

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveysala, Kotka

Jonna Hämäläinen, HO06S

VANHUS JA VIINA

- IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIONGELMAISTEN KOKEMUKSIA HOIDON ALOITAMISESTA JA PALVELUNTARJOAJAN VÄLIINTULOSTA

28.12.2009

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kotka

HÄMÄLÄINEN JONNA	Vanhus ja viina – ikääntyneiden alkoholiongelmiaisten kokemuksia hoidon aloittamisesta ja palveluntarjoajan väliintulosta
Opinnäytetyö	75 sivua + 4 liitesivua
Työn ohjaajat	Leena Wäre, TtM, Mirja Nurmi
Joulukuu 2009	
Avainsanat	Ikääntyneet, alkoholismi, A-klinikkatoimi, väliintulo

Vuonna 2004 suomalaiset kuluttivat 10,3 litraa alkoholia. Eläkeikäisistä miehistä alkoholia ilmoitti käyttävän 78 prosenttia ja naisista 53 prosenttia. Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä pidetään piilevänä ongelmana ja sen tunnistaminen terveydenhuollossa on usein hankalaa. Ikääntyneiden alkoholinkäytön sietokyky heikentyy elimistön vanhenemisesta ja siihen liittyvistä sairauksista ja lääkityksistä johtuen.

A-klinikkasäätiö tarjoaa alkoholisteille sekä avohoitopalveluja että laitoshoidoa. Hoidon tarkoituksena on herättää alkoholistin oma halu muuttaa käyttäytymistään ja tukea muutosprosessia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kymen A-klinikkasäätiön ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden asiakkaiden alkoholin käytön syitä, heidän hoitoon ohjautumista sekä tuntemuksia palveluntarjoajan väliintulosta. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla ja haastateltavina oli kymmenen yli 65-vuotiaasta A-klinikkatoimen alkoholiongelmiaista asiakasta. Tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Teemahaastattelussa selvisi, että alkoholin käyttöön on monia syitä. Työpaikka tai työyhteisö ovat usein kannustavassa asemassa alkoholin käytölle. Myös erilaiset muutokset arjessa, kuten lopputili tai avioero, koetaan myötävaikuttaviksi.

Lähes kaikki haastateltavista olivat tulleet A-klinikan asiakkaiksi katkaisuhuoltoaseman kautta. Tietämys A-klinikkatoimen palveluista on huonoa ja suurin osa haastateltavista oli saanut tietonsa tutuilta tai työkavereilta. haastatelluista 80 % oli sitä mieltä, etteivät he kaivanneet lisää tietoa muista päihdepalveluista kuin A-klinikan palveluista.

Haastatelluista suurin osa oli tyytyväisiä hoitoon tulostaan. Aluksi he olivat tunteneet muun muassa pelkoa ja häpeää ongelmastaan, mutta kaikki olivat nyt helpottuneita ja kiitollisia saamastaan avusta. Asiakkaat kokevat hoitohenkilökunnan väliintulon luonnollisena asiana. Tutkimustulokset toimitetaan A-klinikkasäätiön toivomuksesta heidän käyttöönsä ikääntyneiden alkoholinkäyttöön puuttumisen ja hoidon kehittämiseksi.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

HÄMÄLÄINEN, JONNA

Old People and Alcohol – Old Alcoholics' Thoughts about Starting Rehabilitation and Their Feelings about Service Providers' Intervention

Bachelor's Thesis

75 pages + 4 pages of appendices

Supervisors

Leena Wäre, MNSc and Mirja Nurmi, MNSc

December 2009

Keywords

Old people, alcoholics, A-Clinic Foundation, intervention

In year 2004 Finnish people consumed 10.3 liters of alcohol. The consumption of alcohol in senior citizens is considered as a serious problem because it is hard to recognize it within public health care. Old people cannot tolerate alcohol very well because of their aged organism, diseases and medications.

A-Clinic Foundation provides in-patient and out-patient care for alcoholics. Its intention is to arouse patients' own will to recover and to support the change process.

The purpose of this Bachelor's thesis was to study why old people, in this case those over 65 years of age, drank alcohol, how they got in touch with the service providers and how they felt about the interventions. The research method was a theme interview and the interviewees were ten patients of the A-Clinic Foundation. The answers were analyzed with inductive content analysis.

The answers about the reasons for alcohol use varied. Usually it was the workplace or the work community that provoked or increased alcohol use. Contributory factors were also a divorce, getting fired or other big changes in their lives. Almost all the interviewees had come to the A-Clinic Foundation through rehabilitation services. They felt they did not have much knowledge about the services provided by the A-Clinic and all the information they had was from their friends or co-workers. 80 % of the interviewees felt that they did not want other information or alcohol guidance than that by the A-Clinic Foundation.

Most of the interviewees were pleased that they had come to get help. At first they had felt shame and fear about their problems but now they were relieved and thankful for the help they had received. They found the nurses' interventions natural.

# SISÄLLYS

## 1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

## 2 ALKOHOLI JA SEN VAIKUTUKSET TERVEYTEEN

- 2.1 Alkoholin vaikutukset terveyteen
- 2.2 Humala
- 2.3 Krapula
- 2.4 Toleranssi

## 3 ALKOHOLIRIIPPUVUUS

- 3.1 Riippuvuus
  - 3.1.1 Psykkinen riippuvuus
  - 3.1.2 Fyysinen riippuvuus
  - 3.1.3 Sosiaalinen riippuvuus

## 4 TILASTOTIETOA ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ

## 5. IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI

- 5.1 Yleistä ikääntymisestä
- 5.2 Ikääntymisen fyysiset vaikutukset ihmisen elimistöön
- 5.3 Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistössä
- 5.4 Ikääntynyt, lääkehoito ja alkoholi
  - 5.4.1 Ikääntyneen lääkehoito
  - 5.4.2 Alkoholin yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa
- 5.5 Alkoholin terveysvaikutukset lääkkeiden kanssa
- 5.6 Ikääntyneen alkoholinkäytön syyt
- 5.7 Ikääntyneiden juomistottumukset
- 5.8 Riskikäytön tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen
- 5.9 Alkoholi ja sosiaaliset suhteet

## 6 ALKOHOLIN KÄYTÖN TUNNISTUMENETELMIÄ

- 6.1 Audit -testi

## 6.2 Mini-interventio

## 7 PÄIHDEHUOLTOPALVELUT

### 7.1 Päihdehuoltolaki

### 7.2 Päihdehuoltopalvelujen tarjonta

#### 7.2.1 A-klinikkasäätiö

#### 7.2.2 Laitohoito

#### 7.2.3 Asumispalvelut, ensisuoja sekä päiväkeskustoiminta

#### 7.2.4 A -kilta, AA-kerho

### 7.3. Päihdehuoltopalveluja Kotkan alueella

#### 7.3.1 Kymen A-klinikkatoimi

##### 7.3.1.1 Avohoito

##### 7.3.1.2 Laitohoito ja asumispalveluyksiköt

##### 7.3.1.3 Kymen A-klinikkatoimen hankkeet ja projektit

#### 7.3.2. Muita päihdehuoltopalveluja Kotkan alueella

### 7.4 Alkoholiongelman puheeksi ottaminen ja asiakkaan sitoutuminen hoitoon

## 8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

## 9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 9.1 Tutkimusmenetelmä

### 9.2 Kvalitatiivinen tutkimus

### 9.3 Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu

### 9.4 Sisällön analyysi

#### 9.4.1 Induktiivinen sisällönanalyysi

### 9.5 Kohderyhmä, otanta ja aineiston keruu

### 9.6 Tutkimusaineiston analysointi

## 10 TUTKIMUSTULOKSET

### 10.1 Alkoholin käyttöön liittyvät tekijät asiakkaan kuvaamana

### 10.2 päihdeongelmaiselle suunnattujen palvelujen tietämys ja niiden käyttö

### 10.3 Päihdeongelmaan puuttuminen – Asiakkaan kokemuksia

## 11 POHDINTA

### 11.1 Laadullisen tutkimuksen eettisyys

11.2.Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

11.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

## LIITTEET

Liite 1. Taulukko aikaisemmista tutkimuksista

Liite 2. Tutkimuslupa A-klinikkasäätiöltä

Liite 3. Vaitiolovelvollisuusdokumentti

Liite 4. Saatekirje

## 1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

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

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

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

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

Vuonna 1984 raittiita 50–69-vuotiaita miehiä oli 19 %, vuonna 2004 enää 6 %. Samansuuntainen kehitys on nähtävissä 50–69-vuotiailla naisilla joiden raittius on vähentynyt vuoden 1984 49 %:sta vuoden 2004 12 %:iin. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 88.) Tutkimusten mukaan 1–4 prosentilla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 prosenttia on ongelmajoujia. Vajaa kolmannes yli 65-

vuotiaista alkoholiriippuvaisista alkoholisoituu vasta keski-ikäen jälkeen. (Juhela, 2007.)

Ikääntyneet päihdeongelmaiset asiakkaat asettavatkin uusia haasteita sosiaali- ja terveydenhoitoalan henkilökunnalle. Päihdepalvelut ovat kuntien järjestämää päihdehuoltoa, joko avohoitoa, laitoshoidoa, tai asumispalvelua. A-klinikkatoimen asiakkaat saavat päihdehoitoa ja kuntoutusta. Hoidon päämääränä on päihde- ja riippuvuushaittojen vähentäminen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Kymen A-klinikkasäätiön ikääntyneiden asiakkaiden hoitoon ohjautumista sekä heidän kokemuksiaan palveluntarjoajan väliintulosta. Selvitän myös syitä, miksi ikääntynyt on käyttänyt tai käyttää alkoholia. Tutkimuskohteena on Kymen A-klinikkasäätiön ikääntyneet, tässä yhteydessä yli 65-vuotiaat, asiakkaat.

Teen kyseisille asiakkaille teemahaastattelun jossa kartoitan heidän alkoholinkäyttöään. Teemahaastattelussa kysyn asiakkaan kokemuksia ja näkemyksiä alkoholinkäytöstä, päihdehuoltopalvelujen riittävydestä ja hoitoon ohjautumisesta sekä siitä kuinka he ovat kokeneet hoitajan väliintulon ongelmassaan. Opinnäytetyön tulokset luovutetaan niiden valmistuttua Kymen A-klinikkatoimen käyttöön.

Tämän opinnäytetyön teoriaosa on koottu kappaleeseen 7 asti yhdessä kahden kurssitoverini kanssa. Tutkimusaiheen eriyttämisen vuoksi tästä opinnäytetyöstä tuli erillinen. Tämä opinnäytetyö pyrkii tukemaan kurssikavereideni tutkimusta ikääntyneiden alkoholiongelmista kotihoidossa.



## 2 ALKOHOLI JA SEN VAIKUTUKSET TERVEYTEEN

### 2.1 Alkoholin vaikutukset terveyteen

Tässä opinnäytetyössä päihteestä puhuttaessa tarkoitetaan alkoholia. Se on vesiliukoista väritöntä nestettä, jota valmistetaan käymisen avulla sokeri- ja tärkkelyspitoisista kasveista. Alkoholimäärää veressä kuvataan promilleina, eli yksi promille on yhtä kuin yksi gramma alkoholia yhdessä litrassa verta. Alkoholijuomissa alkoholipitoisuus merkitään joko painoprosentteina 1 g/100 g tai tilavuusprosenttina 1ml/dl. Pullollinen keskiolutta, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 senttilitraa viinaa on yksi alkoholiannos. (Dahl & Hirschovits. 2007, 130 - 132.) Aine tai tuote, mikä sisältää enemmän kuin 2.8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia on alkoholipitoista ainetta (Alkoholilaki 1994/1143 3§).

Etyylialkoholi on sosiaalisesti hyväksytty nautinto- ja huumausaine, jota käytetään lähes kaikkialla maailmassa. Etanoli vaikuttaa aivojen toimintaan ja alkoholihumala perustuukin etanolin suoraan keskushermostovaikutukseen. (Tackhe & Tuomisto, 2000, 40.) Etanoli imeytyy pääosin ohutsuolen alkuosasta ja vähäisissä määrin suun ja mahalaukun limakalvon läpi. Alkoholijuoman laatu tai väkevyys sekä myös tupakointi ja mahalaukun sisällön määrä vaikuttavat imeytymisen nopeutumiseen ja määrään. Etanoli jakautuu elimistössä verestä koko elimistön vesitilaan. Alkoholi metaboloituu maksassa. (Tackhe & Tuomisto, 2000, 403–404.) Alkoholi häviää kehosta vakionopeudella, esimerkiksi 70 kg painavalla henkilöllä 7 g/h, mikä vastaa 0,1 promillea tunnissa (Salaspuro 2003, 254; Dahl & Hirschovits, 2007, 132.).

Alkoholin vaikutuksissa on myös yksilöllisiä eroja; paino, ikä, sukupuoli, sairaudet, mielentila, raskaus, ympäristö ja lääkitys vaikuttavat asiaan. Alkoholiannos aiheuttaa naiselle 15–20 % korkeamman alkoholipitoisuuden painokiloa kohden suhteutettuna kuin miehelle. (Havio, Inkinen & Partanen, 2008, 71.) Alkoholiannos iäkkäälle aiheuttaa myös korkeamman alkoholipitoisuuden verrattaessa työikäiseen ihmiseen, koska iäkkään elimistö sisältää enemmän rasvaa ja vähemmän vettä. (Hartikainen, & Lönroos, 2008, 268) Humalan lisäksi alkoholi voi aiheuttaa hengenvaarallisia tiloja ihmiselimistöön (Havio, Inkinen & Partanen, 2008, 71). Akuutti haimatulehdus on yksi esimerkki näistä tiloista. Vuosittain siihen sairastuu 1200–1500 potilasta, joista 60 – 80 % johtuu alkoholinkäytöstä. Sairastuneiden keski-ikä on noin 40 vuotta. Akuutti haimatulehdus voi alkaa pitkäaikaisen runsaan alkoholinkulutuksen tuloksena

muillakin kuin alkoholisteilla. Alkoholimyrkytys eli vahva alkoholihumala on myös hengenvaarallinen tila. Suomessa kuolee vuosittain noin 400–500 henkilöä akuuttiin alkoholimyrkytykseen. Kuolemantapaukset johtuvat veren liian korkeasta alkoholipitoisuudesta ja sen aiheuttamista seurauksista, kuten sammumisesta, tukehtumisesta ja hengityskeskuksen lamaantumisesta. Sekä satunnainen että jatkuva käyttö altistavat käyttäjän eri traumoille, jotka voivat kehittyä traumasta riippuen pysyviksi ongelmiksi. Aivoverenvuoto- tai aivoinfarktiriski on alkoholisteilla kaksinkertainen verrattuna muuhun väestöön. Pään kohdistuneet iskut esimerkiksi kaatumisen myötä voivat aiheuttaa aivoverenvuotoriskin. Muita ongelmia pitkäaikaisesta käytöstä voi olla alkoholidementia sekä lievä henkisen toiminnan heikentyminen ja aivojen surkastuma. Humalatilasta aiheutuneet pinnetilat ovat seurausta pitkästä kompressiosta. Pinnetilat ovat kuitenkin useammassa tilanteessa palautuvia tiloja (Havio, ym. 2008, 71; Kiianmaa, 2005, 287–352.)

Alkoholin vaikutukset sydämeen ja verenkiertoelimistöön ovat riippuvaisia alkoholin määrästä. Kohtuullinen käyttö ei lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, vaan sillä on todettu olevan jopa positiivisia vaikutuksia ateroskleroosin ja sydänkuolemien ehkäisyssä. Jatkuva runsas juominen päivittäin tai viikonloppuisin kuitenkin vaurioittaa sydänlihasta, aiheuttaa rytmihäiriöitä, nostaa verenpainetta sekä lisää äkillisten sydänkuolemien vaaraa. Alkoholilla on myös vaikutuksia sydämen rytmiin. Alkoholin runsas käyttö voi aiheuttaa hyvänlaatuisia muutoksia sydämen rytmiin, kuten esimerkiksi kammiolisälyönnejä sekä eteisvärinää. (Kupari, M. 2003, 56, 358.)

Alkoholin akuutit vaikutukset sydänlihakseen johtuvat etanolin sydänlihaksen supistusvireyttä heikentävästä vaikutuksesta. Sepelvaltimotautia sairastavalla pienikin alkoholimäärä voi aiheuttaa supistusvireyden heiketessä hengenvaarallisen tilan. (Havio, ym. 2008, 72 ; Kiianmaa, 2005, 357 - 358.) Alkoholilla on myös epäsuoria vaikutuksia sydämen pumppaustoimintaan. Terveessäkin elimistössä syke tihenee, verenpaine nousee sekä sydämen minuuttitilavuus kasvaa. Jos henkilöllä on taustalla jonkin sydänvian vuoksi sydämen supistumisvoima heikentynyt, alkoholin vasodilatoiva (=verisuonia laajentava) ja diureettinen vaikutus korostuu entisestään. Alkoholin sydänvaikutuksen menevät ohi satunnaisessa käytössä. (Kupari, 2003, 356–357; Havio ym. 2008, 71.)

Alkoholin pitkäaikaisen käytön vaikutukset sydämeen ovat joko pysyviä tai hitaammin palautuvia. Sydänlihasta vaurioittavia mekanismeja on useita, ja ne perustuvat elektrolyytti- ja rasva-aineenvaihdunnan pysyviin häiriöihin sydämessä. Kroonisilla alkoholisteilla on tavattu merkittäviä muutoksia sydämen rakenteessa: sydämen vasemman kammion seinämä on paksuuntunut ja lihasmassa kasvanut, relaksaatio on hidastunut ja systolinen supistelu on vaisumpaa.

Muutokset verenpaineessa näkyvät välittömästi. Kertakäytön akuuttivaikutus on kaksivaiheinen, jolloin ensin paineet nousevat 5-10 mmHg johtuen sympaattisen hermoston toiminnan kiihtymisestä. Humalan myöhemmässä vaiheessa verenpaineen on todettu laskevan lähtötasoa matalammaksi. Syynä tähän on alkoholin diureettivaikutus ja siitä seuraava nestehukka sekä verisuonien laajentuminen. Säännöllisen alkoholin käyttö ja jo vähintään 3 alkoholiannosta päivässä kohottavat verenpainetta suorassa suhteessa käytön määrään. Alkoholin suurkuluttajien verenpaine onkin 8–10 mmHg korkeampi kuin vähän juovilla. (Kupari, 2003, 363.)

Alkoholin vaikutukset ravitsemukseen ja ruoansulatuselimistöön ovat laajat. Alkoholi itsessään sisältää paljon energiaa. Alkoholikaloreita kutsutaan tyhjiksi kaloreiksi, sillä ne eivät juuri ollenkaan sisällä minkäänlaisia suojaravinteita. Vain viinissä ja oluessa on vähäisiä määriä vitamiineja tai kivennäisaineita. (Salaspuro, 2003, 293–294.) Suurkuluttajilla esiintyy liikapainoa, sillä heillä kuuluu normaaliruokavalio alkoholinkäytön rinnalle. Alkoholistilla esiintyy usein alipainoa, sillä he syövät usein liian vähän. Puutteellinen ravinto aiheuttaa puutetta kaloreista, vitamiineista ja kivennäisaineista, valkuaisaineista sekä foolihaposta. Koska etanolin aineenvaihdunta on alkoholistilla kiihtynyt, aiheuttaa se edelleen aineenvaihdunnan epätasapainoa ruoansulatuksessa sekä kuormittaa maksaa. (Havio, ym. 2008, 76.) Ikääntyessä veden osuus elimistöstä vähenee ja janon tunne heikkenee. Ikääntyessä myös haju- ja makuaisti heikkenevät ja elimistön säätelyjärjestelmien toiminnan muutokset vaimentavat nälän tunnetta. Ikääntymisestä aiheutuvat luonnolliset muutokset liitettynä yhteen alkoholin ongelmakäyttöön lisäävät riskiä ravitsemusongelmille. (Hartikainen, ym. 2008, 212)

## 2.2 Humala

Alkoholin välittömiä lamaavia vaikutuksia kutsutaan humalaksi. Humalan ilmenemiseen vaikuttaa veren alkoholipitoisuus johon edelleen vaikuttaa imeytyminen ja alkoholin määrä . Synnynnäinen sietokyky, alkoholiin tottuminen sekä toleranssi ja alkoholin jakautumistilavuudet vaikuttavat humalan voimakkuuteen (Kiianmaa, 2005, 102-104). Alkoholin aiheuttama humalatila näkyy käytöksessä, fyysisessä ja psyykkisessä motoriikassa, sekä mielentilassa. Nämä muutokset johtuvat alkoholin vaikutuksesta hermosolujen toimintaan keskushermostossa (Kiianmaa, 2005, 102). Ikääntyneiden kohdalla humalatila voi näyttäytyä selittämättöminä kaatuilemisina, inkontinenssina tai ulkoasun epäsiisteytenä. (Vallejo, Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö& Kivelä 2005, 326)

Alkoholin vaikutukset keskushermostoon ovat kaksivaiheiset. Niin sanotussa alun nousuhumalassa, eli veren alkoholipitoisuuden ollessa alle yhden promillen, ilmenee piristymistä sekä hermoston aktivoitumista. Kanssakäymistilanteet helpottuvat ja estot vähenevät. Tähän perustuu alkoholin suosio seurustelujuomana. Veren alkoholipitoisuuden ollessa alle yhden promillen, koordinaatiokyky on heikentynyt. Päähtynyt henkilö voi kuitenkin toimia suhteellisen normaalisti, jos toiminta ei vaadi useamman aistimen ja toiminnan yhteensovittamista. (Kiianmaa, 2005, 102–103.)

Juomisen jatkuessa ja verenalkoholipitoisuuden noustessa yli promillen seuraa lamauttava vaihe, joka kohdistuu ensimmäiseksi korkeimpiin hermokeskuksiin. Lamaannusvaiheessa aistien ja raajojen yhteistyö heikkenee nopeimmin. Alkoholin vaikutukset mielialaan vaihtelevat yksilöstä ja tilanteesta toiseen. Näkyviä humalan merkkejä voidaan havaita muun muassa motoriikassa liikkeiden ja kävelyn kömpelyytenä, puheen muuttumisena, sympaattisen hermoston aktivoitumisena sekä reagoinnin hidastumisena. Näihin korkean verenalkoholin vaikutuksiin vaikuttavat myös yksilön sisäinen tila sekä ulkoiset olosuhteet.

Veren alkoholipitoisuuden noustessa yli kahden ja kolmen promillen, voidaan henkilön fyysistä tilaa verrata nukutusaineen vaikutuksen alaisena toimimiseen. Kivun tunne katoaa ja tajunta heikkenee reilusti, jota voi seurata niin kutsuttu sammuminen. Jos henkilö on ennen sammumista ehtinyt juoda runsaasti alkoholia, voi veren alkoholi vielä nousta. Yli neljän promillen humalassa on jo erittäin suuri

myrkytysvaara. Hermoston toiminta on lamaantunut hengenvaarallisesti, joka näkyy hengityksen lamaantumisenä sekä lämmönhukkana. Riski tukehtumiskuolemaan kasvaa. (Koski-Jännes, 2005; Kiianmaa 1998, 103–104.)

### 2.3 Krapula

Alkoholin käytöstä seuraa vieroitusoireita eli niin sanottu krapula. Krapulassa alkoholi poistuu elimistöstä ja hermosto on alkoholin vaikutuksen takia yliärtyneessä tilassa. Oireina on pahoinvointia, oksentelua ja päänsärkyä, jotka pääasiassa ilmenevät veren alkoholipitoisuuden lähennellessä nollaa. (Kiianmaa, 2005, 107; Tackhe & Tuomisto, 2000, 418.) Krapulan voimakkuuteen vaikuttavat nautittu alkoholimäärä, tupakointi sekä valvominen. Krapulaan ei ole parannuskeinoa. (Kiianmaa, K. 2005, Erikson, 2005.) Ikääntyneiden kohdalla voisi ajatella, että krapula ilmenee väsymyksenä, muistamattomuuden lisääntymisenä ja ärtyneisyytenä.

### 2.4 Toleranssi

Toleranssissa ihmisen sietokyky kasvaa toistuvan päihteen käytön yhteydessä (Tackhe & Tuomisto, 2000, 414). Alkoholin vaikutukset elimistöön toleranssin kasvaessa ovat pienemmät. Käytännössä ihminen sietää alkoholia ja sen vaikutuksia aina enemmän toistuvilla nauttimiskerroilla. (Kiianmaa, ym. 1998, 92.) Toleranssi on kytköksissä yksilön synnynnäisen alkoholinsietokykyyn. Alkoholille kehittyy erilaisia toleransseja joihin elimistö mukautuu. Näitä ovat akuutti, aineenvaihdunnallinen ja funktionaalinen eli hermostollinen toleranssi. Akuutilla toleranssilla tarkoitetaan yhden alkoholinnauttimiskerran aikana havaittua toleranssia. Akuutti toleranssi ilmenee alkoholin vaikutuksen laskuvaiheessa, päihteen poistuessa elimistöstä. Alkoholin keskushermostopitoisuus on yhtä suuri kuin nousuvaiheessa, mutta sen vaikutus on pienempi. Akuutti toleranssi on osoitus hermoston nopeasta sopeutumiskyvystä alkoholiin. (Kiianmaa, Tiuhonen & Hyytiä, 2003 93–94, 105–106.)

Aineenvaihdunnallinen toleranssi kehittyy pitkän alkoholinkäytön yhteydessä. Päihteen pitoisuuden alentamiseksi elimistö pyrkii vaikuttamaan päihteen

imeytymiseen, jakautumiseen ja poistumiseen. Kasvattamalla maksan kokoa ja lisäämällä alkoholia hapattavien entsyymijärjestelmien toimintaa maksassa. (Kiiänmaa, 2005, 94, 106.)

Funktionaalinen eli hermostollinen toleranssi tarkoittaa hermoston sietokyvyn kasvamista alkoholille. Hermosto pyrkii toimimaan normaalisti päihteestä huolimatta käynnistämällä hermofysiologisia reaktioita. Muutosten myötä solukalvo muuntuu vastustuskykyisemmäksi päihteelle. Muutosten tarkoituksena on kumota alkoholin vaikutus ja vastatoimien ansiosta vaikutus pienenee. (Kiiänmaa, 2005, 94–95.)

### 3 ALKOHOLIRIIPPUVUUS

#### 3.1 Riippuvuus

Riippuvuus on monimutkainen yksilön oirekuva, johon vaikuttaa riippuvuutta tuottava aine tai toiminto sekä yhteiskunnalliset asenteet eri riippuvuuden muotoja kohtaan. Riippuvuuteen kuuluu myös usein muita mielenterveysongelmia. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge, 2008, 27–28.) Monimutkainen, fyysinen ja psyykinen tuntematon mekanismi aiheuttaa riippuvuuden, mikä ilmenee yksilötasolla fyysisenä, psyykkisenä, henkisenä ja sosiaalisena tilana ja oireena. Riippuvuuteen voi olla perinnöllinen alttius tai siihen voi vaikuttaa varhaislapsuuden kokemukset sekä sosiaalinen elämäntilanne ja -luokka. (Holmberg, ym. 2008, 30–31.) Riippuvuus voi myös syntyä myöhemmällä iällä reaktiona aiempiin kokemuksiin. Etenkin matalaan sosiaaliseen luokkaan liittyvät ongelmat ihmisen elämässä voi aiheuttaa alttiuden riippuvuuden kaltaiseen korviketoimintaan. Kokemukset eivät kuitenkaan yksin aiheuta riippuvuutta. (Koski-Jännes, 2005.) Vanhemmalla iällä syntyneen riippuvuuden taustalla vaikuttaa yleensä eläköityminen, puolison kuolema, lapsista vieraantuminen, heikentynyt kunto sekä itsetunto. Toisin sanoen ikääntyneen riippuvuuden taustalla on arjen rutiinien muuttuminen. (Vallejo Medina, ym. 2005, 326) Riippuvuus voidaan karkeasti jakaa aineriippuvuuteen ja systeemiriippuvuuteen. Aineriippuvuus on fyysistä riippuvuutta joltain kemiallista ainetta kohtaan, esimerkiksi alkoholi. Systeemiriippuvuudessa jokin toiminta aiheuttaa riippuvuuden. (Heikkilä, 2005, 17.)

Riippuvuuden syntyyn vaikuttavat yksilön ominaisuudet, ympäristötekijät sekä alkoholin ominaisuudet (Tackhe, Tuomisto, 2000, 414). Riippuvuuden aiheuttajan keskus sijaitsee keskiaivoissa, hermoradoissa. Kun nämä hermoradat ovat aktiivaatitilassa, pyrkii ihminen saamaan tarvitsemansa mielihyvän (Tackhe, Tuomisto, 2000, 416). Riippuvuutta tuottavan aineen avulla ihminen pyrkii alussa saamaan erilaisia mielen ja tietoisuuden tiloja ja nautintoja (Holmberg, Ym. 2008, 35).

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

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

Kohtuukäytöstä ei myöskään seuraa haittoja, kuten krapulaa, mikä estää seuraavan päivän autolla ajon, työhön lähdön tai voi aiheuttaa tapaturman. Suomalaisten perinteistä rajua kertakäyttöä ei voida pitää kohtuullisena juomisena, vaikka tätä tapahtuisikin harvoin. Talousongelmat sekä perhesuhteiden ongelmat kuvastavat jo varhaisvaihetta alkoholin suurkulutuksessa. Päivittäisen vähäisenkin alkoholimäärän juomisen myötä henkinen riippuvuus ja sietokyky lisääntyvät. Ikääntyneiden alkoholin sietokyky kuitenkin heikentyy johtuen elimistön vanhenemisesta ja siihen liittyvistä sairauksista ja lääkityksistä. (Havio, ym. 2008, 56; Hartikainen 2008, 269–270.)

Riskiehkäisyyn piiriin kuuluvat sekä alkoholinkäytön varhaisvaiheen haittoja kokevat kohtuukäyttäjät että alkoholin suurkuluttajat. Alkoholin varhaisvaiheen haittoja kokevilla alkoholin käyttö ei vielä ylitä suurkulutuksen rajoja, mutta ongelmia sosiaalisissa ja terveydellisissä ominaisuuksissa alkaa ilmetä. Alkoholin suurkulutus

kehittyy vähitellen. Suurkulutuksen alaraja on naisilla 16 ja miehillä 24 annosta viikossa, ja kertakulutuksen puolesta suurkulutuksen yläraja on naisilla viis ja miehillä seitsemän annosta. Ikääntyneiden alkoholinkäytön suurkulutuksen rajat ovat matalammat. Yli 65-vuotiaalle seitsemän alkoholiannosta viikossa ja korkeintaan kaksi annosta kerralla täyttää suurkulutuksen rajat. (Havio, ym. 2008, 56; Hartikainen 2008, 269–270.)

Alkoholiriippuvuudelle ominaista on alkoholin jatkuva, toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta sen aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Riippuvuuden syntyyn vaikuttavat toleranssi ja vieroitusoireet, mutta riippuvuus voi syntyä myös ilman näitä. (Huttunen, 2008) Riippuvuuden syntyyn vaikuttaa lisäksi perimä - sekä geneettisesti että sosiaalisesti (Holmberg, ym. 2008, 38). Riippuvuuden kehittyttyä alkoholin käytölle on ominaista lisääntyneet alkoholimäärät ja käytön kestot. Alkoholin jatkuva käyttö aiheuttaa muutoksia aivojen toiminnassa, jolloin alkoholin hallittu tai edes pienimuotoinen käyttö on lähes mahdotonta. Tällöin ainoa hoitokeino on täysraittius useasta viikosta jopa loppuelämäksi. Omasta halustaan huolimatta henkilö ei välttämättä pysty vähentämään tai lopettamaan alkoholinkäyttöä. Alkoholiriippuvuus on yleisempää miesten keskuudessa, mutta viime vuosina naisten alkoholiriippuvuus on yleistynyt (Huttunen, 2008). Päihderiippuvuusoireyhtymän kriteerit perustuvat eri diagnostisiin järjestelmiin, kuten ICD-10– ja DSM-IV -järjestelmiin (Salaspuro 2003, 74).

Suurkuluttajia arvioidaan olevan Suomessa noin 200 000 – 500 000. Alkoholin suurkulutus lisää terveyshaittoja ja lisää riippuvuuden synnyn riskiä. Suurkulutuksessa voi olla kysymys alkoholin haitallisesta käytöstä, alkavasta ongelmakäytöstä tai kehittyvästä riippuvuusoireyhtymästä. Kun käytetyt annokset kohoavat yli suurkulutuksen riskirajan, eli miehillä yli 24 annosta ja naisilla yli 16 annosta viikossa, terveyshaitat ovat todennäköisiä ja alkoholin sietokyky selkeästi lisääntynyt. Yli 65-vuotiaiden kohdalla suurkulutuksen riskirajan ylittyessä seitsemän alkoholiannoksen kohdalla viikossa ja korkeintaan kahden alkoholiannoksen kertakulutuksessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 269) Alkoholiriippuvuusoireyhtymää, eli ICD-10-luokitus F10.2 kutsutaan alkoholismiksi. Alkoholiriippuvuudessa ilmenee fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista riippuvuutta. Haitallinen käyttö on yksi päihdeongelmien ryhmä. ICD-10-luokituksen mukaan käytön kriteerit ovat:



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

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

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

### 3.1.1 Psykkinen riippuvuus

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

### 3.1.2 Fyysinen riippuvuus

Kun elimistö tottuu alkoholiin pitkän käytön seurauksena, muodostuu fyysinen riippuvuus. Fyysisen riippuvuuden kehittymiseen liittyy olennaisesti toleranssien kasvu ja vieroitusoireet. (Holmberg, ym. 2008, 33.) Fyysinen riippuvuus on elimistön biologinen sopeutumisilmiö, jolla elimistö pyrkii ylläpitämään homeostaattista tasapainoa alkoholinkäytön seurauksena (Kianmaa, ym. 2005, 99). Ruumiillinen riippuvuus perustuu elimistön mukautumiseen alkoholin läsnäoloon. Mukautumisen johdosta elimistön hermosolut tarvitsee aina suurempia annoksia tullakseen humalaan ja juomisen lopettaminen voi aiheuttaa vakavia häiriöitä (Holmberg, ym. 2008, 33.) Ikääntyneiden kohdalla fyysisen riippuvuuden syntymiseen voisi olettaa vaikuttavan

se, että ikääntyneen kärsiessä monesti erilaisista vaivoista voi aamulla otettu alkoholi lieventää kipuja ja helpottaa liikkeelle lähtöä.

Alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet ovat yksilöllisiä, ja ne voivat olla hyvinkin vakavia. Vieroitusoireisiin vaikuttaa päivittäinen nautittu alkoholimäärä. Jo seitsemän pulloa keskiolutta päivässä aiheuttaa äkisti loppuessaan lieviä vieroitusoireita. Vieroitusoireet johtuvat hermoston totumisesta alkoholiin, ja kun alkoholi poistuu elimistöstä, ilmenee hermoston adaptoituminen päihteen vaikutuksen kumoamiseksi.

Vieroitusoireet ovat usein kaksivaiheiset. Ensin esiintyy levottomuutta, ahdistusta, vapinaa, harhoja, kipua ja unettomuutta. Parin päivän kuluttua lopettamisesta pulssitaso ja verenpaine voivat nousta korkealle, ja vakavimmillaan vieroitusoireena on Delirium Tremens, eli niin sanottu juoppohulluus. Tällöin vieroitusoireet ovat kovimmillaan. Vieroitusoireiden kesto on yksilöllisiä. Lievät oireet helpottavat kahdessa tai kolmessa päivässä. Vakavammat oireet voivat vaatia jopa viikon. Rauhoittava lääkehoito pitkittää vieroitusoireiden kestoja. (Holopainen, 2008; Kiiänmaa, ym. 1998, 99.)

### 3.1.3 Sosiaalinen riippuvuus

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

#### 4 TILASTOTIETOJA ALKOHOLIN KÄYTÖSTÄ

Vuonna 1990 suomalaiset kuluttivat alkoholia 8,9 litraa asukasta kohden. Ennen 1990-luvun puoliväliä kulutus kääntyi hetkeksi laskuun, kunnes vuonna 1995 astui EU-jäsenyys voimaan ja muun muassa tullimääräyksiä väljennettiin (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005, 64-65, 140). Vuonna 1997 sama lukema olikin kasvanut 8.8 litraan, mikä vastasi kuitenkin vielä keskimääräistä eurooppalaista tasoa (Päihdetilastollinen vuosikirja 1998, 13). Vuonna 2001 kokonaiskulutus nousi yhdeksään litraan per asukas (Päihdetilastollinen vuosikirja 2002, 12) ja vuonna 2004 kulutus olikin jo 10,3 litraa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2005,18). Suomalaisille tyypillistä on suuri kertakulutus ja runsas krapulatilojen esiintyminen (Heikkinen & Rantanen, 2003, 327). Vuonna 2005 eläkeläismiehistä 78 % ja naisista 53 % raportoi käyttäneensä alkoholia edellisen vuoden aikana (Hartikainen & Lönnroos, 2008, 268).

Suomen eri alueilla on selkeitä eroja tilastoidun alkoholinkulutuksen tasoissa. Tähän määrään vaikuttavat paikallisen alkoholinkäytön lisäksi niin turismi, elinkeinorakenne kuin työssäkäyntialueet. Korkeimmillaan alkoholinkäyttö on ollut vuonna 2006 Lapin läänissä, jossa myytiin kaiken kaikkiaan 11,7 litraa 100-prosenttista alkoholia, kun taas Kymenlaaksossa alkoholinmyynti oli 8 - 9 litran luokkaa. (Havio, ym, 2008.)

Vuonna 2004 alkoholin kulutus on ollut Kymenlaaksossa 8,43 litraa asukasta kohden. Tämä on hieman keskimääräistä suurempi lukema. Neljässätoista maakunnassa kulutus oli kyseisenä vuonna pienempi kuin Kymenlaaksossa. (Päihdevuosikirja 2005, 77.) Vuoden 1984 jälkeen raittiiden osuus on ollut jatkuvassa laskussa. Vuonna 1984 raittiita 50–69-vuotiaita miehiä oli 19 %. Vuonna 2004 raittiita miehiä oli enää 6 %. Samansuuntainen kehitys on nähtävissä 50–69-vuotiailla naisilla. Raittiita naisia oli vuonna 1984 49 prosenttia. Vuonna 2004 raittiita naisia oli 12 prosenttia.

(Päihdevuosikirja 2005, 88.) Tästä eteenpäin raittiiden osuus on pysynyt samoissa lukemissa, sillä Havion ym. mukaan raittiita oli vuonna 2008 suomen väestöstä myös 12 %. Tutkimusten mukaan 1–4 %:lla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja. Vajaa kolmannes yli 65-vuotiaista alkoholiriippuvaisista alkoholisoituu vasta keski-ian jälkeen. (Juhela, 2007.) Eläkeläisistä 32 % käyttää alkoholia vähintään kerran viikossa. Usein toistuvaa humalajuomista harrastaa eläkeläisistä 17 prosenttia. (Havio, ym. 2008, 53.)

## 5. IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI

### 5.1. Yleistä ikääntymisestä

Suomessa väestö ikääntyy nopeasti. Vuonna 2008 maassamme oli 65 vuotta täyttäneitä 892 000. Näistä 104 000 kpl oli yli 85 -vuotiaita. Ennusteiden mukaan ikääntyneiden määrä nousee vuonna 2030 noin 1,4 miljoonaan (Ikääntyneiden asuminen 2009.) Ikääntynyt määritellään eri kulttuureissa eri tavoin, eri-ikäisenä ja eri perustein. Käsitteet terveydestä, sairaudesta ja kuolemasta ovat myös kulttuurisidonnaisia. Länsimaiset kulttuurit voidaan luonnehtia yksilö- ja autonomiakeskeiseksi kulttuuriksi. Tässä ikääntymiselle keskeisiä määreitä ovat autonomia, omatoimisuus, aktiivisuus ja tuottavuus. Näiden määreiden mukaan varsinainen neljäs ikä eli varsinainen vanheneminen alkaa, kun nämä ominaisuudet heikentyvät yksilön elämässä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kyseisessä vaiheessa ikääntynyt alkaa tuntea itse itsensä vanhaksi. (Heikkinen & Rantanen 2003, 80 – 81.)

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

Fyysisiä vanhenemismuutoksia tapahtuu ihmisen elimistössä jo 20 ikävuodesta lähtien. Vanhenemismuutokset ovat pääasiassa elimistön toimintojen heikkenemistä tai hidastumista, ja nämä muutokset vaikuttavat koko kehoon. Suurimmat toimintojen hidastumiset ja heikkenemiset tapahtuvat hermostossa ja aistitoiminnoissa, mitkä johtavat muun muassa kuulon, tasapainon ja tuntoaistin huonontumiseen. Etenkin 50 – 60- vuotiaiden elimistössä tuki- ja liikuntaelimistö menettää lihassmassaa, jolloin lihasvoima huononee. 40-vuotiaalla henkilöllä luustossa nähdään jo mineraalikatoa. Vanhuksilla tämä aiheuttaa osteoporoosiherkkyttä sekä luuston lyhenemistä. Nivelet

kuluvat ja jäykistyvät, mikä voi aiheuttaa lääkityksen ja sairaalahoidon tarvetta. Ruoansulatuselimistössä hidastuu ruokatorven motorinen toiminta, suolen toiminta sekä refluksoireita voi esiintyä. Munuaisissa heikkenee verenvirtaus sekä nefronien määrä pienenee, joka hidastaa lääkeaineiden poistumista elimistöstä. Sydämen- ja verenkiertoelimistön maksimaalinen suorituskyky heikkenee ikääntyneellä.

Viitaten kappaleisiin 5.2, 5.3 ja 5.4 alkoholi ikääntyneen elimistössä reagoi eri tavalla kuin aiemmin, johtuen ikääntyneen elimistön vähäisemmästä vesitilavuudesta. Tämän myötä ikääntyneen veren alkoholipitoisuus nousee korkeammaksi kuin työikäisen. Ikääntyneen muutokset hermostossa ja luustossa yhdistettynä alkoholin haittavaikutuksiin lisäävät kaatumistaipumusta ja tämän myötä loukkaantumisherkkyttä. Alkoholi vaikuttaa negatiivisesti vanhuksen elämäntapoihin. Alkoholin runsaan energiapitoisuuden ansioista ruokailutottumukset voivat muuttua. Tämä voi vaikuttaa negatiivisesti mm. diabeteksen hoitotasapainoon. Alkoholi voimistaa elimistön vanhenemismuutoksia, mikä voi johtaa erilaisiin sairauksiin ja sairaalahoitoihin. Ikääntynyt joutuu usein käyttämään erilaisia lääkkeitä, jolloin alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat ongelmallisia. Alkoholi voimistaa tai vähentää lääkkeiden vaikutusta elimistössä.

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

Ikääntyneiden alkoholinkäytön syitä on tutkittu, ja on todettu, että vanhusväestö voidaan jakaa kahteen ryhmään alkoholismiin sairastumisen suhteen. Siitä enemmän kappaleissa 5.5 ja 5.6. Alkoholismin katsotaan johtuvan monista asioista, mutta yleisimpinä syinä voidaan pitää alkoholin mielihyvää tuottavaa vaikutusta, alttiusgeenejä sekä sen aiheuttamia positiivisia psyykkisiä vaikutuksia.

Ikääntyneiden alkoholin riskikäyttö ja siihen puuttuminen on terveydenhuollon ongelma sen piilevyyden sekä myös terveydenhuollon negatiiviseksi koetun asenteen takia. Tämän takia terveydenhuollossa on kehitetty erilaisia diagnosointimenetelmiä. Muun muassa AUDIT-testi on strukturoitu kyselylomake alkoholinkäytöstä. Mini-

interventio on myös yksi alkoholin käytön tunnistamismenetelmä terveydenhuollossa. Sairaanhoidajaliitto on erikseen suunnitellut oman toimintamallin juuri ikääntyneiden alkoholinkäytön kohtaamiseen. Sen tavoitteena on kehittää niin sairaanhoitajien työtä kotihoidon riskikäytön suhteen.

## 5.2 Ikääntymisen fyysiset vaikutukset ihmisen elimistöön

Fyysiset vanhenemismuutokset elimistön toiminnoissa alkavat jo 20–30 vuoden iässä soluissa, kudoksissa, elimissä ja elinjärjestelmissä. Eri toimintojen ja elinten välillä muutokset tapahtuvat eri nopeuksilla, eivätkä muutokset ala samanaikaisesti. Tunnusomaista muutoksille on kuitenkin toiminnon tai elimen heikkeneminen ja hidastumien (Pohjalainen, 1995, 16.) Fyysistä vanhenemistä ei voi estää. Muutokset hermostossa, elimistön säätelyjärjestelmässä vaikuttavat koko kehoon. Suurimmat muutokset nähdään tapahtuvan autonomisessa hermostossa, jonka toiminta vaimenee iän myötä. Hermostolujen eli neuronien lukumäärä on todettu vähentyneen yli 80-vuotiailla ihmisillä kolmanneksen alkuperäisestä solumäärästä (Vallejo Medina, ym. 2005, 22).

Aistitoiminnoissa suurimmat vanhenemistoiminnot tapahtuvat kuulossa ja näössä. Näkökyvyn muutokset johtuvat vanhenemismuutoksista näköaistielimissä, silmän optisessa järjestelmässä ja hermoradoissa. Suurimmat muutokset tapahtuvat silmän mykiössä joka muuttaa muotoaan ja kimmoisuuttaan. Myös kyynelnesteen eritysvähenee, näköärsykkeiden käsittely hidastuu, silmää ympäröivät kudokset ja lihakset veltostuvat. 25 – 30 % ikääntyneistä kärsii huonosta kuulosta. Huonontuneen kuulon taustalla ovat muutokset sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rappeutumisessa. Ikääntyneen sisäkorvan simpukan karvasoluista osa on surkastunut, 70-vuotiaalla jo puolet. Hermoston rappeutumisesta kärsii sisäkorvan tasapainoelin, maku- ja hajuaisti sekä väritunto. Tasapainoelimen rappeutuminen ja siihen yhdistettävät näköaistin, lihasten ja jalkapohjien tuntoaistien heikkeneminen voivat edesauttaa ikääntyneiden kaatumistapauksia (Vallejo Medina, ym. 2005, 22–23; Pohjalainen, 1995, 16.)

Tuki- ja liikuntaelimistössä tapahtuu sekä rakenteellisia että toiminnallisia muutoksia. Pääasiassa lihasmassa, erityisesti nopeat lihassolut, vähenevät ja tilalle tulee rasvaa ja

sidekudosta (Vallejo Medina, ym. 2005, 24, Pohjalainen, 1995, 19.) Merkittävin vaihe lihasvoiman huononemisessa tapahtuu 50–60 vuoden iässä. Lihasvoiman alenemisen tärkeimmät syyt ovat lihaksen koon, supistusvoiman ja lukumäärän väheneminen sekä lihaksen hermotuksen muutokset. Myös lihasta ympäröivä kudos menettää elastisuuttaan. (Vallejo Medina, ym. 2005, 24, Pohjalainen, 1995, 19.)

Luustossa ensimmäisiä muutoksia voi havaita 40-vuotiailla mineraalikalvon muodossa, minkä myötä luumassa alkaa vähetä naisilla 1,0 % ja miehillä 0,5 % vuodessa. Haurastuminen jatkuu elämän loppuun saakka. Muutoksia tapahtuu koko luustossa, myös selkärangassa. Rangan heikentyessä ihminen lyhenee. Lyhenemisen katsotaan alkavan noin 40-vuoden iässä, ja nopeutuvan 60-vuoden iässä. Nivelissä ikääntyminen näkyy rustokudoksen kulumisen muodossa. Nivelet myös jäykistyvät johtuen nivelnesteiden määrän vähentymisestä (Vallejo Medina, ym. 2005, 24.)

Ruoansulatuselimistössä muutokset ovat hidastavia. Ruokatorven motorinen toiminta heikkenee, sen hidastunut toiminta voi vaikeuttaa nielemistä. Refluksioireita esiintyy alemman sulkijalihaksen toiminnan heikentymisen takia. Mahalaukun hapon erityksen hidastuu ja vähenee sekä mahalaukun tyhjeneminen hidastuu. Myös suolen toiminta hidastuu, mikä aiheuttaa ummetusta. Virtsanerityselimistössä muutokset tapahtuvat rakko- ja hermostotasolla. Virtsarakon venyvyys huononee rakon seinämän side- ja lihaskudoksen elastisuuden vähenemisen takia. Hermoston muutokset aivokuoressa ja hermokudoksessa heikentävät virtsaamisrefleksiä. Miehillä voi eturauhanen kasvaa. Munuaisissa verenvirtaus heikkenee, nefronien määrä pienenee sekä niiden suodatusteho pienenee. Tällöin lääkeaineiden poistuminen elimistöstä on hitaampaa (Vallejo Medina, ym. 2005, 24 - 25.)

Sydämen maksimaalinen suorituskyky heikkenee ikääntyessä. Maksimisyke alenee, iskutilavuus pienenee ja sydänlihaksen supistumiskyky heikkenee. Muutosten myötä systolinen paine nousee, ilmenee ortostaattista hypotoniaa, sydämen läpät kalkkeutuvat sekä verisuonisto menettää elastisuuttaan. Hengityselimistössä keuhkorakkuloiden pinta-ala pienenee iän myötä. Myös hiussuonet vähenevät, rintakehän joustavuus ja hengityslihasten voima alenee. Muutosten myötä maksimaalinen uloshengityksen huippuvirtaus pienenee (Vallejo Medina, ym. 2005 24 - 25 , Pohjalainen, 1995, 18.)

### 5.3 Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistössä

Alkoholi voi olla vanhuksen helpotus erilaisiin tilanteisiin ja oireisiin. Iän myötä elimistö reagoi alkoholiin eri tavalla kuin aiemmin, johtuen fyysisistä ikääntymismuutoksista, joita kappaleessa 5.2 esiteltiin tarkemmin. Koska alkoholin vaikutukset ikääntyneen elimistöön ovat yksilölliset, on alkoholinkäyttöä arvioitava suhteessa kunkin ihmisen elämäntilanteeseen ja terveyteen. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet)

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

Alkoholi lihottaa sen runsaan sokeripitoisuuden takia. Alkoholin sokeripitoisuus nousee mitä vahvempaa alkoholijuoma on. Usein syöminen jää yksipuoliseksi tai liian vähäiseksi, sekä ruokailuajat muuttuvat epäsäännöllisiksi alkoholin nauttimisen takia. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet). Alkoholijuomien, etenkin väkevien vähentäminen auttaa painonhallinnassa. Vähäkalorisia alkoholijuomia on kannattavampaa nauttia. Painonhallinta ehkäisee monia alkoholin aiheuttamia sairauksia, kuten rasvamaksaa, II-tyypin diabetesta, ja aineenvaihdunnan häiriöitä. (Päihdelinkki.)

Sekä yleinen hygienia että suun hygienia saattavat kärsiä alkoholin takia. Happamat ja sokeroidut alkoholijuomat edistävät hampaiden kulumista ja aiheuttavat reikiintymistä. Kuten monet lääkkeet, myös alkoholi lisäksi vähentää syljen eritystä ja tämän myötä suun limakalvojen kuivuminen nopeutuu. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet.)

Vastustuskyky voi heikentyä runsaan alkoholinkäytön myötä, jolloin ihminen on altis



tulehduksille. Alkoholin käytöllä on myös negatiivisia vaikutuksia sairauksiin ja niiden hoitoon. Yleisesti alkoholi aiheuttaa korkeaa verenpainetta, rytmihäiriöitä, vatsavaivoja, univaikeuksia ja muistihäiriöitä. Päihtymystila voi aiheuttaa arvaamattomia mielialanmuutoksia sekä jopa yllättävää väkivaltaisuutta ja mahdollisesti mielialan laskua sekä ahdistuneisuutta. (Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet) johtuen fyysisistä ikääntymismuutoksista, joita kappaleessa 5.2 esiteltiin tarkemmin.

## 5.4 Ikääntynyt, lääkehoito ja alkoholi

### 5.4.1 Ikääntyneen lääkehoito

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

Ikääntymisen vaikutus lääkkeiden metaboliaan on muuntunut kehon koostumuksen muuttumisen eli vesitilavuuden vähentymisen ja rasvan osuuden lisääntymisen takia. Tämän myötä vesiliukoisten lääkeaineiden haluttu vaste saavutetaan pienemmällä annoksella. Rasvaliukoisten lääkeaineiden puoliintumisaika pitenee, ja sen vuoksi lääkkeen vaikutusaika myös pitenee. Jos ikääntynyt on aliravittu, hänen seerumin albumiinin määrä on vähäisempi. Tällöin muun muassa varfariini, diatsepaami ja erilaiset epilepsialäkkeet vaikuttavat voimakkaammin. Maksan ja munuaisten

ikäntymismuutoksen vuoksi lääkeaineiden eliminoitumien on hitaampaa. Ikääntyneiden käyttämien lääkkeiden väsyttämisaikutus on myös voimakkaampi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, )

#### 5.4.2 Alkoholin yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa

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

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

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

Alkoholi nostaa lyhytaikaisesti verensokeria, mutta diabeetikoille riskinä on verensokerin laskeminen liian matalalle (hypoglykemia). Alkoholi tehostaa diabeteslääkkeiden vaikutusta ja alkoholi haittaa maksan sokerituotantoa. Näin elimistön oma korjausjärjestelmä matalille sokereille häiriintyy. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

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

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

Voimakkaimmin alkoholilla on yhteisvaikutuksia muitten keskushermostoon vaikuttavien aineiden kanssa. Alkoholi lisää kaikkien keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden lamaavaa ja väsyttävää vaikutusta. Ikääntyneiden parissa on alkoholin käyttämistä unilääkkeenä. Pienellä annoksella ongelmaa ei välttämättä synny ja alkoholilla on toivottu vaikutus. Alkoholin käyttö kuitenkin huonontaa unen laatua ja alkoholin käyttöä yhdessä unilääkkeiden kanssa on varottava. Erityisesti keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä on kipulääkkeitä varottava käyttämästä yhdessä alkoholin kanssa, koska se esimerkiksi alentaa kouristuskyynnystä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

On myös lääkkeitä, jotka vaikeuttavat alkoholin hajoamista maksassa ja näin aiheutuu eräänlainen antabus-reaktio. Oireina ovat kasvojen punotus, pahoinvointi, verenpaineen nousu sekä sydämen tykytys. On kehitetty lääkkeitä, joiden tavoitteena on saada aikaan kyseinen reaktio, mutta näiden tarkoituksena on alkoholinongelman lääkkeellinen hoitaminen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia on vaikea tietää, koska tutkimukset on tehty käyttäen terveitä ja työikäisiä vapaaehtoisia. Yhteisvaikutukset ovat hyvinkin yksilöllisiä ja riippuvat alkoholin ja lääkkeiden käytön määrästä sekä lääkkeiden käyttötavasta unohtamatta iän muuttavaa tekijää ja henkilökohtaisia ominaisuuksia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 270–273.)

## 5.5 Ikääntyneiden alkoholin käytön syyt

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

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

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

Suomalaista ikääntynyttä väestöä ajatellen jotkin esimerkit stressin aiheuttajista tuntuvat kaukaa haetuilta. Vanhukset varmasti kokevat stressiä erilaisista epävarmuustekijöistä elämässään, kuten rahojen riittävyydestä ja perhesuhteista sekä pienemmistä häiriöistä arkirutiineissaan. Kuitenkin olettaisin, että suurimpia stressin aiheuttajia ovat eläköityminen ja tukiverkoston vanheneminen, pelko yksin jäämisestä ja pelko omasta pärjäämättömyydestä.

## 5.6 Ikääntyneiden juomistottumukset

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

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

Nousevat juomisurat kuvaavat aikuisiässä lisääntynyttä alkoholinkäyttöä. Loivasti nouseva juomisura on saanut hyvät pohjat suomalaisen juomiskulttuurin pohjalta. Jo vuonna 1970 ilmapiiri muuttui alkoholimyötäisemmäksi. Tämän myötä myös ihmisen suhde alkoholiin muuttui. Loivasti nousevaan juomisuraan kuuluvat ne ihmiset, joilla alkoholi on aikuisiällä saanut suuremman roolin nuoruuden kokeilujen jälkeen.

Alkoholinkäytöstä on pikkuhiljaa muokkautunut enemmänkin elämäntapa. Jyrkästi nouseva juomisura on nykytutkimusten mukaan enemmän naisten ongelma. Alkoholiksi on siis tullut elämäntavaksi jo työvuosina. Juomistottumuksiin vaikuttivat myös puolison alkoholittomuudet. (Haarni & Hautamäki, 2009.)

Aaltoilevaa juomisuraa kuvaa muuttuva alkoholinkäyttö. Alkoholinkäyttö vaihtelee runsaasta niukempaan, eivätkä kuluttajat ole välttämättä huolissaan tilanteestaan. He pystyvät kontrolloimaan juomistaan, jonka seurauksena ovat niukemmat kaudet. Katkennutta juomisuraa pääsääntöisesti edeltää aaltoileva juomisura. Tämän ryhmän henkilöt ovat raitistuneet jonkin sairauden tai muun pysäyttävän tekijän myötä. Muuttumaton juomisura tarkoittaa tasaista alkoholinkäyttöä. Alkoholiksi on kuulunut henkilön elämään enemmän tai vähemmän eikä alkoholilla ole ollut suurta roolia henkilön elämässä. (Haarni & Hautamäki, 2009.)

### 5.7 Riskikäytön tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen

Terveydenhuollon näkökulmasta alkoholinkäyttö luetaan ongelmaksi silloin, kun se vaarantaa terveyden tai terveyshaittoja on jo todettavissa. Arvion mukaan Suomessa on jo 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Kaikille suurkuluttajille ei kuitenkaan esiinny oireita tai ongelmia alkoholin käytöstä.

Ikääntyneiden alkoholinkäytön tunnistaminen on usein hankalaa terveydenhuollossa, koska ikääntyneiden alkoholismi ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat piileviä ongelmia. Päihdeongelmainen ikääntynyt tulee useimmiten hoitoon muun syyn kuin päihdeongelman takia. Sairaalahoidossa usein vieroitusoireet jäävät tunnistamatta ja vanhuksen oireina olevaa ahdistuneisuutta, unettomuutta ja kiirettä kotiin ihmetellään. Vanhus usein sanoo, että kotona ovat asiat hyvin ja sairaalaan kuuluvat huonommassa kunnossa olevat ihmiset. Alkoholiongelmaisten potilasryhmää leimaa yleensä häpeä ongelmastaan, koska moni ikääntyneessä väestössä on elänyt raittiusliikkeen ja kieltolain aikana. Heidän nuoruudessaan alkoholinkäyttö oli moraalisesti tuomittavaa ja paheksuttavaa. Ikääntynyt ei välttämättä edes osaa yhdistää oireitaan alkoholin käyttöön, vaan pitää niitä esimerkiksi iän tuomana ongelmana. (Seppä, 2003, 2508, Hartikainen & Lönnroos, 2008; Hiltunen, 1994, 1; Aalto & Holopainen, 2008, 1–2)

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

Haastattelu on alkoholin suurkulutuksen diagnosoinnissa paras menetelmä, lisäksi se on vähäkustannuksinen vaihtoehto ja hoitosuhteen rakentamisen kannalta suositeltavin. Kysymyksien määrän ei tarvitse olla suuri, esimerkiksi strukturoidussa kyselylomakkeissa on valmiina oleelliset kysymykset aiheesta. Suositeltavin ja yleisin on AUDIT -testi, jossa on 10 kysymystä alkoholin käytöstä. AUDIT -testi on suunniteltu työikäiselle väestölle ja se ei suoraan sovellu vanhusväestöön, koska riskikulutuksen rajat ovat vanhusväestöllä matalammat. Lisää AUDIT -testissä on kappaleessa 6. Ikääntyneille on suunnattu oma tutkimus, eli niin kutsuttu Otetaan selvää -esite. Vanhusväestön ollessa kyseessä on parhaaksi menetelmäksi todettu alkoholin käytön kartoituksessa haastattelu, joiden tuloksia kyselytestit täydentäisivät. (Seppä, 2003, 2509, Hartikainen & Lönnroos, 2008, 273–274, Aalto & Holopainen, 2008, 2.)

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

Alkoholiongelmaisen hoidosta on tehty myös käypä hoito -suositus, minkä on tehnyt Suomen päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suosituksen tarkoituksena on olla yleisenä ohjeena alkoholiongelmaisen hoidossa eli hoitohenkilökunnan hoidon työvälineenä. Käypä hoito -suosituksessa käydään läpi alkoholiongelma kokonaisuudessa, ongelman selvittämisestä ja alkoholiongelman toteamisesta aina tarkkaan kuvaukseen hoidollisesta puolesta. (Käypä hoito-suositus 2005.)

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

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

Katkaisuhoidon jälkeen mietitään yhdessä potilaan kanssa miten potilas pysyisi raittiina. Tässä vaiheessa kartoitetaan erilaisten tukien tarpeellisuus, eli katsotaan psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot ja tehdään niistä sopiva paketti potilaan tarvetta ajatellen. Psykososiaaliset hoitomuodot perustuvat keskusteluun ja yhdessä tekemiseen. Hoito- ja kuntoutusmuodot pitävät sisällään eri teorioihin perustuvia menetelmien ja työtapojen yhdistelemistä. Tapaamisiin voidaan ottaa potilaan läheiset ihmiset, jolloin kyseessä on niin sanottu verkostoterapia. Vertaistukiryhmä eli alkoholinkäyttäjät yhdessä voivat käydä lävitse alkoholiongelmaansa. Itseapuryhmä, eli AA-ryhmä on yleensä 12-askelmainen kuntoutusohjelma, jolla pyritään



päihitteettömyyteen. Lisäksi hoidon osana voi olla dynaamista psykoterapiaa, missä käydään lävitse potilaan elämänvaiheita ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa, missä käsitellään potilaan ydinuskomuksia sekä lukuisia muita hoitomenetelmiä. (Seppä, 2003, 2510–2511; Käypä hoito-suositus 2005.)

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

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

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

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

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

## 5.9 Alkoholi ja sosiaaliset suhteet

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

## 6 ALKOHOLINKÄYTÖN TUNNISTAMISMENETELMIÄ

### 6.1 AUDIT-testi

Alkoholinkäytön riskit AUDIT -testi on henkilökohtaisesti tehtävä testi kartoittamaan omaa alkoholinkulutusta. Testin taustalla on maailman terveysjärjestö WHO. Riskijuomisen ja alkoholihaittojen kartoittamisessa AUDIT -testi on käytetyin ja tunnetuin testi. AUDIT -testiä käytetään muutoksen esiharkintavaiheessa kartoitettaessa omaa alkoholinkulutusta ja sen aiheuttamia riskejä. Testin uusitus,

internetistä saatavissa olevassa versiossa on 13 yksinkertaista kysymystä alkoholin käytöstä ja alkoholin käytöstä johtuvista epätoivotuista sivuvaikutuksista. Päivitetyssä versiossa otetaan huomioon ikä ja sen vaikutus alkoholin käytön suositusannosmäärään. Paperiversiona on monin paikoin yhä käytössä vanhempi 10 kysymystä sisältävä testi, mikä ei ota huomioon iän tuomien suositusten muutosta. Paperiversiona saatava ”kymmenen kysymystä alkoholin käytöstä” on vain viitteellinen tutkimus kartoittaessa alkoholin riskikulusta. Tutkimus on käyttökelpoinen, kun suhteuttaa annosmäärät tutkittavaan ikään. (Alkoholinkäytön riskit (AUDIT), 2007)

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

## 6.2 Mini-interventio

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

Mini-intervention perustana on alkoholiongelman yleisyyden tiedostaminen ja suurkulutuksen varhainen tunnistaminen. Pitkään jatkunut alkoholinkäytön riskirajojen ylittäminen johtaa pahimmassa tapauksessa alkoholiriippuvuuteen. Tämän riskiryhmän neuvonnasta käytetään nimitystä sekundaaripreventio. Sen edellytyksenä on riskikäytön varhainen tunnistaminen ja tunnetuin menetelmä on mini-interventio.

Alkoholin riskikäytön varhaisen tunnistamisen ohessa potilaalle voidaan tiedottaa alkoholinkäytön haitoista ja motivoidaan häntä suullisin ja kirjallisoin ohjein tottumusten muuttamiseksi. (Seppä, 2003, 57–65 ; Havio, ym. 2008, 120.)

Mini-intervention toteuttaminen on kannattavaa, vaikka kyseessä olisi pitkäaikaisesta riippuvuudesta kärsinyt henkilö tai alkoholin riskikäyttäjät. Mini-intervention onnistuneena tuloksena voi olla onnistunut päihdehoitoon ohjaaminen. Tärkeintä mini-interventiossa on päihteenkäytön puheeksi ottaminen lyhyessäkin asiakaskontaktissa. Parhaimmillaan mini-interventio on ammattilaisen tarjoama muutos ja itsehoidon tuki. Laajimmillaan mini-intervention neuvonta, tuki, ja seuranta on päihdesairaanhoidajan toteuttama hoitajakso jossakin terveydenhuollon yksikössä, kun taas suppeimmillaan mini-interventio toteuttaa ainutkertaisessa kontaktissa asiakkaan kanssa kattavan tiedonannon lyhyesti ja motivoivasti alkoholinkäytön vähentämiseksi. (Havio, ym. 2008, 120.)

Mini-interventiota ei voi toteuttaa irrallisena hoitona. Se toteutetaan osana potilaan kokonaisuhoitoa. Tähän kuuluu neuvonta alkoholiasioissa sekä potilaan oireiden kokonaisuuskirjon tutkiminen. Lisäksi laboratoriotutkimuksia voidaan käyttää mini-intervention tukena. (Seppä 2003, 66.)

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

Terveydenhuollon asiakas voi tarvittaessa sopia interventiokäyntien jakson, joka kattaa yleisesti kolme istuntoa. Seurantakäynneillä kerrataan alkoholinkäytön vähentämisen onnistumista ja tarkastetaan asiakaskohtaisesti sovitut kontrollit, kuten esimerkiksi laboratoriotutkimukset sekä juomapäiväkirja, jos asiakas on tukena sellaista käyttänyt. Kannustaminen on olennainen osa hoitajan toimintaa. Jos asiakas ei ole

päässyt haluttuun, yhdessä hoitajan kanssa sovittuun päämäärään, selvitetään uudet keinot. (Seppä 2003, 66–67.)

## 7 PÄIHDEHUOLTOPALVELUT

### 7.1. Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolain I luvun, ensimmäisen pykälän mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, ja sen myötä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihdehuolto edistää päihteiden ongelmakäyttäjän sekä hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kuntien on huolehdittava riittävä päihdehuolto, joka on sisällöltään ja laajuudeltaan sellainen, kuin kunnassa esiintyvä tarve sitä edellyttää. Päihdepalvelujen järjestäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle sekä terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. 6 § mukaan päihdepalveluja tulee kehittää siten, että päihteiden ongelmakäyttäjää pystytään hoitamaan riittävän hyvin. Hoitoonohjauksen kehittäminen on suuressa osassa päihdehuollon kehityksessä (Päihdehuoltolaki.)

Päihdehuollon palveluja annetaan 7 § mukaan henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Myös päihdeongelmaisen perhe ja läheiset kuuluu palveluun oikeutettujen piiriin. Päihdepalvelujen keskeiset periaatteet ovat palvelun piiriin hakeutumisen oma-aloitteisuus, asiakkaan itsenäisen suoriutumisen tukeminen sekä hoidon luottamuksellisuus. Toiminnassa otetaan huomioon niin päihteiden ongelmakäyttäjän kuin hänen läheistensä etu. Päihdepalveluntarjoajan on otettava huomioon autettavan toimeentulo, asuminen ja työhön liittyvät ongelmat (Päihdehuoltolaki.)

### 7.2 Esimerkkejä päihdehuoltopalveluista

#### 7.2.1 A-klinikkasäätiö

Vuonna 1955 perustettu valtakunnallinen A-klinikkasäätiö on päihdealan järjestö, jonka toiminta tähtää päihde- ja riippuvuusongelmaisten sekä heidän läheisten aseman parantamiseen vaikuttamalla yhteiskuntapolitiikkaan. Se pyrkii tarjoamaan monipuolisia ja luottamuksellisia hoitopalveluita päihde- ja riippuvuusongelmista

kärsiville. A-klinikkasäätiön toiminta rahoitetaan pääasiassa raha-automaattiyhdistyksen avustuksella. Ostopalvelusopimuksia hoito- ja toimintayksiköiden järjestämisestä A-klinikkasäätiöllä on yli sadan kunnan kanssa. (A-klinikkasäätiö)

A-klinikkasäätiö toimii siis niin valtakunnallisesti kuin myös alueellisesti. Säätiö ylläpitää A-klinikoita, nuorisoasemia, katkaisuhuoltoasemia, kuntoutumisyksikköjä, terveysneuvontapisteitä, päivätoimintakeskuksia sekä Järvenpään sosiaalisairaala. Vuonna 2008 A-klinikkasäätiön avohoitopalveluissa oli asiakkaita noin 27 200, kuntoutumispalveluissa noin 4600 sekä asumispalveluissa noin 500 (A-klinikkasäätiö.)

A-klinikat ja A-klinikkatoimen muut yksiköt tarjoavat avohoitopalveluja sekä laitoshoidoa. Avohoitokäynnit ovat maksuttomia. A-klinikalle päästäkseen ei tarvita lähetettä. Laitoshoidon maksuissa asiakkaalla on omavastuuosuus, mihin voi hakea kotikunnalta maksusitoumuksen (A-klinikkasäätiö.)

Hoidon perusolettamuksena on herättää päihderiippuvaisen oma halukkuus muuttaa käyttäytymistään ja/tai edesauttaa jo mahdollisesti käynnistynyttä muutosprosessia. Hoito alkaa usein elämäntilanteen kartoituksella sekä hoidon tarpeen arvioinnilla. Hoito sisältää erilaisia terapiakeskusteluja, neuvontaa sekä ohjausta (A-klinikkasäätiö.)

### 7.2.2 Avohoito

Perusterveydenhuollossa päihdepalvelujen avohoitomallit rajoittuvat päihteidenkäytön tunnistamiseen, eli mini-interventioon ja AUDIT -testiin. Myös päihteiden käytön ehkäisyllä on erittäin suuri rooli perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollolle kuuluu muun muassa päihdeongelman arviointi ja jatkohoitoon ohjaus. Päihdehoitotyötä suoritetaan kaikkialla julkisilla palvelupisteillä, kuten kouluterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kotihoidossa, työterveyshuollossa sekä terveyskeskuksissa. (Havio, ym. 2008, 100; Mäkelä, 2003, 193)

A-klinikat, nuorisoasemat sekä katkaisuhuoltoasemat ovat päihdehuollon

avohoitoyksiköitä. Jo vuodesta 1950 asti A-klinikkatoiminta on perustunut vapaaehtoisuudelle. Omaehtoinen hoitoon tulo on sisällytetty päihdehuoltolakiin. A-klinikan palvelut tarjoavat apua huume-, alkoholi- ja muihin päihdeongelmiin sekä erilaisiin toiminnallisiin riippuvuuksiin. A-klinikkatoimen yksiköt tarjoavat päivystys- ja polikliinislouenteista palvelua virka-aikoina. Päivystyslouenteinen hoitomuoto on lähinnä katkaisuhuitoa, joka voidaan toteuttaa joko 2-5 päivän poliklinikkahoitojaksona tai pidempänä 4-10 päivän laitoshoitopalveluna. Katkaisuhoidolla pyritään katkaisemaan päihteenkäytön kierre, sekä samalla ehkäistään ja hoidetaan vieroitusoireet. Asiakkaalle pyritään luomaan hyvät edellytykset jatkoon, jotta fyysinen ja sosiaalinen kuntoutuminen voisi alkaa. Mahdollisia hoitomuotoja on useita, lääkehoidosta akupunktiohoitoon ja yksilökeskusteluista ryhmäkeskusteluihin. Samalla pyritään suunnittelemaan jatkohoito. Avohoidon polikliinisempi puoli pyrkii tarjoamaan erilaisia terapiota sekä perhe- ja verkostotyötä. Tärkeää on antaa psykososiaalista tukea, tehdä ehkäisevää päihdetyötä, antaa koulutusta ja työnohjausta. (Havio, ym. 2008, 100 – 101 ; Mäkelä, 2003, 194 - 195)

Nuorisoasemat ovat alle 25-vuotiaille tarkoitettuja päihdehuollon avohoitopalveluja. Myös nuoren läheiset voivat käyttää palvelua. Pääasiassa nuorisopalvelut sisältävät erilaisia verbaalisia auttamisen keinoja, kuten terapiota sekä toimintaterapiaa. Kaikki A-klinikan palvelut ovat ilmaisia ja hoitoa saa ilman ajanvarausta. Katkaisuhuito on maksullista, mutta siihen on mahdollista saada kunnalta maksusitoumus (Havio, ym. 2008. 101 ; Mäkelä, 2003, 195)

### 7.2.3 Laitoshoito

Laitoshoidon piiriin voidaan lukea lyhytaikainen katkaisuhuito ja kuntoutushoito. Kuntoutushoito pitää sisällään pidempiaikaisen, viikon tai pisimmillään jopa muutaman vuoden kestävän jatkohoidon. Yleensä kuntoutushoitoa tarvitseva ei ole saanut riittävästi apua avohoidon palveluista. Kuntoutuslaitoksissa ylläpidetään päihhteettömyyttä erilaisten terapioiden, terveysneuvonnan ja psyykkisen terveyden kohentamisen voimin. Tavoitteena on edistää asiakkaan terveyttä, työ- ja toimintakykyä sekä tietenkin tukea asiakasta päihhteettömyyteen. Järvenpään sosiaalisairaala on tunnetuin A-klinikkasäätiön alla toimiva kuntoutus- ja

kehittämiskeskus. Se tarjoaa perhehoitoa lapsiperheille, psykiatrista hoitoa päihdepotilaille, vieroitushoitoa, kognitiivista terapiaa sekä korvaushoitoa. Naisille on oma hoitoyhteisönsä. Päihdehuollon laitoksiin pääsee A-klinikoiden tai sosiaali- ja terveystalvelujen kautta. Asiakas tarvitsee lähetteen sekä maksusitoumuksen (Havio, ym. 2008, 101 ; Mäkelä, 2003. 196.)

#### 7.2.4 Asumispalvelut, ensisuoja sekä päiväkeskustoiminta

Asumispalvelut ovat sosiaalihuoltolain mukaisesti tarkoitettu niille henkilöille, jotka eivät puutteellisen toimintakyvyn takia kykene normaaliin asumisjärjestelyyn oman fyysisen tai psyykkisen kunnon ja talousasioiden vuoksi. Asumispalvelut voivat olla malliltaan ympärivuorokautista laitoshoidoa tai erilaisia tukiasuntoja. Asumispalvelujen päätarkoituksena on lievittää asiakkaan päihdeongelmaa, sekä tukea tämän siirtymistä normaaliin elämään. Yksiköt voivat tarjota elämistä tukevaa toimintaa. Asumispalveluihin pääsee kunnasta riippuen joko A-klinikoiden tai erilaiset yksityisten kiltojen ja yhteisöjen kautta (Havio, ym. 2008, 101 ; Mäkelä 2003, 196)

Ensisuoja on päihdeongelmaisen väliaikainen majoituspaikka. Ensisuoja on apu myös päihtyneille asiakkaille (Mäkelä 2003, 197)

Päivätoiminta pitää sisällään ryhmätoimintaa ja mahdollisesti ravintola- ja pesulapalveluja. Päiväkeskukset voivat toimia myös erilaisina neuvontapisteinä. Päivätoimintaa tarjoaa joko jokin erillinen yksikkö tai sitten se nivoutuu kunnan A-klinikkatoimen palvelujen piiriin (Mäkelä 2003, 197.)

#### 7.2.5 A-Kilta, AA-kerho

A-killta on alun perin A-klinikoiden asiakkaiden perustama, kuitenkin itsenäinen yhdistys. Sen jäseninä toimivat A-klinikoiden entiset ja nykyiset asiakkaat sekä heidän läheisensä. Sen toimintaa ylläpitää jäsenten omatoimisuus sekä keskinäinen auttamisenhalu. A-killloilla voi olla koulutettuja yhteyshenkilöitä. A-killat järjestävät yhteistä harrastustoimintaa, koulutuksia ja virkistys- ja valistustoimintaa. A-killta voidaan nähdä eräänlaisena hoitopaikkana tai tukikohtana varsinaisen A-klinikan



hoidon loppumisen jälkeen (Havio, ym. 2008, 101 ; Mäkelä 2003, 197.)

AA-kerho, eli nimettömät alkoholistit, on Suomessa 60 vuotta palvellut niin sanottu kaveriseura.. Ominaista kerholle on, että siellä ei kerrota nimiä missään vaiheessa. Suomessa on noin 700 eri AA-ryhmää. Kerhon päätarkoituksena on tarjota vertaistukea, sekä auttaa ihmisiä parantumaan ongelmastaan. Kerho toimii pitämällä palaverreja, joihin tullaan täysin anonyymeinä. Palaverissa käydään läpi kerholaisten jakamia kokemuksia, tunteita ja voimavaroja (Nimettömät alkoholistit. 2010.)

Kerhoon pääsemiseen vaaditaan ainoastaan raitistumisentalu. AA-kerholla ei ole jäsenmaksuja tai muitakaan velvoitteita. AA-kerho on itsenäinen sekä omavarainen. Toimintaa tukevat vapaaehtoiset avustukset. AA-kerho ei ole liittoutunut minkään suuntauksen tai laitoksen kanssa (Nimettömät alkoholistit. 2010.)

### 7.3. Päihdehuoltopalveluja Kotkan alueella

#### 7.3.1 Kymen A-klinikkatoimi

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

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

### 7.3.1.1 Avohoito

Avohoito palveluna pyrkii vähentämään asiakkaansa päihdeongelmaa ja tätä kautta psyykkisiä kärsimyksiä. Palvelut toimivat Etelä-Kymenlaakson alueella useiden yhteistyötahojen kanssa. Palvelut tarjoavat asiantuntevaa apua moniongelmaisille sekä heidän läheisilleen monin keinoin. Vaihtoehtoina ovat avokatko, yksilö-, pari- ja perheterapia, ryhmähoito, lääkehoito sekä vaihtoehtoishoito. Kymen A-klinikkatoimen tarkoituksena on pitää hoitoon hakeutumisen kynnyks mahdollisimman matalana ja hoitoa pyritään myös tarjota mahdollisimman nopeasti (Kymen A-klinikkatoimi.)

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

Avohoidon piiriin kuuluvat sekä Haminassa että Kotkassa sijaitsevat päiväkeskukset, mitkä pyrkivät tarjoamaan raittiin ympäristön syrjäytyneelle päihdeongelmalliselle. Päiväkeskuksissa tuetaan raittiutta, siellä on mahdollisuus hoitaa hygieniaansa saunan ja vaatehuollon merkeissä, on mahdollisuus ruokailuun. Nämä palvelut maksavat pienen maksun. Työntekijät arvioivat ja pyrkivät edistämään asiakkaan terveyttä sekä tarjoavat ohjausta ja neuvontaa. Päiväkeskukset ovat auki virka-aikoina arkisin ja viikonloppuisin. Päiväkeskuksiin voi hakeutua vapaasti niiden aukioloaikoina (Kymen A-klinikkatoimi.)

Kotkassa Koskenäyräällä sijaitsee Koskenäyrään toimintakeskus, joka tarjoaa maksullisia avohoitopalveluja. Monipuoliset hoitovaihtoehdot ovat asiakkaan valittavissa, mahdollisuuksia on erilaisista terapioida päihderiippuvuuden- sekä ajokyvyn arviointiin. <http://www.koskenayras.fi/> A-klinikkatoimi tarjoaa myös kuntouttavaa työtoimintaa edistäviä palveluja sekä erilaisia hoitavia ryhmähetkiä (Kymen A-klinikkatoimi)

### 7.3.1.2 Laitoshoidon ja asumispalveluyksiköt

Jos avohoito ei riitä, päihteenkäyttäjän toipuminen turvataan laitoshoidon piirissä. Kotkasta löytyy selviämisasema sekä katkaisuhuoltoasema, missä asiakas saa välitöntä apua. Hoitoon voi hakeutua päihtyneenä. Näissä hoitopisteissä voidaan suunnitella asiakkaan sekä henkilökunnan kanssa pidempiaikainen kuntoutussuunnitelma, mikä toteutetaan hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta (Kymen A-klinikkatoimi.)

Selviämisasema sijaitsee Karhulan alueella. Se on auki 24 tuntia vuorokaudessa. Selviämisasema tarjoaa päihtyneelle suojaa sekä ammattihenkilöiden tarjoamia palveluja. Katkaisuhuolto on myös avoinna ympäri vuorokauden. Katkaisuhuolto on tarkoitettu akuutin päihdekierteen ratkaisuun. Katkaisussa tarjotaan vieroitusoireiden hoitoa, oireenmukaista lääkehoitoa sekä tarjotaan mahdollisuus keskusteluun ja lepoon. Osastolla on myös viikko-ohjelma, johon kuuluu 3 eri hoitoryhmää päivittäin (Kymen A-klinikkatoimi.)

A-klinikkatoimi tarjoamat asumispalvelut ovat tarkoitettu päihdeongelmalliselle, joka ei alkoholidementian tai muiden liitännäissairauksien vuoksi kykene itsenäiseen tai kuntien tarjoamaan asumiseen. Asumispalvelut tarjoavat päihdeettömän asuinympäristön, jossa henkilökunta tarjoaa perushoitotyötä, huolenpitoa, kodinhoitopalveluita sekä mahdollisia yksilöllisiä hoitopalveluita esimerkiksi mielenterveysongelmien hoitoa. Kotkan alueella on viisi erilaista asumispalveluyksikköä. (Kymen A-klinikkatoimi)

Leporannan palvelutalo on tarkoitettu erityisesti ikääntyneille päihdeongelmallisille, joilla on päihdeongelmansa takia vaikeuksia päästä muihin vanhusten asumispalveluyksiköihin. Leporanta tarjoaa kahdenlaisia asumispalveluita, joko lyhempiä jaksoja niin sanotulle lomapaikalle, taikka pidempiaikaista hoitojaksoja, jolloin Leporanta tarjoaa asunnon, ravintopalvelut, perushoidon ja tuen sekä ympärivuorokautisen valvonnan. Kesärantakoti on 14-paikkainen koti erityisesti alkoholidementiasta kärsiville asiakkaille. Siellä henkilökunta on koulutautunut erityisesti alkoholidementoituneen asiakkaan erityistarpeiden ymmärtämiseen. Kesärantakodissa tarjotaan ympärivuorokautista perushoitoa sekä apua arkipäivän toimintoihin. Kesärantakodin toiminta perustuu yhteistyötoimintaan asiakkaan omaisten, läheisten sekä eri palveluntuottajien kanssa. Kymen Kamiina on

asumismahdollisuus Etelä-Kymenlaakson asukkaille joilla on ollut ongelmia löytää alkoholi-ongelmastaan johtuen muita asumismuotoja. Hoito perustuu raittiina pysymisen tukemiseen. Kymen Kamiina tarjoaa asukkaalleen inhimilliset asumisolot valvotusti. Tukiasunnot Kotkan alueella tarjoavat inhimilliset kulut kattavan asunnon päihdeongelmaiselle. Samalla asiakas saa tarpeidensa mukaan kotihoitoa ja muuta tukea ongelmiinsa. (Kymen A-klinikkatoimi.)

Kuntoutuskoti Kotkassa kattaa 20 hoitopaikkaa. Kuntoutuskodissa tarjotaan kuntoutusta sekä hoitoa. Kuntoutuskotiin päästyään päihdeongelmainen viettää raitista aikaa tehden itsetutkiskelua. Kuntoutuskotiin on mahdollista päästä joko A-klinikan eri yksiköiden kautta tai varaamalla neuvotteluaika suoraan paikan päällä. Kuntoutuskodissa pyritään kaikenlaiseen raittiuteen, eli mahdolliset rauhoittavat lääkitykset pyritään jättämään kuntoutuskodin ulkopuolelle (Kymen A-klinikkatoimi.)

### 7.3.1.3 Kymen A-klinikkatoimen hankkeet ja projektit

Kymen A-klinikkatoimi ylläpitää erilaisia projekteja ja hankkeita, joita tukee muun muassa Raha-automaattiyhdistys, Kaakkois-Suomen työ- ja elinkeinokeskus sekä sosiaali- ja terveysministeriö. Projektit pyrkivät kehittämään Kymen A-klinikkatoimen hoitotyön keinoja sekä ratkaisumalleja. Tavoitteet ovat aina asiakaslähtöisiä, eli asiakkaan tulee hyötyä kyseisestä toiminnasta. Projektien tavoitteena on myös löytää uusia rahoittajia sekä yhteistyökumppaneita. (Kymen A-klinikkatoimi)

Hankkeita ovat esimerkiksi Kymen Kamiina, Kymenlaakson sosiaalinen työllistäminen sekä Triangeli-hanke. Kymen kamiina -hankkeessa kehitetään matalan kynnyksen asumispalveluja, Kymenlaakson sosiaalinen työllistäminen -hankkeessa pyritään työllistämään pitkäaikaistyöttömiä ja Triangeli-hankkeessa kehitetään kaksoisdiagnoosiasiakkaiden avohoitomallia. (Kymen A-klinikkatoimi)

Työllistämishanke parantaa pääasiassa pitkäaikaistyöttömien työllistymis- ja koulutusmahdollisuuksia. Asiakkaat ovat projektissa työharjoittelijoina, työvalmennettavina tai puolipäiväisinä työntekijöinä. Hanke on ottanut tavoitteekseen työllistää 80 henkilöä vuosittain. Hankkeeseen osallistuminen edellyttää yhteistyötä työvoimatoimiston tai työvoiman palvelukeskuksen vastuuhenkilöiden kanssa.

Hankkeeseen osallistuvien työt koostuvat pääasiassa erilaisista rakennus-, remontointi- ja entisöintitöistä sekä kiinteistöjen ja piha-alueiden kunnostustöistä.(Kymen A-klinikkatoimi)

### 7.3.2 Muita päihdehuoltopalveluja Kotkan alueella

Sekä Sininauhaliitto että mielenterveystoimisto ovat päihdepuolen yhteistyökumppaneita. Sininauhaliitto on valtakunnallinen kristillistä päihdetyötä tekevien järjestöjen keskusliitto. Se palvelee diakoniselta arvopohjalta jäsenyhteisöjään, kristillisiä kirkkoja sekä seurakuntia. Sininauhaliitto tekee myös yhteistyötä yhteiskunnallisten toimijoiden kanssa. Sen työntekijöinä toimivat useat eri alojen ammattilaiset. Sininauhaliitto toteuttaa kehittämishanketyötä, jonka kautta etsitään uusia ehkäisevän päihdetyön muotoja ja puuttumisen keinoja (Sininauhaliitto, 2009.)

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

Kotkan mielenterveyskeskus sijaitsee Karhulassa. Asiakas pääsee palvelujen piiriin lääkärin läheteellä. Tavoitteena on arvioida hoidon tarve eri työryhmien tuella, ja tämän myötä asiakas saa tarpeisiinsa sopivaa hoitoa eri hoitotyön ammattilaisilta. (Kotkan kaupunki, 2009.)

Myös seurakunta on eräänlaisena vaihtoehtona päihdeongelmaisen auttamiseksi. Seurakunnassa diakonitoiminta pyrkii antamaan henkistä ja hengellistä sekä taloudellista tukea. Myös aikuistyön piirissä on erilaisia palveluja seurakuntansa jäsenille. Seurakunta tarjoaa myös tukikäyntejä asiakkaalle, jos asiakas näin haluaa (Kotkan seurakunta.)

Kotkan Korttelikotiyhdistys on kestävä kehityksen asiakasyhdistys, joka toimii yhteistyössä eri tahojen, kuten erilaisten viranomaistahojen kanssa. Kotkan

Korttelikotiyhdistys ylläpitää neljää eri korttelikotia. Tavoitteena on työllistää työttömiä henkilöitä työllistämistuen avulla vähävaraisten vanhusten tukipalvelutehtäviin. Vanhuksille on tarjolla esimerkiksi siivousapua, kauppa-apua sekä erilaista vapaa-ajan toimintaa. (<http://www.korttelikoti.fi/>)

#### 7.4 Alkoholiiongelman puheeksi ottaminen ja asiakkaan sitoutuminen hoitoon

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

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

Myös Heikki Suhosen tutkimus ”Elämä on pysähtynyt keinu” toi esille samanlaisia tunteita asiakkailla. Tutkimuksessa olevien asiakkaiden suhtautuminen omaan alkoholin kulutukseensa oli vaihtelevaa. Tutkimuksen tulkinnessa on otettava huomioon, että asiakkaiden kontaktit eri hoitotahoihin ovat eripituisia ja näin heidän suhtautumisensa voi kehittyä hoitosuhteen jatkuessa. Takana voi olla myös jonkin asteinen hoitosuhde, joka vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen alkoholin kulutuksesta puhumiseen, vaikka nykyinen kontakti olisi uusi. Osa asiakkaista pystyi

keskustelemaan ongelmistaan suoraan ja peittelemättä. Kuitenkin tutkimuksessa tuli esille asiakkaan alkoholinkäyttöön suhtautumisesta ja siitä puhumisesta sellaisia avainsanoja kuten häpeä, itsesyytökset, toivottomuus, korkea hoitoon tulon kynnyks ja ongelman kieltäminen. (Suhonen, 2005, 35-38, 44.)

Suhosen tutkimuksessa ”Elämä on pysähtynyt keinu” tutkimuskohteesta suurin osa oli niin sanottuun ikääntyneeseen väestöön kuuluvia. Tutkimuksen A-klinikan asiakkaiden suhtautumista alkoholinkäytöstä puhumiseen voidaan tarkastella muun muassa asiakkaan hakeutumisesta hoitoon. Asiakkaista yhdeksän kahdestakymmenestäviidestä hakeutui itse hoitoon. Kyseiset asiakkaat ovat tunnistaneeet omassa alkoholinkäytössä liikkäytön ja haluavat oletettavasti apua ongelmaansa. Voidaan siis olettaa, että kyseiset A-klinikan asiakkaat ovat myös valmiimpia puhumaan alkoholin kulutuksesta ja siihen liittyvistä asioista. Kuusi ihmistä oli ohjattu hoitoon jonkun lähipiiriin kuuluva ihmisen toimesta, kuten puolison, äidin tai ystävän. Näissä tapauksissa voidaan karkeasti tehdä oletus, että asiasta puhuminen hoitotahon kanssa on helpompaa, kun läheiset ovat tuoneet tilanteesta huolensa julki ja asiakas on ainakin jonkin verran joutunut käymään läpi omaa alkoholinkulutustaan. Toisaalta tutkimuksessa on joidenkin asiakkaiden kohdalla hoitoon lähettävä taho täysin ulkopuolinen, kuten jokin terveysalan taho. Näissä tapauksissa asiakas on ohjattu ulkopuolisen ”pakottamana” hoitoon. Suhosen tutkimuksessa tilanne onkin luokiteltu asiakassuhdetta mahdollisesti hankaloittavaksi tekijäksi. (Suhonen 2005, 28, 49.)

## 8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Kymen A-klinikkasäätiön ikääntyneiden asiakkaiden hoitoon ohjautumista sekä heidän tuntemuksiaan palveluntarjoajan väliintulosta. Pyrin myös selvittämään syitä, miksi ikääntynyt on käyttänyt tai käyttää alkoholia. Tutkimuskohteena ovat Kymen A-klinikkasäätiön ikääntyneet, tässä yhteydessä yli 65-vuotiaat asiakkaat.

Opinnäytetyöni tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miksi ikääntynyt käyttää tai on käyttänyt alkoholia?
2. Miten ikääntynyt on hakeutunut tai miten hänet on ohjattu Kymen A-klinikkatoimen palvelujen piiriin?
3. Millaiseksi ikääntynyt on kokenut palveluntarjoajan väliintulon alkoholiongelmassaan?

## 9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus suoritettiin Kymen A-klinikkatoimen tiloissa joulukuussa 2009. Tutkimus suoritettiin teemahaastatteluna ja tutkittaviksi valittiin kymmenen yli 65-vuotiasta päihdeongelmaista. Tutkittavista viisi oli avohoidon asiakkaita ja viisi oli asukkaita asumispalveluyksiköstä. Ennen haastatteluun ryhtymistä haastateltava sai luettavakseen saatteen, missä selvitettiin tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustulosten käyttöä (liite 5). Haastattelutilanteet nauhoitettiin asiakkaiden suostumuksella. Välittömästi haastattelujen jälkeen nauhat purettiin ja litteroitiin. Tämän jälkeen tutkimustuloksia analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

### 9.1 Tutkimusmenetelmä

Toteutin teoretietoa tukevan tutkimuksen Kymen A-klinikan yli 65-vuotiaille asiakkaille, joilla on ollut alkoholiongelma. Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on saada esiin tutkittavan kokemuksia tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on hyvä aineistonkeruumuoto. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään harkittua otantaa, jonka kautta voi helposti perehtyä tarkasteltavaan ilmiöön. Tutkittavassa asiassa pyritään kokoamaan aineisto sieltä missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä tutkittavia jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. Laadullisen tutkimuksen aikana tutkijan oma tietoisuus



tutkimusaiheesta ja ilmiöstä lisäänty. (Nieminen 1997, 215 - 217; Kiviniemi, 2001, 68 – 82.)

## 9.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimusta tehdessä pyrkimyksenä on päästä mahdollisimman lähelle totuutta tutkimustavasta riippumatta. Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus perustuu tutkijan omiin havaintoihin, tulkitsemisiin, intuitioon. Laadullinen tutkimus käsitteenä tarkoittaa kasaa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Tämän tutkimuksen teoriaosa kattaa tämän laadullisen tutkimuksen käsitteitä selvittävää kokoelmaa. Teoria on rakennettu niin, että se on relevantti, eli se tukee tutkimusta ja on käytännöllinen. Hypoteesit eli oletukset ovat merkityksellisiä tutkimuksen kannalta, sillä niiden kautta voidaan testata väitteitä. Metodologia tarkoittaa Metsämuurosen mukaan tutkimusaiheen lähestymistapaa. Metodi taas on se erityinen tutkimustekniikka, jonka tulisi istua tiiviisti teorian, hypoteesien ja metodologian kanssa yhteen. (Metsämuuronen 2005, 198–199.)

Muun muassa Metsämuurosen (2005) mukaan Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu hyvin käyttöön, kun

1. ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista
2. ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista
3. halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai joissa ei voida kontrolloida läheskään kaikkia vaikuttavia tekijöitä
4. halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista joita ei voida tutkia kokeen avulla.

Keskeiset tutkimusmenetelmät kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat havainnointi, tekstianalyysi, haastattelu ja sen litterointi. (Metsämuuronen 2005, 202–203.)

### 9.3 Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu

Haastattelu lienee suomessa yleisin laadullisen tutkimuksen aineiston keruutapa. Haastattelun avulla pyritään selvittämään sitä, mitä tutkittavalla on mielessään. Tutkijan tehtävä on haastattelussa olennainen: tutkija tekee aloitteen sekä johdattelee haastattelun kulkua. Haastattelun ideana on se, että tutkittavalta kysytään suoraan hänen mielipiteitään, kokemuksiaan. Haastattelussa sekä haastattelijalla että haastateltavalla ovat suorassa verbaalisessa vuorovaikutuksessa keskenään. On siis luonnollista että osapuolet vaikuttavat toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72; Hirsjärvi & Hurme, 2004, 34.) Haastattelussa suuri etu on joustavuus, mikä näkyy tutkijan erilaisina mahdollisuuksina aineistonkeruun suhteen, haastattelijan mahdollisuudesta havainnoida tutkimusta tehdessään. Haastattelu antaa mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa haastattelutilanteessa. Haastattelu on erityisen hyvä tiedonkeruumenetelmä silloin, kun halutaan tutkia esimerkiksi arkoja tai vaikeita aiheita. Se takaa riittävän suuren otannan, eli kato jää mahdollisimman pieneksi. Haastattelijalla kykenee saamaan tutkittavasta mahdollisimman paljon irti eri keinoja käyttämällä. Haastattelijalla voi muuttaa kysymysten kyselyjärjestystä ja tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä, jolloin saadaan entistä tarkemmat vastaukset kysytyihin teemoihin (Tuomi & Sarajärvi 2009; Hirsjärvi & Hurme 2004. 35; Metsämuuronen, 2005.)

Haastattelun suorittamiseen on monia eri tapoja. Yksilöhaastattelu ja ryhmähaastattelu suoritetaan kasvoista kasvoihin. Muita muotoja ovat postitettu tai paikan päällä kerätty lomakehaastattelu, tai puhelimitse suoritettu haastattelu. Haastattelu voi olla joko strukturoitu, puolistrukturoitu tai avoin. Haastattelu on kestoltaan muutamasta minuutista useisiin päiviin (Metsämuuronen 2005, 222–223.) Kaikissa erilaisissa haastatteluissa tavoitteena on tutkia ilmiötä ja saada vastaus tutkimusongelmiin. Strukturoitu haastattelu voi olla esimerkiksi lomakehaastattelu. Tämä strukturoitu haastattelu voi olla sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Lomakehaastattelun etuna on sen yksinkertainen kvalifioiminen. Lomakehaastattelussa vastaus pyritään saamaan jokaiseen kysymykseen vastausvaihtoehtojen mukaisesti haastattelijan päättämässä järjestyksessä. Joustavuus sekä havainnointi jäävät tässä strukturoidussa haastattelumenetelmässä vähäiseksi. Strukturoimaton haastattelu eli niin sanottu avoin haastattelu on muoto, jossa käytetään avoimia kysymyksiä. Ainoastaan ilmiö, josta

halutaan tietää, on määritelty. Tavoitteena on saada tutkittava mahdollisimman hyvin avautumaan tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltava ei voi kuitenkaan kysellä mitä tahansa haluamaansa, vaan haastattelu etenee tutkimusongelman, ilmiön asettamissa rajoissa. (Tuomi & Sarajärvi 73 - 77; Eskola & Suoranta 1998, 86-88, 202-205)

Puolistrukturoitu haastattelu eli toisin sanoen teemahaastattelu sopii hyvin käytettäväksi tilanteisiin, jossa tutkimuskohteena ovat arat tai intiimit aiheet. Teemahaastattelulle olennaista on se, että haastattelu etenee teemojen varjossa. Tämä on eduksi niin tutkijalle kuin tutkittavalle. Teemahaastattelu nostaa nimenomaan tutkittavan äänen esille (Hirsjärvi, ym. 2004, 47–48.)

Haastattelu kohdistuu valittuihin teemoihin. Olennaista on, että kysymysten muoto on kaikille haastateltaville sama, mutta kysymysten järjestystä voidaan tarpeen tullen muuttaa. Haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin. (Hirsjärvi & Hurme, 2004; Metsämuuronen, 2005) Teemahaastattelu on määritelty, niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu. Kysymykset ja teemat ovat kaikille tutkittaville samat. Tässä haastattelumuodossa tutkija voi hyödyntää teemahaastattelun joustavuutta. Haastattelun aikana voidaan tarkentaa ja korostaa haastateltavan näkemyksiä ja tulkintoja asioista. Vuorovaikutus on olennainen osa teemahaastattelua (Eskola & Suoranta 1998, 86-87; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 – 75.)

#### 9.4 Sisällön analyysi

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tutkimusaineistolle selkeyttävä ja uutta tietoa antava aineisto. Analyysissä saatu tutkimusaineisto tiivistetään niin, että tutkimusaineistosta poimitaan tutkimukselle olennaisimmat informaatiot luomalla koko hajanaisesta aineistosta yhtenevä, tutkimusongelmiin vastaava tuotos (Eskola & Suoranta 1998,138.) Sisällön analyysi on siis eräänlainen metodi käsitellä saatua tutkimusaineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Abstrahointi on osa sisällönanalyysiä. Abstrahoinnissa pyritään saamaan tutkimusmateriaalista johtopäätöksiä. Tutkimusaineisto hajotetaan käsitteellisiin osiin ja ne kootaan uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Abstrahoinnin jälkeen käsitteet ovat teoreettisella, yleisellä tasolla, eli tutkittavat asiat irrotetaan tutkittavasta yksilöstä, lausumista. (Metsämuuronen 2005)

Litterointi on tutkimusmateriaalin saattamista käsiteltävään muotoon (Hirsjärvi & Hurme 2004, 138). Tässä opinnäytetyössä menetelmänä olivat teemahaastattelut. Haastattelut nauhoitettiin, joten niiden litterointi oli käytännössä nauhoitteiden sanasta sanaan paperille kirjoittamista.

Sisällön analyysin eteneminen tapahtuu portaittain, mistä voitte lukea enemmän kaaviossa 1. Litteroinnin jälkeen saatuun aineistoon paneudutaan perinpohjaisesti. On tärkeää erotella ja merkitä asioita, jotka ovat olennainen osa tutkimusongelmia. Tämän myötä muut asiat jäävät pois analysoinnin piiristä. Seuraavaksi teemoitellaan aineistoa sekä kootaan ylä- ja alakategorioita.(Hirsjärvi & Hurme 2004, 143-150.)

#### 9.4.1 Induktiivinen sisällönanalyysi

Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi voidaan karkeasti jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, toinen vaihe on aineiston ryhmittely ja viimeisessä vaiheessa luodaan teoreettiset käsitteet. Kuviossa 1 on havainnollistettu tämän opinnäytetyön sisällönanalyysin vaiheet. Aineiston pelkistäminen on käytännössä tutkimusaineiston, tässä yhteydessä litteroidun haastatteluaineiston karsimista. Tutkimusaineistosta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäolennaiset tiedot. Pelkistämistä voidaan kuvata informaation tiivistämiseksi. Olennaisinta pelkistämisen kannalta on ymmärtää se mitä karsitaan pois. Tätä ohjaa käytännössä tutkimusongelma. Saatu aineisto pelkistetään esimerkiksi erivärisin kynämerkinnöin. Työn helpottamiseksi värimerkinnät kannattaa listata paperille (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–110.)

Aineiston ryhmittelyvaiheessa tarvitaan värikoodattuja alkuperäistietoja. Samankaltaisuudet kootaan ja ryhmitellään käsitteiksi, sekä nimetään ne omaksi ryhmäkseen muodostaen ala- ja yläkategorioita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.) Viimeisessä vaiheessa, eli käsitteiden luomisen vaiheessa, tutkimuksesta erotetaan olennaiset tiedot, joiden perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110 - 111.)

Induktiivinen sisällön analyysi on siis käytännössä käsitteiden yhdistelemistä, mistä saadaan vastaukset tutkimusongelmiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

## 9.5 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimus suoritetaan teemahaastattelun muodossa yksilöhaastatteluna kymmenelle ikääntyneelle, tässä yhteydessä yli 65-vuotiaalle Kymen A-klinikkasäätiön palvelun piiriin kuuluvalle asiakkaalle heidän alkoholinkäytöstään sekä palveluun hakeutumisestaan. Kohderyhmä sisältää asiakkaita avohoidosta sekä laitoshoidosta. Teemahaastattelussa pyrkimyksenäni on selvittää syitä ikääntyneen alkoholinkäytölle, miten hän on hakeutunut Kymen A-klinikkasäätiön palvelujen piiriin sekä sitä, millaisia tunteita hoitohenkilökunnan väliintulo on aiheuttanut ikääntyneessä. Haastatteluhetket nauhoitetaan, jonka jälkeen ne litteroidaan tekstimuotoon. Vastaukset tuhotaan välittömästi niiden käytön jälkeen. Tekemällä teemahaastattelun asiakkaille, saan juuri heidän äänensä kuuluviin. Tällä tavoin tutkimuksestani tulee asiakaslähtöinen ja parhaiten työelämää palveleva. Opinnäytetyön valmistuttua tutkimustulokset julkaistaan ja luovutetaan Kymen A-klinikkasäätiön käyttöön. Teemahaastattelu toteutetaan Kymen A-klinikkatoimen ylläpitämissä tiloissa.

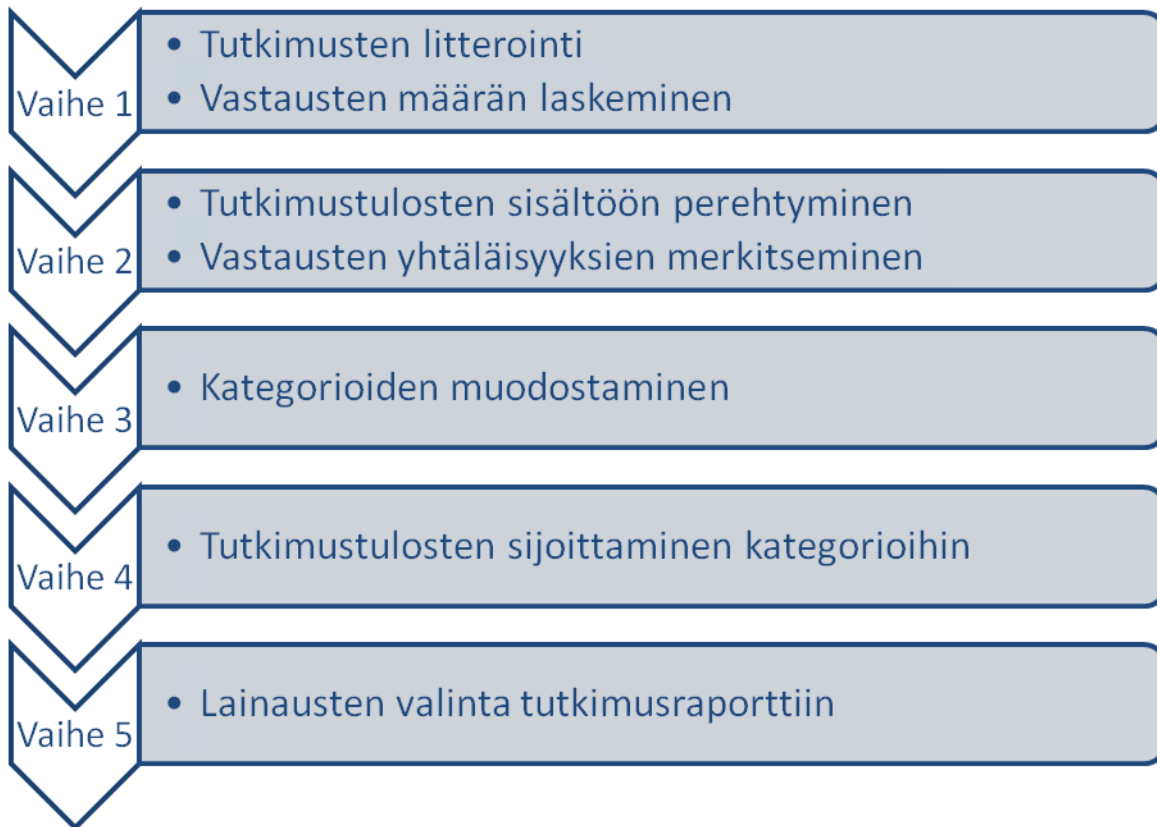
Toteutin tutkimuksen Kymen A-klinikan tiloissa. Viisi haastattelua suoritettiin avohoitopalveluiden tiloissa. Näistä viidestä 3 haastattelua oli päiväkeskuksen ja 2 haastattelua Päihdeklinikan asiakkaiden aamuryhmän tiloissa. Haastattelut toteutettiin tiloissa, jotka olivat asiakkaille entuudestaan hyvin tutut. Niin päiväkeskuksessa kuin päihdeklinalakaan ei tällöin ollut muita asiakkaita, vaan henkilökunta, haastateltava sekä tutkija. Haastattelut suoritettiin syrjäisessä huoneessa, ovet lukittuna, jotta sinne ei kukaan ulkopuolinen pääsisi. Nämä haastattelut olivat kestoltaan puolesta tunnista reiluun tuntiin. Häiriötekijöitä ei ilmennyt haastattelujen aikana ja tekniikka, eli nauhoitus toimi moitteettomasti koko haastattelujen ajan. Virhetulkintoja ei sen suuremmin tutkijan näkökulmasta syntynyt, sillä kysymykset olivat yksinkertaistettuja ja esitestattuja. Tutkijan kokemattomuus saattoi jossakin tapauksissa häiritä, sillä nauhoja litteroidessani huomasin monia lisäkysymyksiä, joita olisin kuitenkin voinut esittää asioita tarkentaakseni.

Asumispalveluyksikössä haastattelin viittä ihmistä. Haastattelut suoritettiin heidän omissa huoneissaan. Häiriötekijöitä ei syntynyt. Asiakkaat täyttivät kaikki ikäkriteerit, mutta huomioon tulee ottaa asiakkaan mahdollinen sulkeutuminen ja dementia. Tarkentavilla kysymyksillä sain vastaukset tutkimusongelmiini. Haastattelut vaihtelivat kestoltaan 15 minuutista vajaaseen tuntiin. Virhetulkintoja olisi saattanut

syntyä niiden asiakkaiden keskuudessa, joilla oli huono kuulo, mutta nämä pystyin oikaisemaan hyvin toistamalla ja yksinkertaistamalla kysyttävän kysymyksen.

## 9.6. Tutkimusaineiston analysointi

Litteroinnin jälkeen aloitin aineiston analysoinnin induktiivisella sisällönanalyysillä, jonka eteneminen on esitetty kuviossa 1. Tutkimusotos oli 10 henkilöä. Aineistoa haastatteluista litteroinnin jälkeen kertyi yhteensä 37 sivua. Tein vastauksiin värikoodeilla merkintöjä vastaavuuksista tutkimusongelmiin. Tämän jälkeen ryhmittäin muodostin tutkimusongelmien ja teemojen pohjalta alakategorioita, joiden pohjalta taas muodostin yläkategoriat. Yläkategorioille muodostin otsikot tutkimusongelmien ja teemojen mukaan, jotta sain vastaukset haluamiini kysymyksiin. Kuviossa 2 on esitetty tutkimuksen analysointi induktiivisella sisällön analyysillä. Sisällönanalyysistä ja induktiivisesta sisällönanalyysistä voi lukea teoritietoa kappaleessa 9. Kategorioiden pohjalta valitsin lainauksia haastatteluista havainnollistamaan tutkimustuloksia. Seuraavassa kuviossa 2. on kuvattu teoritietoa tukevan tutkimuksen induktiivinen sisällönanalyysi. Kuvio 2 on liitteenä opinnäytetyön liitteissä.



Kuvio 1. Tutkimusaineiston analysoinnin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi. 2002. 11.)

## 10 TUTKIMUSTULOKSET

### 10.1 Alkoholinkäyttöön liittyvät tekijät asiakkaan kuvaamana

Halusin tutkimuksessani selvittää, miksi ikääntynyt käyttää alkoholia, sekä mitkä ovat mahdollisia taustatekijöitä juomiselle. Tarkentavina kysymyksinä esitin alkoholinkäytön muuttumiselle altistavia tekijöitä sekä mielteitä ikääntyneen alkoholiriippuvuudesta.

Jokainen haastateltava kertoi elämäkokemuksiin viittaavia tekijöitä syynä alkoholin juomiselle. Työpaikalla oli merkitystä suurimmalle osalle vastaajista, heille työpaikalta oli helppo saada alkoholia. Tilipäivä, työkaverit sekä työporukat ja yhteinen vapaa-ajanvietto olivat myös syitä alkoholin käytölle. Nämä tekijät olivat osalla myös alkoholinkäyttöä lisääviä tekijöitä. Itse työ oli toisille niin ikään lisäävä, mutta toisille vähentävä tekijä. Muutamalla haastateltavista työpaikalla pystyi

olemaan humalassa. Osa sitten piti työtä nimenomaan alkoholinkäyttöä vähentävänä tekijänä, sillä työt piti kyetä tekemään. Lopputili oli useamman haastateltavan alkoholinkäyttöä lisäävä tekijä. Se oli myös syynä alkoholinkäytölle:

*”Satama oli lähellä...”*

*”Laivasta viinanhaku...”*

*”Ku vaimoki otti...”*

*”Tilipäivänä oli aina kekkerit...”*

*”Työmaal siel otti niin moni. Kai se oli sellain lisäävä tekijä...”*

*”Satamasta sitä sain...”*

*”Ei ne pomot välittäny...”*

*”Työnantaja kantaa viinaa työmaalle. ”Siel on viinaa, hae sielt”, mitä helvetin oikeutta niil on yllyttää meit ryyppää?...”*

Erilaiset muutokset arjessa olivat haastateltavien mielestä syy alkoholinkäyttöön, tai vaihtoehtoisesti alkoholinkäyttöä lisäävä tekijä. Avioero, henkilökohtaiset fyysiset ja psyykkiset ongelmat, sekä aviottomuus nähtiin konkreettisina syinä alkoholismille:

*”Ihmissuhteet rakoili...”*

*”Se oli sellasta ajantappoa...”*

*”Se niinku rentoutti...”*

*”Tuli avioero ja lopputili...”*

*”Minulle se oli tunne-elämän sairaus. Oli tunteiden ristiriitoja...”*

*”Heikko itsetunto...”*

Muita syitä olivat puhdas kokeilunhalu, erilaiset asenteet kuten: ”kun muutkin, miksen minäkin”. Alkoholiksi oli osalle myös aikuisuuden merkki, ratkaisu ongelmiin sekä tapa viettää vapaa-aikaa. Yksi haastateltavista raportoi myös sodan aiheuttamista tunne-elämän muutoksista syynä käytölle:

*”Nuorena poikana kokeilemalla sitte...”*

*”Nuorilla kaikilla sellain aikuisuuden merkki...”*

*”ku näki että toisetkii on humalas ni miks en mäki...”*

*”kokeilunhaluahan se oli...”*

*”Kuhan alotin käyttää...”*



*”Ei ollu muuta sellasta tekemistä vaikka jatkuvast oli töitä ja muuta...”*

Muutoksia alkoholinkäyttöön raportoitiin myös useita. Lisävinä tekijöinä koettiin elämäntilanteen muutos, kuten lopputili tai avioero. Seura ja kaverit, krapulan parantaminen ja tilipäivä raportoitiin usein:

*”Huonot kokemukset ja muistot sodasta lisäs sitä juomista...”*

*”omasta halusta vähensin, Se oli mulle sellasta omien rajojen tutkimista...”*

*”No vähentäviä tekijöitä saatto olla huono olo...”*

*”Et pysty käyä töissä, piti olla selvin päin...”*

*”Emmä koskaa kokenu olevani riippuvainen. Pystyin kyl lopettamaa jos halusin. Mut ku en halunnu...”*

*”Voisin sanoa että lisääntymistä aiheutti sellanen likanen olo. Kapatki oli lähellä...”*

*”Piti vaan saada viinaa. Mieliteko. Oli kavereita, ne aina tarjos...”*

*”Nyt lähetää se sano. Muuta ei tarvinnu...”*

## 10.2 Päihdeongelmaiselle suunnattujen palveluiden tietämys ja niiden käyttö

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten hyvin ikääntynyt päihdeongelmainen tuntee ja tietää mahdolliset palvelut kuntansa alueella ja kuinka he ovat ajautuneet palveluiden piiriin. Lähes jokainen vastaus osoitti sen, että katkaisuhuoltoasema on ollut A-klinikkapalvelun käyttöön ensimmäinen askel. Moni haastateltavista koki, että heillä on ja on ollut jokseenkin huono tietämys muista mahdollisista palveluista Kotkan alueella. Silloinen huonoksi koettu ohjaus esimerkiksi katkolta on myös ollut yksi tekijä siihen, että muut A-klinikan palvelut olivat hämärän peitossa:

*”Menin ensin katkolle, ja sielt sain tietoo klinikast ja kahvipaikasta...”*

*”... Eikä ne klinikaltakaa ohjannu eteepäin. Kolliinil oon ollu monet kerrat, sielt sanottii et tänne pääsee. Sit mä sanoin et mä lähen...”*

*”Emmä sillo tiennykkää mistää muista näistä ku täst turvalast. Nyt kun miä oon ollu*

*tän projektin mukaan ni täällähän on nää kaikki leporannat ja kaikki...”*

*”Kavereilt olin saanu tiedon a-klinikan palveluista, ite en oo selvittänyt mitää. Emmä siel katkol saanu mitää tietoo muist mahollisist palveluista. Siel ei pahemmin ohjattu eteenpäin...”*

Suurin tietolähde kaikista palveluista on ollut päihdeongelmaisen tuttu, työkaveri ja kaveri sekä päihdeongelmaisen itsensä tietämys. Usein tuli ilmi, että tietoa sai työkavereilta, jotka olivat itse käyttäneet esimerkiksi katkoa. Omakohtaisessa hoitoon ohjautuvuudessa syynä ovat olleet henkilön huono kunto. Omaisten osuus hoitoon ohjautumisessa on ollut pieni. Vain muutama ikääntynyt kertoi omaisten tai perheen vaikuttaneen palveluun hakeutumiseen. Työpaikka ohjasi eteenpäin myös pientä osaa vastaajista. Sairaalasta eteenpäin ohjautui osa vastaajista.

*”Oon tullu tänne omiin nimiin. Olin nähny filmin...”*

*”Turvalas oon käyny, makas, selvitin pääni. Omast päästäni mä sinne keksin mennä, ku tiesin vaa et on sellain laitos...”*

*”Lehdestä olin lukenu, sieltä sain ite tietoa...”*

*”Emmie o mistää tietoo kyselly enkä ees halunnu. Ainahan sitä on tienny et tällänen on, a-klinikka. Kavereilta kuulin ja ite tiesin. Ei ne lääkärit tai kukaa muukaa mitää sanonu...”*

*”Lehdestä olin lukenu, sieltä sain ite tietoa...”*

*”Sairaalasta pääsin tänne leporantaa.. ”*

*”Kolliinille mut on viety, emmä olis sinne ite halunnu. Putkasta veivät...”*

Muista päihdepalveluista, kuten A-killasta, AA-kerhosta ja seurakunnan palveluista oli tietoa vain puolella haastateltavista. Ainoastaan harva ikääntynyt tiesi esimerkiksi Sininauhaliiton tarjoamat palvelut, sekin tieto oli peräisin A-killalta. Kaikilla tieto oli tullut kavereilta ja muilta, jotka olivat kyseisiä palveluita käyttäneet. Eniten muista mahdollisista palveluista käytettiin seurakuntaa, sekä vapaaehtoisia ryhmiä kuten A-killtaa ja AA-kerhoa. Suurin osa haastateltavista, ei edes kokenut haluavansa tietoa muista päihdepalveluista lisää. Haastateltavista muutama ikääntynyt taas olisi kaivannut ongelmassaan lisätietämystä:

*”Ei mulla o mitää tietoo mitä muut palveluit tääl on. Ei minuu oo koskaa ees kiinnostan nää muut palvelut...”*

*”Emmiä tunne oikee, enkä nyt tarvi ees oikee lisää tiatoo. Tää palvelu on riittäny mulle... A-klinikka on ollu ihan riittävä, emmiä o tarvinnu mitää muuta...”*

*”A-klinikan apujen avulla oon pystyn olee ilman. Mä koen et nää palvelut riittää. Oon saanu tält lääkärit paljo apuu”*

*”Sillon siis alus varmasti miä olisin kaivan erittäin paljo sellasii tietoi siitä että mitä muuta olis ollu tarjol...”*

### 10.3 Pähdeongelmaan puuttuminen – Asiakkaan kokemuksia

Haastatteluissa ilmeni että asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä tullessaan hoitoon. Kuitenkin hoitajan väliintulo sekä palvelun käytön aloitus aiheuttivat alkuun paljon erilaisia mielipiteitä. Esiintyi niin pelkoa, helpotusta, kuin eräänlaista välinpitämättömyyttä. Vastaajista osa koki häpeää. Helpotus ja kiitollisuus kuitenkin nousivat esiin jokaisen haastateltavan kohdalla:

*”Sanotaa ku mä menin tonne kuntoisuuskeskukseen ni se oli helpotus ja hoitajat erittäin ystävällisiä. Mä koin sen erittäin hyväks...”*

*”Ei se oikee mitää tunteit herättäny että tännekki ku tuli vaa ja makas ittesä ja yritti jotaa tehä et niinku vähä kuntoo sais ittesä ni sen puolest sit niinku tuli aina ettei työmaalla sit ollu ihan et mitä nyt tekee. Se oli vaa niinku et saa työt tehtyy...”*

*”Emmä mitenkää kokenu sitä. Tiesin vaa sen et tääl pääsee hyvää paikkaa, pääsee rannalle istuu ja saa ongen käteen. Oli se helpotuski ku tänne pääs, tänne...”*

*”Kyllä siinä häpeän tunnetta oli. Emmä olis koskaa tänne toivonu joutuvani. Katko ei auttan mitää...”*

*”En kokenu minkäälaiseksi. Oli helpotus ku tänne pääs...”*

*”Häpeää en tuntenu koskaa. Töissä vaan tuli leimattu olo, mut en mä välittäny näist sillon Ku siel oli monii muita joka siel oli käynny minuu aikasemmin...”*

*”Sillon vähä pelotti vaikkei siel mitää pelottavaa ollu, Ku oli ihan outo paikka ja kova krapula. Se sai ihmisen pelkäämää...”*

*”Kiitollisuuden tunne...”*

*”Tää oli se mikä piti jaloillaa...”*

Henkilökuntaan suhtauduttiin hyvin, joskin muutamalla tutkittavalla oli ollut ennakkoluuloja hoitohenkilökunnan suhteen. Nämä ennakkoluulot pyyhkiytyivät kuitenkin pois hoidon edetessä. Positiivisia tuntemuksia herätti yhteenkuuluvuuden tunne, se, että oli mahdollisuus saada jotain tekemistä. Huomattavan moni haastateltavista toivoi katkaisuhuoltoasemalle enemmän toimintaa ja aktiviteettia, mutta pieni osa vastaajista taas ei kokenut mitään lisätarvetta:

*”Hoitohenkilökunta oli erittäin hyvää ja osaavaa...”*

*”Puhuminen, siel pysty kertoo. Luottamus ehdoton. Edes joku sellain henkilö jonka kanssa voi puhua...”*

*”Se oli sillon ihan kunnan porukka ottamas vastaa. Sitä vaan mielti että mitähää varte toikii on tääl istumas...”*

*”Ekan kerran koki häpeää, koska itseaiheutettu tila. Ei enää tunne häpeää. Oli väärät kuvitelmat asennoitumisesta. Pelkäsi syyllistämistä mutta ei sitä ollukkaa...”*

*”Tuntu hyvältä, tuli positiivinen tunne. Tulin ku ite halusin, sain seuraa...”*

*”Sinne katkon märkää päähän pitäis saada enemmän aktiviteettiä. Sä vaan makaat siel, käyt tupakal, käyt syömäs. Sit taas poltat tupakan, makaat. Se on turhauttavaa. Haluu vaa pois sieltä..”*

Hoitajan puuttuminen ikääntyneen alkoholinkäyttöön oli suuremmalle osalle tutkittavista luonnollinen ja täysin ymmärrettävä asia. Kuitenkin joukkoon mahtui ikääntyneitä jotka kokivat epämiellyttävänä sen, että hänen yksityiselämäänsä puututtiin. Tunne kuitenkin hävisi ajan myötä:

*”Hoitajan väliintulo ja raittiina olo ei häirinny...”*

*”Ei se väliintulo häirinny ollenkaa. Se on varmaa joku aA-klinikan henki, ei se häirinny. Sitte vaikka tota niinku tässäku ku alko käymää ja tuntemaa porukkaa ni sitä niinku halus olla jo iteki selvä. Oli kaikkee pientä hommaa tääl...”*

*”Raittiina olo aiheutti ärsytystä ku oli pakko olla raitis. Puututtii yksityiselämää. Oli siinä helpotuksenki tunnetta. Jotenki se vaan oli. Ku tiesi että täällä saa apua...”*

*”Ei se haitannu, senhän ymmärs jokainen. Oli ainoastaa hyvä olo ku tiesin et saan apuu...”*

*”En kokenu hoitajan väliintuloa kielteisenä koska olin pohjalla. Ei henkilökuntaa kohtaan koskaan mitää negatiivisia tunteita..”*

## 11 POHDINTA

Tarkastelen opinnäytetyöprosessin etenemistä kokonaisuudessaan arvioiden ensin koko opinnäytetyötä, sen eettisyyttä sekä luotettavuutta ja sitten tutkimuksen tuloksia. Lopuksi esitän ehdotuksia työlleni sopivista jatkotutkimusehdotuksista. On huomioitava, että tutkimuksessa luotettavuus ja eettisyys kulkevat käsi kädessä, joten opinnäytetyön luotettavuuden pohdinta on osa työn eettisyyden pohdintaa.

### 11.1 Laadullisen tutkimuksen eettisyys

Tieteenteon perusideana on tuottaa uutta tietoa rehellisesti ja objektiivisesti tutkijan näkökulmasta. Etiikka voidaan ymmärtää eräänlaisena päätöksentekotaitona (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 15.) Etiikka pohjautuu kysymyksiin siitä, mikä on hyvää, mikä pahaa, mikä oikeaa ja mikä väärää. Näihin kysymyksiin ei ole suoraa vastausta, vaan jokainen ihminen määrittelee vastauksensa kysymyksiin. Myös tutkimuksen tekoon liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijoiden on otettava huomioon. Tutkimustyön eettiset kysymykset nousevat pintaan etenkin hoitotieteessä, jossa tarkoituksena on tutkia inhimillistä toimintaa. Hoitotyön tutkimustöissä eettiset ongelmat ovat erilaisia, koska ihmistä tutkitaan tietoisena ja toimivana subjektina (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 26.) Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi, ym. 2008, 23.) Tutkijat ovat vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 26.) Suomessa erilliset julkiset elimet valvovat tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Opetusministeriö sekä useat yliopistojen eettisen toimikunnat ovat laatineet ohjeet tieteellisen menettelytapojen noudattamiseen. (Hirsjärvi, ym. 2008, 23.)

Laadullisessa tutkimuksessa etiikan merkitys korostuu, koska tutkimusaineisto saadaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa - esimerkiksi haastatteleamalla. Tutkittavien ääni pääsee konkreettisesti esille. Mitä vapaamuotoisempi

tutkimusmateriaalin hankintakeino on, sitä suurempi merkitys on etiikalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tutkimuksen päämäärä ja tulokset saavutetaan. Tutkimuksessa moraalit ja etiikka kävelevät käsi kädessä. Moraali näyttäytyy tutkimuksessa tutkijan toimintana ja asenteena tutkittavia kohtaan. Se, miten tutkija toimii, vaikuttaa myös aina muihin. Moraali pitää sisällään ihmisen käsitykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. (Mäkinen, 2006. 8–12.) Hyvä tieteellinen käytäntö on edellytys sille, että tutkimus on luotettava ja eettinen. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusta tehdessä. Tutkija käyttää eettisesti hyväksyttäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijan on myös otettava huomioon muut tutkijat arvostamalla heidän työtään. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2004.)

Eskolan ja Suorannan mukaan tutkimusetiikan pohjana on se, että tutkimus ei loukkaa ihmisarvoa, vaan kunnioittaa sitä. Tutkimus ei saa siis loukata tai aiheuttaa minkäänlaista vahinkoa tutkittavalle. Tutkittavalle pitää antaa riittävä informaatio muun muassa anonyyminä pysymisestä, luottamuksellisuudesta, tutkimuksen luonteesta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Nämä normit tulee täyttyä tutkimuksen alusta julkaisuun asti. (Eskola & Suoranta)

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään; Ensimmäinen ryhmä liittyy tiedonhankintaan ja toinen tutkittavien suoja koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta valittaessa on kysyttävä ja varmistettava kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Ongelmakohta on ollut usein se, tuleeko valita vai välttää muodinmukaisia aiheita tai helposti toteutettavia aiheita, sillä niiden tärkeys ja yhteiskunnallinen merkitys voi olla arveluttava (Hirsjärvi, ym. 2008, 23–24.)

Tutkimuksessa lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisen autonomiaa kunnioitetaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää haluaako hän osallistua tutkimukseen. Peruskäytäntönä on, että tutkittavalta henkilöltä saadaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittava perehdytetään tutkimukseen liittyviin seikkoihin ennen suostumuksen antamista. Perehtymiseen vaaditaan tietoa siitä, mitä tutkittavalle tulee tapahtumaan ja mitä voi tapahtua tutkimuksen kuluessa. Nämä asiat

tulee esittää ymmärrettävästi, jotta tutkittavan suostumus olisi pätevä sekä vapaaehtoinen (Hirsjärvi, ym. 2008, 23–24.)

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

Tuomen ja Sarajärven (2009) Mukaan tutkimusaiheen valinta on itsessään eettinen valinta. Tärkeää on määritellä nimenomaan se, kenelle tutkimus suunnataan ja miksi tutkimus tehdään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–130.) Kuten jo tässä luvussa aiemmin on tullut ilmi, tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Hyvä tieteellinen käytäntö, eli ”Good scientific practice” on uskottavuuden perusta. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa käytännössä luotettavaa ja johdonmukaista työskentelyä tutkimusprosessin edetessä. Tutkimusta tehdessäni olen välttänyt tieteellisen käytännön loukkaavat tekijät. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi vähättely, harhaanjohtava raportointi tai tulosten puutteellinen kirjaaminen, esimerkiksi haastattelumateriaalin puutteellinen säilyttäminen. Suomen Akatemian tutkimuseettinen neuvottelukunta lisää vielä tieteellisen käytännön loukkaaviin tekijöihin vilpin, eli tulosten ja havaintojen vääristelyn, sepittelyn tai luvattomasti lainaamisen ja tulosten esittämisen omanaan. Jotta hyvä tutkimuksen tieteellinen käytäntö toteutuu, vastuu siitä on tutkijalla itsellään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132 –133 ; Hirsjärvi ym. 2008, 23 –27. )

Opinnäytetyöni eettisyys tulee esiin aiheen puolueettomassa käsittelyssä. Puolueettomuus näkyy siinä, että tutkijana en ole asettunut mihinkään rooliin tutkimusta tehdessä, vaan tarkastelen tutkimusongelmaa eri näkökulmista. Luotettavuuden maksimoimiseksi olen kirjannut lähdeviitteet sekä teoriaosan tekstin sekaan että lähdeluetteloon.

Teoriaosion valmistelun jälkeen tuli aika ottaa yhteyttä A-klinikkasäätiöön tutkimuslupien takia. Yhteistyö on ollut sujuvaa. Tutkimusluvut myönnettiin joulukuun 2009 loppupuolella. Yhteydenotot tutkimuskohteiden ammattihenkilöstöön sujuivat myös erittäin hyvin. Yhteistyötahot olivat motivoituneita auttamaan ja opastamaan tarpeen tullen. Työntekijöiltä sain arvokasta tietoa mahdollisista tutkittavista, kuten asiakkaan iän, sekä muut mahdolliset yhteistyötahot.

Tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimus ei loukkaa tutkimukseen osallistuvien ihmisoikeuksia (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2004). Tämän varmistamiseksi tutkimukseen osallistuvilta on pyydetty suostumus tutkimuksen osallistumiseen. Heille on annettu etukäteen saatekirje, josta selviää miten tutkimus suoritetaan ja miksi (liite 5). Saatteessa on korostettu sitä, että tutkittavat voivat halutessaan osallistua tutkimukseen, eli vapaaehtoisuutta korostetaan. Haastattelutilanteissa suojasin tutkittavien anonymiyyttä kertomalla, että heidän ei tarvitse mainita nimiä missään vaiheessa haastattelujen aikana, sillä esittäytyminen heidän osalta oli tarpeetonta. Tutkijana en siis missään vaiheessa saanut tietoon tutkittavien nimiä.

Tulokset esitän työssäni mahdollisimman havainnollistavasti, realistisesti. Olen suojellut tutkittavien yksityisyyttä ja varmistanut haastateltavien anonymiuden. Olen litteroinnin yhteydessä kirjoittanut haastattelut nauhalta sanasta sanaan, mitään pois jättämättä. Haastattelumateriaali poistettiin nauhoittimesta välittömästi litteroinnin jälkeen. Litteroidut materiaalit pidin lukkojen takana, joten niiden ainoa käsittelijä olin minä, tutkija.

## 11.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Hyvän laadullisen tutkimuksen tekeminen on mahdollisesti vaativampaa kuin hyvän määrällisen tutkimuksen tekeminen. Tämä johtuu keinoista hallita tutkimustulosten metodiikkaa. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset perustuvat tutkijan intuition, tulkintaan, järkeilykykyyn sekä yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin. Samasta aineistosta pystytään tulkitsemaan päätelmiä monella tapaa. (Metsämuuronen, J. 2005.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös suuresti se, miten tutkija raportoi tutkimuksen toteuttamisen olosuhteista (Hirsjärvi,



ym. 2008, 227).

Teemahaastattelu on menetelmä, jolla tutkimuskohteista saadaan tietoa. Haastattelutilanne on otettava huomioon siltä kannalta, miten luotettavana tai epäluotettavana saatuja tietoja voidaan pitää. Haastattelijä vaikuttaa aina tutkimuskohteeseen ja sitä kautta saadun tiedon luonteeseen ja luotettavuuteen (Alasuutari 1999, 142.)

Haastattelun aikana on kiinnitettävä huomiota aineistonkeruun laaduntarkkailuun. Haastattelumuotoisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa haastattelurungon muodostaminen sekä tutkijan kokemus ja sen kartuttaminen ennen haastattelutilannetta. Mahdollisimman nopea litterointi edistää haastattelun laatua. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 184-185.)

Koska laadulliselle tutkimukselle ei ole niin sanottuja suoria keinoja tulkita luotettavuutta, tulee sen luotettavuutta arvioida kokonaisuutena, jolloin sen sisäistä johdonmukaisuutta, eli koherenssia, tulisi erityisesti painottaa. Tuomi (2009) on määritellyt 10 kohtaa, joilla laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida. Nämä kohdat ovat tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoutuminen tutkijana tutkimukseen, aiheaineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantajasuhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus sekä tutkimuksen raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134 - 141; Hirsjärvi, ym. 2008, 226 - 227; Eskola & Suoranta 1998, 210-212.)

Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on ollut tarkoitus mitata, eli käytännössä tutkitaanko tutkimuksessa sitä mitä on luvattu. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa mittaustuloksen toistettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa näiden käsitteiden käyttöä on kritisoitu, koska kyseiset käsitteet ovat syntyneet arvioimaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen validius voi olla epäselvä, koska tutkimuskohteena ovat ihmiset ja heidän kuvauksensa tutkimusongelmasta ovat ainutlaatuisia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134 - 141; Hirsjärvi, ym. 2008, 226 - 227.)

Työssäni olen käyttänyt ajankohtaista ja uutta tietoa, pääasiassa olen käyttänyt vuoden 1999 jälkeen painettuja teoksia. Teoriaosa on rakennettu luotettavan ja ajankohtaisen

teoriatiedon pohjalta. Pääsääntöisesti olen käyttänyt erilaisia teoksia ja Internet-sivustoja, sekä tieteellisiä lehtiartikkeleita sekä yliopistojen tutkimuksia mahdollisuuksien mukaan.

Opinnäytetyössäni tutkittavia oli kymmenen. Tutkimusmenetelmänä oli teemahaastattelu. Tutkimuksella kartoitin ikääntyneiden alkoholinkäytön syitä, hoitoon ohjautuvuutta sekä tuntemuksia hoitajan väliintulosta. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole niin suurta merkitystä kuin määrällisessä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Aineistonkeruumenetelmään nähden tutkimusotos oli mielestäni sopiva tälle tutkimukselle. Tutkimuksen luotettavuutta lisää edelleen se, että teemahaastattelun rakenne esitettiin tutkimuskohdetta vastaavanlaisilla henkilöillä. Tämän myötä kykenin vielä muokkaamaan kysymyksiä, kysymysjärjestystä sekä tein tarvittavia tarkennuksia. Esihaastattelun myötä sain tuntumaa haastattelutilanteeseen, joten varsinaiset haastattelutilanteet eivät jännittäneet ja osasin käsitellä moitteettomasti nauhoitelaitetta.

Tutkimustulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon se tosiasia, että tutkittava saattaa jättää kertomatta olennaisia asioita, muunnella totuutta tai muistaa väärin. Tämän suhteen tutkijalla on kuitenkin työkaluja välttää joitakin virheitä, sillä teemahaastattelu on tutkimusmenetelmänä melko joustava. Mielestäni sain vastaukset tutkimusongelmiini, eli tutkittavien näkökulma tuli esiin. Tämän myötä tutkimuksen validiteetti toteutui. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkimustulokset ovat verrattavissa aiheesta aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, esimerkiksi vertaa Suhosen tutkimukseen 'Elämä on pysähtynyt keinu'. Esimerkiksi tutkimuksessani kävi ilmi, että arkielämän muutoksilla oli suuri vaikutus alkoholinkäytön tapoihin. Työelämä, arkisen elämän muutokset, fyysinen tarve saada alkoholia sekä riippuvuuden kehittyminen olivat syitä alkoholin käytölle. Samantapaisia tuloksia voidaan seurata Heikki Suhosen tutkimuksesta.

Työn luotettavuuden lisäämiseksi olen saanut runsaasti apua ulkopuolisilta henkilöiltä. He ovat nostaneet esiin asioita, joita en olisi itse välttämättä huomannut käsitellä.

Ikääntyneet ja alkoholi ovat mielenkiintoisia ja ajatuksia herättäviä tutkimuskohteita. Tutkimusprosessin aikana olen tutkijana käynyt läpi monenlaisia tunteita. Tutkijana oli todella kasvattava kokemus saada todenmukainen kuvaus ikääntyneen alkoholinkäytöstä ja hoitoon ohjautuvuudesta. Lisäksi oli mielenkiintoista niin sanotusti 'elää mukana' ikääntyneen kokemuksissa hoitajan väliintulossa hoidon aloittamisessa. Ikääntyneet ja alkoholinkäyttö on ajankohtainen ja lisätutkimusta kaipaava aihe. Tutkimustyöllä pystytään kartoittamaan tehokkaasti nykytilannetta sekä kehittää kokemusten myötä toimintamalleja ja saada tästä käytännön hyötyä.

Opinnäytetyöstä yhteistyötahot saavat ajankohtaista tietoa ikääntyneiden tuntemuksista ja kokemuksista A-klinikan tarjoamasta hoidosta. A-klinikoilla voitaisiin pohtia sitä, voiko hoitoa ja hoitoympäristöjä kehittää entisestään, jotta hoitoon sitoutuvuus ja tehokkuus voitaisiin maksimoida. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voi käyttää käytännön tasolla hyödyksi esimerkiksi katkaisuhuoltoaseman sekä lisääktiviteetin kehittämiseen. Tutkijalle tämä opinnäytetyö on antanut realistista näkökulmaa ikääntyneiden alkoholinkäytöstä sekä hoitoon sitoutuvuudesta ja hoitajan väliintulon aiheuttamista tunteista. Se on kasvattanut henkisesti, ja luo uusia näkökulmia ja ymmärtävyttä työskentelyyn eri terveydenhoitoalan toimipisteissä.

Yksi suurimmista jatkotutkimusideoista olisikin mielestäni se, kuinka kehittää katkaisuhuoltoaseman toimintaa niin, että se ei asiakkaista tuntuisi vain niin sanotusti välietapilta, vaan loisi entistä useammalle asiakkaalle pysyvän muutoksen tai halun päästä ongelman yli. Aihetta voisi tutkia myös eri näkökulmista, kuten hoitajien näkökulmista. Miten hoitajat kokevat katkaisuhuoltoasematyöskentelyn, miltä heistä tuntuu mennä väliin ikääntyneen pitkäkestoiseen alkoholiongelmaan, minkälaisia tunteita se on hoitajissa herättänyt? Lisäksi esimerkiksi A-klinikoiden yhteistyötahot kuten sosiaalitoimi ja työvoima ja elinkeinokeskus saisivat lisänäyttöä siitä, että projektit ovat todella hyödyksi ja niitä kaivataan lisää.

## LÄHTEET

Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Aikakauskirja Duodecim 2008;124(13):1492-8. S. 1–2. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://terveysportti.fi/> [Viitattu 26.2.09]

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.

Alkoholilaki1994/1143. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143> [Viitattu 17.1.2010]

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

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

Alkoholivero 2009. Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto. Verkkodokumentti. Saatavissa: [www.panimoliitto.fi/panimoliitto/verotus/alkoholivero](http://www.panimoliitto.fi/panimoliitto/verotus/alkoholivero) [Viitattu 18.5.2009].

Alkoholijuomien matkustajatuontiseuranta 2008. TNS Gallup Oy. Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto. S. 2. Verkkodokumentti. Saatavissa: [www.panimoliitto.fi/panimoliitto/liitetiedostot/pdf/matkailijatuonti\\_2008\\_tns.pdf](http://www.panimoliitto.fi/panimoliitto/liitetiedostot/pdf/matkailijatuonti_2008_tns.pdf) [Viitattu 18.5.2009].

A-Klinikkasäätiö. 2008. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>. [Viitattu 28.12.2009]

A-klinikkasäätiö. A-klinikkasäätiön toiminta. 2009. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/toiminta> [Viitattu 28.12.2009]

A-klinikkasäätiö. Organisaatio. 2009. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/organisaatio> [Viitattu 27.12.2009]

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Vastapaino.

Dahl, P. & Hirschovis, T. 2007. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. YAD, Youth Against Drugs ry.

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

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

Hartikainen S, Lönnroos E, toim. 2008. Geriatria -arvioinnista kuntoutukseen, s. 270–275. Edita.

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

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

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

Hiltunen, P. Päihdeongelmainen vanhus perusterveydenhuollossa. Lääkärilehti 1994;49(27):2653. S.1 Verkkodokumentti. Saatavissa: [Viitattu 26.2.09].

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino. s. 34

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

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

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

Huttunen, M. 2008. Alkoholiriippuvuus. Verkkodokumentti. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=Alkoholiriippuvuus](http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=Alkoholiriippuvuus) [Viitattu 26.2.2009].

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2004. Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm> [Viitattu 1.1.2010].

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

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma. Kansanterveys-lehti 3/2007. KTL. Verkkodokumentti. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2007/nro\\_3\\_2007/i\\_kaantymisen\\_ja\\_alkoholi\\_puuttumattomuuden\\_ongelma](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/i_kaantymisen_ja_alkoholi_puuttumattomuuden_ongelma) [Viitattu: 3.11.2009].

Kangastalo, H & Railo, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta. –Kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Verkkodokumentti. s

44-47.

Saatavissa:

[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2007/2ee5b8\\_Helsinki\\_KangastaloRailo\\_2007.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2007/2ee5b8_Helsinki_KangastaloRailo_2007.pdf) [Viitattu 25.11.2009].

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

Karhulan kotihoitoalue. 2008. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d\\_type=5&menu\\_id=2743&menupath=881,2743#2743](http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2743&menupath=881,2743#2743) [Viitattu 9.11.2009]

Kaunisto, M. 2007. Päihdepalvelut. Kunnat.net. – Kuntatiedon keskus. Verkkodokumentti. Saatavissa: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;123881](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;123881) [Viitattu 28.12.2009].

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

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II - näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

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

Koski-Jännes, A. 2005. Riippuvuus yksilön ongelmana. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/143-riippuvuus->

[yksilon-ongelmana](#) [Viitattu 25.5.2009].

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

Kotihoitoa tukevat palvelut. 2009. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d\\_type=5&menu\\_id=886&menupath=881,886#886](http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=886&menupath=881,886#886) [Viitattu 9.11.2009].

Kupari, M. 2003. Alkoholi, sydän ja verenpaine. Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. teoksessa Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kymen a-klinikkatoimi. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/> [Viitattu 12.12.2009]

Kymen a-klinikkatoimi. Hoitopalvelut. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/hoitopalvelut.html> [Viitattu 12.12.2009]

Kymen a-klinikkatoimi. Avohoitopalvelut. Verkkodokumentti. Saatavissa <http://www.a-klinikka.fi/kymi/avohoito.html> [Viitattu 11.12.2009]

Kymen a-klinikkatoimi. Laitoshoido. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/laitoshoido.html> [Viitattu 11.12.2009]

Kymen a-klinikkatoimi. Asumispalvelut. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/kymi/asumispalvelut.html> [Viitattu 11.12.2009]

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

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkelä P. Alkoholin käyttö ja haitat lisääntyvät. Duodecim. 24 / 2003 s. 2481 - 2482.



Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Gummerus kirjapaino oy. Vaajakoski.

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

Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen & Vehviläinen- Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

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

Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriö. esitteitä 2006:6 Verkkodokumentti. Saatavissa. [http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/otetaan\\_selvaa-1.pdf](http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/otetaan_selvaa-1.pdf) [Viitattu 16.4.2009].

Paatero, S. 2006. Sosiaalinen riippuvuus. Nettineuvo. Kotkan kaupunki. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.nettineuvo.fi/default.asp?link=1418.5> [Viitattu 16. 7.2009].

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

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Verkkodokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> [Viitattu 18.1.2010]

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

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

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

Päihteet – suomalaisten tärkein terveysongelma. Kansanterveys –lehti 3/2002. S. 1–4. Verkkodokumentti. Saatavissa:

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2002\\_3.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf/2002_3.pdf)

[Viitattu 24.5.2009].

Päihdetyö kotihoidossa. 2009. Sairaanhoidajaliitto. Ikääntyneet. Verkkodokumentti. Saatavissa:

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/892797/Toimintamalli\\_paihdehoitotyö+kotiho idossa.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/892797/Toimintamalli_paihdehoitotyö+kotiho idossa.pdf) [Viitattu 26.11.2009].

Salaspuro, M. 2003. Alkoholi ja ravitseminen. Teoksessa Päihdelääketiede: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K.

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

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

Seppä, M. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Päihdelääketiede: Salaspuro, M. Kiianmaa, K. Seppä, K. Jyväskylä. Tammi.

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

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu laitos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Vallejo Medina, A, Vehviläinen, S. Haukka, U-M, Pyykkö, V & Kivelä, S-L. 2005. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY

Vehviläinen- Julkunen, K. & Paunonen, M. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

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

#### PAINAMATTOMAT LÄHTEET:

Punnonen, A. 2009. Osastonhoitaja. Haastattelu 26.11.2009. Kotka. Karhulan kotihoito.

Tekijä, Vuosi, Nimi	Tutkimusaihe ja Menetelmä	Tulokset
Alkoholijuomien matkustajatuontiseuranta 2008. TNS Gallup Oy. Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto.	Tutkimuksessa kartoitettu alkoholin maahantuontia. Seuranta perustui 26 019 toteutettuun puhelinhaastatteluun 15 vuotta täyttäneen väestön keskuudessa vuoden 2008 aikana.	Vuonna 2008 maahan on tuotu vähemmän olutta, siideriä ja long drink-juomia kuin vuonna 2007. Kuitenkin viinien, välituotteiden ja väkävien tuonti on lisääntynyt vuodesta 2007
Alkoholiohjelma 2004–2007 loppuarviointiraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida vuosien 2004–2007 alkoholiohjelmaa. Arvioijana oli ulkoinen tahon. Arvioinnin perustana oli mm. sähköinen kysely, tilastot ja havainnointi.	Alkoholiohjelman tavoitteet on määritelty laajasti ja kattavat alkoholipolitiikan keskeiset osa-alueet ja toimintalinjat ovat vastanneet tarpeisiin. Tavoitteet eivät kuitenkaan ole riittävästi johtaneet konkreettisesti toiminnallisuutta. Strategisia tavoitteita tai päämääriä ei ole saavutettu.
Haarni, I. & Hautamäki, L. 2009. Elämänkokemus ja alkoholi: 60–75-vuotiaiden suhde alkoholiin teemahaastattelujen valossa. Gerontologia 1/2009	Tutkimuksesta tehty artikkeli kuvaa suomalaisten juomatapoja ja heidän suhtautumistaan alkoholiin. Tutkimus pohjaa 60-75-vuotiaille tehtyyn teemahaastatteluinstrumenttiin. Menetelmänä laadullinen, elämäkerrallinen sisällönanalyysi.	Tutkimus toi esille ikääntyvien juomatapoja, sekä elämäkerrallisia tekijöitä jotka ovat johtaneet nykyisiin juomistapoihin. Haastattelujen perusteella löytyi siis erilaisia juomisuria.
Päihdetilastollinen vuosikirja 1998. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES		
Päihdetilastollinen vuosikirja 2002. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES		
Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. Sosiaaliturva 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES		
Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän	Tarkoituksena on paikantaa ikääntyneiden addiktio-ongelmaa, addiktio-ongelman kohtaamisen ja hoidon	Tutkimuksen kohteena olevien asiakkaiden alkoholin ongelmakäyttö on kahta lukuun ottamatta alkanut jo

asiakkuudesta. A-klinikkasäätiö.	lähtökohtien tarkastelu. Tutkimuksen kohteena oli 25 ikääntynyttä päihdeongelmaista A-klinikan asiakasta. Menetelmänä A-klinikan työntekijöiden teemahaastattelu heidän asiakkaistaan.	nuoremmalla iällä, mutta he ovat sinnitelleet työelämässä eläkeikään saakka. Eläkeiässä ongelmat ovat riistäytyneet hallinnasta. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten elämä on raittiiden kausien ja juomisjaksojen vuorottelua vuodesta toiseen. Monesti lyhyidenkin juomakausien jälkeen joutuvat fyysisen kunnan takia hakemaan ulkopuolista apua. Ikääntyneet ovat motivoituneita käymään hoidossa. Hoitoon on alun perin hakeuduttu ulkopuolisen tahon ohjaamina.
Kangastalo, H & Railo, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihdeikäyttäjien kohtaamisesta – Kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille. Diakonia ammattikorkeakoulu. Helsinki.	Tutkimusaihe ja menetelmät Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa diakoniatyöntekijöiden kokemuksista tietoa ikääntyneiden päihdeikäyttäjien kohtaamiseen. Aineisto kerättiin postikyselynä Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöiltä. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena.	Päätuloksina on, että diakoniatyöntekijöillä on negatiivisia kokemuksia iäkkäiden päihdeikäytön kohtaamisessa. Päihdeikäyttäjille tarjottu apu on yleensä keskustelua apua. Vastaajista enemmistö koki tarvitsevänsä lisää koulutusta päihdetietoudessa.

Lupa



A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

[https://keskuststo.a-klinikka.fi/cgi-bin/nlupa\\_view.pl?uname=tanja&...](https://keskuststo.a-klinikka.fi/cgi-bin/nlupa_view.pl?uname=tanja&...)

Hämäläinen Jonna

#### TUTKIMUSLUPA

Opinnäytetyön *Ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja siihen puuttuminen*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 21.12.2009, toteuttamiselle Kymen A-klinikkatoimessa myönnetään tutkimuslupa. Aluejohtaja Heli Lahtinen on puoltanut tutkimusta.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuslomakkeita saa keskustoimistosta.

Tutkittaville asiakkaille on korostettava, että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteluja. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, eikä kieltäytyminen vaikuta asiakkaan oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemaan palveluja.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustoimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset hanketietokantaan.

Helsingissä 22.12.2009

Lasse Murto  
prof., toimitusjohtaja

Ari Saarto  
kehittämisjohtaja  
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan  
sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia ( 2 ) kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön hanketietokanta  
Kymen A-klinikkatoimi

## Liite 3. Vaitiolovelvollisuusdokumentti



## VAITIOLOSITOUMUS

Sitoudun olemaan vaiti salassa pidettävien asiakirjojen sisällöstä (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 14§, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 13§) sekä muistakin tehtävissäni A-klinikkasäätiössä tietooni saamista seikoista, joista on lailla säädetty vaitiolovelvollisuus (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 15§, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 17§).

Tämä sitoumus on tehty kahtena kappaleena, joista toinen jää sitoumuksen antajalle ja toinen A-klinikkasäätiön kehittämissyksikön hankerekisteriin.

  
 Sitoumuksen antajan allekirjoitus

  
 Sitoumuksen vastaanottajan (A-klinikkasäätiö) allekirjoitus

  
 Nimenselvennys

  
 Nimenselvennys

  
 Päiväys

  
 Päiväys

Käännä

## **Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 (sosiaalihuollon asiakaslaki)**

### **14 §**

#### **Asiakirjasalaisuus**

Sosiaalihuollon asiakirjat, jotka sisältävät tietoja sosiaalihuollon asiakkaasta tai muusta yksityisestä henkilöstä, ovat salassa pidettäviä. Salassa pidettävää asiakirjaa tai sen kopiota tai tulostetta siitä ei saa näyttää eikä luovuttaa sivulliselle eikä antaa sitä teknisen käyttöyhteyden avulla tai muulla tavalla sivullisen nähtäväksi tai käytettäväksi. Asiakirjan salassapidon lakkaamisesta sosiaalihuollossa on voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 31 §:ssä.

### **15 §**

#### **Vaitiolovelvollisuus ja hyväksikäyttökielto**

Sosiaalihuollon järjestäjä tai tuottaja taikka niiden palveluksessa oleva samoin kuin sosiaalihuollon luottamustehtävää hoitava ei saa paljastaa asiakirjan salassa pidettävää sisältöä tai tietoa, joka asiakirjaan merkittynä olisi salassa pidettävä, eikä muutakaan sosiaalihuollon tehtävissä toimiessaan tietoonsa saamaansa seikkaa, josta lailla on säädetty vaitiolovelvollisuus. Vaitiolovelvollisuuden piiriin kuuluvaa tietoa ei saa paljastaa senkään jälkeen, kun toiminta sosiaalihuollon järjestäjän tai tuottajan palveluksessa tai tehtävän hoitaminen niiden lukuun on päättynyt.

Mitä 1 momentissa säädetään, koskee myös sitä, joka harjoittelijana tai muutoin toimii sosiaalihuollon järjestäjän tai tuottajan toimeksiannosta tai sen lukuun taikka joka on saanut salassa pidettäviä tietoja lain tai lain nojalla annetun luvan nojalla, jollei laista tai sen nojalla annetusta luvasta muuta johdu. Asiakas, hänen edustajansa tai avustajansa ei saa ilmaista sivullisille asiakkuuden perusteella saatuja salassa pidettäviä tietoja, jotka koskevat muita kuin asiakasta itseään. Edellä 1 tai 2 momentissa tarkoitettu henkilö ei saa käyttää salassa pidettäviä tietoja omaksi taikka toisen hyödyksi tai toisen vahingoksi. Asiakas, hänen edustajansa tai avustajansa saa kuitenkin käyttää muitakin kuin häntä itseään koskevia tietoja, kun kysymys on sen oikeuden, edun tai velvollisuuden hoitamista koskevasta asiasta, johon asiakkaan tiedonsaantioikeus on perustunut.

## **Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 (potilaslaki)**

### **13 §**

#### **Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito**

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä. Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.

## **Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559**

### **17 §**

#### **Salassapitovelvollisuus**

Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.

Lisätietoja:

[www.stakes.fi/neuvoa-antavat/index.html](http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/index.html)

Parkkari ym.(2001): Julkisuus ja salassapito moniammatillisessa työssä.



Arvoisa vastaaja

Olen keväällä 2010 valmistuva sairaanhoitajaopiskelija kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta ikääntyneiden alkoholiongelmien ja niihin puuttuminen. Tarkoitukseni on suorittaa teemahaastattelu yksilöhaastatteluna kymmenelle Kymen a-klinikkatoimen ikääntyneelle, tässä yhteydessä yli 65-vuotiaalle, asiakkaalle.

Tavoitteenani on kartoittaa ikääntyneen alkoholinkäytön syitä, miksi hän on hakeutunut kyseisen palvelun piiriin ja millaiseksi on henkilökunnan väliintulo koettu asiakkaan näkökulmasta.

**Tärkeimpänä osana tutkimustani ovat Teidän näkökulmanne siitä, miksi olette hakeutuneet a-klinikan palvelun piiriin, tunnetteko kotkan alueelta tarpeeksi hyvin päihdepalvelun tarjonnan ja kotkan muiden palveluiden tarjonnan, sekä miten olette kokeneet hoitajan väliintulon päihdeongelmassanne.**

Haastattelu toteutetaan tammikuun 2010 aikana a-klinikan tiloissa. Tämä tutkimus on ehdottoman vapaaehtoinen. Teidän tulee tietää, että saatte ehdottomasti kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ilman perusteluja, eikä tutkimukseen osallistumatta jättäminen vaikuta millään tavoin hoitonne laatuun tai sen saamiseen.

Tutkimustulokset julkaistaan tässä opinnäytetyössä niin, että vastaajat pysyvät ehdottoman anonyymeinä. Tutkimusaineisto hävitetään välittömästi sen käytön jälkeen.

Tutkimuksen tekijä:

Jonna Hämäläinen  
[jonna.hamalainen@student.kyamk.fi](mailto:jonna.hamalainen@student.kyamk.fi)

Ohjaajat:  
Mirja Nurmi, Lehtori, TtM  
[mirja.nurmi@kyamk.fi](mailto:mirja.nurmi@kyamk.fi)

Leena Wäre, lehtori, KM  
[leena.ware@kyamk.fi](mailto:leena.ware@kyamk.fi)