

Maija Fagernäs ja Karoliina Paananen

**”Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää”
– IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIONGELMAT
KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA**

**Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaaliala
Joulukuu 2009**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaalialan yksikkö	Aika Joulukuu 2009	Tekijät Karoliina Paananen ja Maija Fagernäs
Koulutusohjelma Sosionomi AMK		
Työn nimi Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää - IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIONGELMAT KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA		
Työn ohjaaja Sirkka Huhtakangas	Sivumäärä 65 + 20	
Työelämäohjaaja Vuokko Paananen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisena kotihoidon työntekijät kokevat alkoholiongelmaisen asiakkaan kohtaamisen, vaikeuttaako se työntekoa ja onko heillä keinoja tai työvälineitä tähän ongelmaan puuttumiseen. Tavoitteena oli selvittää kotihoidon työntekijöiden tarvetta päihdetyön lisäkoulutukselle sekä tehdä asia helpommin lähestyttäväksi asiakastilanteissa ja myös kotihoidon työntekijöiden keskuudessa.</p> <p>Tutkimuksen teoriaosuus käsittelee kotihoitoa ja sen tehtäviä historiasta aina tähän päivään asti. Ikääntymistä ja vanhuutta kuvataan sekä fyysisestä että psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Alkoholiongelmaa ja sen kehittymistä käsitellään tilastollisesti sekä myös yhteiskunnallisesta ja yksilöllisestä näkökulmasta. Puheeksi ottamisen tärkeyttä painotetaan ja tuodaan esille erilaisia välineitä avuksi alkoholinkäytöstä puhumiseen.</p> <p>Tutkimus on tyyliltään kvalitatiivinen eli laadullinen, jossa on kvantitatiivisia piirteitä. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla entisen Kokkolan kaupungin alueen kotihoidon työntekijöiltä kuukauden aikana. Kysely tehtiin sadalle työntekijälle. Määräaikaan mennessä lomakkeita palautettiin 26 kappaletta.</p> <p>Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on viime vuosina lisääntynyt. Kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa sekä varhaisessa alkoholiongelmaan puuttumisessa että sen puheeksiottamisessa ja käsittelyssä asiakkaan kanssa.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella kotihoidon työntekijöistä suurin osa kokee päihtyneen tai alkoholiongelmaisen asiakkaan kanssa työskentelyn kuormittavana eikä selkeitä toimintaohjeita tai työvälineitä ole käytössä. Johtopäätöksenä voi todeta, että kotihoidon työntekijöillä on selkeä tarve päihdetyön lisäkoulutukselle ja yhteiselle linjalle toimintatavoissa.</p>		

Asiasanat

Alkoholiongelma, ikääntyminen, kotihoito, puheeksiottaminen, vanhuus

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date December 2009	Authors Karoliina Paananen and Maija Fagernäs
Degree programme Degree Programme of Social Services		
Name of thesis You Can't Help by Force but you Can't Abandon Either – Alcohol Problems among Ageing People from the Viewpoint of Home Care Employees		
Instructor Sirikka Huhtakangas		Pages 65 + 20 Appendices
Supervisor Vuokko Paananen		
<p>The purpose of this thesis was to find out how the home care employees experience the confronting of a client with an alcohol problem, if it makes their work more difficult and if they have means/tools to intervene in this problem. The goal was to find out the home care employees' need for further education in substance abuse work and to make the problem more approachable among home care employees.</p> <p>The theory part of this study handles home care and its' functions from the history until today. Ageing and old age are being described from physical, mental and social points of view. Alcohol problem and its development is being handled statistically and also from society's and individual's angle. The importance of broaching is being accentuated and different kinds of tools to bring up the alcohol abuse are being presented.</p> <p>The study is qualitative with features of quantitativity. The research material was collected by questionnaires. The enquiry was made to 100 employees of the former Kokkola city areas' home care within a month. 26 questionnaires were returned by the due time.</p> <p>Drinking among elderly people has increased during the past few years. The home care employees are in the key position in both early intervening in a drinking problem such as broaching and handling it with the client.</p> <p>On the grounds of the study most of the employees find working with an intoxicated client or a client who has a drinking problem encumbering and they do not have any well-defined directives or tools in use. A conclusion of these study results is that the home care employees have a fair need of further education in substance abuse work and a common line in working methods.</p>		

Key words

Ageing, alcohol problem, broaching, home care, old age

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	KOTIHOITO	3
	2.1 Kotihoidon määritelmä	3
	2.2 Kotihoitoa ohjaavat lait ja asetukset	4
	2.3 Kotihoidon historiaa	5
	2.4 Kokkolan kotipalvelun toimintaperiaatteet	5
	2.5 Kokkolan kotipalvelun sisältö	6
3	VANHUUS	7
	3.1 Vanhuuden määritelmä	7
	3.2 Vanhuuskuva julkisuudessa	8
4	VANHUUDEN ULOTTUVUUDET	10
	4.1 Toimintakyky vanhuudessa	10
	4.2 Fyysinen vanheneminen	10
	4.3 Psyykkinen vanheneminen	11
	4.4 Sosiaalinen vanheneminen	12
5	VANHUUS KEHITYSVAIHEENA	14
	5.1 Vanhuuden kehityshaasteet	14
	5.2 Ikääntymisen kriisejä	14
6	IKÄÄNTYMISTEORIOITA	17
	6.1 Ikääntymisen klassiset yksilötason teorit	17
	6.2 Irtaantumisteoria	17
	6.3 Aktiivisuusteoria	18
	6.4 Jatkuvuusteoria	18
	6.5 Kritiikkiä teorioista	19
7	IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI	20
	7.1 Alkoholi	20
	7.2 Suomalaisten alkoholinkulutus tilastojen valossa	20
	7.3 Alkoholiongelman määrittelyä	21
	7.4 Alkoholiriippuvuus	22
	7.5 Ikääntyvien juomatavat	23
	7.6 Ikääntyvien suhde alkoholiin	24
	7.7 Sukupuolittunut alkoholikulttuuri	25
	7.8 Alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyvään elimistöön	26
8	PUHEEKSI OTTAMINEN	28
	8.1 Puuttumisen vaikeus	28
	8.2 Puheeksioton välineitä	29
	8.2.1 Mini-interventio	29
	8.2.2 Audit-testi	30

8.2.3 Sadd-testi	31
8.2.4 Apukortit	31
9 PÄIHDETYÖN ETIIKKA	33
9.1 Ikäeettinen päihdetyö	33
9.2 Päihdetyön ammattietiikka	34
9.2.1 Ulkopuolisesti kohtaava näkökulma	35
9.2.2 Myötäilevä näkökulma	35
9.2.3 Tilanneherkkä näkökulma	35
9.2.4 Realistinen näkökulma	36
9.2.5 Kokonaisvaltainen näkökulma	36
10 VANHUSTEN PÄIHDEPALVELUT	37
11 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	39
11.1 Aikaisempia tutkimuksia	39
11.2 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	40
11.3 Tutkimuksen kohderyhmä	41
11.4 Tutkimuksen toteutus ja tutkimusmenetelmä	42
11.4.1 Kysely tutkimusmenetelmänä	42
11.4.2 Kyselylomake	42
11.5 Tutkimusaineiston analysointi	43
11.6 Tutkimuksen luotettavuus	45
11.7 Tutkimuksen eettisyys	45
12 TUTKIMUSTULOKSET	47
12.1 Vastaaajien koulutus ja työskentelyaika Kokkolan Kotihoidossa	47
12.2 Asiakkaiden alkoholinkäytön muuttuminen työssäoloaikana	48
12.3 <i>"Välillä kyllästytään ja turhauttaa"</i>	49
12.4 <i>"Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää"</i>	50
12.5 <i>"Tyhjät pullot kertovat jo paljon"</i>	52
12.6 <i>"Työkavereilta lähinnä henkinen tuki"</i>	52
12.7 <i>"Työnohjausta, koulutusta saisi olla päihtyneen kohtaamiseen"</i>	53
12.8 <i>"Parempaa tiimityöskentelyä jatkossa, meidän tiimi on vielä vähänrakennusvaiheessa"</i>	55
13 JOHTOPÄÄTÖKSET	56
14 POHDINTA	59
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Alkoholi on osa normaalia elämää ja sen käyttö on selvästi arkipäiväistynyt. Myös ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja siihen on julkisuudessaakin alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Ikäihmisten juominen ja varsinkin päihdeongelmat ovat olleet näihin päiviin saakka eräänlainen tabu, josta ei paljoakaan ole puhuttu eikä sitä ole juuri tutkittu. Ihmiset ovat aktiivisia, hyväkuntoisia ja elävät keskimäärin kauemmin kuin aikaisemmin. Ikääntyessä sosiaaliset verkostot voivat kuitenkin kutistua ja usein lohtua yksinäisyyteen haetaan alkoholista.

Alkoholin liikkakäyttö ja riippuvuus määrittyvät useimmiten sosiaalisten ongelmien kautta. Tämä määritelmä on tehty työikäisiä ajatellen eikä siten sovi kovin hyvin ikääntyneille. Alkoholista voi ikääntyneellekin tulla ongelma, vaikka se ei näkyisikään ulospäin. Tämän ongelman odotetaan kasvavan huomattavasti suurten ikäluokkien jäädessä pois työelämästä muutaman vuoden sisällä. Ikääntyneiden alkoholin ongelmakäytöstä tiedetään vielä melko vähän. Aihe sisältää kuitenkin paljon pahaa oloa, tuskaa, hätää ja häpeää, kuten päihdeongelmat yleensäkin. Tulee kuitenkin muistaa, että alkoholiongelma koskettaa vain pientä osaa ikääntyvistä. (Haarni & Hautamäki 2008, 28.)

Opinnäytetyömme nimenä on ”Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää - Ikääntyneiden alkoholiongelmat kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta”. Ikääntyneillä tarkoitamme tässä tutkimuksessa yli 65-vuotiaita. Työssämme käytämme sekä termejä ikääntyminen että vanheneminen kuvatessamme esimerkiksi ikääntymisprosessia.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten kotihoidon työntekijät kokevat alkoholiongelmaisen asiakkaan kohtaamisen. Selvitämme myös, vaikeuttaako se työntekoa ja mitä keinoja/työvälineitä työntekijöillä on asiakkaan tilanteeseen puuttumiseen. Tutkimuksemme tavoitteena on kartoittaa päihdetyön lisäkoulutuksen tarvetta moniammatillisissa tiimeissä sekä tehdä ilmiö kotihoidon henkilökunnalle helpommin lähestyttäväksi. Aiempien tutkimusten (esim. Tolvanen 1996, Ihme 2007) pohjalta voimme olettaa, että alkoholin ongelmakäyttö on kasvava haaste myös Kokkolan Kotihoidossa.

Tutkimuksemme on tyyliltään kvalitatiivinen, mutta siinä on myös kvantitatiivisia piirteitä. Työmme on toteutettu kyselytutkimuksena. Kyselyn kohderyhmänä olivat kotihoidon työntekijät. Vuoden 2009 alussa tapahtuneen kuntaliitoksen myötä myös Kälviän, Ullavan ja Lohtajan kotihoitopiirit liittyivät Kokkolan kotihoitoon. Rajasimme tutkimuksen kuitenkin koskemaan vain entisen Kokkolan kaupungin alueen kotihoitoa. Keskeisiä käsitteitä tutkimuksessa ovat kotihoito, ikääntyminen, alkoholiongelmat ja puheeksiottaminen.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti oma mielenkiintomme ja aiheen ajankohtaisuus. Tutkimuksen kohderyhmän rajaaminen kotihoidon henkilöstöön tuntuu tarkoituksenmukaiselta, koska se on kotona asuvien vanhusten kanssa tekemisissä päivittäin ja voivat joskus olla vanhuksen ainoa kontakti ulkomaailmaan.

Tutkimuksestamme hyötyvät Kokkolan kotihoito ja myös muut alalla työskentelevät ja alaa opiskelevat. Tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ammatillisten lisäkoulutusten sisältöä Kokkolan kaupungin vanhustyössä toimiville.

2 KOTIHOITO

2.1 Kotihoidon määritelmä

Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaalle hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa mahdollisimman pitkään sairaudesta tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotihoidon asiakkaina voivat olla esimerkiksi sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi palveluja tarvitsevat henkilöt. Kunnallinen kotihoito kohdistuu pääasiassa ikääntyneille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa. Myös vammaiset, päihdeongelmaiset ja mielenterveyskuntoutujat voivat kuulua kotihoidon asiakkuuden piiriin. Kotihoidon muotoja ovat satunnainen, tuettu, valvottu ja tehostettu kotihoito. (Ikonen & Julkunen 2007, 16, 27.)

Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyy perushoiva, johon kuuluvat muun muassa henkilökohtainen hygienia, ruokailu ja liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella. Myös kotiympäristön siistiminen ja viihtyisyyden ylläpitäminen sekä vaatehuolto kuuluvat perushoivaan. Terveiden edistäminen ja sairaanhoito pitävät sisällään toimintakykyä ylläpitäviä tehtäviä, ennakoivaa työtä kuten terveydenhoito, neuvonta ja ohjaus sekä sairaanhoidollisia tehtäviä ja saattohoitoa. Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyvät myös psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus muiden toimijoiden kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007, 17.)

Kotihoidon tukipalvelujen tarkoitus on tukea päivittäistä toimintaa, jotta kotihoito voisi keskittyä sille kuuluviin tehtäviin kokonaisvaltaisesti. Kunnan järjestämiä tukipalveluja ovat esimerkiksi ateriapalvelu, siivouspalvelu, kuljetuspalvelut, päivätoiminta, yöpartio ja intervallijaksot eri hoitolaitoksissa. (Voutilainen & Vaarama & Backman & Paasivaara & Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 100–101.)

Keskeistä kotihoitotyössä on tukea ikääntyneen kotona asumista hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Toiminnan tulisi aina perustua luottamuksellisuuteen ja hienotunteisuuteen. Työntekijän tehtävä on havainnoida ikääntyneen kunnossa tapahtuvat muutokset ja tukea hänen itsenäistä suoriutumistaan

arkisissa askareissa sekä rohkaista liikkumaan kunnon ylläpitämiseksi. Hoidon tulee perustua kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Työntekijän tulee toimia yhteistyössä muiden kotihoitoon osallistuvien tahojen kanssa sekä osaltaan huolehtia tiedonkulusta. (Voutilainen ym. 2002, 105.)

Perinteisesti sosiaali- ja terveyspalvelut on erotettu toisistaan. Kotipalvelu on luettu sosiaalipalveluihin ja kotisairaanhoido terveyspalveluihin, joilla molemmilla on omat erilliset historiansa ja toimijansa. Niissä kunnissa, joissa kunta vastaa sekä sosiaalitoimesta että perusterveydenhuollosta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty kotihoidoksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.) Kokkolassa yhdistyminen kotihoidoksi tapahtui vuoden 2009 alussa kuntaliitoksen myötä. Uuteen Kokkolan kaupunkiin kuuluvat nykyään myös Kälviä, Ullava ja Lohtaja.

2.2 Kotihoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Tärkeimpiä kotihoitoa ohjaavia lakeja ja säädöksiä ovat sosiaalihuoltolaki ja kansanterveyslaki. Sosiaalihuoltolaki (710/1982) määrittelee kotihoidon henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon, asumisen ja muiden kuin tavanomaisten jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien suorittamiseksi ja niissä avustamiseksi. Sosiaalihuoltoasetus (607/1983) määrittelee kotihoidon tukipalvelut ja kotihoidon muodot, joita ovat satunnainen, tuettu ja valvottu sekä tehostettu kotihoito. Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää kuntalaisten sairaanhoito sekä avopalvelut. Kansanterveyslaki määrittelee myös apuvälinepalvelut.

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) on säädetty asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista, salassapidosta, vaitiolovelvollisuudesta, salassa pidettävien tietojen luovuttamisesta ja saamisesta, oikeudesta virka-apuun sekä asiakkaan kohtelusta tehtävästä muistutuksesta ja sosiaaliasiamiestoiminnasta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää potilaan kohteluun ja hoitoon liittyvät oleellimmat oikeudelliset periaatteet.

2.3 Kotihoidon historiaa

Kotihoidon juuret ulottuvat jo Mannerheimin Lastensuojeluliiton 1930-luvun kodinhoitajatoimintaan ja kotona toteutettavaan sairaanhoitoon (MLL 2009; Ikonen & Julkunen 2007, 32). Muun muassa vuonna 1949 perustettu Vanhustyön Keskusliitto kehitti vanhusten kotipalveluja. Ammattimainen kotipalvelu alkoi toimia vanhusten parissa 1950-luvulla, jolloin koulutettujen kodinhoitajien työ suuntautui myös vanhusten pariin. Uusi ammattiryhmä kotiavustajat syntyi 1960-luvun puolivälissä. He työskentelivät ensisijaisesti vanhusten parissa. Kotipalvelun laajennettua tukipalveluihin ja kotihoidon tukeen eli nykyiseen omaishoidon tukeen, syntyi tarve kotipalvelunohjaajille, joina yleensä toimivat johtavat kodinhoitajat ja sosiaalityöntekijät. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 51–52.)

Nykyisen kaltaista kotihoitoa on kehitetty panostamalla henkilöstön koulutukseen. Vuonna 1992 luotiin sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhteinen perustutkinto, lähihoitaja, ja vuonna 2001 ammattikorkeakoulun geronomitutkinto. Vuonna 2002 otettiin käyttöön vanhustyön erikoisammattitutkinto. (Ikonen & Julkunen 2007, 39.) Nykyisin kotihoidossa työskentelevät ovat suurimmaksi osaksi lähihoitajia. Vanhalla kodinhoitaja- tai kotiavustaja-ammattinimikkeellä työskentelee vielä jonkin verran hoitajia, jotka ovat saaneet koulutuksensa ennen lähihoitaja-tutkinnon perustamista.

2.4 Kokkolan kotipalvelun toimintaperiaatteet

Kokkolan kotipalvelun toimintaperiaatteena on antaa hyvää ja turvallista hoivaa ja hoitoa asiakkaalle, jonka tuen tarve täyttää kotipalvelun kriteerit. Asiakas tarvitsee kotipalvelua, kun hänellä on sellaisia toimintakyvyn vajeita, jotka vaikeuttavat päivittäistä selviytymistä ja ovat esteenä kotona asumiselle ilman apua ja tukea. Hoidon toteutuksessa käytetään kuntouttavaa työtettä, jonka pohjalta tuetaan, ylläpidetään ja ohjataan asiakasta selviytymään mahdollisimman omatoimisesti. Kotipalvelu myös ohjaa asiakasta erilaisissa tukipalveluiden ja vaihtoehtoisten palvelujen saannissa. Kotipalvelun tukipalveluita ovat

kauppakassi, ateriapalvelu, kylvetysapu, vaatehuoltopalvelu, turvapalvelu ja kuljetuspalvelut. (Myllymäki, Paananen & Storbacka 2008.)

Kotipalvelun toiminta perustuu voimassaolevaan lainsäädäntöön (Sosiaalihuoltolaki 710/1982 20§, sosiaalihuoltoasetus 607/1983 9§) sekä kaupunginvaltuuston vuosittain hyväksymään talousarvioon. Sosiaalihuoltolakiin liittyvissä palvelutarpeen arviointitehtävissä asiakkaaseen otetaan yhteyttä viimeistään seitsemäntenä työpäivänä yhteydenotosta palveluntarpeen arvioimiseksi. Kotiutumistilanteissa ja kiireellisissä tapauksissa palvelutarve arvioidaan välittömästi. (Myllymäki ym. 2008.)

2.5 Kokkolan kotipalvelun sisältö

Kotipalvelussa tuetaan asiakkaan psyykkisten, fyysisten, emotionaalisten ja sosiaalisten voimavarojen löytymistä, käyttöönottamista ja ylläpitämistä. Asiakasta kannustetaan sosiaalisiin kontakteihin ja avustetaan niiden löytymisessä. (Myllymäki ym. 2008.)

Kotipalvelu sisältää sekä hoidollisia että välittömiä ja välillisiä hoivallisia tehtäviä. Hoidolliset tehtävät pitävät sisällään lääkehooltoon liittyviä tehtäviä, muun muassa lääkkeenanto dosetista, verensokerin tarkistusta ja insuliinin pistämistä sekä tukisidosten laittoa. Välittömiä hoivallisia tehtäviä ovat henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, ihon ja jalkojen hoito sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. Henkilöstö huolehtii asiakkaan riittävästä nesteen saannista sekä ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan antamisesta. Välillisiä hoivallisia tehtäviä ovat ulkoilussa avustaminen ja saattoapu sekä siistiminen, vaate- ja vuodehuolto. Kotona asumisen tukemiseen liittyvistä tehtävistä ja toiminnoista tehdään yksilöllinen, kunkin asiakkaan tarpeisiin perustuva suunnitelma. (Myllymäki ym. 2008.)

Tammikuussa 2009 kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät kotihoidoksi Kokkolassa. Tässä ja edellisessä luvussa käytämme kuitenkin vielä kotipalvelu-nimeä, koska toimintaperiaatteet on laadittu vuonna 2008 kotipalvelun nimellä. Toimintaperiaatteet ovat voimassa vuoden 2009 loppuun.

3 VANHUUS

3.1 Vanhuuden määritelmä

Perinteisesti 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat on nähty ikääntyneinä. Myös eläkkeelle siirtymistä pidetään usein alkuna vanhuudelle. Hyvinvointiyhteiskunnassa, jossa elinajanodote on suhteellisen korkea, puhutaan vanhuudesta usein kolmantena ja neljäntenä ikänä. Kolmas ikä on eläkkeellesiirtymisen jälkeistä elämää aina 75–80 ikävuoteen saakka. Silloin keskitytään itseen, harrastetaan, kulutetaan ja opiskellaan. Se voi olla jopa ”elämän parasta aikaa”. Neljännen iän katsotaan alkavan tämän ajanjakson jälkeen. Kun toimintakyky heikkenee, ja on vaikea selviytyä arjen askareista itsenäisesti, on usein turvauduttava muiden ihmisten tukeen. (Ström 2009, 12–13.)

Vaikka itse vanheneminen tapahtuu helposti ja automaattisesti, hieman huomaamattomastikin, vanhaksi tuleminen ei juuri kukaan kuitenkaan koe helpoksi. Vanhenemista vastaan voi taistella erilaisin keinoin, mutta vuodet tekevät joka tapauksessa tehtävänsä. Harva vanhuusiässä oleva kuitenkaan itse kokee olevansa vanhus. Vanhuus mielletään helposti kielteiseksi, joksikin sellaiseksi, joka voi koskea muita, mutta ei itseä. Tämä ei välttämättä edes suoranaisesti liity ikään. Yleisestikin koemme itsemme sisäisesti huomattavasti nuoremmiksi kuin oikea ikämme on. (Juhela 2008, 398–399.)

Vanhuuden kokeminen on pitkälti asenteellinen kysymys. Ikääntyneiden oma käsitys vanhuudesta on usein myönteisempi kuin vallitseva yhteiskunnallinen vanhuskäsitys. Ikääntyneiden arvostuksen ja aseman edistämiseksi YK on hyväksynyt 18 ikääntyneitä koskevaa periaatetta. Ne on jaettu viiteen eri ryhmään: riippumattomuus, osallistuminen, itsensä toteuttaminen, hoito ja ihmisarvo. Näiden periaatteiden taustalla ovat ihmisoikeudet ja käsitys ihmisestä jatkuvasti kehittyvänä olentona. Usein vanhuus nähdään ensisijaisesti sosiaalisten ongelmien kautta. Tämä ajattelutapa on vaikuttanut vanhuspolitiikkaan 1900-luvun alusta lähtien. Sen perusteella rakennettiin ikääntyneiden toimeentulo- ja eläkejärjestelmät sekä sosiaali- ja terveystalvet. (SEIS-projekti 2005.)

3.2 Vanhuuskuva julkisuudessa

Vanhuuden näkeminen sosiaalisena ongelmana on johtanut myös ajattelutapaan, jonka mukaan ikääntyneet ovat avuton, julkisista palveluista riippuvainen homogeeninen väestöryhmä. (Sisäasiainministeriön oikeusyksikön yhdenvertaisuustiimi 2005.) Toisaalta ikääntyneiden asema Suomessa on viime vuosina parantunut. Nykyään julkisuudessa puhutaan mieluummin ikääntyneistä tai seniorikansalaisista kuin vanhuksista. Ikääntyneiden elämäkokemusta ja niin sanottua hiljaista tietoa arvostetaan niin työelämässä kuin yhteiskunnassa yleensäkin. Joissakin kulttuureissa ikääntyneet ovat aina olleet kunnioitetussa asemassa ja he ovat nauttineet arvostusta yhteisön keskuudessa.

Sanat 'vanhus' ja 'vanha' tuntuvat olevan suorastaan pannaan julistetut jopa vanhenemista tutkittaessa. Tämä on kuitenkin tehty hyvää tarkoittaen, jotta vältettäisiin leimaamista. Ikäihminen, ikääntynyt ja seniorikansalainen kuulostavat kuitenkin kovin teennäisiltä ja kömpelöiltä ilmauksilta, ja niiden käyttö viittaa siihen, että vanhuudessa olisi jotakin hävettävää. Antti Karisto (2002, 158) haastaa pohtimaan, miksi vanhasta kunnan vanhasanasta ja siihen liittyvistä myönteisistäkin merkityksistä pitäisi luopua? Miten käy vanhoille, jos vanhaa pidetään jo sanana niin rasitteisena, ettei sitä saa käyttää? Ei pidä kuitenkaan liikaa luottaa siihenkään romantisoituun kuvaan, jonka mukaan ennen vanhaan vanhojen ihmisten asema yhteiskunnassa olisi ollut parempi ja vanheneminen helpompaa. Paljon puhutun yhteisöllisyyden kääntöpuolella oli myös huonoa kohtelua, jopa avointa julmuutta. Toisaalta ei ole epäilystäkään siitä, etteikö vanhoja ihmisiä syrjittäisi ja kohdeltaisi huonosti myös nyky-yhteiskunnassa. Syrjiminen ei vain nykyisin ole niin näkyvää kuin aikaisemmin.

Nuoruutta on varmaan aina kaikissa kulttuureissa ihannoitu. Nykykulttuurissa nuoruus tuntuu olevan ainoa ikäkausi, joka hyväksytään. (Juhela 2008, 400.) On nurinkurista, että kun väestö vanhenee niin Suomessa kuin kaikkialla muuallakin maapallolla, ihmiset itse kieltävät kulttuurisesti tämän ja kuvittelevat pikemminkin nuorenevansa. Julkisuudessa vallalla olevat elämäntapamallit, kuten televisio-ohjelmat ja mainokset, korostavat nuoruutta, viriiliyttä ja menevyyttä. Ajattelutapaamme ja mielipiteisiimme tunkeutunut ageismi eli ikärasismi saa meidät ehkä jopa epätoivoisesti todistelemaan nuorekkuuttamme ja torjumaan ajatuksen vanhenemisesta ja vanhuudesta keinolla millä hyvänsä. Tämä

näkyä niin käytöksessä, pukeutumisessa kuin elintavoissa. Keski-ikäisyyden rajapyykkiäkin siirrämme koko ajan eteenpäin. Keski-ikäisiksi kutsutaan niitä, joiden jälkikasvukin tosiasiallisesti on jo keski-ikäistä. (Karisto 2002, 159.)

4 VANHUUDEN ULOTTUVUUDET

4.1 Toimintakyky vanhuudessa

Toimintakyky voidaan ymmärtää ihmisen kykynä osallistua ja selviytyä erilaisissa arjen tilanteissa. Se jaetaan yleensä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen tasoon, jotka ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään. Fyysinen toimintakyky ilmentää sitä, miten ihminen selviytyy erilaisista fyysistä ponnistelua vaativista askareista, kuten siivoamisesta tai rappusten kiipeämisestä. Hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminta ovat oleellinen osa fyysistä toimintakykyä. Psyykkinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi selviytyä erilaisista älyllistä ja muuta henkistä kapasiteettia vaativista tilanteista. Psyykkistä toimintakykyä edellyttäviä tilanteita ovat muun muassa omaa elämää koskevien valintojen tekeminen ja suunnittelu. Sosiaalisessa toimintakyvyssä on kyse muun muassa siitä, miten yksilö tulee toimeen yhteiskunnan asettamien normien ja arvojen kanssa, selviytyy erilaisista rooleistaan ja toimii arjen tilanteissa ja vuorovaikutussuhteissa. (Pohjolainen 2009.)

4.2 Fyysinen vanheneminen

Fyysinen vanheneminen tarkoittaa elimistön biologista vanhenemista, joka on aina luonteeltaan elimistölle haitallista. Toisin kuin monilla eläin- ja kasvilajeilla, ihmisen vanhenemisprosessit alkavat varhain ja etenevät hitaasti. Vaikka vanheneminen on ihmisellä geeneissä, vaikuttavat siihen myös elinympäristö ja elämäntavat. Vanhenemisen alkamisajankohtaa on vaikea määritellä. Useimmiten vanhenemisen sanotaan alkavan kasvukauden päättyessä noin 20-vuotiaana. Kuitenkin joidenkin tutkimusten mukaan syntymättömien sikiöiden hermosoluissa on jo havaittu merkkejä vanhenemismuutoksista. Voidaankin siis ajatella, että vanheneminen alkaa jo ennen syntymää. (Koskinen ym. 1998, 92–95; Pohjolainen 2009.)

Biologinen vanheneminen tapahtuu solutasolla. Joidenkin solujen toiminta vaikeutuu, jotkut solut tuhoutuvat kokonaan. Jäljelle jäävistä soluista osa suurenee, ja osan tilalle

asettuu rasvan täyttämiä sidekudossoluja. Vanhetessaan ihmisen elimistö siis toisaalta kuivuu ja kuihtuu, toisaalta rasvoittuu. (Pohjolainen, 2009.) Iän myötä muun muassa keskushermostossa ja aistitoiminnoissa tapahtuu muutoksia. Päivittäisissä toiminnoissa tärkeät tasapainoasti ja koordinaatiokyky heikkenevät. Myös kivun aistiminen muuttuu siten, että monet kivuliaatkin sairaudet saattavat jäädä vanhuksilta huomaamatta. Näön ja kuulon heikkeneminen ikääntyessä on myös tavallista. Sydämen ja verisuoniston, hengityselimistön, ruoansulatuselimistön, ja sukupuolitoimintojen toiminta heikkenee iän myötä. Myös luusto ja lihaksisto rappeutuvat. Luuston haurastuminen eli osteoporoosi alkaa vähitellen jo 40. ikävuoden paikkeilla. Luuston haurastumista edistävät myös tupakointi, vähäinen liikunta sekä D-vitamiinin ja kivennäisaineiden liian vähäinen saanti. Lihasmassa vähenee iän myötä ja samanaikaisesti kasvaa sidekudoksen ja rasvan määrä lihaksissa. Lihasten voima vähenee ja sen vuoksi ikääntyneen on käytettävä liikkeisiin enemmän voimaa kuin nuoremman ja näin ollen liikkeet väsyttävät enemmän. (Koskinen ym. 1998, 91–95.)

Vaikka elimistön vanhenemismuutokset alkavat jo varhain, vaikutusten näkyminen arkielämässä kestää yleensä kauan. Tämä johtuu siitä, että nuoren ihmisen elimistössä on runsaasti niin sanottua pelivaraa, jonka elimistö voi ottaa käyttöön tarpeen tullen. Toisin sanoen nuoren ihmisen elimistö ei tarvitse elinten täysitehoista toimintaa suoriutuakseen arjen askareista. Elimistön vanhetessa tämä pelivara pienenee. Ikääntyessä elimistön on vaikea suoriutua normaalia suuremmasta rasituksesta ja yhä pienempi rasitus voi johtaa palautumattomiin muutoksiin. Tämän johdosta vanha ihminen sairastuu herkemmin kuin nuorempi. Vanhenemismuutokset ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä, eikä ikävuosien määrä välttämättä kerro ihmisen fyysisestä kunnosta tai elimistön toimintakyvystä. Kaikki arkielämän askareet tapahtuvat monien fyysisten ja psyykkisten toimintojen yhteistyönä. (Koskinen ym. 1998, 95–97.)

4.3 Psykykinen vanheneminen

Käsitys vanhenemisen vaikutuksesta kognitiivisiin toimintoihin on muuttunut viime vuosien aikana. Näitä toimintoja ovat muun muassa ajatteleva, muistaminen, oppiminen ja havaitseminen. Ikä ei näytä vaikuttavan näihin toimintoihin niin paljon kuin

aikaisemmin on luultu. Kognitiivisten kykyjen muutoksille on löydetty monia muita syitä kuin vanheneminen. Ihmisen psyykkiset ja fyysiset toiminnot ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään. Vaikea fyysinen sairaus, kuten sydän- ja verisuonitaudit sekä aivojen sairaudet, vaikuttavat myös psyykkiseen toimintakykyyn. Toisaalta psyykkiset sairaudet, kuten vaikea masennus voi johtaa fyysisen kunnon ja toimintakyvyn heikkenemiseen. (Koskinen ym. 1998, 102.)

Ihmisen persoona ja minäkuva muodostuvat nuorena ja pysyvät lähes samanlaisina koko aikuisiän. Vanhuudessa ihmisen käsitys itsestään saattaa kuitenkin muuttua kielteiseen suuntaan omassa itsessä ja elämässä tapahtuvien muutosten seurauksena. Myös se, miten vanhuuteen yhteiskunnassa suhtaudutaan, vaikuttaa vanhuksen minäkuvaan. (Koskinen ym. 1998, 108–109.)

Elämänhallinnan kannalta vanhuutta pidetään usein haasteellisena vaiheena. Vanhenemisen ajatellaan tuovan tullessaan sekä uusia haasteita että vaikuttavan voimavaroihin ja hallintakeinoihin. Hallinta- eli coping-keinot ovat tietoisia pyrkimyksiä erilaisten elämäntilanteiden käsittelyyn ja ongelmien ratkaisuun. Niillä ei siis tarkoiteta tiedostamattomia psyykkisiä puolustusmekanismeja. Ikääntyneiden elämänhallintakeinoja ovat esimerkiksi korvaaminen, tukahduttaminen tai huumori. Kasvumallin mukaan elämänhallinnan keinot muuttuvat iän myötä kypsemmiksi ja taantumismallin mukaan vanhukset turvautuvat nuoria useammin primitiivisiin ja tehottomiin elämänhallinnan strategioihin. Empiiriset tutkimukset eivät kuitenkaan tue kumpaakaan mallia. Hallintakeinot näyttävät vaihtelevan enemmänkin ihmisen ja elämäntilanteen kuin iän mukaan. (Saarenheimo 2003, 39–40; Koskinen ym. 1998, 110.)

4.4 Sosiaalinen vanheneminen

Kariston (2002, 156) mukaan jokaiselle ikäluokalle on meidän kulttuurissamme ja yhteiskunnassamme olemassa omat ympyränsä. Elämässämme ei ole juurikaan olemassa sellaisia toiminta-alueita, joilla iällä ei olisi merkitystä. Jokaisessa meissä tapahtuu fyysisiä muutoksia vanhetessa. Vaivat ja taudit lisääntyvät, voimat vähenevät ja ruumis kuihtuu pikkuhiljaa. Ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat suoraan verrannollisia siihen

sosiaaliseen ympäristöön, jossa elämme. Samoin ne riippuvat ympäröivästä kulttuurista, yhteiskunnasta ja siitä, miten niissä suhtaudutaan vanhoihin ja vanhenemiseen.

Sosiaalisena ilmiönä vanhuus on ajan saatossa muuttunut (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 238). Salosen (2007, 30–31.) teoksessa sosiaalinen vanheneminen nähdään yhteiskunnan eri tasojen ja yksilön välisenä suhteena ja toimintana. Näitä yhteiskunnallisia tasoja ovat makro- ja mikrotasot. Yhteiskunnalliset muutokset ja ikääntyneiden asema niissä muutoksissa ovat makrotason ilmiöitä. Väestön vanheneminen vaikuttaa talouteen, palvelujärjestelmiin ja sosiaalipolitiikkaan ja sitä kautta koko yhteiskuntaan. Mikro- eli yksilötasolla muutokset näkyvät ihmisen sosiaalisissa rooleissa, elämäntavoissa ja päivittäisessä toiminnassa sekä asenteissa.

Sosiaalinen vanheneminen määrittyy sillä, miten muuttuva yhteiskunta selittää ikääntymisprosessia ja ikääntyvän ihmisen elämäntapaa. Yhtenä vanhuuden rajapyykkinä pidetään eläkkeelle jäämistä. Työelämästä pois jäämistä on pidetty syrjään siirtymisenä ja tilan antamisena nuoremmille. Tänä päivänä eläkkeelle siirtyvät ovat kuitenkin aktiivisia monilla eri elämän alueilla ja usein jatkavat työelämässä pidempään kuin aiemmat sukupolvet. Eläkkeelle siirtyminen voi joillekin aiheuttaa tarpeettomuuden tunnetta ja turhautuneisuutta. Myös sosiaalinen elämänpiiri voi kaventua. Toisaalta ikääntyminen voi merkitä myös uusien sosiaalisten suhteiden muodostumista esimerkiksi harrastusten parissa ja uudenlaisen tavan olla ja elää vanhoissa sosiaalisissa tilanteissa. (Kronqvist ym. 2007, 238, 258.)

Sosiaalisessa vanhenemisessä on kyse siitä, miten yhteiskunta muokkaa yksilön elämäntapaa, toimintaa ja kokemusmaailmaa. Toisaalta on kyse myös siitä, miten yksilö itse muokkaa yhteiskuntaa. Konstruktivistisesta näkökulmasta sosiaalinen vanheneminen perustuu vanhenevan ihmisen yksilöllisiin ja omakohtaisiin kokemuksiin sekä jokapäiväiseen elämään. Näistä yhdessä muodostuu sosiaalinen vanheneminen. (Salonen 2007, 31.)

5 VANHUUS KEHITYSVAIHEENA

5.1 Vanhuuden kehityshaasteet

Psykoanalytikko Erik H. Eriksonin mukaan yksilön kehitys jakautuu kahdeksaan eri vaiheeseen, joista jokaiseen liittyy oma kehitystehtävänsä. Vanhuuden kehitystehtävä on minän eheytyminen eli integraatio. (Saarenheimo 2003, 22.) Vanhuuden ydinongelmana on hyväksyä katkeroitumatta elämä sellaisena, millaiseksi se muodostui. Vanhuudessa kehityshaasteita ovat eletyn elämän ja tehtyjen ratkaisujen hyväksyminen ja elämän tarkoituksen löytäminen, eläköityminen, fyysisen voiman ja terveyden heikkenemisen hyväksyminen, sopeutuminen yksinoloon sekä elämän rajallisuuden hyväksyminen ja kuoleman kohtaaminen. Jos kaikki aikaisemmatkin kehitysvaiheet on käyty läpi onnistuneesti, tuloksena on minän eheys ja tyytyväisyys elettyyn elämään. Jos vanhuuden kehitystehtävä ei ratkea suotuisasti, on tuloksena epätoivo ja itseensä vajoaminen. (Salo & Tuunainen 1996, 191.)

Tähän vähemmistöön kuuluvat tuntevat itsensä vanhoiksi ja väsyneiksi. Ikääntyminen on saanut heidät lannistumaan, ja monia vaivaa masennus. Avuttomuutta, riippuvuutta ja toisten avun varaan jäämistä pelätään. Myös kuoleman pelko voi aiheuttaa joillekin suoranaista paniikkia. (Koskinen ym. 1998, 12.) Tämä ryhmä on erityisen alttiina erilaisille vaikeuksille, esimerkiksi parisuhde- ja alkoholiongelmille. Yleislääketieteen ja geriatrian erikoislääkäri Sirkka-Liisa Kivelä (2009, 24–26) mainitsee teoksessaan, että ongelmilta suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi luottamukselliset läheissuhteet ja ystävötkostot. Näyttöä on myös siitä, että hyvä ravitsemustila, sairauksien hyvä hoito sekä fyysisestä kunnosta huolehtiminen suojaavat myös psyykkisiltä ongelmilta iän karttuessa.

5.2 Ikääntymisen kriisejä

Normaaliin vanhenemiseen kuuluu monia muutoksia. Useimmista tulee isovanhempia, jäädään eläkkeelle työstä ja elämässä tapahtuu monia menetyksiä. Tällaisia ovat esimerkiksi omien vanhempien kuolema, sairaudet, puolison menetys, omien voimien

väheneminen ja toisten apuun turvautuminen. Vanhenemiseen liittyy paljon raskaita ja vaikeita kokemuksia. Kaikki nämä muutokset ovat kuitenkin normaalia vanhenemista, jonka kanssa ikääntyvän on tultava toimeen. Jos se ei onnistu, voivat pienetkin ikääntymiseen liittyvät muutokset ja menetykset johtaa kriisiin ja psyykkiseen oireiluun. Tietyt elämänvaiheet ovat yleensä kaikille normatiivisia eli elämään kuuluvia kriisejä, jotka tulee jotenkin ratkaista. (Juhela 2008, 400.)

Ikääntymiseen liittyvät fyysiset muutokset alkavat pikkuhiljaa. Tyypillisimpiä piirteitä ovat hidastuminen ja kömpelöityminen. Asiat eivät enää sujukaan yhtä sutjakasti, eikä liikkuminen ole yhtä vaivatonta kuin ennen. Ensimmäisiä muistutuksia vanhenemisestä on ulkonäön rapistuminen. Iho menettää kimmoisuuttaan, ryppyjä alkaa ilmestyä ja hiukset harmaantuvat. Mainostajat myyvät ryppyvoiteita 30-vuotiaille, kauneusleikkauksia tehdään jopa 40-vuotiaille. (Juhela 2008, 400.) Tasapainoisen vanhenemisen ja masennuksen ehkäisemisen edellytykset löytyvät siitä, että ihminen käsittelee nuorekkaan ulkonäön ja nopeuden menetyksen ja sopeutuu asumaan ja toimimaan aiempaa hauraammassa kehossa. Keskenikäinen tai epäonnistunut kehon muutosten sureminen on yksi osasy syy ikääntyvien masennuksen puhkeamiseen. (Kivelä 2009, 20.)

Eläkkeelle jääminen voi olla monille hyvin myönteinen ja odotettu tapahtuma. Ei ainoastaan niille, joiden työssä jaksaminen on ollut raskasta, vaan myös niille, joiden viimeisetkin työvuodet ovat olleet mieluisia ja antoisia. Eläkkeelle jääminen voi olla mahdollisuus toteuttaa itseään ilman työn tuomia rajoitteita. Toisille eläkkeelle jääminen merkitsee raskasta menetystä ja luopumista. Työn mukana katoavat elämältä tarkoitus ja rutiinit. Kun työpaikalle ei tarvitsekaan mennä, päivät ammottavat tyhjyyttään. Siinä tapauksessa ihminen voi masentua ja menettää täysin mielenkiinnon elämään. Tällaisten ihmisten vaara alkoholisoitua on suuri. Riskin voi ajatella kasvavan tulevina vuosina, kun suuret ikäluokat eläköityvät. Monille heistä työ ja asema on ollut merkittävä elämän sisältö, ja alkoholinkäyttö on ollut hyväksyttävää ja tavallista. (Juhela 2008, 401.)

Turvattomuuden- ja avuttomuudentunteet lisääntyvät vanhetessa ja voivat aiheuttaa pelkoa esimerkiksi liikkua tai asua yksin. Nämä ongelmat nousevat esille yleensä vasta, kun yleiskunto on vanhenemisen myötä heikentynyt. Toiset saattavat kuitenkin kokea

turvattomuutta jo hyvin varhain. Tämä voi olla hyvin raskas ja vaikea kokemus. Äkillinen sairastuminen tai loukkaantuminen voi olla katastrofi. (Juhela 2008, 402.)

Pelko yksin asumisesta voi saada vallan, kun puoliso menehtyy. Kun on vuosikymmenet tottunut jakamaan asunnon ja koko elämän jonkun kanssa, on yksin jääminen pelottavaa. Moni saattaakin hakea lievitystä pelkoonsa alkoholista, joka voi tuoda helpotuksen hetkeksi.

Sellaisella ikääntyvälle, joka on sopeutunut vanhuuden tuomiin muutoksiin, eivät äkilliset sairastumiset tai avuttomaksi joutumiset välttämättä johda vaikeuksiin, vaan he hyväksyvät toisten tarjoaman avun ja kykenevät sitä myös pyytämään. Tällaisessa tapauksessa ikääntynyt saattaa kuntoutua vakavistakin sairauksista tai loukkaantumisista melko omatoimiseksi. Tärkeä haaste on, kuinka hyvin kykenee pyytämään ja ottamaan vastaan apua ja miten tuntee olonsa turvalliseksi kun ei voi täysin luottaa omaan pärjäämiseensä. Merkittäviä auttajia ovat luonnollisesti läheiset ihmiset, usein omat aikuiset lapset. Roolien vaihtuminen perheen sisällä saattaa aiheuttaa kitkaa. Vanhemmat, jotka ovat ennen olleet lastensa tuki ja turva, joutuvatkin nyt autettavan asemaan. Ikääntyvän on kyettävä ottamaan apua vastaan omilta lapsiltaan; perheen sisäisistä suhteista riippuen myös tämä voi aiheuttaa kriisejä ikääntyvän elämässä. (Juhela 2008, 402.)

6 IKÄÄNTYMISTEORIOITA

6.1 Ikääntymisen klassiset yksilötason teorit

Ikääntymisen klassiset yksilötason teorit ovat nimeltään irtaantumis-, aktiivisuus ja jatkuvuusteoria. Sisällöltään ne ovat teorioita onnistuneesta vanhenemisestä ja vanhuuteen sopeutumisesta. Näiden teorioiden eroavuudet liittyvät tapoihin, joilla vanhuuteen sopeudutaan ja onnistunut vanheneminen saavutetaan. Yleisesti ollaan sitä mieltä, että hyvä vanheneminen ja vanhuus näkyvät tasapainoisuutena, tyytyväisyytenä ja yleisenä hyvänä olona. (Jyrkämä 2004,154.)

Jos ikääntyvä ihminen tuntee kulloinkin elävänsä elämänsä parasta aikaa menneitä haikailematta, voidaan puhua onnistuneesta vanhenemisestä. Onnellinen vanhuus on tavoittelemisen arvoinen asia, josta tänä päivänä puhutaan paljon.

6.2 Irtantumisteoria

Ikääntymisen teorioista pisimmälle kehitelty on Elaine Cummingin ja William Henryn (1961) kehittämä irtantumisteoria. Sen mukaan onnistunut vanheneminen on tulosta ikääntyvän yksilön ja sosiaalisen ympäristön irtaantumisesta toisistaan. Jos tämä prosessi etenee tasapainoisesti ja irtaantuminen tapahtuu vapaaehtoisesti, seurauksena on tyytyväisyys ja onnistunut vanheneminen. Hyvä esimerkki irtaantumisesta on onnistunut eläkkeelle jääminen. Teorian mukaan vanhetessa tapahtuva irtaantuminen on välttämätön, universaali ilmiö, joka jossakin vaiheessa toteutuu jokaisen kohdalla. (Jyrkämä 2004, 154–155.) Sirpa Andersson (2007, 55) kertoo tutkimuksessaan vanhoista pariskunnista Lars Tornstamin (1994) teoriasta, jonka mukaan sisäinen elämä alkaa kiinnostaa vanhaa ihmistä yhä enemmän. Tämä kiinnostus ei kuitenkaan liity syrjään vetäytymiseen sosiaalisista suhteista tai rooleista, vaan se tapahtuu ajatuksen tasolla ja näkyy haluna jättäytyä sivuun uusista ilmiöistä, kuten teknologian tai median uutuuksista.

6.3 Aktiivisuusteoria

Aktiivisuusteoria, joka juontaa juurensa jo 50-luvun vanhenemistutkimuksista, näkee onnistuneen vanhenemisen toisin. Aktiivisuusteoriassa olennaista on tasapainoisen aktiivisuuden ylläpitäminen sekä sopeutuminen iän tullessaan tuomiin roolimenetyksiin hankkimalla uusia, korvaavia rooleja. Aktiivisuuden ylläpitäminen ja uusien roolien omaksuminen johtaa tavoiteltavaan tyytyväisyyteen ja tyytyväisyys on onnistunutta vanhenemistä. Eläkkeelle jääminen on mahdollisuus paneutua syvemmin johonkin muuhun mielekkääseen toimintaan. Ikääntynyt saattaa hoitaa lapsenlapsiaan tai osallistua järjestötoimintaan ja pitää näin yllä aktiivista elämäntapaa, joka on aktiivisuusteorian mukaan edellytys onnistuneelle vanhenemiselle. (Jyrkämä 2004, 155.)

6.4 Jatkuvuusteoria

Jatkuvuusteoria korostaa nimensä mukaisesti ihmiselämän jatkuvuutta myös vanhetessa. Ihmisen elämänkulkunsa aikana omaksumista toimintamalleista, päämääristä ja kyvystä sopeutua iän mukanaan tuomiin muutoksiin on tuloksena onnistunut vanheneminen. Tyytyväisyyttä elämään tuo aiempien harrastusten jatkaminen ja se, että kykenee tähän huolimatta siitä, ettei enää ole samassa kunnossa kuin nuoruutensa tai keski-ikänsä päivinä. (Jyrkämä 2004, 155.) Jatkuvuusteoria on nähty kompromissina, jonka mukaan sekä aktiivinen että passiivinen elämäntapa voivat tuottaa tyydyttävän vanhuuden. Tämän teorian kulmakivi on aikuisen ihmisen kehityksessä ja muutoksensietokyvyssä. Se, että pystyy jatkamaan esimerkiksi harrastuksiaan toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta, edellyttää kykyä keksiä uusia keinoja tehdä asioita. Kaikki ei enää onnistu samalla tavalla kuin nuorempana. Pitkien kävelylenkkien tekeminen on hankalaa, jos jalat ovat huonossa kunnossa tai jos pyörryttää. Harrastusta voi kuitenkin jatkaa tekemällä vaikkapa lyhyempiä lenkkejä tai hankkimalla lenkkikaverin tai rollaattorin. Jatkuvuusteorian mukaan silloin ihminen voi olla onnellinen. (Andersson 2007, 55.)

6.5 Kritiikkiä teorioista

Ei ole tutkimuksiin perustuvaa näyttöä siitä, mikä näistä teorioista vanhenemisestä tai erityisesti hyvästä vanhenemisestä olisi oikea. Niin irtaantumis-, aktiivisuus- kuin jatkuvuusteoriakin ovat saaneet osakseen voimakasta kritiikkiä. Niitä on arvosteltu myös siitä, että ne suuntaavat huomion suurelta osin käyttäytymiseen, joka on mitattavissa ja näkyvää. Esimerkiksi jos käyt aiempaa harvemmin kirkossa, olet irtaantumisteorian mukaan myönteisellä tavalla irtaantumassa. Myös aktiivisuusteoria tunnistaa tämän käyttäytymismuutoksen, mutta antaa sille kielteisen merkityksen. (Jyrkämä 2004, 155.)

Etenkin irtaantumis- ja aktiivisuusteorian nähdään ilmentävän tyypillisiä ikääntymisen mielikuvia. Ikääntyminen nähdään raihnaistumisena ja irtaantumisena tai sinnittelynä tätä raihnaistumista vastaan, aktiivisuutena ja sen ylläpitämisenä. Teorioita käytetään perusteluina erilaisille toiminnoille. Aktiivisuusteorian ajattelumallin mukaan järjestetään esimerkiksi vanhainkotien askartelutoimintaa. Irtantumisteoria puolestaan voi usein toimia alitajuisena ajattelumallina, kun arvioidaan erilaisia vanhustyön ja vanhuspalvelujen toimintamalleja. On esitetty, että nämä teoriat ylläpitävät käsityksiä vanhenemisestä ja antavat aineksia vanhuspalvelujen rakentamiseen. (Jyrkämä 2004, 155.)

Onnistuneen vanhenemisen teoreettinen selittäminen ei ole mutkatonta. Jo se, että toistensa kanssa ristiriidassa olevia teorioita on useampi, todistaa sitä, että onnistunut vanheneminen on hyvin pitkälle subjektiivinen kokemus.

7 IKÄÄNTYNEET JA ALKOHOLI

7.1 Alkoholi

Alkoholi eli etanoli on käytetyin päihde nikotiinin ja kofeiinin jälkeen. Alkoholia käytetään sen mielihyvää tuottavien, rentouttavien, jännitystä poistavien ja estoja laukaisevien ominaisuuksien takia. Hermoston toiminta lamaantuu, kun alkoholipitoisuus nousee veressä. Yli yhden promillen humala on jo selvästi havaittavissa: puhe muuttuu sammaltavaksi, liikkeet ja kävely kömpelöksi, kuulo heikkenee ja yleinen valppaus huononee sekä reagoitukyky hidastuu. Krooniseen alkoholinkäyttöön liittyvien hermoston sopeutumisreaktioiden seurauksena kehittyy toleranssi sekä fyysinen ja psyykinen riippuvuus. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 1998, 102 - 103; Inkinen & Partanen & Sutinen 2000, 60 - 61.)

7.2 Suomalaisen alkoholikulutus tilastojen valossa

Suomalaisten alkoholikulutus on kasvanut 1970-luvulta asti. Vuonna 2008 alkoholin kokonaiskulutus oli 10,4 litraa asukasta kohden. Kun määrä suhteutetaan 15 vuotta täyttäneeseen väestöön, on kokonaiskulutus 12,5 litraa. Kulutus ei kuitenkaan jakaannu tasaisesti väestön kesken. Miehistä eniten juova kymmenys kulutti 43 % koko miesten osuudesta vuonna 2006. Vastaava luku naisilla oli 46 %. 65–84-vuotiaista miehistä 77 % käytti alkoholia vuonna 2007, kun vastaava luku vuonna 1993 oli 68 %. Samanikäisten naisten vastaavat osuudet ovat 54 % ja 37 %. Eläkeikäisten alkoholinkäyttö on siis yleistynyt. Samoin nautitun alkoholin määrä on kasvanut. (Karlsson 2009, 14–22.)

Viime aikoina ikääntyminen on ollut yleisesti keskustelun aiheena, ja myös ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja alkoholiongelmien ovat olleet julkisuudessa. Ongelman vakavuuden arvioimista hankaloittaa se, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö on väestötasolla vähäisempää kuin muiden ikäryhmien. Ikääntyneille on tyypillistä salailla alkoholinkäyttöään, jolloin haittavaikutuksia saatetaan pitää normaaleina vanhenemiseen liittyvinä muutoksina. (Suhonen 2006.) Joskus myös ikääntyneen omaiset lakaisevat

alkoholiongelman maton alle. Alkoholiongelmaisten ikääntyneiden määrää on vaikea hahmottaa myös siksi, etteivät he tiedonpuutteen vuoksi hakeudu hoitoon. (Suhonen 2005, 68–69.) Jotta ikääntyneiden päihdeongelmaan voitaisiin tehokkaasti puuttua, on tärkeää, että kotipalvelun, terveyden- ja päihdehuollon ja omaisten yhteistyö on saumatonta. Ikääntyneiden hoidossa tulokset voivat olla samaa tasoa kuin muissakin ikäryhmissä. (Suhonen 2006.)

7.3 Alkoholiongelman määrittelyä

Ikääntyneiden alkoholin ongelmakäytöstä tiedetään vielä melko vähän. Laajempaa tietoa siitä, kuinka suuresta ongelmasta on kyse ja erityisesti siitä, miten iäkkäitä alkoholiongelmaisista tulisi auttaa, ei vielä ole tarpeeksi. Ongelma on kuitenkin selkeästi olemassa ja myös vaikeutumassa. Lähitulevaisuudessa eläkkeelle jäävät sukupolvet ovat tottuneet käyttämään alkoholia, myös naiset, ja riskinä on alkoholiongelmien lisääntyminen. Siihen viittaavat myös lukuisat tilastot. (Juhela 2006, 161.) 1 - 4 prosentilla kotona asuvista ikääntyneistä on päihdeongelma. Näistä päihdeongelmaisista psyykkisesti sairaita on 20 prosenttia ja 80 prosentilla on myös lääke- tai nikotiiniriippuvuus. Kolmannes ikääntyneistä päihdeongelmaisista on aloittanut runsaan alkoholin käytön vasta eläkeiässä. Stressi ja erilaiset menetykset, esimerkiksi puolison kuolema, laukaisevat usein juomisen. Henkilöt, jotka aloittavat alkoholinkäytön vasta eläkeiässä, ovat yleensä motivoituneita hoitoon. He jäävät kuitenkin helposti ammattiauttajilta huomaamatta. Runsaasti juovat kuolevat usein muita nuorempina. (Suhonen 2005, 10, 15–16.)

Alkoholin kohtuukäytöstä voidaan puhua silloin, kun nautittu määrä on viikossa miehillä selvästi alle 15 ja naisilla alle 10 annosta. Yksi annos vastaa esimerkiksi pullollista (0,33 l) keskiolutta. Kohtuullinen alkoholinkäyttö on satunnaista ja sitä tapahtuu lähinnä juhlissa tai muissa tärkeissä tilaisuuksissa. Humalahakuista juomista ei voida pitää kohtuukäyttönä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 56.)

Alkoholin suurkulutus kehittyy vähitellen. Alaraja miehillä on 24 annosta ja naisilla 16 alkoholiannosta viikossa. Ikääntyneiden kohdalla suurkulutuksesta voidaan puhua silloin, kun viikossa kuluu seitsemän annosta. Suurkulutus voi alkaa niin sanottuna

kriisijuomisena, jolloin alkoholia käytetään, jotta jokin elämän kriisi tuntuisi helpommalta kohdata. (Havio ym. 2008, 56.)

On toisaalta hyvä muistaa, että suurkulutus ei vielä välttämättä tarkoita alkoholiongelmaa. Se voi kuitenkin nopeasti kääntyä siihen suuntaan. Ikääntynyt saattaa lievittää toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamaa surua ja turhautuneisuutta alkoholilla. Alkoholi voi saada ikääntyneen hetkeksi unohtamaan surun, jolloin hän oppii käyttämään pulloa lohtuna jatkossakin. Vähitellen tästä opitusta käyttäytymismallista voi syntyä alkoholiriippuvuus.

7.4 Alkoholiriippuvuus

Havion ym. (2008, 42) mukaan riippuvuudesta on kyse silloin, kun henkilö kokee pakonomaisesti tarvitsevänsä alkoholia jatkuvasti tai ajoittain, eikä pysty hallitsemaan suhdettaan alkoholiin. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai näitä kaikkia samanaikaisesti.

Fyysinen riippuvuus syntyy, kun elimistö on tottunut alkoholiin siinä määrin, että sen puute aiheuttaa vieroitusoireita. Psykkinen riippuvuus alkaa usein aiemmin kuin fyysinen. Psykkisesti riippuvainen kokee alkoholin olevan edellytys hyvinvoinnilleen. Sosiaalinen riippuvuus ilmenee siten, että henkilö on kiinnittynyt sellaiseen sosiaaliseen yhteisöön, jossa alkoholilla on keskeinen asema. (Havio ym 2008, 43.) Riippuvuuden kylkiäisinä tulee usein ikäviä piirteitä, kuten valehtelemista, huijaamista, valtapelejä ja kieltämistä. (Levo 2009, 24).

Fyysisestä riippuvuudesta on usein helpoin päästä eroon. Psykkinen ja sosiaalinen riippuvuus istuvat sitä vastoin yleensä hyvinkin tiukassa. Etenkin nuorilla alkoholiongelmallisilla raitistumisen esteenä on usein vaikeus irtautua päihteitä ihannoivasta kaveriporukasta, sillä nuoruusiässä kavereiden merkitys on todella suuri. Ikääntyneiden kohdalla alkoholiriippuvuus lienee lähinnä fyysistä ja psyykkistä. Ikääntyneen elimistö kestää alkoholia nuorempaa heikommin, jolloin fyysinen riippuvuus syntyy nopeasti. Psykkinen riippuvuus voi kehittyä esimerkiksi siten, että ikääntynyt kokee alkoholin lieventävän yksinäisyyden tunnetta.

7.5 Ikääntyvien juomatavat

”Elämänkulun moralistinen alkoholihistoria ilmeni alkoholipuheissa kunnan kansalaisen eetoksena. Kunnan kansalainen on edelleen ahkera, säästäväinen ja raitis – tai nykyään ainakin kohtuukäyttäjä. Kunnan kansalaisen ei sovi juoda yksin, usein tai päihtyäkseen” (Tolvanen 2007).

Ilka Haarnin ja Lotta Hautamäen teoksessa (2008, 145) tutkitaan ikääntyneiden alkoholinkäyttöä näiden omasta näkökulmasta. Tutkimuksessa ei ollut mukana yhtään täysin absolutistia, ja vastauksista kävi ilmi, että ikääntyneet, jotka olivat käyttäneet alkoholia aikuisiässä kohtuullisesti, jatkoivat käyttöä myös eläkeiässä. Osalla käyttö pysyi kohtuudessa ja aikaisemmin opituissa rajoissa.

Heikki Suhonen (2005, 66) puolestaan on tutkinut ikääntyvien alkoholinkäyttöä A-klinikan työntekijöiden näkökulmasta. Suhosen tutkiman aineiston asiakkaista suurin osa oli aloittanut alkoholinkäytön jo varhain. He olivat kuitenkin onnistuneet selviytymään työurastaan eläkkeelle saakka. Eläköitymisen myötä ongelma oli pahentunut, koska työelämän aikataulut ja velvoitteet eivät enää olleet juomisen esteenä.

Enemmistöllä Haarnin ja Hautamäen (2008) tutkimista henkilöistä alkoholinkäyttö oli vähentynyt iän tuomien sairauksien myötä tai vain yksinkertaisesti siitä syystä, että alkoholin tuoman hyvänolon tunteeseen ei tarvinnut enää juoda samaa määrää kuin ennen. Valtaosalla juomisen rajoittaminen tai vähentäminen tulee esille paitsi fyysisenä myös psyykkisenä tarpeena ja tavoitteena, jolla on sekä sosiaalisia että henkilökohtaisia perusteita. Ikä ja elämäkokemus tuovat taitoa käyttää alkoholia oikein ja vähentävät sen tuomia epämiellyttäviä tunteita. Alkoholinkäytön tavoitteena ei ole humala vaan miellyttävä olotila, jonka saamiseen riittää pienempikin määrä.

Julkisuudessa ilmi tullut huoli ikääntyneiden lisääntyvästä alkoholinkäytöstä koskeekin vain marginaalista osaa ikääntyneistä, eikä sen pitäisi antaa leimata koko ikäryhmää. Toki tutkittujen joukossa oli myös niitä, jotka olivat huolissaan alkoholinkäytöstään. Tällaiset henkilöt eivät kuitenkaan välttämättä hae apua ongelmaansa osittain siksi, että häpeä ja leimautumisen pelko nostavat avun hakemisen kynnyksiä. On myös niitä, joille syy

liialliseen alkoholinkäyttöön löytyy ahdistavasta elämäntilanteesta tai esimerkiksi surusta. Kokonaisvaltaisen kuvan saaminen ikääntyneen elämäntilanteesta on välttämätön edellytys, kun auttamiskeinoja kartoitetaan. Toisaalta ikääntyvän elämäkokemus on myös voimavara, kun alkoholinkulutusta yritetään saada hallintaan. (Haarni & Hautamäki 2008, 165–168.) Alkoholista käyttävistä ikääntyneistä tulee helposti huomaamattaan useiden päihteiden käyttäjiä, sillä useimmilla heillä on säännöllinen lääkitys johonkin iän tuomaan vaivaan. Tämä asettaa omat haasteensa hoitohenkilöstölle. (Laapio 2008, 56.)

7.6 Ikääntyvien suhde alkoholiin

Kun tarkastellaan ikääntyvien alkoholinkäyttöä, tulee muistaa, että ikääntyviä ei voi ahtaa samaan muottiin. Ei siis voida puhua iäkkäistä yhtenä alkoholinkäyttäjryhmänä, vaan he ovat heterogeeninen joukko, joka muodostuu keskenään erilaisista ihmisistä, joilla on erilaiset elämäntilanteet ja erilaiset syyt käyttää alkoholia kuten on kaikissa muissakin ikäryhmissä. Monet eri tekijät lapsuudesta lähtien vaikuttavat siihen, millaiseksi suhde alkoholiin on muodostunut. Alkoholilla voi olla myös erilaisia rooleja ikääntyneiden elämässä. Toisilla se voi olla keskeisessä osassa jokapäiväistä elämää, toisilla sivuseikka, johon ei kovin paljon kiinnitetä huomiota.

Haarnin ja Hautamäen tutkimuksessa (2008, 165–166) tuli ilmi, että nykyinen eläkkeellä olevien sukupolvi suhtautuu alkoholinkäyttöön huomattavasti sallivammin kuin edeltäjänsä. Myös Aija Ström (2009, 65) on tutkinut ikäihmisten alkoholinkäyttöä heidän omasta näkökulmastaan. Strömin tutkimuksen mukaan ikääntyvät katsovat alkoholin kuuluvan seniorikansalaisen elämään. Alkoholinkäyttö on yleistynyt, ja se kuuluu sekä arkeen että juhlaan. Etenkin kesäaikaan, mökkeillessä ja lomalla alkoholia tulee käytettyä enemmän. Vieraillekin tarjotaan useammin viiniä tai likööriä kuin kahvia.

Aikaisemmin alkoholinkäyttöä moralisoitiin. Sen terveyshaittoja ja sosiaalisia ongelmia korostettiin. Myös sukupuolittunut moralisointi oli vahvaa; naisten alkoholinkäyttöä paheksuttiin voimakkaasti. Nykyisin sukupuoleen suhtaudutaan melko neutraalisti eikä moralisointiakaan paljon esiinny. Alkoholinkäyttö nähdään jokaisen omana asiana, vaikka

esimerkiksi itseä vanhemman henkilön humalatila vieläkin nähdään epämiellyttävänä ja paheksuttavana. (Haarni ym. 2008, 165–166.)

7.7 Sukupuolittunut alkoholikulttuuri

”Suomalaista alkoholihistoriaa voisi luonnehtia myös epäsymmetrisesti sukupuolittuneeksi alkoholikulttuuriksi. Naisten siveellisyydestä oltiin erityisen huolissaan. Naisten alkoholinkäyttöä ei hyväksytty tai sitä paheksuttiin – toisin kuin miesten. Kunnon miehelle sallittiin alkoholinkäyttö silloin tällöin kunhan hän vain turvasi perheen toimeentulon” (Tolvanen 2007).

Sen lisäksi, että ikääntyvien juominen puhuttaa, varsinkin iäkkäiden naisten alkoholinkäyttö on herättänyt keskustelua. Toisaalta asia ymmärretään ja puolustetaan ”mummojen” oikeutta nauttia elämästä, toisaalta naisten runsas juominen ja humalatila herättävät vastenmielisyyttä ja sääliä myös ikääntyvien keskuudessa. (Haarni ym. 2008, 164–165.) Aija Strömin tutkimuksesta (2009, 56) kävi ilmi, että vaikka ikääntyneiden alkoholinkäyttöä pidetään hyväksyttävänä, koettiin juopuneen naisen näkeminen erittäin negatiivisena asiana.

Sininauhaliiton päihdetyön kehittäjä Marja-Liisa Laapio käyttää nimitystä ”moraalinen häpeä” puhuessaan ikääntyneiden naisten alkoholin käytöstä. Tämän sukupolven naiset ovat vahvasti sisäistäneet naiseuden velvoitteet. Liikaa alkoholia käyttävä ikääntynyt nainen tuntee syyllisyyttä tietäessään rikkovansa moraalisia sääntöjä, jotka liittyvät naiseuteen, äitiyteen ja isoäitiyteen. Tästä seuraa usein juomisen salailua ja häpeää. Runsaasti alkoholia käyttävä ikääntynyt nainen nähdään myös miestä useammin ongelmana. Koska ikääntyneet naiset tuntevat usein häpeää juomisestaan, avun hakeminen ja esimerkiksi hoidollisiin sekaryhmiin osallistuminen voi olla naiselle vaikeaa. Tästä syystä pitäisikin olla enemmän tarjolla nimenomaan naisille suunnattuja päihdehoitomuotoja. (Vakkuri 2009.)

Myös kotihoitohenkilöstön keskuudessa on kiinnitetty erityistä huomiota ikääntyneiden naisten lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön. Eräiden arvioiden mukaan liiallinen

alkoholinkäyttö voi olla ikääntyneillä naisilla jopa yleisempää kuin miehillä. Naisten alkoholinkäyttöä myös tuodaan esille enemmän ja se herättää enemmän huomiota ja pahennusta kuin miesten vastaava käyttö. Ikääntyvät naiset eivät enää välttämättä hyväksy aikaisempien sukupolvien arvoja, ihanteita ja moraalisäännöksiä, vaan kyseenalaistavat ne omilla alkoholinkäyttötavoillaan. Heidät määritellään helposti ongelmakäyttäjiksi vain siitä syystä, että heidän elämäntapansa, johon kuuluu alkoholi, on ristiriidassa sekä vanhemman että nuoremman sukupolven moraalikäsitysten kanssa. He haluavat itse päättää elämästään, vaikka asuisivat palveluasunnoissa tai kuuluisivat kotihoidon piiriin. (Laapio 2007, 55.)

7.8 Alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyvään elimistöön

Alkoholin vaikutukset ihmisen elimistöön eivät ole yksiselitteinen asia. Ikääntyneille suositellaan usein 1 - 2 viinilasillista päivässä, sillä kohtuudella viiniä nauttivilla ikääntyneillä on todettu olevan vähemmän sydän- ja verisuonitauteja kuin raittiilla ja liikakäyttäjillä. Alkoholin nauttimisella on katsottu olevan myönteisiä vaikutuksia myös kognitiivisten toimintojen ylläpitämisen näkökulmasta. Kohtuudella alkoholia käyttävä ikääntynyt on usein muutenkin terveempi, nauttii paremmasta elämänlaadusta, kärsii harvemmin masennuksesta ja kuolee vanhempana kuin raitis tai liikakäyttäjä. (Ström 2009, 28.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta ei kuitenkaan enää uusituissa ravitsemussuosituksissa suosittele alkoholia lainkaan, sillä kohtuukäytön raja voi olla hyvin häilyvä. Alkoholin terveysvaikutukset ovat jääneet haittoja pienemmiksi, joten suositus on muuttunut pikemminkin varoitukseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Alkoholin vähäisetkin terveysvaikutukset hupenevat, kun käytöstä tulee liiallista. Pitkällä aikavälillä alkoholin suurkulutus aiheuttaa varsin monenlaisia ongelmia. Alkoholinsietokyky laskee vanhenemisen myötä ja myös terveysriskit kasvavat. Alkoholiongelmaa on vaikea havaita varsinkin silloin, jos asianomainen itse ei vielä halua nähdä tai myöntää tilanteen vakavuutta. Oireita liiallisesta alkoholinkäytöstä voivat olla jatkuva flunssa, stressi ja kohonnut verenpaine. Suurkuluttaja kärsii usein myös masennuksesta, ja on saattanut ajatella tai yrittää itsemurhaa. Vuonna 2005 Suomessa tehtiin 304 itsemurhaa päihtyneenä. (Havio ym. 2008, 72–75.) Alkoholilla on yleensä

negatiivinen vaikutus itsetuntoon. Vaikka nousuhumalassa henkilö saattaa kokea olevansa itsevarma ja kaikin tavoin ihana ihminen, aiheuttaa pitkäaikainen suurkulutus huonon itsetunnon, häpeää ja masennusta.

Jos asiakkaalla ilmenee toistuvasti kaatumisia ja muita tapaturmia, tulisi asia ottaa puheeksi. Iäkkään henkilön kohdalla kyse voi olla myös toimintakyvyn yleisestä heikkenemisestä, mutta jos tapaturmien lisäksi on havaittavissa huonoa ravitsemustilaa, uniongelmia ja toistuvia sovittujen tapaamisten laiminlyöntejä, voi se olla merkki alkoholiongelmasta. (Havio ym. 2008, 73.)

Alkoholin suurkulutus voi aiheuttaa pitkän ajan kuluessa maksa- ja haimasairauksia, joihin vuonna 2005 kuoli yli 1000 henkilöä. Muita sairauksia, joita voi esiintyä, ovat esimerkiksi hengityselinten sairaudet, ihosairaudet, verisairaudet ja syöpä. Alkoholi tuhoaa lisäksi aivosoluja sekä rappeuttaa sydänlihasta. Psykkiset oireet, kuten persoonallisuuden muuttuminen, paniikkihäiriöt ja masennus, ovat niin ikään tavallisia alkoholisteilla. (Havio ym. 2008, 75–76.) Joskus voi olla vaikea hahmottaa, kumpi on alkanut ensin, mielenterveysongelmat vai alkoholiongelma. Saattaa olla, että asiakkaalla on vaikea masennus, jota hän ”hoitaa” alkoholilla, tai että pitkäaikainen juominen on aiheuttanut masennuksen.

Terveydellisten ongelmien lisäksi alkoholin ongelmakäyttö johtaa usein myös taloudellisiin vaikeuksiin ja ihmissuhdeongelmiin. Asiakkaan kaikki rahat saattavat kulua alkoholiin tai laskut voivat jäädä maksamatta välinpitämättömyyden vuoksi. Lisäksi ongelmajuominen rasittaa koko perhettä ja sosiaalisia suhteita. Perheen sisäiset roolit saattavat vääristyä, kun yksi perheenjäsenistä juo. Vähitellen kuvioihin astuu myös luottamuspula.

8 PUHEEKSI OTTAMINEN

8.1 Puuttumisen vaikeus

Ikääntyneen alkoholinkäyttöön voi olla vaikea puuttua. Rajanveto huolenpidon ja asiakkaan oman vastuun välille on ongelmallista. Jos asiakas on hyvin huonokuntoinen, on vastuu hänen hyvinvoinnistaan viranomaisverkostolla. Toimintakykyisen asiakkaan kohdalla juomiseen puuttuminen voi tuntua itsemääräämisoikeuden loukkaukselta. Onko eettisesti oikein olla puuttumatta, jos asiakas juomisellaan heikentää elämänlaatuaan, vai voiko ottaa käyttöön pakkokeinot? Kotipalvelun tarkoitus on luoda hyvän elämän edellytyksiä ja tukea elämänhallintaa. (Kankainen 2005.) Näiden periaatteiden vuoksi asiakkaan juominen tulisi ottaa puheeksi.

Kotona tehtävän päihdetyön ensimmäinen askel on yksinkertainen mutta sitäkin vaikeampi. Työntekijän täytyy uskaltaa ottaa alkoholinkäyttö puheeksi jokaisen asiakkaan kanssa. Asiakkaan sukupuoli, sosiaalinen asema tai ulkonäkö ei välttämättä paljasta mitään olennaista alkoholinkäytöstä, vaan asiasta on kysyttävä suoraan. Puheeksi ottaminen on tärkeintä, sillä vain siten asia saadaan näkyväksi ja vasta sitten siihen voidaan puuttua. (Levo 2009, 24.)

Kysymysten tulee olla suoria ja avoimia. Jos asiakas sanoo juovansa vähän, kuinka paljon on vähän - lasillinen vai pullollinen? Asian esille ottamisen ajankohta kannattaa miettiä etukäteen ja myös se, kuinka tilanteesta jatketaan eteenpäin. Työntekijän avoin suhtautuminen asiaan auttaa myös asiakasta avautumaan ongelmassaan. Jos työntekijä lakaisee ongelman maton alle, tulee asiakkaalle tunne, että alkoholinkäyttö on asia, josta ei sovi puhua. Tällainen asenne voi jopa pahentaa ongelmaa ja lisätä syyllisyyttä ja häpeää. Kotona tehtävä päihdetyö lähtee aina asiakkaan omista tarpeista, ja on puheeksi ottamisen ja kartoituksen lisäksi myös sitä, että asiakkaan kanssa yhdessä pohditaan alkoholin kohtuukäytön rajoja, sen hyviä ja huonoja puolia sekä tuetaan vanhuksen selviytymistä arjessa. Päihdetyö on siis muutakin kuin puhetta juomisesta. (Levo 2009, 25.)

Kun alkoholinkäytöstä aiheutuu vakavia terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia, sitä ei enää pyritä niin voimakkaasti kieltämään, mutta usein vielä silloinkin alkoholinkulutusta vähätellään. Usein ongelmakäyttäjät vetoaa siihen, että pystyy kyllä lopettamaan heti, kun vain haluaa, mutta erinäisten syiden takia ei ole siihen vielä valmis. (Juhela 2006, 156.)

8.2 Puheeksioton välineitä

8.2.1 Mini-interventio

Mini-interventio eli lyhytneuvonta tehdään terveydenhuollossa ja sen tarkoitus on pyrkiä tukemaan asiakasta alkoholinkäytön vähentämisessä silloin, kun käyttö on runsasta, mutta se ei ole vielä ehtinyt aiheuttaa mainittavaa terveydellistä tai muuta haittaa. Käytännössä kyse on alkoholinkäyttötapoja, haittoja ja alkoholinkäytön hallintakeinoja koskevasta keskustelusta lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa parin kolmen vastaanottokäynnin yhteydessä. Mini-interventio on todettu tehokkaaksi keinoksi vähentää liiallista alkoholinkäyttöä. Sen on todettu tehoavan yhtä hyvin miehiin ja naisiin. Mini-intervention vaikutus kestää yhdestä kahteen vuoteen ja on tutkittu, että joka kymmenes asiakas hyötyy mini-interventiosta. (Päihdelinkki 2008a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Mini-interventiota käytetään yleisesti terveyskeskuksissa ja suurin osa potilaista suhtautuu myönteisesti tai neutraalisti asian puheeksi ottoon. Kuitenkin vain muutama prosentti potilaista tekee itse aloitteen keskusteluun alkoholikäytöstään. Aloite on siten ammattilaisten vastuulla. Mitä aiemmin alkoholin riskikäyttöön päästään puuttumaan, sitä paremmat mahdollisuudet asiakkaalla on muuttaa juomatapojaan. Jos asiakkaan alkoholin käyttö on niin runsasta, että terveys tai ihmissuhteet ovat vaarassa, ammattilaisen on syytä kertoa tästä asiakkaalle ja myös tukea häntä muutoksessa. On myös muistettava, että asiakkaan ratkaisut tulee hyväksyä, eikä ketään voi hoitaa vastoin tahtoa. (Päihdelinkki 2008a.)

Mini-interventio olisi helposti hyödynnettävissä myös kotihoidossa. Kotihoidon työntekijät voisivat toteuttaa lyhytneuvonnan kotikäynnillä, jos asiakkaan tilanne antaa aiheita epäillä

alkoholin ongelmakäyttöä. Ottamalla alkoholinkäyttö ajoissa puheeksi, voidaan välttyä pahalta alkoholiongelmalta ja työntekijöiden liialliselta kuormittumiselta.

8.2.2 Audit-testi

Audit- eli juomatapatestillä (LIITE 4) voidaan selvittää omia alkoholinkäyttötottumuksia; käyttääkö alkoholia sopivasti vai liikaa, onko käytöstä enemmän iloa vai haittaa tai onko itsellä joskus herännyt halu vähentää omaa juomista. Testi on alun perin kehitetty seulomaan terveydenhuollon potilaista ne, jotka parhaiten hyötyvät mini-interventiosta. Jokainen voi tehdä testin itse ja arvioida sen avulla oman alkoholinkäyttöään. Audit-testi sisältää kymmenen kysymystä alkoholinkäytöstä. Vastaamalla kysymyksiin saa monipuolisen kuvan alkoholinkäyttöön mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista, tai toisaalta tiedon, jos kaikki on siltä osin kunnossa. Testin kokonaispistemäärä ilmaisee mahdollisen riskin tason. Lisäksi vastauksista saa paremman kuvan siitä, mihin omassa juomisessa kannattaa kiinnittää huomiota. Testin kysymykset koskevat viimeksi kulunutta vuoden jaksoa. Näin testin avulla voi myös seurata, miten muutokset juomistottumuksissa vaikuttavat testituloksiin. (Päihdelinkki 2008b.)

Audit sai alkunsa 1980-luvulla, kun Maailman terveysjärjestö WHO:n tutkijaryhmä sai tehtäväkseen kehittää sellaisen kyselyn, jonka avulla voidaan helposti tunnistaa alkoholin käytön aiheuttamia riskejä terveydenhuollon asiakkaiden parissa. Haluttiin, että testi soveltuu käytettäväksi yhtä lailla kehittyneissä kuin kehitysmaissa sekä toisistaan poikkeavissa kulttuureissa. Testin tarkoituksena on erotella kohtuudella alkoholia käyttävät niistä, joiden juomisesta aiheutuva riski on koholla, eli halutaan seuloa ne, joiden juomisesta vasta alkaa aiheutua pulmia ja näin ehkäistä ongelman paheneminen. Testin tavoitteena ei siis ole löytää vain alkoholiriippuvaisia tai alkoholisteja, vaikka korkeat pistemäärät testissä viittaavatkin jo alkoholismiin. (Päihdelinkki 2008b.)

Audit-testin kolmella ensimmäisellä kysymyksellä mitataan juomisen määrää, eli sitä kuinka usein ja kuinka paljon juo kerralla. Seuraavat kolme kysymystä voivat antaa viitteitä alkoholiriippuvuudesta. Viimeiset neljä kysymystä liittyvät juomisen haitallisiin seurauksiin; läheisten huoleen, syyllisyyteen, muistinmenetyksiin ja tapaturmiin. Testin

riskiraja on kahdeksassa pisteessä. Seurantatutkimuksissa on todettu, että jo näin alhainen pistemäärä merkitsee alkoholin aiheuttamien haittojen lisääntymistä lähitulevaisuudessa, mikäli alkoholinkäyttö jatkuu samanlaisena. Maksimipistemäärä on 40. Mitä korkeampi on testissä saatu pistemäärä, sitä vakavammin tulisi suhtautua alkoholinkäyttöön ja sen aiheuttamiin haittoihin. Kun testipisteet ovat 20 tai sen yli, vastaajalle suositellaan useimmiten hoitoon hakeutumista. Täytyy kuitenkin muistaa, että audit-testi ei ole varsinainen diagnostinen työkalu, jonka avulla voitaisiin pelkästään päätellä, onko testattava suurkuluttaja tai alkoholisti. Testissä on helppo myös kaunistella totuutta, joten jos ei halua ilmi totuutta omasta alkoholinkäytöstään, testin tulos ei ole luotettava. Näin moni apua tarvitseva voi jäädä tuen ulkopuolelle. Testattavat ovat suhtautuneet kuitenkin kysymyksiin vastaamiseen myönteisesti ja on arvioitu, että siihen vastataan yleensä hyvin rehellisesti. (Päihdelinkki 2008b.)

8.2.3 Sadd-testi

Varsinaista alkoholiriippuvuutta ja alkoholismia voidaan mitata useilla eri testeillä. Sadd-testi (LIITE 5) kehitettiin 1980-luvulla seulontatestiksi. Sen avulla voidaan tunnistaa asiakkaat, jotka hakevat apua juomisongelman vuoksi, mitata riippuvuuden tasoa ja voimakkuutta tai mitata, muuttuuko riippuvuuden aste ajan myötä. Testin alkuperäinen nimi on *Short-form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)*. (Päihdelinkki 2008b.)

Testin kehittämisen aikoihin alettiin puhua alkoholiriippuvuusoireyhtymästä. Testin avulla voidaan erottaa toisistaan lievä, keskivaikea ja vaikea riippuvuus. Lisäksi testissä painotetaan alkoholiriippuvuuden käyttäytymissidonnaisia ja subjektiivisia piirteitä. Testi on todettu tarkaksi useissa tutkimuksissa. Testin tulokset ovat merkityksellisiä etenkin kun arvioidaan hoidon tarvetta tai tarvetta kannustaa omatoimiseen muutokseen juomistottumuksissa. Testin avulla päämäärän asettaminen on helpompaa; pyritäänkö lopettamaan alkoholinkäyttö kokonaan vai onko tavoitteena kohtuukäyttö. (Päihdelinkki 2008b.)

8.2.4 Apukortit

Apukortti (LIITE 6) on A-klinikkasäätiön ”Virrat puroiksi” -hankkeen kehittämä kortti, joka on tarkoitettu terveydenhuollon henkilökunnalle avuksi ja tueksi alkoholinkäytön puheeksiotossa. Malli korttiin on saatu Australiasta. Kortin avulla voidaan keskustella asiasta terveyshaittojen kautta. (A-klinikkasäätiö 2006.)

S-apukortti (LIITE 7) on kehitetty sosiaalialan henkilökunnalle ja sen avulla keskustellaan alkoholinkäytön haitoista sosiaalisten haittojen kautta. Apukortteja voidaan käyttää muistikorttina alkoholineuvonnassa, tueksi alkoholinkäytön puheeksiotossa tai asiakkaan tekemän audit-testin analysoinnin apuvälineenä. Apukortista selviää muun muassa mikä on alkoholiannos ja mikä on turvallinen päivä-, viikko- tai maksimiannos. Myös liiallisen alkoholinkäytön aiheuttamia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja konkretisoidaan. Kortin avulla havainnollistetaan, millaiseen alkoholinkulutukseen pitäisi pyrkiä, mitkä ovat käytön vähentämisen hyödyt, miten tavoitteeseen kannattaa pyrkiä ja miten tavoitteessa pysytään. (A-klinikkasäätiö 2006.)

9 PÄIHDETYÖN ETIIKKAA

9.1 Ikäeettinen päihdetyö

”Ikäeettinen päihdetyö edellyttää moninaisuutta kunnioittavaa kumppanuutta, ihmisen arvokkuuden tunnustamista, ihmisen hyväksymistä sellaisena kuin hän on ja henkistä esteettömyyttä kohdata ihminen” (Laapio 2009).

Ikääntyvälle tulee tarjota hänen toimintakykyensä ja elämäntilanteeseensa sopivia ja hänen elämänsä huomioon ottavia päihdehuollon palveluja. Näiden palvelujen takaamiseksi vaaditaan työntekijältä usein julkisesti heikomman puolelle asettumista ja asiakkaan oikeuksien ajamista. Ikääntyvällä päihteidenkäyttäjällä on oikeus päättää itse omaa elämäänsä koskevista asioista ja hän on itse vastuussa tekemistään päätöksistä, myös alkoholinkäytöstään. Hänen tulee kuitenkin saada asianmukaista tietoa vanhenemisen ja alkoholinkäytön yhteisvaikutuksista oman päätöksentekonsa tueksi. Ikääntyvän tulisi saada tukea ja motivointia alkoholinkäyttönsä vähentämiseksi. Tässä työntekijällä voi olla ratkaiseva rooli tuen antajana ja myös alkoholin haittavaikutuksista realistisesti kertovana tahona. (Levo 2009, 16.)

On tärkeää, että ikääntyvälle päihteidenkäyttäjälle varmistetaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja loppuelämän olosuhteet siinäkin tapauksessa, että hän ei jostain syystä halua tai pysty muuttamaan alkoholitottumuksiaan. Ikääntyvää päihteidenkäyttäjää tulee kohdella arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä riippumatta siitä, kykeneekö tai haluaako hän vähentää alkoholinkäyttöään. (Levo 2009, 16.)

Ikääntyvälle tulisi tarjota mahdollisuutta osallistua vertais- tai ryhmätoimintaan, joka lisää sosiaalista vuorovaikutusta ja näin myös osaltaan voi auttaa päihdeettömyyteen. Työ ikääntyvän päihteidenkäyttäjän kanssa perustuu tasa-arvoisuuteen ja vuorovaikutukseen, kokonaisvaltaisuuteen ja kunnioittavaan kohteluun. Tällaisen asiakkaan elämä tulisi nähdä kokonaisuutena, jonka kaikkia osa-alueita tulisi hoitaa päihdeongelman rinnalla. Talous, sosiaaliset suhteet, terveys, asuminen sekä hengellisen ja henkisen pohdiskelun tarve tulisi huomioida palveluja suunniteltaessa. Ennaltaehkäisevän työn, kuten osallisuuden

parantamisen ja erilaisen sosiaalisen elämän vahvistamisen, tulisi ulottua koko ikääntyvään väestöön. (Levo 2009, 16.)

Sininauhaliiton päihdetyön kehittäjä Marja-Liisa Laapion mukaan alkoholiongelmaiset ikääntyneet tulisi kohdata ainutlaatuisina ihmisinä, jotka tarvitsevat tukea elämäntapansa arvioimiseen ja konkreettista apua perus- ja kansalaisoikeuksien palauttamiseksi. Ikääntynyt on edelleen kehittyvä persoona, joka tarvitsee tietoa alkoholin terveyshaitoista, palveluohjausta oikeiden ratkaisujen löytämiseksi sekä tukea omien vahvuuksien hyödyntämiseksi sekä edellytyksiä päivittäisistä rutiineista selviytymiseen. (Vakkuri 2009.)

Laapion mielestä sosiaaliset suhteet ovat ensiarvoisen tärkeitä ikääntyneille. Esimerkiksi tunne siitä, että on yhteisön jäsen, sekä sielunhoidollinen ja hengellinen tuki ovat merkittäviä. Laapion vanhus- ja päihdetyön henkilöstölle tekemissä haastatteluissa nousi esille myös se, että ikääntyneet alkoholiongelmaiset tarvitsevat tukea luodakseen uudelleen suhteen jo kadotettuihin aikuisiin lapsiinsa. Jos suhteen luominen vaikka viimeisinä vuosina on onnistunut, sillä on ollut suuri merkitys sekä ikääntyneelle itselleen että hänen omaisilleen. (Vakkuri 2009.)

9.2 Päihdetyön ammattietiikka

Marja-Liisa Laapion (2007, 51) tekemän tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijän ammattieettinen identiteetti suhteessa asiakkaan päihteidenkäyttöön tulee ilmi hänen suhtautumisessaan päihdeongelmaiseen asiakkaaseen. Tämä juontaa juurensa työntekijän omista arvoista, asenteista sekä kokemuksista ja elämänhistoriasta. Tapa, jolla työntekijä suhtautuu alkoholia käyttävään asiakkaaseen, vaikuttaa niin hoitosuhteeseen kuin työntekijän jaksamiseen ja työmotivaatioon. Suhtautumistapa voi olla ulkopuolisesti kohtaava, myötäilevä, tilanneherkkä, realistinen tai kokonaisvaltainen.

9.2.1 Ulkopuolisesti kohtaava näkökulma

Ulkopuolisesti kohtaavassa suhtautumistavassa ikääntyneet alkoholin ongelmakäyttäjät nähdään lähinnä henkilökunnalle ja myös itselleen vaikeuksia aiheuttavana. Ammattipuheessa korostuu työn kuormittavuus, ja suhtautuminen asiakkaaseen on negatiivista. Asiakasta on vaikea kohdata ihmisenä, joten hänet nähdään vain erilaisten toimenpiteiden kohteena, jotka saattavat humalatilaa takia jäädä jopa tekemättä. Tälle suhtautumistavalle tyypillistä on niin sanottu etukäteen periksi antava ajattelutapa, jonka mukaan alkoholin käyttö nähdään asiakkaan subjektiivisena ongelmana. Ulkopuolisesti asiakkaan kohtaavasta hoitohenkilöstä saattaa ajan mittaan tulla kyyninen, eikä hoitotoimenpiteillä nähdä olevan vaikutusta asiakkaan tilanteeseen. Alkoholin ongelmakäyttöön ei haluta puuttua, sillä se saattaisi tuoda esiin asiakkaan muutkin ongelmat, jotka puolestaan lisäisivät työtaakkaa. (Laapio 2007, 51.)

9.2.2 Myötäilevä näkökulma

Myötäilevästi suhtautuva työntekijä on kokemuksesta oppinut tilanneherkkyyttä ja siirtää hoitotoimet suosiolla sellaiseen ajankohtaan, kun asiakas on selvin päin. Myötäilevään suhtautumiseen liittyy usein työn kuormittavuutta korostava puhe, mutta toisaalta myös asiakkaasta huolta kantava puhe. Yksi ammattieettinen tapa toimia, kun asiakas on humalassa, on itseään säästävä suhtautuminen, jonka mukaan työntekijä tekee siinä tilanteessa parhaansa, ja sen pitää riittää. Alan naisvaltaisuuden saattaa liittyä näkemys, jonka mukaan työntekijän täytyy selviytyä tilanteesta kuin tilanteesta ollakseen ammatillisesti pätevä. Apua pyydetään vasta, kun ei enää yksin selvitä, mutta toisaalta se voi aiheuttaa työntekijälle asiakkaan kanssa jaettua häpeän tai leimautumisen tunnetta. (Laapio 2007, 51–52.)

9.2.3 Tilanneherkkä näkökulma

Laapion mukaan (2007, 52–53.) tilanneherkkä suhtautumistapa aiheuttaa työntekijälle riittämättömyyden tunnetta, kun hän joutuu yhä uudelleen kohtaamaan humalaisen

asiakkaan. Asiakassuhde on negatiivisesti väritynyt, mutta työntekijällä riittää myös ymmärrystä ja empatiaa ongelmakäyttäjää kohtaan. Työntekijällä olisi halu auttaa, mutta hän kokee, ettei hän asiakkaan suhtautumisen vuoksi kykene siihen. Asiakastilanteet voivat olla rankkoja, ja työntekijälle emotionaalisesti epämiellyttäviä. Asiakkaan käytös ja kielenkäyttö voivat olla häiritseviä. Epähygieenisuus ja altistuminen tupakansavulle sekä seksuaalinen häirintä voivat olla tavallisia tällaisissa asiakastilanteissa. Jatkuvat työntekijälle epämiellyttävät asiakastilanteet aiheuttavat helposti muita syyllistävästä puhetta. Syy asiakkaan tilanteeseen yritetään löytää esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden toimista. Muita syyllistävä asennoituminen ruokkii omalta osaltaan ihannetta yksin selviytymisestä haasteellisissa asiakkaan kohtaamisissa. Työntekijä ei suostu kantamaan häpeän ja leimautumisen tunteita yksin, vaan syyllistää myös muita asiakkaan kanssa tekemisissä olevia.

9.2.4 Realistinen näkökulma

Realistisessa suhtautumistavassa pitäydytään tosiasioissa. Asiakkaan alkoholin käyttöä ei pyritä kaunistelemaan eikä piilottelemaan. Ammattipuheessa tulee ilmi asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työntekijä suhtautuu haastaviinkin asiakastilanteisiin tyynen rauhallisesti, sillä hän ymmärtää niiden olevan osa työtään. Hän hyväksyy alkoholin asiakkaan elämään kuuluvana seikkana ja on tietoinen siitä, että asiakaskäynnille mennessä vastassa voi olla mitä tahansa. Realistisesti suhtautuva haluaa motivoida ja tukea asiakasta hakemaan apua ongelmaansa. (Laapio 2007, 53–54.)

9.2.5 Kokonaisvaltainen näkökulma

Laapion tutkimuksen mukaan (2007, 54) työhönsä kokonaisvaltaisesti suhtautuva työntekijä ymmärtää, että vaikka alkoholin käytön puheeksi ottaminen voi lisätä työtä hetkellisesti, se kuitenkin pitkällä tähtäimellä helpottaa sekä asiakkaan tilannetta että työntekijän omaa työtaakkaa. Tiimityötä arvostetaan, ja myös omaiset pyritään ottamaan mukaan hoitoon. Kokonaisvaltaista ajattelua ei vielä kovin paljon esiinny kotihoidon piirissä, mutta sitä on kuitenkin jo havaittavissa.

10 VANHUSTEN PÄIHDEPALVELUT

Päihdehuoltolain (17.1.1986/41) tavoitteena on ”ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta”. Päihdehuoltolaissa säädetään, että kunnan on pidettävä huoli siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tarpeita vastaavaksi. Tätä lakia ei kuitenkaan ole pystytty täysin noudattamaan, sillä kunnissa on paljon ikääntyneitä, joille ei ole sopivia päihdepalveluita. Päihdepalvelut on usein suunnattu työikäiselle väestölle, joten ikääntyneet voivat kokea olevansa ulkopuolisia. Esimerkiksi A-klinikalla ei juurikaan hoideta yli 60-vuotiaita. Juhelan (2006, 162) mukaan ongelma on tuttu myös muissa länsimaissa. Tähän asiaan on herätty, ja useissa maissa on käynnistynyt laajoja ikääntyvien päihdeprojekteja.

Kotihoidossa toimivat työntekijät joutuvat tulevaisuudessa kohtaamaan yhä useammin vanhuksia, jotka käyttävät liikaa alkoholia. Kotihoidon työntekijöiden harteilla ei ole raitistaa asiakasta, vaan tukea, motivoida raittiisiin elämäntapoihin ja minimoida haittavaikutuksia. Päätös juoda tai olla juomatta on aina ikääntyneen omalla vastuulla. Työntekijän rooliin kuuluu kuitenkin ohjata asiakasta päihdehuollon palveluiden piiriin. Vanhustyön työntekijöillä voi olla myös uskomus, etteivät he tunnista päihteidenkäytön oireita. Tämä tunnistamattomuus saattaa olla sekä hoitoonohjauksen että hoidon aloittamisen esteenä. Iäkkäät päihdeongelmaiset ovat raskaita hoidettavia ja työntekijällä on lupa myös negatiivisiin tunteisiin. Riippuvuus ja asiakas on kuitenkin kyettävä erottamaan toisistaan. Jos tilanne käy kohtuuttoman raskaaksi, on tärkeää, että tiimiä tai työntekijää voidaan joustavasti vaihtaa. (Levo 2009, 24–25.)

Palvelujärjestelmä on usein niin sirpaleinen, ettei ikääntynyt tiedä, mistä hänen pitäisi hakea apua. Kuntien päihdehuollon resurssit on usein kohdistettu työikäiselle väestölle kun taas vanhuksille suunnatut päihdehuollon palvelut ovat lapsen kengissä. Rakennukset, joissa päihdehoitopaikat sijaitsevat voivat olla vaikeakulkuisia, jos liikkuu esimerkiksi rollaattorilla tai pyörätuolilla. Usein päihdetyöntekijöiltä puuttuu vanhustyön asiantuntijuus ja tieto siitä, miten runsas alkoholin käyttö vaikuttaa vanhuusiän eri sairauksiin, ja toisaalta

näiden sairauksien vaikutus alkoholinsietokykyyn. Hoitoon hakeutumista vaikeuttavat etenkin naisilla myös häpeä ja salailu. Ikääntynyt voi myös tuntea itsensä tarpeettomaksi, eikä sen vuoksi näe syytä muuttaa juomatapojaan. (Levo 2009, 24.)

Eritoten ikääntyneille suunnattuja päihdepalveluita on varsin vähän. Kokkolassa toimii Ventuskartano ry:n alaisena Isojärven palvelukoti, joka tarjoaa palveluasumista ikääntyneille kokkolalaisille päihdeongelmallisille. Se pyrkii toiminnassaan ylläpitämään asukkaiden toimintakykyä ja vähentämään päihdehaittoja. Tulevaisuudessa tarve ikääntyneiden päihdepalveluille kasvaa.

Suhosen (2005, 70) mukaan kyse ei ole enää vain hoitoon joutumisesta tai pääsystä, vaan palvelujen käyttämisestä, jolloin asiakas osaa esittää vaatimuksia palvelun tuottajalle. Palvelujärjestelmä on vaarassa ajautua kriisiin, ellei resursseja saada lisää. Myös Aija Ström (2009, 87) kysyy tutkimuksessaan, mikä on sosiaalityön osuus niiden ikäihmisten parissa, jotka eivät vielä ikänsä tai kuntonsa puolesta tarvitse varsinaisia vanhuspalveluja. Tässä joukossa saattaa olla hyvinkin paljon ihmisiä, joiden alkoholin liikakäyttöön voitaisiin puuttua ennaltaehkäisevällä työllä. Omaa gerontologista sosiaalityötä ei Suomessa vielä ole omatoimisille, aktiivisille ja liikkuville ikäihmisille. Kun ennustettavissa on, että ikäihmiset tulevaisuudessa ovat entistä hyväkuntoisempia, menevämpiä ja myös käyttävät enemmän alkoholia kuin aiemmat sukupolvet, olisi ongelmien ennaltaehkäisyyn toden teolla panostettava.

11 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

11.1 Aikaisempia tutkimuksia

Anna Alangon ja Ilka Haarnin toimittamassa teoksessa ”Ikääntyminen ja alkoholi” pohditaan mm. ikääntymistä, alkoholia ja lääkkeitä sekä kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamista. Teos on ensimmäinen Sininauhaliiton ”Liika on aina liikaa – Ikääntyminen ja alkoholi” -tutkimus - ja kehittämishankkeen julkaisu. Haarni on julkaissut vuonna 2008 Lotta Hautamäen kanssa myös teoksen Ikääntyvät juomatavat – elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin.

Päihdetyön kehittäjä Marja-Liisa Laapio (2007, 47) Sininauhaliiton Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi -hankkeesta esittelee pääkaupunkiseudulla tehtyä tutkimusta (Kankainen 2005) kotihoidon asiakkaiden alkoholin käytöstä. Pääkaupunkiseudun kotihoidon henkilöstöstä suurin osa on kohdannut päihteidenkäyttöä työssään useammin kuin kerran kuukaudessa. Kokemus ei kuitenkaan ole opettanut, kuinka pitäisi toimia. Ikääntyneen ja alkoholia runsaasti käyttävän asiakkaan kohdatessaan työntekijät joutuvat jatkuvasti kysymään: Miten puuttua ikääntyneen alkoholinkäyttöön? Millainen toiminta on eettisesti hyväksyttävää ja suositeltavaa?

Muita aiheeseen liittyviä julkaisuja ovat mm. Eija Tolvasen (1996/b) naistutkimus ”Sopiiko alkoholi mummokuvaan” sekä Tuula Kankaisen (2005) artikkeli ”Häpeä estää puuttumisen vanhuksen juomiseen”. A-klinikkasäätiön julkaisemassa Tiimi-lehdessä (2/2005) Heikki Suhonen käsittelee ikääntyneiden päihdeongelmaa artikkelissaan ”Ikääntyneiden päihdeongelma – mistä oikein on kysymys?” Suhonen on tehnyt myös tutkimuksen ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan nimellä ”Elämä on pysähtynyt keinu” (2005).

Aiheesta on tehty muutamia opinnäytetöitä. Muun muassa Sirpa Pulliainen ja Jaana Ripatti Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksiköstä ovat tehneet vuonna 2002 opinnäytetyön nimellä ”Koti, mummo ja pullo – siinä vasta kolmikko. Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ikääntyneiden päihteiden käytöstä”. Opinnäytetyön

johtopäätöksissä on tultu siihen tulokseen, että ongelma on hälyttävästi kasvava ja työntekijät toivovat aiheesta koulutusta sekä keinoja tunnistaa päihteenkäyttäjää ja saada tukea hoitoonohjauksessa.

Johanna Ihmeen Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulussa vuonna 2007 tekemä opinnäytetyö nimeltä ”Ikääntynyt päihteidenkäyttäjä kotipalvelun asiakkaana” on antanut samansuuntaisia tuloksia. Tästä tutkimuksesta käy ilmi, että asiakkaan päihteidenkäyttö näyttäytyy kotipalvelun asiakastyössä ja se vaikuttaa asiakkaan arjen sujumiseen ja sitä kautta myös työntekijöiden työhön, niin työnkuvaan kuin aikatauluun ja työssä jaksamiseen. Työntekijöillä olisi kiinnostusta saada tietoa ikääntyneistä päihteitä käyttävistä asiakkaista ja heidän kanssaan työskentelystä.

Aija Ström on tutkinut ikääntyneiden alkoholin käyttöä pro gradussaan ”Ikääntyvät ja alkoholitoimijuus” (2009). Myös hän on tutkimuksessaan todennut, että ikäikäihmisten lisääntynyt alkoholinkäyttö ja alkoholiongelmat ovat selvästi kasvussa ja etenkin naisten juominen näyttää lisääntyneen. Strömin mukaan päihdeongelmat ovat ihmisen iästä riippumatta samantyyppisiä. Ikääntyneiden elinpiiri on kuitenkin erilainen kuin nuorempien. Keskeisenä asiana tuli tutkimuksessa ilmi, ettei ikääntyville alkoholiongelmaisille ole hoitojärjestelmää, johon he voisivat itse hakeutua tai johon heidät voitaisiin ohjata. Lisäksi päihdetyöntekijöillä on kädet täynnä työtä työikäistenkin kanssa.

11.2 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tutkimusaiheesta kiinnostuimme sen ajankohtaisuuden vuoksi ja myös siksi, että ikääntyvien alkoholiongelmat ovat tulleet tutuiksi opiskelun ja työharjoitteluiden myötä. Vaikka aihetta on viime aikoina jonkin verran tutkittu, se ei kuitenkaan vielä ole puhkikulutettu ja mielestämme ainakin tällä alueella ikääntyneet ja alkoholi on vielä yhdistelmä, jonka olemassaoloa ei hevillä myönnetä.

Rajasimme tutkimuksen koskemaan kotihoidon työntekijöiden näkökulmaa, koska siellä ongelma on arkipäivää ja tulee varmasti lisääntymään tulevina vuosina. Kotihoidon

työntekijät myös ovat avainasemassa, kun alkoholiongelma todetaan ja mietitään hoitoonohjausta tai muita toimenpiteitä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päihdetyön lisäkoulutuksen tarvetta Kokkolan Kotihoidossa. Tavoitteenamme on lisäksi opinnäytetyömme myötä tuoda ongelmaa esille kotihoidon työyhteisöissä, koska asia voi työntekijöillekin olla arkaluontoinen. Koulutuksen avulla työntekijöillä olisi mahdollisuus saada työvälineitä ongelman kohtaamiseen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen seurauksena tiimit ovat entistä moniammatillisempia. Koulutus voisi myös auttaa yhtenäistämään tiimien työkäytäntöjä.

Kun opinnäytetyön aihe oli päätetty, otimme yhteyttä kotihoidon palveluohjaajaan ja keskustelimme työn tavoitteista ja tutkimusmenetelmästä. Palveluohjaaja oli kiinnostunut tutkimuksesta ja tutkimustuloksista on hyötyä sekä työntekijöille että työnjohdolle. On tärkeää, että esimiestasolla tiedetään, kuinka työntekijät kokevat alkoholiongelmaisen asiakkaan kohtaamisen ja minkälaista apua he toivoisivat saavansa niihin tilanteisiin. Tutkimusluvan opinnäytetyöhömme olemme saaneet Kokkolan vanhustyön johtajalta maaliskuussa 2009 (LIITE3).

11.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Toimitimme kyselyn sadalle Kokkolan Kotihoidon työntekijälle huhtikuussa 2009. Koska Kotihoidossa työskentelee sekä suomen- että ruotsinkielisiä, laadimme lomakkeet molemmilla kielillä. Kotihoidon henkilöstöstä suurimmalla osalla on lähihoitajan koulutus. Vuoden 2009 alussa tapahtuneen kuntaliitoksen myötä myös Kälviän, Ullavan ja Lohtajan kotihoitopiirit liittyivät Kokkolan kotihoitoon. Rajasimme tutkimuksen kuitenkin koskemaan vain entisen Kokkolan kaupungin alueen kotihoitoa. Vastauksia saimme vain 26 kappaletta eli vastausprosentiksi jäi vaatimaton 26. Yritimme motivoida työntekijöitä vielä sähköpostitse, mutta emme saaneet yhtään lisää vastauksia.

11.4 Tutkimuksen toteutus ja tutkimusmenetelmä

11.4.1 Kysely tutkimusmenetelmänä

Tutkimus toteutettiin kyselyn muodossa huhtikuussa 2009. Kyselylomakkeiden kopioinnin kustansi Kokkolan Kotihoito. Kyselylomakkeet (LIITE 2) toimitettiin työntekijöille kotihoidon palvelupäällikön välityksellä. Kyselylomakkeita varten kotihoitotoimistossa oli suljettu laatikko, johon vastaajat palauttivat lomakkeet. Lomakkeiden saatteena oli kirje (LIITE 1), jossa esittelimme itsemme ja kyselyn tarkoituksen ja tavoitteet. Saatekirjeessä kerroimme myös, että kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsittelemme täysin luottamuksellisesti, eikä tuloksista voi päätellä vastaajien henkilöllisyyttä.

Kyselytutkimuksen etuja ovat laajemman vastaajajoukon saavuttaminen ja tutkimuksen tekijän ajan säästäminen. Kyselyssä myös aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkkaan etukäteen. Kyselyn haittapuolena voidaan nähdä muun muassa se, että ei voida varmistua siitä, kuinka huolellisesti ja rehellisesti vastaajat ovat vastanneet, tai onko kysymykset ymmärretty oikein. Vastaajia on myös vaikea motivoida vastaamaan, jos tutkimuksen tekijä ei ole kontaktissa vastaajiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 184.)

11.4.2 Kyselylomake

Kyselylomake laadittiin lopulliseen muotoonsa kotihoidon palveluohjaajien ja palvelupäällikön kanssa. Kysymysten asettelussa pyrittiin muotoilemaan kysymykset niin, että ne olisivat mahdollisimman selkeitä. Väärinkäsitysten mahdollisuus pyrittiin minimoimaan. Pidimme tärkeänä myös sitä, että kyselystä ei tulisi liian pitkää tai kysymyksistä liian vaativia, sillä työntekijät täyttivät kysymykset työajalla. Testasimme kyselylomaketta kolmella testivastaajalla. Kaikki testihenkilöt työskentelevät sosiaali- ja terveysalalla, mutta eivät ole Kotihoidon palveluksessa. Testivastaajilla ei ollut vaikeuksia ymmärtää kysymyksiä, eikä myöskään väärinkäsityksiä syntyneet.

Kyselylomakkeessa oli sekä avoimia, että monivalintakysymyksiä. Kyselylomakkeen ensimmäiset kysymykset kartoittavat hieman työntekijöiden taustaa, koulutusta ja

työskentelyaika kotihoidossa. Taustatietojen kartoituksella pyrimme selvittämään, onko pohjakoulutuksella vaikutusta esimerkiksi siihen, millaisia keinoja on käytetty asiakkaan alkoholiongelman toteamiseksi, tai antaako pitkä työskentelyaika enemmän eväitä kohdata alkoholia liikaa käyttävä asiakas.

Seuraavat kysymykset kartoittavat henkilökunnan kokemuksia alkoholiongelmaisen asiakkaan kanssa työskentelystä. Kyselylomakkeen loppuosiossa kysymme, onko henkilökunnalla keinoja todeta asiakkaan alkoholiongelma, ovatko he saaneet tukea alkoholia liikaa käyttävän asiakkaan kohtaamiseen, tai millaista tukea he toivoisivat. Kysymme myös työntekijöiden kokemuksia moniammatillisten tiimien vaikutuksesta työhön.

Monivalintakysymyksiä käytettäessä on mahdollista saada vastauksia, joita voidaan helposti vertailla keskenään. Suljettuja kysymyksiä on myös helpompi analysoida ja käsitellä tietokoneella. Ne voivat auttaa vastaajaa tunnistamaan asian ilman syvällisempää asian käsittelemistä. Ne voivat myös olla avoimille kysymyksille suuntaa-antavia. Avointen kysymysten etu suljettuihin nähden on, että ne sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin eivätkä ne sido vastaajaa valmiisiin vaihtoehtoihin. Avoimet kysymykset saattavat kuitenkin tuottaa aineistoa, joka on sisällöltään kirjavaa ja sitä voi olla vaikea käsitellä ja luokitella. (Hirsjärvi ym. 2005, 190–191.)

11.5 Tutkimusaineiston analysointi

Vastausten analysoinnin aloitimme kesäkuussa 2009. Tutkimuksemme on tyyliltään kvalitatiivinen, mutta siinä on myös kvantitatiivisia piirteitä. Suljetuilla kysymyksillä saimme tutkimukseen kvantitatiivista tietoa ja avoimilla kysymyksillä kvalitatiivista aineistoa. Monivalintakysymysten tulokset esitämme sekä prosentuaalisesti että kuviodien avulla.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohta on, että se kuvaa todellista elämää. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuutta on monenlaista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Täydellisen objektiivisia

tuloksia ei kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ole mahdollista saavuttaa. Koska tutkimustulokset ovat aina aikaan ja paikkaan sidottuja, kvalitatiivisen menetelmän tarkoituksena on pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia faktoja. (Hirsjärvi ym. 2005, 152.)

Olemme esittäneet tulokset prosentuaalisesti ja kuviolla myös avoimessa kysymyksessä, jossa kysyimme vastaajien toivomuksia siitä, millaista tukea, tietoa tai työvälineitä he toivoisivat saavansa helpottamaan työskentelyä alkoholiongelmaisten asiakkaiden kanssa. Mielestämme vastaukset jakaantuivat niin selkeästi muutamaan eri kategoriaan, että niiden esittäminen kuviossa oli tarkoituksenmukaista.

Kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa tarvitaan monenlaisia analyysitapoja, joita ei voida asettaa missään yleisessä mielessä tärkeysjärjestykseen. Analyysitavat voidaan jaotella karkeasti kahteen lähestymistapaan. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään apuna tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti kvalitatiivista analyysia ja päätelmien tekoa. Käytännön tutkimustyössä näitä molempia tapoja käytetään rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2005, 212–213.)

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin, kun tulokset on analysoitu. Tuloksia ei saisi jättää lukijalle pelkkinä kuvioina tai taulukoina, vaan niitä olisi selitettävä ja tulkittava. Tutkija, tutkittava ja myös lukija tulkitsevat tutkimusta ja sen vaiheita omalla tavallaan. Koska emme havaitse asioita samalla tavalla, eivät tulkintammekaan ole aina yhteneväisiä. Tulosten analysointi ei riitä, vaan niistä pitäisi muodostaa synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääseikat ja antavat vastauksen asetettuihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 214.)

Avoimia kysymyksiä analysoimme ymmärtämiseen pyrkivää lähestymistapaa käyttäen. Esitämme selkeyden vuoksi myös joitakin avoimia kysymyksiä prosentuaalisesti, koska se havainnollistaa samankaltaisten vastausten määrää.

11.6 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliabelius eli luotettavuus tarkoittaa sen toistettavuutta, eli sitä, että tutkimus olisi mahdollista toistaa ja saada samansuuntaisia tuloksia myös uusintatutkimuksessa. Toinen tutkimuksen arviointiin liitetty termi on validius eli pätevyys. Pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Tutkimuksen luotettavuutta tai pätevyyttä saattaa heikentää muun muassa liian pieni otoskoko, inhimilliset tekijät tai analysoinnissa tapahtuvat virheet. Inhimillisiä tekijöitä voivat olla esimerkiksi kysymysten väärinymmärtäminen tai huolimattomuus ja kiire vastaustilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.)

Tämän tutkimuksen yleistettävyyttä heikentää se, että palautuneiden kyselylomakkeiden määrä ei ollut kovin suuri. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että kyselyyn vastaaminen tapahtui normaalin työpäivän aikana, eikä siihen näin ollen mahdollisesti ollut tarpeeksi aikaa paneutua. Tällainen järjestely oli kuitenkin paras mahdollinen, sillä näin tavoitettiin haluttu kohderyhmä. Vastausaikaa annettiin noin kuukausi. Vastausten vähyyden vuoksi aikaa pidennettiin, mutta sillä ei ollut vaikutusta vastausten määrään. Vastausprosentiksi jäi 26, joka oli oletettua pienempi. Tulokseen saattoi osaltaan vaikuttaa se, että Kokkolan Kotihoidossa on viime aikoina tapahtunut monia muutoksia, jotka itsessään ovat olleet työllistäviä, ja myös niiden tiimoilta on tehty kyselyjä henkilökunnalle. Parempaan vastausprosenttiin olisimme ehkä päässeet viemällä kyselyt työpaikoille henkilökohtaisesti. Näin työntekijät olisivat voineet olla motivoituneempia vastamaan. Toisaalta se, että olisimme tavanneet vastaajat etukäteen, olisi voinut vaikuttaa tutkimuksen eettisyyteen anonymiteetin osalta.

11.7 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys vaatii, että jokainen vastaaja tietää, mitä tutkimus koskee, miksi se tehdään ja pystyy täysin vapaaehtoisesti päättämään omasta osallistumisestaan. Vastaajien tulee myös tietää, mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään ja missä ne mahdollisesti julkaistaan. Tutkimusta tehdessä on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että jokainen vastaaja pysyy anonymina niin, ettei ulkopuolisen lukijan ole mahdollista tunnistaa

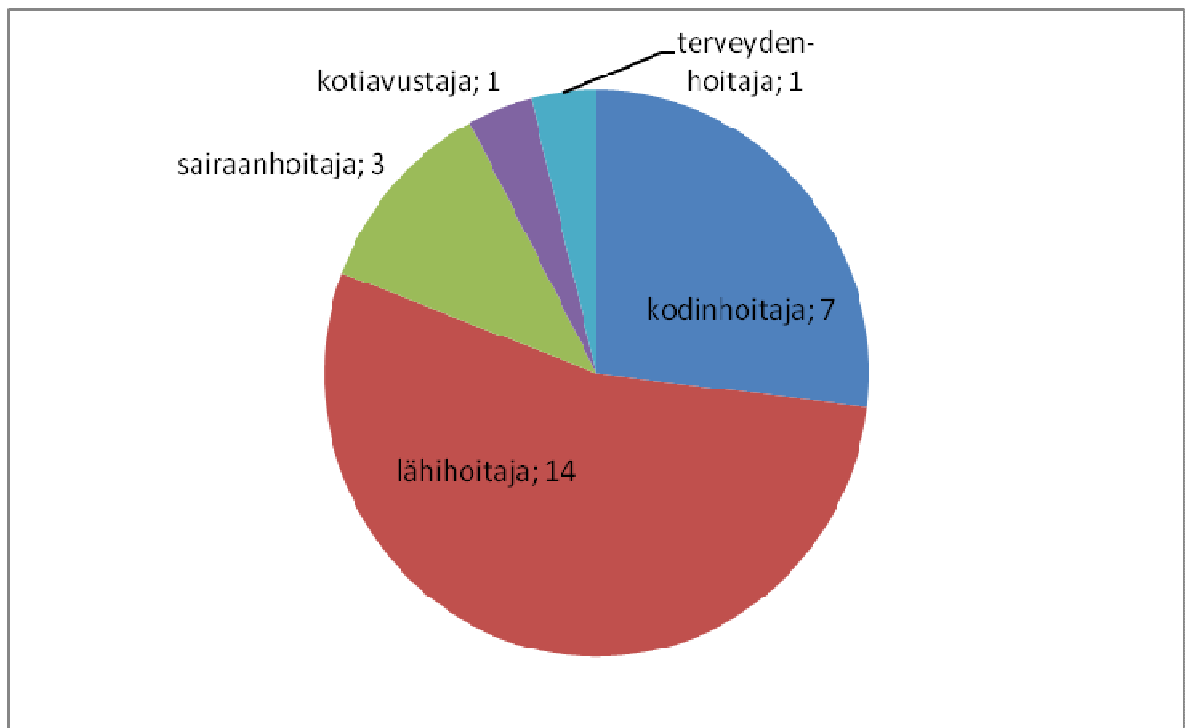
vastaajaa. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.) Kun tutkimusmenetelmänä käytetään kyselylomaketta, myös tutkijan ja tutkittavan välillä säilyy anonymiteetti, sillä kyselytutkimus on mahdollista tehdä siten, että tutkija ja vastaaja eivät lainkaan tapaa toisiaan.

Kyselylomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä (LIITE 1) huomioimme eettisyyden kertomalla tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä sen, että tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti eikä niistä voi tunnistaa vastaajia. Tutkimus suoritettiin siten, että työntekijät palauttivat täytetyn kyselylomakkeen Kotihoidon ohjaajien toimistotiloissa olevaan suljettuun laatikkoon, joten kukaan ulkopuolinen ei päässyt vastauksia näkemään. Valmiissa tutkimuksessa vastaajien tunnistettavuus ei ole mahdollista.

12 TUTKIMUSTULOKSET

12.1 Vastaajien koulutus ja työskentelyaika Kokkolan Kotihoidossa

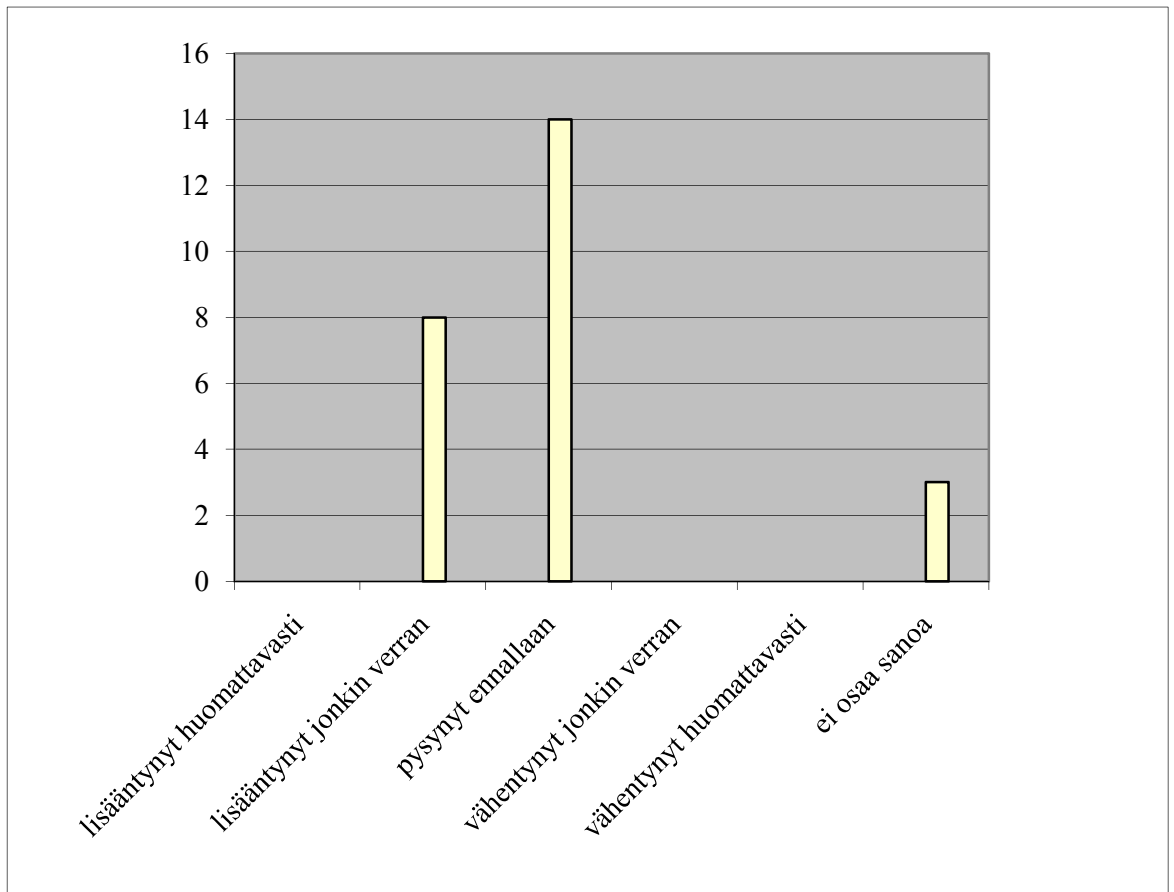
Vastaajista 14 oli koulutukseltaan lähihoitajia, joista yksi mainitsi saaneensa lisäkoulutusta työnantajan taholta, ja yksi oli koulutukseltaan myös ravitsemustyöntekijä. Vastaajista seitsemän oli kodinhoitajia, joista yksi oli käynyt lisäkoulutuksena kursseja työn ohessa. Yksi oli saanut lääkehoidon lisäkoulutusta. Yksi kodinhoitaja mainitsi lisäkoulutukseen lähihoitajan tutkinnon. Yksi vastaajista kertoi olevansa kotiavustaja, mutta oli lisäksi käynyt vanhustyön kursseja. Kyselyyn vastasi kolme sairaanhoitajaa ja yksi sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, jonka olemme kuviossa laskeneet sairaanhoitajaksi. (KUVIO 1.) Yhdellä sairaanhoitajalla oli lisäksi terveydenhoitajan tutkinto. Yksi sairaanhoitajista kertoi saaneensa työn ohessa lisäkoulutusta. Kyselyyn vastanneet kertoivat käyvän keskimäärin 9,65:n yli 65-vuotiaan asiakkaan luona viikoittain. Työntekijöiden työskentelyaika Kokkolan Kotihoidossa vaihteli alle vuodesta lähes 30 vuoteen. Keskimääräinen työskentelyaika oli 10 vuotta.



KUVIO 1. Vastaajien koulutus

12.2 Asiakkaiden alkoholinkäytön muuttuminen työssäoloaikana

Kysyimme työntekijöiltä, kuinka ikääntyneiden alkoholinkäyttö on muuttunut heidän työssäoloaikanaan (KUVIO 2). Vastaajista 53,85 % (n=14) oli sitä mieltä, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö oli pysynyt ennallaan. 30,77 % (n=8) arvioi alkoholinkäytön lisääntyneen jonkin verran. Vastaajista 11,54 % (n=3) ei osannut sanoa, onko tapahtunut muutosta. 3,85 % (n=1) kyselyyn osallistuneista ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan. Voidaan todeta, että kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäyttö ei kyselyyn vastanneiden työntekijöiden kokemuksen mukaan määrällisesti ole vuosien kuluessa muuttunut.



KUVIO 2. Asiakkaiden alkoholinkäytön muuttuminen

12.3 ”Välillä kyllästyttää ja turhauttaa”

Kysyimme myös, miten ikääntyneen asiakkaan mahdollinen alkoholin ongelmakäyttö vaikuttaa heidän työhönsä. Vastaajista noin neljäsosa kertoi, ettei heillä tällä hetkellä ole yli 65-vuotiaita alkoholin ongelmakäyttäjiä asiakkainaan tai että se ei vaikuta työntekoon.

”yksittäisiä asiakkaita on silloin tällöin, en ole kokenut sen vaikuttavan työhöni”

Kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että lääkkeiden antaminen vaikeutuu asiakkaan humalatilasta, eikä lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksia voi ennalta arvata. Erityisesti Marevan- lääkitys ja INR-kontrollit koettiin ongelmallisiksi.

”Marevan-hoidon kannalta ongelmainen → aiheuttaa toistuvia INR-kontrolleja ja yleistä varuillaoloa”

Marevan on veren hyytymiseen vaikuttava lääke. INR-arvo (International Normalized Ratio) kasvaa sen mukaan mitä suurempi on Marevanin vaikutus veren hyytymiskykyyn. Runsaampi alkoholinkäyttö sopii huonosti Marevan-hoidon kanssa. Alkoholi häiritsee maksan toimintaa ja K-vitamiinin käsittelyä nostaen INR-arvoa. (Mäki 2006.)

Vastaajat kertoivat asiakkaan alkoholinkäytön aiheuttavan lisää työtä ja stressiä työntekijälle. Huoli ja pelko asiakkaan voinnista sekä ennalta arvaamattomat tilanteet lisäävät työntekijän henkistä painetta ja kiirettä. Esimerkiksi fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus aiheuttavat työntekijälle turvattomuuden tunnetta. Myös aikataulut kärsivät ja muut asiakkaat joutuvat odottamaan hoitoa ja tyytymään lyhyempään aikaan.

”lisää työmäärää, hälyttävät usein ilman että on asiaa, kieltäytyvät päivärutiineista ym. ym.”

”koko päivä aikataulu voi muuttua alkoholisti asiakkaan takia”

”asiakas vie resursseja ehkä joltakin, joka enemmän tarvitsisi kotihoitoa!”

Alkoholisoituneet asiakkaat vievät resursseja turhilla hälytyksillä, sopimattomilla puheluilla ja yhteistyöhaluttomuudella. Heidän tilansa voi aiheuttaa sen, että he ovat kykenemättömiä huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan, mikä taas lisää työntekijöiden työtaakkaa. Asiakkaan vuode saattaa olla märkä, ulostetta ja virtsaa voi olla siellä täällä ja yleisestikin enemmän sotkua.

”anteeksi pyytävä asenne kun housut märkänä vaatteet ulosteessa ja jatkuvasti pyykkikone päällä ”sattumia” joka paikassa”.

Asiakkaat voivat olla itsetuhoisia, masentuneita, asenteeltaan välinpitämättömiä, eivätkä huolehdi syömisestään. Mahdolliset sairauden oireet jäävät krapulan tai juopumisen peittoon. Liasta alkoholinkäytöstä aiheutuu asiakkaalle taloudellisia ongelmia, jos rahat eivät riitä esimerkiksi asumiskustannuksiin. Tällaisten asiakkaiden käytös aiheuttaa paljon huolta myös heidän läheisilleen.

12.4 ”Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää”

Kysyimme Kotihoidon työntekijöiltä, millaiseksi he kokevat päihtyneen asiakkaan kohtaamisen (KUVIO 3). Kyselyyn vastanneista 11,54 % (n=3) kokee päihtyneen asiakkaan kohtaamisen melko helpoksi. Tähän on syynä kokemus, tottumus ja koulutus. Heistä yksi näkee alkoholismia olevan sairaus muiden joukossa, jolloin sitä käsitellään kuten muitakin sairauksia. Vastaajista 61,54 % (n=16) kokee päihtyneen asiakkaan kohtaamisen melko vaikeaksi, koska hoitaminen on hankalaa, asiakas suhtautuu väheksyvästi, eikä ole paikalla sovitusti.

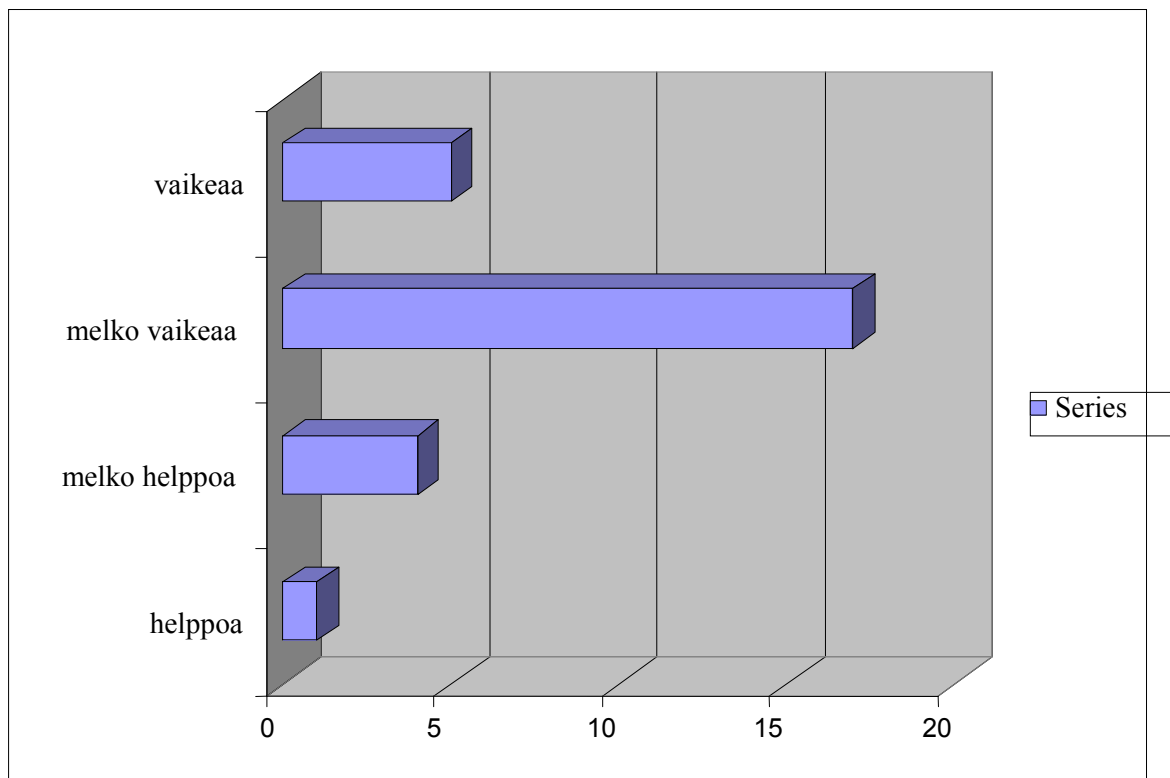
”asiakkaalla on sairaus muiden sairauksien lisäksi ja käsittelen ja keskustelen siitä kuin muitakin sairauksia”

”hoitaminen hankaloituu, asiakkaat saattaa suhtautua väheksyvästi ohjeisiin, eivät välttämättä ole paikalla sovittuna aikana”

”asiakas ei ole oma itsensä, eikä ymmärrä asioita oikein omaksi parhaakseen”

Asiakkaan käytös muuttuu ja häneltä saattaa puuttua sairauden tunne. Kommunikointi on vaikeaa ja puhe epäselvää. Asiakkaalta puuttuu arvostus ja kunnioitus työntekijää kohtaan, ja hän voi käyttäytyä väkivaltaisesti ja lähennellä työntekijää. Lisäksi työntekijät kokevat, etteivät voi tai osaa auttaa asiakasta.

Vaikeana päihtyneen asiakkaan kohtaamista pitää 15,38 % (n=4) vastaajista. Asiakas voi käyttäytyä arvaamattomasti ja aggressiivisesti ja olla yhteistyöhaluton. Työergonomia kärsii hoidettaessa päihtynyttä asiakasta. Hoitotilanteessa asiakas ei näe omaa etuaan ollessaan juopunut. Vastaajista 3,85 % (n=1) kokee kohtaamisen melko helpoksi tai vaikeaksi. Vaikeana pidetään kiistatilanteita ja ulosteilla sotkemista. 3,85 % (n=1) vastaajista kokee kohtaamisen helpoksi tai melko vaikeaksi tapauskohtaisesti riippuen siitä, onko kyseessä nousu- vai laskuhumala. 3,85 % (n=1) vastaajista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Asiakkaan itsemääräämisoikeus voi tehdä hoitotilanteesta ongelmallisen. Jos asiakas päihtyneenä oman etunsa vastaisesti kieltäytyy hoitotoimenpiteistä, ei häntä niihin voi pakottaa.



KUVIO 3. Päähtyneen asiakkaan kohtaaminen

12.5 ”Tyhjät pullot kertovat jo paljon”

Kyselylomakkeen kohdassa yhdeksän vastaajia pyydettiin kertomaan, millaisia työvälineitä tai keinoja he ovat käyttäneet asiakkaan alkoholiongelman toteamiseksi. Kyselyyn vastanneista 23,08 % (n=6) kertoi käyttäneensä alkoholiongelman toteamiseksi keskustelua asiakkaan kanssa.

”suoraan kysymisellä asiasta saa yleensä totuuden mukaisen vastauksen”

69,23 % (n=18) vastaajista oli huomannut alkoholinkäytön asiakkaan poikkeavasta käytöksestä tai olemuksesta. Alkoholin tuoksu hengityksessä, kaatuilu, sammaltava puhe tai likaiset vaatteet kielivät liiallisesta alkoholinkäytöstä.

”yleensä ongelman huomaa asiakkaan käytöksestä, olemisesta”

”alkoholin käyttäjän kodista näkee aika nopeasti missä mennään”

Myös tyhjien pullojen etsintä ja viinakätköjen katoaminen mainittiin 26,92 %:ssa (n=7) vastauksista. Alkometriä oli käyttänyt 11,54 % (n=3) vastanneista työntekijöistä. 3,85 % (n=1) oli todennut asiakkaan alkoholinkäytön verenpaineen ja pulssin heittelystä. Alkoholinkäyttöä oli 11,54 %:n (n=3) mukaan kysytty myös asiakkaalta itseltään, asiakkaan omaisilta tai keskusteltu asiakkaan tilanteesta työkavereiden kanssa. 11,54 % (n=3) kyselyyn vastanneista ei ollut vastannut tähän kysymykseen. Kukaan vastanneista ei kertonut käyttäneensä esimerkiksi mini-interventiota, audit- testiä tai muuta vastaavaa työvälinettä.

12.6 ”Työkavereilta lähinnä henkinen tuki”

Kysyimme millaista tietoa tai tukea työntekijät ovat saaneet yli 65-vuotiaan päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Kyselyyn osallistuneista 38,46 % (n=10) oli saanut tietoa ja henkistä tukea työkavereiltaan, kotisairaanhoidajilta ja kotipalveluohjaajilta. Vastaajista

7,69 % (n=2) kertoi, että yleisenä ohjeena on ollut, että päihtynyttä asiakasta ei tarvitse hoitaa oman turvallisuutensa kustannuksella.

”sanonta – saa lähteä jos asiakas käyttäytyy huonosti”

26,92 % (n=7) vastaajista oli saanut jonkin verran koulutusta aiheeseen liittyen. Tosin kaikki osallistuneet olivat sitä mieltä, että aihetta oli koulutuksessa käsitelty liian vähän. 19,23 % (n=5) vastaajista ei ollut saanut minkäänlaista koulutusta aiheeseen liittyen. 3,85 % (n=1) vastaajista kertoi koulutusta olleen tarjolla, mutta koska se oli maksullista, hän ei ollut osallistunut. 3,85 % (n=1) vastaajista on hankkinut omatoimisesti tietoa alaa käsittelevästä kirjallisuudesta. 15,38 % (n=4) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”muutama koulutus on ollut, mutta työpaikka ei suostunut maksamaan sitä, joten jäänyt välistä!”

”lukenut alaa käsittelevää kirjallisuutta”

12.7 ”Työnohjausta, koulutusta saisi olla päihtyneen kohtaamiseen”

Lisäksi selvitimme, millaista tukea, tietoa tai työvälineitä he toivoisivat saavansa helpottamaan työskentelyään asiakkaiden kanssa, joilla heidän mielestään on alkoholiongelma (KUVIO 4). Kyselyyn vastanneista yli puolet eli 57,69 % (n=15) toivoo lisää koulutusta ikääntyneiden alkoholiongelmaan liittyen. Koulutuksen toivottiin keskittyvän erityisesti päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ja ongelman ennaltaehkäisyyn sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. Vastaajat toivoivat myös mahdollisuutta osallistua koulutukseen ilman työhuolia. Vertaistukea työkavereilta toivoi 15,38 % (n=4) vastaajista, myös parityöskentely nähtiin yhtenä hyvänä vaihtoehtona. Toivottiin myös yhtenäistä linjausta työntekijöiden kesken päihdeasiakkaaseen suhtautumisessa. Vastaajista 7,69 % (n=2) haluaisi selkeät, kirjalliset ohjeet siitä, milloin on turvallista mennä päihtyneen asiakkaan kotiin, ja miten toimia siellä. Vajaa neljännes vastaajista eli 23,08 % (n=6) toivoi työnohjausta tukemaan työssä jaksamista.

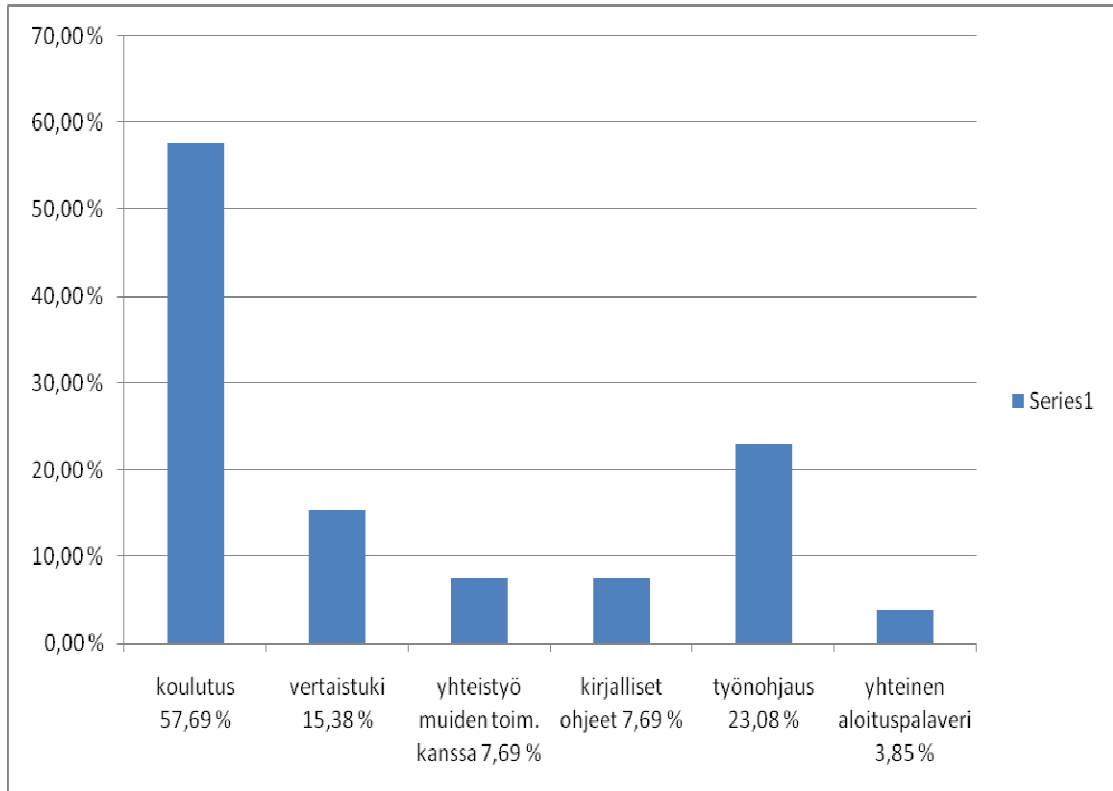
”koulutuksesta olisi myös hyötyä, kunhan siihen varattaisiin aikaa ja annettaisiin mahdollisuus osallistua (ilman työhuolia)”

”selkeät kirjalliset ohjeet milloin on turvallista mennä ja miten toimia”

”työnohjauksesta olisi hyötyä niin tähän kuin muihinkin hankaliin asioihin”

3,85 % (n=1) vastauksista nostettiin esille ajatus yhteisestä aloituspalaverista, jossa olisi mukana asiakas, kotisairaanhoidaja, kotihoiton työntekijä, esimies ja asiakkaan omaisia. 7,69 % (n=2) työntekijöistä haluaisi enemmän yhteistyötä esimerkiksi katkaisuhoidossa tai A-klinikalla työskentelevien päihdetyöntekijöiden kanssa. 3,85 %:ssa (n=1) vastauksista nähtiin kaikenlaisen tuen työntekijälle olevan tarpeellista, mutta vastuu avun vastaanottamisesta on kuitenkin aina asiakkaalla.

”Kaikkea mahdollista, mutta vastuu on aina asiakkaalla”



KUVIO 4. Työntekijöiden toivoma tuki

12.8 ”Parempaa tiimityöskentelyä jatkossa, meidän tiimi on vielä vähän rakennusvaiheessa”

Seuraavassa kohdassa kysyimme, kuinka tiimien moniammatillisuus näkyy työssä ja miten sitä voisi kehittää. Kyselyyn vastanneista 61,54 % (n=16) kertoi moniammatillisen työskentelyn näkyvän lisääntyneenä yhteistyönä. Toisaalta 11,54 % (n=3) vastaajista toivoisi enemmän yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken tiimeissä. Hyvänä nähdään se, että jokaisen työntekijän erityisosaamista pyritään hyödyntämään asiakkaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

”yhteistyötä ksh:n kanssa on, tiedonvälitystä voisi parantaa”

”jokaisella tiimin jäsenellä on omat vahvuudet, niitä hyödyntämällä ja avointa keskustelua ongelmatapauksissa”

Huonona puolena 3,85 % (n=1) vastaajista näki negatiivisen vertailun eri ammattiryhmien välillä. Yleinen mielipide oli, että moniammatillisuutta ei vielä osata tiimeissä tarpeeksi hyödyntää. Kehittämishaasteina nähtiin tiedonkulun parantaminen, sekä suullista että kirjallista informointia tiimin jäsenten välillä toivottiin tulevaisuudessa enemmän. 15,38 %:ssa (n=4) vastauksia oltiin sitä mieltä, että tehokkuusvaatimukset ovat liian kovat, työntekijät vedetään liian tiukoille, eikä aikaa työn kehittämiseksi ole. Tyhjiä vastauksia oli neljä.

”nykyisin ei tahdo olla aikaa kehitykselle, miettimiselle, työ ”kaaoksessa” jatkuvien muutosten ja laitos/nopeus ”päämääriin” (työntekijä=kone asiakas=kohde, joka hoidettava nopeasti, vähällä vaivalla)”

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää, millaisena kotihoidon työntekijät kokevat alkoholiongelmaisen asiakkaan kohtaamisen. Selvitimme myös, miten se vaikuttaa työntekoon ja mitä keinoja tai työvälineitä työntekijöillä on asiakkaan tilanteeseen puuttumiseen. Tutkimuksemme tavoitteena oli kartoittaa päihdetyön lisäkoulutuksen tarvetta moniammatillisissa tiimeissä sekä tehdä ongelmaa helpommin lähestyttäväksi Kokkolan Kotihoidossa.

Suurin osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäyttötottumukset ovat pysyneet heidän työssäoloaikanaan ennallaan. Tästä voimme päätellä, että alkoholinkäyttö ikääntyneiden keskuudessa on tiedostettu kotihoidossa jo varhain. Toisaalta huomattava osa vastaajista oli sitä mieltä, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö on heidän työuransa aikana lisääntynyt. Merkittävää oli, että yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö olisi vähentynyt.

Noin kolmasosa vastaajista ilmaisi huolensa siitä, miten alkoholin ja lääkkeiden samanaikainen käyttö vaikuttaa asiakkaan terveyteen. Jos työntekijällä herää epäily asiakkaan humalatilasta, ei lääkkeitä välttämättä voi antaa lainkaan. Mahdolliset sairauden oireet saattavat myös jäädä krapulan tai juopumuksen peittoon.

Työntekijät kokivat, että humalainen asiakas on ennalta arvaamaton ja saattaa käyttäytyä aggressiivisesti. Alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitaminen vie kohtuuttoman paljon aikaa, jos he eivät kykene yhteistyöhön, eivätkä huolehtimaan omasta hygieniastaan. Tästä voi seurata työntekijälle henkistä painetta, kiirettä ja aikataulujen pettämistä. Asiakkaalla saattaa olla myös itsetuhoisuutta, masentuneisuutta ja välipitämätön asenne omaa hyvinvointiaan kohtaan. Kyselyyn vastanneet kertoivat, että tämä aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta ja stressiä työntekijöille, sekä vaikuttaa työssä jaksamiseen. Noin neljäsosa vastaajista kertoi, ettei heillä tällä hetkellä ole yli 65-vuotiaita alkoholiongelmaisia asiakkaita tai että se ei vaikuta heidän työhönsä.

Päihtyneen asiakkaan kohtaaminen koettiin työntekijöiden keskuudessa yleisimmin melko vaikeaksi. Asiakas saattaa kieltäytyä hoitotoimenpiteistä kokonaan tai ei ole paikalla sovitusti. Asiakkaan itsemääräämisoikeus kieltää vastoin asiakkaan tahtoa tehdyt hoitotoimenpiteet. Osa työntekijöistä koki, ettei heillä ole keinoja auttaa asiakasta. Kukaan kyselyyn vastannut ei kuitenkaan ollut sitä mieltä, että ongelma ja sen hoitaminen olisi pelkästään asiakkaan omalla vastuulla. Yksikään vastaaja ei ollut sitä mieltä, että päihtyneen asiakkaan kohtaaminen olisi pelkästään helppoa.

Asiakkaan humalatilan toteamiseksi on käytetty monenlaisia niin sanottuja vanhan kansan keinoja, esimerkiksi tyhjien pullojen etsintää, haistelua ja kodin yleisilmeen tarkastelua. Myös alkometriä oli käytetty. Alkometrillä voidaan todeta humalatila kyseisellä hetkellä mutta ei varsinaista alkoholiongelmia. Kukaan työntekijöistä ei ollut käyttänyt asiakkaan päihdeongelman toteamiseksi mitään apuvälineitä, kuten audit-testiä.

Vastauksista kävi ilmi, että koulutusta ikääntyneen alkoholiongelmaisen kohtaamiseen oli saatu vähän, jos ollenkaan. Sen sijaan vertaistukea työyhteisöltä saa tarvittaessa. Kyselyyn vastanneet toivoivatkin lisää koulutusta aiheeseen liittyen. Koulutuksen toivottiin keskittyvän erityisesti päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ja ongelman ennaltaehkäisyyn sekä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. Vastaajat toivoivat mahdollisuutta osallistua koulutukseen ilman työhuolia. Ehdotettiin myös jonkinlaista yleistä ohjeistusta siitä, milloin on turvallista mennä asiakkaan luokse, ja miten tilanteessa toimitaan, jos asiakas on päihtynyt. Työnohjaus nähtiin tarpeellisena tukena työssä jaksamiseen.

Uusien moniammatillisten tiimien toiminta nähtiin lisääntyneenä yhteistyönä eri ammattiryhmien välillä. Hyvänä koettiin se, että jokaisen työntekijän erityisosaamista pyritään hyödyntämään hoidettaessa asiakasta kokonaisvaltaisesti. Toisaalta oltiin sitä mieltä, että tiimityötä pitää vielä kehittää etenkin tiedonvälityksen osalta. Vertailu eri ammattiryhmien välillä nähtiin negatiivisena asiana.

Tämän tutkimuksen perusteella voimme todeta, että kotihoidon työntekijät hyötyisivät koulutuksesta, joka käsittelee alkoholiongelmaisen ikääntyneen kohtaamista. Täydennyskoulutus on keino saada päivitettyä ja pätevää tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä ja siihen puuttumisesta. Koulutusta lisäämällä voidaan tukea työntekijöiden

voimavaroja. Myös työntekijöiden opastus erilaisten alkoholiongelmaa kartoittavien apuvälineiden käyttöön olisi toivottavaa. Mielestämme kotihoidon työntekijöiden työtä helpottaisi myös vastauksissa esiin nostettu yleinen, kirjallinen ohjeistus siitä, milloin on turvallista mennä päihtyneen asiakkaan kotiin, ja miten toimia asiakkaan edun mukaisesti. Jatkotutkimusaiheena näemme tällaisen opaskirjaseen laatimisen. Lisäksi voitaisiin tutkia ikääntyneiden alkoholinkäyttöä myös heidän omasta näkökulmastaan. Viime vuosina työntekijänäkökulma on ollut esillä useammassakin tutkimuksessa, mutta ikääntyneiden omaa mielipidettä ja kokemusta alkoholista tulisi tutkia enemmän.

Uskomme, että tutkimuksemme avulla voidaan kehittää kotihoidon työntekijöiden valmiuksia kohdata ikääntyneitä alkoholiongelmaisia sekä hyödyntää moniammatillisuutta tiimityössään.

14 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe on erittäin ajankohtainen ja siinä on monia eri ulottuvuuksia. Vaikka ikääntyneiden alkoholiongelmien ilmiönä on ollut julkisuudessa vasta varsin vähän aikaa, materiaalia asiasta löytyi kuitenkin yllättävän paljon. Aika tuntui olevan otollinen tällaisen tutkimuksen tekemiseen. Erilaiset hankkeet ovat tuoneet aihetta esille ja tehneet siitä arkipäivää.

Valitsimme kohderyhmäksi kotihoidon henkilöstön, koska arvelimme, että heillä olisi mielenkiintoa vastata kyselyyn sen ajankohtaisuuden ja tärkeyden vuoksi. Aiheeseen voi liittyä myös paljon työntekijöiden omakohtaisia kokemuksia ja ehkä epätietoisuutta asiakkaan alkoholiongelmaan suhtautumisessa. Varmasti näin onkin, mutta siitä huolimatta saimme kyselyymme harmittavan vähän vastauksia. Siihen on osasyynä mahdollisesti se, että viimeksi kuluneet pari vuotta ovat olleet kotihoidon henkilöstölle suurta muutoksen aikaa. Epätietoisuus omien töiden sisällöstä, työn jatkuvuudesta ynnä muusta vaikutti luultavasti kielteisesti kyselyyn suhtautumiseen. Myös kuntaliitos ja siihen liittyvät työnkuvan muutokset ovat poikineet paljon kyselyitä, joten meidän tutkimuksemme saattoi tulla sen suhteen huonoon aikaan. Kuitenkin oli ilahduttavaa nähdä, että ne, jotka kyselyyn vastasivat, jaksoivat myös paneutua siihen ja oli huomattavissa, että vastauksia oli mietitty tarkkaan.

Aloitimme tutkimuksen tekemisen tutustumalla aiheesta julkaistuun materiaaliin. Kyselylomakkeiden laatimiseen saimme tervetullutta apua kotihoidon palvelupäälliköltä ja ohjaavalta opettajalta. Erilaiset näkemykset auttoivat strukturoimaan kysymykset mielekkääksi kokonaisuudeksi ja minimoimaan mahdolliset väärinymmärrykset. Saatuamme kyselylomakkeet takaisin, aloitimme työn ryhmittelemällä vastaukset. Sen jälkeen ryhdyimme kirjoittamaan tutkimuksemme teoriaosuutta, jonka rajaaminen tuntui välillä hieman vaikealta. Yleistä tietoa esimerkiksi vanhuudesta oli tarjolla suhteellisen paljon. Työn edetessä ja viitekehyksen selkiytyessä materiaalin valinta helpottui eikä enää tarvinnut lukea kaikkea mahdollista aiheeseen liittyvää.

Kun mietimme, mitä olisimme prosessissamme voineet tehdä toisin, ensimmäisenä mieleen tulee aikataulus. Olisimme voineet kirjoittaa ennen kyselylomakkeiden toimittamista ainakin alustavasti tutkimuksen teoriaosuutta, joka ei suoranaisesti liittynyt tutkimuksen tuloksiin. Näin olisimme välttyneet kiireeltä ja työn kasautumiselta loppumetreille. Toisaalta olemme kuitenkin tyytyväisiä työmme lopputulokseen, emmekä olisi välttämättä pystyneet parempaan. Tutkimustuloksia olisimme ehkä voineet analysoida laajemminkin.

Tutkimuksemme myötä huomasimme, kuinka tärkeää olisi saada aikaan keskustelua ikääntyvien alkoholinkäytöstä ja alkoholikulttuurista nimenomaan hoitotyötä tekevien keskuudessa. Alkoholiksi on tullut jäädäkseen myös ikäihmisten elämään eikä sen olemassaoloa voida kieltää tai väheksyä. Jos ongelmallinen alkoholinkäyttö voitaisiin todeta jo hoidon aloitusvaiheessa, se helpottaisi työtä vastaisuudessa ja antaisi mahdollisesti myös asiakkaalle ”luvan” ottaa asia puheeksi.

Aiheesta on myös tehty muutamia opinnäytetöitä, joiden tuloksiin voimme peilata omaa tutkimustamme. On huomattavaa, että eri puolilla Suomea tehdyissä tutkimuksissa vastaukset ovat hyvin samansuuntaisia ja työntekijät painivat samojen ongelmien kanssa. Täydennyskoulutusta asian tiimoilta tarvittaisiin kipeästi. Kunnat eivät ole ehkä vielä heränneet huomaamaan asian tärkeyttä ja ongelman laajuutta.

Eräs huolestuttava asia, joka nousi tutkimuksen edetessä esiin, on se, että ikääntyneille alkoholin ongelmakäyttäjille ei ole olemassa hoitopaikkoja. Tavallinen vanhainkoti tai muu vastaava hoitolaitos ei voi ottaa potilaakseen alkoholiongelmaista vanhusta. Päihdehoitopaikoissa hoidetaan vain työikäistä väestöä, joka ei tarvitse hoitoa ikääntymiseen liittyvissä somaattisissa ongelmissa. Gerontologinen sosiaalityö, joka kohdentuisi ikääntyvään, mutta ei vielä vanhuspalveluita käyttävään väestönosaan, voisi toimia alkoholiongelmia ennaltaehkäisevänä tahona ja näin vähentää painetta vanhusten avopalveluissa.

Mielestämme on tärkeää, että myös alkoholiongelmainen ikääntynyt kohdataan ihmisenä eikä pelkkänä ongelmavyöhtenä. Tulisi aina myös muistaa, että juomisen taustalla usein on

vaikeita asioita: yksinäisyyttä, turvattomuutta ja tarpeettomuuden tunnetta. Ikääntyneelle pitäisi antaa muita vaihtoehtoja purkaa pahaa oloaan, sillä juominen ei sitä poista.

Tutkimustamme voidaan hyödyntää suunniteltaessa ammatillista lisäkoulutusta Kotihoidon henkilöstölle ja muille alalla työskenteleville. Myös alan opintokokonaisuuksia suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon päihdetyön koulutuksen osuus perusopinnoissa. Tutkimuksestamme kävi ilmi, että lähihoitajan opinnoissa ei käsitellä tarpeeksi vanhusten päihdeongelmia tai keinoja asian puheeksi ottamiseen ja päihdeongelmaisen asiakkaan hoitamiseen. Ikääntyvien päihdeongelma on kasvava haaste tulevaisuuden yhteiskunnassa ja sen hoitamiseen tulisi panostaa enemmän.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja aika ajoin vastenmielinenkin prosessi. Välillä aikataulujen yhteensovittaminen on ollut haastavaa. Koemme kuitenkin, että yhteistyö välillämme on sujunut hyvin. Molemmilla on ollut tilaa sanoa mielipiteensä ja yhdessä työskentely on ollut myös hauskaa. Olemme patistaneet toinen toistamme ahkeroimaan silloinkin, kun ei olisi ollut puhtia. Yksin ei kumpikaan olisi ehkä tällaiseen työhön pystynyt. Yhteistyökyky on vahvuus myös työelämässä, jolloin tulemme mitä todennäköisimmin olemaan osa moniammatillista tiimiä.

Sosionomilla on mahdollisuus työllistyä monille eri sosiaalialan työkentille. Työssämme emme voi olla törmäämättä ikääntyneiden alkoholiongelmiin, jotka lisääntyvät huolestuttavasti ja tulevat ilmi niin mielenterveys-, päihde-, kuin perhe- ja kriisityönkin saralla.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

- Alanko, A & Haarni, I (toim.) 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Andersson, S. 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Tutkimuksia 169. Helsinki: Stakes.
- Haarni, I & Hautamäki, L 2008. Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Havio, M. & Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Inkinen, M. & Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Juhela, P. 2006. Missä on isäsi, kuinka voi äitisi? Sukupolvet ikääntymisen muutoksissa. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Juhela, P. 2008. Kognitiivinen psykoterapia ja ikääntyminen. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 398–402.
- Jyrkämä, J. 2004. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 154–155.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karisto, A. 2002. Vanheneminen koskee kaikkia. Teoksessa G. Molander & L. Multanen (toim.) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos, 158.
- Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Geron-sarja. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.
- Kronqvist, E-L. & Pulkkinen, M-L. 2007. Kehityopsykologia – Matkalla muutokseen. Helsinki: WSOY.

Laapio, M-L. 2007. Teoksessa: Alanko, A & Haarni, I (toim.) 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 47–56.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Levo, T. 2009. Ota pullo puheeksi. Super 6 - 7/2009. Helsinki: Suomen lähi- ja perushoitajien liitto, 24–25.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Helsinki: Wsoy.

Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 1998. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Duodecim.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo – alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna: Salutonova oy.

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä – Avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Ström, A. 2009. Ikääntyvät ja alkoholitoimijuus. Kvalitatiivinen tutkimus ikäihmisten alkoholinkäytöstä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Kokkolan yliopistokeskus Chydenius.

Voutilainen, P. , Vaarama, M, Backman, K, Paasivaara, L. , Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U.H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

Sähköiset lähteet:

A-klinikkasäätiö. 2006. Apukortteja alkoholinkäytön puheeksiottoon. Www-dokumentti. saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/ajankohtaista/apukortit.html>.
Luettu 2.9.2009.

Ihme, J. 2007. Ikääntynyt päihteidenkäyttäjä kotipalvelun asiakkaana. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.Helsinki. Www-dokumentti. Saatavissa: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2007/107125_Helsinki_Ihme_2007.pdf.pdf.
Luettu: 12.6.2009

Kankainen, T. 2005. Häpeä estää puuttumisen vanhuksen juomiseen. Terveyden edistämisen keskus. Www-dokumentti.

Saatavissa: <http://www.health.fi/content/files/Kankainen.pdf> . Luettu 5.9.2009.

Karlsson, T. (toim.) 2009. Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/054b8176-68eb-4b9e-baf2-5cf346bfcc37> .

Luettu 5.9.2009.

Laapio, M-L 2009. Ikä ja alkoholi –seminaari. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.tippavaara.info/ajankohtaista/mielenterveysmessuilla_ika_ja_alkoholi_esilla/.

Luettu 28.8.2009.

MLL. 2009. Työtä lapsiperheiden hyväksi vuosikymmenittäin. Www-dokumentti.

Saatavissa: <http://www.mll.fi/mll/historia/vuosikymmenet/> Luettu 13.10.2009.

Myllymäki, S., Paananen, V. & Storbacka, M. 2008. Kokkolan kaupungin kotipalvelun toimintaperiaatteet, kriteerit ja sisältö. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://kokwww.kokkola.fi/dynastia/kokous/KOKOUS-2414-13-Liite-1.PDF>.

Luettu: 22.11.2008.

<http://kokwww.kokkola.fi/dynastia/cgi/DFRAME.PHP?app=3>

Mäki, N. 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Marevan – potilasohje 2. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3452/5338> Luettu 10.6.2009.

Pohjolainen, P. 2009. Ikäinstituutti. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.ikainst.fi/sivu.php?artikkeli_id=419 Luettu 30.8.2009.

Pulliainen, S. & Ripatti, J. 2002. Koti, mummo ja pullo - siinä vasta kolmikko.

Kotipalvelun työntekijöiden kokemuksia ikääntyneiden päihteiden käytöstä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö Www-dokumentti. Saatavissa:

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2002/pulliainenripatti.pdf. Luettu 7.9.2009

Päihdelinkki 2008a. Alkoholineuvonnan opas. Www-dokumentti.

Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-eli-lyhytneuvonta> Luettu 2.9.2009.

Päihdelinkki. 2008b. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Luettu 3.9.2009.

Sisäasiainministeriön oikeusyksikön yhdenvertaisuustiimi. SEIS-projekti. 2005. Www-

dokumentti. Saatavissa: <http://www.yhdenvertaisuus.net/seis-koulutusmateriaali/06/1.htm> Luettu 28.7.2009

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Tiedote 92/2004. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1207139> . Luettu 3.9.2009.

Suhonen, H. 2005a. Ikääntyneiden päihdeongelma – mistä oikein on kysymys? Tiimi 2/2005. A-klinikkasäätiö. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/205/ikaantyneet.html>. Luettu 9.1.2009.

Suhonen, H. 2005b. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/pysahtynyt_keinu.pdf . Luettu 5.9.2009.

Suhonen, H. 2006. Ikääntyneiden päihteiden käyttö. Www-dokumentti Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/114-ikaantyneiden-paihteiden-kaytto> Luettu 30.8.2009

Tolvanen, E. 2007. Stakesin seminaari 29.11.2007 Raittiita vanhuksia – Mutta miksi? Www-dokumentti. Saatavissa: http://209.85.129.132/search?q=cache:5M6AFObKp-sJ:www.ahts.fi/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D12+sosiaalinen+vanheneminen&cd=6&hl=fi&ct=clnk&gl=fi. Luettu 6.9.2009.

Tolvanen E: Sopiiko alkoholi mummokuvaan? Naistutkimus 1/1996b. Www-dokumentti Saatavissa: http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/paihdepaivat_tuire_parviainen2005.rtf Luettu 6.9.2009

Vakkuri, J. 2009. Ikä ja alkoholi – seminaari. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tippavaara.info/ajankohtaista/mielenterveysmessuilla_ika_ja_alkoholi_esilla/ Luettu 28.8.2009.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf> Luettu 14.8.2009.

Hei!

Olemme sosionomiopiskelijoita Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Ikääntyneiden alkoholiongelmat Kokkolan Kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2009.

Olemme rajanneet tutkimuksemme koskemaan yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita. Teemme lomakekyselyn kaikille Kokkolan Kotihoidon työntekijöille ja toivoisimmekin, että ehtisitte vastata kyselyyn mahdollisimman pian. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja tutkimustulokset käsittelemme luottamuksellisesti.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda kyseistä ongelmaa esille Kokkolan Kotihoidossa. Lisäksi aiomme selvittää, onko kotihoidon henkilökunnalla tarvetta päihdetyön lisäkoulutukseen ja miten tiimeissä hyödynnetään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen johdosta lisääntyntä moniammatillisuutta.

Yhteyshenkilömme Kotihoidossa on Palvelupäällikkö Vuokko Paananen.

Kiitos yhteistyöstä jo etukäteen!

Terveisin

Maija Fagernäs ja Karoliina Paananen

Hej!

Vi är två socionomstuderande från Mellersta Österbottens Yrkehögskolans social- och hälsovårdsbranch. Vi gör vårt specimen vid teman "Hur upplever Karleby stadens hemvårdsarbetare de äldres alkoholproblem?". Vårt specimen blir färdig på hösten 2009.

Vi har gränsat vår undersökning att gälla på över 65-åriga hemvårdkunder. Vi gör en förfrågning för alla hemvårdsanställda. Vi önskar, att ni har tid att svara på förfrågningen så snabbt som möjligt. På förfrågningen svarar man anonymt och resultaten behandlas konfidentiellt.

Vårt mål är, att ta reda på har hemvårdspersonalen behov av tilläggsutbildning inom missbrukarvård.

Vårt kontaktperson i hemvård är Servicechefen Vuokko Paananen.

Tack för samarbetet på förhand!

Hälsningar,

Maija Fagnäs och Karoliina Paananen

Kyselylomake

1. Koulutuksesi (ympyröi vaihtoehto)

- a kodinhoitaja
 - b perushoitaja
 - c lähihoitaja
 - d sairaanhoitaja
 - e muu, mikä?
-

2. Mahdollinen lisäkoulutus?

3. Kuinka monen yli 65-vuotiaan asiakkaan luona keskimäärin käyt viikoittain?

4. Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa?

5. Miten alkoholinkäyttö ikääntyneiden keskuudessa on mielestäsi muuttunut työssäoloaikaikasi? (ympyröi vaihtoehto)

- a lisääntynyt huomattavasti
- b lisääntynyt jonkin verran
- c pysynyt ennallaan
- d vähentynyt jonkin verran
- e vähentynyt huomattavasti
- f en osaa sanoa

6. Jos asiakkainasi on tällä hetkellä yli 65-vuotiaita alkoholin ongelmakäyttäjiä, miten se vaikuttaa työhösi?

7. Millaiseksi koet päihtyneen asiakkaan kohtaamisen? (ympyröi vaihtoehdot)

- a helpoksi
 - b melko helpoksi
 - c melko vaikeaksi
 - d vaikeaksi
- perustelut

8. Millaista tietoa/tukea olet saanut yli 65-vuotiaan päihdeasiakkaan kohtaamiseen työssäsi?

9. Mitä työvälineitä / keinoja olet käyttänyt asiakkaan alkoholiongelman toteamiseksi?

10. Millaista tukea/tietoa/työvälineitä toivoisit saavasi helpottamaan työskentelyäsi asiakkaiden kanssa, joilla mielestäsi on alkoholiongelma? Esim. koulutus, työnohjaus, vertaistuki.

11. Miten moniammatillisuus näkyy tiimisi työskentelyssä ja miten sitä mielestäsi voisi kehittää?

Kiitos vastauksestasi!

Frågeformulär

1. Din utbildning? (ring in)

- a hemvårdare
 - b primärskötare
 - c närvårdare
 - d sjuksköterska
 - e något annat, vad?
-

2. Möjlig tilläggsutbildning?

3. Hos hur många över 65-åriga kunder besöker du veckovis i genomsnitt?

4. Hur länge har du arbetat vid hemvård?

5. Hur tänker du att de äldres alkoholbruk har förändrats inom din tjänstgöringstid vid hemvård? (ring in)

- a ökats betydligt
- b ökats
- c förblivit oförändrad
- d minskats
- e minskats betydligt
- f kan inte säga

6. Om du för närvarande har över 65-åriga alkoholmissbrukare som kunder, hur påverkar det ditt arbete?

7. Hur upplever du att möta en berusad kund? (ring in)

- a lätt
- b relativt lätt
- c relativt svårt
- d svårt

motivera ditt svar

8. Hurdant information/stöd har du fått för att möta över 65-åriga kunder som har alkoholproblem?

9. Vilka arbetsredskap har du använt för att upptäcka kundens alkoholproblem?

10. Hurdan information/stöd/arbetsredskaper önskar du att få för att underlätta ditt arbete med kunder som efter din åsikt har alkoholproblem? T.ex. utbildning, handledning, kamratstöd.

11. Hur syns multiprofessionellt arbete i ditt team och hur kunde det utvecklas?


Tack för ditt svar!

TUTKIMUSLUPA-ANOMUSOrganisaatio, jolle anomus osoitetaan Kokkolan Perusturra, vanhuspalvelutVastuhenkilö organisaatiossa Vanhustienjohtaja Aija StrömTutkimusluvan anoja(t) Karoliina Paananen, Maija Fageräng

Osoite _____

Puhelin 050-5695795Sähköpostiosoite karoliina.paananen@cop.fi, maija.fagerang@cop.fiTutkimuksen nimi Ikääntyneiden alkoholiongelmat KokkolanTutkimuksen tarkoitus kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta
- kartoittaa henk. kunnan keinoja kohdata
alkoholisoituneita ikääntyneitä työssään.Tutkimuksen kohderyhmä Kokkolan kotihoidon henkilökuntaAineiston keruun arvioitu ajankohta Huhtikuu 2009Tutkimusmenetelmä Case-tutkimus. Kvalitatiivinen, jossa on
kvantitatiivisia piirteitäTutkimussuunnitelma hyväksytty 23 1 3 20 09


Tutkimuksen ohjaaja


 ANNE JAAKKOLA

Lupa myönnetään

paikka Kokkola aika 30 13 20 09
 anomuksen mukaisesti
 muutosehdotuksin
 hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus


 Aija Ström

LIITTEET

 Tutkimussuunnitelma Kysely/haastattelulomake Muut liitteet, mitkä saatekirje

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi.

Klikkaa kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto.

Paljonko juot?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Ryypyllä käyntiin?

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Morkkis?

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö muisti?

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Kolhitko itseäsi tai muita?

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei
 - on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
 - kyllä, viimeisen vuoden aikana
- Tuliko sanomista?

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastaajan sukupuoli

- Mies
- Nainen

12. Ikä

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän

13. Ketä testaa

- itseään
- puolisoaan
- lastaan
- muuta lähiomaistaan
- asiakastaan

Alkoholiriippuvuus SADD-testi

Tämän testin 17 kysymystä auttavat sinua selvittämään alkoholiriippuvuutesi tason. Kysymykset koskevat tuoreinta 12 kuukauden jaksoa.

Klikkaa kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava vaihtoehto.

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- en koskaan
- joskus

- usein
- lähes aina

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- en koskaan
- joskus

- usein
- lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

16. Ikä:

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän
- En halua kertoa

17. Sukupuoli:

- Mies
- Nainen
- En halua kertoa

Apukortti

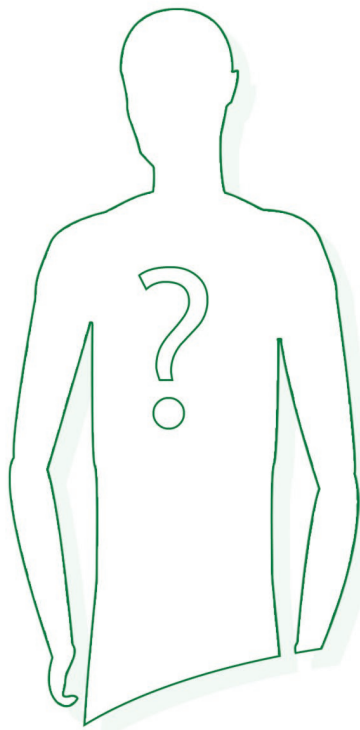
1. Palaute: Onko *SINULLA* riski saada alkoholista haittoja?

AUDIT-pisteet	Yleisiä vaikutuksia
0 - 7 pistettä riskit vähäisiä	<ul style="list-style-type: none">• Rentouttava• Sosiaalista vuorovaikutusta helpottava• Yksi annos päivässä vähentää sydäntauteja• Joissakin tapauksissa kohtuukäyttökin on riski (autolla ajaminen, raskaus, jotkut sairaudet ja lääkkeet)• Ajoittainen humalajuominen voi altistaa tapaturmille ja sydämen rytmihäiriöille
8 - 10 pistettä riskit lievästi kasvaneet 11 - 14 pistettä riskit selvästi kasvaneet	<ul style="list-style-type: none">• Väsymys• Unettomuus, unihäiriöt• Korkea verenpaine• Ongelmat ihmissuhteissa• Alakulo, masennus• Impotenssi• Tapaturmariski• Rattijuoppous
15 - 19 pistettä riskit suuria 20 + pistettä riskit erittäin suuria	<ul style="list-style-type: none">• Kaikki ylläolevat riskit sekä:• Maksan, haiman, aivojen vaurioituminen• Suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja mahan syöpä• Fyysinen alkoholiriippuvuus

Millaisia terveyshaittoja riskikuluttaja voi saada?

- unettomuutta
- hermostuneisuutta
- tapaturmia
- masennustiloja
- sydämen rytmihäiriöitä
- verenpaineen kohoamista
- mahakatarria
- miehillä impotenssia
- sikiön kehityshäiriöitä
- juomisen muuttumista pakonomaiseksi
- mahaverenvuotoja
- muistihäiriöitä
- tajuttomuus- ja kouristuskohtauksia
- aivojen surkastumista
- tylsistymistä
- kävelykyvyn heikkenemistä
- sydänkohtauksia
- naisilla hedelmättömyyttä, hormonihäiriöitä
- maksatulehduksia
- maksakirroosia
- haimatulehduksia
- alkoholipsykooseja

Riskikuluttajia arvellaan olevan Suomessa yli 500 000. Alkoholi on uhka kansanterveydelle.



Sosiaaliset ongelmat
ongelmat perheessä,
työtehtävien laiminlyömiset

2. Oletko ajatellut muutosta?

3. Mitä hyödyt kun vähennät?

- nuket paremmin
- olet energisempi
- laihdut
- ei krapuloita
- muisti paranee
- kohentunut fyysinen kunto
- hyväntuulisuus
- vähemmän perheriitoja
- enemmän rahaa

Pienempi riski

- kohonneeseen verenpaineeseen
- maksavaurioon
- aivovaurioon
- syöpään
- rattijuopumukseen
- loukkaantumiseen (itsesi ja muiden)

Apukortti

4. Tavoitteet

Kuka	Kuinka monta annosta päivässä	Max. annosta kerralla	Viikossa
Nainen	0 - 2	5	0 - 16
Mies	0 - 3	7	0 - 24
Raskaana olevat	Ei ollenkaan	-	-
Henkilöt joilla todettu alkoholin terveyshaittoja tai riippuvuus	Ei ollenkaan	-	-
Yli 65-vuotiaat	0 - 1	2	0 - 7

1 annos



0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä



12 cl lasi mietoa viiniä



4 cl annos väkeviä

1,5 annosta



0,5 l tuoppi tai 0,5 l pullo III-olutta

5. Strategiat

Kuinka vähennän?

- Vaihda miedompaan, laimenna juomaa
- Vaihda iso tuoppi pieneksi
- Tee juomisen välillä muuta: heitä tikkaa, tanssi, puuhastele jotain
- Juo vissyä tai limua alkoholiannosten välillä
- Jätä kierroksia väliin - tilaa ja juo hitaammin kuin muut pöytäseurueessa
- Ota pienempiä kulauksia
- Matki jotain hitaasti juovaa - ja juo vielä hitaammin
- Ruokaile ennen juomista tai juodessasi
- Mittaa aina annoksesi, että tiedät kuinka paljon menee
- Aseta selvä yläraja, jota et ylitä, kun otat
- Mieti etukäteen syy aikaiselle lopettamiselle
- Opettele kieltäytymään tarjotusta alkoholista
- Älä juo tyhjään vatsaan, älä juo alkoholia janoon
- Aloita myöhemmin kuin tavallisesti
- Pidä vähintään pari kuivaa päivää viikossa

Vaihtoehtoja

- Keksi mieluista puuhaa niihin hetkiin, jolloin tavallisesti alat nauttia alkoholia.
- Jos olet stressaantunut, keksi muuta rentouttavaa tekemistä.
- Etsi aktiivisesti uusia harrastuksia tai lämmitä uudelleen vanha harrastus.

Vinkejä tavoitteessa pysymiseen

Tunnista haastavat tilanteet.

Koska kiusaus on suurimmillaan? Vältä näitä tilanteita tai kehitä niihin etukäteen selviytymistapa. Harjoittele mielessäsi tilanteita etukäteen.

Miten pärjään?

Pidä silloin tällöin kirjaa juomistasi. Monenako päivänä viikossa joit? Paljonko meni kerralla? Mikä oli annosten yhteenlaskettu määrä viikon ajalta?

Miten motivoin itseäni?

Palauta mieleesi syyt, joiden vuoksi vähennät.

Tarvitsenko enemmän apua?

Älä epäröi tulla takaisin ja hakea lisäneuvoa. Halutessasi autamme myös eteenpäin erityispalveluihin. Apua saat myös internetistä, esimerkiksi Päihdelinkistä.

www.paihdelinkki.fi



A-klinikkasäätiö 2008

S-Apukortti

1. Palaute: Onko *SINULLA* riski saada alkoholista haittoja?

AUDIT-pisteet	Yleisiä vaikutuksia
0 - 7 pistettä riskit vähäisiä	<ul style="list-style-type: none">• Rentouttava• Sosiaalista vuorovaikutusta helpottava• Joissakin tapauksissa kohtuukäyttökin on riski (autolla ajaminen, raskaus, jotkut sairaudet ja lääkkeet)• Ajoittainen humalajuominen voi altistaa tapaturmille
8 - 10 pistettä riskit lievästi kasvaneet 11 - 14 pistettä riskit selvästi kasvaneet	<ul style="list-style-type: none">• Väsymys• Unettomuus, unihäiriöt• Korkea verenpaine• Ongelmat ihmissuhteissa• Alakulo, masennus• Impotenssi• Tapaturmariski• Rattijuoppous
15 - 19 pistettä riskit suuria 20 + pistettä riskit erittäin suuria	<ul style="list-style-type: none">• Kaikki ylläolevat riskit sekä:• Maksan, haiman, aivojen vaurioituminen• Suun, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja mahan syöpä• Fyysinen alkoholiriippuvuus

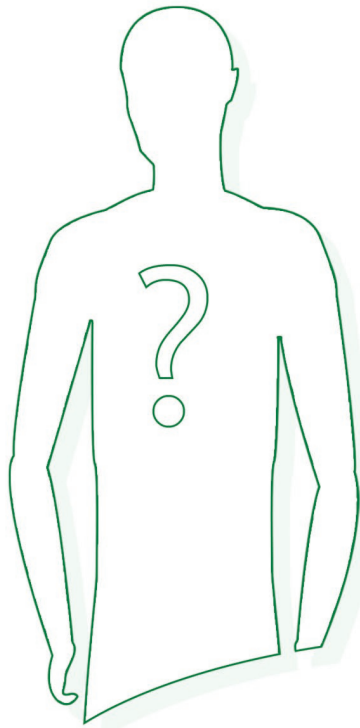
Millaisia sosiaalisia haittoja riskikulutus voi aiheuttaa?

- parisuhde muuttuu huoltosuhteeksi, perhe-riidat, avioero
- vanhemmuuden katoaminen, lasten laiminlyönti
- eristäytyminen
- talouden hoito heikkenee, laskut ja vuokrat jäävät maksamatta
- velkaantuminen
- työn menettämisen uhka

Suurkulutus lapsen kokemana

- väsymys
- perusturvallisuus järkkyy
- korostunut vastuu perheestä
- jatkuva huoli vanhemmista ja vanhempien käyttäytymisen seuraaminen
- häpeän tunne, valehtelu vanhempien puolesta
- sulkeutuminen tai ylivilkkaus
- koulunkäyntivaikeudet
- oppimisvaikeudet
- koulussa eristäytymistä, pelkoa, jännitystä, jotka kroonistuvat
- alttius kiusata tai joutua kiusatuksi
- koulupinnaus
- omat päihdekokeilut

Riskikuluttajia arvellaan olevan Suomessa yli 500 000. Alkoholilla on uhka kansanterveydelle.



2. Oletko ajatellut muutosta?

3. Mitä hyödyt kun vähennät?

- nuket paremmin
- olet energisempi
- laihdut
- ei krapuloita
- muisti paranee
- olet hyväntuulinen
- fyysinen kunto kohenee
- vanhemmuus palaa
- perhe/lapset voivat paremmin
- vähemmän perheriitoja
- työssä oleminen paranee
- enemmän rahaa

Pienempi riski

- saada terveyshaittoja

S-Apukortti

4. Tavoitteet

Kuka	Kuinka monta annosta päivässä	Max. annosta kerralla	Viikossa
Nainen	0 - 2	5	0 - 16
Mies	0 - 3	7	0 - 24
Raskaana olevat	Ei ollenkaan	-	-
Henkilöt joilla todettu alkoholin terveyshaittoja tai riippuvuus	Ei ollenkaan	-	-
Yli 65-vuotiaat	0 - 1	2	0 - 7

1 annos



0,33 l pullo tai tölkki III-olutta tai siideriä



12 cl lasi mietoa viiniä



4 cl annos väkeviä

1,5 annosta



0,5 l tuoppi tai 0,5 l pullo III-olutta

5. Strategiat

Miten vähennän?

- Vaihda miedompaan, laimenna juomaa
- Vaihda iso tuoppi pieneksi
- Tee juomisen välillä muuta: heitä tikkaa, tanssi, puuhastele jotain
- Juo vissyä tai limua alkoholiannosten välillä
- Jätä kierroksia väliin - tilaa ja juo hitaammin kuin muut pöytäseurueessa
- Ota pienempiä kulauksia
- Matki jotain hitaasti juovaa - ja juo vielä hitaammin
- Ruokaile ennen juomista tai juodessasi
- Mittaa aina annoksesi, että tiedät kuinka paljon menee
- Aseta selvä yläraja, jota et ylitä, kun otat
- Mieti etukäteen syy aikaiselle lopettamiselle
- Opettele kieltäytymään tarjotusta alkoholista
- Älä juo tyhjään vatsaan, älä juo alkoholia janoon
- Aloita myöhemmin kuin tavallisesti
- Pidä vähintään pari kuivaa päivää viikossa

Vaihtoehtoja

- Keksi mieluista puuhaa niihin hetkiin, jolloin tavallisesti alat nauttia alkoholia.
- Jos olet stressaantunut, keksi muuta rentouttavaa tekemistä.
- Etsi aktiivisesti uusia harrastuksia tai lämmitä uudelleen vanha harrastus.

Vinkejä tavoitteessa pysymiseen

Tunnista haastavat tilanteet.

Koska kiusaus on suurimmillaan? Vältä näitä tilanteita tai kehitä niihin etukäteen selviytymistapa. Harjoittele mielessäsi tilanteita etukäteen.

Miten pärjään?

Pidä silloin tällöin kirjaa juomistasi. Monenako päivänä viikossa joit? Paljonko meni kerralla? Mikä oli annosten yhteenlaskettu määrä viikon ajalta?

Miten motivoin itseäni?

Palauta mieleesi syyt, joiden vuoksi vähennät.

Tarvitseko enemmän apua?

Älä epäröi tulla takaisin ja hakea lisäneuvoa. Halutessasi autamme myös eteenpäin erityispalveluihin. Apua saat myös internetistä, esimerkiksi Päihdelinkistä.

www.paihdelinkki.fi



A-klinikkasäätiö 2008