttujien korrelaatiot.

Ristiintaulukointi on usein käytetty menetelmä analysoitaessa määrällistä aineistoa. Sen käytettävyys perustuu yksinkertaisuuteen ja helppokäyttöisyyteen sekä tehokkuuteen: yksinkertaisimmistakin ristiintaulukoista saa monipuolista tietoa muuttujista. Tuloksia ja muuttujien frekvenssijakaumia voi havainnollistaa myös erilaisilla diagrammeilla; opinnäytetyössämme hyödynsimme pylväsmuotoista diagrammia. Frekvenssijakaumalla tarkoitetaan sitä, kuinka monta tapausta kuhunkin muuttujaluokkaan tulee. (Tähtinen & Isoaho 2001, 41-67.)

Frekvenssitaulukoiden avulla saimme koottua taustatiedot vastaajista. Ristiintaulukoiden avulla saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Ristiintaulukoissa risteytimme alkoholikysymyksen muiden kysymysten kanssa, jolloin pääsimme tarkastelemaan mahdollisia yhteyksiä. Frekvenssitaulukoissa saimme selville myös mahdolliset vastausten puuttumiset, joita olikin jonkun verran. Tästä syystä päädyimme käyttämään tutkimuksessamme validiprosenttia, joka on mielestämme tarkempi, koska se kuvaa vastanneiden kesken saatua prosenttilukumäärää eikä ota huomioon tyhjiä vastauksia. Prosenttilukuja tarkastaessa on otettava huomioon, että vastaukset ovat jakautuneet epätasaisesti; alkoholin käytön eri kategorioissa määrä vaihtelee 195:stä viiteen vastaajaan.

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Etiikka etenkin sosiaalialan tutkimuksissa on tärkeää. Jokaisessa tutkimuksessa tuleekin noudattaa tiettyjä periaatteita, jotka on laadittu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) toimesta. Sosiaalialan tutkimuksia koskevat eettiset periaatteet on TENK (2012-2014) jakanut kolmeen ryhmään, joita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Näitä periaatteita myös me noudatimme opinnäytetyömme tutkimusta tehdessämme. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden turvasimme valitsemalla tutkimusmateriaalista aineistoomme vain ne lomakkeet, joihin asiakas on antanut tutkimusluvan.

Vahingoittamisen välttämisen periaate käsittää henkisten, taloudellisten sekä sosiaalisten haittojen välttämisen. Käytännössä tämä tarkoittaa tutkittavia arvostavaa ja kunnioittavaa kohtelua myös kirjallisessa raportoinnissa. Vaikka tutkijan tulee

välttää tutkimusraportista mahdollisesti aiheutuvaa vahinkoa tutkittavalle, ei tämä periaate kuitenkaan saa estää tulosten julkaisemista esimerkiksi siinä tapauksessa, jos ne eivät ole tutkittavalle mieluisia. Yksityisyyden ja tietosuojan eettisen periaatteen lähtökohtana taas on tasapainottaa toisaalta tutkittavan ja tutkijan välinen luottamus, mutta myös tieteen avoimuus. Esimerkiksi tutkimusaineistot tulee suojata ulkopuolisilta ja säilyttää luottamuksellisesti, jotta tutkittavien yksityisyydensuoja säilyisi. Mikäli tutkittavan tunnistetietoja ei tarvita, ei niitä myöskään kerätä. Näitä tietoja ei myöskään raportissa saa tuoda esiin, vaan ne tulee muuttaa. Aineistot taas hävitetään asianmukaisesti, mikäli niitä ei tarvita jatkotutkimuksia ajatellen. (TENK 2012-2014.)

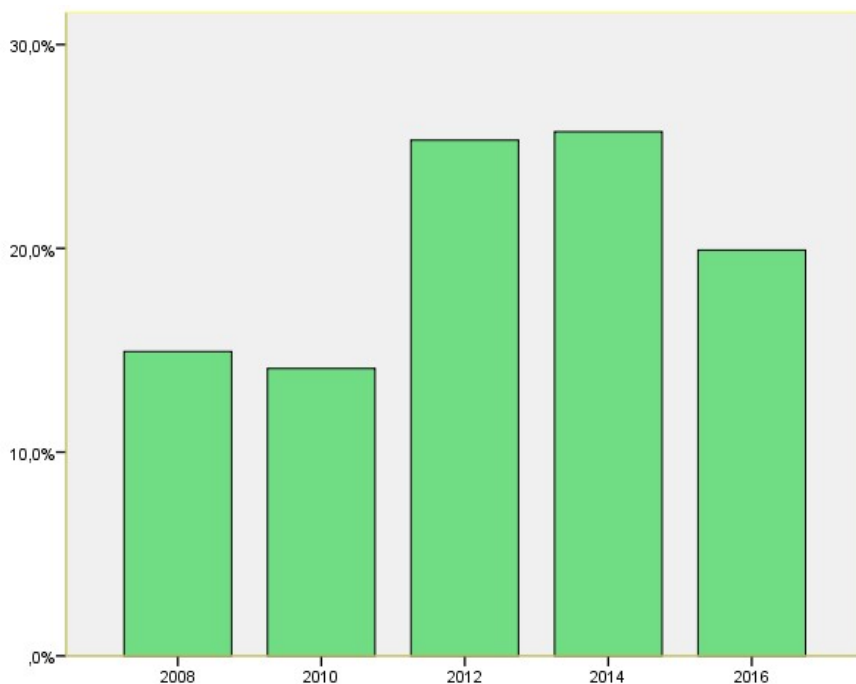
Tutkimuksessamme tuli esiin monta haastetta reliabiliteetin eli luotettavuuden säilyttämiseksi. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuuden lisäksi sen toistettavuutta (Hiltunen 2009). Vaikka määrällisen aineiston analysointi sinänsä on objektiivista SPSS-ohjelman vuoksi, on aineistonkeruussa ja analyysin alkuvaiheessa saattanut olla epäkohtia ja virheitä. Jotkin vastaukset olivat esimerkiksi hyvin tulkinnanvaraisia; osa vastaajista oli esimerkiksi valinnut useamman vaihtoehdon. Lisäksi lomakkeiden ulkoasu ja sisältö olivat muuttuneet muutaman kerran vuosien varrella, ja jouduimme luokittelemaan vastaukset omiin vastausvaihtoehtoihimme säilyttääksemme tulosten luotettavuuden. Kirjoitimme käsin vastaukset ja siitä siirsimme ne SPSS-ohjelmaan, jolloin virhemahdollisuus myös kasvoi muun muassa näppäilyvirheiden vuoksi. Hyvin tulkinnanvaraiseksi myös jäi se, onko vastaaja ollut rehellinen tai se, onko hän itse tulkinnut alkoholin käyttönsä toisella tavalla kuin esimerkiksi haastattelija. Lisäksi tuloksiin saattaa vaikuttaa kyselyn vapaaehtoisuus: välttämättä ne, jotka eniten alkoholia käyttävät, eivät ole halunneet ottaa hyvinvointikäyntiä vastaan tai täyttää lomaketta. Nämä seikat saattavat siis vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin.

Validiteetti tutkimuksessa taas kertoo siitä, miten hyvin valittu tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä sen pitääkin mitata (Hiltunen 2009). Opinnäytetyössämme käytetyn määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saamme vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja pystymme selvittämään mahdollisia syy-seuraussuhteita alkoholin käytön ja muiden tekijöiden välillä. Haastetta validiteetin säilyttämiseksi toi kuitenkin vas-

tausten epätasainen jakautuminen, vaikka käytimme tuloksissa aina validia prosenttilukua. Tämä hankaloittaa myös tulosten yleistettävyyttä, vaikka kokonaistilanne olikin suuri. Varsinkin koulutustaustoissa oli suuri hajonta, joten pyrimme saamaan niiden kohdalla tuloksia yleistettävämmäksi yhdistämällä yliopisto- ja ammattikorkeakoulutaustaiset vastaukset korkeasti koulutettujen tasoon sekä ammattikoulu ja –kurssitaustaiset matalasti koulutettujen tasoon. Tämän lisäksi kolmantena tasona oli erikseen kouluttamattomat vastaajat.

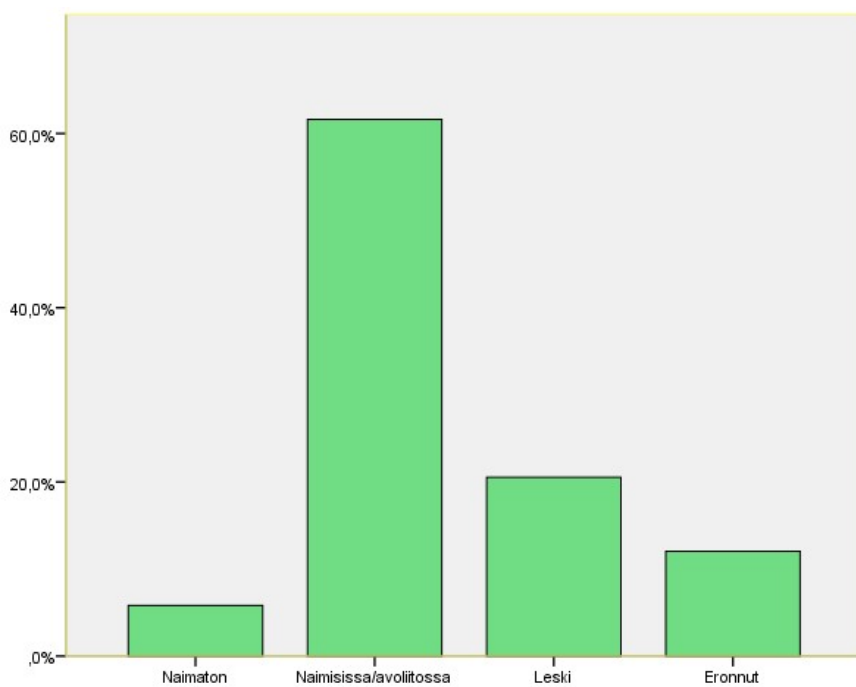
6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esittelemme tutkimuksesta saatuja tuloksia. Tulokset on teemoiteltu ristiintaulukoiksi, joissa alkoholinkulutus korreloi kyselyvuoden, sukupuolen, asuinalueen, siviilisäädyn, jälkeläisten, koulutuksen, vastaanottokäyntien, lääkityksen, sairauksien, kaatumisten ja yksinäisyyden kanssa omina taulukoinaan. Tulokset koskimme yhteensä 482 lomakkeesta. Eniten lomakkeita oli vuodelta 2014 ja vähiten lomakkeita oli taas vuodelta 2010 (Kuvio 1).



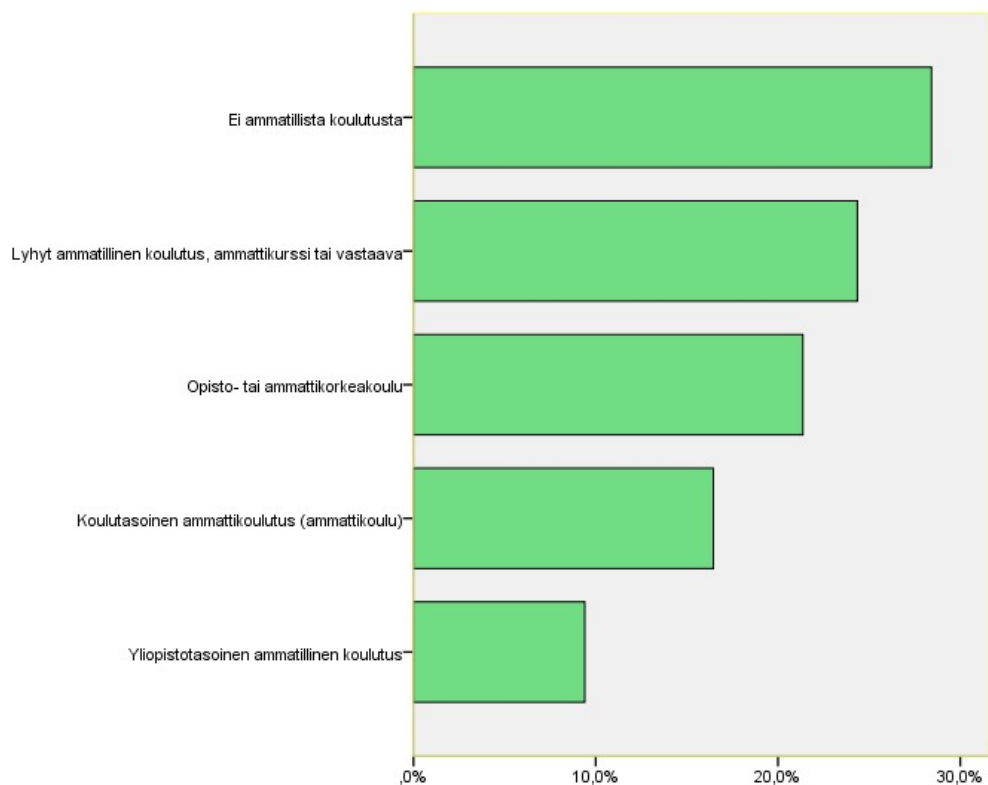
Kuvio 1. Lomakkeiden määrä haastatteluvuosittain.

Sukupuolijakauma oli 59,5% naisia ja 40,5% miehiä. Suurin osa vastanneista oli naimisissa olevia. Leskiä oli 20,5%, eronneita 12% ja naimattomia 5,8% (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastanneiden siviilisäättiläisyys.

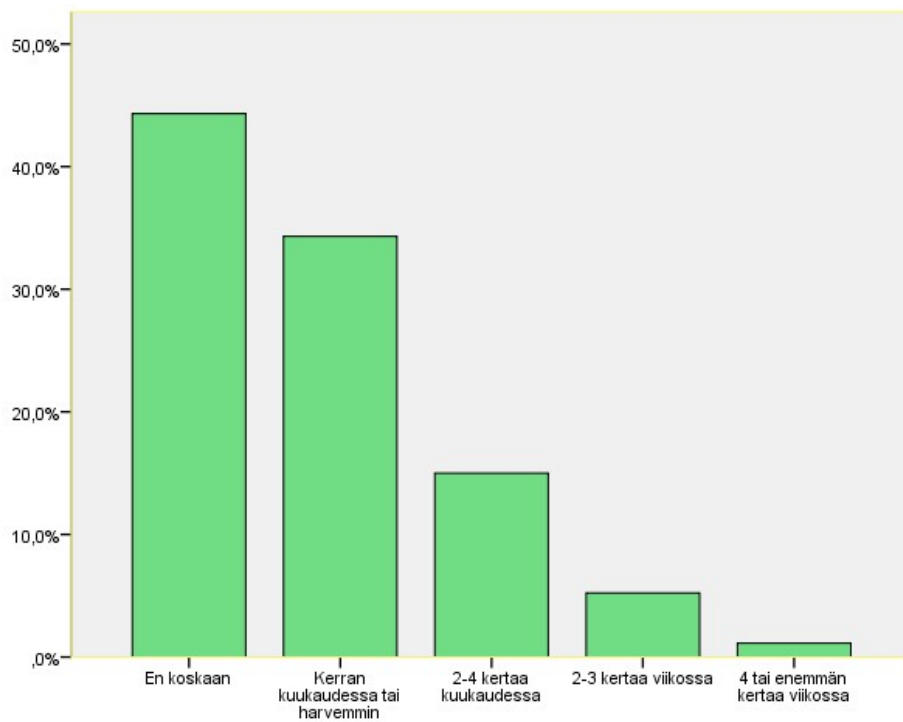
Myös lapsia oli suurimmalla osalla vastaajista (87,7%). Yli 60% vastaajista asuivat puolison kanssa, osa (2,3%) jonkun toisen henkilön kanssa ja loput olivat yksinasuvia. Ne henkilöt, jotka asuivat jonkun muun kuin puolison kanssa, asuivat yleensä jonkin muun perheenjäsenen kanssa. Koulutustaustat vastaajilla olivat lyhyt ammatillinen koulutus (24,4%), opisto- tai ammattikorkeakoulun tasoinen koulutus (21,4%), koulutasoinen ammattikoulutus (16,5%) sekä yliopistotasoinen koulutus (9,4%). Suurin osa vastanneista (28,4%) kuitenkin ei ollut käynyt minkäänlaista ammatillista koulutusta (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastanneiden koulutustausta.

Lähes kaikilla vastaajilla oli jokin sairaus tai vamma (89,3%). Lähestulkoon saman verran oli niitä, joilla oli käytössään jokin säännöllinen lääkitys. Lääkärin tai hoitajan vastaanotolla viimeisen vuoden aikana oli käynyt kuitenkin vain noin puolet vastaajista (52,1%). Kuukauden sisällä käyntejä oli ollut 38,8%:lla vastaajista. Alkoholien käytöstä kysyttäessä 42 oli jättänyt vastaamatta, mutta vastanneista suurin osa (44,3%) kertoivat, etteivät käyttäneet ollenkaan alkoholijuomia. Alkoholijuomilla tarkoitettiin tässä kyselyssä olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia. Noin kolmasosa kertoi kuitenkin nauttivansa alkoholia kerran kuukaudessa tai harvemmin.

15% nautti alkoholijuomia 2-4 kertaa kuukaudessa, reilu 5% 2-3 kertaa viikossa ja reilu 1% käytti alkoholia neljä kertaa viikossa tai useammin (Kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaajien alkoholin kulutus.

Myös yksinäisyydestä kysyttäessä moni jätti vastaamatta (17%). Vastanneista kuitenkin enemmistö (82,5%) eivät tunteneet itseään yksinäiseksi, toisaalta 17,5% tunsi yksinäisyyttä enemmän tai vähemmän. Useassa vastauksessa yksinäiset jaksot keskittyivät esimerkiksi talviaikaan.

6.1 Alkoholin käyttö suhteessa kyselyvuoteen

Vuosittainen kehitys 75-vuotiaiden alkoholin käytössä vuosien 2008-2016 aikana on ollut noususuuntainen. Vuonna 2008 raittiita vastaajia oli 53,5% kun taas vastaava luku vuonna 2016 oli 39%. Vasta vuodesta 2012 eteenpäin vastaajien joukossa on ollut myös niitä, jotka käyttävät alkoholia useamman kerran viikossa. Merkittävää on, että vuonna 2014 raittiiden määrä (48,1%) nousi lähestulkoon samalle tasolle, kuin mitä se oli vuonna 2008. Pääsääntöisesti kuitenkin vuoden 75-vuotiaat käyttävät alkoholia lievästi enenevässä määrin, joskin vähänlaisesti; esimerkiksi vuonna 2008 enintään kerran kuukaudessa juovien määrä oli 35,2% kun taas vastaava luku vuonna 2016 oli 39%. Muutamia tällaisia kohtuukäyttäjien vastauksia tuli lomakkeista ilmi:

En enää juuri käytä ollenkaan.

Ei ongelmaa.

Harvoin enää.

Silloin tällöin.

Kyllä jää vähiin, Tangomarkkinoilla.

Toisaalta määrän kasvua on nähtävissä myös niiden keskuudessa, jotka juovat vähintään neljä kertaa viikossa; vuonna 2012 määrä oli 0,9%, vuonna 2014 taas 1,9% ja vuonna 2016 määrä oli noussut 2,4%:iin. Runsas alkoholin käyttö ilmeni muun muassa seuraavista kommentteista:

Kaksi pulloa kirkasta per kuukausi. (haastattelijan mielipide)

Silloin kun mua huvittaa.

En pidä tilastoa.

Alkoholi vie ruokahalun.

Kehitystä havainnollistaa seuraava ristiintaulukko (Taulukko 2).

Taulukko 2. Alkoholin käyttö suhteessa kyselyvuoteen

		Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?					Yhteensä	
		En kos- kaan	Kerran kuukau- dessa tai harvem- min	2-4 kertaa kuukaudessa	2-3 kertaa viikossa	4 tai enem- män kertaa viikossa		
Kysely- vuosi	2008	Lkm	38	25	8	0	0	71
		%	53,5%	35,2%	11,3%	0,0%	0,0%	100,0%
2010		Lkm	28	26	8	5	0	67
		%	41,8%	38,8%	11,9%	7,5%	0,0%	100,0%
2012		Lkm	47	39	23	6	1	116
		%	40,5%	33,6%	19,8%	5,2%	0,9%	100,0%
2014		Lkm	50	29	16	7	2	104
		%	48,1%	27,9%	15,4%	6,7%	1,9%	100,0%
2016		Lkm	32	32	11	5	2	82
		%	39,0%	39,0%	13,4%	6,1%	2,4%	100,0%
Yhteensä		Lkm	195	151	66	23	5	440
		%	44,3%	34,3%	15,0%	5,2%	1,1%	100,0%

6.2 Alkoholin käyttö suhteessa sukupuoleen

Raittiiden vastaajien keskuudessa naisia oli 56,4% ja miehiä 27,5%. Kerran kuukaudessa tai harvemmin juovia naisia oli 31,9% ja miehiä 37,9%. Kahdesta neljään kertaa kuukaudessa juovien naisten määrä oli 7,8% ja miesten 24,7%. Kahdesta kolmeen kertaa viikossa juovien naisten määrä oli 3,1% ja miesten 8,2%. Neljästi tai useammin viikossa juovien naisten määrä oli 0,8% ja miesten 1,6%. Jokaisessa alkoholista käyttävien luokassa siis miesten määrä on huomattavasti naisia suurempi. Näin ollen raittiiden keskuudessa miesten määrä on vastaavasti huomattavasti pienempi, kuin naisten (Taulukko 3).

Taulukko 3. Alkoholin käyttö suhteessa sukupuoleen

		Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?					Yhteensä	
		En koskaan	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	2-4 kertaa kuukaudessa	2-3 kertaa viikossa	4 tai enemmän kertaa viikossa		
Sukupuoli	Nainen	Lkm	145	82	20	8	2	257
		%	56,4%	31,9%	7,8%	3,1%	0,8%	100,0%
	Mies	Lkm	50	69	45	15	3	182
		%	27,5%	37,9%	24,7%	8,2%	1,6%	100,0%
Yhteensä		Lkm	195	151	65	23	5	439
		%	44,4%	34,4%	14,8%	5,2%	1,1%	100,0%

6.3 Alkoholin käyttö suhteessa siviilisäättyyn

Naimattomista vastaajista 56% ovat raittiita, eikä yksikään tästä ryhmästä juo runsaasti. Suurin osa (39,6%) naimisissa tai avoliitossa olevistakin on raittiita, tosin 33% samasta ryhmästä vastanneista juo enintään kerran kuukaudessa. Noin viidesosa naimisissa tai avoliitossa olevista juo enintään viikoittain, mutta useamman kerran viikossa juovia on kuitenkin yhteensä 8% koko ryhmästä. Leskistä taas runsaasti juovia on 5,5%, vaikka tästä ryhmästä prosentuaalisesti eniten juodaan useamman kerran viikossa. Toisaalta vastausten määrä on pieni. Yli puolet leskistä on raittiita ja noin kolmasosa juo enintään kerran kuukaudessa. Eronneista taas raittiita on 44,2% ja enintään kerran kuukaudessa juovia 46,2%. Tässä ryhmässä on vähiten

runsaasti juovia, yhteensä vain 1,9%. Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa eronneista juo 7,7%. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Alkoholin käyttö suhteessa siviilisäätyn

			Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?					
			En koskaan	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	2-4 kertaa kuukaudessa	2-3 kertaa viikossa	4 tai enemmän kertaa viikossa	Yhteensä
Siviilisäätyn	Naimaton	Lkm	14	9	2	0	0	25
		%	56,0%	36,0%	8,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Naimisissa/avoliitossa	Lkm	108	90	53	20	2	273
		%	39,6%	33,0%	19,4%	7,3%	0,7%	100,0%
	Leski	Lkm	50	28	7	3	2	90
		%	55,6%	31,1%	7,8%	3,3%	2,2%	100,0%
	Eronnut	Lkm	23	24	4	0	1	52
		%	44,2%	46,2%	7,7%	0,0%	1,9%	100,0%
Yhteensä		Lkm	195	151	66	23	5	440
		%	44,3%	34,3%	15,0%	5,2%	1,1%	100,0%
		%						

6.4 Alkoholin käyttö suhteessa siihen kenen kanssa asuu

Raittiista olevista vastaajista alle puolet (42,3%) asuvat yksin, loput joko puolison tai jonkun muun kanssa. Niistä, jotka juovat enintään kerran kuukaudessa, reilu kolmasosa asuu yksin ja peräti 60,3% puolison kanssa. Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa juovista lähestulkoon 80% asuu puolison kanssa, loput yksin. Muutaman kerran viikossa juovista 87% asuu puolison kanssa, mutta useamman kerran viikossa juovista puolison kanssa asuu vain 40%. Taulukosta näkyy, että juominen ei

tässä tapauksessa ole yhteydessä ainakaan yksinasumiseen. Muun muassa seuraavat kommentit kertovat siitä, että alkoholin käytön syyt liittyvät muuhun kuin siihen, kenen kanssa asuu:

Toisinaan pari paukkua iltasella.

Konjakkia jos viluttaa.

Silloin tällöin mietoja, esim. ruoan kanssa.

Joskus jos on tarjolla.

Toisaalta ne, jotka voivat eniten, ovat yksinasuvia. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Alkoholin käyttö suhteessa siihen, kenen kanssa asuu

			Kenen kanssa asutte?			Yhteensä
			Yksin	Puolison kanssa	Jonkun muun kanssa	
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	82	105	7	194
		%	42,3%	54,1%	3,6%	100,0%
Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	56	91	4	151	
	%	37,1%	60,3%	2,6%	100,0%	
2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	14	52	0	66	
	%	21,2%	78,8%	0,0%	100,0%	
2-3 kertaa viikossa	Lkm	3	20	0	23	
	%	13,0%	87,0%	0,0%	100,0%	
4 tai enemmän kertaa viikossa	Lkm	3	2	0	5	
	%	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%	
Yhteensä	Lkm	158	270	11	439	
	%	36,0%	61,5%	2,5%	100,0%	

6.5 Alkoholin käyttö suhteessa jälkikasvuun

Kaikilla runsaammin eli vähintään kaksi kertaa viikossa alkoholia nauttivilla oli lapsia. Myös harvemmin juovilla oli suurimmalla osalla lapsia: kerran kuukaudessa tai

harvemmin juovista vain 16,7%:lla ei ollut lapsia, vastaava luku 2-4 kertaa kuukaudessa alkoholia nauttivilla on 9,1%. Raittista vastaajista myös suurimmalla osalla (87,7%) oli lapsia. Kategoriasta riippumatta suurimmalla osalla oli lapsia (Taulukko 6).

Taulukko 6. Alkoholin käyttö suhteessa jälkikasvuun

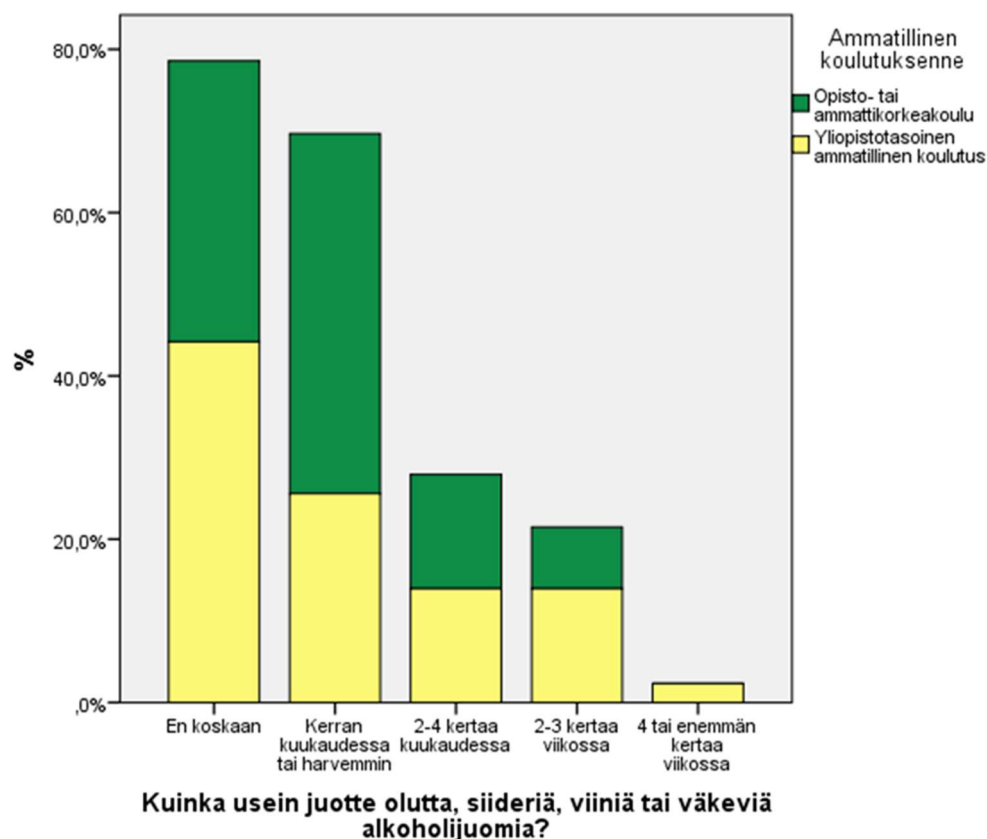
		Onko teillä lapsia?		Yhteensä	
		Kyllä	Ei		
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	171	24	195
		%	87,7%	12,3%	100,0%
	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	125	25	150
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	60	6	66
		%	90,9%	9,1%	100,0%
	2-3 kertaa viikossa	Lkm	23	0	23
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	4 tai enemmän kertaa viikossa	Lkm	5	0	5
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Yhteensä		Lkm	384	55	439
		%	87,5%	12,5%	100,0%

6.6 Alkoholin käyttö suhteessa ammatilliseen koulutukseen

Seuraavassa osiossa tarkastelemme tarkemmin alkoholin käyttöä ja koulutustaustaa. Koulutustaustat on jaettu kouluttamattomiin sekä korkeasti koulutettuihin vastaajiin, joilla oli yliopisto- tai ammattikorkeakoulutausta ja matalasti koulutettuihin vastaajiin, joilla oli ammattikoulu- tai kurssitausta. Kaikki eivät vastanneet kysymyseen koulutustaustasta. Yhteensä vastaajia oli 468, joista korkeasti koulutettuja oli 144, matalasti koulutettuja 191 ja kouluttamattomia 133.

6.6.1 Alkoholin käyttö korkeasti koulutetuilla

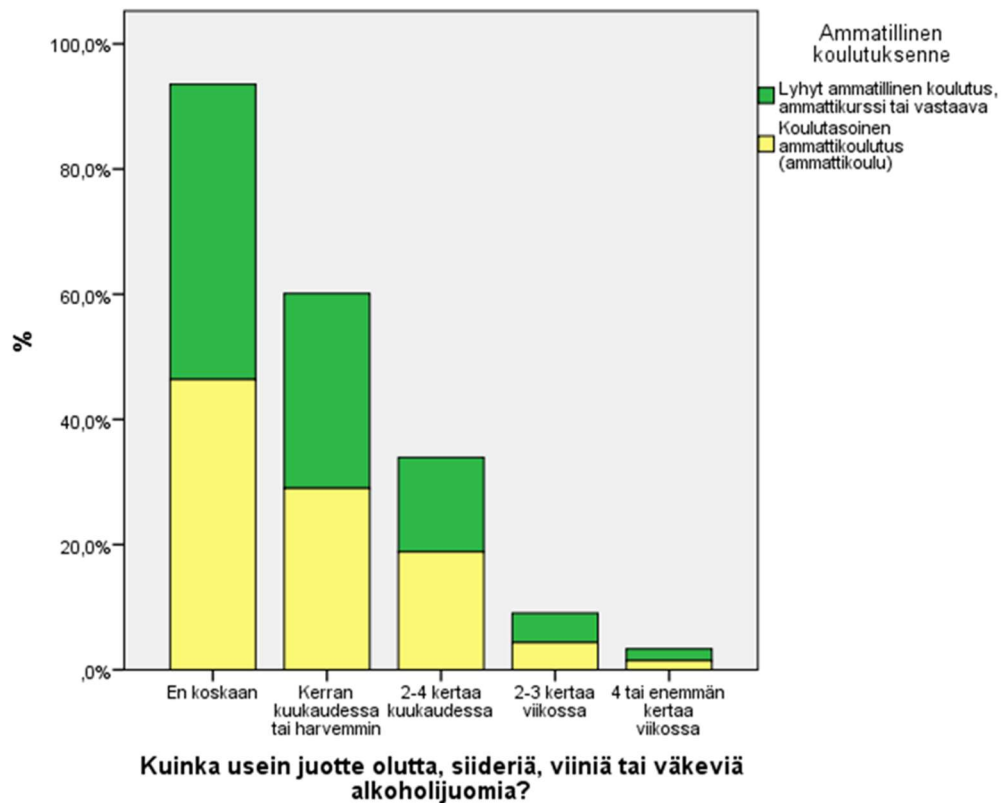
Korkeasti koulutetuilla vastaajilla oli joko yliopisto- tai ammattikorkeakoulutausta. Yliopistotaustaisia vastaajia oli lukumäärältään 44. Heistä suurin osa (40%) kertoi, ettei nauti alkoholia koskaan, 25,6% nauttii alkoholijuomia kerran kuukaudessa tai harvemmin. Saman verran (14%) vastaajista kertoivat nauttivansa alkoholijuomia kahdesta neljään kertaan kuukaudessa ja kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Vähiten (2,3%) yliopistotaustaisista vastaajista nauttivat alkoholijuomia neljä tai enemmän kertaa viikossa. Opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon omaavia vastaajia oli 100. Heistä suurin osa (44,1%) kertoi nauttineensa alkoholia kerran kuukaudessa tai harvemmin. Kuukaudessa kahdesta neljään kertaan alkoholijuomia nauttivat 14% sekä kahdesta kolmeen kertaan viikossa alkoholia käyttivät 7,5%. Raittiita oli 34,4% vastaajista. Yhtään opisto- tai ammattikorkeakoulutaustaista ei kertonut nauttivansa alkoholia neljä tai enemmän kertaa viikossa (Kuvio 5).



Kuvio 5. Alkoholin käyttö korkeasti koulutetuilla

6.6.2 Alkoholin käyttö matalasti koulutetuilla

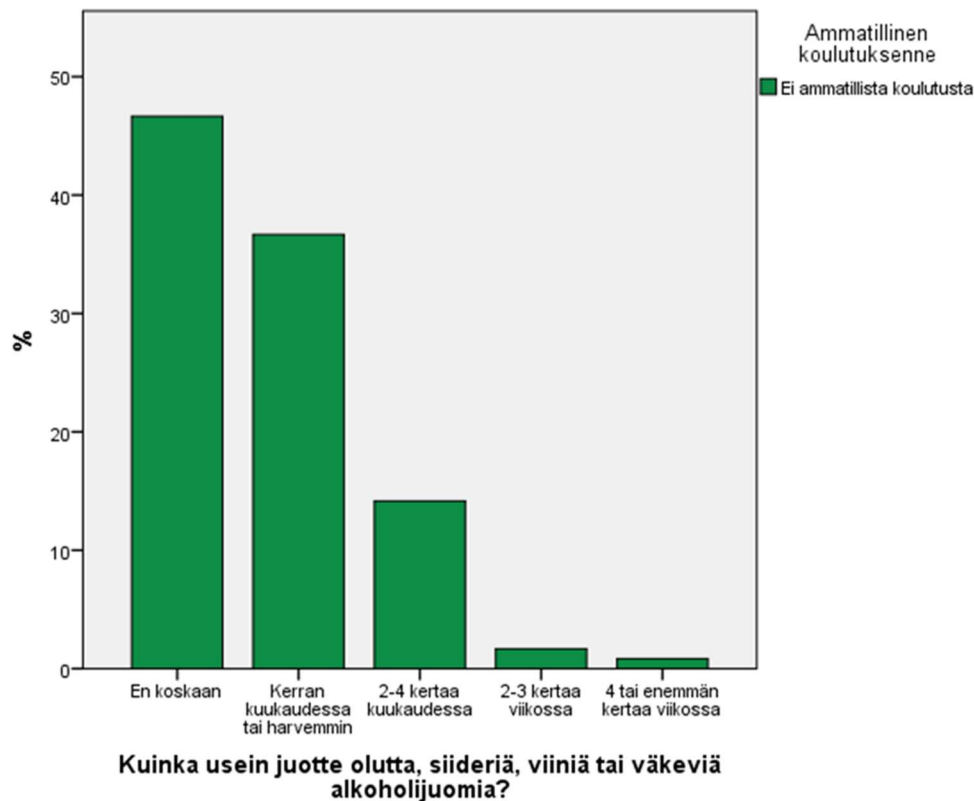
Matalasti koulutetuilla vastaajilla oli taustalla joko ammattikoulututkinto tai lyhyt ammatillinen tutkinto, esimerkiksi ammattikurssi. Ammattikoulun käyneitä vastaajia oli 77. Heistä suurin osa (46,4%) kertoi, ettei käytä alkoholia koskaan. Vastaajista alkoholia nauttivat kerran kuukaudessa tai harvemmin 29%, kuukaudessa kahdesta neljään kertaan 18,8%, viikossa kahdesta kolmeen kertaan 4,3% sekä neljä tai enemmän kertaa viikossa 1,4%. Ammattikurssin tai vastaavan käyneitä oli 114. Lyhyen ammatillisen koulutuksen käyneistä suurin osa (47,2%) kertoi, ettei käytä alkoholia koskaan. Vastaajista alkoholia nauttivat kerran kuukaudessa tai harvemmin 31,1%, kuukaudessa kahdesta neljään kertaan 15,1%, viikossa kahdesta kolmeen kertaan 4,7% sekä neljä tai enemmän kertaa viikossa 1,9% (Kuvio 6).



Kuvio 6. Alkoholin käyttö matalasti koulutetuilla

6.6.3 Alkoholin käyttö kouluttautumattomilla

Kouluttamattomia vastaajia oli 133. Kouluttamattomien vastaajien keskuudessa on havaittavissa samanlainen suhde kuin kahdessa aiemmassakin koulutustasossa. Tällöin suurin osa (46,7%) kertoi, ettei käytä alkoholia koskaan. Vastaajista alkoholia nauttivat kerran kuukaudessa tai harvemmin 36,7%, kuukaudessa kahdesta neljään kertaan 14,2%, viikossa kahdesta kolmeen kertaan 1,7% sekä neljä tai enemmän kertaa viikossa 0,8% (Kuvio 7).



Kuvio 7. Alkoholin käyttö kouluttautumattomilla

6.7 Alkoholin käyttö suhteessa lääkärin määräämään säännölliseen lääkitykseen

Suurimmalla osalla vastaajista oli käytössä lääkärin määräämä säännöllinen lääkitys. Prosentuaalisesti eniten (89,2%) säännöllistä lääkitystä käyttivät vastaajat, jotka kertoivat, etteivät käytä alkoholia koskaan. Vähiten (73,9%) lääkärin määräämää

lääkitystä oli kahdesta kolmeen kertaan viikossa alkoholijuomia nauttivilla vastajilla. Kaikkien muiden kategorioiden kohdalla prosenttiluku oli vähintään 80. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Alkoholien käyttö suhteessa lääkitukseen

		Onko teillä lääkärin määräämä säännöllinen lääkitys?		Yhteensä	
		Ei	Kyllä		
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	21	174	195
		%	10,8%	89,2%	100,0%
Kerran kuukaudessa tai harvemmin		Lkm	18	133	151
		%	11,9%	88,1%	100,0%
2-4 kertaa kuukaudessa		Lkm	8	58	66
		%	12,1%	87,9%	100,0%
2-3 kertaa viikossa		Lkm	6	17	23
		%	26,1%	73,9%	100,0%
4 tai enemmän kertaa viikossa		Lkm	1	4	5
		%	20,0%	80,0%	100,0%
Yhteensä		Lkm	54	386	440
		%	12,3%	87,7%	100,0%

6.8 Alkoholin käyttö suhteessa pysyviin sairauksiin ja/tai vammoihin

Kaikkien alkoholinkäytön kategorioiden kohdalla oli vähintään 87%:lla vastaajista pysyviä sairauksia ja/tai vammoja (Taulukko 8). Pysyviksi sairauksiksi oltiin useamman kerran mainittu muun muassa Alzheimerin tauti, aivoinfarktit, univaikeudet, eturauhasvaivat, kilpirauhasvaivat, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, osteoporoosi, reuma ja astma. Myös muutama mielenterveydellinen häiriö tuli vastaan.

Taulukko 8. Alkoholin käyttö suhteessa sairauksiin/vammoihin

		Onko teillä pysyviä sairauksia ja/tai vammoja?		Yhteensä	
		Ei	Kyllä		
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	21	173	194
		%	10,8%	89,2%	100,0%
	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	15	135	150
		%	10,0%	90,0%	100,0%
	2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	8	56	64
		%	12,5%	87,5%	100,0%
	2-3 kertaa viikossa	Lkm	3	20	23
		%	13,0%	87,0%	100,0%
	4 tai enemmän kertaa viikossa	Lkm	0	5	5
		%	0,0%	100,0%	100,0%
Yhteensä		Lkm	47	389	436
		%	10,8%	89,2%	100,0%

6.9 Alkoholin käyttö suhteessa käynteihin lääkärin tai hoitajan vastaanotolla

Yli puolet (51,8%) raittiista vastaajista olivat käyneet viimeksi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla vuoden sisällä, 38,3% kuukauden sisällä ja 9,8% yli vuosi sitten. Kerran kuukaudessa tai harvemmin alkoholia nauttivista vastaajista 50,7% kävivät vuoden sisällä, 40,7% kuukauden sisällä ja 8,7% yli vuosi sitten viimeksi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla. Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa alkoholia käyttävistä myös yli puolet (52,3%) olivat käyneet vuoden sisällä viimeksi lääkärin tai hoitajan

vastaanotolla, 41,5% kuukauden sisällä ja 6,2% yli vuosi sitten. Runsaammin alkoholia nauttivien keskuudessa on havaittavissa samanlainen suhde kuin aiemmissakin. Kahdesta kolmeen kertaa viikossa nauttivista 60,90% olivat käyneet viimeksi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla vuoden sisällä, 34,8% kuukauden sisällä ja 4,3% yli vuosi sitten. Neljä tai enemmän kertaa viikossa alkoholia käyttäneistä 60% olivat käyneet vuoden sisällä viimeksi lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, 40% kuukauden sisällä ja yli vuosi sitten ei ollut käynyt kukaan (Taulukko 9). Muutamissa lomakkeissa oli merkintä, että vastaanottokäyntien syynä oli joidenkin vastaajien kohdalla ajokorttitarkastus.

Taulukko 9. Alkoholin käyttö suhteessa vastaanottokäynteihin

		Milloin viimeksi olette käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla?			Yhteensä	
		Kuukauden sisällä	Vuoden sisällä	Yli vuosi sitten		
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	74	100	19	193
		%	38,3%	51,8%	9,8%	100,0%
	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	61	76	13	150
		%	40,7%	50,7%	8,7%	100,0%
	2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	27	34	4	65
		%	41,5%	52,3%	6,2%	100,0%
	2-3 kertaa viikossa	Lkm	8	14	1	23
		%	34,8%	60,9%	4,3%	100,0%
	4 tai enemmän kertaa viikossa	Lkm	2	3	0	5
		%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
	Yhteensä	Lkm	172	227	37	436
		%	39,4%	52,1%	8,5%	100,0%

6.10 Alkoholin käyttö suhteessa kaatumiseen

Suurin osa vastanneista eivät olleet kaatuneet viimeisen vuoden aikana. Kaikkien alkoholinkäytön kategorioiden kohdalla oli vastaajista enintään 32,3% viimeisen vuoden aikana kaatuneita (Taulukko 10). Kaatumisten syitä kysyttiin vastaajilta, ja muun muassa seuraava kommentti tuli lomakkeissa vastaan:

Uudet lenkkarit, kädet täynnä roskapusseja, en saanut tukea kaiteesta, liian kiire.

Taulukko 10. Alkoholin käyttö suhteessa kaatumisiin

			Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana?		Yhteensä
			En	Kyllä	
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	149	44	193
		%	77,2%	22,8%	100,0%
	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	119	32	151
		%	78,8%	21,2%	100,0%
	2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	44	21	65
		%	67,7%	32,3%	100,0%
	2-3 kertaa viikossa	Lkm	20	3	23
		%	87,0%	13,0%	100,0%
	4 tai enemmän kertaa viikossa	Lkm	4	1	5
		%	80,0%	20,0%	100,0%
	Yhteensä	Lkm	336	101	437
		%	76,9%	23,1%	100,0%

6.11 Alkoholin käyttö suhteessa yksinäisyyteen

Suurin osa vastaajista (82,4%) ei kokenut itseään yksinäiseksi huolimatta siitä, joiivatko he vai eivät. Merkittävää kuitenkin saattaa olla se, että kukaan useamman kerran viikossa juovista ei tuntenut itseään yksinäiseksi. Toisaalta niistä, jotka tunsivat yksinäisyyttä, noin kaksi viidestä käyttivät alkoholia vähintään kerran kuukaudessa tai harvemmin ja enintään viikoittain. Muutaman kerran viikossa juovista itsensä yksinäiseksi tunsivat 13%. Raittiista vastaajista yksinäiseksi itsensä tunsivat 16,3% (Taulukko 11). Muutamiksi syiksi yksinäisyydelle mainittiin seuraavia asioita:

Jälkipolven kanssa huonot välit.

Seurani ei miellytä.

Suomalaiset vierastavat meidän kielen korostusta eivätkä luota meihin.

Taulukko 11. Alkoholin käyttö suhteessa yksinäisyyteen

			Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?		Yhteensä	
			Kyllä	Ei		
Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?	En koskaan	Lkm	25	128	153	
		%	16,3%	83,7%	100,0%	
	Kerran kuukaudessa tai harvemmin	Lkm	25	100	125	
		%	20,0%	80,0%	100,0%	
	2-4 kertaa kuukaudessa	Lkm	11	46	57	
		%	19,3%	80,7%	100,0%	
	2-3 kertaa viikossa	Lkm	3	20	23	
		%	13,0%	87,0%	100,0%	
	4 tai enemmän kertoja viikossa	Lkm	0	5	5	
		%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Yhteensä		Lkm	64	299	363
			%	17,6%	82,4%	100,0%

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelemme johtopäätökset saaduista tuloksista. Peilaamme niitä teoreettiseen viitekehykseen, aikaisempiin tutkimuksiin ja omiin oletuksiimme. Opin- näytetyömme tutkimusta ohjasi tutkimuskysymyksemme, joihin saimme myös vas- tauksia. Toteutimme tutkimuksemme määrällisenä tutkimuksena käyttäen valmiita lomakeaineistoja. Lomakkeet saimme Ikäihmisten asiakasohjausyksikkö Ikäkes- kuksen tekemistä hyvinvointikyselyistä 75-vuotiaille seinäjokisille ikäihmisille. Tutki- muksemme keskeisimmät tulokset viittasivat ikäihmisten alkoholin käytön lievään nousuun, joskaan ei niin radikaalin piirtein kuin ennako-oletuksemme oli.

Tulosten perusteella ikäihmisten alkoholin käyttö on lisääntynyt, vaikkei kovinkaan jyrkästi. Vastaajista muutama käytti runsaasti alkoholia, jopa siinä määrin, että se vaikutti ruokahaluun. Usein alkoholia käytettäessä elämänhallinta vaikeutuu näkyen muun muassa ongelmina ruokailussa tai hygieniassa (Nykky ym. 2010, 11; Kaski- harju & Kemppainen 2012, 33). Ainoa poikkeus noususuhdanteessa oli vuonna 2014, jolloin juovien ikääntyneiden määrä hetkellisesti laski. Koska aineistomme koostui vain parillisten vuosien vastauksista, emme tiedä oliko muutos havaittavissa jo vuonna 2013 tai vielä vuonna 2015. Vuonna 2014 tuli kuitenkin voimaan uudistu- nut alkoholilaki, joka rajoitti alkoholin mainontaa (L 28.2.2014/152). Liekö tällä ollut vaikutusta määrän jonkinasteiseen laskuun? Nähtäväksi myös jää, millaisilta hyvin- vointikyselyiden vastaukset näyttävät sitten, kun ”märän sukupolven” ikäihmiset täyttävät 75-vuotta; vaikuttaako se kenties tuloksiin jollain tapaa?

Sukupuolierot näkyvät edelleen selvästi alkoholin käytössä. Myös tässä tutkimuk- sessa miehet käyttivät alkoholia huomattavasti naisia enemmän. Kommentit liittyen alkoholin käyttöön vaihtelivat ”muutamasta viinaryypystä” kymmeneen kerta-annok- seen. Toisaalta vastaajien oma näkemys saattaa erota hyvinkin paljon haastattelijan näkemyksestä alkoholin käytön suhteen. Sukupuolierot alkoholin käytössä ovat nähtävissä myös THL:n tutkimuksessa (2015, 126-127), jonka mukaan miehet käyt- tävät alkoholia enemmän kuin naiset. Warpeniuksen ym. (2013, 74) mukaan tyypil- lisiin runsaasti alkoholia käyttävä ihminen on eronnut mies. Tulostemme mukaan noin puolet sekä naimattomista että leskistä vastaajista olivat raittiita, kun taas nai- misissa olevista raittiita oli reilu kolmasosa. Eronneista vajaa puolet olivat raittiita,

mutta merkittävää on, että juuri heissä oli vähiten niitä, jotka käyttivät runsaasti alkoholia, toisin kuin edellä mainittu tyypittely osoittaa.

Tulosten mukaan runsas juominen ei korreloi yksinasumisen kanssa, toisin kuin ennako-oletuksemme oli. Näyttää enemmänkin siltä, että ikäihmiset käyttävät alkoholia enemmänkin seurassa, useimmiten asuinkumppaninsa eli puolison kanssa. Lisäksi osa vastaajista asui jonkun muun kuin puolison kanssa, joka kuitenkin oli joku muu perheenjäsen, kuten lapsi tai sisarus. Toisaalta huomioitavaa oli, että ne jotka joiivat useamman kerran viikossa, olivat useammin yksinasuvia. Taulukosta ei kuitenkaan näy, ovatko kyseiset vastaajat eronneita, leskiä vai naimattomia. Suurimmalla osalla vastaajista oli lapsia, eikä sillä ollut merkitystä, olivatko vastaajat raittiita vai käyttivätkö he alkoholia. Mielenkiintoista oli, että kaikilla niillä, jotka joiivat runsaimmin, oli lapsia. Toisaalta taulukko ei kerro, millainen suhde lapsilla on vastaajiin tai asuvatko he lähellä.

Ne vastaajat, joilla oli yliopistotausta, olivat suurimmaksi osaksi raittiita tai käyttivät alkoholia hyvin vähän. Vain osa joi runsaammin. Tämäkin tulos vastaa aiempien tutkimusten tuloksia, jotka kertovat, että korkeasti koulutetut juovat vähemmän verrattuna matalammin koulutettuihin henkilöihin. Toisaalta poikkeuksiakin oli. Muiden korkeakoulutettujen vastauksista oli nähtävissä sama trendi; myöskään he eivät juoneet runsaasti, eikä heidän keskuudessa ollut ollenkaan niitä, jotka olisivat juoneet useamman kerran viikossa. Sama kehitys oli näkyvissä myös niillä, joilla oli joko matala koulutustausta tai ei ammatillista koulutusta ollenkaan. Tämä onkin siis ristiriidassa aiempien tutkimustulosten kanssa. Toisaalta näissä ryhmissä erottui taas jonkinasteinen runsas juominen, jota ei ollut korkeakoulutettujen keskuudessa lähestulkoon lainkaan. Myös suuri hajonta vaikeuttaa tulosten tulkintaa, eivätkä ne ole kovin yleistettävissä.

Tulosten yleistettävyys paranee, kun tarkastellaan yhdistettyjä koulutustaustoja suhteessa alkoholin käyttöön. Tulokset eivät tässäkään tapauksessa muutu radikaalisti; edelleen on nähtävissä raittiiden suuri määrä koulutustaustasta huolimatta. Aiemmin mainittua ristiriitaa tukee myös yhdistettyjen koulutustaustojen tulokset siitä, että korkeammin koulutetuissa on vähemmän raittiita ja enemmän satunnaisesti alkoholia nauttivia, kuin matalammin koulutetuissa. Tilasto ei kuitenkaan kerro, onko alkoholin käyttö ollut vastaajilla runsaampaa työikäisenä verrattuna siihen,

mitä se on vanhemmalla iällä. Alkoholin käyttötavat muuttuvatkin elämän aikana riippuen elämäntilanteista ja käyttötottumuksista (Haarni & Hautamäki 2008, 55–56; 80.). Mikäli korkeasti koulutettu vastaaja on ollut työelämänsä aikana esimerkiksi useissa edustustilaisuuksissa ja hänen sosiaalinen elämänsä on sisältänyt alkoholin käyttöä, voi se näkyä myöhemmässä elämänvaiheessa käytön jatkumisena, tai päinvastaisesti, sen lopettamisena.

Myös lääkärin vastaanotolla suurin osa olivat käyneet ainakin vuoden sisällä. Tutkimuksestamme näkyy se, miten usealla 75 –vuotiaalla oli pysyvä vamma ja/tai sairaus. Tällöin emme tiedä vastaanoton käynnin syitä, joten emme voi muodostaa yhteyttä alkoholin käytön ja vastaanotolla käymisen välillä. Toisaalta osa esiin tulleista sairauksista voi teoriassa olla yhteydessä alkoholin käyttöön, vaikkei sitä meidän tilastoista suoraan näekään. Positiivista on kuitenkin huomata, että vastaanotoilla käydään, mikä mahdollistaa mm. alkoholiongelman tunnistamisen varhaisessa vaiheessa. Useat lääkärikäynnit eivät ole yllättäviä vastaajien ikä huomioiden, kuten ei myöskään se, että suurimmalla osalla vastaajista oli käytössään säännöllinen lääkitys.

Huomionarvoista on suuri sekakäytön riski, koska myös runsaasti alkoholia nauttivien keskuudessa oli paljon säännöllistä lääkitystä käyttäviä. Vaikka alkoholin käyttö ei olisikaan säännöllistä, voi kuitenkin jo yksi runsas kerta-annos aiheuttaa vakavia sivuvaikutuksia lääkkeiden kanssa, jotka voivat johtaa esimerkiksi kaatumiseen (Nykky ym. 2010, 11). Viimeisen vuoden aikana suurin osa vastaajista ei ollut kaatunut. Runsaammin juovien kohdalla kaatuneiden lukumäärät olivat niin pieniä, että yhteyden löytäminen alkoholin käyttöön on melko mahdotonta. Yleisinä syinä kaatumisiin lueteltiin olevan esimerkiksi liukastuminen, tasapaino-ongelmat ja oma huolimattomuus. Spekuloitavaksi jää, johtuuko esimerkiksi tasapaino-ongelmat humalasta vai fyysisestä sairaudesta.

Yksinäisyyden suhteen ei näyttänyt alkoholilla olevan vaikutusta. Harva koki itseään ylipäättään yksinäiseksi, mutta ne jotka yksinäisyyttä tunsivat, eivät käyttäneet alkoholia ainakaan runsaasti. Vaikka yksinäisyys saattaa olla muuten alkoholinkäytön syynä, tutkimuksestamme se ei kuitenkaan näkynyt. Päinvastoin; useammin tuli esiin vastauksia, joissa alkoholin käyttötilanteita kuvatessa vastaajat kertoivat juovansa nimenomaan ruokailun yhteydessä, juhlatilaisuuksissa tai ystävien seurassa.

Myös kommentteja saunaoluista ja ”lämmikkeistä” oli monta. Haarni ja Hautamäki (2008, 36;71) tutkimuksessaan totesivat, että ikäihmiset usein käyttävätkin alkoholia edellä mainituin syin. Heidän mukaansa syynä alkoholin käyttöön usein on myös esimerkiksi lääke flunssaan tai unettomuuteen sekä rentoutuminen ja palkitseminen. Yksinäisyyden syiksi tutkimuksessamme kuitenkin kuvattiin esimerkiksi illat ja talviaika, toisista murehtiminen, pieni ystäväpiiri ja läheisverkosto sekä sairaudet, joiden koettiin rajoittavan sosiaalista elämää, eikä alkoholin käyttö.

Tulosten perusteella näyttää siis siltä, että alkoholin käyttö on nousussa ikäihmisten keskuudessa, vaikkei runsaasti juovia vielä palvelujen piirissä suuremmin olekaan. Tämä kuitenkin tuo haasteen tulevaisuudessa palvelujen suunnittelemiselle, jotta ne vastaisivat asiakkaiden tarpeita myös tulevaisuudessa. Ikäihmisten päihdetyöhön on alettu ajan saatossa panostaa enenevässä määrin, mutta kunnallisella tasolla se ei vielä selvästi näy. Toisaalta tuleva SOTE-uudistus voi vaikuttaa myös päihdepalvelujen uudelleenrakentamiseen, jolloin on mahdollisuus ottaa paremmin huomioon myös ikäihmisten moninaisuus ja muuttuvat palvelutarpeet. Huomioon tulee myös ottaa ikäihmisen itsemääräämisoikeus myös päihdeongelmatilanteissa, joka kuvastui tutkimuksessamme esimerkiksi vastaajan kommentilla: ”[Juon] silloin kun huvittaa”. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen vaatii ammattilaiselta vuorovaiikutuksellista lähestymistapaa, jolloin ikäihmiselle annetaan kaikki tarvittava tieto aiheesta ilman päätösvallan rajoittamista (Partanen & Warmemaa 1999, 15).

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme prosessi alkoi syksyllä 2016. Aikataulumme oli ripeä ja tavoitteenamme oli saada työ valmiiksi kevääseen 2017 mennessä. Prosessin edetessä työn aihe, tutkimuksen luonne sekä aineiston keruu- ja analyysimenetelmät ehtivät vaihtua useasti. Motivaatio ja mielenkiinto on ehtinyt reilussa puolessa vuodessa kulkemaan pitkän vuoristoradan, mutta lopulta pääsimme tavoitteeseemme aikataulun ja valmiin opinnäytetyön suhteen. Olemme tyytyväisiä siihen, että päädyimme tekemään opinnäytetyön parityönä, sillä sen lisäksi että se on jakanut vastuuta, se on myös edistänyt itsereflektiota ja auttanut motivaation ylläpitämisessä. Yhteistyömme on toiminut moitteettomasti, mikä teki opinnäytetyöprosessista kokonaisuudessaan mukavan.

Prosessi onkin opettanut meille paljon ja vienyt ammatillista osaamistamme eteenpäin. Sosionomin kompetensseista (Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit 2016) etenkin tutkimukselliseen kehittämisen ja innovaatio-osaamiseen kuuluva tiedon tuottaminen ja arvioiminen sekä tutkimus- ja kehittämistyön eettisten periaatteiden noudattaminen on opinnäytetyötä tehdessä korostunut ja kehittynyt. Myös sosiaalialan palvelujärjestelmäosaaminen on hyvinvointiin liittyvien haasteiden jäsentämisen ja tarvelähtöisen palvelujen yhteensovittamisen edistämisen osalta ollut vahvasti läsnä niin itse opinnäytetyön kuin ammatillisen kehittymisenkin kannalta. Lisäksi kriittinen ja osallistava yhteiskuntaosaaminen on saanut kohdallamme uutta näkökulmaa muun muassa epätasa-arvon analysoimisen ja haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten etujen puolustamisen osalta.

Tutkimusta tehdessämme olemme pitäneet tärkeänä noudattaa eettisiä periaatteita ja ottamaan yhteistyötahomme Ikäkeskuksen huomioon. Alun perin tarkoituksenamme oli tehdä laadullinen tutkimus ja kerätä haastatteluaineistoa kokoamalla haastatteluryhmä Ikäkeskuksen työntekijöistä. Määrällisen aineistomme materiaali tuli suunnitelmaan mukaan Ikäkeskuksen toiveesta, sillä he halusivat hyödyntää keräämäänsä tietoa 75-vuotiaiden hyvinvointikyselyistä. Lopulta päädyimme määrälliseen tutkimukseen ensinnäkin materiaalin runsauden ja toisekseen Ikäkeskuksen työntekijöiden kiireellisen ja työntäyteisen aikataulun vuoksi. Tutkimuksen tuloksia

voidaankin näin ollen hyödyntää paremmin vähintäänkin tuottamalla tietoa ikäkeskukselle ikäihmisten tilanteesta, mutta mahdollisesti myös toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittämistyön kannalta.

Aiempien tutkimusten merkitys opinnäytetyömme kannalta oli antaa suuntaviivat ja vertailupohjaa omalle työllemme. Sosionomeina haluamme korostaa alkoholiongelmien ennaltaehkäisemisen tärkeyttä antamalla teoriaosuudessa tietoa niiden tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta. Toivomme myös, että opinnäytetyöstämme on apua esimerkiksi kehittämistyössä suunnitellussa ikäihmisten palveluja tulevaisuudessa. Tavoitteenamme oli myös nähdä paikallisten ikäihmisten suhtautumista alkoholiin opinnäytetyömme tutkimusosiossa sekä tuottaa tutkittua paikallistietoa, jota voitaisiin osaltaan hyödyntää myös paikallisen päihdetyön kehittämisessä.

Kokonaisuudessaan tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoista ja intensiivistä. Olimme osin tietoisesti ja osin varmasti myös tietämättämme tehneet ennakko-oletuksia tuloksista, jotka analyysin jälkeen hävisivät. Tutkimuksen pätevyyteen ja luotettavuuteen onkin saattanut osaltaan ennakko-oletuksemme vaikuttaa, vaikka olemmekin sitä tietoisesti yrittäneet välttää. Vastauksia tulkitessa kuitenkin huomasimme sen haastavuuden ja tulkinnanvaraisuuden, joka kasvatti virhemahdollisuuksia. Kaiken kaikkiaan tulokset olivat kuitenkin luotettavia ja päteviä muun muassa tutkimuseettisten periaatteiden noudattamisen ja kattavan otannan ansiosta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että vaikka tutkimuksemme poikkesi hieman aiemmista tutkimuksista, tulokset kuitenkin osoittautuivat suhteellisen samansuuntaisiksi; kaikissa tuloksissa on nähtävissä ikäihmisten alkoholin käytön yleistyminen. Toisaalta tutkimuksemme perusteella voidaan sanoa, että edelleen on hankalaa tunnistaa päihdeongelmia ikäihmisillä. Myös monen puuttuvan vastauksen perusteella voidaan ajatella aiheen olevan edelleen arka, mikä taas hankaloittaa puheeksi ottamista ja mahdollisen alkoholiongelman hoitamista. Tämä luultavasti tulevaisuudessa asettaakin vaatimuksen kaikille alan ammattilaisille perehtyä kyseiseen aiheeseen, jotta asiakas saisi mahdollisimman laadukasta ja kokonaisvaltaista apua ja tukea.

LÄHTEET

- Alkoholi. Ei päiväystä. Päihdelinkki. [Verkkosivusto.] Helsinki: A-klinikkasäätiö. [Viitattu 1.12.2016.] Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi#keskeiset-riskit>
- Alkoholinkäyttö Suomessa. 21.3.2013. Päihdelinkki. [Verkkosivusto]. Helsinki: A-Klinikkasäätiö. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa>
- Arramies, M. & Hakkarainen, T. 2013. Viimeinen pisara: Toipumisen avaimet – tietoa alkoholismista ja läheisriippuvuudesta. Riihimäki: Avominne kustannus.
- Gockel, M., Pösö, R. & Nyman, H. 2013. Alkoholien liikkakäytön heijastuminen työkyvyttömyyseläkkeisiin. Teoksessa: Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim.) 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: THL.
- Haarni, I. & Hautamäki, L. 2008. Ikääntyvät juomatavat: Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus.
- Hallgren, M., Högberg, P. & Andréasson, S. 2009. Alcohol consumption among elderly European Union citizens: Health effects, consumption trends and related issues. [Verkkójulkaisu]. Swedish National Institute of Public Health. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/page-files/12338/alcohol-consumption-among-elderly-european-union-citizens-2009.pdf>
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. [Verkkójulkaisu.] Helsinki: THL. [Viitattu 1.12.2016.] Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1
- Hiltunen, L. 18.2.2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. [PP-esitys]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 13.-14. osin uud. p. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

- Holmila, M. 1993. Alkoholistin läheiset. [Verkojulkaisu.] Alkoholipolitiikka 58(1993):6. [Viitattu 1.12.2016.] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127736/ap-1993-6-holmila.pdf?sequence=1>
- Hyvinvointia edistävät tapaamiset ja ryhmät. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/ikakeskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko/hyvinvointiaedistavatkotikaynnitjaryhmat.html>
- IBM. Ei päiväystä. IBM SPSS Modeler: What it can do for your business. [Verkkosivusto]. [Viitattu 31.3.2017]. Saatavana: https://www.ibm.com/fi-en/marketplace/spss-modeler?S_TACT=000000OA&S_OFF_CD=10001871
- Ikäihmisten sosiaalityöntekijä. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/ikakeskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko/ikaihmistensosiaalityontekija.html>
- Ikäkeskus. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/ikakeskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko.html>
- Jackson, J. K. 1965. The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 15.
- Juomisen luokittelu. 25.3.2013. Päihdelinkki. [Verkkosivusto]. Helsinki: A-Klinikkasäätiö. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-luokittelu>
- Jääskeläinen, M. & Österberg, E. 2013. Alkoholien aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010. Teoksessa: Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. (toim.) 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: THL.
- Karjalainen, K., Montonen, M., Raitasalo, K., Ruokolainen, O., Tigerstedt, C., Warpenius, K. & Wuorio, S. 2015. Alkoholien, tupakan, huumeiden ja rahapelien haitat läheisille, sivullisille ja yhteiskunnalle. [Verkojulkaisu.] Helsinki: THL. [Viitattu 1.12.2016.] Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127131/URN_ISBN_978-952-302-556-1.pdf?sequence=1
- Kaskiharju, E. & Kemppainen, A-K. 2012. Päihdepelissäännöt palvelutaloihin: Yhteinen asia, yhdessä oivaltaen -hankkeen loppuraportti. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Koivula, R. 2008. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö palvelutaloissa. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi: Palvelutalojen osahankkeen loppuraportti. Raportteja 2/2008. Helsinki: Ikäinstituutti.

- Koski-Jännes, A & Hänninen, V. 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja.
- Kotihoito. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvienpalvelut/kotihoito_0.html
- L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- L 28.2.2014/152. Alkoholilaki.
- L 24.4.2015/523. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä.
- Laapio, M-L. 2010. Osattomuudesta osallisuuteen: Ikäeettisen päihdetyön kehitymisprosessi Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi -hankkeessa. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Lahtinen, H. 2007. Kokemuksia alkoholimentikköjen asumisyksikön alkutaipaleelta. Teoksessa: Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Levo, T. (toim.) 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen: taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Levonen, T. 2005. Täysillä eteenpäin!: suuret ikäluokat uuden edessä. Helsinki: Gummerus.
- Liikakäytön tunnistaminen. 21.3.2013. Päihdelinkki. [Verkkosivusto]. Helsinki: A-Klinikkasäätiö. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/liikakayton-tunnistaminen>
- Lyhytaikaishoito. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvienpalvelut/lyhytaikaishoito.html>
- Muistikoordinaattori. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvienpalvelut/ikakeskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko/muistikoordinaattori.html>

- Muistiliitto. 16.12.2016. Muistihäiriöt ja –sairaudet. [Verkkosivu]. [Viitattu 26.1.2017]. Saatavana: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/>
- Mäkelä, P. 2008. Kohtuukäyttäjät kokevat valtaosan alkoholihaitoista. Suullinen esitys Valtakunnallisilla Päihdepäivillä 16.-17.8.2008. Kuopio.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) 2010. Suomi juo: suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: THL.
- Mäkelä, R. & Murto, L. 2013. Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa: Peltola, T. 2013. Pääasiana alkoholi: Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Turku: Oy H. Lundbeck Ab.
- Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet: ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.
- Omaishoidon tuki. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/omaishoidontuki_0.html
- Omavalvontasuunnitelma. 2016. Ikääntyneiden palvelut. Seinäjoen kaupungin Iäkkeskus, ikäihmisten asiakasohjausyksikkö.
- Palacio-Vieira, P., Segura, L., Gual, A., Colom, J., Ahlström S., Radoš Krnel, S., McNeill, A., Sovinova, H. & Scafato, E. 2012. Good practices for the prevention of alcohol harmful use amongst the elderly in Europe: the VINTAGE project. [Verkkolehtiartikkeli]. Ann Ist Super Sanità 48 (3), 248-255. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v48n3/v48n3a05.pdf>
- Palveluasuminen. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/asuminen/palveluasuminen.html>
- Palveluasumiseen hakeminen. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/asuminen/palveluasumiseenhakeminen.html>
- Partanen, A. & Warmemaa, M. 1999. Päihteet puheeksi varhemmin. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ratkaisujen Suomi - Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. [Verkkajulkaisu]. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. [Viitattu

29.3.2017]. Saatavana: [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi FI YHDISTETTY netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi+FI+YHDISTETTY+netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82)

Salon muistiyhdistys. 2013. Vintti kirkkaana: asiaa alkoholin vaikutuksista muistiin ja aivoterveysten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 1.12.2016]. Saatavana: [http://muistiliitto.fi/files/2613/9504/4039/Vintti_kirkkaana - Asiaa alkoholin vaikutuksista muistiin ja aivoterveysten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.pdf](http://muistiliitto.fi/files/2613/9504/4039/Vintti_kirkkaana_-_Asiaa_alkoholin_vaiikutuksista_muistiin_ja_aivoterveysten_sosiaali-ja_terveysalan_ammattilaisille.pdf)

Seinäjoen kaupungin kotihoidon myöntämisen perusteet ja soveltamisohjeet. 1.1.2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.1.2017]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/sosiaalijaterveys/ikaantuvienpalvelut/omaishoidontuki/mZGSrfUV9/Kotihoidon_kriteerit_2017.pdf

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

Soikkeli, M. 2013. Ehkäisevä päihdetyö ja sen tulevaisuus. Teoksessa: Peltoniemi, T. 2013. Pääasiana alkoholi: Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Turku: Oy H. Lundbeck Ab.

Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit. 29.4.2016. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Innokylä. [Viitattu 1.4.2017]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/documents/1167850/5e8f1ef1-7a5b-4dfb-a629-0ea09dbfe904>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2002. Päihdepalvelujen laatusuosituksien. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. [Viitattu 31.3.2017]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111529/paihdepalv.pdf?sequence=1>

Stakes (THL). 2006. Laatutähteä tavoittelemassa: Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 8.12.2016]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210089361>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 28.9.2016. Keskeiset käsitteet. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeetyo/keskeiset-kasitteet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012-2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. [Verkkosivu]. [Viitattu 23.10.2016]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/eettiset-periaatteet>

Tähtinen, J. & Isoaho, H. 2001. Tilastollisen analyysin lähtökohtia: Ensiaskleet kvanttiaineiston käsittelyyn, analyysiin ja tulkintaan SPSS-ohjelmaympäristössä. Turku: Turun yliopisto.

- Viljanen, M. & Levo, T. 2010. Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa: Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi – projektin raportti 2005-08. Helsinki: Sininauha-liitto.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. 4. uud. p. mielenterveys- ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LIITTEET

Liite 1. Hyvinvointia edistävä kysely 75 vuotiaille.

Liite 2. Tutkimuslupa.

LIITE 1 Hyvinvointia edistävä kysely 75 vuotiaille



SEINÄJOKI

HYVINVOINTIA EDISTÄVÄ KYSELY 75 VUOTIAILLE

1

Päivämäärä _____ Asiakasnumero _____

Tietoja saa hyödyntää nimettömänä tutkimuskäyttöön

1. Kyllä 2. Ei

A. TAUSTATIEDOT

1. Väestövastuualue, jossa asutte (vanha kuntajako)

1. Kantakaupunki 3. Ylistaro
2. Nurmo 4. Peräseinäjoki

2. Sukupuoli

1. nainen 2. mies

3. Siviilisäätty

1. naimaton
2. naimisissa / avoliitossa
3. leski, kuinka kauan ollut leskenä _____
4. eronnut

4. Onko Teillä lapsia?

1. kyllä 2. ei

4.1 Asuvatko lapsenne

1. samalla paikkakunnalla
2. muulla paikkakunnalla
3. ulkomailla

5. Ammatillinen koulutuksenne

1. ei ammatillista koulutusta
2. lyhyt ammatillinen koulutus, ammattikurssi tai vastaava
3. koulutasoinen ammattikoulutus (ammattikoulu)
4. opisto- tai ammattikorkeakoulu (esim. teknillinen opisto)
5. yliopistotasoinen ammatillinen koulutus

6. Mitä olette tehneet työksenne? _____

2

B. ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ

7. Kenen kanssa asutte?

1. yksin
2. puolison kanssa
3. jonkun muun kanssa, kenen _____

8. Asuntonne on

1. omakoti- tai maalaistalo
2. rivi-, luhti- tai paritalo
3. kerrostalo, hissi
4. kerrostalo, ei hissiä, _____ asuinkerros

9. Onko asuinympäristössänne portaita?

1. ei
2. kyllä, missä _____

10. Liittyykö portaiden käyttöön ongelmia?

1. ei
2. kyllä, millaisia? _____

11. Onko asunnossanne (sisällä) seuraavat mukavuudet?

	Kyllä	Ei
1. vesijohto sisälle	1	2
2. lämmin vesi	1	2
3. sisä WC	1	2
4. suihku- / kylpyhuone	1	2
5. kylpyamme	1	2
6. sauna sisällä asunnossa	1	2

3

12. Pitäisikö asuntoon tehdä seuraavia asumista helpottavia muutostöitä?

1. kynnysten poisto
2. ammeen poisto
3. tukikaiteiden asennus
4. luiska portaiden tilalle / viereen
5. valaistuksen parantaminen
6. ovien levitys
7. muu, mitä _____
8. ei ole tarvetta muutostöihin

13. Oletteko tyytyväinen asuntoon?

1. kyllä
2. en, miksi _____

14. Pelkäätekö oman turvallisuutenne puolesta?

14.1 kotona

1. en
2. kyllä, miksi _____

14.2 kodin ulkopuolella

1. en
2. kyllä, miksi _____

14.3 Liikutteko yksin kävellen kodin ulkopuolella iltasin / pimeän aikana?

1. kyllä
2. en, miksi _____

4

C. ARJEN TOIMINTA

15. Hoidatteko itsenäisesti alla olevat arjen toiminnot?

	kyllä, itsenäisesti	kyllä, saan apua	en, saan apua	en, en saa apua	kuka auttaa / kommentit
Varpaankynsien leikkaaminen					
Ruuan valmistus					
Kevyet kotiaskareet (esim. imurointi, tiskaus, pyykinpesu)					
Raskaat kotiaskareet (esim. mattojen pudistelu, ikkunoiden pesu, lumen luonti)					
Raha-asioiden hoito					
Julkisten kulkuneuvojen käyttö					
Kaupassakäynti					
Pienet korjaustyöt (esim. lampun vaihto)					

16. Käyttekö seuraavia viestintävälineitä?

	Kyllä	En
1. lankapuhelin	1	2
2. matkapuhelin	1	2
3. internetin käyttö	1	2
4. muu tietokoneen käyttö	1	2

16.1 Aiheuttaako näiden käyttö vaikeuksia? Jos aiheuttaa, millaisia?

17. Onko Teillä tällä hetkellä käytössä seuraavia apuvälineitä?

1. kävelykeppi / kyynärsauvat tms.
2. rollaattori / potkupyörä / potkukelkka tms.
3. pyörätuoli
4. turvapuhelein
5. näön apuvälineet (esim. suurennuslasi, ei pelkästään silmälasit)
6. kuulon apuvälineet
7. ruokailun apuvälineet
8. peseytymisen apuvälineet
9. korotukset (esim. sänky, wc-istuin)
10. muu apuväline, mikä _____
11. en käytä apuvälineitä

18. Tarvitsetteko apuvälineen (edellä mainittujen lisäksi)

1. en
2. kyllä, millaisen _____

19. Miten asioitte kodin ulkopuolella?

1. itsenäisesti
2. toisen henkilön avustamana
3. en käy lainkaan, miksi _____

20. Miten yleensä kuljette asioillanne (esim. kaupassa, apteekissa, pankissa)?

1. kävellen (ilman apuvälineitä)
2. kävellen (apuvälineen avulla), minkä _____
3. polkupyörällä
4. henkilöautolla, itse ajaen
5. henkilöautolla, toinen ajaa
6. yleinen julkinen liikenne (linja-auto, taksi)
7. kuljetuspalvelu yli 65-vuotiaille (Seili/Nopsa/taksi)
8. vaikeavammaisen kuljetuspalvelu
9. muulla tavoin, miten _____

21. Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana?

1. en
2. kyllä, kerran
3. kyllä, kaksi kertaa
4. kyllä, kolme kertaa tai enemmän

21.1 Satutitteko itsenne viimeksi kaatuessanne?

1. en yhtään
1. vähäinen vamma, ei lääkärikäyntiä
2. vähäinen vamma, kävin lääkärissä
3. vakava vamma, kävin lääkärissä

21.2 Missä viimeksi kaaduitte?

1. sisällä, missä _____
2. ulkona, missä _____

21.3 Oma arvionne viimeisimmän kaatumisen syystä?

22. Pelkäättekö kaatumista

1. en
2. kyllä, miksi _____

D. TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY

23. Kuinka usein harrastatte ripeää ja reipasta liikuntaa?

(Liikunta on ripeää ja reipasta, kun se aiheuttaa ainakin jonkin verran hikoilua ja hengityksen kiihtymistä.)

1. päivittäin
2. viikoittain (1-3 krt / viikko)
3. vähemmän kuin kerran viikossa
4. en harrasta koskaan liikuntaa

7

24. Minkälaista liikuntaa harrastatte? _____

25. Oletteko viime aikoina vähentänyt liikunnan harrastamista?

1. en
2. kyllä, miksi _____

26. Millainen on mielestänne oma terveytenne?

1. erittäin hyvä
2. melko hyvä
3. tyydyttävä / kohtalainen
4. melko huono
5. erittäin huono

27. Millainen terveytenne on nyt verrattuna edellisvuoteen?

1. paljon parempi
2. vähän parempi
3. jokseenkin samanlainen
4. vähän huonompi
5. paljon huonompi

28. Oletteko huolissanne terveydestänne?

1. en
2. kyllä, miksi _____

29. Milloin viimeksi olette käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla?

1. kuukauden sisällä
2. vuoden sisällä
3. yli vuosi sitten

29.1 Mikä oli lääkärissä tai hoitajalla käynnin syy?

8

30. Onko Teillä pysyviä sairauksia ja/tai vammoja?

1. ei
2. kyllä, mitä _____

31.1 Rajoittavatko yllä olevat sairaudet tai vammat elämäännne?

1. ei
2. kyllä, miten _____

31. Onko Teillä lääkärin määräämä säännöllinen lääkitys?

1. ei
2. kyllä

32.1 Onko Teillä käytössänne lääkannostelija?

1. ei
2. kyllä

32. Kuinka usein syötte lämpimän aterian?

1. päivittäin
2. lähes päivittäin
3. kerran viikossa
4. harvemmin
5. en koskaan

33. Millainen ruokahalunne on yleensä?

1. hyvä
2. huono, miksi _____

34. Juotteko yli 5 lasia / kuppia nestettä vuorokaudessa?

1. kyllä
2. en

35. Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?

35.1 Kuinka monta annosta alkoholia nautitte kerralla? _____
 (annos = pullollinen keskiolutta, lasi viiniä, viinaryppy)

36. Tupakoitko?

1. en 2. kyllä

Jos tupakoitte, kuinka kauan olette polttanut _____
 kuinka monta savuketta päivässä _____ / pvä
 haluatteko apua ja tukea tupakoinnin lopettamiseen _____

37. Huolehditteko hampaiden ja suun puhtaudesta säännöllisesti?

1. kyllä
 2. en, miksi _____

38. Kuinka kauan aikaa on edellisestä hammashoidossa käynnistäne?

1. alle 3 vuotta
 2. yli 3 vuotta
 3. kauan sitten, en muista aikaa

39. Miten näette joko silmälaseilla tai ilman?

1. hyvin
 2. heikosti
 3. olen näkövammaisen

41. Milloin silmänne on viimeksi tarkastettu?

1. alle 2 vuotta sitten
 2. 2 – 4 vuoden sisällä
 3. yli 4 vuotta sitten
 4. ei koskaan

40. Millainen kuulonne on?

1. hyvä
 2. heikentynyt
 2.1 minulla ei ole kuulolaitetta
 2.2 minulla on kuulolaite
 2.2.1 kuulen hyvin kuulolaitteella
 2.2.2 kuulen huonosti kuulolaitteella
 2.2.3 en käytä kuulolaitetta, miksi _____
 3. olen kuuro
 3.1 tarvitsen tulkkia

41. Nukutteko omasta mielestänne riittävästi?

1. kyllä
 2. en
 Millaiset asiat häiritsevät yöuntanne? _____

42. Oletteko huomannut muistinne heikentyneen niin, että se haittaa jokapäiväistä toimintaanne?

1. kyllä 2. en

42.1 Jos olette huomannut muistinne heikentyneen, niin millaisissa asioissa?

1. sovitut tapaamiset unohtuvat toistuvasti
 2. tärkeät esineet katoavat päivittäin
 3. uusien asioiden oppiminen on lähes mahdotonta
 4. puhuessa joudutte hakemaan sanoja
 5. eksytte helposti vieraammassa paikoissa
 6. omainen on ilmaissut huolensa muistinne muutoksista
 7. jossakin muussa asiassa, _____

11

43. Mielialaa mittaavat kysymykset: (ympyröi sopiva vaihtoehto)

1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN
2. Oletteko luopunut monista toimistanne ja harrastuksistanne	KYLLÄ	en
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	KYLLÄ	ei
4. Ikävystyttekö usein?	KYLLÄ	en
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN
6. Pelkäätekö, että teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en
7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?	kyllä	EN
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en
10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ	ei
11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	EI
12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?	KYLLÄ	en
13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
14. Pidättekö tilannettanne toivottomana?	KYLLÄ	en
15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei

pisteet yhteensä _____

44. Mitkä asiat tuottavat Teille huolta ja mieliharmia? _____

45. Mitkä asiat tuottavat Teille iloa? _____

E. SOSIAALINEN VERKOSTO JA OSALLISTUMINEN

46. Onko yhteydenpito muiden ihmisten kanssa muuttunut viimeisen vuoden aikana?

1. yhteydenpitoa on enemmän
2. yhteydenpitoa on saman verran kuin aikaisemmin
3. yhteydenpitoa on vähemmän

12

47. Onko yhteydenpito mielestänne riittävää?

1. kyllä
2. ei

48. Onko Teillä joku, kenen kanssa voitte keskustella tunteistanne ja arjestaan?

1. ei
2. kyllä, kuka / keitä _____

48.1 Toivoisitteko, että Teillä olisi mahdollisuus keskustella em. asioista useammin?

1. en
2. kyllä, haluaisin keskustella
 - ___ vapaaehtois-/järjestötyöntekijän kanssa
 - ___ seurakunnan vanhustyön diakonissan kanssa
 - ___ sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan edustajan kanssa
 - ___ jonkun muun, kenen _____

49. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

1. harvoin tai ei koskaan
2. toisinaan
3. usein tai aina

49.1 Jos tunnette itsenne yksinäiseksi, minkä ajattelette olevan sen syynä _____

49.2 Mitä toivotte yksinäisyyden vähentämiseen? _____

50. Mikä on Teille mieluista ja mukavaa ajankulua? _____

51. Osallistutteko johonkin toimintaan tai harrastuksiin, jossa tapaatte muita ihmisiä?

1. en
2. kyllä, mihin _____

52. Voitteko osallistua mielestänne riittävästi?

1. kyllä
2. en, miksi _____

F. TOIMEENTULO

53. Riittävätkö tulonne elämiseen?

1. hyvin
2. kohtalaisesti
3. huonosti

54. Mistä tulonne muodostuvat?

1. eläke ja / tai puolison eläke
2. eläke ja jokin muu rahallinen tuki
3. eläke ja muita tuloja

55. Tunnetteko, että Teillä on tarpeeksi tietoa seuraavista asioista?

	Kyllä	Ei
1. eläkkeensaajien asumistuki	1	2
2. eläkettä saavien hoitotuki	1	2
3. kotitaloustyön verovähennys	1	2
4. omaishoidon tuki	1	2

G. TULEVAISUUS

56. Onko Teillä tällä hetkellä asioita, jotka mielestänne heikentävät mahdollisuuksianne asua kotona? _____

57. Missä haluaisitte asua tulevaisuudessa, mikäli nykyinen asumismuoto ei enää olisi mahdollista _____

58. Uskotteko, että lapsellanne / lapsillanne on mahdollisuus olla tukenanne vanhuudessa?

1. kyllä
2. ei
3. ei lapsia

Liite 2 Tutkimuslupa



PÄÄTÖS / kansliapäällikkö-toimialajohtaja

Päivämäärä 28.02.2017 Pykälä 11/2017

Asia Tutkimuslupa, Kukkamäki Taru ja Peskova Olga

Seinäjoen ammattikorkeakoulun opiskelijat Taru Kukkamäki ja Olga Peskova anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aihe: *Ikäihmiset ja alkoholi*.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten ikäihmisten alkoholin käyttö näyttäytyy sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Tavoitteena on myös tutkia, onko seinäjokelaisten ikäihmisten alkoholinkäytössä tapahtunut muutoksia viimeisten vuosien aikana.

Aineistona käytetään ikäkeskuksen kyselylomakkeita, joihin 75-vuotiaat asiakkaat ovat vastanneet hyvinvointikäynnin yhteydessä vuosina 2007-2016. Otanta on 50 % vuosittaisista kyselyistä satunnaisotannalla koskien parillisia vuosia.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä ikäkeskuksen kanssa.

Ikäihmisten tulosaluejohtaja [REDACTED] puoltaa hakemusta.

Tutkimuslupahakemus ja –suunnitelma liitteenä.

Päätös Myönnetään tutkimusluvan edellyttäen, että

- tutkimuksessa saatujen tietojen osalta noudatetaan salassapitovelvollisuutta
- tutkimuksessa yksittäinen henkilö ei saa olla tunnistettavissa

Allekirjoitus

[REDACTED] kansliapäällikkö-toimialajohtaja, p. [REDACTED]

Oikaisu-vaatimusohje Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen osoitteella: Sosiaali- ja terveyslautakunta, PL 229, 60101 Seinäjoki, neljäntoista (14) päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

Julkisesti nähtävänä

Tiedoksianto

6.3.2017

Kenelle

Päivämäärä

28.02.2017

Miten

 Lähetetty postitse
saantitodistusta vastaan

 Lähetetty postitse
tavallisena kirjeenä

 Lähetetty sisäisessä
postissa

 Luovutettu

Vastaanottajan allekirjoitus

 Lähetetty sähköpostissa

[REDACTED] johdon sihteeri, p. [REDACTED]