

Narratiivinen tutkimus ikääntyvän läheisen alkoholin liikakäytöstä

Sari Ketola

Gerontologian ja kansanterveyden Pro Gradu

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Narratiivinen tutkimus ikääntyvän läheisen alkoholin liikakäytöstä

Sari Ketola

Jyväskylän yliopisto, liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

2010

81 sivua, 5 liitettä

Ikääntyvien alkoholinkäyttö on lisääntymässä ja vaikuttaa heidän perheeseen, terveyteen, terveystieteiden käyttöön. Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää ikääntyvien liiallista alkoholinkäyttöä läheisten näkökulmasta. Tarkoituksena oli kartoittaa terveystieteiden käyttöä ja kokemusta näistä palveluista päihteitä liikaa käyttävän iäkkään henkilön kohdalla. Kohderyhmänä oli henkilöt, jotka kokevat ikääntyvän yli 65-vuotiaan läheisensä käyttävän liikaa alkoholia. Tutkimusaineisto koostuu kahdeksasta nauhoitetusta ja litteroidusta haastattelusta. Haastattelu tehtiin kuudelle puolisolle ja kahdelle tyttärelle, jotka kokevat ikääntyvän läheisensä käyttävä liikaa alkoholia. Aineiston analysoinnissa käytettiin narratiivista metodologiaa, jossa kieli ja puhe nähtiin totuuden paljastajana. Narratiivien pystysuoran analysoinnin avulla kertomuksista löytyi kokemuksellisesti samankaltaisia tarinoita, joista synteetin ja analysoinnin kautta syntyi narratiivinen kertomus.

Tämän tutkimuksen narratiivinen kertomus muodostuu neljästä tarinasta. Ensimmäinen tarina kertoo rakkaussuhteesta alkoholiin ja siinä kerrotaan henkilön juomatapojen kehittymisestä ja vaikutuksesta perheessä. Juominen on ollut monella henkilöllä ollut runsasta koko elämän ajan, mutta eläkkeelle jääminen merkitsi juomisen lisääntymistä jopa hallitsemattomaksi. Juojan suhde alkoholiin on hyvin intensiivinen ja sulkee pois myös läheiset ihmiset. Toinen tarina kertoo itsemääräämisoikeudesta, joka merkitsee oikeutta juoda. Selvästi hankaluuksia aiheuttavaan juomiseen ei voi puuttua, ellei juova henkilö itse siihen suostu. Terveystieteen heikentyminen ei saa välttämättä henkilöä lopettamaan juomista. Motivaatio hoitoon on onnistumisen edellytyksenä. Kolmas tarina kertoo tilanteista, joissa henkilöt ovat olleet yhteydessä terveydenhuollon palveluihin ja hakeneet apua läheisen alkoholiongelmaan. Tässä tarinassa ilmenee ristiriita positiivisten ja negatiivisten kokemusten välillä. Terveystieteen henkilöstöllä ei ole tarinan mukaan valmiuksia kohdata ja auttaa ikääntyviä päihteidenkäyttäjiä eikä heidän perheitään. Kertomuksen päättävä tarina kokoaa haastateltavien odotukset terveydenhuollon palveluita kohtaan. Toiveena on alkoholiseulonnan normaalien perusterveydenhuollon käyntien yhteydessä. Henkilökunnan asenteissa on paljon toivomisen varaa. Avun hakijat odottavat asiallista ja kohteliasta käytöstä sekä tietoa päihdehoitomahdollisuuksista omasta terveystieteiden keskuksista.

Päihdeongelma alkaa kehittyä jo nuorena ja keski-ikäisenä, joten ongelmaan voisi tarttua keski-ikäisenä työterveyshuollossa. Perusterveydenhuollon henkilöstö tarvitsee lisää koulutusta, jotta he voivat tehdä seulontaa, kohdata päihteidenkäyttäjiä ja antaa heille neuvontaa ja ohjausta palveluista, joita omalla paikkakunnalla on tarjolla ongelmaan.

Asiasanat: alkoholi, ikääntyvä, läheinen, perusterveydenhuolto

SUMMARY

Narrative research about the older family member who drinks too much alcohol

Sari Ketola

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health, Department of Health Science

2010

81 pages, 5 appendices

Excessive alcohol drinking is increasing among older people. It influences to the family, to the persons health and to the use of health services. The aim of this study was to clarify the excessive drinking of the older people by their closest people. The purpose was to study the use of health services and the experience of health practioners actions when they meet an older person, who drinks too much. The target group was people, who are feeling that their over 65 years old close relative drinks too much alcohol. The material of this study consists of eight interviews. The interview was made with six spouses and two daughters, who felt that their close relative drinks too much alcohol. The narrative method was used to interpret and analyse the material. The language and speech was seen to reveal the truth in this study. By using vertical narrative analyse, compatible narratives were found. By using synthesis and analyse these narratives formed the narrative story.

The narrative story of this study consists of four narratives. The first narrative describes the love story with alcohol telling story of developing drinking habits and its influence on the family. Excessive drinking has been normal behaviour by most of the recipients, but the time of retirement increased drinking dominant way. The relationship with alcohol was very intensive and it closes off the nearest family members. The second narrative describe the self-determination that means right to drink alcohol. Even if it means troubles, nobody can't interference of drinking if the drinkers himself don't accept it. Weakening health did not end the excessive drinking. Motivation to the treatment is the prerequisite of success. The third narrative describes the situations when the persons have been contacted the health services and have look for help to the drinking problem of their closest persons. In this story it arise the conflict between the positive and the negative experiences. It is told that the health practioners don't have readiness to face and help the problem drinkers and their nearby family members. The fourth narrative that closes the story gathers together the expectations to the health services. They hope that it would be made alcohol screening when person visits the health practioners on their check-ups. In the general practioners attitudes toward the drinking people and their family members was much to improve. The help seekers expect decent and attentive behaviour and the information of the care for the alcohol abusers by their own health center.

Excessive drinking problem begins when the person is young or middle-aged. That means the reason to intervene the problem by the occupational health services. Primary health care practioners need more education so that they could screen and face alcohol abusers and give them advice and counselling that is available in their own place.

Keywords: alcohol, ageing, health services, health practioners

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1. TUTKIMUKSEN TAUSTA	3
1.1. Alkoholin kulutus Suomessa.....	3
1.2. Ikääntyvien juomatavat	4
2. ALKOHOLIN VAIKUTUS IKÄÄNTYVÄN TERVEYTEEN	8
2.1. Alkoholi ja ikääntyminen.....	8
2.2. Alkoholi ja sairaudet	8
2.3. Alkoholi ja tapaturmat.....	12
2.4. Alkoholi ja lääkkeet.....	13
3. PERUSTERVEYDENHUOLTO PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN APUNA	17
3.1. Lainsäädäntö Suomessa	17
3.2. Seulonta ja kartoitus perusterveydenhuollossa	18
3.3. Henkilöstön valmiudet	19
3.4. Läheisen näkökulma.....	20
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	22
4.2. Metodologiset lähtökohdat.....	22
4.3. Oma esiymmärrys.....	24
4.4. Tutkimusaineisto	26
4.5. Aineiston analyysi	28
5. TUTKIMUSTULOKSET	32
5.1. ”Love story” – Juomisen tarina	34
5.1.1. Liiallinen juominen	35
5.1.2. Addiktio juomiseen	36
5.1.3. Kolmiodraama	37
5.2. Itsemääräämisoikeuden tarina.....	41
5.2.1. Alkoholia juovan terveys.....	41
5.2.2. Terveyspalveluiden käyttö.....	45
5.2.3. Alkoholiongelman hoitokokemuksia.....	47
5.2.4. Itsemääräämisen rajoittaminen	50
5.3. Avun hakemisen tarina	51
5.4. Toiveiden ja odotusten tarina	53
5.4.1. Empaattisuuden odotus.....	54
5.4.2. Neuvonnan odotus	55
6. TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	59
7. TUTKIMUKSEN LUOETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN ARVIOINTI	66
7.1. Luotettavuus.....	66
7.2. Eettisyys.....	68
POHDINTA	71
LÄHTEET	73

LIITTEET:

Liite 1: Tutkimuspyyntölomake

Liite 2: Lehti-ilmoitus

Liite 3: Suostumus tutkimukseen

Liite 4: Tutkimushaastattelu

Liite 5-6: Tyypitarinat

JOHDANTO

Päihteiden käyttö on lisääntynyt kaikissa ikäluokissa viimeisten vuosien aikana. Vuodesta 2005 lähtien alkoholi on ollut johtava kuolinsyy työikäisen väestön keskuudessa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009). Myös ikääntyneiden alkoholin käyttö on lisääntynyt ja nykyisen keski-ikäisen väestön vanhetessa tämä tulee vielä kasvamaan. Ikääntyneiden alkoholiongelmia kutsutaan ”näkymättömäksi epidemiaksi” (Sorocco, Ferrell 2004), joka on kasvanut salassa ja tulee lisäämään tarvetta ongelmaan tarttumiseksi. Tämän vuoksi aihe on ajankohtainen yhteiskunnallisesti sekä terveydenhuollon parissa työskenteleville. Perheissä tämä näkymätön ongelma on saattanut kyteä vuosikymmeniä riistäytyen eläkeikäisenä käsistä. Huoli ikääntyvän läheisen alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvistä terveysongelmista on monen ikääntyvän puolison ja aikuisen lapsen ongelmana.

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, diabetes sekä muistiongelmat ovat keskeisiä ikääntyneiden sairauksia. Alkoholinkäytön vaikutus tavallisimpiin sairauksiin on U-käyrän muotoinen, jolloin absolutismi eli alkoholista kokonaan kieltäytyminen ja runsas juominen lisäävät haittoja. Ikääntyneillä riski kaatumisiin ja murtumiin kasvaa ja alkoholi lisää tätä riskiä entisestään (Mukamal ym. 2004, Sorocco, Ferrell 2004).

Kohtuullisella alkoholin käytöllä on todettu tutkimusten mukaan monia edullisia terveysvaikutuksia myös ikääntyneillä. Tämän perusteella voisi vetää johtopäätöksiä, että on hyväksi nauttia alkoholia. Suurin osa alkoholin juojista on kohtuukäyttäjiä, mutta yhä enemmän alkoholia käytetään yli suositusrajojen. Siksi sekä edut että riskit tulevat olemaan keskustelun aiheena tulevina vuosikymmeninä ikääntyneiden ihmisten kohdalla (Breslow ym. 2003). Ikääntyvien fysiologiset muutokset tekevät heidät herkemmiä alkoholin negatiivisille vaikutuksille. Ikääntyneet ihmiset sairastavat yleensä enemmän ja käyttävät myös lääkkeitä enemmän kuin nuoremmat ikäryhmät. Monet näistä lääkkeistä aiheuttavat riippuvuutta (Simoni-Wastila, Yang 2006). Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö on merkittävä huolen aihe tulevaisuudessa.

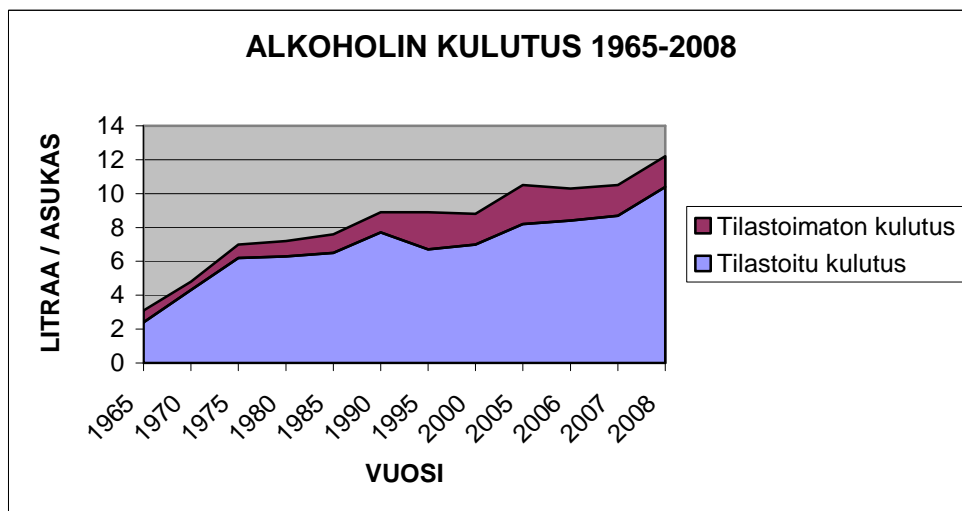
Terveydenhuollossa ei juurikaan ole varauduttu ikääntyneiden kasvavaan alkoholinkäyttöön. Terveydenhuollon työntekijät eivät huomioi tätä mahdollisuutta ikääntyneen kohdalla. Tämä johtaa siihen, että alkoholin käytön riskeistä ei riittävästi kerrota sairauksia hoidettaessa ja lääkityksiä määrättäessä, vaikka se saattaa olla merkittävä terveysriski joissain tilanteissa.

Tutkimuksessani tuon ikääntyvien henkilöiden perheenjäsenten äänen esille. Alkoholia liikaa käyttävät henkilöt eivät useinkaan tunnusta juomistaan ja heidän perheensä koee ikääntymisen ja alkoholin yhdistelmän suureksi ongelmaksi. Lähellä elävät ihmiset näkevät tilanteen realistisemmin ja he saattavat etsiä apua läheisen alkoholiongelmaan. Haastatteluaineiston kautta narratiiviset tarinat saavat kertomuksellisen muodon. Tarinat kertovat henkilöiden kokemuksesta ja ajatuksista läheisensä juomisesta, sen vaikutuksesta tämän terveyteen ja omista odotuksista terveydenhuoltoa kohtaan alkoholiongelman kohdalla.

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA

1.1. Alkoholin kulutus Suomessa

Suomessa tilastoitu alkoholijuomien kokonaiskulutus vuonna 2008 oli yhteensä 55,3 miljoonaa litraa absoluuttista alkoholia. Kasvu edelliseen vuoteen verrattuna oli 3,8 % ja vuoteen 2003 verrattuna peräti 23 %. Asukasta kohden kulutettiin henkilöä kohden 1960-luvulla 2-3 litraa ja vuonna 2008 10,4 litraa 100-% alkoholia vuodessa (Kuva 1). Alkoholin kulutus jaetaan tilastoituun ja tilastoimattomaan kulutukseen. Tilastoimaton kulutus tulee ulkomaantuonnista ja kotitekoisista alkoholijuomista (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009).



Kuva 1. Alkoholijuomien kulutus 100 % alkoholina vuosina 1965-2008 Suomessa (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009).

Alkoholin kulutuksen mittaussyksiköinä käytetään tavallisimmin puhdasta etanolin määrää grammoina, mutta myös alkoholiannos on yleisesti käytössä. Suomessa yksi alkoholiannos vastaa 12 g puhdasta alkoholia. Tämä annos tulee täyteen, kun nauttii 4 cl väkeviä, 12 cl mietoa viiniä (lasillinen puna- tai valkoviiniä) tai 33 cl keskiolutta (pieni pullo) (Alkoholiohjelma 2008-2011).

Alkoholin riskikäytön rajana pidetään miehillä 24 alkoholiannosta tai enemmän viikossa tai 7 annosta tai enemmän kerralla nautittuna. Naisilla riskiraja on 16 alkoholiannosta tai enemmän viikossa ja 5 annosta tai enemmän kerralla. Suositus 65 vuotta täyttäneille on korkeintaan 7 annosta viikossa ja korkeintaan 2 annosta kerralla nautittuna (Alkoholiohjelma 2008-2011).

Suomalaisessa juomatapatutkimuksessa havaittiin 25 % miehistä ja 10 % naisista käyttävän alkoholia säännöllisesti vähintään kaksi kertaa viikossa. Viikottain miehet käyttivät keskimäärin 7,6 alkoholiannosta ja naiset 2,3 annosta (Ilomäki ym. 2008). Carlssonin ym. (2003) kaksostutkimuksissa suomalaisista miehistä 40 % oli viikonlopun humalajuoja.

Suomessa työikäisistä miehistä kolme neljästä käyttäjästä on kohtuukäyttäjiä tai absolutisteja ja yksi neljästä käyttäjästä käyttää alkoholia yli riskirajan. Naisista kymmenesosa käyttää alkoholia yli riskirajan (Alkoholiohjelma 2008-2011). FinDrink tutkimuksen mukaan 16 % miehistä ja 8 % naisista käyttää alkoholia runsaasti (Ilomäki ym. 2008). Alkoholin kulutuksessa on eroja miesten ja naisten välillä. Miehet juovat naisia enemmän Suomessa (Aira ym. 2005, Ilomäki ym.2008), EU:n alueella (de Jong ym. 2008) ja USA:ssa (Merrick ym. 2008). Suomalaisessa juomatapatutkimuksessa todettiin kahdeksasosan käyttävän alkoholia suositusrajojen ylitse ja humalajuoja oli 34 % miehistä ja 14 % naisista (Ilomäki ym. 2008).

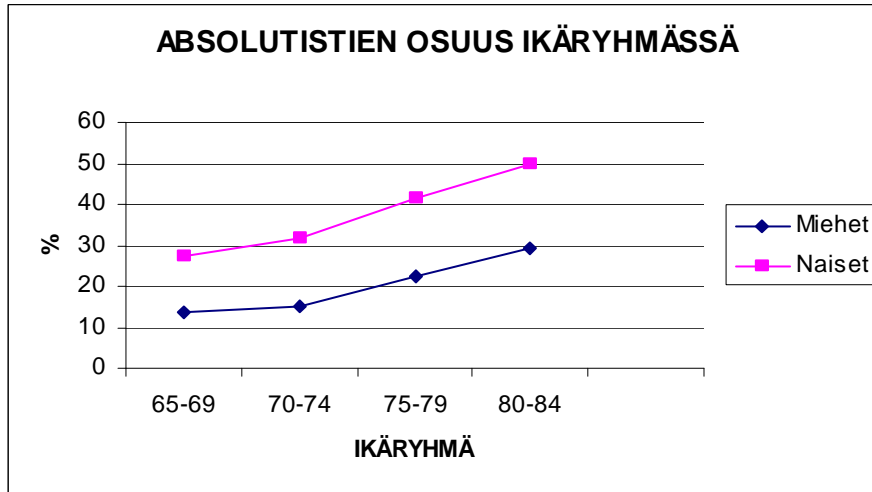
Alkoholisairauksien vuoksi hoitajaksot terveydenhuollossa ovat lisääntyneet Suomessa vuodesta 2004 saakka. Alkoholisairauksien päädiagnoosit ovat lisääntyneet 12 % ja sivudiagnoosit 16 %. Alkoholista johtuvat syyt ovat olleet vuodesta 2005 saakka yleisimmät työikäisten ihmisten kuolinsyyt sekä miehillä että naisilla (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009). Alkoholikuolemiin liittyvät alkoholitaudit, tapaturmat ja muut alkoholiperäiset syyt (Tilastokeskus 2009).

1.2. Ikääntyvien juomatavat

Keski-ikäisen alkoholiongelma ennakoit runsasta alkoholinkäyttöä myös ikääntyneenä (Moos ym. 2004). Toisaalta seurantatutkimuksissa on havaittu, että alkoholinkäyttö vähenee ikäännyttäessä (Moos ym. 2004, Kirchner ym. 2007). Etenkin runsaasti juominen vähenee (Breslow ym. 2003, Merrick ym. 2008) ja vähäisintä se on vanhemmissa ikäryhmissä (Satre ym. 2007), josta vain 1 % kertoo juovansa runsaasti tai humalahakuisesti (Kirchner ym. 2007).

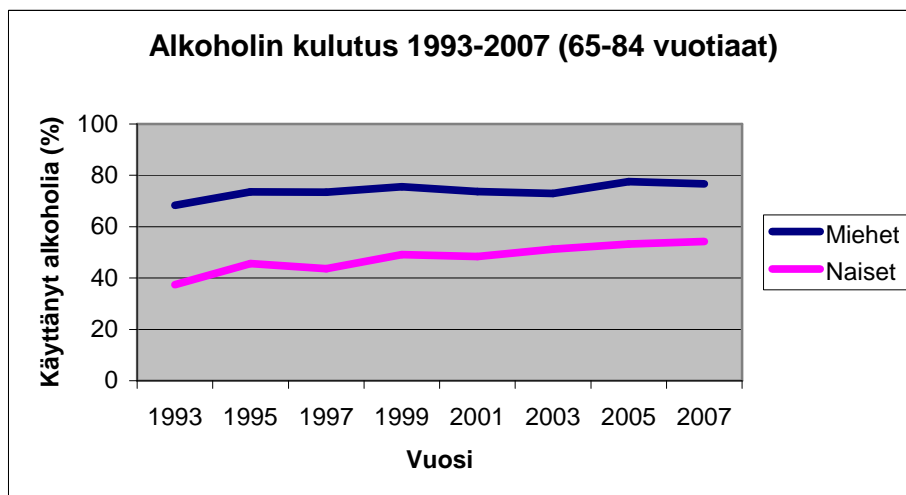
Absolutismi lisääntyy ikääntyessä. Naisista tulee absolutisteja miehiä yleisemmin (Kuva 2) ja naiset vähentävät myös alkoholin nauttimistiehyttä ikääntyessään (Moos ym. 2004). Runsaasti juominen vähenee ikääntyessä heikentyneen toimintakyvyn (Merrick ym. 2008) tai heikentyneen terveydentilan vuoksi (Pringle ym. 2005). Kohtuukäyttö pysyy

ikäntyneilläkin tasaisena miehillä, kun taas naisilla sekin vähenee iän myötä (Breslow ym. 2003).



Kuva 2. Absolutistien osuus ikäryhmissä Suomessa (Laitalainen ym. 2008)

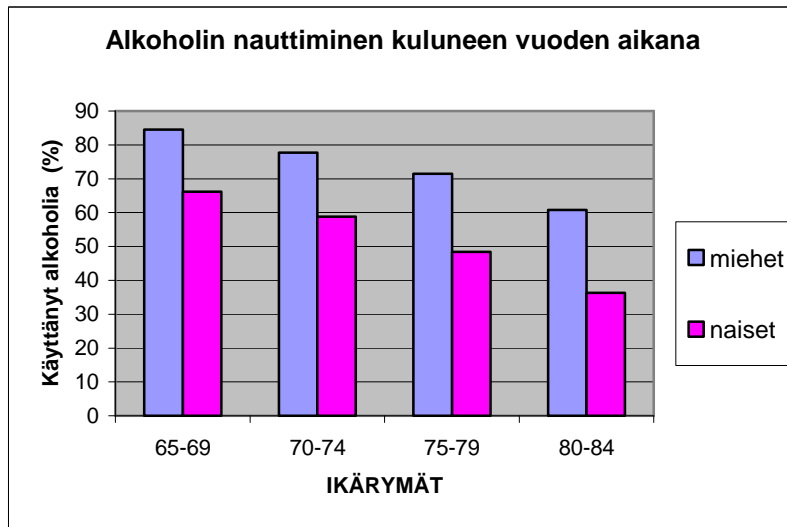
Ikääntyneistä suomalaisista kolmasosa juo alkoholia säännöllisesti (Ngandu ym. 2007). Suomalaisessa väestötutkimuksen (Sulander ym. 2004) ja eläkeikäisen väestön terveystutkimuksen (Kuva 3) mukaan ikääntyneiden henkilöiden alkoholin nauttiminen on kasvanut 10- 20 vuoden aikana merkittävästi.



Kuva 3. 65- 84-vuotiaiden Suomalaisten alkoholinkulutus vuosina 1993-2007 (Laitalainen ym. 2008).

Suomessa 65-74-vuotiaista sekä miehet että naiset nauttivat suositusrajojen yli enemmän kuin

ennen (Laitalainen ym. 2008). Runsas juominen on yleisempää ikääntyneillä miehillä kuin naisilla (Fink 2002, Aira ym. 2005, Kutzthaler ym. 2005, Ilomäki ym.2008) ja heistä nuorimmat ikäryhmät (Kuva 4) käyttävät eniten alkoholia (Aira ym. 2005).



Kuva 4. Alkoholin nauttiminen kuluneen vuoden aikana ikäryhmittäin Suomessa (Laitalainen ym. 2008).

Iäkkäistä 65-84-vuotiaista Amerikkalaisista kolmasosa (11 miljoonaa henkilöä) kertoi käyttävänsä alkoholia vuonna 2001 (Breslow ym. 2003) ja suurin osa heistä juo kohtuullisesti (Kirchner ym. 2007). USA:ssa eläkeläismiehistä 16 % ja naisista 4 % juo yli suositusrajojen (Merrick ym. 2008). USA:ssa yli 65-vuotiaista alkoholia käyttävistä neljäsosa on humalajuoja ja ikääntyneistä miehistä heitä löytyy kahdeksan kertaa enemmän kuin naisista. Suomalaiset 65-74-vuotiaat juovat amerikkalaisia ikätovereitaan enemmän (Ilomäki ym. 2008).

Useimmat Suomalaiset ikääntyneet juovat kirkkaita juomia, puolet viinejä, alle kolmasosa kaljaa ja jonkin verran siideriä (Aira ym. 2005). Suomalaisten eläkeikäisten naisten viinin käyttö on lisääntynyt huomattavasti vuodesta 1985 (14 %) vuoteen 2007 (25 %) (Laitalainen ym. 2008). Alankomaissa miehet juovat enimmäkseen kaljaa (53%), kirkkaita (51%) ja viiniä (49%), kun taas naiset käyttävät enimmäkseen viiniä (49%) (de Jong ym. 2008).

Eläkkeelle jäämiseen ja leskeytymiseen liittyy lisääntynyt juominen vähän aikaa sen jälkeen. Ongelmajuomisen historia vaikuttaa juomisen lisääntymiseen (Moos ym. 2004) erilaisten stressaavien elämäntapahtumien kuten eron tai eläkkeelle jäämisen yhteydessä (Perreira,

Sloan 2001). Työssä vielä käyvät eläkeikäiset jatkavat juomista useammin kuin eläkkeelle kokonaan siirtyvät (Bacharach ym. 2008). Ikääntyminen, krooniset sairaudet ja laitostuminen vähentävät alkoholin käyttöä ikääntyneillä (Perreira, Sloan 2001).

2. ALKOHOLIN VAIKUTUS IKÄÄNTYVÄN TERVEYTEEN

2.1. Alkoholi ja ikääntyminen

Ikääntyvän elimistössä tapahtuu biologisia muutoksia, jotka aiheuttavat enemmän riskejä kuin nuoremmilla. Alkoholi eliminoituu maksassa. Ikääntyneen maksa suurenee ja sen verenvirtaus heikkenee vähentäen maksan kykyä myrkkyjen eliminoimiseen (Lucey ym. 1999). Tästä seuraa seerumin etanolipitoisuuden nousu ja etanolin pitkittynyt vaikutus elimistössä. Iäkkäillä vatsahappojen erityys vähenee. Koska osa alkoholista hapettuu vatsan limakalvolta, lisääntyy etanolin määrä verenkierrrossa ikääntyneillä. Alkoholi myös viipyy pidempään vatsassa sen hidastuneen tyhjenemisen vuoksi. Ikääntyvän kehon massa vähenee, rasvapitoisuus kasvaa ja vesipitoisuus pienenee (Lucey ym. 1999). Tämä aiheuttaa ongelmia, sillä alkoholi jakaantuu melkein kokonaan vesitilavuuteen, jolloin veren alkoholipitoisuus on korkeampi ikääntyneillä (Meier, Seitz 2008). Myös munuaisten toiminta hidastuu, jolloin niiden kyky puhdistaa elimistöä vieraista aineista heikkenee (Lucey ym. 1999). Naisten elimistön erilainen kehon koostumus ja metabolia tekee heistä miehiä herkempiä alkoholin vaikutuksille (Epstein ym. 2007). Näistä muutoksista huolimatta alkoholin nauttiminen jatkuu yleensä niillä ikäihmisillä, joilla on suhteellisen aktiivinen elämäntyyli ja sosiaaliset suhteet sekä hyvä itse arvioitu terveys (Hajat ym. 2004).

2.2. Alkoholi ja sairaudet

Alkoholin ja sairauksien yhteyttä on tutkittu laajasti. Usean sairauden kohdalla kohtuullisen käytön on todettu olevan elimistölle eduksi, kun taas absolutismi tai liikkakäyttö ovat haitaksi. Alkoholin riskit terveydelle liittyvät runsaaseen käyttöön.

Kohtuullisen alkoholinkäytön on havaittu olevan suojaavana tekijänä sepelvaltimotaudille (Corrao ym. 2004), sydämen vajaatoiminnalle (Abramson ym. 2001, Djoussé, Gaziano 2007), sydäninfarktille (Dorn ym. 2006, Brügger-Andersen ym. 2009) ja aivoinfarktille (Jackson ym. 2003). Kohtuullisesti alkoholia käyttävillä henkilöillä on 26 % alempi riski sydänsairauksiin verrattuna satunnaisjuojiin etenkin keski-ikäisillä alle 65-vuotiailla (Emberson ym. 2005). Kohonneesta verenpaineesta kärsivillä miehillä (Malinski ym. 2004) ja aivoinfarktin sairastaneilla (Jackson ym. 2003) päivittäinen tai viikoittainen kohtuukäyttö vähentää merkittävästi (28%) sydän- ja verisuonisairauksiin kuolleisuutta verrattuna absolutisteihin. Myös alle 65-vuotiailla sydäninfarktin tai sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla

kohtuullinen alkoholinkäyttö on suojaava tekijä sydänverisuonten kovettumisen kehittymisessä (Janszky ym. 2004). Kohtuullinen alkoholinkäyttö alentaa riskiä sairastua sydäninfarktiin silloinkin, kun henkilöllä on hyvä fyysinen kunto, hän ei tupakoi ja hän syö terveellisesti (Mukamal ym. 2006). Myös sydäninfarktin kokeneiden naisten väestöpohjaisen tapaus-verrokkitutkimuksen perusteella vähäinen tai kohtuullinen alkoholinkäyttö oli eduksi (Dorn ym. 2006).

Riski sydän ja veri-suonisairauksiin kasvaa runsaan käytön myötä. Yli 89 g (n. 7 annosta) päivässä nauttivilla on todettu olevan merkittävästi kasvanut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. 156 eri tutkimuksen meta-analyysissä todettiin 100g (8 annosta) alkoholia päivässä juomisen olevan merkittävä riski sairastua sepelvaltimotautiin ja aivohalvaukseen ja yli 50 g alkoholia (4 annosta) päivässä juomisen olevan riski aivoverenvuodolle (Corrao ym. 2004). Säännöllisesti ja runsaasti alkoholia käyttävillä henkilöillä on todettu olevan 74% suurempi riski laajalle sydäntapahtumalle, 133 % korkeampi riski aivoinfarktille ja 127 % riski kuolemalle verrattuna satunnaisesti juojiin (Emberson ym. 2004). Runsaalla alkoholinkäytöllä on yhteys sydämen eteisvärinänsä sairastumiseen (Mukamal ym. 2005b, Mukamal ym. 2007). Verenpainetta alkoholi nostaa pienillä annoksilla ikääntyneillä ihmisillä (Wakabayashi, Kobaba-Wakabayashi 2002) ja kaikenikäisillä miehillä (Ohimori ym. 2002, Sesso ym. 2008). Runsaasti juovilla verenpaine nousee kaiken ikäisillä (Sesso ym. 2008).

Kuolemaan johtava sydäninfarktin riskin on todettu olevan kuusinkertainen yli 6 annosta olutta juovilla verrattuna vähemmän alkoholia nauttiviin (Kauhanen ym. 1997). Yli viisi annosta päivässä alkoholia nauttivilla naisilla on todettu olevan lisääntynyt riski sydäninfarktille ja etenkin niillä, jotka olivat juoneet alkoholia myrkytystilaan saakka (Dorn ym. 2006). Iäkkäiden alkoholinkäytön ja aivoinfarktin yhteys oli U-käyrän muotoinen (Mukamal ym. 2001, Reynolds ym. 2003, Mukamal ym. 2005a). Alle 12 g/päivässä (1 annos) päivässä vähentää aivoinfarktia (Reynolds ym. 2003) ja yli 2 annosta päivässä nauttiminen saattaa kasvattaa riskiä saada aivoinfarkti (Mukamal ym. 2005c). Kohtuukäyttö ei kuitenkaan lisää aivohalvauksen riskiä muilla kuin ApoE genotyypin omaavilla henkilöillä (Mukamal ym. 2005a). Yli 60 g päivässä alkoholia nauttivilla on aivoverenvuodon vaara (Reynolds ym. 2003). Humalajuominen (miehet yli 6 annosta, naiset yli 4 annosta) on itsenäinen riskitekijä aivoinfarkteille (Sundell ym. 2008).

Alkoholinkäytön ja diabetekseen sairastumisen tai heikentyneen glukoosinsiedon välillä on havaittu U-käyrän muotoinen yhteys (Beulens ym. 2005; Nakanashi ym. 2003). Kirjallisuuskatsauksissa prospektiivisista kohorttitutkimuksista havaittiin sekä J- että U-käyrän muotoinen yhteys alkoholilla ja tyypin 2 diabetekseen sairastumisen riskillä (Conigrave, Rimm 2003, Koppes ym. 2005b). Brittiläisillä miehillä alkoholin todettiin suojaavan 3-6 annosta päivässä nauttivilla, mutta yli 6 annosta päivässä nauttivilla runsaasti juovilla riski sairastua kasvoi (Wannamethee ym. 2002).

15 kohorttitutkimusta käsittävässä meta-analyysissä havaittiin 30 % pienempi riski sairastaa tyypin 2 diabetesta kohtuukäyttäjillä (Koppes ym. 2005a). Absolutisteilla ja yli 48 g päivässä nauttivilla ei ollut tätä suojaa (Koppes ym. 2005a), vaan riski sairastua kasvaa yli neljä annosta päivässä nauttivilla japanilaisilla jopa 43% (Nakanishi ym. 2003) ja hoikilla ja normaalipainoisilla naisilla (Carlsson ym. 2003) sekä hoikilla (BMI<22) keski-ikäisillä miehillä (Tsumura ym. 1999). Matalin riski havaittiin 6-48 g päivässä (Koppes ym. 2005a) ja 23-46 g päivässä (Nakanashi ym. 2003) alkoholia juovilla. Myös Suomalaisessa tutkimuksissa on havaittu kaksosilla kohtuukäytön vähentävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen sekä miehillä että naisilla (Carlsson ym. 2003). Kohtuukäytöllä on edullinen vaikutus veren rasvoihin, vyötärön ympäröykseen ja paastoverensokeriin (Freiberg ym. 2004).

Runsas juominen on yhteydessä metabolisen oireyhtymän kolmeen riskitekijään eli matalaan HDL-pitoisuuteen, triglyserideihin ja suurempaan vyötärön ympäröykseen (Freiberg ym. 2004) myös ikääntyneillä miehillä (Risérus, Ingelsson 2007). Runsas juominen on yhteydessä kasvaneeseen tyypin 2 diabeteksen, sydänverisuonisairauksien ja ääreisverenkierron sairauksien riskiin mm. Välimeren maissa (Athyros ym. 2007). Japanissa yli 50 ml päivässä alkoholia nauttivilla todettiin kasvanut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen (Tsumura ym. 1999). Conigraven ja Rimmin (2003) kokoama kirjallisuuskatsaus toteaa myös runsaan juomisen olevan eri tutkimusten mukaan yhteydessä kasvaneeseen riskiin. Myös humalajuomisen on todettu suomalaisessa kaksostutkimuksessa lisäävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen naisilla (Carlsson ym. 2003).

Alkoholin ja syövän yhteys on havaittu useassa tutkimuksessa. Erityisesti yhteyttä on suuontelon, nielun, ruokatorven, maksan, paksusuolen, peräsuolen ja naisilla rintasyövän kohdalla (Pöschl, Seitz 2004, Boffetta, Hashibe 2006). Alkoholi metaboloituu asetaldehydiksi suuontelossa. Runsas juominen, tupakointi ja huono suuhygienia tukahduttavat suuontelon

normaalin normaaliflooran ja alkoholi tuottaa enemmän asetaldehydia sylkeen, jolloin on 10-kertainen riski sairastua ylempien hengitysteiden syöpään (Salaspuro 2003).

Alkoholin käytöllä on todettu olevan vaikutusta myös kognitiivisiin toimintoihin ja muistisairauksiin. Absolutisteilla on todettu olevan huonompi kognitiivinen toimintakyky erityisesti ns. joustavassa älykkyydessä (Ngandu ym.2007), joka on kognitiivisten toimintojen nopeaa ja sujuvaa käyttöä uusissa tilanteissa. Nämä heikkenevät normaalisti ikääntymisen myötä ja jo 30 vuoden iästä alkaen saattaa käyttömuisti, tehokas oppiminen ja silmän ja käden yhteispeli alentua riippuen yksilöllisistä eroista (Sallinen, Akila 2001). Keski-ikäisten absolutisteilla on merkittävästi huonompi episodinen muisti, korkeanluokan toiminnot ja psykomotorinen nopeus ja prospektiivinen eli tulevaisuuteen tähtäävä muisti kuin epäsäännöllisesti tai säännöllisesti juovilla (Ngandu ym.2007).

Kohtuujuojilla on todettu olevan parempi kognitiivinen hyvinvointi kuin absolutisteilla (Lang ym. 2007, Stampfer ym. 2005) ja 1 alkoholiannos päivässä vaikuttaisi suojaavan kognitiivista toimintaa naisilla (Mcguire ym. 2007, Stampfer ym. 2005). Kohtuullinen alkoholin nauttiminen keski-ikässä ja myöhemmin on suotuisasti yhteydessä välimuistiin, psykomotoriseen nopeuteen ja toimintaan myöhemmällä iällä (Ngandu ym.2007). Alkoholin nauttimisen ja aivojen valkean aineen epänormaaliuksien välillä on U-käyrän muotoinen yhteys (Mukamal ym. 2001) ja kohtuullisesti alkoholia nauttivilla on todettu MRI-tutkimuksessa vähemmän aivojen valkean aineen vauriota ja aivoinfarkteja kuin absolutisteilla ja runsaasti juovilla (den Heijer 2004). Humalajuominen ainakin kuukausittain keski-ikäisenä on yhteydessä suurempaan dementian kehittymisen riskiin pitkittäistutkimuksessa (Järvenpää ym. 2005). Lisääntynyt alkoholinkäyttö on yhteydessä aivoatrofiaan eli aivojen surkastumiseen (Ding ym. 2004). Erään tutkimuksen mukaan alkoholin nauttimisella ei ole mitään suojaavaa vaikutusta normaaliin ikämuutosten torjunnassa. Mitä enemmän alkoholia kuluu ,sitä pienempi on aivojen kokonaisvolyymi (Paul ym. 2008).

Absolutisteilla (Mukamal ym. 2003, Anttila ym. 2004) sekä usein alkoholia nauttivilla keski-ikäisillä (Anttila ym. 2004) on kaksi kertaa suurempi riski kognitiivisille heikentymisille vanhemmalla iällä kuin kohtuukäyttäjillä. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä on käänteinen yhteys dementian riskiin jopa entisillä suurkäyttäjillä. Absolutisteilla todennäköisyys sairastua dementiaan on kaksinkertainen verrattuna 1-6 annosta viikossa juoviin henkiöihin (Mukamal

ym. 2003). Riski muistihäiriöihin kasvaa alkoholinkäytön lisääntyessä vain niillä henkilöillä, joilla on apolipoproteiini e4 alleeli (Mukamal ym. 2003, Anttila ym. 2004). Tämän on todettu olevan itsenäinen riskitekijä muistihäiriöiden syntymiselle (Kivipelto ym. 2008). Absolutisteilla ja erittäin vähän alkoholia nauttivilla apo e4 alleelin kantajilla on todettu olevan pienentynyt hippokampus ja mantelitulake, joilla on muistitoiminnoissa keskeinen merkitys (den Heijer 2004). Laajassa meta-analysissä havaittiin pienten alkoholimäärien suojaavan dementiaa ja Alzheimerin tautia vastaan. Samanlaista suojaa ei ole havaittu vaskulaarista dementiaa tai kognitiivisia heikennyksiä vastaan (Peters ym. 2008), kun taas Ruitenberg ym. (2002) mukaan pienet annokset suojaava mitä tahansa dementiaa vastaan. Runsaan juomisen ei ole myöskään havaittu alentavan merkittävästi kognitiivista toimintaa (Stampfer ym. 2005).

Alkoholin laadulla näyttäisi olevan merkitystä dementian kehittymisen kannalta (Ruitenberg ym. 2002) ja alkoholilajeista viini näyttäisi eniten suojaavan ja ennustavan pidempi-ikäisyyttä (Mehling ym. 2008). Niillä henkilöillä, joilla ei ole apo e4 alleelia on todettu yhteys viinin nauttimisen ja pienentyneen Alzheimerintautiin sairastumisen välillä (Luchsinger ym. 2004). Kirkkaiden juomien nauttiminen lisää merkittävästi naisten dementiariskiä pitkäaikaistutkimuksessa, joten viinin suojaava vaikutus vaikuttaisi perustuvan johonkin muuhun ominaisuuteen kuin etanoliin (Mehling ym. 2008). Toisaalla ei ole löydetty mitään yhteyttä eri alkoholityyppien osalta (Stampfer ym. 2008).

2.3. Alkoholi ja tapaturmat

Kaatumiset ovat ikääntyneiden henkilöiden yleisimpiä tapaturmia ja ne saattavat johtaa pahimmillaan jopa kuolemaan. USA:ssa yli 65-vuotiaiden kaatumiset ovat lisääntyneet 44 % (Selway ym. 2008). Myös Suomessa on todettu kaatumisten lisääntyneen ikääntyvillä miehillä ja naisilla jopa 284 %. Kaatumistiheys on kasvanut ja myös kuolemaan johtavat kaatumiset ovat lisääntyneet (Kannus ym. 1999). Runsas alkoholinkäyttö kuitenkin lisää iäkkäiden selittämättömiä kaatumisia (Mukamal ym. 2004), kasvattaa riskiä osteoporoottiin murtumiin tai lonkkamurtumiin (Kanis ym. 2005) sekä kuolemaan kaatumisten ja onnettomuuksien tai itsemurhan kautta (Sorock ym. 2006). Nuoremmissakin ikäryhmissä alkoholin nauttiminen selittää 20 % kaatumisista (Kool ym. 2008). Vanhemmissa ikäryhmissä kaatumisriski kasvaa 7 % jokaista nautittua alkoholiannosta kohden päivässä (Kanis ym. 2005). Suomessa on tutkittu lonkkamurtumapotilaiden veren alkoholipitoisuutta Lahden ja Kuusankosken

sairaaloissa (Kaukonen ym. 2006). Lonkkamurtuman kokeneista miehistä 18 %:lla ja naisista 16 %:lla todettiin veressä alkoholia. Tutkituista 11 % oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuorokauden sisällä tapaturmasta.

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan alkoholilla on yhteys kolmasosaan naisten ja suurimpaan osaan miesten kuolemaan johtavissa tapaturmissa (Sjögren ym. 2006). Iäkkäiden jalankulkijoiden kaatumistapaturmissa 9 %:lla on erään tutkimuksen mukaan todettu alkoholia veressä (Selway ym. 2008). Kaatumistapaturman kokeneilla on todettu olevan merkittävästi suurempi alkoholipitoisuus kuin muissa tapaturmissa ja onnettomuuksissa erityisesti alle 70-vuotiailla (Stenbacka ym. 2002, Kurtzhaler ym. 2005). Iäkkäillä traumapotilailla kaatumiset ovat yleisimpiä tapaturmia alkoholin vaikutuksen alaisena ja monien tapaturman uhrien on todettu eräässä tutkimuksessa olevan jopa myrkytystilassa. Iäkkäillä traumapotilailla on todettu myös bentsodiatsepaamin ja opiaattien käyttöä (Zautcke ym. 2002). Tapaturmien ehkäisyssä alkoholin käytön tunnistaminen ja havainnoiminen ovat tärkeä ennaltaehkäisyn keino ikääntyneillä tapaturmapotilailla (Selway 2008).

2.4. Alkoholi ja lääkkeet

Alkoholin käyttö yli 65-vuotiailla on lisääntynyt ja he käyttävät myös enemmän lääkkeitä, jotka etanolin kanssa nautittuna saattava aiheuttaa yhteisvaikutuksia (Meier, Seitz 2008) ja haitallisia terveysvaikutuksia (Weathermon, Crabb 1999) jopa kohtuujuomisen tasolla. Kun samaan aikaan havaitaan yhä enemmän ikääntyneiden polyfarmasiaa eli usean lääkkeen yhteiskäyttöä (Steinman ym. 2006, Rossi ym. 2007) tuo näihin lisätty runsas juominen merkittäviä lisähaittoja (Fink ym. 2002), jotka on nykyisin huomioitava terveydenhuollossa esiintyvänä todellisuutena (Meier, Seitz 2008).

Alkoholi on myrkyllisempi ikääntyvän ihmisen elimistölle, koska vähäisempikin alkoholimäärä vaikuttaa keskushermostoon (Tanaka 2003). Samoin ikääntyvät aivot ja maksa ovat herkempiä alkoholin myrkylliselle vaikutukselle. Alkoholimetabolia muuttuu ikääntyneellä siten, että he ovat herkempiä etanolin myrkylliselle vaikutukselle, koska entsyymien aktiivisuus pienenee iän mukana (Meier, Seitz 2008). Jotkut lääkkeen ja alkoholin yhteiskäytön vaikutukset liittyvät ikämuutoksiin imeytymisessä, jakautumisessa ja metaboliassa (Moore ym. 2007). Elimistön vesipitoisuus vähenee iän mukana ja molemmat johtavat kasvavaan etanolin määrään verenkierrossa (Meier, Seitz 2008).

Ikääntyneillä on nuorempia enemmän perussairauksien lääkityksiä ja niillä on todennäköisiä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Ikääntyneistä 77 % käytti erään tutkimuksen mukaan alkoholia sellaisten lääkkeiden kanssa, joilla oli yhteisvaikutusta alkoholin kanssa (Pringle ym. 2005). Reseptilääkkeen käyttäjistä lähes puolet saattaa ottaa lääkkeitä alkoholin kanssa (Brown ym. 2007) ja Suomalaisen tutkimuksen mukaan useimmilla alkoholia käyttävillä on säännöllinen lääkitys (87 %) ja yhtä useat käyttävät myös tarvittaessa lääkkeitä (Aira ym. 2005). Alkoholin käyttö on yleistä verenpainetautia sairastavilla (Fink ym. 2002, Aira ym. 2005), diabeetikoilla ja masentuneilla, mutta heidän käyttönsä on usein kohtuullista. Yleistä oli myös sellaisten lääkeaineiden käyttö, joilla on todettu olevan yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa, esim. varfariini eli verenohennuslääke ja sedatiivit eli rauhoittavat lääkkeet (Aira ym. 2005).

Etanolin äkillinen tai jatkuva nauttiminen voi johtaa sekä farmakodynaamisiin, että farmakokineettisiin seurauksiin lääkkeiden kanssa (Weathermon, Crabb 1999, Tanaka 2003). Farmakodynaaminen vaikutus merkitsee alkoholin lisäämää lääkkeen vaikutusta etenkin keskushermostossa (Weathermon, Crabb 1999), jolloin lääkkeen terapeuttinen vaikutus voimistuu (Moore 2007) ja seerumin lääkeainepitoisuus nousee muuttuen toksiseksi eli myrkylliseksi elimistölle (Meier, Seitz 2008). Tällainen vaikutus on mm. delirium eli sekavuustila (Adams 1995) ja sedaatio eli voimakas rauhoittava vaikutus (Adams 1995, Weathermon, Crabb 1999).

Farmakokineettinen vaikutus merkitsee sitä, että alkoholi estää lääkeaineen metabolia eli imeytymisen tarkoituksenmukaisella tavalla (Adams 1995, Weathermon, Crabb 1999). Alkoholi jopa estää joidenkin lääkeaineiden vaikutuksen (Moore ym. 2007). Etenkin runsaasti alkoholia käyttävillä riskit ovat merkittävät (Fink ym. 2002). Farmakokineettinen vaikutus ilmenee pääasiassa maksassa, jossa sekä alkoholi että monet lääkeaineet metaboloituvat eli jakaantuvat usein saman entsyymin vaikutuksesta (Weathermon, Crabb 1999). Etenkin psykiatristen lääkkeiden metabolia hidastuu etanolin nauttimisen vuoksi (Tanaka 2003).

Erilaisilla iäkkäiden käyttämillä lääkkeillä on monia sivuvaikutuksia (Lindblad ym. 2006) sekä haitta- ja yhteisvaikutuksia (Hajjar ym. 2003), jolloin alkoholin kanssa nautittuna ne saattavat olla hallitsemattomia (Weathermon, Crabb 1999). Lihaskalantilat ja bentsodiatsepaamit (Coutinaho ym. 2008) sekä antipsykootit ja trisykliset masennuslääkkeet (Lindblad ym. 2006) aiheuttavat kaatumisia ja murtumia. Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat

kroonista munuaisvauriota, aspiriini altistaa mahahaavalle ja kalsiumkanavan estäjät sydämen vajaatoiminnalle (Lindblad ym. 2006). Lääkkeisiin liittyvät riskit ovat suuria myös opiaattien, varfariinin (Marevan ®) , antikolenergien, NSAID-lääkkeiden (No-steroidal anti-inflammatory drug) (esim. Burana ®) ja bentsodiatsepaamien käyttäjillä (Hajjar ym. 2003). Myös muut masennuslääkkeet ja kipulääkkeet ovat alkoholin kanssa nautittuna haitallisia (Weathermon, Crabb 1999). Vanhemmissa ikäryhmissä alkoholi voi lisätä nitrojen ja verenpainelääkkeiden vaikutusta, laskea verenpainetta lisäten kaatumisriskiä (Aira ym. 2005). Monet iäkkäät käyttävät alkoholia kipuihin (Brennan ym. 2005). Monet luontaislääkkeetkin voivat aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia alkoholin kanssa otettuna (Weathermon, Crabb 1999).

Pringlen ym. (2005) mukaan yleisintä alkoholin juominen on NSAID-lääkkeiden, antihistamiinien ja erilaisten verenpainetta alentavien lääkkeiden kuten nitraattien (Aira ym. 2005) sekä verenhennuslääkkeiden kanssa. Interaktioita aiheuttavien lääkkeiden käyttäjistä 6 % täyttää runsaan juomisen kriteerit ja ovat siksi suurella vaarassa yhteisvaikutuksille. Monet yli 65-vuotiaat ihmiset käyttävät säännöllisesti psykiatrisia lääkkeitä, kuten uni-, masennus- ja ahdistuslääkkeitä (Alonso ym. 2004, Beck ym. 2005, Ilomäki ym. 2008). Ikääntyneet naiset ovat lisääntyvässä määrin pelkästään joidenkin riippuvuutta aiheuttavien reseptilääkkeiden suhteen vaarassa lääkkeiden väärinkäytölle (Moos ym. 2004, Simoni-Wastila, Yang 2006, Ilomäki ym. 2008). Toisaalta psykiatrisia lääkkeitä käyttävien miesten on todettu kuluttavan määrällisesti enemmän ja useammin alkoholia (Ilomäki ym. 2008) ja riski lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukseen onkin siksi juuri miesten osalta huolestuttavaa (Aira ym. 2005).

Unihäiriöt, masennus, ahdistus ja muistiongelmat ovat ikääntyneillä ihmisillä suuria ongelmia, joiden hallitsemiseen käytetään erilaisia lääkkeitä. Erityisesti unettomuuden hoitoon käytetään yleisesti käsikauppalääkkeitä ja reseptilääkkeitä sekä lisäksi alkoholia. Yhteisvaikutusten vuoksi tämä merkitsee uhkaa ikääntyneiden terveydelle ja toimintakyvylle. Unettomuuden hoidossa tulee ottaa huomioon alkoholin käytön mahdollisuus ja suositella lääkkeettömiä tekniikoita (Tabloski, Church 2000).

Kipulääkkeet ovat yleisiä runsaasti juovilla (Fink ym.2002) ja näistä yleisimmin käytetään NSAID-lääkkeitä (20%) (Pringle ym. 2005). NSAID- lääkkeet vahingoittavat verihytaleiden hyytymisprosessia, joten käyttäjien mahahaavan vuotoriski lisääntyy (Zullo ym. 2007). Riskiä vuotoon lisäävät yhteisvaikutukset lääkeaineiden kuten kortikosteroidin tai antikoagulanttien

eli verenhennuslääkkeiden kanssa (Zullo ym. 2007), joista etenkin Varfariinia käytetään erilaisten sydänsairauksien kuten eteisvärinän hoidossa. Vuotoriski kasvaa, kun niitä käytetään yhdessä aspiriinin ja erilaisten verenkiertoa parantavien lääkkeiden kanssa (Bursely ym. 2005, DeEugenio ym. 2007). Ylemmät mahasuolikanavan vuodot ovat dramaattinen tapahtuma, joka lisää kuolleisuutta etenkin iäkkäillä (Zullo ym. 2007). NSAID:n ja verenhennuslääkkeiden käyttäjät ovat suuressa vuotovaarassa näiden lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön vuoksi (Aira ym. 2005).

Ikääntyneiden pitäisi saada tietää käyttämiensä lääkkeidenyhteiskäytön riskit alkoholin kanssa sekä turvalliset alkoholin käytön rajat (Moore ym. 2007). Reseptejä kirjoittavien lääkäreiden pitäisi varoittaa ikääntyneitä alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytön riskeistä (Pringle ym. 2005, Brown ym. 2007), mutta osa alkoholin käyttäjistä ei koe saaneensa riittäviä neuvoja välttääkseen yhteiskäyttöä (Brown ym. 2007).

3. PERUSTERVEYDENHUOLTO PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN APUNA

3.1. Lainsäädäntö Suomessa

Suomessa hallitus on antanut terveyden edistämisen politiikkaohjelman, jossa mainitaan myös päihteiden käyttö. Alkoholipolitiikan tavoitteena on alkoholinkäytöstä johtuvien haittojen minimointi, alkoholin kokonaiskulutuksen ja riskikulutuksen vähentäminen sekä erityisesti lasten ja perheiden kokemien haittojen vähentäminen. Pyrkimyksenä on tehostaa alkoholin riskikäytön arviointia ja mini-intervention käyttöä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Päihdetyön koulutusta ja sen kehittämistä myös tuetaan (Valtioneuvosto 2007).

Lainsäädännöllisesti päihdehoidon taustalla on päihdehuoltolaki (41/17.1.1986). Siinä päihdehoidon periaatteena on ongelmakäytön ehkäisy ja vähentäminen sekä sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy. Tavoitteena on myös edistää päihteitä käyttävän ja hänen läheisensä toimintakykyä ja turvallisuutta (Päihdehuoltolaki 1986).

Päävastuu päihdehuollon palveluiden järjestämisessä on kunnilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kautta. Tavallisissa perusterveydenhuollon palvelukontakteissa syntyy yleisimmin ensimmäinen kontakti päihdeasiakkaaseen (Karhunen 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Päihdepalveluiden tulisi pääasiassa olla avopalveluita ja ne täytyisi olla kansalaisille ”helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia” (Päihdehuoltolaki 1986). Palveluja tulee olla riittävästi tarjolla ja niitä annetaan tarpeen perustella. Oma-aloitteinen hoidon piiriin hakeutuminen tulisi mahdollistaa (Päihdehuoltolaki 1986). Perustason palveluissa tulisi olla riittävä ammattitaito päihdeongelman tunnistamiseen ja hoidon tarpeen arvioimiseen sekä hoitoon ohjaukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Päihdetyön laatusuosituksen mukaan kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluita muilta näiden palveluiden järjestäjiltä. Päihdetyö jaetaan ennalta ehkäisevään päihdetyöhön pyrkimyksenä ehkäistä varhaisia päihdehaittoja sekä hoitavaan ja kuntouttavaan päihdetyöhön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Päihdehuollon erityispalveluiden järjestämisvastuu on kuntien sosiaalitoimella ja näitä ovat avohoito, laitoshoido ja välimuodot. Avohoidon palveluita ovat mm- a-klinikkatoiminta,

terveysneuvontapisteet ja päiväkeskukset. Laitoskuntoutuksessa järjestetään katkaisuhoidoja ja hoitajaksoja kuntoutuslaitoksissa. Välimuodon palveluita ovat mm. ensikodit, hoitokodit ja tukiasunnot (Karhunen 2007). Erityispalveluiden järjestämisessä laajempi seudullinen yhteistyö on järkevää ja suositeltavaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Päihdepalveluita tuotetaan nykyään joko kunnan omana toimintana tai yhteistyössä eri tahojen kanssa. A-klinikkasäätiö, kuntayhtymät, päihdepalvelusäätiöt ja erilaisten järjestöjen tai yksityisten yritysten kanssa tehdyt ostopalvelusopimukset vaihtelevat kunnasta riippuen (Kekki, Partanen 2008). Päihdehuoltolain (1986) mukaan asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hoitotoimenpiteen valintaan.

Tunnetuin yhteistyökumppani kuntien kanssa toiminnassa on A-klinikkasäätiö. Se tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluita päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen eri puolilla Suomea A-klinikoilla, nuorisoasemilla, katkaisuhoidoasemilla, kuntoutuskeskuksissa ja tukiasuntotoiminnan kautta. Järvenpään sosiaalisairaala on A-klinikkasäätiön hoito- tutkimus- ja kuntoutuslaitos. Suurin osa Suomen A-klinikoista on kuntien ylläpitämiä (A-klinikkasäätiö).

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen päihdepalveluiden laatusuositus huomioi myös tulevaisuuden haasteen väestön ikääntymisen sekä päihteidenkäytön lisääntymisen aiheuttaman vanhuksien päihdepalvelujen tarpeen lisääntymisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

3.2. Seulonta ja kartoitus perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon palveluissa tulee olla valmiudet päihdeongelmaiset hoidon tarpeen arvioon ja oikean hoitopaikan arviointiin. Hyvin toimivat perustason palvelut ovat kuntien kannalta taloudellinen ja järkevä satsaus päihdeongelman ehkäisyssä ja hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Terveydenhuollossa voidaan alkoholin riskikuluttajien kartoittamisen apuvälineenä käyttää lyhytneuvonta eli mini-interventio, jossa kartoitetaan alkoholinkäytön riskejä. Mini-interventiossa neuvotaan alkoholin käytössä ja seurataan tilannetta jatkokäyntien yhteydessä (Seppä 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Audit-testi on Maailman terveysjärjestö WHO:n suosittelema testi, jossa 10 kysymyksellä kartoitetaan alkoholin käyttömäärää,

tiheyttä, ryyppyputkea, krapularyyppyjä, humalajuomista, kolhimisia ja läheisten sanomista juomisesta. Testin voi kuka tahansa tehdä useilla internet-sivustoilla, kuten esim. www.paihdelinkki.fi.(AUDIT).

Mini-interventio sopii hyvin sellaisten palveluiden yhteyteen, joihin asiakkaat hakeutuvat helposti esim. muiden terveysongelmien vuoksi ja suositus olisikin, että alkoholin käytöstä kysyttäisiin kaikilta potilailta jossakin vaiheessa terveydenhuollossa lääkäriellä käynnin tai terveysneuvonnan yhteydessä (Seppä 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Audit-testiä voidaan käyttää myös haastattelun ohessa ja myös verikokeiden tarkastus on joskus paikallaan. Juomatavoissa tärkeitä on huomioida käyttökertojen tiheys, juomamäärät ja juomalaadut sekä humalajuominen. Jos juomatavat osoittavat käytön olevan yli suositusrajojen lääkäri tai hoitaja kertoo runsaan kulutuksen vaikutuksesta terveyteen sekä vähentämisen hyödyistä ja keinoista. Kirjallinen materiaali on usein tarpeellista. Tärkeää on motivoida asiakasta käytön vähentämiseen, ei moralisoida tai tuomita asiakkaan valintoja (Seppä 2005).

Kaikki instrumentit alkoholinkäytön kartoittamisessa perustuvat asiakkaan omaan ilmoitukseen, joten niihin pitää suhtautua varauksella. Näistä huolimatta ammattilaisten tulee omaksua nämä kyselyt käyttöön myös ikääntyneillä (Benshoff, Harrawood 2003).

Runsaasti päihteitä käyttävälle voidaan myös perusterveydenhuollossa käyttää motivoivaa haastattelua, jossa perustana on arvostava ja kunnioittava asenne haastateltavaa kohtaan. Haastattelijan ja haastateltavan välille muodostuu vuorovaikutuksessa yhteisymmärrys (Taskinen 2006).

3.3. Henkilöstön valmiudet

Alkoholinkäytön laajoista negatiivisista vaikutuksista huolimatta, se ei ole saanut terveydenhuollossa riittävää huomiota johtaakseen järkevään valistukseen ja elämäntapaneuvontaan. Tutkimukset alkoholin positiivisista vaikutuksista terveyteen ovat saaneet huomattavasti palstatilaa myös lehdistössä ikään kuin haluttaisiin unohtaa negatiiviset vaikutukset yksilöiden, perheiden ja yhteiskunnan elämään. Ikääntyneitä hoitavien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön on oltava tietoisia alkoholin käytön haitoista ikääntyneiden terveydelle ja hyvinvoinnille.

Jo lyhyt ohjeistus hoitajalta tai lääkäriltä osana normaalia rutiinia perusterveydenhuollossa voi vähentää alkoholinkäyttöä (Reiff-Hekking ym. 2005). Neuvontatilanteiden mahdollisuudesta huolimatta henkilöstö kokee omaavansa liian vähän valmiuksia toteuttaa sitä (Lock ym. 2002). Lääkärit ja hoitajat kokevat kyvyttömyyttä toteuttaa alkoholineuvontaa riskijuojille, vaikka tiedostavatkin roolinsa ja mahdollisuutensa päivittäisessä työssään (Beich ym. 2002, Hyman 2006). Saarna (2007) toteaa, että terveydenhuollon henkilöstön valmius kohdata ja tunnistaa päihteidenkäyttäjää ja hänen läheisensä ja ohjata oikean avun pariin on tärkeää. Perusterveydenhuollon valmiuksista kohdata päihdeongelmaisia on useita tutkimuksia, joissa puutteita terveydenhuollon henkilöstön koulutuksessa, asenteissa ja osaamisessa on nähtävissä (mm. Owens ym. 2000, Beich ym. 2002, Fucito ym. 2003, Kinsey ym. 2006, Holmqvist ym. 2008a).

Hoitajien ja lääkäreiden normaalien asiakaskontaktien yhteyteen sopisi hyvin alkoholin ja siitä aiheutuvien haittojen kartoittaminen ja riskeistä kertominen. Mini-intervention eli lyhytneuvonnan avulla terveyskäyntien yhteydessä voidaan kertoa alkoholin liikkakäytön vaikutuksista ja motivoida vähentämiseen. Neuvonnan avulla voidaan saavuttaa henkilöitä, joilla on kasvanut riski ongelmalliseen juomiseen.

Ikääntyneiden ihmisten kanssa työskentelevien henkilöiden pitäisikin saada lisää koulutusta kyetäkseen ottamaan alkoholin käytön kartoittamisen ja neuvontatilanteet osaksi työtään. Lisää tutkimusta tarvitaan asiallisen neuvonnan vaikutuksesta iäkkäiden ihmisten alkoholinkäyttöön.

3.4. Läheisen näkökulma

Päihteitä liikaa käyttävien läheisten ihmisten näkökulmasta on jonkin verran tutkimusta. Sininauhaliitto on koordinoanut hankkeen ”Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi”, jossa tavoitteena oli nostaa esille ikääntyvän väestön alkoholin käyttö ja sen erityispiirteet. Hankkeen pohjalta tutkijat Ilka Haarni ja Lotta Hautamäki (2008) toteavat, että alkoholin käyttö on arkipäiväistynyt myös ikääntyneiden keskuudessa. Tutkimuksessa oli havaittavissa, että ikääntyneistä suurin osa on vähentänyt kulutustaan tai kertoo kohtuukäytöstä. Osa kuitenkin jatkoi entiseen tapaan ja omasta juomisesta huolestuneitakin löytyi. Myös Sairaanhoidtajaliiton vuoden 2009 päihdesairaanhoitajaksi valitsema Minna-Maria Behm toteaa, että alkoholikulttuurissa on Suomessa tapahtunut muutos, joka näkyy ikääntyneiden

päivittäisessä alkoholinkäytössä (Kallio 2009).

Läheisnäkökulmasta on Suomessa ilmestynyt kaksi kirjaa. ”*Pullonkauloja – Kirjoituksia alkoholistien läheisistä*” on Marja Holmilan ja Janna Kantolan toimittama kirja (2004), jossa on asiantuntija-artikkeleita juomisesta eri näkökulmista. Tässä kirjassa käsitellään läheisiä ja lapsia, jotka elävät alkoholia liikaa käyttävän perheessä. Anja Koski-Jännes ja Vilma Hänninen ovat toimittaneet kirjan (2004) ”*Läheiseni on päihdeongelmainen*”, jossa käsitellään Helsingin sanomien ilmoituksen kautta saavutettujen alkoholistien läheisten koskettavia kertomuksia päihdeongelmaisen perheenjäsenen rinnalla. Vertaistukiryhmien (mm. Myllyhoitokeskus, Al-Anon) toimintaa käsittelevissä tutkimuksissa on käsitelty läheisen kokemuksia päihteiden käytöstä (Mielonen, Nyqvist 2007, Saarna 2007).

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on saada kokemuksellista tietoa alkoholia runsaasti käyttävien ikääntyvien (>65) henkilöiden juomatavoista, terveydestä ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä. Alkoholin suositusraja laskee 65-vuotiailla alemmaksi, joka tulisi huomioida sekä juomatavoissa, että niiden neuvonnassa. Kokemukseni mukaan ikääntyvä alkoholin suurkuluttaja on salassa, vähättelee ongelmaa tai ei kerro terveydenhuollossa totuutta. Sitä vastoin heitä lähellä elävillä perheenjäsenillä on usein realistisempi käsitys henkilön juomatavoista. Usein perheenjäsen on se henkilö, joka ensimmäisenä lähtee etsimään apua alkoholia liikaa juovalle perheenjäsenelle.

Terveydenhuollon palveluissa keskityn lähinnä perusterveydenhuollon palveluihin ja valmiuteen, koska nämä peruspalvelut ovat lähimpänä ja ihmisten saavutettavissa myös syrjäseuduilla. Perusterveydenhuollolla tarkoitan terveystieteiden tarjoamia palveluja. Erikoissairaanhoidon ja erityiset päihdepalvelut eivät siten ole varsinaisen mielenkiinnon kohteena tässä tutkimuksessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

Miten henkilöt, joilla on kokemuksia ikääntyvän läheisen alkoholinkäytöstä kertovat alkoholin vaikutuksista tämän terveyteen ja mahdollisiin sairauksiin?

Miten läheiset kertovat tilanteista, joissa ovat olleet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmän kanssa liittyen alkoholinkäyttöön?

Miten henkilöt kertovat terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksista kohdata alkoholia liikaa käyttävä henkilö?

4.2. Metodologiset lähtökohdat

Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on ihminen, hänen elämänsä ja siihen liittyvät merkitykset (Kylmä, Juvakka 2007,16). Ihminen on sekä tutkijana että tutkimuksen kohteena tärkeä osa laadullista tutkimusta. Induktiivisessa lähestymistavassa havaintoja tehdään aineistosta käsin ilman ennalta asetettuja määritelmiä tai teoriakehikkoja edeten yksittäisestä yleiseen. Tutkimuksen metodologia ohjaa tutkimuksen toteuttamista (Tuomi,

Sarajärvi 2009,97, Elo, Kyngäs 2008, Kylmä ja Juvakka 2007,20-22). Tutkimusmetodin avulla muodostuu käytäntöjen ja operaatioiden tuottamana havaintoja. Metodiin kuuluvat myös säännöt, joiden avulla havaintoja muokataan ja tulkitaan. Näiden perusteella arvioidaan niiden merkitystä johtolankoina (Alasuutari 2001,82). Tässä tutkimuksessa käytetään narratiivista tutkimusmetodia.

Narratiivisuus on lähestymistapa, jossa huomio kohdistetaan kertomuksiin tiedon välittäjänä ja rakentajana. Sana juontaa Latinan kielestä, jossa *narratio* tarkoittaa kertomusta ja *narrare* kertomista (Heikkinen 2007,142). Hänninen (2002) käyttää Suomen kielen sanaa *tarinallisuus* narratiivisuuden synonyyminä. Narratiivisuudessa ihmiset antavat tarinoissaan merkityksiä kokemilleen asioille ja tieto muodostuu usein dialogissa keskustellen (Heikkinen 2007,155). Ihminen ymmärtää itseänsä ja rakentaa identiteettiään puhumalla ja kertomalla kokemiaan asioita. Kertomus on yläkäsite ja sen sisältämät tarinat alakäsite. Narratiivisuudella voidaan tarkoittaa tietämisen tapaa ja tiedon luonnetta, tutkimusaineiston luonteen kuvailua, aineiston analyysitapaa tai terapiamenetelmää (Heikkinen 2007,142-144). Tässä tutkimuksessa narratiivisuus on tiedonkäsityksen pohjana, aineistona ja aineiston käsittelytapana. Koska alkoholia liikaa käyttäviä ikääntyviä henkilöitä ei ole tutkittu aikaisemmin läheisten näkökulmasta on narratiivinen lähestymistapa perusteltu. Aihe on hyvin henkilökohtainen ja sensitiivinen sekä tunteita herättävä (Kylmä, Juvakka 2007,77, Åstedt-Kurki, Nieminen 1989,153), jolloin henkilöiden kertomukset ja tarinat kokemuksestaan ovat ainutlaatuisia. Tutkimuksessa voidaan narratiivisuuden avulla tarkastella myös terveydenhuollon asiakasnäkökulmaa (Vuokila-Oikkonen, Janhonen, Nikkola 2003), joka tässä tutkimuksessa tulee esille haastateltavien kertomuksissa.

Narratiivisuuteen kuuluva postmoderni tiedonkäsitys kyseenalaistaa tieteelliseen tietoon kuuluvan objektiivisuuden ja arvovapaan neutraalin tiedon, jossa on yksi todellisuus ja sitä koskeva totuus, joka voidaan vastaväitteillä osoittaa todeksi tai epätodeksi. Konstruktivismin mukaan ihmiset rakentavat eli konstruoivat tietonsa ja identiteettinsä jatkuvasti muuttuvan ja kehittyvän kertomuksen kautta. Taustalla vaikuttavat aikaisempi subjektiivinen tieto ja henkilökohtaiset kokemukset ja tietäminen on luonteeltaan ajallista (relativismi), paikallista (kontekstuaalisuus) ja sosiaalista (Heikkinen 2007,145). Narratiivisuudessa ei pyritäkään tarkkaan objektiivisuuteen.

Tutkimusaineistona narratiivit ovat kerronnallisia aineistoja joissa tutkittava saa kertoa

käsityksensä omin sanoin. Kertomukset saattavat olla ajassa eteneviä juonellisia tarinoita joissa on alku, keskikohta ja loppu. Näitä kertomuksia tulkitaan käsittelemällä aineistoa narratiivisesti (Heikkinen 2007,147, Alasuutari 2001,140, Hänninen 2002). Heikkinen (2007,148) viittaa Polkinghornen (1995,6-8) määritelmään, jossa analyysi jaetaan narratiivien analyysiin (*analysis of narratives*) ja narratiiviseen analyysiin (*narrative analysis*). Narratiivien analyysissä kertomusta luokitellaan tapaustyyppien tai kategorioiden avulla. Narratiivisessa analyysissä tuotetaan uutta kertomusta aineiston kertomuksen pohjalta. Aineiston keskeisiä teemoja tuodaan silloin esille synteesin kautta (Heikkinen 2007,148). Tässä tutkimuksessa käytetään narratiivista analyysiä. Päämääränä on eletyn kokemuksen ja siitä kerrotun tarinan kuvaaminen mahdollisimman tarkasti (Åstedt-Kurki, Nieminen 1997,152-155). Narratiivisessa analyysissä kertomusten kieltä voidaan tarkastella totuuden paljastamisen tai toisessa ääripäässä kielenkäytön kautta (Eskola 2007). Kieli nähdään tässä tutkimuksessa välineenä totuuden paljastamiseen. Siinä tarkastellaan puheen sisältöä, mutta myös tunteita ja käsityksiä ilmiöstä heidän elämässään ja suhteessa terveydenhuollon toimijoihin.

4.3. Oma esiymmärrys

Induktiivisen lähestymistavan mukaan tutkimuskohdetta lähestytään ilman teoreettisia käsitteitä tai syy - seuraussuhteita. Tutkijan pitää olla irti omista ennakkoluuloistaan tai asenteistaan, joita arki tai kulttuuri on jo muokannut (Lukkarinen 2003). Tutkijan tulee siis olla tietoinen tästä esiymmärryksestään ja ennakkokäsityksistään sekä reflektoitava kriittisesti niitä kyetäkseen tarkkailemaan niiden vaikutusta tulkintoihin (Laine 2007). Tätä kutsutaan sulkeistamiseksi.

Oma esiymmärrykseni alkoholia käyttävistä ikääntyneistä henkilöistä ja heidän läheisistään koostuu omista henkilökohtaisista kokemuksista ja työelämän kokemuksista. Menneinä vuosina ikääntyneet alkoholia käyttävät henkilöt ovat olleet työssäni vuodeosaston sairaanhoitajana harvinaisia. Nykyään taustalla yhä useammin saattaa olla alkoholin käyttö. Olen keskustellut paljon etenkin alkoholia runsaasti käyttävien henkilöiden läheisten kanssa, joten tutkimukseeni minulla oli jonkin verran pohjaa siitä kokemusmaailmasta jossa he elävät. Laine (2007) toteaaakin, että emme tutkijoina pystyisi lainkaan ymmärtämään tutkittavien merkitysmaailmaa, jos ilmiössä ei olisi meille tutkijoina mitään entuudestaan tuttua.

Käsitykseni mukaan alkoholia liikaa käyttävät henkilöt eivät useinkaan tiedosta ongelmaansa ja sitä tuskaa, mitä he perheelleen juomisellaan aiheuttavat. Nämä yrittävät hankkia apua ja lähtevät etsimään keinoja joskus ikävienkin tilanteiden jälkeen. Toisaalta alkoholia itse juova ei ole useinkaan halukas minkäänlaisiin hoito- tai auttamisyrityksiin. Usein alkoholia käyttävä henkilö torjuu täysin tilanteen vakavuuden. Etenkin ikääntyneet miehet kokevat, että heidän elämäntyyliinsä kuuluu alkoholin juominen miehisyys osoituksena. He käyttävät sitä ”lääkkeenä” torjumaan tulehduksia ja sairauksia, koska veri kiertää paremmin ja kun ”myrkyttää itsensä” niin ei tartu taudit. Usein olen kohdannut myös esim. Marevania eli verenohennuslääkettä käyttäviä asiakkaita, joiden veriarvot heittelevät ja taustalla saattaa olla joillakin selityksenä runsas alkoholin käyttö.

Työssäni tapahtuneiden muutosten vuoksi ja päihdekatkaisun siirtyessä a-klinikalta terveyskeskuksen vuodeosastolle aloin pohtia asiaa syvemmin terveydenhuollon kannalta. Siihen saakka alkoholia käyttävät olivat tuntuneet lähinnä riesalta, jotka vievät paikan muilta sairaammilta henkilöiltä, jotka yleensä ovat iäkkäitä ja paljon apua tarvitsevia vanhuksia. Päihdekatkaisu on ollut lähinnä pään selvittämistä, ravitsemustilan paikkaamista ja vieroitusoireiden hoitamista, kunnes henkilö palaa kotiin kuntoutuneena jatkamaan juomista. Päihdehoito on keskittynyt työikäisiin ihmisiin. Tämän vuoksi aloin pohtimaan ikääntyneiden henkilöiden asemaa perusterveydenhuollon piirissä. Samalla pohdin myös omaa asennettani hoitajana päihteiden käyttäjiä kohtaan. Tunnustan vahvasti, että asenteeni on hyvin kielteinen kokemusten perusteella. Torjunta, viha ja vastenmielisyys sekä turhautuminen päihteidenkäyttäjiin ja heidän toivottomaan kuntoutumiseensa on valitettavasti osa tunteitani. Myötätuntoni on lähinnä heidän läheistensä puolella. He yrittävät kestää ja jaksaa puolisoitensa tai vanhempiansa rinnalla siitä huolimatta, että toivo on jo mennyt. Lähinnä odotetaan sitä, että mihin tämä päättyy, mikä sairaus katkaisee kierteen tai mikä tapaturma on kohtalokas. Läheisillä on harvoin vaihtoehtoja tilanteelleen. Monet aviopuolisot jatkavat yhteiselämää ongelmasta huolimatta, lasten on vaikea kääntää selkensä vanhemmilleen.

Myönnän hoitajana olevani melko avuton päihdekuntoutuksen suhteen. Koen taitoni ja tietoni olevan heikkoja ja puheeksi ottamisen vaikeaa. Asiaa tutkiessani olen huomannut rohkaistuneeni asiassa ja kykenen helpommin ottamaan asian esille tarvittaessa tuntematta nolostumista. Terveystieteiden tutkimuksessa kuten muuallakin yhteiskunnassa päihteidenkäyttöön suhtaudutaan yksityisasiana, johon ei kuulu puuttua. Tämä ajattelutapa on juurtunut syvään yhteiskunnassamme. Alkoholi muodostaa yhteiskunnallisen ongelman vasta sitten, kun se

alkaa vaikuttaa terveyteen ja toimintakykyyn, näkyy työelämässä tai viranomaisten kanssa asioimisessa. Niin kauan kuin ongelma on näkymätön näissä instansseissa, siitä ei juurikaan puhuta.

Tiedostamisen jälkeen tutkijan on siirrettävä ennakkokäsityksensä syrjään. Laineen (2007) mukaan kriittinen asenne ja reflektiivisyys ovat niitä ominaisuuksia, jotka takaavat tutkimustasolle pääsyn. Omat asenteet ja käsitykset sisäistämällä voi vapautua etsimään toisten antamia merkityksiä asioille. Tätä tutkimusta aloittaessani asetin itsenikin terveydenhuollon ammattilaisena alttiiksi arvosteluille. Tiedostaen oman ammattini ja henkilökohtaiset kokemukseni taustavaikuttajan, pyrin kuitenkin avoimesti kuuntelemaan haastateltavien käsityksiä asioista.

4.4. Tutkimusaineisto

Haasteltaviksi etsin perusjoukkoa hyvin edustavia henkilöitä, joilla olisi kokemusta elämästä runsaasti alkoholia käyttävän lähellä. Tarkoituksena oli myös etsiä henkilöitä, joilla on henkilökohtaista kokemusta aiheesta ja tuntevat ilmiön henkilökohtaisesti sekä suostuvat vapaaehtoisesti kertomaan niistä haastattelijalle (Kylmä, Juvakka 2007, 80, Åstedt-Kurki, Nieminen 1988). Aihealueen arkaluonteisuuden vuoksi pyrin saamaan haastateltavia hienovaraisten tiedustelujen kautta ja kohderyhmään kuuluvien henkilöiden kontaktien kautta. Henkilöillä oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta ilman, että tiesin edes heidän henkilöillisyyttään. Ne, jota suostuivat olivat myös halukkaita puhumaan, joten he eivät kokeneet asiaa niin arkaluonteiseksi (Kuula 2006,136).

Tutkimusaineiston hankintamenetelmänä käytin haastattelua, jossa tutkittavat saivat avoimesti kertoa kokemuksistaan. Haastattelu on minulle luonteva tapa saada tietoa aiheesta. Ammatissani sairaanhoitajana olen kuunnellut, arvioinut ja haastattelut lukemattomia ihmisiä hankalista ja herkistäkin aiheista. Haastattelussa pyrin käyttämän mahdollisimman väljiä kysymyksiä, jotta haastateltavan kertomus voisi nousta esille. Tein myös joitain tarkentavia kysymyksiä, joita mieleeni tuli tarinoinnin ja keskustelun kuluessa (Tuomi, Sarajärvi 2009,77). Nauhoittamalla haastattelun sain tarkasti talteen ainutlaatuiset kertomukset. Nauhoitettu aineisto antaa myös mahdollisuuden äänensävyjen, taukojen ja muiden asioiden tarkempaan havainnoimiseen (Silverman 2005,183).

Olin antanut muutamille tuntemilleni kohderyhmään sopiville henkilöille etukäteen

tutustuttavaksi tutkimuspyyntölomakkeen (Liite 1), jossa tutkimukseni mielenkiinnon kohteet oli mainittu. Lähetin myös sähköpostin liitetiedostona muutamille henkilöille tutkimuspyyntölomakkeen saadakseni kontaktien kautta yhteyden kohderyhmään. Pysin löytämään haasteltavia lumipallotekniikkaan verrattavin keinoin, eli kysymällä omilta henkilökohtaisilta- ja työkaverikontakteilta, olisiko heillä tiedossa henkilöitä, jotka voisivat ottaa osaa tutkimukseen (Kylmä, Juvakka 2007,63). Minulla oli myös Etelä-Pohjanmaalehdessä lyhyt ilmoitus, jossa etsin halukkaita haastateltavia tutkimukseeni (Liite 2, ilmestymispäivä 28.10.2009). Tämä paikallislehti ilmestyy Seinäjoen kaupungissa ja sen ympäristökunnissa Etelä-Pohjanmaalla. Lehden valintaan vaikutti asuinpaikkakuntani läheisyys haastattelutilanteiden luomiseksi. Lehti-ilmoituksen perusteella minuun otettiin yhteyttä sähköpostin välityksellä ja lähetin sähköpostin liitetiedostona etukäteen tutustuttavaksi tarkemman tutkimuspyynnön ja tutkimusluvan. Kahdeksasta haastateltavasta yksi asuu Etelä-Suomessa, yksi Pohjois-Pohjanmaalla ja muut Etelä-Pohjanmaalla.

Osa tutkittavista sai etukäteen tutkimuspyyntölomakkeen (Liite 1). Kerroin kuitenkin jokaiselle haastateltavalle aluksi tutkimuksestani, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä aineiston nauhoittamisesta (Kuula 2006,99,107). Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 3), jossa ilmaistiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus sekä aineiston käyttötarkoitus (Kuula 2006,89). Osa haastateltavista olisi antanut luvan jopa oman ja läheisensä etunimen käyttöön, mutta kerroin että luottamuksellisuuden varmistamiseksi en käytä kenenkään oikeita nimiä tutkimusraportissani. Kerroin käyttäväni peitenimiä eli pseudonyymejä haastateltavista ja heidän läheisistään. Tein muutoksen heti litterointivaiheessa, joten henkilöiden nimet jäivät täysin pois alusta saakka ja muuttuivat henkilökoodiksi H1-H8 (Kuula 2006,215).

Kaikki haastateltavat henkilöt ovat naisia ja iältään 43 – 75 –vuotiaita ja heidän alkoholia liikaa käyttävät läheisensä 62-72-vuotiaita. Neljä haastateltavaa on aviopuolisoa ja kaksi on leskiä. Kaksi haastateltavaa on tyttäriä, joista toisen äiti ja toisen isä käyttää alkoholia liikaa.

Haastattelut suoritin loka-joulukuun 2009 aikana. Haastattelut kestivät 30-70 minuuttia. Haastatteluista 4 suoritin työpaikallani omassa työhuoneessani, 2 haastateltavan kotona ja kaksi puhelimen välityksellä. Haastattelutilanteet olivat luontevia ja rauhallisia, häiriöttömiä sekä intensiivisiä kokemuksia. Koin onnistuvani luomaan luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin, jossa haastateltava saattoi avoimesti kertoa kipeistäkin kokemuksistaan rehellisesti.

Lähinnä tunsin, että haasteltavat olivat halukkaita kertomaan kokemuksistaan arastelematta tai häpeilemättä niitä. Suurin osa puhui kokemuksistaan rauhallisesti ja analysoiden, osa kysyi minulta mieltään askarruttavia seikkoja alkoholinkäyttöön tai terveyteen liittyen. Saatoin kertoa sairaanhoitajan kokemukseni mukaan vastauksia heidän kysymyksiinsä haastattelun lopussa. Koska olin joillekin haastateltaville antanut haastattelurungon etukäteen tutustuttavaksi he itse kertoivat sellaisistakin asioista, joita unohdin kysyä.

Haastatteluissa käytin avointa haastattelumenetelmää (Liite 4), jossa tarkoituksena oli antaa haastateltavien kertoa tutkimukseni aiheena olevista kokemuksistaan vapaasti. Virtanen (2006) esittää, että tutkittavan välittömän kokemuksen esille saamiseksi on aineiston hankintatavaksi valittava menetelmä, jolla tutkija mahdollisimman vähän vaikuttaisi tutkittavien esille tuomiin kokemuksiin. Avainkysymysten avulla johdattelin haastateltavat kertomaan kokemuksista, joita heillä oli läheisen alkoholinkäytön vaikutuksesta tämän elämään ja terveyteen sekä terveystalvelujärjestelmän kohtaamisesta. Oma roolini oli tarkentavien kysymysten tekeminen ja pyrkimys edetä haastateltavan ehdoilla ja luoda siten tarinoita heidän kokemuksestaan (Kylmä, Juvakka 2007, 79). On tärkeää, että haastattelun edetessä tehdyt kysymykset antavat tilaa tutkittavalle kertoa spontaanisti kokemuksistaan ja elämyksistään (Virtanen 2006).

Haastattelut olivat pääasiassa tutkittavien kertomuksia omista henkilökohtaisista kokemuksistaan, mutta myös dialogia esiintyi haastattelutilanteissa. Dialogi tutkijan ja tutkittavan välillä oli luontevaa ja avointa, tuoden esille uusia näkökulmia ja havaintoja sekä syventäen keskustelua. Dialogi ei mielestäni häirinnyt kertomusten esilletuloa, sillä he kertoivat itselle tärkeistä ja merkityksellisistä asioista dialogin kuluessa. Muutamat haastateltavat kertoivat ensin ajatelleensa, että ei heillä ole mitään annettavaa minun tutkimukseeni ja vähätelivät omaa osuuttaan. Haastattelun jälkeen saimme kuitenkin todeta, että kertomista, kokemuksista ja ajatuksista nousi yllättävän paljon kyseisestä aiheesta. Monelle kokemus haastattelusta oli lopulta ”mukavan tuntuinen”.

4.5. Aineiston analyysi

Ensimmäisessä vaiheessa narratiivista analyysiä haastattelut kirjoitetaan kokonaisuudessaan paperille ylös tavalla, jossa esiintyy kaikki sanat ja tauot (Lieblich ym. 1998,29). Litteroin itse henkilökohtaisesti jokaisen haastattelun pian haastattelutilanteiden jälkeen eikä kukaan

muu henkilö ole päässyt näkemään tai lukemaan aineistoa (Kuula 2006,89). Kirjoittaminen heti haastattelun jälkeen tapahtui vielä samassa tunnelmassa, jossa haastattelu oli tapahtunut. Litteroitua tekstiä kahdeksasta haastattelusta kerääntyi yhteensä 70 sivua, 1,5 rivivälillä kirjoitettuna. Seuraavaksi perehdyin haastatteluaineistoon huolellisesti lukemalla litteroidun tekstin useaan kertaan lävitse. Pyrin lukemisella saamaan aineistosta kokonaiskuva sen olennaisista piirteistä sekä oivaltamaan ideoita ja ajatuksia analyysiä varten (Eskola, Suoranta 2005,151; Elo, Kyngäs 2008). Analysointia varten alkuperäistekstiä täytyy järjestellä (Riessman 2005). Lieblich ym (1998,29) mukaan narratiivista analyysiä varten kannattaa muokata alkuperäisiä tekstejä lukemisen ja analysoinnin helpottamiseksi. Muokkauksen ensimmäisessä vaiheessa kirjoitin tekstin puhtaaksi lähes sananmukaisesti jättäen keskeneräiset lauseet pois. Seuraavassa vaiheessa muokkasin ja pelkistin kertomuksia.

Tein muistiinpanoja ja kirjoitin ajatuksiani sekä huomioitani litteroituihin teksteihin sivumarginaaliin. Näistä huomioista havaitsin samankaltaisia tarinoita, jotka toistuivat kussakin haastattelussa tavalla tai toisella. Aineistoa lukiessani havaitsin siitä löytyvän osarakenteita eli juonia sekä käännekohtia, jotka helpottivat aineiston käsittelyä narratiivisesti. Tutkimusaineisto voidaan nähdä havaintojen johtolankoina, joiden analyttisesti tulkitsemisella päästään havaintojen taakse. Havaintojen tarkastelussa teoreettinen viitekehys ja kysymyksenasettelu määrittävät näkökulman, josta tulkitsemista tehdään (Alasuutari 2001,39-79). Haastatteluista muodostui alkoholinkäyttöön liittyviä tarinoita, joiden juonellisuutta selvensin itselleni järjestelemällä kunkin haastattelun ajallisesti kronologisesti eteneväksi kertomukseksi. Jätin tarinoista pois niitä osuuksia, joissa ei kerrottu tutkimusongelman kannalta oleellisia seikkoja. Otin mukaan ne ydinkohdat tarinoista, joissa henkilöt kertoivat läheisensä alkoholinkäytön kehittymisestä, vaikutuksesta ja tavoista sekä terveydenhuoltoon liittyvistä kommentteista. Jatkokäsittelyn helpottamiseksi koodasin eri henkilöiden haastattelut kahdeksalla eri fonttivärillä sekä merkitsemällä lauseiden tai kokonaisuuksien perään myös tunnusteen (H1-8).

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on ihmisen henkilökohtaiseen elämysmaailmaan kuuluva kokemus, jota kerrotaan juonellisena tarinana vuorovaikutuksessa tutkijan kanssa tutkimuskysymysten määrittämässä väljissä rajoissa (Vuokila-Oikonen, Janhonen, Nikkola 2003). Haastatteluissa henkilö kertoo kokemaansa elämäntarinaa sekä siihen liittyviä tunteita, ajatuksia ja tulkintoja. Kertomalla sisäisen tarinansa katkelmia toiselle henkilölle, voi samalla jäsentää tapahtumia, niiden historiaa ja tilanteiden kehittymistä (Hänninen 2002). Tämä

nousi hyvin esille haastatteluissa, joissa käsiteltiin asioita, joita kukaan aikaisemmin ei ollut heiltä tällä tavalla kysynyt. Henkilöt muodostivat siten kokemastaan todellisuudesta oman kertomuksen juuri tätä tutkimusta varten (Chase 2000,652-657). Tarinoista muodostuneessa kertomuksessa on jopa draaman piirteitä. Draama merkitsee tarinaa, jossa on useita toimijoita. Päähenkilön lisäksi draamassa esiintyy muita toimijoita sosiaalisessa kontekstissa (Hänninen 2002,22). Tutkimukseni muodostamassa draamassa haastateltavan päähenkilön lisäksi on tärkeänä osallisena läheinen henkilö ja sivuosissa terveydenhuollon henkilöstö.

Narratiivista aineistoa voidaan tarkastella analyysivaiheessa vaakasuoraan tai pystysuoraan. Vaakasuorassa rakenteessa haastattelut analysoidaan yksi kerrallaan etsien tapauskuvauksia. Pystysuorassa analysoinnissa edetään narratiivista toiseen, jolloin kustakin haastattelusta poimitaan kyseisen kuvauksen parhaat osat ja tehdään synteesi (Eskola 2007). Haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi ja kertomuksista nousevista tarinoista johtuen päädyin aineiston pystysuoraan analyysiin. Kustakin haastattelusta tein kuitenkin myös lyhyen tarinan, jossa lukija pääsee tutustumaan näiden henkilöiden taustaan ja lähtökohtiin (ks. Luku 5 ja Liite 5). Narratiivisen analyysin tuloksena tuotin tyyppikertomuksen (ks. Luku 5), joka kattaa osia kunkin haastateltavan kertomuksesta. Tyyppikertomus ei päde aivan jokaiseen tutkittavaan, mutta antaa kuvan pääosasta alkoholia juovan henkilön elämästä. Tyyppitarinassa on aineksia jokaisesta haastattelusta, mutta se ei kuvaa silti koko aineistoa ja on siksi fiktiivinen.

Riessmanin (2005) mukaan narratiivisen tekstin temaattisessa analysoinnissa tarkastellaan tekstiä siltä pohjalta mitä on sanottu ja kerrottu. Analysoinnissa kertomus prosessoidaan analyttisesti ja järjestelmällisesti etsien juonia ja juonenkäännteitä haastatteluaineistosta. Aineiston kieli on tutkimuksen lähde. Narratiivisessa analyysissä tarkastellaan aineistoa tarinoina (Ritchie, Spencer 2002,318). Alkuperäistekstejä ja editoituja tekstejä yhä uudelleen lukiessani muodostui yhteinen kertomus, joka sisälsi irrallisia, mutta juoneen sopivia osatarinoita. Näitä tarinoita litteroidusta tekstistä erottamalla ja tekstinkäsittelyohjelmalla yhdistämällä muodostui yhteensopivia narratiiveja. Kokosin peräkkäin eri haastatteluiden samankaltaiset tarinat ja loin niistä yhteisen tarinan. Näitä narratiiveja muokkasinkin useaan kertaan kokonaisuuteen sopivammaksi ja luontevammaksi osatarinoiksi. Tarinoiden löytäminen oli haasteellinen vaihe, jossa oli useitakin vaihtoehtoja, joita kertomukset toivat esille. Tarinoita löytyi myös tarinoiden sisältä ja niiden yhdistäminen mielekkääksi

kokonaisuudeksi oli erittäin haasteellista.

Tässä tutkimuksessa tulososuus muodostuu kertomuksesta, joka sisältää haastateltavien kertomia tarinoita läheisen liiallisesta juomisesta. Kertomus alkaa tarinalla läheisen juomisen historiasta, jatkuu nykytilanteeseen ja läheisen terveydentilan kuvauksen kautta kokemuksiin terveydenhuollon palveluista ja päättyy odotuksiin avun saamiseksi läheiselle.

Tämän tutkimuksen narratiivinen kertomus muodostuu neljästä tarinasta. Ensimmäinen tarina kertoo alkoholia juovan läheisen juomatavoista kertojan kokemana. Tässä tarinassa tärkeänä osana on taustalla ”rakkaustarina”, joka kuvaa läheisen alkoholin liikakäytön muodostumisen historiaa ja kertojien tärkeäksi kokemia seikkoja vuosikymmenien ajalta. Näillä taustoilla on merkityksensä tarkasteltaessa nykyhetkeä haastateltavan kokemusmaailmasta ja ikääntyvän läheisen terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvästä suhtautumisesta.

Toinen tarina toimii kertomuksessa käännekohtana. Itsemääräämisoikeus merkitsee alkoholin suhteen oikeutta juoda. Selvästi hankaluuksia aiheuttavaan juomiseen ei voi kukaan parhaalla tahdollaankaan puuttua. Haastateltavat henkilöt ovat kokeneet sen itsensä kohdalla, mutta myös terveydenhuollon mahdollisuuksissa rajoittaa juomista. Juova henkilö itse valitsee juomisen huolimatta terveyden horjumisesta tai perheen moitteesta. Kolmas tarina kertoo tilanteista, joissa henkilöt ovat olleet yhteydessä terveydenhuollon palveluihin ja hakeneet myös apua läheisen alkoholiongelmaan. Tässä tarinassa ilmenee ristiriita hyvän ja asiallisen terveydenhuollon asiakkuuden suhteen ja vastaavasti negatiivisten kokemusten väillä. Kertojilla on kokemuksia siitä, että henkilöstöllä tai organisaatioilla ei ole valmiuksia kohdata ja auttaa ongelmajuomisesta kärsiviä henkilöitä ja heidän läheisiään.

Kertomuksen päättävä tarina kokoaa henkilöiden ajatuksia ja odotuksia terveydenhuollon palveluita kohtaan hakiessaan apua runsaasti juovalle läheiselleen. Nämä ajatukset ja toiveet sulkevat tämän narratiivisen kertomuksen ja antavat kehittämisehdotuksia terveydenhuollolle.

5. TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tulokset perustuvat tyyppikertomuksiin, joita analysoimalla ja synteessin kautta on luotu tyyppitarina. Esimerkkinä alla yksi tyyppikertomus (H1). Muut kertomukset löytyvät liiteosuudesta (Liite 5). Tyyppitarinassa kuvaillaan kaikkien haastattelujen pohjalta muodostettua tyypillisintä kertomusta.

Tutkimustuloksissa alkuperäiset ilmaisut on kirjoitettu *kursiivilla* ja sisennetty muusta tekstistä. Pisteet (...) tekstissä merkitsevät taukoa haasteltavan puheessa ja tavuviivat (----) sitä, että puheesta on jätetty epäolennaisia tekstiä pois välistä. Suluissa oleva teksti (*tekstiä*) merkitsee asian tarkennusta tai paljastavan nimen korvaamista selventävällä ilmaisulla.

H1. Vaimo, aviopuoliso

Miehen alkoholinkäyttö ollut vähäisempää nuorena. Joskus työhön liittyvää käyttöä miesporukoissa. Konkurssi ja eläkkeelle jääminen olivat kimmokkeena jatkuvalla juomisella. Juominen päivittäistä. Humalassa tullut kaatumisia, ei kuitenkaan vammoja. Kerran delirium-tilanne. Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä. Rauhoittavaa lääkettä kirjoitettu unettomuuteen. Siitä jouduttu lääkärille soittamaan ja kertomaan ettei saa uusia reseptiä alkoholinkäytön vuoksi. Lääkärin oli vaikea uskoa liikakäyttöä, koska käytös asiallista vastaanotolla. Vaimon vaatimuksesta ollut kahdesti a-klinikalla katkaisuhoidossa. Sen jälkeen hetken aikaa menee hyvin. Ei tunnusta ongelmaansa.

Tyyppitarina

Pera on perheellinen, työssäkäyvä mies. Hänelle työ ja elannon hankkiminen on tärkeää ja hän huolehtii perheestänsä hyvin. Vapaa-aikana hän juo alkoholia joskus melko runsaastikin, mutta työelämä ei siitä kärsi. Juominen tapahtuu pääasiassa kotona, mutta myös baareissa hän saattaa käydä tuttujen tai työkavereiden kanssa. Peran ikääntyessä juominen koko ajan lisääntyy, mutta työelämä hoidetaan ansiokkaasti sairaudesta johtuvalle varhaiseläkkeelle saakka. Jo työelämän loppupuolella, eläkeiän lähestyessä Peran juominen alkaa lisääntyä myös arkipäiville. Kun työ ei enää rajoita ja estä, alkaa juominen riistäytyä käsistä muuttuen jokapäiväiseksi ja jatkuvaksi. Alkoholin juomisesta tulee elämää hallitsevaa ja Pera vetäytyy yksinäisyyteen juomaan iltaisin.

Perheessä vaimo ja lapset ovat aika ajoin jo kärsineet Peran viikonloppujen ja juhlapäivien juomisesta. Perheen lasten aikuistuessa ja muuttaessa kotoa pois, he eivät juurikaan halua tulla kotiin juhlapyhinä isän juomisen vuoksi. Myös lapsenlapset joutuvat kärsimään juomisesta ja tapaamiset vähenevät. Vaimo on elänyt jatkuvassa jännityksestä jo vuosia. Lomamatkat ovat olleet pilalla runsaan juomisen vuoksi ja yhteistä aikaa ei ole, koska alkoholi vie miestä yhä enemmän. Pera alkaa kaatuilla humalassa satuttaen ajoittain itseään ja joskus

sammuessa tulee pissatkin alle. Vaimo siivoilee jälkiä, huomauttelee juomisesta ja sen aiheuttamista ongelmista ja huolesta miehensä terveydestä. Pera loukkaantuu siitä, että juomisesta puhutaan ja huomautukset hoidon tarpeesta hän tyrmää vaimon saivarteluna.

Per käy itsenäisesti lääkärissä ja verenpaineen mittauksen ja kontrollien yhteydessä hän näkee sekä hoitajan että lääkärin. Hän hoitaa kaikki tarpeelliset asiat aamupäivällä ja päivällä, mutta illan tullen taas pullonkorkki aukeaa. Työelämän loppupuolella on ilmaantunut unettomuusongelmaa, johon hän on saanut unilääkkeitä. Näitä hän uusii normaalisti terveyskeskuksessa asioidessaan. Pera on asiallinen ja hyväkäytöksinen eikä ulospäin voisi kuvitella hänen juovan jokapäiväisesti kotioloissa. Siksi lääkärikin uskoo häntä, kun hän kertoo käyttävänsä alkoholia maltillisesti. Jossain vaiheessa rauhattomuuteen on kirjoitettu myös Diapamia, jota Pera alkaa käyttää alkoholin kanssa samoin kuin muitakin peruslääkkeitään. Lapset alkavat hermostua siitä, että alkoholia ja lääkkeitä käytetään yhtä aikaa ja he ottavat yhteyttä terveyskeskuslääkəriin kieltäkseen reseptin kirjoittamisen. Samalla kerrotaan runsaasta alkoholinkäytöstä.

Peran yrittäessä olla muutamia päiviä selvin päin hän saa vierotusoireena kouristuskohtauksen ja on seurannassa hetken aikaa sairaalassa. Taas kirjoitetaan diapam-resepti Peran pyynnöstä, tällä kertaa erikoissairaanhoidossa, jossa ei ole tietoa Peran ongelmasta. Vaimo uhkailee ja kiukuttelee ja saa lopulta Peran suostumaan vastentahtoisesti A-klinikalle keskustelemaan ongelmasta. Klinikalla Pera käy säännöllisesti hetken aikaa, kunnes lopettaa käynnit. Kukaan ei kysele perään.

Humalassa tapahtuneen vahingon vuoksi joudutaan käymään terveyskeskuksessa paikattavana ja siellä vaimo ahdistuu pyytämään, että Pera otettaisiin sisälle hetkeksi seurantaan. Hänen pyyntöönsä suhtaudutaan torjuen ja hän vaistoa, että ongelmaa ei pidetä mitenkään sen arvoisena, että sen vuoksi täytettäisiin osastoa. Kukaan ei kerro miten tulisi toimia, jotta saisi apua Peran ongelmaan. Kukaan ei kysele tai huomauta Peralle tämän alkoholinkäytöstä. Pera laskee leikkiä hoitohenkilökunnan kanssa ja väheksyy vaimon huolta.

Pera edelleen kieltää ongelmansa ja väheksyy juomistaan. Vaimo ei tiedä mitä tehdä ja mistä voisi saada apua. Hän alkaa luopua toivosta ja sopeutuu tilanteeseen, jolle ei saa mitään. Silti hän jännittää jatkuvasti mitä vahinkoja voi sattua, mistä soitetaan seuraavaksi ja mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Juominen elää taustalla koko ajan. Hän elää kuitenkin omaa elämäänsä, tapaa ystäviään, hoitaa lapsenlapsia ja harrastaa monenlaista. Hänellä on paljon ystäviä, joiden kanssa jakaa ongelmiaan ja hän saa tyydytystä elämän muilta osa-alueilta. Pitkä avioliitto on antanut hänelle paljon hyväkin asioita ja hän ei voi hylätä puolisoaan tämän ongelman vuoksi, joten hän jatkaa elämäänsä. Pera jatkaa juomista, kunnes ... kuolema erottaa / sairaus rajoittaa / tapahtuu ihme ????

5.1. ”Love story” – Juomisen tarina

Kertomus ikääntyvän henkilön juomisesta alkaa kertojien tarinalla henkilön alkoholinkäytön historiasta ja liikkakäytön kehittymisestä. Puheessa kaikuu kertojien pohdinta, jossa he kokoavat ajatuksiaan ja rakentavat tarinaa alkoholia käyttävän henkilön läheisyydessä eläneenä. Tarinassa määritellään omin sanoin liikkakäyttöä ja pohditaan alkoholin vaikutusta perheiden elämässä.

Jokaisella haastateltavalla oli kymmenien vuosien (30-40 vuotta) kokemus läheistensä juomisesta. Haastateltavat kertoivat läheistensä käyttäneen alkoholia myös nuorempana eikä kukaan ollut koskaan ”sylkenyt pulloon”. Suurella osalla käyttö oli ”kohtuukäyttöä että viikonloppuisin silloin tällöin, mutta ei mitenkään säännöllisesti” (H5). Yhdellä läheisellä rankaa juominen oli jatkunut nuoruudesta saakka ja alkoholisoituminen on estänyt työssä käymisenkin. Valtaosalla ”alkoholinkäyttö lisääntyi vähitellen (H5), ja eräs henkilö piti keskioluen vapautumisajankohtaa vuonna 1969 käännekohtana, josta läheisen juominen sai kimmokkeen. Eräs haastateltava havaitsi, ”että se (puoliso) ottaa viikollakin”(H3) ja toinen ”joi pidempiä aikoja kerralla” (H5). Joillain haastateltavien läheisillä runsas juominen oli jatkunut nuoruudesta saakka joko jokapäiväisenä ”tissutteluna” (H7) tai ”kaikki vapaa-ajat melkein on juotu” (H4). Eräs haastateltava kuvaa läheisen elämänhistoriaa näin:

Sitten kun mä kattelen vanhoja valokuvia ---- niin siellä ei ole semmoista kuvaa, josta näkis että se on selvin päin. Kun ne on otettu kaikki tietysti vapaa-ajalla ja jouluna ja uutena vuotena niin näkee tällainen joka on aina nähnyt, niin näkee, että taaskin se on tuossa päissään. (H7)

Työ näyttäisi suojanneen juomiselta ja olleen tärkeä elämäntehtävä, jota eräs haastateltava kuvaa ”että ehkä tuolla sukupolvella on pelastanut kova työmoraali, joka on pitänyt jotenkin raiteillaan (H4)”. Suurin osa haastateltavien läheisiä oli ollut tavallisia, työssäkäyviä miehiä. Yksi varhain alkoholisoitunut nainen erosi tästä joukosta otoksessa. Hän oli ollut työelämässä vain vähän aikaa. Parilla läheisellä työnkuvaan ja ammattiin liittyi iltamenoja, joissa alkoholia tarjoiittiin runsaasti ja miesporukoilla kokoonnuttiin jatkoille. Työelämässä kuitenkin läheiset yhtä lukuun ottamatta täyttivät tehtävänsä, vaikka monen kohdalla työ rytmittikin juomista. Yksi läheinen on yrittäjä, jolloin onnistuu työaikojen ja työtehtävien sovittaminen. Juominen vaikuttaisi rytmittäneen viimeisinä vuosina työtä eikä työ juomista.

Haastateltavien läheisistä viisi kahdeksasta (H 1,2,3,4,8) on lisännyt alkoholin käyttöä

eläkkeelle jäämisen jälkeen reilusti. Työiässä työ rajoitti juomista, mutta eläkkeelle jääminen on poistanut tämän ”rajoituksen” ja on joidenkin ikääntyvien kohdalla merkittävä muutoskohta juomiseen liittyen. Jotkut läheiset paikansivat elämässä tapahtuneet vastoinkäymiset kuten sairastumisen (H2) tai konkurssin (H1) merkkipaaluiksi, josta juominen lisääntyi entisestään. Tuurijuomiselle ominaista on, että henkilö kykenee olemaan jopa kuukausia juomatta, mutta juomiskausina ”*se alkaa niinku kaksin käsin vetää (H4)*” ja ”*juominen ryöstäytyy käsistä ja on yötä päivää juomista (H5)*”.

5.1.1. Liiallinen juominen

Haastattelemiini henkilöt havaitsivat läheisensä juomisen vaikutuksia arjessaan, mutta suurimmalla osalla heistä on vaikeaa tarkasti arvioida käytettyjä alkoholimääriä. Joku läheinen ”*juo kirkasta suoraan pullosta (H1)*” tai ”*käytti kirkkaita ja sitten kaljaa siihen lisäksi, kun ei enää piisannu (H2)*”. Läheiset käyttivät siis pääasiassa kirkkaita viinoja ja kaljaa, kuten tutkimustenkin mukaan suomalaiset miehet käyttävät (Aira ym. 2005). Myös kirkkaiden viinujen ja kaljan sekakäyttöä esiintyi. Määrien suhteen läheiset saattoivat tehdä havaintoja siten, että joku joi ”*puoli pulloa väkevää viiniä (H7)*” ja toinen vastaavasti ”*kirkasta kaks kolme pulloa illassa (H8)*”. Joka tapauksessa haastateltavien kertomat käyttömäärät ylittivät epämääräistenkin arvioiden mukaan yli 65-vuotiaiden suositusrajan yksi annosta päivässä tai viisi annosta kerralla viikkoa kohti. Vaikuttaisi siltä että juominen tämän tutkimuksen läheisillä oli pääasiassa humalahakuista juomista, jolloin alkoholia käytetään nopeasti ja paljon sammumiseen tai nukahtamiseen saakka.

Haasteltavat eivät tienneet alkoholin käytön yleisiä suositusmääriä, mutta he määrittelivät liiallisen käytön sanallisesti sen kokemuksen mukaan, mitä heillä kullakin oli läheisen juomisesta.

Se on liikaa jo, kun aukaset korkin ja rupeat ottamaan. Se on heti liikaa sitten. Koska ne ei pysty lopettamaan. (H2)

Joka kerta, kun se käyttää, niin se on liikaa. Että se on niin ku selvästi humalassa aina, sammaltaa ja sitten ei muista asioita... kaatuu. (H4)

Niin se on ainakin liikaa, että joka päivä. (H7)

Pääasiassa läheisen juominen tapahtui salassa ja yksin kotona. Joillakin oli tapana käydä myös kapakoissa (H 1,4,5) tai tehdä ryyppyreissuja, jotka kestävät useamman päivän ajan

(H8). Pulloja piiloteltiin eikä niitä ollut läheisten näkyvillä. Läheiset näkevät henkilön käytöksestä pienistäkin merkeistä, milloin alkoholia oli juotu. Läheinen humaltuu nopeasti ja puhe alkaa sammaltaa. Humalaisena suurin osa juojista on hiljaisia ja vaiteliaita sekä omissa oloissaan pysytteleviä. Monella syöminen jää vähäiseksi juomisen aikana.

Syitä juomiseen ei esitetty eikä niitä tässä tutkimuksessa etsittykään. Yksi henkilö totesi, että ”*miksi syyttäisin itseäni (aviopuolison) juomisesta? (H1)*”. Yksi yleinen taustalla oleva syy-yhteys monessa kertomuksessa kuitenkin esiintyi juomahistoriaa käsitellessä, koska puolet haastateltavista (H5,6,7,8) mainitsivat läheisen suvussa esiintyvistä runsaasta käytöstä.

Hän on alkoholisti sukua. Isä oli ja vanhempi veli, jotka ovat tietysti kuolleet molemmat, jotka oli samanlaisia (H7)

(Puolison) on äitin puoli on ollut kaikki juoppoja ihan järestään, ei mitään muuta kuin juoppoja. Ja sen isä oli juoppo. Sen isän sukulaiset ne ei oo kukaan, mutta sen äitin puoli on kaikki --- naiset ja kaikki ... se oli ihan julmaa ... Onneks ei poika juo. (H8)

Hänen vanhempansa on myös molemmat juonu ja sieltä vielä eteenpäin. --- siskolla on sama geeni ja sama ongelma. Mun äitillä on 11 sisarusta ja kaikilla on sama ongelma. Kyllähän se geeni meillä on mutta sitä ei pidä ruokkia. (H6)

5.1.2. Addiktio juomiseen

Tarinoiden perusteella vaikuttaisi siltä, että juovalla läheisellä on erityinen kiintymys- ja riippuvuussuhde alkoholiin. Haasteltavien mukaan ”*aina se (alkoholi) on sillä mielessä (H1)*” ja ”*se himo on niin kova (H2)*. Kerrotuista kokemuksista heijastuu läheisten voimakas addiktio alkoholiin, vaikka he kuvittelevatkin hallitsevansa juomista. Puheessa tuli esille käsitys, että ”*ei hänellä oo halujakaan vielä ... lopettaa (H3)*” ja näkemys siitä, että ”*ei se hallitse sitä (H1)*”. Päivittäin käytävien kohdalla näyttäisi kuitenkin siltä, että he selviävät pakollisista velvollisuuksista, mutta illat on pyhitetty juomiselle (H 1,3,7,8). Tuurijuomiselle ominaista näyttäisi olevan hallitsematon jatkuva juominen ja juomiseen keskittyminen, jolloin kaikki muu unohtuu (H 4,5). Henkilö keskittyy silloin täysin juomiseen viikkojen ajaksi.

Ei se oikeastaan sammu, että kyllä se aina jollain tavalla kömpii . Se on melkein sitä, että kun se aamulla herää, se juo sitä kaljaa niin kauan että se kämpii sänkyyn ja nukkuu ja sitten kun se sängystä nousee niin taas lähtee juomaan. Se ei pysy .. jos sillä on hommattuna valmiiksi vaikka 12 pulloa, niin se juo sen äkkiä pois. (H5)

Monet mainitsivat, että alkoholia juova henkilö ei koe krapulaa. Toisaalta kuitenkin juominen on toisilla niin runsasta, että krapulavaiheita ei väliin ennätä tullakaan. Tuurijuomisen loputtua vieroitusoireet saattavat olla hyvin voimakkaat ja johtavat joskus jopa tajuttomuustilaan saakka (H 1,4,5).

Se on niinkun jännä juoppo sillä lailla, että se on niinku kukkopoika aamulla, varain ylähällä ja varain lähössä ---- että se ei oo koskaan rajottanut sitä aamulla töihin lähtemistä. (H3)

Mutta sillä ei ollut krapulaa .. jos olis krapula niin sitä ajattelis että en ikinä. On minullakin varmaan ollut kerran kahesti ... ja ajattelin etten enää koskaan. (H7)

Juomisen himon vuoksi huomautukset liiallisesta käytöstä ja kehottamiset lopettamaan kaikuvat kuuroille korville. ”*Se on niinku mun veljellenikin ettei siihen tehoa puhe ... että lopeta juominen ja sä oot juoppo jo .. --- niin se ei mee perille, se ei näe sitä sillä tavalla (H6)*”. Juodessa ”*oli aina mukavaa ja mä olin se ilonpilaaja, kun ... minä siitä sanoin (H2)*”. Juomisesta ei juurikaan voi puhua perheissä asian aiheuttamatta suuttumusta, riitoja ja loukkaantumisia. Omainen nähdään ilonpilaajana, räkyttäjänä ja riidanaiheuttajana tämän koettaessa mainita liiallisesta alkoholinkäytöstä. Läheinen ”*sanoi että voi hän voi lopettaa koska vaan, ei se oo mikään ongelma hänelle (H2)*” . Juomisesta puhuminen saa ärsyyntymään ja se saatetaan kokea jopa loukkaavana.

Mä ostinkin sille joskus sen alkometrin mutta hänhän loukkaantu tietysti siitä eikä hän sitä käyttänyt. mutta ihan sen takia että näkis pystyykö hän ajamaan ... (H7)

5.1.3. Kolmiodraama

Addiktiotilanteessa alkoholi on perhesuhteessa aina ylimääräisenä osallisena. Haastateltavat kokivat alkoholin menevän heidän edellensä ja kertomuksissa heijastui oma asema ”kolmantena pyöränä” tässä suhteessa. Juovalla läheisellä on ”rakkaudellinen” suhde sekä alkoholiin että perheeseen eivätkä he koe sitä ristiriitaisena. Tarinoista heijastuu kuitenkin monenlaisia negatiivisia tunteita läheisen ”salasuhteen” vuoksi.

Puheessa heijastuu yleisesti suuri voimattomuus läheisen juomisen suhteen ja eräs mainitseekin että ”*hyvin toivottomalta on tuntunu (H6)*”. Juominen raivostuttaa, joskus huvittaa ja on valtavan raskas taakka puolisoille, lapsille ja jopa lapsenlapsille. Juova henkilö murehduttaa ympärillään olevaa joukkoa joskus toivottomuuden asteelle saakka.

Luottamuksen menettäminen on toinen tarinoista aistittavissa oleva asia. ”*Se on niin etten minä usko enää, jos ei sitä antabusta oteta, jotta se olis selvin päin. (H3)*” Monen yrityksen, raivoamisen ja pettymisen jälkeen he huomaavat tekevänsä vain itsellensä vahinkoa toivomalla ja odottamalla henkilön muuttavan tapansa.

Mullahan on ollut semmoisia kausia että mä olen käynyt siellä raivoamassa ja itkemässä ja yrittänyt kaikkeni, siis ihan niinku ja siitähän mä tuun sitten vihakseks, kun mä ajattelen, että miks mä teen ittelleni vaan haittaa, kun mä käyn kiukuttamassa itteni siellä.(H4)

Haastateltavat ovat vuosikymmenien saatossa oppineet, että he eivät saa juomiselle mitään: ”*Ei sitä muuta kun vaan katsoa vierestä , ei sille voinut yhtään mitään, ei tosiaankaan mennä puhumaankaan siitä mitään. Minkä sille tekee --- Pakkohan se oli tietenkin hyväksyä sillä tavalla ... (H7)*”. Juomista voidaan siis todellisuudessa vain katsoa sivusta ja ihmetellä miten ikääntyvä henkilö selviää ja miten hänen lopulta käy. Toisaalta he haluavat vetäytyä ja toisaalta eivät kykene edes silloin, kun heillä on oma elämä eletävänä ja oma ydinperhe ympärillä.

Läheisen ihmisen käyttäessä liikaa alkoholia on myös muiden perheenjäsenten elämä rajoittunutta. ”*Onhan se niinku sillä lailla rajoittanu, että en uskalla enää ketään meille käskeä – mä pelkään koko ajan, että tuloo jokin illalla – tai meille soittaa jokin. (H3)*” Juomisen vuoksi täytyy keksiä tekosyitä muille ihmisille, ei voi kutsua vieraita, vastata puhelimeen tai tarjota ruokaviiniä joulupöydässä. Läheinen ei ole ollut lastenlastensa ”*ristiäisissä ..., koska se on ollut juovuksissa sillonkin (H6)*”. Vaikka ollaan avioliitossa, ei humalaisen kanssa voi keskustella normaalisti tai viettää yhdessä iltaa, koska tämä viettää aikaa omissa oloissaan pullonsa kanssa.

Niin ja kun näkee että toinen on ihan töttöroö niin ei semmoisen kanssa voi oikein jutellakaan. Sen näkee että se ei ole niinkun tässä maailmassa, että se on omissa oloissaan . Tai jos jotakin puhuu niin mikään ei ole hyväksi... (H7)

Humalainen mies ei ole voinut viedä vaimoa synnytykseen tai tulla katsomaan sairaalaan sairauden aikana. Lapset välttelevät kotiin tulemista kun isä on humalassa tai kieltäytyvät tulemast juhlapäivinä. ”*Lapsista kaksi nuorinta on nähnyt juomista ja kyllä se on vaikuttanut että eivät halua tulla kotia, kun tilanne on päällä.(H5)*”. Humalaisen aggressiivisuuden vuoksi joutui joskus jopa pelkäämään läheistänsä, siten että ” *en mä uskaltanut enää paljo nukkua ja aina piti pelätä (H2)*”.

Perheen lomamatkoista kerrottiin useassa haastattelussa. ”*Me oltiin toissa talvena (tyttären) perheen kanssa .. Lanzarotella ja (aviomies) joi siellä paljon (H1)*”. Lomamatkoilla kuluu alkoholia runsaasti ja siksi pelottaa lähteäkään. Toisaalta lähinnä puoliset itse kokivat haluavansa lomalle ja ottavansa riskin, että loma menee pilalle juomisen vuoksi.

Se on semmoinen jännitys aina,... että mä niin kauheasti nautin aina, kun me lähetään tuonne Lappiin .. mä aina sanon kaikille, että miten mä oon niin hullu että mä nautin että me lähetään sinne, vaikka mä tiää miten siinä käy . Niin minä taas sitä kallaan siellä ja se lähtee reissuille ja sillä on niin jumalattomasti kavereita, kun se ottaa viinaa. Kaikki ketä tulee vastaan...(H5)

Ja se on luvannut, että vissiin hän ei ota. Niin lentokoneessa jo ... Kyllä mä sanon, että olisin puottanut itteni pois sieltä lentokoneesta, jos olis päässy. (H8)

Alkoholia liikaa juovan läheisen elämää sävyttää myös jatkuva varuillaan oleminen, siten että ”*ikinä et tiedä mistä soitetaan ja mitä sanotaan (H6)*”. Joku kokee ”*päivystävänsä*” (H4) koko ajan tai elämä on ollut ”*jäniksen seljässä*” (H3) oloa jatkuvan varuillaan olemisen vuoksi. Pelot voi kohdistua myös mahdollisiin humalassa sattuviin vahinkoihin, josta haastateltava kertoo, että ”*mä pelkäsin yhteen aikaa hirveästi sitä, että se kaatuu ja jos se kuolee (H1)*”. Alkoholia liikaa käyttävien lapset elävät omaa elämäänsä erillään juovasta, mutta siitä huolimatta he kokevat, että tietoisuus juomisesta vaikuttaa siten, että ”*joka päivä aamusta iltaan se nakertaa ja silleen... (H6)*”. Tilanteesta on lähisuhteen takia vaikea etäännyä, vaikka joku ulkopuolinen saattaisikin sanoa, että ”*älä välitä mitään ja näin.... älä vastaa puhelimeen ja anna sen nyt olla (H4)*”. Puolisoilla taas on taustalla yhteisiä vuosikymmeniä, joihin mahtuu paljon myös hyviä aikoja.

Olis ollut tietysti viisas kun olis aikoinaan lähteny ja jättäny, mutta onpahan tuota nyt ollut. Onpahan niitä huonompiakin avioliittoja.(H7)

Niin kuule oikeastaan ei avioliitossa oo mitään vikaa, päinvastoin meillä on ollu loistelias elämä .saatu matkustella paljon ulkomailla ja ottaa lapset sinne mukaan ja Siinäpä se onki hän on ollu aina hyvä isä ja hyvä aviomies. (H1)

Eräs haastateltava perusteli tilanteessa jaksamista siten, että ”*sitä on kotoa opittu sellainen, että kun kerran naimisiin mennään niin .. sitä ollaan (H2)*”, vaikka kotoa lähtemistäkin on jolloinkin ajateltu. ”*Monta kertaa mä oon ajattelu, että mä lähen, mutta se ei oo ihan helppoa. 47 vuotta on oltu... (H8)*”

Kyllähän mulle moni on sanonu että olis pitäny aikaa siitä lähteä, mutta mä sanon vaan että mitä se olis ratkassut sitä asiaa. Ja sitten olis tullut

itsesyytökset, kun olis oltu erillään ja se olis kuollut siihen.(H2)

Ratkaisukeinoja oli myös pyrkimys olla ”*tekemisissä vain silloin, kun hän on selvin päin (H4)*”. Haastattelemani naiset vaikuttivat olevan vahvoja toiminnan ihmisiä, jotka eivät jääneet paikoilleen läheisensä ongelman vuoksi, vaikka se taustalla olikin vahvasti vaikuttamassa. Työelämä, perhe ja harrastukset ovat pitäneet nämä naiset arjessa kiinni.

En minä siihen sen kummemmin ... minullahan oli harrastuksia paljon. Ensinnäkin minulla oli viisi koiraa ja minä kulin näyttelyissä --- Ja sitten tuli tämä valokuvaus ja nythän minä kasvatan orkideoita. (H7)

Mun on pakko ollut .. hakeutua kaikkiin harrastuksiin, jotta mun ei tarte siellä kotona kattoo sitä.(H3)

Puhuminen ongelmasta ei ollut vaikeaa tutkittaville. Suurin osa ei vaikuttanut häpeävän tilannettaan enää. Ehkä kymmenien vuosien kokemus asiasta ei enää tuota häpeän tunteuksia, jotka ovat kuitenkin päihdeperheille ominaisia. Ongelmaa oli käsitelty enimmäkseen perheessä tai kaveripiirin kanssa ”*motkottamalla*” koska heillä on ”*samoja kokemuksia, että me ollaan pystytty toistemme kanssa hirveen paljon (H4)*” .

Ei haittaa puhua tästä yhtään, että tässä on niin paljon jauhettu ja mietitty ainakin näin kotona ja sisarusten kesken ja lasten kans on mietitty (H6)

Varsinaisessa vertaistukiryhmässä oli käynyt vain yksi haastateltava ja muut kokivat ajatuksen sellaisesta lähinnä kiusallisena. Eräs henkilö kertoi että ”*mä en jaksa kuunnella näitä vastaavia juttuja koska musta tuntuu ettei se puhumalla kummene (H6)*” .

Jaksaminen on kuitenkin ollut ajoittain vaakalaudalla. Haastateltava kertoo miten ”*ei jaksais enää yhtään (H6)*” tai kokee että ”*oon niin kaikki (H8)*”. Muutama oli käynyt lääkärissä uupumuksen vuoksi tai depressiohoitajalla juttelemassa. Vielä vanhuusvuosina jatkuva juominen kuitenkin alkaa uuvuttamaan, kun siitä ei tunnu tulevan loppua laisinkaan. Eräs haastateltava puki kyllästymisensä tilanteeseen sanoilla: ”*että mä odotan lähinnä sitä päivää että tästä lähtis henki tästä ihmisestä (H6)*”. Puolison kuoleman jälkeen omaishoitajana toiminut vaimo kertoo koskettavasti omasta henkisestä romahtamisestaan:

Oli se jaksaminen niin että kun se kuoli niin minä romahdin ja vähän ennen minä romahdin, joudun käymään psykiatrilla ja sain lääkkeit. Minä olisin vaan maannut sängyssä ja peitto päällä. Minä ajattelin että semmoinen minä oon, jotta sen takia se juo.(H2)

5.2. Itsemääräämisoikeuden tarina

Haastateltavien kertomus läheistensä terveydestä sekä terveydenhuollon palveluiden käytöstä on erotettavissa omaksi tarinakseen. Tässä tarinassa kerrotaan taustatietoja henkilöiden terveydentilasta ja alkoholin aiheuttamista terveysongelmista ja tarinan oleellisena osana on itsemääräämisoikeus. Se vaikuttaa juovien henkilöiden asenteeseen terveyteensä, terveyspalveluiden käyttöön ja alkoholiongelman hoitoon. Itsemääräämisoikeuden vuoksi puheessa on havaittavissa turhautumista ja toiveita itsemääräämisen rajoittamiseen juomisen kertojille aiheuttavien ongelmien sekä terveyden vaarantumisen vuoksi.

5.2.1. Alkoholia juovan terveys

Tarina juomisen historiasta kohti terveydenhuollon palveluiden kohtaamista etenee haastateltavien kertomuksella läheistensä terveydentilasta. Terveiden horjumisen ja sairaudet merkitsevät luonnollista yhteydenottoa terveydenhuoltoon. Juomisen vaikutuksesta läheisten terveyteen oltiin huolissaan ja siksi pienetkin merkit muutoksista fyysisessä tai psyykkisessä terveydessä nähtiin merkityksellisinä ja esiintyvät tarinoissa mahdollisuuksina myös avun saamiseksi liialliseen juomiseen.

Moni haastateltava pohti ihmeissään, että ”*miten sen terveys kestää ..(H8)*” tai miten ”*ihmisen sisuskalat kestää niin paljon... (H7)*” alkoholia. Enimmäkseen haastateltavien läheiset olivat juomisestaan huolimatta kohtalaisen terveitä eikä heidän tarvinnut sairauksien vuoksi käyttää terveyspalveluja kovin paljon. Muutamilla henkilöillä oli verenpainetauti, jonka tasapaino vaikutti olevan kohdallaan alkoholin käytöstä huolimatta. Joskus lääkitys saattoi unohtua ryppyreissun vuoksi. Yksi sairasti astma ja kaksi diabetesta sekä kahdella haastateltavan läheisellä oli syöpä. Kaksi läheistä oli kuollut, toinen syöpäsairauden seurauksena ja toinen lopulta keuhkokuumeeseen yleiskunnon vähittäisen heikentymisen seurauksena.

Kaksi kertomusten läheistä sairastivat psoriasisista. Ihon kunnon suhteen molemmat kertojat olivat vakuuttuneita siitä, että ”*kyllä se sen viinan kans on tekemisissä (H3)*”. Kokemuksen perustella muistellaan, miten ”*psoriasis tietenkin paheni myöhäisvuosina, kun se alkoholi vaikutti. Mä olin ihan ... mä luinkin siitä , että se vaikuttaa (H7)*”.

Nyt se on ollu paremmassa kunnossa, kun on ollu vähemmällä viinalla. (H3)

Sen huomasi siinä psoriasiksessa, että kun oli Alkon lakko - ainakin kerran ollut tänä aikana, kun ollaan oltu naimisissa - niin ettei saanu mitään niin se parani heti, en tiedä paraniko ihan kokonaan. (H7)

Erään kertojan läheisellä oli insuliinihoitoinen diabetes. Alkoholin juomisen vuoksi oli säännöllinen syöminen unohtunut ja sen vuoksi oli tullut useita vaaratilanteita. Läheinen oli laiminlyönyt taudin hoitoa ja sammunut muutamia kertoja siten, että verensokerit olivat laskeneet. Näistä huolimatta henkilöt eivät säikähdä juomisen vaaratekijöitä, vaan jatkavat runsasta juomistaan. Vakava kuolemaan johtava syöpäsairaускаan ei saanut erästä läheistä lopettamaan juomista, vaan se jatkui aina hoitojen välillä kotona.

Kun nämä sairaudetkaan ei sitä pysäyttäny. Sen jälkeenkin vielä .. siinä jossain vaiheessa sanottiin, että ei sais .. Se oli jonku aikaa ottamatta, mutta sitten löytyi taas olutpulloja. Se ei niinku pysynyt siitä erossa. (H7)

Tarinoissa kerrotaan myös harhaluuloista, joita joillain läheisillä on alkanut esiintyä ikääntyessä. Osalla se on vähäisempää, mutta joillain se on edennyt vakavasti otettavaksi sairaudeksi saakka. Vainoharhaisuuden ilmaantuminen huolestuttaa kovasti. Poikkeava käyttäytyminen ja harhaluulot ilmaantuvat vähitellen vaikuttaen myös lähellä olevien elämää. Vainoharhaisuuden läheiset liittävät alkoholin käyttöön.

Mutta yks ikävä piirre on tullut tässä viime aikoina sellainen vainoharhaisuus -- kaikkia tällaista outoa --- se saattaa selvin päinkin kertoa , että tässä kävi yks pariskunta kylässä ja kyllä hän näki sen naisen silmistä että se tarkkaili miten siistiä täällä on. Ja mä sanoin että ei se nyt kyllä sellaista... .. että ihmisiä tulkitsee koko ajan ja vihjailee.(H4)

On katkokävely ja en tiedä mitä ihmisen päähän voi tulla juomisesta, mutta joku pikkuaivojen joku tällainen ... näkyy käytöksessä... ei hallitse itseään. Sitten tää nykyiseen asuntoon muutto tuli sen takia että sitä vakoiltiin -- naapuri seurasi, ei voinut viedä roskapussia ulos ... Tätä on ruvennu nyt tulemaan... Ei voi avata tuuletusikkunaa tai ovea, jos naapuri kuulee. Se muutos on ollut niin raju .. (H7)

Lievien luulojen ja epäilyjen ilmaantumisesta saattaa kehittyä voimakas harhaisuus ja jopa aggressiivisuus siten, että käytös voi olla läheiselle vaarallista hallitsemattomuuden vuoksi. Vainoharhaisuuden vuoksi juovasta läheisestä kerrotaan, että tämä on ”hyvin rasittava ja väsyttävä ihminen.(H6)”. Henkilön persoonallisuus on muuttunut aikaisemmasta ja alkoholinkäyttö lisää arvaamattomuutta ja hallitsemattomuutta.

Se ei pysytny hallihtemaan niitä enää ja sitten tuli tämä kaikki luulot ja

mustasukkasuudet ja aina vaan enenevässä määrin alkoholinkäyttö. (H2)

Sairauksiin tarvittavaa lääkitystä henkilöillä on melko niukasti käytössä. Suurimpia harminaiheita läheisille ovat rauhoittavat ja unilääkkeet, joiden sekakäytöstä alkoholin kanssa on kokemusta muutamilla henkilöillä. ”*Se ottaa viinaa ja käyttää lääkkeitä (H1)*”. Unettomuus on yleisin syy, miksi näitä lääkkeitä käytetään (H 1,2,5). Alkoholin kanssa yhteen sopimattomien lääkkeiden käyttö voi aiheuttaa yllättäviä reaktioita alkoholin kanssa otettuna. Alkoholin vaikutus tehostuu ja mieliala saattaa muuttua arvaamattomaksi siten että ”*alkoholia ei tarvinnu ottaa enää niin paljon, kun se vei ihan sellaiseen hulluuteen (H2)*”.

Psoriasikseen hoitoon tarkoitetun lääkkeen kerrottiin aiheuttaneen voimakkaita oireita, jotka vaimo liitti alkoholin yhteiskäytöstä johtuvaksi. Lääke auttoi psoriasikseen, vaikka sitä ei olisi saanut käyttää yhdessä alkoholin kanssa. Lääkäri tiesi määrätessään, että henkilö käytti alkoholia, koska vaimo oli kertonut siitä ennen vastaanottoa. Myöhemmin toinen ihotautilääkäri ei uusinut lääkettä juuri alkoholin liikakäytön vuoksi.

Se (ihotautilääkäri 1) sitten kirjoitti sen reseptin --- ja (Aviomies) söi sen ja hän oli aivan sininen kasvoiltaan. Silloin kun hän otti kuitenkin viinaa, vaikka hän sanoi se lääkäri, että viinaa ei oteta ja sen lääkkeen teho menee pois. --- Ne meni kaikki ne näpyt pois sillä kuurilla. --- Sitten se (ihotautilääkäri 2) sanoi, että minä en voi sulle suun kautta kirjoittaa näitä lääkkeitä. Nämä on hyviä lääkkeitä, mutta ne ei viinan kans sovi, että nyt käytät näitä rasvoja vaan (H3)

Marevan®-lääkkeen hoitotasapainon kerrottiin horjuneen runsaan alkoholinkäytön vuoksi ja on saanut erään terveyskeskuslääkärin puuttumaan asiaan. ”*Se tk-lääkäri sano, että nyt on tehtävä jotakin, että sen (alkoholin) takiahan tämä Marevan -- ei pysyny kuris -- sen takiahan tämä Marevan hyppii näin (H3)*”. Marevan-lääkityksen aiheuttama verenvuoto on ollut erään haastateltavan läheisen kohdalla kohtalokas, sillä ”*sehän kuoli sitten sellaiseen ... oli tullut yöllä sellainen verenpurkaus ... kun on Marevan ja käyttäny alkoholia niin siihen se jotenkin liittyi (H4)*”.

Tarinoista ilmenee, että lähes kaikilla juovilla henkilöillä on ongelmia pysyä pystyssä humalassa. ”*Ja sitten sillä meni aina jalat , ei se pystynyt enää kävelemää (H2)*”. Humalatila aiheuttaa lähes poikkeuksetta jalattomuutta ja kaatumisia. Kaatuessa on sattunut haavereita sekä tullut vertavuotavia haavoja tai murtumia. Osalla tulee sammussa ajoittain virtsat alle. Kaatumisia sattuu ulkona ja sisällä, kylpyhuoneessa ja saunassa. Humalassa kaatuminen ja sammuminen huolestuttaa läheisiä ja pakottaa heitä jatkuvaan tilanteen tarkkailuun

vahinkojen pelosta.

..... se kaatunut ja sammunut ja se juo itsensä tainnoksiin suurin piirtein ja sitten se lähtee siitä rämpimään eteenpäin, kun se siitä taas vähän selviää. Ja taas kolisee jossain ja pää on auki ja silleen --- tämä sammuminen on kaikista hankalin, että jos kaatuu jonnekin.. .(H4)

Maahan kaatunut ja siihen nukahtanut humalainen voidaan jättää ainakin sisätiloissa lattialle makaamaan tarkistuksen jälkeen. Haastateltavat kertovat, että eivät yleensä auta kaatunutta pystyyn periaatteesta tai siksi, että voimat eivät riitä. Toisaalta tiedettiin, että läheinen nousee aikanaan ylös kunhan selviää eli ”hetken aikaa makaa niin kyllä se sieltä nousoo. --- Se on jätetty vaan siihen maata, kun se kaatuu. (H3)”.

On se monta kertaa huutanu, että nosta pystyyn. Mä sanoin, että kun juot kerran ittes sellaiseen kuntoon niin että kaadut, niin siellä oot. Minä en isoa miestä saa .. 100 kilosta miestä saa mihinkään . (H1)

Katumiset kotona tai ryöpyreissulla ovat aiheuttaneet haavoja ja kylkiluiden tai ranteiden murtumia. Aina ei ole selvitty omin avuin tilanteesta. ”Sitten me soitettiin ambulanssi ja ei ne meinannu ne ambulanssimiehetkään saada sitä (H7)”. Haavoista on saattanut vuotaa runsaasti verta ja on sattunut ”läheltä piti”- tilanteita, joissa toisten ihmisten apu on ollut korvaamaton. Humalainen on kaatunut niin pahasti, että itse ei olisi päässyt ylös tai saanut sairauskohtauksen, johon olisi saattanut kuolla, ellei läheinen olisi sattunut paikalle, huomannut tilanteen sekä hälyttänyt apua.

Sitten viime kesänä yks meidän kaveri oli löytänyt sen tuolta viljavaraston läheltä makoilemasta ihan umpitunnelissa. Pyörä oli ollut vieressä ja viskipullo siinä tarakalla ja isä makaa radan vieressä eikä mitään tietoa missä on. Ja sitten tämä meidän kaveri oli auttanut ... (H4)

Mä lähdin käymään kaupassa ja oli pari tuntia siellä ja kun tulin takaisin se makas meidän makuuhuoneessa sängyn vieressä pää ihan veressä. Siinä oli oikein sellainen palkeenkieli lähtenyt tuosta. Mä ajattelin, että se on kuollut .. mä menin sitä herättelemään se niinkun reagoi, mutta se oli niin .. sillä oli tullut alle kaikki ja mä soitin heti hätäkeskukseen ja ambulanssi tuli ja ne vei sen terveyskeskuksen päivystykseen ja sieltä keskussairaalaan. (H5)

Eräällä henkilöllä on tullut niin vakava tapaturma, että siitä on jäänyt pysyvä vamma. Tapaturma on väkivaltatilanteen seurauksena syntynyt ja aiheuttanut fyysisten toimintojen vajavuutta. Runsas ja pitkäaikainen juominen on tehnyt henkilön terveydentilan niin huonoksi, että vaikka juominen on tapaturman seurauksena jäänyt, on muita huolestuttavia

vaivoja tullut tilalle.

Nyt hän on ollut vajaan vuoden kuivilla mutta luonne on muuttunut sillä ja on tullut ne muut asiat sitten. Hän lopetti sen takia, että tuli tapaturmia. (H6)

5.2.2. Terveyspalveluiden käyttö

Terveyspalveluiden käyttö on kertomusten mukaan juovilla henkilöillä melko vähäistä. He ovat somaattisesti melko terveitä tai heillä on hyvin lieviä sairauksia. Pääosa haastateltavien läheisistä on kuitenkin käyttänyt perusterveydenhuollon palveluja jossain määrin. Somaattisten sairauksien vuoksi on käyty kontrolleissa ja hoidoissa. Parilla henkilöllä on ollut vakavampia sairauksia, jotka ovat lopulta johtaneet kuolemaan. Henkilöt kykenevät liiallisesta alkoholikäytöstä huolimatta hoitamaan normaalit asiointinsa ja käymään lääkärissä selvin päin. He myös hoitavat itsenäisesti asiointinsa, joten läheisillä ei ollut kovin selkeää käsitystä siitä, mitä esim. lääkärissä on puhuttu. Normaalit sairauksiin liittyvät terveyspalvelut hyväksytään osana sairauksien hoitoa, mutta on myös niitä, jotka suhtautuvat kaikkiin lääkärissäkäynteihin hyvin kielteisesti. Taustalla mainittiin aikaisempi negatiivinen kokemus terveydenhuollon palveluista.

Häntä ei saa lääkäriin ja se on sanonutkin, että hän on niin kuin leijona. (H8)

Hän ei suostu lähtemään lääkäriin. Välttää viimeiseen asti lääkärille menoa, karkaa ilman kenkiä sairaalasta, jos on vieny sinne. (H6)

Oma-aloitteisesti nämä henkilöt eivät läheisten mukaan alkoholinkäytöstään puhu terveydenhuollossa asioidessaan. Vaikka siitä kysyttäisiinkin, on omaisen mielipide että ”ei varmastikaan kerro. Vois sanoa, että joskus ottaa, mutta ei muuta. (H8)” Vaikka käyttö on hyvinkin runsasta vapaa-aikoina, ei normaalien terveyspalveluiden piiriin humalassa mennä. Tällöin eivät myöskään terveydenhuollon ammattilaiset voi tietää, että asiakas käyttää runsaasti alkoholia. Jos asiakas on ulkomuodoltaan siisti ja käyttäytyy asiallisesti, on vaikea aavistaa alkoholin liikkäyttöä. Vaikka lääkäri kysyisikin heiltä käytöstä, vastaus olisi todennäköisesti käyttöä vähättelevä ja lääkäriellä ei ole mitään syytä olla uskomatta silloin potilaan kertomusta.

Niin eikä sanonu, että hän käyttää alkoholia muuta, kun sellanen pitkään veteen joskus. (H2)

Se (omalääkäri) sano kerrankin, kun mä sanoin siitä ---, että se ottaa lääkkeitä

viinan kanssa ja kaikkea.... niin se sano, että kun se on vastaanotolla ja se on niin fiksu.(H1)

Jotkut haastattelemistani henkilöistä olivat itse ottaneet lääkärin kanssa puheeksi läheisensä alkoholinkäytön. Taustalla on ollut toive siitä, että terveydenhuollon auktoriteetin sanalla olisi painoarvoa läheiselle ja tämä voisi kuunnella neuvoja paremmin. Läheisten varoituksethan kaikuvat kuuroille korville näillä henkilöillä.

Ja mä oikein sitten kyttäsin sitä lääkäriä, että mä menin tuota vastaan ja mä sain sille lääkärille sanottua että mä toivon että .. me oomma tulossa vastaanotolle ja mä toivon, että sä sanoisit, että viinaa ei käytetä, että hän on niin kova käyttämään viinaa, että mä en saa sitä sanottua sen aikana. Niin se nyökkäs vaan sitten ... (H3)

Haastateltavat ovat joutuneet ottamaan kantaa erityisesti silloin, kun henkilöllä on ilmennyt lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttöä. ”Mä oon sanonu, ettei saa Diapamia kotiin, ettei saa antaa ---- ja siitä (tytär) soitti sen lääkärille, että kyllä se on perkele kumma paikka, kun sitä kirjoitetaan, että sitä ei sille syötetä! (H1)”. Haastateltavat henkilöt tuntuvat olevan tietoisia siitä, että tämä lääke sopii huonosti alkoholin kanssa käytettynä. Lääkäriin oli otettu yhteyttä ja kielletty kirjoittamasta lääkettä (H 1,5), koska on oltu huolissaan yhteisvaikutuksesta ja seurauksista. Terveyskeskuslääkärin kieltäytyessä uusimasta reseptiä saattaa yksityislääkäri tai erikoissairaanhoidon lääkäri sen kuitenkin tehdä, kun henkilö sitä pyytää (H 2,5).

Sehän meni ajokorttia uusimaan niin mä arvasin miten siinä käy --- . Niin se tuli sitten ja sano, että ei kirjoittanut poika diapamia ja mä sanoin, että se oli ihan oikein. --- Mutta silloin kun se oli siellä keskussairaalassa, kun se sen kaatumisen jälkeen joutu sinne niin .. poika sano, että hän kyllä soittaa sille lääkärille ettei vaan kirjoita sitä Diapamia, mutta se oli kerennyt jo kirjoittamaan. (H5)

Terveyskeskus ei enää uusinu --- Mutta sitten se huomasi, että onhan täällä muitakin lääkäreitä, jolta saa ---- niin se lähti yksityispuolelle. (H2)

Osa haastateltavista kertoo, että ei voisi kertoa lääkärille läheisensä asioista tämän selän takana. Tämä voitaisiin kokea liialliseksi asioihin puuttumiseksi ja loukkaisi henkilön itsemääräämisoikeutta. Toisaalta läheinen tietää, että ”se suuttuis aivan silmittömästi jos se sais tietää että mä oon nyt sen asioita mennyt levittelemään pitkin kaupunkia (H4)”. Taustalla vaikuttaa myös pelko läheisen voimakkaasta reagoimisesta ja omasta kärsimyksestä

sen seurauksena.

Ei enkä minä sitten uskaltanu valittaa. Sitten se kuulis, että minä valitan. Niinku se tuloo takasin mulle bumerangina. (H2)

Vaikuttaisi siltä kertomusten mukaan, että pienemmillä paikkakunnilla alkoholinkäyttöä on vaikeampi salata ja silloin ollaan terveydenhuollossakin paremmin selvillä henkilön ongelmakäytöstä. Yksi henkilö kertoo, miten oman kunnan terveyskeskuslääkäri on ottanut kantaa läheisen alkoholinkäyttöön. Haastateltavan oman vastaanottokäynnin yhteydessä lääkäri oli kertonut tietävänsä tämän puolison runsaasta käytöstä ja kehottanut tilaamaan vastaanottoajan asiaan tarttumiseksi. Vaimo kertoo, että

”se meni sinne vastaanotolle, kun mä kerroin tämän kaikki ja hän (lääkäri) antoi Antabuksen.--- Että ainut on mitä (tk-lääkäri) on kehottanut että nyt otetaan tämä antabus ja sitten tuota sitten mietitään ... ja se on sen kans keskustellu. --- Se lääkäri on ainut joka on niinku hoksannu, vaikka mä en oo puhunu siitä. (H3)”

Ensin lääkärin oma-aloitteinen puuttuminen miehen alkoholinkäyttöön tuntui vaimosta ikävältä ja nolostuttavalta. Vuosien kuluessa hän kuitenkin myöntää, että *”sitten mua on ärsyttänyt nyt, kun ei oo kukaan muu puuttunu (H3)”*.

Alkoholinkäytön ongelmiin on puututtu terveyskeskuksessa myös silloin, kun henkilö on joutunut sairaalaan humalatilan aiheuttaman verensokereiden heittelyn vuoksi. Siinä yhteydessä on vuodeosaston lääkäri huomannut henkilöllä olevan lääkkeitä, jotka alkoholi kanssa nautittuna ovat jopa vaarallisia ja lopettanut ne. Toisilla terveyskeskuslääkäreillä saattaa olla periaatteena, että he eivät määrää juuri koskaan Diapam® -lääkettä juuri sen aiheuttaman riippuvuuden ja riskikäytön vuoksi. Terveyskeskuslääkäri ei uusi kovin helposti riskilääkkeitä etenkään, jos on käynyt alkoholin liikakäytön vuoksi.

Terveyskeskuksessa oli sanottu, kun se joutu sinne alkoholin takia, kun sokerit ja kaikki. Niin silloin oli sanottu, että sulla on kuule poika sellaiset lääkkeet, että sä menet sekasin, kun otat niitä viinan kanssa. (H2)

5.2.3. Alkoholiongelman hoitokokemuksia

Lähes kaikki haastattelemani henkilöiden läheiset suhtautuvat avun hakemiseen alkoholinkäytön vuoksi torjuvasti. Osa ei kestä mitään puhetta hoidosta, koska ei mielestään

tarvitse sitä. Joku heistä on kertonut, että on liian vanha muuttamaan tapojaan käytön suhteen. Ehdotus hoidosta koetaan jopa kunnianloukkauksena. Pelko joutumisesta hoitoon voi johtaa jopa uhrauksiin oman terveyden kohdalla. Lääkärissä käymistä saatetaan silloin välttää viimeiseen saakka ja torjutaan tarjottu apu.

Ei ei, tää on vähän niinku sellainen kunniakysymys, jotta ei hän tarvihte. (H2)

---- murtu käsikin monesta kohtaa ja hän kieltäyty sairaalahoidosta ja se käsi on nyt surkastunu kokonaan pois käytöstä, eli jätti hoitamatta ittensä. Mä luulen että se säikähti sitä, että terveydenhuoltoala olis puuttunu tähän tilanteeseen.(H6)

Tarinoissa useat kertojat ovat yrittäneet saada liikaa alkoholia käyttävää läheistensä hoitoon suostuttelemalla ja uhkaamalla. Oma väsymys loppumattomalta tuntuvaan tilanteeseen ja ”hermojen menettäminen” on saanut henkilöt toimimaan. He ovat olleet oma-aloitteisia hakiessaan apua vastentahtoiselle läheiselleen.

Minä soitin sinne ... kun se alustavasti lupautu sinne menemään (A-klinikalle) . .. ja me käytiin vaikka kuinka monta kertaa yhdessä ja sitten me käytiin erikseen --- Ja nyt mä tuota toisen kerran soitin sinne, että eikö millään pääsis, että nyt kyllä rupeaa multa hermot menemään ja tilasin sille ajan. (H3)

...ja kauhealla vaivalla muutaman kerran mä oon saanu (katkaisuhoidon) --- mä uhkasin että heitän sen ulos. --- Mä sanoin viimeks, kun sinne a-klinikalle, ... että mut saa viedä hoitoon, jos ei jotain tehdä. Ja sitten ne otti sen sinne kahdeks viikoks (H1)

Alkoholiongelman hoitoon on tutkimukseni kahdeksan henkilön kertomusten mukaan käytetty Antabus-lääkettä, a-klinikan päihdehoitajalla käyntejä, yksityistä päihdeohjelmaa, katkaisuhoidojaksoja a-klinikalla ja terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä alkoholin aiheuttaminen harhojen vuoksi myös psykiatrisella osastolla. Kukaan haastateltavien läheisistä ei ole käynyt esim. aa-kerhossa.

Sitä on monella lailla yritetty saada kuriin sitä, hän on käynyt tuolla a-klinikalla moneen kertaan ja sitten kerran yritettiin tuolla (yksityislääkäriasemalla) jotakin terapiaa ja näin, mutta ei, hän jätti sen kesken. (H3)

Hoidoista kerrotaan, että lääkärin kirjoittaman Antabus-lääkkeen vaikutus on melko tehokas, jos sitä otetaan säännöllisesti. Tosin alkoholin himo on ollut henkilöllä niin kova, että jopa sen kanssa on alkoholia nautittu. Edes yhteiskäytöstä johtuneet vatsakivut eivät ole saaneet kokonaan luopumaan alkoholista. Alkoholiongelman hoito on ollut tuloksetonta ja antanut

vain lyhyen helpotuksen ongelmaan. Tarinoista on havaittavissa, että ilman omaa tahtoa taistella alkoholiongelmaa vastaan ei ole edellytyksiä pysyä raittiina. Useammastakaan hoitajaksosta ei ole silloin apua. Aloitetut hoidot jätetään kesken tai Antabus jätetään ottamatta. Aviomiehet ovat saattaneet olla suostuvaisia hoitokeinoihin pelkästään vaimon uhkailun vuoksi hetken aikaa, jotta vaimo saadaan hiljaiseksi. Eräs henkilö todetaankin, että ”siinä tosiaan tarvittais joku katkaisuhuolto ennen kuin se onnistuis ja voimakas oma tahto.(H4)”

Se otettiin osastolle pariaksi päivää...silloin onnistu ja sitten toisen kerran se itse halus ---- Silloin yhdessä vaiheessa mies olis halunnut Minnesota-hoitoon, mutta ei kunnalla ollut varaa. (H5)

... mutta se ei ite sitä ota. Että mä laitan aina sen lasihin ja lusikan siihen, että se tietää, että se antabus on siellä . Se ottaa sen kyllä. (H3)

Alkoholikatkaisusta osastolla on kahdella haastateltavalla kokemusta. Toinen toteutettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla ja oli parin päivän mittainen. Tässä ajassa lähinnä pahat vierotusoireet ja uhkaava delirium saatiin hallintaan. Mitään terapiaa tai keskusteluja ei ollut. A-klinikan katkaisuhuitojaksot olivat parin viikon mittaisia, mutta niistäkin vaimolla on sellainen käsitys, että ”siellähän se oli kuivumassa... --- ei ollut nähnyt lääkäriä ollenkaan ---- siellä oli kerran viikossa vaan tällainen aa-kerho. Yhden kerran! Mun mielestä pitäis olla päivittäin. (H1)” Hoitoon liittyviä keskusteluja ei ole käyty ja hoidettava ei ole nähnyt lääkäriäkään koko aikana: ”...ei meillä sen kummemmin mitää keskusteluja oo ollut (H5)”.

Avohoidossa a-klinikalta kerrotaan yhdessä haastattelussa. Hoitokokemus on muutamien vuosien takaa henkilön ollessa keski-ikäinen ja vielä työelämässä. Klinikalle hakeuduttiin vaimon toivomuksesta ja mies kävi siellä muutamia kertoja. Mies lopetti kuitenkin käynnit vähin äänin sekä ensimmäisellä että toisella hoitokerralla. Vaimo kertoo olleensa alussa muutamia kertoja mukana. Päihdetyöntekijöiden välillä kerrotaan olevan eroa päihdeongelmaisen kohtaamisessa. Toinen otti asiat puheeksi suoraan ja toisen kanssa keskusteltiin niitä näitä ainakin vaimon ollessa mukana. Henkilökemioilla on hänen mielestään merkitystä asiakassuhteessa.

Siellä oli sellainen ronskimpi.. tämä edellinen (päihdetyöntekijä 1) oli sellainen varmaan samalla aaltopituudella oleva mies, kun se kuunteli sitä. Mutta tämä (päihdetyöntekijä 2) ei yhtään antanu rönnyillä mitä mä olin siinä (H3)

5.2.4. Itsemääräämisen rajoittaminen

Ei sitä muuta, kun vaan katsoa vierestä, ei sille voinut yhtään mitään ---. Minkä sille tekee? (H7)

Lääkäri on saattanut päätyä samaan toteamukseen kuin edellä mainittu läheinen liikaa alkoholia käyttävän henkilön hoitoonohjauksen kohdalla. Itsemääräämisoikeus on myös alkoholia liikaa käyttävän perusoikeus. Se takaa, että ongelmaan ei ole laillista mahdollisuutta puuttua. ”Kun tullaan sellaiseen, että voidaan puuttua niiden elämään jotenkin niin .. siihen on aika vaikea ryhtyä (H4)”. Alkoholia liikaa käyttävää henkilöä ei voida saada pakkokeinoin hoitoon, vaan henkilö voi ilmeisestä ongelmasta huolimatta kieltäytyä siitä.

Minä ehdotin hoitoa ja yritettiin saada niinku ... ambulanssikin tilattiin heti, kun se oli aggressiivinen, jotta saatais lääkäriin ja saatais viedä hoitoon. Siitä ei tullu mitään, ambulanssi lähti pois. Se ei suostunut lähtemään. (H2)

Jos henkilö kykenee huolehtimaan arkiset asiansa normaalisti, raha-asiat on kunnossa ja alkoholinkäytöstä ei ole yhteiskunnalle haittaa, ei perheenjäsenilläkään ole keinoja saada hoitoon ilman suostumusta. ”Enkä usko että pakkohoitolakikaan ei kovin äkkiä tule tai mene läpi.” (H6) Suomessa ei laillisesti voi puuttua alkoholin liikakäyttöön ja pakkohoitoa ei ole, vaikka juominen kuluttaisi läheisiä suunnattomasti. Yksi henkilö on puhunut asiasta läheisensä lääkärin kanssa ja toteaa, että

ei se lääkärinkään sille mitään voi. Se lääkäri sanoi, ettei se siihen voi, kun siihen ei kerta kaikkiaan oo laillisesti mahdollisuuksia. Nykyisen lainsäädännön mukaan ne saa ryyptä niin paljon kuin tykkää. (H1)

Alkoholinkäyttöön voidaan oikeastaan puuttua vasta sellaisissa ääritilanteissa, joissa juomisesat on todistettua fyysistä vaaraa muille henkilöille. Vakavissa uhkatilanteissa poliisi voi puuttua tilanteeseen viemällä henkilön putkaan selviämään. Harhat, aggressiivisuus ja väkivaltaisuus tai aseilla uhkailu voivat olla perusteina pakkohoitolahetteen tekemiselle. Usein tämä on mahdollista vasta, kun poliisi on jo tehnyt kotikäynnin ja todennut tilanteen uhkaavaksi. Muuten vahvoista harhoista ja humalatilasta kärsivää asiakasta voidaan pompottaa paikasta toiseen ja kotiuttaa heti, kun tämä on selvinnyt tilanteesta. Pelkästään alkoholin runsas käyttäminen, vaikka siitä olisi suuria henkisiä kärsimyksiä läheisille ihmisille, ei riitä syyksi puuttumiseen.

Itsemääräämisoikeus ... se on väärin, koska tähän on kuluttanu meidän lapset

aivan äärimmilleen. Ei siitä välitetä. (H6)

Mä olin siellä vastaanotolla niin mä sanon että mä en saa nukuttua ja multa, että multa menee hermot ja se anto mulle lääkettä. Se sanoi ettei sille väkisten voi tehdä mitään. (H1)

Mutta kauhean vaikea päästä lääkärille, --- ja se oli niin julmaa kun pompotettiin eestakasi ja sitten, kun poliisi puuttui asiaan --nehän vei ensin sen putkaan, se oli niin paljo ottanu alkoholia ja sitten se tuotiin tänne (omaan terveyskeskukseen) ja täältä laitettiin paperit sinne (psykiatriseen sairaalaan). Mutta sitten viimeks kolmannella kerralla oli sitten niin, kun se kokos kaikki aseet valamiiks kotiin ja --- sitten ne niinkun näki. Niin sitten vietiin (psykiatriseen sairaalaan). Ei enää kaupattu kotiin. (H2)

5.3. Avun hakemisen tarina

Tarinoissa haastateltavilla on usko ja toive hyvään kohtaamiseen terveydenhuollossa myös alkoholista johtuvien ongelmien kohdalla. Todellisista kohtaamistilanteista on vastakkaisia kokemuksia, jotka nähdään tässä kertomuksessa käännekohtatarinana. Toiset tarinat kertovat hyvistä kokemuksista ja toiset vastaavasti hyvinkin negatiivisista kokemuksista ja pettymyksistä avun hakemisen yhteydessä.

Kyllä me on saatu terveydenhuollossa hyvää palvelua. (H5)

...mä oon ymmärtäny näin, että on kauhian hyvin kohdeltu, ei se (puoliso) oo ainakaan moittinut sitä. (H3)

Haastatteluissa kerrotaan, että ilman näitä positiivisia kokemuksia läheiset eivät missään tapauksessa hakeutuisi alkoholiongelman vuoksi terveydenhuollon palveluihin. Joku arvelee hyvän kohtelun johtuvan siitä, että pienellä paikkakunnalla ollaan tuttuja kaikkien kanssa ja syynä saattaa myös olla se, ”kun ei ole ihan sellainen jokapäiväinen juoppo (H5)”.

Tarinoissa muutamat kertovat käsityksestään ja kokemuksestaan siitä miten päihdeongelmaisiin suhtaudutaan terveydenhuollossa negatiivisesti. Päihteiden vaikutuksen alaisena olevaan suhtaudutaan kuin jokapäiväiseen arkiseen asiaan välinpitämättömästi. Kertojat mainitsevat siitä miten heille arka ja emotionaalinen tilanne on henkilökunnalle arkinen ja pakollinen asia. Päihdeongelmaiset tyypitellään kuuluvaksi tiettyyn kategoriaan ja kun läheisten avunpyynnöt torjutaan, tulee kokemus siitä, että kukaan ei välitä heistä eikä heidän läheisestään. Vastaanottotilanteessa ensiavussa henkilökunta saattaa suhtautua

humalaiseen erittäin ikävästi, torjuvasti ja vihamielisesti. Joskus tämä kurja suhtautuminen osoitetaan selkeästi myös juomarin saattajalle. Vastenmielisyys humalaisia kohtaan heijastuu henkilöstön puheesta ja asenteesta. Silloin hoidetaan humalaisten kohdalla vain se mikä on sillä hetkellä pakko tehdä.

Mä muistaakseni soitin hoitajalle ---, niin ne silleen ihan niinkun se olis jotain aivan arkipäivää että täällä nyt on vaan joku ja nyt katotaan vaan ettei tuu tää delirium niin että sen takia pidetään vähän aikaa. Että niinku se ois jotenkin niinkun se vaan kuuluis asiaan... (H4)

Mun mielestä suhtaudutaan hyvin välinpitämättömästi, että soitetaan esimerkiksi, että tuu hakemaan että täällä on sun äiti ja se puhaltaa tällaiset lukemat ja sillä on nyt käsi murtunu kolmesta kohtaan mut me ei ruveta sitä täällä pitämään, koska hän on juovuksissa. Ja sit mä ajan --- hakemaan sitä yöllä ja vastaanotto on henkilökunnan puolelta semmoinen haista paska tyyppinen, niinku että joutuu ite vastaanottamaan se miltä niistä tuntuu, koska ei juovuksissa oleva henkilö voi sitä tehdä.(H6)

Kun henkilö hakee apua läheiselleen, on hän hädissään ja mahdollisesti väsynyt tilanteeseen. Avun hakeminen tuntuu nöyryyttävältä, jos henkilö joutuu kokemaan, että ”*mua ei otettu todesta ja tuntu sellaiselta, että ne vähätteli näitä asioita (H2)*”. Häätänsä apua hakeva kertoo olevansa ”*niin aralla paikalla siinä, kun menee sinne (terveyskeskukseen) asti (H2)*” , joten hän saattaa kokea erittäin raskaana henkilökunnan ylimielisyyden, tilanteen ohittamisen ja hädän vähättelyn. Tämä taakoittaa entisestään alkoholin käytöstä kärsivää ja omien voimavarojensa kanssa kamppailevaa läheistä.

Sit on tällaisia että takanapäin oon yrittäny soittaa, että ollaan tulossa lääkäriin .. voisitteko auttaa .. voisitteko kattoo tilannetta tai suositella hänelle hoitoa näin, niin se on vedetty ihan lekkeripeliks niinku sanotaan, että ... ei oo kunneltu .. en oo kertaakaan saanu keltään apua ..(H6)

Muutama kertoja mainitsee siitä, miten joissain tilanteissa humalaisen ottaminen hetkeksi osastolle olisi tuonut aivan konkreettisen avun ja helpotuksen heille. Katkaisuhoidosta kerrotaan että ”*se oli se hermolepo, joka oli kaikista tärkein .. mä nautin siitä ... (H1)*” . Torjunta on aiheuttanut pettymystä ja katkeruutta terveydenhuoltoon ja ajatusta siitä, että alkoholia käyttävistä ei välitetä eikä samalla heidän läheisistäkään.

Oon --- joutunu hakemaankin tilanteesta, jossa olen sanonut, että pitääkö yon yli, niin on sanottu, että ei pidetä. --- Hyvin vetelää on ollut ne ... heillä olis ollut mahdollisuus puuttua siihen ponnekkaasti .. pitämällä yhden yön että toinen ois joutunut selviämään ja olemaan vastatusten sen asiansa kans sit selvin päin, mutta on päästetty lähtemään siitä sitten. Kun ei ole jaksettu

kuunnella. (H6)

Minä tunsin jotta ne niinku vähätteli, lääkärikin se pani heti kohta kotiin ja ikäänku päästiin kotiin niin alko heti kiroamaan.(H2)

”Ei oo valmiuksia, kyllä mä katoin, että ollaan lapsenkengissä (H2)”, toteaa haastateltava terveydenhuollon valmiuksista kohdata ja hoitaa päihteiden liikakäyttäjiä ja hänen läheistensä. Jos henkilö itse ei mainitse ongelmaa, ei sitä myöskään oteta puheeksi vaan mieluiten vaietaan... *”että jos sä et nyt sitä sano, että sulla on, niin en mäkään puhu siitä (H6)”*. Valmiuksia tarkastellaan tosin omien kokemusten lähtökohdista, joten ne poikkeavat sen mukaan miten apua on saatu ja miten se on koettu. Jotkut haastattelemistani henkilöistä ihmettelivät, miksi ilmiselvään alkoholiongelmaan ei terveydenhuollossa tartuta, jos *”sattuu usean kerran, että joutuu niinku tikattavaks tai jotain muuta vastaava. Aina se varmaan jonnekin kirjataan. Ja miten ne ottaa sen asian esille. Mä en ole ollenkaan vakuuttunut että sitä on siitä asiasta kauheesti puhuttu (H4)”*.

Joillain henkilöillä oli käyntejä sairaalassa tajuttomuuskohtausten tai delirium-oireiden vuoksi. Näissäkin tilanteissa henkilöä on pidetty sairaalassa vähän aikaa seurannassa ja siihen hoito on sitten päättynytkin.

Nyt katotaan vaan ettei tuu tää delirium niin, että sen takia pidetään vähän aikaa... (H4)

Suurimmaksi osaksi tarinoissa kerrotaan, että heidän hartaat pyyntönsä juomarin ottamiseksi katkaisuun on torjuttu tai osastohoitomahdollisuutta ei ole esitettykään vaihtoehtona. Tämä saa kertojat ihmettelemään missä on terveydenhuollon henkilöstön valmiudet ohjata päihdeongelmaisia saamaan apua? Miksi näistä asioista ei puhuta tällaisten ilmiselvien päihdekäyntien yhteydessä, ihmettelevät he. Kukaan ei kysele perään, jos henkilö vaan jotenkin saadaan sairaalan ovesta ulos.

Ei keritty vielä kipsiä laittamaan, kun häntä ei voinu hoitaa, kun oli niin paljon niitä promilleja. Hän karkas eikä kukaan ole perään huudellut. On ottanu viinaa niin paljon, että se käsi ei ole ollut kipeä ... (H6)

5.4. Toiveiden ja odotusten tarina

Kertomus kokemuksesta läheisen alkoholinkäytöstä ja terveydenhuollon palveluiden kohtaamisesta tässä tilanteessa saa päätöksensä tarinassa, jossa kertojat esittävät toiveitaan ja

odotuksiaan ammattilaisille. Tarinassa löytyy paljon toiveita, odotuksia ja ehdotuksia terveydenhuoltoa kohtaan ongelmaan tarttumisessa.

5.4.1. Empaattisuuden odotus

Terveydenhuollon henkilöstöltä kertojat odottavat kohtaamistilanteissa empaattisuutta ja tietoa. Jo pienet positiiviset sanat ja lauseet henkilöstöltä voivat auttaa henkilöä omien pelkojen ja ahdistusten keskellä. Vaikka kerrottaisiin heikoista valmiuksista auttaa tai siitä miksi nyt ei voida auttaa siten kun henkilö koetaan paremmaksi kuin selkeä torjunta ja kylmyys. Realistinen puhe on kohtaamista, jossa toisen hätää ei ohiteta. Jos koetaan, että henkilökunnalla ei ole valmiuksia tai tietoa, epäillään että he eivät välitä tai ole hereillä toiselle ihmiselle tärkeässä ja herkässä tilanteessa.

Yhteen aikaan pelkäsin sitä .. sanoin siellä a-klinikalla että mä pelkään niin hirveästi sitä että se kaatuu --- ja niin mä ajattelin, että jos se kuolee. Niin se sano se osastonhoitaja mulle, että sun ei tarte siitä mitään ... se oo sun vika jos se kuolee. (H1)

Silloin jos topakka omainen ja perheenjäsen sanoo etukäteen, että mä tuun mun äidin kans ja se on rapajuoppo ja mä tarviin apua niin kyllä mä toivoisin, että siellä oltais sitten hereillä sen asian kans, eikä ruvettais sössöttämään mitään turhaan tyyliin, että te nyt pärjätte varmasti ja te tiedätte onko teillä tällaista oluen käyttöä tai jotain muuta. (H6)

Tarinoista paljastuu, että alkoholin käyttäjän läheiset saattavat tarvita enemmän huomiointia henkilökunnalta sekä hoitoon ohjauksen neuvontaa. Kertojat ovat voineet vuosia murehtia voimattomina läheisensä juomista saamatta tätä hoitoon ja kun jossain tilanteessa läheiset joutuvat pakotettuina hoidon piiriin, heidän toiveensa avun saamiseksi herää henkiin. He odottavat asiallista suhtautumista heihin ja heidän läheisiinsä. Joskus apua tarvitsee alkoholia käyttävän perheenjäsen, joka on huolesta suunniltaan ja väsynyt.

Toivon että tää muuttuis tämä suhtautuminen näihin. Omaisten huoli jatkuu kymmeniä vuosia. --- Tässä niinkun hissutellaan ja peitellään ja viedään kaikkien omaisten voimavarat ja tehdään niistä sellaisia mielenterveyspotilaita .. sen edellytyksellä, että toinen saa ryypätä ja jatkaa sitä. (H6)

Haastateltavat kokivat jääneensä ilman apua, mutta toisaalta sitä ei kovin ahkerasti oltu etsittykään. *”Tota justiinsa niin kuin alkoholisteille ja sitten tota lääkkeiden ja huumausaineiden käyttäjille .. niille ei saa mitään apua eikä niitten omaiset..(H1)”*. Alkoholistien läheisille järjestetyssä vertaistukiryhmässä oli käynyt vain yksi haastatelluista.

”Kyllä sieltä apua saa kun kuuloo että toiset puhuu niin ajatteloo, että ei mulla nyt kaikista kovinta oo (H8)”. Osa ei pitänyt kovin mielekkäänä keskusteluja näistä asioista, vaan kertoi että ”mä en jaksa kuunnella näitä vastaavia juttuja koska musta tuntuu ettei se puhumalla kummene (H6)”. Vertaistukiryhmästä ei eräällä läheisellä ollut mitään tietoa: ” Ei kun en mä tiennyt sellaisesta että sallaista (Al-anon) onkaan, ei mulle oo kukaan kertonu. En mä tiedä ilmoitetaanko siitä? (H2)”

5.4.2. Neuvonnan odotus

Kertojat odottavat, että terveydenhuollon henkilökuntaa olisi helppo lähestyä juomiseen liittyvän ongelmankin vuoksi ja heihin suhtauduttaisiin silloin asiallisesti. Yksinkertaiset toimintaohjeet ja ohjaus avunlähteille voisi helpottaa takkaa suunnattomasti. Oma terveyskeskus koettiin läheisimmäksi ja tutuimmaksi paikaksi lähestyä ja etsiä apua ongelmaan. Siellä on ehkä tuttuja hoitajiakin, joille he kokevat voivansa kertoa huoliaan ja saada apua.

Jossain kyllä ajattelee että kun käy terveyskeskuksessa tällaisten asioiden vuoksi niin kyllä sielläkin pitäis neuvoa. Sieltä pitäis tulla se ohjaus .. että sulla olis hyvä sillä käydä. (H2)

Nyt siellä on jokin uus sairaanhoitaja, mä en saanu niin hyvin puhuttua ... (H3)

Terveydenhuoltoalalla toimivien henkilöiden odotetaan myös näkevän henkilön olemuksesta, että tällä on alkoholin käytön kanssa ongelmia. Jos on sattunut usein vahinkoja ja kaatumisia samalle henkilölle, niin toivotaan rohkeaa tarttumista asiaan ja puhumista ongelmasta suoraan.

Tai että sanotaan että elää niinkun ennenkin, vaikka näkee jo naamasta, että kyllä tuo on nyt juonu, kun on silmät turvoksissa. ja vanha tikki tuossa naamassa paistaa. (H4)

Mä oon ite menny sinne, kun mä oon ihan burnout ja se (lääkäri) heti sano, että sen takia sä oot burnout – että hän jo hoksas ... ja se sano, että senhän näköö päältä. Ja sitten mä rupesin seuraamaan sitä, että sehän on punakka ja sellaanen näkyy tosiaan päältä. Että hän sano, että se näkyy jo päältä, ei sitä enää voi salata. (H3)

Hoitoonohjausta pitäisi perusterveydenhuollosta löytyä, vaikka ilmeisenä ongelmana kunnissa tuntuu olevan rahan puute tehokkaaksi todettujen hoitojen kohdalla. Muutama

mainitsi Minnesota-hoidon, jonne pääsyä olisi pidetty oleellisena ratkaisuna ongelmaan. ”*Se (Minnesota) olis hyvä paikka mutta se on niin kallis, ei oo millään varaa siihen ja kyllähän sinne tietenki pääsis kun olis rahaa. (H1)*”. Ikääntyneet henkilöt joutuvat itse kustantamaan hoidon, kun taas työikäinen pääsevät hoitojaksolle helpommin työterveyshuollon ohjaamana.

Verenpainemittausten, astma- ja diabeteskontrollien tai ajokorttitodistuskäyntien yhteyteen toivottiin rohkeaa keskustelua myös alkoholin käytöstä. Toivotaan selkeitä toimintamalleja alkoholia liikaa käyttävien kohtaamiseen ja ongelman esille ottamiseen. Alkoholin käytön tuomitsemistakaan ei pidettäisi pahana. Ikääntyvät ihmiset pitävät terveydenhuollon ammattilaisia vielä auktoriteetteina, joita kuunnellaan ja joiden sanoja uskotaan.

Olihan se tämä ajokorttitarkastus tässä 70-vuotiaana niin sitäkin mä ihmettelen sitä lääkärin juttua että siellä piti piirtää kello, joka on kaksi ja jotain muuta pientä ja sit kysyttiin mikä päivä on ja jotain tällaista. Välillä ajattelee että olisko niissäkin syytä vähän tsekata tätä päihteiden käyttöä. (H4)

Ei niinku suoraan saada sanottua. Mä toivon että otettais reippaasti puheeks ja tehtäis selvät toimintamallit näissä. Että mitä tarjotaan ja ehkä jopa vähän tyllystikin sille potilaalle sanottais se asia. (H6)

Mä en kyllä pitäis pahana sitä tuomitsemistakaan, kun esimerkiksi tuon ikäpolven ihmiset pitää hoitoalan ihmisiä ikään kuin auktoriteettina ja puolijumalina, että jos tuommoinen sanois kerran, että kuule mies se pitää lopettaa kokonaan. Mä en pitäis sitä huonona ollenkaan että sille sanottais. (H4)

Ongelman maton alle lakaisemista ei kannateta ja terveydenhuollolta odotetaan terveyttä edistäviä toimia myös alkoholin käyttäjien suhteen. Terveysneuvonnalta odotetaan, että asioista kerrotaan niiden oikeilla nimillä. Alkoholin käytöstä ja sen rajoituksista tulisi haastateltavien mukaan puhua, vaikka asiakas itse ei ottaisikaan puheeksi ongelmaansa. Vaikka ongelma ei selkeästi näkyisi päällepäin, saattaa se silti olla olemassa jonkun asiakkaan kohdalla.

Kyllä mä kaipaisin sellaista suurempaa puhumista esim. hoitohenkilökunnalta, että sanotaan suoraan, että sulla on ongelma eikä kierretä ja kaarreta sitä. (H6)

Julkisuudessa paljon esillä olleita tutkimustuloksia alkoholin positiivisista terveysvaikutuksista pidetään epäilyttävinä. Ongelmajuojoille tällainen positiivinen mainos on rohkaisu ja yksi perustelu juomisen jatkamiselle. Terveysneuvonnalta odotetaan tarkkuutta siitä miten näistä raja-arvoista puhutaan, sillä joillekin asiakkaille alkoholin positiivisista

vaikutuksista kertominen voi olla kimmoke ja lupa juomiseen.

Mua kans raivostuttaa kun niitä alkoholin hyviä vaikutuksia korostetaan hirveästi ja ihmiselle saattaa tulla väärä käsitys siitä että ne on aika isoja ne annokset, jota suositellaan päivittäisiksi. Että niinku lasillinen viiniä päivässä, niin kuka se pystyy niinku pitää sellaisen? Että jos esimerkiksi on taustaa ja taipumuksia niin ..(H4)

Terveydenhuollon ammattilaisilta odotetaan myös tarkkuutta lääkkeiden käytön opastuksessa asiakkaille. Jos heille kerrotaan, että lääkkeestä tai sairauksista huolimatta voi elää aivan normaalisti, saattaa se runsaasti alkoholia juovalle olla viesti siitä, ettei tarvitse lopettaa tai vähentää juomista lainkaan. Henkilölle normaaliin elämäntyyliin saattaa kuulua erittäin runsas juominen.

.... se (äiti) aina tuli sieltä lääkäristä ja sanoi, että lääkärit sanoi, että voi elää ihan normaalia elämää ----. Kun sillä oli Marevan-lääkitys niin aina sitäkin se sano, että ihan saa elää niinkun normaalisti kuulemma niinkun ennenkin. Että sellainen niinku ihmeviesti, että tässä ei nyt tarvitse niinku alkoholinkäyttöön puuttua ollenkaan.(H4)

Ikääntyvien henkilöiden kohdalta eräs haastateltava näkee asian siten, että asiaan on kovin myöhäistä puuttua, jos aikanaan ei ole tartuttu. Työssäoloaikana työterveyshuolto voisi tarttua asiaan. Totuttuja juomatapoja voi olla vaikea muuttaa, jos taustalla on kymmenien vuosien juominen.

Kyllä siihen pitäis puuttua jo hyvissä ajoin. Se ei auta enää jos on tuollainen vanha juoppo, niin en tiedä mitä niille pitäis tapahtua, että ne lopettais. Niin sitähan ei tiedä onko siihenkin puututtu (työterveyshuollossa), siitä ei hän puhunu mitään. (H7)

Ihmisen todellisen hädän ja avunpyyntöjen edessä alkoholia juovan läheisen käytöksen vuoksi täytyisi olla hereillä. Tilanne saattaa olla riistäytynyt käsistä ja uhka saattaa olla merkittävä. Toiveena olisi, että silloin otettaisiin todesta ja uskottaisiin myös perheenjäseniä. Eräs kertoja on ollut tällaisessa tilanteessa itsekin ikääntynyt ja avuton vanhus, jonka voimavarat eivät riitä toimimaan ilman apua.

Se tuntu niin mahottomalta, kun ihminen tarvihtoo apua niin sitten sille pitää kaikenmaaliman järjestykset siinä olla,. Se pitäis olla helpompaa. Kyllä niitä omaisia pitäis ottaa huomioon, ei ne nyt rupea turhan takia puhumaan sitä. (H2)

Juominen on Suomessa yksityisasia, joten sen aiheuttamat ongelmat nähdään myös yksityisinä. Yksilöihmisen juominen on tabu, henkilökohtainen oikeus, kulttuurin ja perinteiden muovaama tapa, johon terveydenhuollon keinot ovat vasta kehittymässä. Ikääntyvä henkilö on hoitoasetelmissa kaikista huonoimmassa asemassa.

Suomi on tällainen maa, juomakulttuuri meillä ikävä kyllä ... ei yleensä puhuta vaan luullaan, että ne katoaa. (H6)

6. TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen narratiiveissa kerrotaan kokemuksista liikaa alkoholia käyttävien ikääntyvien läheisten rinnalla kulkijana. Kaikissa tarinoissa on havaittavissa merkittävänä teemana ja punaisena lankana alkoholinkäyttöön liittyvä halu ja himo, joka oli hallitsevaa ja myös elämää rajoittavaa. Addiktio-käsite tarkoittaa riippuvuutta ja pakonomaista sisäistä tarvetta ja halua johonkin aineeseen tai toimintaan. Addiktoiva asia tuottaa voimakasta ja välitöntä mielihyvää henkilölle (Koski-Jännes 1998). Tarinoiden perusteella voi tulkita, että henkilöiden läheiset täyttivät päihderiippuvuuden kriteerit. Pakonomainen tarve juoda, heikentynyt kyky hallita määrää, lopettamista tai aloittamista, vieroitusoireet, sietokyvyn kasvu, aineen käytön muodostuminen elämän sisällöksi sekä haitoista huolimatta juominen ovat kansainvälisissä riippuvuussairauksien diagnostiikassa kriteerinä (ICD-10). Näistä kolmen kriteerin täytyminen varmistaa päihderiippuvuuden diagnoosin.

Kertomuksen ikääntyville henkilöille oli mielestäni kaikille kehittynyt riippuvuus ja rakkaussuhde alkoholiin. He kuitenkin poikkeuksetta kielsivät tämän ongelmaksi. Addiktion kieltämistä pidetään tiedostamattoman egon defenssimekanismina, jossa totuus kielletään tunnereaktiona (Rinn ym. 2002). Dysonin (2007) mukaan samanaikaisesti totuuden kieltämisen kanssa yksilö kuitenkin on tietoinen ongelmastaan.

Liikakäyttö oli suurella osalla toisaalta riistäytynyt käsistä, toisaalta hallinnassa. Hallinnassa se oli käsittääkseni siksi, että nämä henkilöt kykenivät omassa elämänpiirissään toimimaan suhteellisen normaalisti ja hoitamaan arkisia asioitaan normaalisti. Yhden haastateltavan läheinen oli vahvasti päihdeongelmainen, joten hänen kohdallaan tilanne oli muista poikkeava. Nämä henkilöt olivat täyttäneet elämäntehtävänsä nuorempina, olivat perustaneet perheen, käyneet työssä ja huolehtineet perheestään.

Juomisen tarina kuvaa alkoholinkäytön kehittymistä ja siitä voi havaita, että runsasta alkoholinkäyttöä oli ollut läpi elämän ja sen lisääntyminen oli ollut havaittavissa jo ennen eläkeikää. Eläköityminen oli kuitenkin toiminut monelle henkilölle kimmokkeena lisääntyneelle tai hallitsemattomalle juomiselle. Moos ym. (2009) toteavat, että 50-vuotiaana ja myöhemmällä keski-iällä esiintyvä runsas juominen ennustaa riskikäyttöä myös ikääntyneenä 10-20 vuotta myöhemmin. Keskimäärin ikääntyneet juovat vähemmän alkoholia ikääntyessä, mutta melko suuri osa kuitenkin jatkaa runsasta käyttöä.

Tutkimuksessani tulikin esille tilanteet, joissa päihteiden käyttöä oli ollut jo työelämän aikana ennen eläkkeelle jäämistä, jolloin henkilöt olivat vielä työterveyshuollon piirissä. Joillain tosin työ on ollut sen luonteista (yrittäjät, maanviljelijät), että työterveyshuollon palveluita ei ole käytetty. Joillain taas työterveyshuolto oli oman työpaikan kautta tuttujen työkavereiden johdolla järjestettyä. Työterveyshuollon rooli alkoholiongelmien tunnistamisessa on tärkeä, sillä se tavoittaa suuren osan työikäisiä henkilöitä (Holmqvist ym. 2008b). Hallikainenkin (2009) korostaakin riippuvuuden ennaltaehkäisyn merkitystä, koska nykytiedon perusteella jo kehittynyt päihderiippuvuus ei juuri parane ja raitistuneen sortumisriski on erittäin korkealla ensimmäisen vuoden aikana ja myös vuosia sen jälkeen .

Tarinoissa ei juurikaan mainittu suurista taloudellista ongelmista juomisen vuoksi. Muutamia mainintoja oli siitä, että juomiseen menevää rahaa ei laskettu vaikka muuten henkilöt olivatkin tarkkoja taloudesta. Näillä ikääntyvillä henkilöillä ei ole siten suuria taloudellisia esteitä juomiselle. Hyvässä taloudellisessa asemassa olevilla onkin suurempi riski jatkaa riskijuomista ikääntyneenä (Moos ym. 2009).

Nämä tarinat eivät tue tutkimustuloksia, joissa vaimojen juominen on yhteydessä miesten juomiseen (Demers ym. 1999, Grant ym.2007). Kukaan tämän tutkimuksen vaimoista ei juurikaan juonut jouluruokailun punaviinilasia enempää. Tyttärien kielteinen asenne juomiseen on todettu alkoholiperheen lapsilla, jotka tietoisesti haluavat estää päihdeongelman siirtymisen sukupolvelta toiselle (Hänninen 2004). Periytyvyyden mahdollisuutta alkoholiongelman kehittymisessä pohti neljä kertojaa. Periytyvyyttä on tutkittu ja se on myös todistettu tieteellisesti. Hallikaisen (2009) tuore väitöskirjatutkimus toteaa, että tietyt geenit lisäävät alkoholismiin sairastumisen riskiä ja vaikuttavat juomatapoihin. Näillä henkilöillä on perimässä havaittavissa tehokkaampi dopamiinivaikutus, joka nähdään tuottavan voimakkaampaa mielihyvää alkoholista. Riski sairastua riippuvuuteen periytyy usean geenin välityksellä, mutta myös ympäristötekijöillä on merkittävä vaikutus.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoitus tarkastella läheisten kokemaa tunnemaailmaa, mutta väistämättä tarinoissa mainittiin myös sitä sivuavia seikkoja. Alkoholinkäyttö on koko perheen kokemusmaailmaan kuuluva asia vaikuttaen arkeen etenkin, jos läheinen juo jokaisena päivänä. Liikaa juovan rinnalla elävien puolisoitten on todettu kokevan suurta psyykkistä stressiä (Tempier ym. 2006). Monissa tarinoissa sivuttiin selviytymiskeinoja, joita henkilöt käyttivät näissä stressitilanteissa. Hännisen (2004) mukaan läheisten stressitila

saattaa olla vuosikymmeniä jatkuva tila, jossa eletään päivä kerrallaan. Kontrollikeinojen käytöstä kerrottiin samoja asioita, kun Hänninen (2004) on todennut, eli motkottamista, pullojen piilottamista ja hoitoon kannustamista ongelman tiedostamisen jälkeen. Myös kulissien ylläpito, huoli juovasta henkilöstä tai irrottautuminen selviytymiskeinoina saavat tukea. Etenkin tutkimukseni tyttäret kertoivat pysyttelevänsä erillään juovasta ja humalaisesta vanhemmasta ristiriitojen ja oman pahan mielen välttämiseksi. Tukea saa myös se, että henkilöt elävät omaa elämäänsä läheisen ongelmajuomisesta huolimatta, jolloin parisuhteessa on kummallakin osapuolella oma elämä ja omat ongelmat (Hänninen 2004).

Tarinoista välittyi huoli alkoholia liikaa juovan arjesta, terveydestä ja selviämisestä sekä myös tulevaisuudesta. Juomisesta huolimatta perheenjäsen on rakas ja häntä kohtaa tunnetaan syvää kiintymystä. Etenkin lasten on todettu kantavat alkoholia liikaa käyttävistä vanhemmistaan suurta huolta ja läheisillä pelko on yleisin tunne (Holmila 2004). Tarinoissa kerrottiin useasti, että henkilöt pelkäävät etenkin juovalle sattuvia vahinkoja tai viranomaisten yhteydenottoja siitä, että jotain vakavaa on sattunut juovalle henkilölle. Yhdellä pelkona oli puolison väkivaltaisuus ja yksi oli joutunut pelkäämään väkivaltaa lapsuudessa.

Benshoff, ja Harrawood (2003) toteavat, että pitkään runsaasti alkoholia käyttävien henkilöiden voi olla vaikea tunnistaa juomisen kasvavia negatiivisia vaikutuksia. He selittävät ongelmia fyysisestä vanhenemisesta johtuviksi eivätkä juuri tunnusta alkoholinkäytöstä johtuviksi seuraamuksiksi. He myös saattavat voimakkaasti vastustaa hoitoyrityksiä. Myös Koski-Jännes (2004) mainitsee miten runsaasti juovat henkilöt eivät tunnista käyttönsä aiheuttamia ongelmia, vaikka omaiset olisivat jo ne havainnetkin. Puheeksi ottaminen saa aikaan vastustelua ja torjumista, kuten tämänkin tutkimuksen tarinoissa kerrottiin. Myös Holmila (2004) kuvaa miten addiktiosta kärsivät usein tyrmäävät läheisten huomautukset tai vaatimukset.

Päihdeongelmaan tarttuminen terveydenhuollossa on tarpeellista, mutta vaikeaa, jos henkilö ei itse sitä halua. Kertomuksissa on inhimillisiä odotuksia ja toiveita vahvasta puuttumisesta ongelmaan, mutta samalla niissä nähdään itsemääräämisoikeuden olemassaolo. Alkoholiongelma on selkeä terveyshaitta, joten ennaltaehkäisy ja ongelman tunnistaminen olisi tärkeää. Suomen perustuslaki (1999) takaa jokaiselle vapauden ja koskemattomuuden, johon ei saa puuttua mielivaltaisesti ilman laillista perustetta. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää, että asiakasta on kohdeltava siten, että ihmisarvoa ei loukata ja

hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Hoitoa voidaan tehdä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, mutta tämä voi myös kieltäytyä hoidosta. Suomessa alkoholinkäyttö käsitetään pitkälti yksityisasiaksi, joka käsitys tuntuu ulottuneen myös terveydenhuoltoon läheisten kertomusten perusteella. Terveydenhuollon vahva ihmisarvon kunnioitus voi jopa estää tarttumisen ongelmaan tai vähentää terveysvalistusta alkoholihaitoista.

Päihdehuoltolaki (1986) antaa tietyt rajat vastoin asiakkaan tahtoa määrättävästä hoidosta, mutta tälle on ankarat perusteet henkeä uhkaavasta terveyden vaarantamisesta. Lähetteen voi tehdä yksikön ylilääkäri ja se on välittömästi alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Käytännössä tätä menettelyä käytetään äärimmäisen harvoin, jos lainkaan päihdepotilaiden hoidossa. Tarinoissa esitettiin toiveita siitä, että alkoholiongelmaan olisi terveydenhuollossa tehokkaammin puututtava. Muutama mainitsi pakkokeinojenkin tarpeellisuuden. Läheisten toiveelle tällaisesta menettelystä ei kuitenkaan ole laillisia perusteita eikä oikeutta.

”Hänellä ei ole vielä haluakaan lopettaa” totesi eräs haastattelemani henkilö. Tämä osoittaa monen muunkin käsityksen siitä, että liikkakäyttäjillä itsellään täytyy olla vahva motivaatio, jotta he hakeutuisivat hoitoon sen vuoksi. Hoidon onnistumista voidaan realistisesti odottaa vasta sitten. Muutokseen vaaditaan aina oma motivaatio ja valmius. Ongelmakäyttäjillä on taipumus aliarvioida ongelmansa ja yliarvioida oma valmiutensa muutokseen (DiClemente ym.2004) sekä kykynsä kontrolloida juomistaan (Rinn ym. 2002). Tarinoiden päihteitä käyttävillä oli havaittavissa ongelman vähättely ja oletus juomisen hallittavuudesta.

Tarinoista ilmenevä käsitys terveydenhuollon huonoista valmiuksista kohdata päihteiden liikkakäyttäjää osoittaa, että ongelmajuojien läheiset eivät saa hädälleen useinkaan vastakaikua. Myös Hänninen (2004) ja Holmila (2004) kuvaavat sitä, miten alkoholistin läheiset jäävät melko yksin ja ilman apua ongelmansa kanssa. Ammattiapua ei osata aina hakea ja sitä voi olla vaikea saada. Kaikki eivät ole saaneet apua myöskään vertaistukiryhmästä, kun taas toisille se on ollut korvaamaton apu selviytymisessä. Tähän tutkimukseen haastatelluista henkilöistä vain yksi oli käynyt alkoholistien läheisille tarkoitetussa vertaistukiryhmässä. Alkoholisti perheen tytär oli jäänyt ilman tukea ja kuuntelijaa jo lapsena ja sama kokemus jatkui vielä aikuisenakin äidin jatkaessa juomistaan. Peltoniemi (2004) kertookin, miten lapsi jää päihdeperheissä usein ilman ketään, jolle puhua asioistaan ja jatkuva epävarmuus on kovin repivää. Aikuinen lapsikin kokee vanhemman alkoholinkäytön ahdistavana.

Ikääntyvät liikaa juovat henkilöt eivät tunnustaneet omaa ongelmakäyttöään ja torjuivat vihaisina huomautukset siitä. Dyson (2007) arvelee, että ongelmakäyttäjillä saattaa olla pelko myöntää avoimesti muiden ihmisten mahdollisten reaktioiden vuoksi. Heillä saattaa myös olla huonoja kokemuksia etenkin hoitohenkilökunnan käytöksestä. Lääkäreiden asenteista oli parhaimmat kokemukset, mutta muu henkilökunta tarvitsisi asenteissa parantamista.

Tarinoissa esiintyy odotuksia siitä, että terveydenhuollon henkilöstön pitäisi ottaa alkoholin liikkäyttö puheeksi normaalien vastaanottokäyntien aikana. Tutkimuksissakin on havaittu puutteita hoitohenkilökunnan tietämyksessä alkoholin käytöstä ja sen terveysvaikutuksista. Vastaanottotilanteissa erityisillä sairauspoliklinikoilla perusterveydenhuollossa vain harvat hoitajat kysyvät alkoholinkäytöstä (Owens ym. 2000). Muuta ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa (tupakointi, ylipaino, liikunta) annetaan paljon yleisemmin kuin alkoholin käytön neuvontaa (Holmqvist ym. 2008a) ja ne ilmenevät sairauskertomuksista paremmin kuin alkoholinkäyttö (Aira ym. 2004). Hoitajilla on hyvät mahdollisuudet perusterveydenhuollossa osallistua alkoholin käytön neuvontaan ja he tiedostavat laillistetun roolinsa neuvonnassa (Aalto ym. 2001). Heitä on kuitenkin vain vähän tiedollisia valmiuksia tähän tehtävään. (Lock ym. 2000). Niillä hoitajilla, joilla on koulutusta alkoholin käytön neuvontaan, on positiivisemmat asenteet (Geirsson ym. 2005).

Eräässä tarinassa mainitaan terveyskeskuslääkäri, joka oli puuttunut miehen alkoholinkäyttöön vastaanotolla ja tarjonnut hoitoa. Tämä lääkäri osoitti valmiutensa kohdata ja tarttua tilanteeseen oikealla tavalla. Lääkärit kokevat valmiutensa hoitajia paremmiksi ja heillä on enemmän auktoriteettia kysyä asiakkailta alkoholin käytöstä (Aalto ym. 2001). Heilläkin kuitenkin on todettu myös haparointia siinä, miten kysyä alkoholinkäytöstä ja miten neuvoa asiakkaita (Holmqvist ym. 2008b). Ongelmana henkilökunta mainitsee myös ajanpuutteen vastaanottotilanteissa ja puutteellisen kyvyn tunnistaa ongelmajoujia, joilla ei ole selviä merkkejä runsaasta käytöstä (Geirsson ym. 2005, Holmqvist 2008a,b). Tämä tuli ilmi eräässä tarinassa, jossa lääkäri oli sanonut vaimolle ettei voi millään uskoa tämän väitettä miehen liikkäytöstä tämän hyvän käytöksen vuoksi. Hoitoa järjestävät tahot ovat olleet hitaita tai vastahakoisia tunnistamaan ikääntyneiden päihdeongelmia ja voimavaroja tämän ikäryhmän hoitamiseen ei ole juurikaan luotu (Benshoff, Harrawood 2003).

Henkilöt, joilla on alkoholiin liittyviä ongelmia, saavat todennäköisemmin neuvontaa juomisen lopettamiseksi. Toisaalta tällaisen neuvonnan ei ole todettu vaikuttavan liiallisen

juomisen vähentämiseen (Moos ym. 2009). Kinsey ym. (2006) mukaan henkilöstö saattaa ohittaa asiakkaiden selvät paljastukset liikakäytöstänsä. Annettu neuvonta saattaa olla epämääräistä ja epäselvää, neuvoja on hyvin kiusaantuneen oloinen ja saattaa änkyttää. Ammattilaisen kiusaantuminen ja välttely ovat suurimpina esteinä keskusteluille perusterveydenhuollossa.

Jos alkoholiongelmaisen läheinen hakee apua, täytyisi terveydenhuollon henkilökunnalla olla valmiuksia hoitoon ohjauksesta. Heidän tulisi kertoa mistä apua saa ja missä tilanteissa se on mahdollista sekä antaa yhteystietoja avun tarjoajista. Tarinat paljastavat, että tukea hoitoonohjaukseen ei ole juurikaan ollut eikä neuvoja ole annettu hoidon saamiseksi. Tänä osoittaa, että terveydenhuollon henkilöstö ei aina ole ajan tasalla paikkakuntansa tarjoamista palveluista. Stakesin raportissa päihdepalvelujen seudullisesta kehityksestä mainitaan ongelmia hoitoonohjaus ja maksusitoumuskäytännöissä, ei niinkään hoitopaikkojen määrässä. Siinäkin suositellaan yhteisiä kriteereitä ja toimintamalleja, jotta kaikki saisivat tasapuoliset ja oikeudenmukaiset palvelut (Kekki, Partanen 2008).

Terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta ja valmiuksien terävöittämisessä antaakseen neuvontaa myös alkoholia liikaa käyttäville asiakkailleen. Alkoholin liikakäyttö koskettaa suurta määrää ihmisiä, joita terveydenhuollon henkilöstö kohtaa työssään. Ikääntyneiden päihdeongelma jää usein pimentoon, kuten tämä tutkimus osoittaa. Henkilöt eivät itse kerro runsaasta käytöstään, jos ei ole pakko. Tällöin terveydenhuollon tehtävänä voisi olla käytäntö, jossa muun terveystieteen yhteydessä myös alkoholinkäytöstä kysytään ja kerrotaan liikakäytön rajat. Tarinoissa ilmenevä käsitys henkilöstön osoittamasta vastenmielisyydestä ja torjunnasta saattaa johtua taitamattomuudesta kohdata päihteiden käyttäjiä ja tietämättömyydestä palveluiden saatavuudesta. Lääkäreiden ja hoitajien koulutuksella voidaan muuttaa heidän asenteitaan ja taitojaan työskennellä alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmatilanteiden kanssa (Bendtsen, Åkerlind 1999, Fucito ym. 2003). Koulutukseen tulisikin sisällyttää alkoholihistorian tiedustelu, tieto suositusrajoista, taito käyttää eri menetelmiä mittaamisessa (esim. AUDIT) ja tietoisuus palveluista joiden piiriin voi ohjata liikakäyttäjiä (Owens ym. 2000, Aalto ym.2001). Terveydenhuollon henkilöstö tarvitsee lisää valmiuksia ja rohkeutta päihteiden käytön puheeksi ottamiseen (Kallio 2009).

Koski-Jännes (2004) kuvaa miten päihteiden käyttö voidaan ottaa puheeksi. Henkilölle voi kertoa esim. päihdelinkin sivustoista, joilla voi käydä tarkistamassa käyttömääränsä, samoin

kannattaa kertoa päihteiden liikkakäytön rajat ja terveydelliset haittavaikutukset. Tarkoituksena on herätellä asiakkaan omaa motivoitumista tarjoamalla neuvoja tuomitsematta, syyllistämättä tai leimaamatta. Motivoiva haastattelu on menetelmä, jolla on hyväksi havaittu menetelmä, jossa asiakkaan omaa motivaatiota muutokseen pyritään herättelemään. Lähtökohtana on asiakkaan tietoisuuden ja ratkaisukeinojen käyttöönotto ja tukeminen muutostilanteissa (Levensky ym. 2007).

Johtopäätöksenä pohdinnasta voidaan todeta, että ikääntyvän henkilön runsas alkoholinkäyttö on alkanut yleensä jo vuosikymmeniä sitten lisääntyen vähitellen. Perheellinen henkilö saattaa kyetä huolehtimaan työstä ja perheestä mallikkaasti, mutta eläköitymisen jälkeen juominen saattaa muuttua jokapäiväiseksi. Riippuvuus alkoholista aiheuttaa perheessä ongelmia ja ahdistusta läheisille ihmisille. Alkoholilla on aina kolmas osapuoli avioliitossa ja aikuisille lapsillekin vanhemman alkoholinkäyttö on erittäin ahdistavaa. Itsemääräämisoikeus antaa oikeuden juoda ja tekee mahdolliseksi asiaan puuttumisen sekä perheessä että terveydenhuollossa. Asiakas voi vähätellä alkoholinkäyttöään tai kieltää sen täysin asioidessaan terveydenhuollossa, jolloin ongelmaan tarttuminen on vaikeaa. Siksi seulontaa ja neuvontaa pitäisikin tehdä järjestelmällisesti myös ikääntyneiden henkilöiden kohdalla. Terveydenhuollon henkilöstä saadut negatiiviset kokemukset alkoholista johtuvien asiointien yhteydessä osoittavat, että koulutusta ja harjoittelua tarvitaan. Tieto ja koulutus antavat varmuutta ja rohkeutta terveysneuvontaan. Henkilöstön täytyy osata kertoa asiakkaille alkoholin suositusrajoista, tehdä audit-seulonta vastaanottokäynnin yhteydessä. Heillä täytyy olla myös tietoa oman paikkakunnan päihdehoidon mahdollisuuksista. Oma terveyskeskus on ensisijainen avun etsimisen paikka, joten perusterveydenhuollon tietopohjaa tulee lisätä. Alkoholien liikkakäyttö on piilevä ongelma, josta vaikenemisesta täytyy luopua. Päihteitä käyttävien henkilöiden läheisten kannanotot ovat tärkeitä kehitettäessä terveydenhuoltoa kohtaamaan erilaisissa tilanteissa olevia ihmisiä. Ammatillinen suhtautuminen, kuunteleminen, empaattisuus ja palveluohjaus ovat perusteita, joilta pohjalta lähteä.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia perusterveydenhuollon henkilöstön ikääntyville henkilöille antamaa neuvontaa alkoholin käytöstä. Ikääntyneiden päihteiden liikkakäytön ja lääkityksen sekakäytön todellisuutta olisi myös mielenkiintoista tutkia, samoin sitä miten terveydenhuollossa nämä huomioidaan. Hyvien käytäntöjen luominen perusterveydenhuoltoon voisi tuoda ikääntyneidenkin ulottuville ajankohtaista tietoa.

7. TUTKIMUKSEN LUOETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN ARVIOINTI

7.1. Luotettavuus

Perinteisesti tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta eli validiutta arvioidaan toistettavuudella ja ilmiön mittaamisella. Luotettavuudessa on kysymys totuudesta ja objektiivisesta tiedosta (Tuomi ja Sarajärvi 2006,131). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan eri menetelmin. Konstruktivistiseen ajattelutapaan perustuvaa narratiivista tutkimusta ei voida arvioida perinteistä tieteellistä validiteetti-reliabiliteetti näkökulmista (Heikkinen 2007,152) eikä sille ole perinteistä keinoa luotettavuuden todistamiseksi (Silverman 2005,211).

Luotettavuuden lisäämiseksi Silverman (2005,249) suosittelee laadullisen tutkimuksen tekijälle tutkimuspäiväkirjan tarkkaa pitämistä koko tutkimusprosessin aikana. En pitänyt varsinaista erillistä tutkimuspäiväkirjaa, mutta kirjoitin jokaisen tutkimusprosessin vaiheen aina ylös tekstinkäsittelyohjelmaan tutkimustyön edetessä. Aloitin työn jo ensimmäisen haastattelun jälkeen, jotta ajatukset olisivat tuoreena muistissani. Lisäsin hajanaisia ajatuksia otsikoiden alle vähitellen aina niitä saadessani. Muun elämän ohessa aivot raksuttivat myös tutkimustyötä ja ajatuksia heräsi milloin missäkin tilanteessa. Kirjoittelin niitä ylös tarkempaa miettimistä varten lappusille. Monenlaisia paperille käsin kirjoitettuja ”töherryksiä” ja muistutuksia, seinälle teipattuja muistioita ja lukemattomia erillisiä tiedostoja tietokoneelle syntyi tutkimuksen aikana. Nämä muistilappuset ja paperipinot työhuoneessani ovat lähimpänä tutkimuspäiväkirjaa.

Laadulliselta tutkimukselta odotetaan sen sisäistä johdonmukaisuutta. Tutkijan täytyy kyetä antamaan luotettava selitys aineiston kokoamisesta, jolloin tulokset tulevat selvemmiksi ja ymmärrettävimmiksi lukijalle. Tutkijan on annettava riittävästi tietoa lukijalle koko tutkimuksen vaiheistuksesta, omista pohdinnoistaan, valinnoistaan sekä päätöksiin johtaneista seikoista. Tutkijan on itse perustellen arvioitava miksi hänen tutkimusraporttinsa on luotettava (Tuomi ja Sarajärvi 2006,138). Olen pyrkinyt kirjoittamaan auki tutkimusprosessin vaiheet mahdollisimman tarkasti kertoen vaiheittain tutkimusprosessin ja analyysin etenemisen. Kertomuksen ja tarinoiden tulkintaa pohdin pitkään saadakseni aidosti esille mahdollisimman paljon aineistosta.

Tutkimusprosessissa aineistolähtöisyys ja reflektio perustuvat aineistosta nouseviin ajatuksiin ja niiden kautta tuotettuihin ratkaisuihin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan

sen perusteella, miten se esim. tuottaa käyttökelpoisia teorioita ja tutkija voi olla tyytyväinen tuloksiinsa vasta, kun sen jokainen osa voidaan yleistää (Silverman 2005, 215,229). Narratiivinen analyysi on aina yksilöllinen näkemys ilmiöstä jota sinällään ei voida yleistää suurempaan tutkimusjoukkoon. Tämän tutkimuksen narratiiveissa ilmeni omia erityispiirteitä kussakin kertomuksessa, mutta myös paljastui samantapaisia kokemuksia eri konteksteissa koettuina. Narratiivisia tarinoita ei voida sellaisenaan yleistää kaikkien vastaavia kokemuksia omaavien henkilöiden kokemuksiin. Haastattelemani henkilöt kertoivat kokemuksistaan juuri tätä tutkimusta varten ja tarinoiden yleistämiseksi pitäisi aihetta tutkia laajemmalla osallistujamäärällä.

Tutkijan täytyy voida vakuuttaa itsensä ja yleisönsä siitä, että hänen löytönsä perustuvat kriittiseen tutkimusaineiston tutkimiseen. Tutkija voi ratkaista tämän ongelman yrittämällä kumota aikaisempia esiolettamuksia ilmiöstä saavuttaakseen objektiivisuutta (Silverman 2005,211-222). Omaa esiymmärrystä käsittelemästäni ilmiöstä kuvailin rehellisesti ja kaunistelematta. Koen tämän työn kautta näkeväni päihteidenkäyttäjät hieman eri näkökulmasta kuin ennen, vaikka monet tulokset eivät minua yllättäneetkään. Tiedostan entistä selvemmin lisäkoulutuksen tarpeen kyseisen ilmiön kohdalla perusterveydenhuollossa. Laineen (2001) mukaan tutkimus on onnistunut, mikäli sen avulla saatujen tulosten perusteella tutkitun ilmiön näkeminen ja ymmärtäminen on aiempaa helpompaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden parantamisessa ovat aineistonkeruutekniikat ja analyysimenetelmät kehittyneet. Luotettavuuden varmistamiseksi tutkijan on käytettävä riittävästi aikaa tutkimuksen tekemiseen. Julkisuuden vaatimus merkitsee sitä, että tutkijan on raportoitava yksityiskohtaisesti tutkimuksen eri vaiheet ja kollegoiden on voitava arvioida tutkimusta (Tuomi ja Sarajärvi 2006,139). Olen pyrkinyt kuvaamaan analyysin etenemisen ja sen tulokset yksityiskohtaisesti lukijalle. Aika, jonka olen käyttänyt tämän tutkimuksen tekemiseen, on ollut mielestäni riittävä. Vaikka olen ollut koko opiskelun ajan työelämässä täysiaikaisesti, ei se ole haitannut tämän tutkimuksen tekoa. Lähinnä työ on pakottanut irrottautumaan, pitämään taukoa kirjoittamisessa ja ottamaan etäisyyttä tekstiin ja silloin on ehtinyt syntyä myös uusia ajatuksia ja oivalluksia.

Tutkimusraportin tekstin tulisi luoda kokemus todellisuudesta ja tekstin tulisi puhutella tunnekokemuksena siten, että lukija voi eläytyä päähenkilön asemaan ja ymmärtää päätelmiä, joita tutkija on tehnyt (Heikkinen 2007,153). Olen pyrkinyt välittämään tekstissä

mahdollisimman aidosti sen minkä haastateltavat minulle kertoivat. Siksi olen sisällyttänyt tekstiin paljon alkuperäisiä ilmauksia, jotka antavat narratiivien tulkinnalle perusteita. Toivon, että olen voinut välittää lukijalle sen syvän kokemuksen, jonka itse sain kuunnellessani haastattelemieni henkilöiden kokemuksia ja lukiessani haastatteluista tekemiäni tekstejä.

7.2. Eettisyys

Eettisyyteen kuuluu terveystieteiden tutkimuksessa aiheen valinnan oikeutus, sillä tutkimuksen on rakennettava terveystieteiden tietopohjaa (Tuomi, Sarajärvi 2006,129). Ikääntyneiden henkilöiden alkoholin käyttö on piilossa oleva ongelma, jonka esille tuleminen on mielestäni tärkeää huomioida tulevaisuudessa erilaisissa terveydenhuollon toimipisteissä. Erityisesti perusterveydenhuolto kohtaa liiallisen alkoholinkäytön aiheuttamia tilanteita ikääntyneiden ja heidän perheidensä elämässä. Tarkoituksena oli tuoda uusia näkökulmia ja ajattelun aihetta perusterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhuoltoalan ammattilaisille näkökulmasta, jota ei aina ole huomattu ottaa huomioon asiakkaita kohdatessa.

Narratiivisen tutkimuksen eettisyyden vaatimuksissa keskeistä on osallistujien vapaaehtoisuus ja tietoon perustuva suostumus tutkimukseen (Hänninen 2008). Tutkittavat on valittu harinnanvaraisen näytteen kautta henkilöistä, jotka ovat läheisesti eläneet tutkittavan ilmiön keskellä. Henkilökohtaisesti tapaamiltani henkilöiltä sain kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. Kaikki osallistuivat vapaaehtoisesti haastatteluun. Tutkittavat myös saivat tietää etukäteen mitä tutkimusta ollaan tekemässä ja mistä asioista ollaan kiinnostuneita. Tutkittavan on oltava selvillä tutkimuksen tavoitteista ja menetelmistä etukäteen ja häneltä on saatava vapaaehtoisuuteen perustuva suostumus osallisuudestaan (Tuomi ja Sarajärvi 2006, 128-129). Allekirjoitettua suostumuslomaketta käytettiin tapaamieni henkilöiden kohdalla (Kylmä ja Juvakka 2007,148-149) ja kaksi puhelinhaastattelua tapahtui asianomaisten vapaasta tahdosta.

Luottamuksellisuuden säilyttämiseksi tutkimusaineistoon ei saisi päästä käsiksi kuin rajoitettu määrä ihmisiä (Silverman 2005,261). Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto oli vain omassa käytössäni aineiston keruusta sen analysointiin saakka. Haastattelutilanteet oli järjestetty siten, että pyrin luomaan luottamuksellisen suhteen tutkittavan kanssa. Tutkija on aina osa tutkittavan elämismailmaa. Tällöin tutkijan tulee pyrkiä ymmärtämään tutkittavaa siinä yhteydessä missä hän on. Kerroin jotain heille myös omasta kokemuksestani aiheesta, koska

halusin heidän tietävän aiheen olevan minulle tuttu samantapaisen kokemusmaailman kautta. Tutkijan ja tutkittavan luottamuksellinen suhde lisää tutkimuksen luotettavuutta (Lukkarinen 2003). Koin haastattelutilanteet luonteviksi ja luottamuksellisiksi aiheen herkkyydestä huolimatta. Ilmiöstä keskusteltiin asiallisesti ja henkilöt analysoivat kokemuksiaan kertoessaan eri tilanteista elämässään.

Haastatteluissa vakuutin, että kunkin henkilön anonymiteetti säilyy ja vastauksia käsitellään siten, että kukaan ei ole niistä tunnistettavissa raporttitekstistä eikä ketään voida annetuilla tiedoilla vahingoittaa (Hänninen 2008). Nimet häivytin heti litterointivaiheessa muuttamalla ne ensin toiseksi ja lopulta kirjoittamisvaiheessa koodaamalla ne tunnisteella. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu, että tutkittavien anonymiteetin tulee säilyä tutkimuksen aikana ja oikeita nimiä ei saa tulla esille (Silverman 2005,261, Hänninen 2008).

Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys ovat hyvän tutkimuksen piirteitä (Tuomi ja Sarajärvi 2006,124). Tutkijan on perusteltava menetelmällisiä ratkaisujaan eettiseltä pohjalta (Kylmä ja Juvakka 2007,146) ja noudatettava tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu tiedeyhteisön tapojen noudattaminen, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksessa ja tulosten esittämisessä, avoimuus sekä muiden tutkijoiden tulosten huomioonottaminen (Tuomi ja Sarajärvi 2006,130). Olen pyrkinyt esittämään yksityiskohtaisesti tutkimuksen toteutuksen ja analyysin eri vaiheet raportissani. Raportissa pyrin kuvaamaan mahdollisimman kattavasti koko aineistoni esille tuomat tarinoiden yksityiskohdat.

Aineiston kerääminen, metodologiset valinnat ja tutkimuksen vaiheiden kuvailu paljastavat tutkijan arvomaailmaa ja moraaliset valinnat vaihe vaiheelta. Tutkimuksen raportointi (Tuomi ja Sarajärvi 2006,125) ja tuotetun tiedon arviointi (Kylmä ja Juvakka 2007,144) kuuluvat myös eettiseen pohdintaan. Tutkimuksen lähtökohdat kohoavat aina silloin merkityksellisiksi, kun tutkittava kohde on ihminen ja hänen inhimillinen toimintansa. Laine (2001) kuvaa sitä, että tutkimuksen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Lisäymmärryksemme avulla voimme selvittää todellisuuden ongelmia ja sitä kautta kehittää inhimillistä toimintaamme aina parempaan suuntaan. Tähän olen tutkimuksellani pyrkinyt ottamalla esille vaietun asian ikääntyvien elämässä.

Tutkijan eettisiä ratkaisuja osoittaa tutkimusaiheen valinta, tutkijan vastuu tulosten soveltamisesta, tiedonhankintatavat ja tutkittavien ihmisoikeuksien kunnioittaminen (Tuomi

ja Sarajärvi 2006,128-129). Ihmisoikeuksien kunnioittaminen on kaiken ihmisiin kohdistuvan tutkimustoiminnan perusta, jossa on suojattava heidän oikeuksiaan, vältettävä haittoja ja oltava oikeudenmukainen käsiteltäessä ihmisten henkilökohtaiseen elämänpiiriin ja kokemuksiin perustuvaa aineistoa (Kylmä ja Juvakka 2007,147). Tutkimusaiheen valinta oli tietoinen kannanotto vaikean ja vaietun asian esille tuomiseksi näkökulmasta, jota ei ensimmäiseksi pidetä ensiarvoisena. Moni ikääntyvä henkilö elää parisuhteessa, jossa toinen henkilö käyttää runsaasti alkoholia. Väheksymättä ikääntyneitä itseänsä tiedonantajina totean kuitenkin, että arvioni ongelman vaikenemisesta pitää paikkansa ja tietolähteenä todellisesta tilanteesta ovat läheiset ensiarvoisia.

Tutkimusprosessin reflektoinnilla tutkija kykenee perustelemaan omat ratkaisunsa tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tarvittaessa tutkija palaa takaisin alkuperäisiin haastatteluihin, jotta voi varmistaa tulkintojensa vastaavuuden ja tutkimuksensa luotettavuuden. Aineiston analyysiprosessissa on myös suojeltava haastateltavaa eikä raportointivaiheessa saisi tunnistaa ketään lainattavista teksteistä (Kylmä ja Juvakka 2007,153-155). Raportoinnissa on pyritty häivyttämään kaikki sellainen henkilöiden, paikkojen tai asioiden tunnistamisen mahdollisuus, jossa anonymiteetti vaarantuisi. Alkuperäiset haastattelutekstit olivat pitkään analyysivaiheessa mukana, jotta saatoin havaita niiden tuomat tarinat ja temaattiset kokonaisuudet oikein esille.

POHDINTA

”Niin kauan kun mäkään en puhu tästä näin merkittävistä kokemuksista tää järjestelmä ei muutu.” (H6)

Tämä kannanotto kuvaa haastattelemani henkilön ajatusta siitä, miten oman kokemuksen kertominen voi muuttaa jopa jäykkää ja organisoitua järjestelmää. Se herättää toivoni mukaan ajatuksia ja avartaa näkökulmaa jokaisen lukijan kohdalla. Toivon, että olen voinut välittää kertomuksen tarinat mahdollisimman autenttisenä ja niin koskettavana, kun itse ne koin näiden narratiivisten tarinoiden kautta.

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut erittäin mielenkiintoista ja haastavaa. Aiheen valinta epäilytti minua ja vielä enemmän ohjaajiani vielä aloittaessani tutkimusta. Heti ensimmäisestä haastattelusta lähtien sain kuitenkin kokea voimaannuttavan tunteen, joka vei tutkimusprosessin loppuun saakka. Olen iloinen, että valitsin henkilökohtaiset haastattelut ja narratiivisen tutkimusmetodin. Haastattelemani naisten kanssa käyty dialogi oli intensiivistä ja aineiston narratiivien analysointivaiheessa koin ”*flow-tunteen*” tempaavan minut otteeseensa. Tarinat pulppusivat ja muotoutuivat aineistosta saavuttaen lopulta kertomuksen muodon neljän narratiivisen tarinan kautta. Vaikka tarinoiden etsimisessä olikin välillä haparointia ja useita eri välivaiheita, syntyi aineiston kertomus selkeästi mielessäni jo aineiston lukemisen alkuvaiheessa. Tutkimustyön prosessi eteni koko ajan sykäyksittäin, välillä nopeammin ja välillä hitaammin.

Minulle vahvistui kuva vahvoista naisista, jotka ovat päättäneet kulkea tien loppuun saakka omasta ajoittaisesta uupumisesta ja ”hermojen menetyksestä” huolimatta. ”*Minkä teet yhdelle näistä pienimmistä, sen teet minulle*” on eräs alkoholistin läheinen kerran minulle aikoinaan todennut hoitaessaan miestään tämän kunnan romahdettua pitkäaikaisen alkoholinkäytön ja sairauksien uuvuttamana. Tämä lausahdus oli johtolankana kuunnellessani kertojia. Ihmettelen ja kunnioitan näitä ihmisiä, jotka eivät laske kärsimyksiään vaan sisimmässään ovat päättäneet, että ”*kaikki se kärsii ja kaikki se uskoo ja kaikki se toivoo*”. Perheenjäsenen ilmeisestä addiktio-ongelmasta ja monista vaikeuksistaikin huolimatta heidän elämässään on paljon muitakin asioita, jolloin läheisen juomaongelma on vain yksi osa elämää.

Tämä tutkimus on tärkeä kannanotto ikääntyvien alkoholin suurkuluttajien tarpeesta saada neuvontaa ja hoitoa perusterveydenhuollossa. Ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien määrän odotetaan kasvavan ja myös yhteiskunnalliset ongelmat tulevat ilmi entistä selkeämmin.

Hoitohenkilökunta tulee kohtaamaan entistä useammin ikääntyneitä henkilöitä, joilla on ongelma päihteiden käytössä ja he joutuvat ottamaan kantaa työssään siihen, miten suhtautua näihin henkilöihin. Perusterveydenhuollossa ei voida kääntää selkää kenellekään apua tarvitsevalle ja ikääntyvien kohdalla tämä on erityisen ajankohtaista. Neuvonnan, ohjauksen ja avun tarjoaminen ei saisi loppua siihen, kun ihminen jää eläkkeelle. Perusterveydenhuollon hoitajilla ja lääkäreillä on erinomaiset mahdollisuudet keskustella alkoholinkäytöstä normaalien asiakaskontaktien yhteydessä. Tämän mahdollisuuden käyttäminen osoittaa kokonaisvaltiasta hoitoa ja huolenpitoa asiakkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden edistäminen ja vahvistaminen auttaa jokaista ikääntynyttäkin ja antaa mahdollisuuden elää täyttä elämää. Samalla on tiedostettava ihmisten oikeus määrätä itse omasta elämästään ja kantaa vastuu niiden päätösten tuomista seurauksista.

LÄHTEET

Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001;96:305-311.

Abramson JL, Williams SA, Krumholz HM, Vaccariano V. Moderate alcohol consumption and risk of heart failure among older persons. *JAMA* 2001;285(15):1971-1977.

Adams WL. Interactions between alcohol and other drugs. *Int J Addict* 1995;30(13-14):1903-1923.

Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med* 2004;38(

Aira M, Hartikainen S, Sulkava R. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(7):680-685.

A-klinikkasäätiö [www-dokumentti] [haettu 1.11.2009] <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/index.html>

Alasuutari P. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 2001.

Alkoholiohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demeyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lpine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer MC, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109 (420): 55–64.

Anttila T, Helkala E-L, Viitanen M, Kåreholt I, Fratiglioni L, Winblad B, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A, Kivipelto M. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ* 2004;329(7465):539.

Athyros VG, Liberopoulos EN, Mikhailidis DP, Papagerorgiou AA, Ganotakis ES, Tziomalos K, Kakafika AI, Karagiannis A, Lambropoulos S, Elisaf M. Association of drinking pattern and alcohol beverage type with the prevalence of metabolic syndrome, diabetes, coronary heart disease, stroke, and peripheral arterial disease in a Mediterranean cohort. *Angiology* 2008;58(6):689-697.

AUDIT – Alkoholinkäytön riskit. [www-dokumentti] [haettu 13.12.2009] <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Bacharach S, Bamberger PA, Sonnenstuhl WJ, Vashdi D. Aging and drinking problems among mature adults: the moderating effects of positive alcohol expectancies and workforce disengagement. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(1):151-159.

Beck CA, Williams J VA, Wang JL, Kassam A, El-Guebaly N, Currie SR, Maxwell CJ, Patten SB. Psychotropic Medication Use in Canada. *Can J Psychiatry* 2005;50(10):605–613.

Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use:

qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325(7369):870.

Bendtsen P, Åkerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol & Alcoholism* 1999;34(5):795-800.

Benshoff JJ, Harrawood LK. Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation* 2003;69(2):43-48.

Beulens JWJ, Stolk RP, Van Der Schouw YT, Grobbee DF, Hendriks HFJ, Bots ML. Alcohol consumption and risk of type 2 diabetes among older women. *Diabetes Care* 2005;28(12):2933-2938.

Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. Review. *Lancet Oncol* 2006;7:149-156.

Brennan PL, Schutte KK, Moos RH. Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction* 2005;100(6):777-786.

Breslow RA, Faden VB, Smothers B. Alcohol consumption by elderly Americans. *J Stud Alcohol* 2003;64(6):884-892.

Brown RL, Dimond AR, Hulisz D, Saunders LA, Bobula JA. Pharmacoepidemiology of potential alcohol-prescription drug interactions among primary care patients with alcohol-use disorders. *J Am Pharm Assoc* 2007;47(2):135-139.

Brügger-Andersen T, Pönitz V, Snapinn S, Dickstein K. Moderate alcohol consumption is associated with reduced long-term cardiovascular risk in patients following a complicated acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2009;133(2):229-232.

Bursley K, Eisenberg MJ, Zhang X, Pilote L. Bleeding complications associated combinations of aspirin, thienopyrimidine derivatives and warfarin in elderly patients following acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2005;165(7):784-789.

Carlsson S, Grill V, Hammar N, Kaprio J. Alcohol consumption and the incidence of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(10):2785-2790.

Chase SE. Narrative inquiry. Multiple lenses, approaches, voices. Teoksessa Denzin LK, Lincoln Y. (eds.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 2000.

Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med* 2004;38(5):613-619.

Conigrave KM, Rimm EB. Alcohol for the prevention of type 2 diabetes mellitus? *Treat Endocrinol* 2003;2(3):145-152.

Coutinho ES, Fletcher A, Bloch KV, Rodrigues LC. Risk factors for falls with severe fracture in elderly people living in a middle-income country: a case control study. *BMC Geriatr* 2008;8:21.

DeEugenio D, Kolman L, DeCaro M, Andrel J, Chervoneva I, Duong P, Lam L, McGowan C, Lee G, DeCaro M, Ruggiero N, Singhal S, Greenspon A. Risk of major bleeding with concomitant dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention in patients receiving long-term warfarin. *Pharmacotherapy* 2007;27(5):691-696.

de Jong HJ, de Goede J, Oude Griep LM, Galeijns JM. Alcohol consumption and blood lipids in elderly coronary patients. *Metabolism* 2008;57(9):1286-1292.

den Heijer T, Vermeer SE, van Dijk EJ, Prins ND, Koudstaal PJ, van Duijn CM, Hofman A,

- Breteler M MB. Alcohol intake in relation to brain magnetic resonance imaging findings in older persons without dementia. *Am J Clin Nutr* 2004;80(4):992-7.
- Djoussé L, Gaziano JM. Alcohol Consumption and Risk of Heart Failure in the Physicians' Health Study I. *Circulation* 2007;115(1):34-39.
- Demers A, Bisson J, Palluy J. Wives' convergence with their husbands' alcohol use: Social conditions as mediators. *J Stud Alcohol* 1999;60(3):368-377.
- DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict* 2004;13(2):103-119.
- Ding J, Eigenbrodt ML, Mosley TH Jr, Hutchinson RG, Folsom AR, Harris TM, Nieto FJ. Alcohol Intake and Cerebral Abnormalities on Magnetic Resonance Imaging in a Community-Based Population of Middle-Aged Adults. : the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Stroke* 2004;35(1):16-21.
- Dorn JM, Hovey K, Williams BA, Freudenheim JL, Russell M, Nochajski TH, Trevisan M. Alcohol drinking pattern and non-fatal myocardial infarction in women. *Addiction* 2007;102(5):730-739.
- Dyson J. Experiences of alcohol dependence: a qualitative study. *J Fam Health Care* 2007;17(6):211-214.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing* 2008;62(1):107-115.
- Emberson JR, Shaper AG, Wannamethee SG, Morris RW, Whincup PH. Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: Accounting for intake variation over time. *Am J Epidemiol* 2005;161(9):856-863.
- Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. *J Women Aging* 2007;19(1-2):31-48.
- Eskola J. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: PS-kustannus, 2007,159- 178.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino, 2005.
- Fink A, Morton SC, Beck JC, Hays RD, Spritzer K, Oishi S, Moore AA. The alcohol-related problems survey: identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(10):1717-22.
- Freiberg MS, Cabal HJ, Heeren TC, Vasan RS, Curtis Ellison R. Alcohol consumption and the prevalence of the Metabolic Syndrome in the US.: a cross-sectional analysis of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care* 2004;27(12):2954-2959.
- Fucito L, Gomes B, Murnion B, Haber P. General practioners' diagnostic skills and referral practices in managing patients with drug and alcohol-related health problems: implications for medical training and aducation programmes. *Drig Alcohol Rev* 2003;22(4):417-424.
- Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol. *Alcohol Alcohol* 2005;40(5):388-393.
- Grant JD, Heath AC, Bucholz KK, Madden PA, Agrawal A, Statham DJ, Martin NG. Spousal

concordance for alcohol dependence: evidence for assortative mating or spousal interaction effects? *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(5):717-728.

Haarni I, Hautamäki L. Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus, 2008.

Hajat S, Haines A, Bulpitt C, Fletcher A. Patterns and determinants of alcohol consumption in people aged 75 years and older: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Age Ageing* 2004;33(2):170-177.

Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, Ruby CM, Schmader KE. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2003;1(2):82-89.

Hallikainen T. Geenit lisäävät riskiä sairastua alkoholismiin ja vaikuttavat juomatapoihin. Itä-Suomen yliopisto: Väitöskirjatiedote. 2009. [haettu 13.12.2009] <http://www.terveysportti.fi/>

Heikkinen HTL. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: PS-kustannus, 2007,142-158.

Holmila M. Läheisen ratkaisut. Teoksessa Holmila M, Kantola J. (toim.) Pullonkauloja – kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Jyväskylä: Gummerus, 2004:79-95.

Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Rommelsjö A, Geirsson M, Nilsen P. Asking patients about their drinking: a national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addictive Behaviors* 2008a;33:301-314.

Holmqvist M, Hermansson U, Nilsen P. Towards increased alcohol intervention activity in Swedish occupational health service. *IJOMEH* 2008b;21(2):179-187.

Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15;1277-1288.

Hyman Z. Brief interventions for high-risk drinkers. *J Clin Nurs* 2006;15(11):1383-1396.

Hänninen V. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, 2002.

Hänninen V. Omaiskertomusten opettamaa. Teoksessa Koski-Jännes A, Hänninen V. (toim.) Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki: Kirjapaja Oy, 2004,104-113.

Hänninen V. Narratiivisen tutkimuksen eettiset haasteet. Teoksessa Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H (toim.) Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45. Kopijyvä: Kuopio, 2008,121-137.

Iiomäki J, Korhonen MJ, Enlund H, Hartzema AB, Kauhanen J. Risk drinking behavior among psychotropic drug users in an aging Finnish population. The FinDrink Study. *Alcohol* 2008;42(4):261-267.

Jackson VA, Sesso HD, Buring JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and mortality in men with preexisting cerebrovascular disease. *Arch Intern Med.* 2003;163(10):1189-1193.

Janszky I, Mukamal KJ, Orth-Gomér K, Romelsjö A, Schenck-Gustafsson K, Svane B, Kirkeeide RL, Mittleman MA. Alcohol consumption and coronary atherosclerosis progression - the Stockholm female coronary risk angiographic study. *Atherosclerosis* 2004;176(2):311-319.

Järvenpää T, Rinne JO, Koskenvuo M, Räihä I, Kaprio J. Bingle drinking in midlife and dementia risk. *Epidemiology* 2005;16(6):766-771.

- Kallio H. Päihdeongelmiin puuttuminen vaatii rohkeutta. *Sairaanhoitaja* 2008;82:32-33.
- Kanis JA, Johansson H, Johnell O, Oden A, De Laet C, Eisman JA, Pols H, Tenenhouse A. Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporos Int* 2005;16(7):737-742.
- Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Järvinen M, Vuori I. Fall-related injuries and deaths among older adults. *JAMA* 1999; 281(20):1895-1899.
- Karhunen S-L. Päihdepalvelut. Kuntatiedon keskus. [julkaissut Marketta Kauristo 03.07.2007]. 2007 [haettu 1.11.09] http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;105654;123881
- Kauhanen J, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen JT. Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *BMJ* 1997;315(7112):846-851.
- Kaukonen J-P, Nurmi- Luthje I, Luthje P, Naboulsi H, Tanninen S, Kataja M, Kallio M-L, Leppilampi M. Acute alcohol use among patients with acute hip fractures: a descriptive incidence study in Southeastern Finland. *Alcohol Alcohol* 2006;41(3):345-348.
- Kekki T, Partanen A. Päihdepalveluiden seudullinen kehitys 2008. *Stakes, Työpapereita* 38/2008.
- Kinsey A, McCormick BA, Cochran NE, Back AL, Merrill JO, Williams EC, Bradley KA. How primary care providers talk to patients about alcohol. *J Gen Intern Med* 2006;21:966-972.
- Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, Oslin DW, Sanchez HA, Durai NB, Miles KM, Llorente MD, Costantino G, Levkoff S. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007;22(1):92-97
- Kivipelto M, Rovio S, Ngandu T, Kåreholt I, Eskelinen M, Winblad B, Hachinski V, Cedazo-Minguez A, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A. Apolipoprotein E ε4 Magnifies Lifestyle Risks for Dementia: A Population Based Study. *J Cell Med* 2008;12(6B):2762-2771.
- Kool B, Ameratunga S, Robinson E, Crengle S, Jackson R. The contribution of alcohol to falls at home among working-aged adults. *Alcohol* 2008;42(5):383-388.
- Koppes LLJ, Bouter LM, Dekker JM, Heine RJ, Hendriks HFJ. Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005a;28(3):719-725.
- Koppes LL, Dekker JM, Hendriks HF, Bouter LM, Heine RJ. Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care* 2005b;28(3):719-725.
- Koski-Jännes A. Miten riippuvuus voitetaan. *Keuruu: Otava*, 1998,24-34.
- Koski-Jännes A. Miten puhua alkoholi-ongelmasta. Teoksessa Koski-Jännes A, Hänninen V. (toim.) *Läheiseni on päihdeongelmainen*. Helsinki: Kirjapaja Oy, 2004,129-135.
- Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterweger B, Haidekker A, Pavlic M, Kemmler G, Fleischhacker WW. Alcohol and benzodiazepines in falls: an epidemiological view. *Drug Alcohol Depend* 2005;79(2):225-230.
- Kuula A. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino, 2006.
- Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita, 2009.

- Laine T. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: Ps-kustannus, 2007,28-45.
- Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993-2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 14/2008. Helsinki, 2008.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Lang I, Wallace RB, Huppert FA, Melzer D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age and Aging* 2007;36:256-261.
- Levensky ER, Forcehimes A, O' Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing. *Am J Nurs* 2007;107(10):50-58.
- Lieblich A, Tuval-Mashiach R, Zilber T. Narrative research. Reading, analysis and interpretation. California: Sage, 1998.
- Lindblad CI, Hanlon JT, Gross CR, Sloane RJ, Pieper CF, Hajjar ER, Ruby CM, Schmader KE. Clinically important drug-disease interactions and their prevalence in older adults. *Clin Ther* 2006; 28(8):1133-1143.
- Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care, *J Adv Nurs* 2002;39(4):333-342.
- Luchsinger JA, Tang MX, Siddiqui M, Shea S, Mayeux R. Alcohol intake and risk of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(4):540-546.
- Lucey MR, Hill EM, Young JP, Demo-Dananberg L, Beresford TP. The influences of age and gender on blood ethanol concentrations in healthy humans. *J Stud Alcohol* 1999;60(1):103-110.
- Lukkarinen H. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä Juva: WSOY, 2003, 116-164.
- Malinski MK, Sesso HD, Lopez-Jimnez F, Buring JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men. *Arch Intern Med* 2004;164(6):623-628.
- Mcguire LC, Ajani UA, Ford ES. Cognitive functioning in late life: The impact of moderate alcohol consumption. *Ann Epidemiol* 2007;17(2):93-99.
- Meier P, Seitz HK. Age, alcohol metabolism and liver disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008;11(1):21-6.
- Mehling K, Skoog I, Guo X, Schütze M, Gustafson D, Waern M, Östling S, Björkelund C, Lissner L. Alcohol beverages and incidence of dementia: 34-year follow-up of the prospective population of women in Göteborg. *Am J Epidemiol* 2008;167(6):684-691.
- Merrick EL, Horgan CM, Hodgkin D, Garnick DW, Houghton SF, Panas L, Saitz R, Blow FC. Unhealthy drinking patterns in older adults: Prevalence and associated characteristics. *J Am Geriatr Soc* 2008;56 (2): 214-223.
- Mielonen H, Nyqvist M. ”Tunnen etten ole yksin” - Al-Anon jäsenkysely 2006 ja jäsenten kokemuksia vertaistuesta. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Sosiaalialan koulutusohjelma, Helsinki, 2007.
- Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol / medication use in older

- adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5(1): 64-74.
- Moos RH, Schutte K, Brennan P, Moos BS. Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction* 2004;99(7):829-838.
- Moos RF, Schutte KK, Brennan PL, Moos BS. Late-life and life history predictors of older adults' high-risk alcohol consumption and drinking problems. *Drug Alcohol Depend* 2009;Dec 5 [Epub ahead of print].
- Mukamal KJ, Longstreth WT Jr, Mittleman MA, Crum RM, Siscovick DS. Alcohol consumption and subclinical findings on magnetic resonance imaging of the brain in older adults. The Cardiovascular Health Study. *Stroke* 2001;32(9):1939-1946.
- Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, Longstreth WT Jr., Mittleman MA, Siscovick DS. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA* 2003;289(11):1405-1413.
- Mukamal KJ, Chung H, Jenny NS, Kuller LH, Longstreth WT Jr, Mittleman MA, Burke GL, Cushman M, Beauchamp NJ Jr, Siscovick DS. Alcohol use and risk of ischemic stroke among older adults. The Cardiovascular Health Study. *Stroke* 2005a;36(9):1830-1836.
- Mukamal KJ, Tolstrup JS, Friberg J, Jensen G, Grønbaek M. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation in men and women. The Copenhagen City Heart Study. *Circulation* 2005b;112(12):1736-1742.
- Mukamal KJ, Ascherio A, Mittleman MA, Conigrave KM, Camargo CA Jr, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC, Rimm EB. Alcohol and risk for ischemic stroke in men: the role of drinking patterns and usual beverage. *Ann Intern Med* 2005c;142(1):11-19.
- Mukamal HJ, Chiuve SE, Rimm EB. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles. *Arch Intern Med* 2006;166(19):2145-2150.
- Mukamal KJ, Psaty BM, Rautaharju PM, Furberg CD, Kuller LH, Mittleman MA, Gottdiener JS, Siscovick DS. Alcohol consumption and risk and prognosis of atrial fibrillation among older adults: the Cardiovascular Health Study. *Am Heart J* 2007;153(2):260-266.
- Nakanishi N, Suzuki K, Tatara K. Alcohol consumption and risk for development of impaired fasting glucose or Type 2 Diabetes in middle-aged Japanese men. *Diabetes Care* 2003;26(1):48-54.
- Ngandu T, Helkala E-L, Soininen H, Winblad B, Tuomilehto J, Nissinen A, Kivipelto M. Alcohol drinking and cognitive functions: findings from the cardiovascular risk factors. Aging and dementia (CAIDE) study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;23(3):140-149.
- Ohimori S, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Tanizaki Y, Iwamoto H, Nakayama K, Abe I, Fujishima M. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: The Hisayama study. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(7):1010-1016.
- Owens L, Gilmore IT, Pirmohamed M. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. *Alcohol & Alcoholism* 2000;35(3): 259-262.
- Paul CA, Fredman L, Massaro JM, Seshadri S, DeCarli C, Wolf PA. Association of alcohol consumption with brain volume in the Framingham Study. *Arch Neurol* 2008;65(10):1363-1367.
- Peltoniemi T. Lapsen elämä Suomalaisessa alkoholistiperheessä. Teoksessa Holmila M, Kantola J. (toim.) Pullonkauloja – kirjoituksia alkoholistien läheisistä. Jyväskylä: Gummerus,

2004, 53-59.

Perreira KM, Sloan FA. Life events and alcohol consumption among mature adults: a longitudinal analysis. *J Stud Alcohol* 2001;62(4):501-508.

Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing* 2008;37(5):505-512.

Pringle KE, Ahern FM, Heller DA, Gold CH, Brown TV. Potential for Alcohol and Prescription Drug Interactions in Older People. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(11):1930-1936.

Päihdehuoltolaki 41 / 17.1.1986.

Päihdetilastollinen vuosikirja. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva, 2009.

Pöschl G, Seitz HK. Alcohol and cancer. Review. *Alcohol & Alcoholism* 2004;39(3):155-165.

Raynolds K, Lewis LB, Nolen JDL, Kinney GL, Sathya B, He J. Alcohol consumption and risk of stroke. *JAMA* 2003;289(5):579-588.

Reiff-Hekking S, Ockene JK, Hurley TG, Reed GW. Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking. Results at 12-month follow-up. *J Gen Intern Med* 2005;20(1):96-97.

Riessman CK. Narrative analysis. In: Narrative, memory and everyday life. University of Huddersfield. [www-dokumentti] 2005 [haettu 22.12.2009] http://eprints.hud.ac.uk/4920/2/Chapter_1_-_Catherine_Kohler_Riessman.pdf

Rinn W, Desai N, Rosenblatt H, Gastfriend DR. Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14(1):52-57.

Risérus U, Ingelsson E. Alcohol intake, insulin resistance and abdominal obesity in elderly men. *Obesity* 2007;15(7):1766-1773.

Ritchie J, Spencer J. Qualitative data analysis for applied policy research. Teoksessa Huberman AM, Miles MB. The qualitative researcher's companion. Thousand Oaks: Sage, 2002.

Rossi MI, Young A, Maher R, Rodriguez KL, Appelt CJ, Perera S, Hajjar ER, Hanlon JT. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5(4):317-323.

Ruitenbergh A, van Swieten JC, Wittteman JCM, Mehta KM, van Duijn CM, Hofman A, Breteler MMB. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. *Lancet* 2002; 359(9303): 281-86.

Saarna T. Lähimmäistäni en saa pidettyä raittiina, mutta itseäni voin hoitaa. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Pori, 2007.

Salaspuro MP. Alcohol consumption and cancer of the gastrointestinal tract. *Best Pract Res Gastroenterol* 2003;17(4):679-694.

Sallinen M, Akila R. Ikääntyvä ihminen oppijana. Työterveiset 1/2001. [www-dokumentti]. [haettu 2.1.2010] <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2001-01/06.htm>

Satre DD, Gordon NP, Weisner C. Alcohol consumption, medical conditions and health

- behaviour in older adults. *Am J Health Behav* 2007;31(3):238-248.
- Selway JS, Soderstrom CA, Kufera JA. Alcohol use and testing among older trauma victims in Maryland. *J Trauma* 2008;65(2):442-446.
- Seppä K. Lyhytneuvonta [www-dokumentti] 2005. Päivitetty 31.01.2005 [haettu 03.01.2010] <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>
- Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension* 2008;51(4):1080-1087.
- Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006;4(4):380-394.
- Sjögren H, Valverius P, Eriksson A. Gender differences in role of alcohol in fatal injury events. *Eur J Public Health* 2006;16(3):267-271.
- Silverman, D. Doing qualitative research. A practical handbook. Sage Publications: London. 2005:147-390.
- Sorocco KH, Ferrell SW. Alcohol use among older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(6):571-583.
- Sorock GS, Chen L-H, Gonzalgo SR, Baker SP. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol* 2006;40(3):193-199.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (Stm). Päihdepalvelujen laatusuosituksen. [www-dokumentti] Helsinki, 2002 [haettu 28.12.2009] <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>
- Stampfer MJ, Kang JH, Chen J, Cherry R, Grodstein F. Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *N Engl J Med* 2005;352(3):245-53.
- Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(10):1516-1523.
- Stenbacka M, Jansson B, Leifman A, Romelsjö A. Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: a longitudinal general population study. *Alcohol* 2002;28(1):9-16.
- Sulander T, Helakorpi S, Rahkonen O, Nissinen A, Uutela A. Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985-2001. *Prev Med* 2004;39(2):413-418.
- Sundell L, Salomaa V, Vartiainen E, Poikolainen K, Laatikainen T. Increased stroke risk is related to a binge drinking habit. *Stroke* 2008; 39(12):3179-3184.
- Suomen perustuslaki 731/11.6.1999.
- Tabloski PA, Church OM. Insomnia, alcohol and drug use in community-residing elderly persons. *J Subst Use* 2000;4(4):147-154.
- Tanaka E. Toxicological interactions involving psychiatric drugs and alcohol: an update. *J Clin Pharm Ther* 2003;28(2):81-95.
- Taskinen M. Motivoiva haastattelu. [www-dokumentti] Julkaistu 4.4.2006. Päivitetty 20.5.2009 [haettu 13.12.2009] <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Tempier R, Boyer R, Lambert J, Mosier K, Duncan CR. Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol* 2006;40(1):41-49.

Tilastokeskus. Kuolemat, joihin liittyy alkoholi, vuodet 1998-2008. [www-dokumentti]. Julkaistu 18.12.2009 [haettu 18.1.2010] http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Tsumura K, Hayashi T, Suematsu C, Endo G, Fujii S, Okada K. Daily alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes in Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabetes Care* 1999;22(9):1432-1437.

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2006.

Wakabayashi I, Kobaba- Wakabayashi R. Effects of age on the relationship between drinking and atherosclerotic risk. *Gerontology* 2002;48(3):151-156.

Wannamethee SG, Shaper AG, Perry IJ and Alberti KGMM. Alcohol consumption and the incidence of type II diabetes. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(7):542-548.

Valtioneuvosto. Hallituksen politiikkaohjelmat. Terveysten edistäminen. 2007 [haettu 1.11.09] <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Weathermon R, Crabb DW. Alcohol and medication interactions. *Alcohol Res Health* 1999;23(1):40-54.

Virtanen J. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 2006.

Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Nikkonen M. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen S. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 2003,81-115.

Zautcke JL, Coker SB Jr, Morris RW, Stein-Spencer L. Geriatric trauma in the state of Illinois: substance use and injury patterns. *Am J Emerg Med* 2002;20(1):14-17.

Zullo A, Cesare H, Salvatore C, Morini S. Bleeding peptic ulcer in the elderly: Risk factors and prevention strategies. *Drugs Aging* 2007;24(10):815-828.

Åstedt-Kurki P, Nieminen H. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K.(toim)Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 1998, 152-159.

LIITTEET

Osallistuisitko tutkimukseen ?

Sari Ketola

Leinikintie 8

62900 Alajärvi

040-5174806 (Klo 16-20)

sari.j.ketola@jyu.fi

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa terveystieteitä ja pääaineenani on gerontologia ja kansanterveys. Gerontologiassa ollaan kiinnostuneita iäkkäiden ihmisten elämästä. Teen pro gradu-tutkielman aiheesta IKÄÄNTYVIEN ALKOHOLINKÄYTTÖ – ALKOHOLIA RUNSAASTI KÄYTTÄVÄN HENKILÖN LÄHEISEN KOKEMUS. Etsin haastateltavaksi henkilöitä, jotka kokeva ikääntyvän läheisensä (>60 v) käyttävän liikaa alkoholia ja jotka ovat olleet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmän kanssa.

Tutkimushaastattelussa tarkoituksena on saada tietoa aiheista: Kokemuksia runsaan alkoholinkäytön vaikutuksesta ikääntyvän läheisen terveyteen / sairauksiin. Kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamasta avusta alkoholinkäytön suhteen. Kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmän valmiudesta kohdata alkoholia liikaa käyttävä henkilö?

Jos tunnet henkilön, joka sopisi haastateltavaksi, voisitko kysyä häneltä kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Minuun voi ottaa yhteyttä puhelimella tai sähköpostilla haastattelusta sopimista varten. Haastattelun kesto n. 45 min - 1 tunti. Haastattelut ovat täysin luottamuksellisia. Tutkimukseeni kerään useamman henkilön kokemuksia, joista teen yhteenvedon. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi paperille tulosten tarkastelua varten. Valmiissa tutkimusraportissa ei tulla mainitsemaan nimiä tai muuta tietoa, josta teksti voidaan yhdistää tiettyyn henkilöön vaan vastauksia käsitellään yleisellä tasolla. Valmiissa tutkimusraportissa saattaa olla muutamia suoria lainauksia haastatteluista, mutta niistä ei voi kertojaa jäljittää. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkimuksen tekijän hallussa ja se hävitetään käyttämisen jälkeen.

Ikääntyvän (>65v) alkoholia runsaasti käyttävän henkilön läheinen - Osallistuisitko haastattelututkimukseen ?

Etsin Jyväskylän yliopiston pro gradu-tutkielmaani varten haastateltavia, joilla on kokemusta ikääntyvän läheisen runsaasta alkoholinkäytöstä, sen vaikutuksesta elämään ja terveyteen sekä kontakteista terveydenhuoltojärjestelmän kanssa. Haastattelu on luottamuksellinen ja kesto n. 1h. Sari Ketola 040-5174806 (ilt). sari.j.ketola@jyu.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Teen gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielmaa Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksella. Tutkimuksen aiheena on: IKÄÄNTYVIEN ALKOHOLINKÄYTTÖ – ALKOHOLIA RUNSAASTI KÄYTTÄVÄN HENKILÖN LÄHEISEN KOKEMUS. Haluan selvittää kokemuksia ikääntyvän läheisen alkoholinkäytön vaikutuksesta terveyteen/ sairauksiin / lääkityksiin sekä kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamasta avusta ja valmiudesta kohdata alkoholia käyttävä henkilö.

Tutkimukseeni kerään useamman henkilön kokemuksia, joista teen yhteenvedon. Pyrin käsittelemään haastattelujen tuloksia yleisellä tasolla siten, että läheisen kokemuksen ääni ja merkitys tulisi esille. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi paperille tulosten tarkastelua varten. Valmiissa tutkimusraportissa ei tulla mainitsemaan nimiä tai mitään sellaista, josta teksti voidaan yhdistää haastateltaviin tai heidän asuinpaikkaansa. Valmiissa tutkimusraportissa saattaa olla suoria lainauksia haastatteluista, mutta niistä ei voi kertojaa jäljittää. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkimuksen tekijän hallinnassa ja se hävitetään käyttämisen jälkeen. Tutkimusraportti on sen valmistuttua luettavissa Jyväskylän yliopiston kirjastossa.

Minä _____ (Sari Ketola) sitoudun käyttämään saamiani tietoja vain tässä tutkimuslupahakemuksessa ilmoitettuun tarkoitukseen enkä luovuta tietoja edelleen. Sitoudun myös hävittämään keräämäni aineiston käytön jälkeen.

Minä _____ annan Sari Ketolalle luvan nauhoittaa haastattelu ja käyttää siinä esille tulevia asioita pro gradu-tutkielman tekoa varten.

____/____ 2009

TUTKIMUSHAASTATTELU

Esh, Tt yo

Sari Ketola

Leinikintie 8

62900 Alajärvi

040-5174806

sari.j.ketola@jyu.fi

Esitiedot:

Haasteltavan ikä _____ läheisen ikä _____

Sukupuoli: nainen [] mies []

Sukulaisuussuhde alkoholia käyttävään henkilöön _____

Alkoholin käyttöhistoriaa

Mikä on liikaa alkoholia?

HAASTATTELUKYSYMYKSET:

Kerro kokemuksistasi iäkkään läheisen runsaasta alkoholinkäytön vaikutuksesta hänen terveyteen ja mahdollisiin sairauksiin ja lääkityksiin?

Kerro millaisia kokemuksia teillä on terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamasta avusta alkoholinkäytön suhteen.

Miten iäkäs alkoholia käyttävä henkilö kohdataan terveydenhuoltojärjestelmässä?

Kerro kokemuksia siitä, millaisia valmiuksia mielestäsi terveydenhuoltojärjestelmällä on kohdata iäkäs alkoholia käyttävä henkilö?

Muuta mahdollista , josta haluaisi kertoa

TYYPPIKERTOMUKSET

H2. Vaimo, aviopuoliso kuollut kaksi vuotta sitten: Miehen alkoholikäyttö nuorempana kohtuullista ja jatkuvasti lisääntyvää. Eläkkeelle jäämisen jälkeen juominen runsasta. Alkoholista vuoksi vaaratilanteita diabeteksen tasapainon vuoksi. Käyttö lisääntyi koko ajan ja alkoi esiintyä harhaluuloisuutta ja aggressiivisuutta, joiden vuoksi vaaratilanteita puolisolalle useampia kertoja. Alkoholista kanssa sopimattomasta rauhoittavasta lääkkeestä myös lisääntyneitä aggressiivisuutta. Kaatuillut toistuvasti humalassa. Myös terveyskeskuksen vuodeosastolle joutunut humalatilasta vuoksi. Siellä lopetettu sopimaton lääke. Yksityislääkäri kuitenkin uusinnut reseptin ja käyttö jatkui. Lisääntyvien aggressiotilanteiden vuoksi läheiset yrittäneet saada apua turhaan. Mies kieltäytynyt lähtemästä. Poliisin puututtua tilanteeseen mies saatiin hoitoon psykiatriselle osastolle. Sopivan lääkityksen avulla tilanne rauhoittui ja mies palasi kotiin usean kuukauden hoitjakson jälkeen. Vaimo toimi omaishoitajana puolisolleen hänen viimeisinä aikoinaan. Silloin ei alkoholinkäyttöä enää ollut.

H3. Vaimo, aviopuoliso : Runsasta viikonloppukäyttöä nuoresta saakka. Keski-ikässä käyttö lisääntyi jokapäiväiseksi vähitellen. Yrittäjänä kykeni sovitteluun töitä ja juomista. Vaimon vaatimuksesta kaksi kertaa aloitettu hoito a-klinikalla, sen kuitenkin itse lopettanut työkiireisiin vedoten. Aivoinfarktin vuoksi aloitettu verenohennuslääke. Terveystieteiden lääkäri havainnut alkoholista liikakäytön ulkonäön ja Marevan-hoidon epätasapainoisuuden vuoksi. Antabus-lääkettä tarjonnut hoidoksi ja sitä mies käyttänyt aina kiireisimpinä työaikoina, tosin vaimon valvonnassa. Alkoholinkäytöstä paheneva psoriaisi ja kohtuullisessa tasapainossa oleva diabetes sairauksina. Kykenee hoitamaan raha-asiat ja muut juoksevat asiat jokapäiväisestä käytöstä huolimatta vieläkin. Ei kykene kuitenkaan olemaan ilman alkoholia.

H4. Tytär, isä : Runsasta vapaa-ajankäyttöä molemmilla vanhemmilla nuorempana. Muutto kaupunkiin, keskioluen vapautuminen lisäsivät käyttöä. Eläkkeelle jäämisen jälkeen alkoholinkäyttö muuttunut tuurijuomiseksi n. kolmen kuukauden jaksoissa. Asuu itsenäisesti, kykenee hoitamaan kaikki normaalit asiansa itse. Juomisesta ei saa puhua. Tyttäreillä huoli kaatumisten ja vahinkojen vuoksi, joita tullut usein. Jos isä ei vastaa puhelimeen, joutuu lähtemään katsomaan mikä tilanne on. Löytänyt isän kaatuneena ja verisenä kotoa. Muuten kohtuullisen terve, lievää harhaluuloisuutta alkanut esiintyä.

H5. Vaimo, aviopuoliso : Miehellä kohtuullista alkoholinkäyttöä nuorempana. Keski-iässä juominen muuttui tuurijuomiseksi. Parin viikon juomapatkua, jotka vievät kaikki fyysiset voimat. Kerran ollut uhkaava vaaratilanne juomisen lopettamisen jälkeen ja joutunut sairaalaan sen vuoksi. Pari kertaa katkaisuhoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Ensimmäisen kerran sekavuuden vuoksi haettu apua, toisen kerran itse hakeutunut osastolle katkaisuun. Rauhoittavaa lääkettä kirjoitettu aikoinaan ja myöhemmin uusittu keskussairaalassa, kun terveyskeskuksesta ei ole saanut.

H6. Tytär, äiti : Äidillä runsasta juomista nuoruudesta saakka. Molemmat vanhemmat olleet alkoholisteja. Kolmella lapsella jatkuvaa pelkoa ja puutetta sekä vaaratilanteita kotioiloissa. Apua ei ole saatu keneltäkään pyynnöistä huolimatta. Kaikki lapset ovat lähteneet kotoa omaan elämään hyvin nuorina. Tyttärellä oma elämä ja kokee selvinneensä hyvin. Äidin tilanteesta kuitenkin jatkuva taakka. Pelko siitä, milloin otetaan yhteyttä humalaisen äidin vahinkojen vuoksi. Äiti ei pidä yhteyttä eikä tapaa lapsenlapsiaan, koska aina humalassa. Velikin alkoholisoitunut. Äiti torjuu yhteydenotot, ei suostu lääkäriin. Humalatilasta vuoksi tullut vakavia vammoja, jotka jääneet hoitamatta. Vahvoja harhaluuloja ja toimintakyvyn laskua. Laskut ja muut menot suoraveloituksena, rahan käyttö ei enää hallinnassa. Tyttärellä hyvin negatiivisia kokemuksia terveydenhuollon kohtaamisesta. Muutaman kuukauden ajan väittää olleensa ilman alkoholia, koska kunto huonontunut. Tytär epäilee asiaa.

H7. Vaimo, aviopuoliso kuollut kolme vuotta sitten : Miehellä jatkuvaa tasaista päivittäistä juomista nuoresta saakka. Juomisesta ei saanut puhua mitään kotona ja asia vaiettiin kokonaan. Hiljainen ja syrjäanvetäytyvä, joi kotona. Työelämässä ollessa myös työhön liittyviä iltamenoja, joissa juomista. Eläkkeelle jääminen ei muuttanut juomatapoja. Mies sairastui kahteenkin syöpään, joista toinen vei lopulta kuolemaan. Vakavat sairaudetkaan eivät saaneet juomista loppumaan, vaan juominen jatkui aina kotona ollessa.

H8. Vaimo, aviopuoliso : Nuorempana kohtuullista vapaa-ajan käyttöä. Eläkkeelle jäämisen jälkeen runsasta käyttöä. Usean päivän juomareissuja, joilta palaa ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut. Vaimo kovin väsynyt ja uuvuksissa juomiseen. Itse ollut vertaistukiryhmässä aikaisemmin vuoksia. Miehellä jonkin verran tunnontuskia viime aikoina juomisen vuoksi. Ei sairauksia eikä vahinkoja humalassa. Ei suostu lähtemään lääkäriin, koska huonoja kokemuksia nuorena terveyskeskuksesta.