

65 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN
KOTIHOITOASIAKKAIDEN
LÄÄKKEIDEN KÄYTÖN YHTEYS KOETTUUN
YKSINÄISYYTEEN

1951

Hakala Tuula

Niemi Marja

Gerontologian ja
kansanterveyden
pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 1999

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1. JOHDANTO-----	5
2. IÄKKÄIDEN IHMISTEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ -----	6
2.1 Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeiden käyttö -----	9
2.2 Särkylääkkeiden käyttö -----	10
2.3 Psykyklääkkeiden käyttö-----	11
2.4 Itsehoitolääkkeiden käyttö-----	12
3. YKSINÄISYYS-----	14
3.1 Yksinäisyyden käsite -----	14
3.2 Iäkkäiden ihmisten kokema yksinäisyys -----	15
3.3 Depressiivisyys ja yksinäisyys -----	17
3.4 Lääkkeiden käyttö ja yksinäisyys-----	19
4. IÄKKÄÄT IHMISET KOTIHOITOASIAKKAANA -----	19
4.1 Iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttö ja yksinäisyyden kokeminen -----	20
4.2 Kuvaus Karkkilan kaupungin ja Pyhäjoen kunnan kotihoitoasiakkaista -----	21
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS-----	23
5.1 Tutkimuksen aineisto-----	23
5.2 Tutkimuksen tiedonkeruu-----	23
5.3 Aineiston analyysi ja tutkimuksen raportointi-----	25

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
6.1 Aineiston kuvaus	26
6.1.1 Kotihoitoasiakkaiden ikä, sukupuoli ja siviilisäät	26
6.1.2 Asuminen	26
6.1.3 Liikkuminen	26
6.1.4 Sosiaaliset suhteet	27
6.1.5 Terveystila	27
6.2 Lääkkeiden käyttö	28
6.3 Yksinäisyys	29
6.3.1 Iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden koetun yksinäisyyden yhteys mielialaongelmiin	32
6.4 Lääkkeiden käytön määrän yhteys koettuun yksinäisyyteen	33
7. POHDINTA	34

LÄHTEET

LIITTEET

Hakala Tuula, Niemi Marja, 1999

65 VUOTTA TÄYTTÄNEIDEN KOTIHOITOASIAKKAIDEN LÄÄKKEIDEN KÄYTÖN YHTEYS KOETTUUN YKSINÄISYYTEEN

Gerontologian ja kansanterveystieteiden pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto.

TIIVISTELMÄ

Iäkkäiden ihmisten lääkkeiden käytöstä on tehty paljon tutkimuksia, mutta kotihoitoasiakkaisiin kohdennettuja tutkimuksia on tehty vähän. Kotihoitoasiakkailta on useita sairauksia ja he käyttävät sairauksiensa hoitoon paljon lääkkeitä. Tämän tutkielman tavoitteena on tarkastella yli 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttöä kartoittamalla heidän kokemaansa yksinäisyyttä sekä selvittämällä koetun yksinäisyyden yhteyttä kotihoitoasiakkaiden käyttämien lääkevalmisteiden määrään.

Tarkasteluun otettiin kaikki 65-vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat Karkkilan kaupungissa ja Pyhäjoen kunnassa helmikuussa ja maaliskuun ensimmäisenä viikkona vuonna 1999 olleet kotihoitoasiakkaat (n=329). Tutkimukseen osallistuivat ne kotihoitoasiakkaat (n=233), joiden luona kotihoitotyöntekijät kävivät tutkimusajankohtana. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella ja haastattelun suoritti kotihoitohenkilöstö. Haastattelukysymyksien aiheina olivat terveydentila, lääkkeiden käyttö, sosiaaliset suhteet, asuminen, liikkuminen ja yksinäisyyden kokeminen. Asiakkaiden sairauskertomuksista kerättiin lääkitystä ja sairausdiagnooseja koskevia tietoja. Aineiston analyysi tehtiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmistoa apuna käyttäen.

Tutkimuksessa ilmeni, että kotihoitoasiakkailta oli sairauksia keskimäärin 3,4 ja käytössään keskimäärin 6,8 reseptilääkettä. Kotihoitoasiakkaista 57 % ei käyttänyt lainkaan itsehoitolääkkeitä. Kotihoitoasiakkaista hieman alle viidesosa ilmoitti olevansa usein tai melkein aina yksinäisiä. Tässä tutkimuksessa kotihoitoasiakkaan yksinäisyyden kokeminen ei ollut yhteydessä lääkemääriin.

Tämä sarjakuva löytyi vanhasta Pekka Puupää-kirjasta vuodelta 1952. Tämän lukiessaan ei voi olla pohtimatta tutkimusongelmiemme pysyvyyttä tai sitä, menemmekö sittenkään aina eteenpäin vanhustenhuollon asioissa?

Sairaus

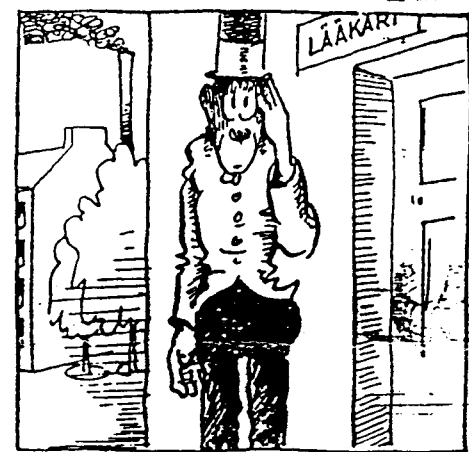


Pekka: Tuntuu niin kummalliselta pikkusormessani.

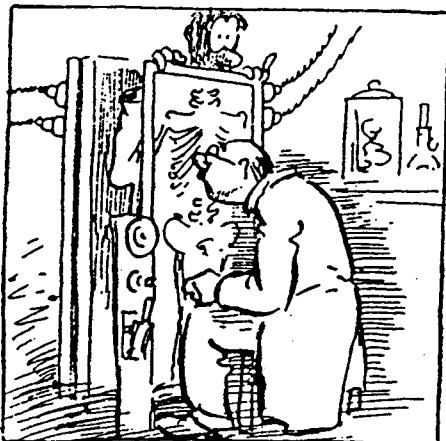
Justiina: Ai ai, parasta on, että menet lääkäriille.



Tohtori: Niin, teillä on liikaa vatsahappoa ja liian korkea verenpaine, teiltä puuttuu A-, B- ja C-vitamiinit. Parasta on mennä röntgentutkittavaksi.



Pekka: Hoh - - hoh - - en saavistanutkaan, että olin niin sairas!



Röntgentohtori: Teiltä puuttuu D-, E- ja F-vitamiineja, hormoneja ja punaisia verisoluja — Teillä on liikaa kalkkia päässä ja liian vähän luissa —



Paljon näitä lääkkeitä tulikin.



Justiina: Oiihan se onni, että sait tietää, kuinka kipeä sinä todellisuudessa olet. Minunkin pitää mennä tutkittavaksi!

JOHDANTO

Iäkkäiden ihmisten lääkkeiden käyttö kasvaa iän myötä (Laukkanen ym.1992, Wills ym. 1997). Yleisimmät iäkkäiden ihmisten käyttämät lääkevalmisteet ovat sydän-ja verisuonisairauksien lääkkeet, särkylääkkeet ja psyykenlääkkeet (Laukkanen ym. 1992, Hanlon ym. 1996, Klaukka 1997, Lithovius ym. 1998). Lääkevalmisteiden kehittyminen ja uusien lääkkeiden tulo markkinoille lisää hoidossa käytettävien lääkkeiden määrää ja lisää myös polyfarmasian ja siitä aiheutuvien ongelmien riskiä iäkkäillä ihmisillä (Tilvis 1997a, Tilvis 1997b). Lääkkeiden haittavaikutukset muodostavat merkittävän riskitekijän iäkkäille henkilöille. Mitä useampia lääkevalmisteita iäkkäällä ihmisellä on käytössään sitä suurempi on niihin liittyvä yhteisvaikutusten vaara (Autio 1993).

Iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden kokemisen on todettu olevan yhteydessä suureen reseptilääkkeiden määrään, tiheään lääkärillä käynteihin, ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen, kroonisten sairauksien esiintymiseen, leskeyteen, sosiaalisten suhteiden heikkoon laatuun ja yksin asumiseen (Mullins ym 1996, Russell ym.1997). Myös yksinäisyyden kokemisen on todettu olevan yhteydessä kivun kokemiseen. (Raatikainen 1989, Ganguli ym.1993). Iäkkäiden ihmisten depressiivisten oireiden esiintyminen on tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä huonoon itsearvioituun terveyteen, runsaaseen reseptilääkkeiden käyttöön ja tiheään lääkärillä käynteihin (Kivelä ym. 1996, Mulsant ym. 1997, Antonucci ym. 1997).

Tässä tutkimuksessa kuvailemme ja selvitämme 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttöä ja yksinäisyyden kokemista sekä lääkkeiden käytön määrän yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen.

2. IÄKKÄIDEN IHMISTEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ

Suomalaiset käyttivät lääkkeitä vuonna 1996 7,6 miljardin markan arvosta (Kalsta ym. 1997). WHO:n suosituksen mukaan vanhuksilla saisi olla korkeintaan 3-4 lääkevalmistetta samanaikaisessa käytössä (Maailman terveysjärjestö 1987). Suomessa yli 75-vuotiaiden määrä, jotka käyttävät vähintään viittä lääkevalmistetta samanaikaisesti, on kasvanut vuosien 1976 ja 1996 välillä 20 %:sta 40 %:iin (Tilvis 1997a). Ikääntyneiden saamat lääkekorvaukset olivat maassamme vuonna 1996 1,043 miljardia markkaa eli 39 % kaikista lääkekorvauksista (yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä oli 14 %). Joka kymmenes alle 65-vuotias ja joka toinen yli 65-vuotias sai erityiskorvauksia lääkkeistään. (Klaukka 1996.) Kelan reseptitiedoston mukaan naispuolisia lääkkeenkäyttäjää oli enemmän kuin miehiä. Rahassa laskettuna miesten saamat lääkekorvaukset olivat kuitenkin suuremmat, yli 65-vuotiailla miehillä 1778 mk ja naisilla 1595 mk henkilöä kohti. Miehiä hoidetaan kalliimmilla lääkevalmisteilla kuin naisia. (Klaukka ym. 1997.)

Enlund (1988a) selvitti kuopiolaisvanhusten lääkkeiden käyttöä. Kotona asuvista 70-vuotta täyttäneistä henkilöistä 80 % käytti reseptilääkkeitä säännöllisesti, 12 % satunnaisesti ja 8 % ei käyttänyt ollenkaan. Naiset käyttivät sekä reseptilääkkeitä että itsehoitolääkkeitä enemmän kuin miehet (Klaukka ym. 1984). Yksin asuminen on joissakin tutkimuksissa ollut yhteydessä lääkkeiden käyttöön (Klaukka ym. 1984). Lääkkeiden käytössä on myös alueellisia eroja eikä sairastavuus aina selitä sitä. Esimerkkinä on Kuopion yliopistollisen keskussairaalan alueella muita alueita runsaampi depression ja korkean kolesterolin lääkehoito. (Kalsta ym. 1997.)

Jyväskyläläisvanhusten keskuudessa toteutettu Ikivihreät-projekti osoitti, että 75-vuotiaista joka viidennellä miehellä ja joka kolmannella naisella oli käytössään vähintään viittä lääkevalmistetta (Heikkinen ym. 1996). Keskimääräinen reseptilääkkeiden määrä oli naisilla 2,9 ja miehillä 2,1. Noin puolet iäkkäistä ihmisistä ei käyttänyt lääkkeitä, mutta 85-vuotiaista naisista joka kuudennella oli yli viisi lääkettä käytössään. Yleisimmin käytetyt lääkevalmisteet olivat sydäntautiläkkeet ja kipuläkkeet.

Psykyklääkkeitä käytti tutkituista 15 %, joista antidepressantteja oli hieman alle 3 %. (Laukkanen ym. 1992.) Iällä ja sukupuoliolla oli yhteyttä reseptilääkkeiden määrään siten, että korkea ikä ja naissukupuoli lisäävät lääkkeiden käyttöä (Laukkanen ym. 1992, Wills ym. 1997). Tutkijat pitävät lääkkeiden käytön keskimääräistä lukua 2,2 tyypillisenä tuloksena suomalaisilla kotona asuvilla iäkkäillä kaupunkilaisilla (Laukkanen ym. 1992).

Helsingin vanhustutkimus, Kirkkonummen-Siuntion päiväsaairaalatutkimus sekä Keski-Suomen keskussairaalan tutkimus tukevat käsittettä, ettei lääkkeitä voida vähentää vanhuksilta toivotulla tavalla (Tilvis 1997a). Helsingin vanhustutkimuksessa pyrittiin optimoimaan lääkkeiden käyttö perusteellisen tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksessa todettiin, että kaksi kertaa useammin lääkitystä lisättiin kuin vähennettiin. Astman ja sydämen vajaatoimintaa on todettu hoidettavan vajailta annoksilla iäkkäillä ihmisillä. (Tilvis 1997b.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten lisääntynyt reseptilääkkeiden käyttö oli yhteydessä naissukupuoleen, kaupungissa asumiseen, heikkoon terveydentilaan, yhteen tai useampaan toimintakyvyn rajoitteeseen ja tutun lääkärin tapaamiseen edeltävän vuoden aikana (Hanlon 1996). Minnesotan osavaltiossa toteutettu tutkimus osoitti vanhuksilla olevan hoitolaitoksissa enimmillään 14 säännöllisesti käytettyä lääkettä käytössään. Keskimäärin käytössä oli neljä lääkettä, mutta vaihtelu eri hoitoyksiköiden välillä oli yllättävänkin suurta, vaihdellen 1,8-6,3 lääkkeen välillä. (Garrard ym. 1997.)

Vanhuksilla lääkkeiden haittavaikutukset muodostavat merkittävän ongelman. Erityisesti korkea ikä, pieni koko, naissukupuoli, munuaisten ja maksan vajaatoiminta sekä monen eri lääkevalmisteen samanaikainen käyttö altistavat haittavaikutuksille. Tyypillisenä esimerkkinä on keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttöön liittyvä sekavuus, verenpainetta alentavien lääkkeiden sivuvaikutuksena huimaus tai diureeteista aiheutuva kuivuminen ja muut siihen liittyvät haittavaikutukset. Mitä useampia lääkevalmisteita vanhuksella on käytössään sitä suurempi on myös niihin liittyvien yhteisvaikutusten vaara. (Autio 1993.) Hanlon ym. (1997) totesivat tutkimuksessaan, että lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset olivat yleisiä avohoidossa olevilla iäkkäillä ihmisillä, jotka käyttivät useita lääkevalmisteita. Suurin osa lääkkeiden sivuvaikutuksista tämän

tutkimuksen mukaan olisi ollut ehkäistävässä. Lääkkeiden yhteisvaikutusten esiintymisessä oli suuria yksilökohtaisia eroja. Geneettiset tekijät, ikä tai sairaudet voivat aiheuttaa haitallisia yhteisvaikutuksia joillekin, vaikka useimmat käyttäisivät samaa lääkeyhdistelmää ongelmitta (Neuvonen ym. 1998). Yksilölliset vaihtelut samanaikaisten lääkkeiden sietokyvyssä on merkittävämpi tekijä kuin pelkästään iän aiheuttamat muutokset (WHO 1987).

Koska vanhusten sairauksien oireissa ja lääkkeiden aiheuttamissa haittavaikutuksissa saattaa olla päällekkäisyyttä, on ongelman laajuudesta vaikea saada kokonaiskuvaa (Autio 1993). Tilvis (1997a) käsittelee kolmen D:n differentiaalidiagnostiikkaa; dementia, delirium ja drugs, mikä kuvaa vaikeuksia hyvän lääkehoidon toteuttamisessa. Iäkkään ihmisen optimaaliseen lääkitykseen pyrittäessä tulisi tarkastella hoitohenkilökunnan ja erityisesti lääkäreiden toimintaa ja työtapoja. Apteekkien osuuteen samoin kuin kodinhoitajien tietämykseen iäkkäiden ihmisten lääkkeiden käyttöön liittyvissä ongelmissa on kiinnitetty liian vähän huomiota. Vanhusten saama lääkeinformaatio on toistaiseksi enemmänkin sattumanvaraista kuin suunnitelmallista. (Enlund 1988b.)

Hoitomyöntyvyyden (compliance) käsite sisältää ajatuksen dominoivasta ammattilaisesta ohjeineen ja neuvoineen riippuvaisen maallikon ollessa ohjeita vastaanottava toteuttaja (Lumme-Sandt 1996). Iäkkäiden ihmisten hoitomyöntyvyyttä tutkiessaan ovat Atkins ym.(1994) todenneet mm., että 69 % iäkkäistä naisista ei saanut lapsiturvallista lääkepurkkia auki ja 78 %:lla iäkkäistä oli ongelmia lääkepakkausten avaamisessa tai lääkkeiden puolittamisessa. Hoitomyöntyvyyttä käsittelevissä tutkimuksissa ei yleensä oletettu näkökulmaksi iäkkään ihmisen omaa tahtoa noudattaa saamiaan ohjeita (Lumme-Sandt 1996). Vanhimpien vanhusten on todettu noudattavan saamiaan ohjeita muita vanhuksia paremmin (Devor ym. 1994). Toisaalta osa tutkimuksista toteaa vanhimpien vanhusten noudattavan lääkehoito-ohjeitaan huonommin kuin nuoremmat vanhukset. Heillä on suuri riski jättää lääke ottamatta. (Park ym.1992.) Kognitiivinen kyvykkyys on osoittautunut merkittävämmäksi tekijäksi iäkkään ihmisen lääkehoidon toteutumisessa kuin yksistään ikä (Isaac ym.1993, Pereles ym.1996).

Lääkekustannusten voidaan olettaa jatkavan kasvuaan tulevaisuudessakin vanhusten määrän lisääntyessä ja uusien vaikeasti hoidettavien sairauksien hoitoon kehitettävien lääkkeiden myötä (Klaukka 1996). Tarkemmin tulevaisuutta voidaan pyrkiä ennustamaan yli 75-vuotiaiden määrän kasvulla. Tämän ikäisiä henkilöitä oli vuonna 1995 noin 300 000 ja vuonna 2005 heitä odotetaan olevan noin 400 000. Ikärakenteen muutosta enemmän lähitulevaisuuden lääkekustannuksiin tulee todennäköisesti vaikuttamaan uusien entistä kalliimpien lääkkeiden yleistymisen hoitokäytäntöihin. (Klaukka 1998.)

2.1 Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeiden käyttö

Suomalaisessa tutkimuksessa on yleensä lääkkeiden osalta käytetty Pharmaca Fennican luokittelua, kun taas muualla tehdyissä tutkimuksissa luokittelu on hyvin kirjavaa (Pharmaca Fennica 1997, Lithovius ym. 1998). Sydän- ja verisuonisairauksiin käytettävät lääkkeet ovat suurin ryhmä vanhusten käyttämistä lääkevalmisteista. Kuopiolaisista vanhuksista 63 % käytti tämän lääkeryhmän valmisteita. Ryhmän sisällä käyttö jakaantui siten, että 32 % käytti angina pectoris-lääkitystä, 31 % sydänglykosideja, 29 % diureetteja ja 24 % beetasalpaajia. (Enlund 1988a.)

Jyväskylässä Ikivihreät-projektin 8-vuotisessa seuruututkimuksessa iäkkäiden ihmisten yleisimmin käytössä ollut lääkeaineryhmä oli sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet. Tutkimuksen alussa niitä käytti noin joka toinen tutkituista. (Laukkanen ym. 1999.)

Verenpainelääkkeet ovat suurin yksittäinen ryhmä erityiskorvattavista lääkkeistä. Korvauksia vuonna 1995 sai yli 65-vuotiaista 33 % miehistä ja 26 % naisista. (Klaukka ym. 1996.) Tutkimuksia analysoimalla voidaan päätellä, että hoitamalla iäkkäiden henkilöiden diastolista verenpainetta voidaan vähentää sydänkuolleisuutta 22 % ja kuolemaan johtavia halvauksia 33 % (Antikainen 1996). Göteborgilaisilla 70-vuotiailla ihmisillä kohonnut verenpaine liittyi lisääntyneeseen kuoleman riskiin, kun taas 85-vuotiaiden tutkimus Tampereella osoitti kuolleisuuden olevan suurinta ryhmässä, jossa verenpaine oli alhaisin (Lehtinen 1996). Tutkimustulokset ovat ristiriitaisia myös siltä osin, mikä vaikutus korkealla verenpaineella on vanhuksen kognitiivisiin toimintoihin

(Havlik 1997). Verenpaineen hoidossa tulee huolellisesti selvittää iäkkään ihmisen anamneesi ja tarkastella verenpaineen nousun taustatekijöitä ennenkuin päädytään lääkityksen aloittamiseen, muuttamiseen tai lisäämiseen. Anamneesin tulisi käsittää lääkityksen lisäksi ruokailu- ja nautintoainetottumukset. Hypertensioita aiheuttavia lääkkeitä on runsaasti myös itsehoitolääkkeiden joukossa. (Tikkanen 1998.)

Huimausoire on tavallinen ongelma ikäihmisillä. Helsingin nelivuotisessa vanhustutkimuksessa tutkittiin kliinisesti 651 yli 75-vuotiasta henkilöä. Tutkituista kolmannes raportoi huimausoireita kahden edellisen viikon aikana. Ortostaattinen hypotonia sekä ortostaattinen huimaus olivat yleisiä terveeksi itsensä tuntevilla vanhuksilla. Ortostaattinen huimaus liittyi vanhusten kaatumistaipumukseen, korkeaan ikään ja sydämen vajaatoimintaan. (Tilvis ym. 1995).

2.2 Särkylääkkeiden käyttö

Särkylääkkeiden on todettu aiheuttavan iäkkäille ihmisille sivuvaikutuksia. Cunningham ym. (1997) totesivat tutkimuksessaan, että 14,2 %:lla sairaalaan tulleista iäkkäistä ihmisistä epäiltiin olevan lääkkeiden sivuvaikutusoireita. Tarkemmissa tutkimuksissa varmistui, että 5,2 %:lla iäkkäistä ihmisistä oli todennäköinen lääkkeiden haittavaikutusoire. Eniten sivuvaikutuksia aiheuttivat anti-inflammatoriset kipulääkkeet. Mikään erityinen lääkeaine ei yksistään aiheuttanut sivuvaikutuksia. Iäkkäät ihmiset käyttivät eniten kipulääkkeitä tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamien vaivojen hoitoon. Tutkimuksen mukaan yli puolet sivuvaikutuksista olisi ollut ehkäistävissä. Tähän voidaan vaikuttaa huolellisella paneutumisella hyvään lääkkeiden määräämiskäytäntöön. Hanlon ym. (1996) tutkimuksessa iäkkäät ihmiset, joilla oli kognitiivista heikkenemistä käyttivät särkylääkkeitä muita ryhmiä vähemmän.

Jyväskylässä Ikivihreät-projektin 8-vuotisessa seuruututkimuksessa todettiin, että iäkkäiden ihmisten kipu-, reuma- ja kuumelääkkeiden käyttö vaihteli 18,6 %:sta (1914-23 syntyneet miehet) 29,2 %:iin (1904-13 syntyneet naiset). Tämän lääkeaineryhmän käyttö kaksinkertaistui seuruuajana. (Laukkanen ym. 1999.)

2.3 Psykyklääkkeitö

lääkkään ihmisen fyysinen kunto ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutukset tulee huomioida psykyklääkkeitö annostelussa. Autonomiseen hermostoon kohdistuvat lääkkeiden haittavaikutukset saattavat aiheuttaa mm. kroonista väsymystä, huimausta, sekavuutta ja kaatuilua sekä verenpaineen laskua seistessä ja lisätä näin kaatumisriskiä (Autio 1993, Mattila ym. 1993). Kaatumistapaturmia esiintyy vanhimmilla ikäryhmillä, naisilla, sairaimmilla ja laitoshoidossa olevilla iäkkäillä ihmisillä muita useammin (Honkanen 1990).

Bentsodiatsepiinien käyttö on molemmilla sukupuolilla yhteydessä kaatumisiin (Ryynänen 1992, 1993, Luukinen 1995). Lyhytvaikutteisella bentsodiatsepiinien käytöllä on suurempi riski iäkkäiden ihmisten kaatumisiin kuin pitkävaikutteisilla (Ryynänen 1993). Douglas ym. (1998) tutkivat toimintakykyisyyttä bentsodiatsepiineja käyttävillä vanhuksilla ja totesivat, että lääkkeen käytön voi rinnastaa yhteen lisäsairauteen toimintakykyisyyden kannalta. Pitkävaikutteisten bentsodiatsepiinien poistuminen elimistöstä hidastuu iän myötä. Diatsepaamin ja nitratsepaamin poistuminen elimistöstä kestää noin tunnin elinvuotta kohden eli vanhuksella noin kolme vuorokautta (Mattila ym. 1993). Lääkityksen yhtäkkinen lopettaminen saattaa myös aiheuttaa ongelmia, kuten esimerkiksi deliriumia (Moss ym. 1995). Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy lääkeriippuvuuden riski. (Syvälahti 1997).

USA:ssa tehty tutkimus (Llorente ym. 1998) osoitti, että hoitokotien asukkaista 17,7 % käytti antipsykoottista lääkitystä. Vaihtelu eri yksiköiden välillä oli suurta: 5,1-37,7 %. Psykyklääkkeitä käyttävistä asukkaista 29 %:lla ei ollut asiallista diagnoosia ja 10 %:lla ei löytynyt lääkitykseen perusteltuja oireita. Puolella lääkkeiden käyttäjistä ei löytynyt dokumentoitua tietoa lääkkeen vaikuttavuudesta. Laajassa amerikkalaisessa tutkimuksessa sekä Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa kognitiivista heikentymistä omaavat iäkkäät ihmiset käyttivät enemmän keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä kuin terveemmät tutkittavat (Hanlon ym. 1996, Wills ym. 1997).

Jyväskylässä Ikivihreät-projektin 8-vuotisessa seuruututkimuksessa iäkkäiden ihmisten psyykenlääkkeiden käyttö lisääntyi erittäin merkittävästi seuruaikana muilla paitsi vanhemman ikäryhmän miehillä (1904-13 syntyneet). Vanhemmassa ikäryhmässä depressiolääkkeitä käyttäneiden henkilöiden lukumäärä kaksinkertaistui ja kolminkertaistui nuoremmissa ikäryhmässä (1914-23 syntyneet) sekä miehillä että naisilla. Samankaltaista oli myös uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käytön lisäys. Vanhemman ikäryhmän naisista joka neljäs kertoi käyttävänsä näitä lääkkeitä tutkimuksen loppuvaiheessa. Nuoremman ikäryhmän miehet käyttivät vähiten tämän lääkeaineryhmän lääkkeitä tutkimuksen alkuvaiheessa. (Laukkanen ym. 1999.)

Suomalaisista kaupungissa asuvista vanhuksista käytti unilääkkeitä satunnaisesti joka kolmas ja vakituisesti 8 % miehistä ja 25 % naisista (Seppälä ym. 1997a). Iän noustessa unilääkkeiden käyttö lisääntyi niin, että 40 % yli 80-vuotiaista käytti unilääkkeitä säännöllisesti (Seppälä 1997b). Bentsodiatsepiineja käytti 77 % unilääkkeiden käyttäjistä, neuroleptejä 10 % ja antidepressantteja 4 % (Seppälä 1997a). Seppälä ym. (1997a) eivät havainneet tutkimuksessaan unen laadun tai määrän merkittävää muuttumista pelkästään iän myötä, joten he suosittelivat lääkevalmisteita unettomuuden hoidossa vain lyhytaikaisessa käytössä ja silloinkin pieninä annoksina. Iäkkään ihmisen unettomuuden taustalla saattaa olla jokin kriisireaktio, jännitys tai ahdistustila tai depressio. Elämän mukanaan tuomien kriisien lääkehoitoon tulisi suhtautua varauksella ja depressio tulisi osata erottaa tavanomaisista unihäiriöistä. (Syvälahti 1997.)

2.4 Itsehoitolääkkeiden käyttö

Jyväskylässä tehdyssä Ikivihreät-tutkimuksessa iäkkäistä ihmisistä joka neljäs tai joka kuudes käytti itsehoitolääkkeitä riippuen iästä ja sukupuolesta. Naiset käyttivät vitamiineja ja hivenainevalmisteita miehiä enemmän ja niiden käyttö väheni iän lisääntyessä. (Laukkanen ym 1992.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten reseptilääkkeiden käyttö oli yhteydessä vähäisempään itsehoitolääkkeiden käyttöön. Iäkkäät ihmiset käyttivät itsehoitolääkkeitä uniongelmiin, nivelongelmiin ja reuman hoitoon. (Johnson & Ried 1996.)

Iäkkäiden ihmisten runsas ummetuslääkkeiden käyttö liittyy suureen sairauksien määrään ja heikentyneeseen liikuntakykyyn. Italialaisessa tutkimuksessa selvitettiin yli 3000 laitoshoidossa olevan italialaisvanhuksen ummetuslääkkeiden käyttöä. Sairaalassa ollessaan niitä käytti 13,9 % yli 65-vuotiaista ja ennen sairaalaan tuloaan niitä oli käyttänyt 13,8 %. (Pahor ym. 1995.) Laajassa amerikkalaisessa käsikauppalääkkeiden käyttöä kartoittavassa tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten ummetuslääkkeiden käyttö oli merkittävästi yhteydessä tiheisiin lääkäreillä käynteihin, hoitajien tapaamisiin, sairaalahoitojaksoihin ja suureen reseptilääkkeiden määrään (Stoehr ym. 1997). Enlund (1988a) toteaa, ettei ummetuslääkkeiden käyttö ole suomalaisvanhuksilla samantyyppinen ongelma kuin joissakin ulkomaisissa tutkimuksissa on todettu.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa naiset ja korkeasti koulutetut iäkkäät ihmiset käyttivät käsikauppalääkkeitä muita ryhmiä enemmän. Yleisimpiä käsikauppalääkkeitä olivat särkylääkkeet (66,3 %), vitamiinit (38 %), antasidit (27,9 %) ja laksatiivit (9,7%). (Stoehr ym. 1997.) Ruotsalaisessa tutkimuksessa dementiaa sairastavat iäkkäät käyttivät B12-vitamiinia ja folaattia enemmän kuin muut tutkimukseen osallistuneet. Tutkimuksessa todettiin myös, että dementiaa sairastaville oli automaattisesti aloitettu B-vitamiinin ja folaatin anto. (Wills ym. 1997.)

Jyväskylässä Ikivihreät-projektin 8-vuotisessa seuruututkimuksessa iäkkäistä ihmisistä 31,4-56,0 % ilmoitti käyttävänsä vitamiineja tutkimuksen alkuvaiheessa. Näiden lääkkeiden käyttö lisääntyi merkittävästi vain vanhemman ikäryhmän miehillä (1904-13 syntyneet). (Laukkanen ym. 1999.)

3. YKSINÄISYYS

3.1 Yksinäisyyden käsite

Yksinäisyyden tunnetta lisäävät ulkoiset sosiaaliset tekijät kuten yksin asuminen ja naimattomuus. Psykologisista, kokemuksellista yksinäisyyden tunnetta aiheuttavista tekijöistä tärkeimmät ovat läheisten ihmissuhteiden puute, tyytymättömyys elämään ja huonoksi koettu terveydentila. (Ruth & Öberg 1988.)

Ruth ja Öberg (1988) ovat tutkimuksensa perusteella laatineet yksinäisyyden kokemiseen mallin. Yksinäisyys-käsitettä tarkasteltaessa on erotettava toisistaan yksinäisyyden kokeminen (loneliness) ja yksin oleminen (aloneness). Yksin oleminen merkitsee fyysistä yksinäisyyttä. Nämä molemmat yksinäisyyden ulottuvuudet liittyvät läheisesti toisiinsa, mutta ovat kuitenkin eri asioita. (Ruth & Öberg 1988.)

Andersson (1993) erottaa positiivisen ja negatiivisen yksinäisyyden kokemisen. Yksinäisyystutkimuksissa on selvitetty lähinnä negatiivista yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä voidaan käsitellä emotionaalisenä ja sosiaalisena yksinäisyytenä. Emotionaalinen yksinäisyys ilmenee läheisyystuntemuksen puutteena. Sosiaalista yksinäisyyttä on yksilöllä silloin, kun sosiaalisia suhteita ei ole riittävästi. (Andersson 1993.)

Yhteisyys on yksinäisyyden vastapuoli. Ihminen tarvitsee toisia ihmisiä voidakseen hyvin. Hän tarvitsee sosiaalista yhteisyyttä vastaanottajana sekä myös antajana. Weiss (1974) jakaa yhteisyyden primaariryhmään, johon kuuluvat perhe ja läheiset ystävät. Sekundaariryhmän yhteisyys liittyy työhön, erilaisiin yhteisöllisiin tapahtumiin tai harrastustoimintoihin, mutta tässä ilmenevään yhteisyyteen ei sisälly tunteita samassa määrin kuin varsinaisiin läheissuhteisiin. Weissin mukaan perheen jäseniin ja läheisiin ystäviin liittyy voimakas kiintymyksen tunne. Sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunne tulee ystävyysuhteiden välityksellä. (Heikkinen 1996.) Sosiaalisella aktiivisuudella ja osallistumisella on merkitystä psyykkiseen hyvinvointiin ja terveyden kokemiseen.

Miehillä yhteisyys merkitsee toiminnallista aktiivisuutta ja olemassaolevia ihmissuhteita. (Heikkinen ym. 1992.)

3.2 Iäkkäiden ihmisten kokema yksinäisyys

Yksinäisyys on keskeinen tekijä, joka vaikuttaa ihmisen elämään vanhuudessa. Yksinäisyyden tunteen kokeminen on naisilla yleisempää kuin miehillä. Sitä selittänee se, että miehet asuvat harvemmin yksin kuin naiset. Yksinäisyyden tunnetta lisääviä tekijöitä ovat yksin asuminen, leskeys, heikko terveys, alhaiset tulot ja korkea ikä. Yksinäisyyden kokeminen voi liittyä myös johonkin merkittävään elämänmuutokseen. Tärkeimpiä tällaisia tapahtumia ovat puolison tai läheisen ystävän kuolema. Töistä pois jääminen sekä terveydentilan nopea huononeminen saattavat myös lisätä yksinäisyyden tunnetta. (Acté 1984, Pohjolainen 1994.)

Yksinäisyyttä saattavat aiheuttaa vanhuksen elämässä tilanteet, jotka kuuluvat elämäntapaan. Tällaisina elämänmuutoksina voidaan nähdä leskeytyminen, ystävien menetykset, sairaudet, toimintakyvyn aleneminen, sairaalasta kotiutumistilanne tai parisuhde vaikeasti sairaan puolison kanssa. (Jylhä 1993.)

Los Angelesin yliopistossa Russell ym. (1980) ovat kehittäneet yksinäisyyttä arvioivaa asteikkoa (UCLA; University of California, Los Angeles). Alunperin asteikkoa on kehitetty yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa. Asteikko mittaa sellaista yksinäisyyttä, jonka juuret ovat vuorovaikutussuhteissa ja niiden sujumisessa. Asteikon 20 osasta on regressiotekniikan avulla valittu neljä parhaiten yksinäisyyttä ennustavaa osiota. (Russell ym. 1980, Heikkinen 1996).

Jyväskylässä-Ikivihreät projektissa tutkittiin myös iäkkäiden ihmisten psykososiaalista hyvinvointia. Eräinä alueina olivat yksinäisyys ja yhteisyys. Yksinäisyyttä arvioitiin esittämällä yksinäisyyttä peilaava kysymys sekä käytettiin myös yksinäisyyttä arvioivaa neljä-osioista asteikkoa (UCLA). Haastatteluaineisto vuodelta 1988 osoittaa, että naiset todettiin erittäin merkitsevästi miehiä yksinäisemmäksi. Yksin asuminen oli erittäin

merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyden kokemuksiin sekä naisilla että miehillä. Yksin asuminen on ilmeinen psyykkissosiaalisen hyvinvoinnin riskitekijä, vaikka kaikki yksin asuvat eivät koekaan itseään yksinäisiksi. Miehistä, jotka asuivat jonkun kanssa yli 95 %:lla oli läheinen ihmissuhde ja yksin asuvista miehistä 60 %:lla sitä ei ollut. Yksin asuvilla naisilla yli 90 %:lla ei ollut läheistä ihmissuhdetta ja muiden kanssa asuvistakin yli 30 % elää ilman läheistä ihmissuhdetta. (Heikkinen 1996.) Yksinäisyys ja siihen liittyvät terveysongelmat ovat suurelta osin vältettävissä, jos iäkkäällä ihmisellä on hyvin läheinen ihmissuhde (Russell ym. 1997).

Russell ym. (1997) selvittivät laajassa tutkimuksessaan iäkkään ihmisen yksinäisyyden yhteyttä laitoshoitoon siirtymiseen. Yksinäisyyttä arvioitiin neljä-osioisella UCLA-asteikolla. Yksinäisyyden todettiin olevan yksi niistä tekijöistä, joka saattaa johtaa iäkkään ihmisen laitoshoitoon siirtymiseen maaseutualueilla. Yksinäisyyden taustalla oli useita tekijöitä. Depressiivisyydellä ja yksinäisyydellä oli yhteyttä iäkkään ihmisen laitoshoitoon siirtymiseen.

Maaseutualueilla iäkkäät ihmiset asuvat etäällä toisistaan ja sosiaalisten kontaktien ylläpito on vaikeampaa kuin asutuskeskuksissa. Tällöin laitoshoido on yksi mahdollisuus sosiaalisten kontaktien parantamiseen. Maaseutuyhteisöissä hoitolaitosten asukkaat ovat tutumpia toisilleen ja myös henkilökunta tuntee asukkaansa paremmin kuin kaupunkien hoitolaitoksissa. (Russell ym. 1997.) Toisaalta on todettu, että laitoshoidossa iäkkään ihmisen yksinäisyyden tunnetta kasvattavat läheisten ihmisten puute ja vuorovaikutuksen vähäisyys. Jyväskylän Ikivihreät-tutkimuksen vanhainkotiaineistossa asukkaat olivat yksinäisempiä ja masentuneempia kuin kotona asuvat vanhukset. Vanhainkodeissa asuvilla vanhuksilla 65 %:lla ei ollut läheistä ystävää. Myös sukulaissuhteet osoittautuivat tässä tutkimuksessa varsin vähäisiksi. (Heikkinen 1991.) Bondevik & Skogstad (1996) eivät todenneet eroa yksinäisyyden kokemisessa laitoshoidossa ja omissa kodeissa asuvilla iäkkäillä ihmisillä. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden kokeminen oli yhteydessä vähäiseen kontaktien määrään perheen jäsenten ja naapureiden kanssa. Laitoksessa ja kotona asuvat iäkkäät, jotka toivoivat tiheämpiä kontakteja perheen jäseniin ja naapureihin tunsivat enemmän yksinäisyyttä kuin ne

iäkkäät, joilla oli mielestään riittävästi edellä mainittuja kontakteja. (Bondevik & Skogstad 1996.)

Mullins ym. (1996) havaitsivat amerikkalaisessa tutkimuksessaan, että iäkkäistä ihmisistä usein yksinäiseksi itsensä koki 12 % ja silloin tällöin yksinäisyyttä koki 47 %. Suomalaisen haastattelututkimuksissa tulokset ovat olleet samankaltaisia: usein yksinäisyyttä on kokenut 10 % iäkkäistä ihmisistä ja 20-40 % on kokenut yksinäisyyttä silloin tällöin (Jylhä 1993). Amerikkalaisessa tutkimuksessa yksinäisyyden kokeminen oli yhteydessä ystävien vähäisyyteen, heikkoon itsearvioituun terveyteen ja tutkittavan itsearvioituun heikkoon taloudelliseen tilanteeseen. Iällä, siviilisäädellä ja lasten lukumäärällä ei ollut yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen (Mullins ym. 1996). Molemmilla sukupuolilla on leskeyden todettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen yksinäisyyden kokemiseen ja depressiivisyyteen. Myös eronneet iäkkäät ihmiset ovat alttiimpia tuntemaan yksinäisyyttä. Amerikkalaisessa tutkimuksessa vanhemmuudella ei ole todettu olevan yhteyttä iäkkäiden ihmisten yksinäisyyteen. (Koropecyj-Cox 1998.)

Mullins ym. 1996 tutkimuksessa iäkkään ihmisen alentuneella toimintakyvyllä oli vähäinen vaikutus yksinäisyyden kokemiseen. Tutkijat päättelevät, että huonoimman toimintakyvyn omaavat vanhukset saavat palvelujärjestelmien puitteissa enemmän huomioita ja sosiaalisia kontakteja kuin toimintakykynsä jollakin tavoin säilyttäneet ja terveytensä huonoksi arvioivat vanhukset. (Mullins ym. 1996.) Heikentynyt terveydentila vaikeuttaa kodin ulkopuolisten sosiaalisten kontaktien ylläpitoa. Yksinäisyys on altistava tekijä iäkkäiden ihmisten sairauksien kehittymiselle tai etenemiselle joko suoraan tai depressiivisyyden kautta. Yksinäisyys saattaa olla varoitussignaali psyykkisen terveyden huononemisesta ja voi johtaa kognitiivisen toimintakyvyn huononemiseen. (Russell 1997.)

3.3 Depressiivisyys ja yksinäisyys

Yksinäisyyden on todettu olevan merkitsevästi yhteydessä iäkkäiden ihmisten depressioihin (Prince ym.1997). Se on keskeinen komponentti depressiodiagnostiikassa

(Jylhä 1993). Ähtärissä tutkittiin vuonna 1984 yli 62-vuotiaiden ihmisten depressiivisyyttä postikyselynä Zungin itsearviointi-lomakkeistolla. Depressiivisistä miehistä 30 % ja naisista 25 % ilmoitti, ettei heillä ollut yhtään luottamuksellista ystävyysuhdetta. Depression suhteen terveiden miesten vastaava osuus oli 7 % ja naisten 10 %. (Pahkala ym. 1990.)

Antonucci ym. (1996) tutkivat kotona asuvien iäkkäiden ihmisten sosiaalisia suhteita ja depressiivisten oireiden esiintymistä. Useimmilla iäkkäillä ihmisillä oli vähintään kahdeksan ihmistä sosiaalisessa verkostossaan ja nämä ihmiset olivat suurimmaksi osaksi perheen jäseniä. Sosiaaliseen tukeen oli tyytyväisiä 82 % iäkkäistä ihmisistä ja 79 %:n mielestä nämä sosiaalisen verkoston ihmiset ymmärsivät heitä. Iäkkäillä naisilla, joiden toimintakyky oli heikentynyt, oli depressiivisiä oireita muita enemmän ja puolestaan niillä, joilla oli laaja sosiaalinen verkosto esiintyi vähemmän depressiivisyyttä. Tyytyväisyys sosiaalisten suhteiden laatuun ja siihen, että sosiaalisen verkoston ihmiset ymmärtävät iäkästä ihmistä merkitsivät vähempää depressiivisten oireiden esiintymistä. Iäkkäät ihmiset, joilla oli vähän ystäviä ja jotka kokivat, että heitä ei ymmärretä raportoivat enemmän depressiivisiä oireita. (Antonucci ym. 1996.)

Holroyd & Duryee (1997) tutkivat iäkkäitä ihmisiä, jotka olivat sairastuneet depressioon ennen ja jälkeen 60 ikävuoden. Suurimmalla osalla tutkituista depressio oli kehittynyt 60 ikävuoden jälkeen. Ennen 60 ikävuottaan sairastuneilla oli useampia depressiivisiä ajanjaksoja elämässään ja heillä oli myös enemmän reseptilääkkeitä sekä enemmän diagnosoituja sairauksia.

Vaikeat elämäntapahtumat, toimintakyvyn heikkous ja somaattisten oireiden esiintymisen on todettu olevan yhteydessä depressiivisyyteen iäkkäillä ihmisillä (Hays ym. 1998). Leventhal työtovereineen totesi tutkimuksessaan, että iäkkäillä ihmisillä negatiiviset tunnetilat, ahdistus ja depressiivisyys aiheuttivat somaattisia oireita (Leventhal ym. 1996).

3.4 Lääkkeiden käyttö ja yksinäisyys

Yksinäisyyden tunne on osa ihmisenä olemista. Yksinäisyydestä kärsivien on todettu potevan muita enemmän mm. särkyjä, ärtyisyyttä ja unettomuutta. Vaivojen lievitys saattaa johtaa lääkkeiden ja alkoholin käytön lisääntymiseen. (Jylhä 1993.) Mulsant ym.(1997) totesivat tutkimuksessaan, että iäkkäiden ihmisten itsearvioima huono terveys oli yhteydessä useiden depressiivisten oireiden esiintymiseen, runsaaseen reseptilääkkeiden käyttöön ja tiheisiin lääkäriin käynteihin.

Russell ym. (1997) totesivat tutkimuksessaan, että iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden kokeminen liittyi kroonisten sairauksien esiintymiseen, naissukupuoleen, leskeyteen, tiheisiin lääkäriin käynteihin, elämäntyytymättömyyteen, heikkoon itsearvioituun terveyteen sekä lisääntyneeseen reseptilääkkeiden määrään ja ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintymiseen.

4. IÄKKÄÄT IHMISET KOTIHOITOASIAKKAANA

Stakes (sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) on julkaissut vuonna 1997 Suomen kotihoitoasiakkaita koskevan tilaston, joka on osana hoitoilmoitus eli HILMO järjestelmää. Laskenta oli kaikille palvelun tuottajille pakollinen 30.11.1997. Laskennan mukaan maassamme oli 66 877 asiakasta säännöllisen kotihoidon piirissä. Määrä vastaa 7,3 % koko maan silloisesta 65 vuotta täyttäneestä väestöstä. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteisiä asiakkaita heistä oli 29 %. Asiakkaista 45 % sai vain kotipalvelua ja 26 % vain kotisairaanhoidoa. Kotihoitoasiakkaista 86 % oli 65 vuotta täyttäneitä ja keski-ikä 76 vuotta. Lähes puolella kotihoitoasiakkaista hoidon tarve oli jatkuvaa tai lähes jatkuvaa. Lähes kolme neljäsosaa asiakkaista asui yksin. Tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioitiin 92 %:lle asiakkaista olevan kodin ja 8 %:lle laitoshoidon. (Kauppinen 1998.)

Helsingin vanhustutkimuksessa (HEVA) kartoitettiin yli 500 kotona asuvan 75-, 80-, ja 85- vuotiaan henkilön avuntarvetta. Kahdesta ensin mainitusta ikäryhmästä tarvitsi toisen henkilön apua joka kymmenes ja 85- vuotiaista apua tarvitsi joka viides. Yhteiskunnan tarjoama apu kohdistuu erityisesti näihin kaikkein vanhimpiin vanhuksiin. Mielenkiintoinen tulos oli, että yksin asuvat tarvitsivat muita vähemmän toisten apua päivittäisissä toiminnoissaan, vaikka oleellista eroa ei voitu havaita toimintakyvyssä. (Valvanne 1991.)

4.1 Iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttö ja yksinäisyyden kokeminen

Ritva Raatikainen (1992) on tutkinut kotihoitoasiakkaita Espoossa. Haastatelluista yksinäisyyttä ja turvattomuutta raportoi vajaa puolet. Kotihoitoasiakkaista 67 % koki tarvitsevänsä aina tai usein apua lääkehoidossaan. Lääkehoidon tarpeen kasvaessa vanhus koki saavansa riittämättömästi apua fyysisissä toiminnoissaan. Samoilla espoolaisvanhuksilla tehty tutkimus (Raatikainen 1989) osoitti, että vaivojen, kipujen ja kärsimysten lisääntyessä kasvoi tyytymättömyys kotihoidon työntekijöiden käyntimääriin. Kipuun olivat tässä tutkimuksessa yhteydessä yksinäisyyden ja menetysten tunteet. Kivuista suurimmaksi ryhmäksi nousivat jalkasäryt ja niveloireet. (Raatikainen 1989.)

Sairaalasta pääsyn jälkeiset päivät on todettu erityisen kriittiseksi vanhusten kotona selviytymisen kannalta. Iäkkään ihmisen toimintakyky on tuolloin heikentynyt verrattuna aikaan ennen sairaalaan joutumista ja apua kaivataan mm. lääkityksessä. Lisäksi avuttomuutta tuo yksinäisyys ja turvattomuus. (Noro ym. 1993.)

Ganguli ym. (1993) laajassa tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten kognitiivisen toimintakyvyn vajavuus oli merkittävästi yhteydessä mm. runsaaseen kotihoitoavun ja säännöllisten reseptilääkkeiden käyttöön sekä laitoshoidon tarpeeseen.

Valvotun kotisairaanhoidon potilailla lääkkeitä on usein viisi tai kuusi ja sairaalasta kotiintulevalla vanhuksella saattaa olla yli kymmenen lääkevalmistetta käytössään (Tilvis 1997a). Lähes 90%:lla Riihimäen ja Lopen kunnan yli 65- vuotiaista kotihoitoasiakkaista

oli käytössään lääkkeitä. Päivittäin käytettäviä lääkkeitä oli naisilla keskimäärin 3,6 ja miehillä 2,9. Diagnosoituja sairauksia tällä ryhmällä oli keskimäärin 2,6. Suurimpana ryhmänä olivat sydän- ja verisuonisairaudet, 65% sairauksista. Lääkkeiden monikäyttäjiksi määriteltiin vähintään viittä lääketta päivittäin käyttävät kotihoitoasiakkaat. Heitä oli lähes viidennes tutkituista. Enimmillään päiväannos oli 24 tablettia. Masennusoireita sekä uni- ja valverytmin häiriintymistä esiintyi lähes 40%:lla lääkkeiden monikäyttäjistä. (Lithovius ym. 1998.)

Oulun kaupungissa vuonna 1994 yli 75-vuotiaisiin kotona asuviin iäkkäisiin kohdistunut teemahaastattelu selvitti kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä. Puolet 20 haastatellusta käytti kotiapua tai muuta ulkopuolista tukea. Yksinäisyys koettiin kotona selviytymistä vaikeuttavana tekijänä. Puolison kuolema tai sairaalassaolo lisäsivät yksinäisyyden tunnetta. Myös haastateltavien sairaudet ja huono liikuntakyky lisäsivät ympäristöstä eristäytymisen tunnetta. Yksinäisyyden tunne oli suurin talvella ja syksyllä. Haastateltavat yrittivät lievittää yksinäisyyttä vieraita odottamalla, televisiota katselemalla ja radiota kuuntelemalla. Miehet tunsivat itsensä enemmän yksinäiseksi kuin naiset. (Pietilä & Tervo 1996.)

4.2 Kuvaus Karkkilan kaupungin ja Pyhäjoen kunnan kotihoitoasiakkaista

Karkkilan kaupungin asukasluku oli vuoden 1998 lopussa 8569 henkilöä. Väestöstä 65 vuotiaita ja sitä vanhempia oli 17,6 %. Pyhäjoen kunnassa asukkaita oli samana ajankohtana 3702 henkilöä ja 65 vuotta täyttäneitä 17,5 %. (Väestörekisterikeskus 31.01. 1999.) Stakesin laskenta 30.11.1997 osoitti Karkkilassa olevan 139 ja Pyhäjoella 118 kotihoitoasiakasta (Kauppinen 1998). Karkkilan laskennassa eivät olleet mukana palvelutalon ja ryhmäasuntojen asiakkaat. Kuntien erilaiset tavat suorittaa laskentaa saattaa tuoda epätarkkuutta laskentaan. Hoitohenkilökunnan kotikäyntejä oli alle 4 käyntiä kuukaudessa 36 %:lle asiakkaista Karkkilassa ja 49 %:lle asiakkaista Pyhäjoella. Karkkilassa yli 40 kertaa kuukaudessa tapahtuvia kotikäyntejä oli 5 %:lle asiakkaista. Pyhäjoella ei näin tiheitä käyntejä ollut lainkaan. Hoidon tarvetta arvioitaessa Pyhäjoen asiakkaat olivat hieman parempikuntoisia. Ympäri vuorokautisen hoidon tarpeessa heistä

oli vain 2 % asiakkaista. Karkkilassa ympärivuorokautisen hoidon tarve oli 9 %:lla asiakkaista. Karkkilassa 6 % asiakkaista oli omatoimisia ja Pyhäjoella 8 % asiakkaista. Kotihoitoasiakkaiden keski-ikä oli molemmilla paikkakunnilla noin 76,5 vuotta. Noin puolet asiakkaista oli 75-84 vuotiaita. (Kauppinen 1998.)

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli

1. Kuvata 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttöä ja koettua yksinäisyyttä.
2. Selvittää 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kotihoitoasiakkaiden koetun yksinäisyyden yhteyttä lääkkeiden käytön määrään.

5.1 Tutkimuksen aineisto

Tämän tutkimuksen kohteena olivat Karkkilan kaupungin 221 ja Pyhäjoen kunnan 108 65-vuotiasta ja sitä vanhempaa kotihoitoasiakasta. Mukaan otettiin valvotun kotisairaanhoidon, muun kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaat. Pelkästään ateriapalvelua saaneita kotihoitoasiakkaita ei otettu mukaan tutkimukseen. Tutkimusjoukko muodostui niistä asiakkaista, joiden luona kotihoitohenkilöstö kävi helmikuussa ja maaliskuun ensimmäisen viikon aikana 1999.

Tutkimuksessa haastateltiin Karkkilassa 158 ja Pyhäjoella 75 henkilöä. Vastausprosentti Karkkilassa oli 71,5 ja Pyhäjoella 69,5. Haastatteluja jäi suorittamatta työntekijöiden ajanpuutteen vuoksi. Sairaalassa oli haastatteluviikkoina yhteensä 12 kotihoitoasiakasta. Haastatteluviikkoina kuoli 7 kotihoitoasiakasta. Haastattelusta kieltäytyjiä oli vain neljä.

5.2 Tutkimuksen tiedonkeruu

Kotihoitoasiakkaiden haastattelut tehtiin käyttämällä strukturoitua haastattelulomaketta. Haastattelulomake oli laadittu Jyväskylässä tehdyn Ikivihreät-projektissa käytetyn haastattelulomakkeen pohjalta (Heikkinen & Suutama 1991). Kysymyksissä kartoitettiin taustatietoja, sivilisaatiota, asumista, asunnon ulkopuolella liikkumista ja sosiaalisia suhteita. Yksinäisyyttä kysyttiin yksittäisellä kysymyksellä ja yksinäisyyttä mittaavalla 4-

osioisella UCLA-asteikolla (Russell ym. 1980). Itsearvioitua terveydentilaa ja elämää haittaavia sairauksia tiedusteltiin myös yhdellä avoimella kysymyksellä. Haastattelulomakkeen viimeisiin osioihin kerättiin tietoja potilasasiakirjoista asiakkaan diagnostisoiduista sairauksista ja käyttämistä reseptilääkkeistä sekä reseptittä saatavista lääkkeistä. Tarvittaessa otettavista lääkkeistä kerättiin myös tiedot, jos niitä oli käytetty tutkimusta edeltävän kahden viikon aikana.

Esitutkimus tehtiin kuudella kotihoitoasiakkaalla muilla paikkakunnilla (Raahe, Ruukki, Siikajoki). Haastattelulomakkeesta poistettiin kaksi kysymystä, jotka kartoittivat asiakkaana oloa kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa. Tarkoituksena oli vähentää kysymyksiä keskittyen olennaisiin, jotta haastattelu voitaisiin suorittaa kohtuullisella ajankäytöllä kotikäyntien yhteydessä. Myös UCLA-asteikkoa muokattiin niin, että puolet kysymyksistä on positiiviseen suuntaan ja puolet negatiiviseen. Asteikkoa käytettiin mittarin laatijan suosittamassa muodossa (Russell ym. 1980). Kysymyksiin vastaamisen vaikeutta ei esitutkimuksessa ilmennyt.

Tutkimuksen tekemiseen saatiin kirjallinen lupa Karkkilassa perusturvajohtajalta ja Pyhäjoella avohoidon ylilääkäriltä. Kotihoitoasiakkaalle korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja saatujen tietojen nimetöntä käsittelyä. Jokaiselta haastatellulta pyydettiin kirjallinen lupa tutkijoille tietojen tarkistamisesta kotisairaanhoidon asiakirjoista lääkkeiden ja sairauksien osalta. Omaiset antoivat luvan joidenkin haastateltujen puolesta

Kummankin tutkimuspaikkakunnan kotihoitoasiakkaiden haastattelut teki kotihoitohenkilöstö. Haastatteluja oli tekemässä 8 kotisairaanhoidajaa ja 4 kodinhoitajaa. Kotisairaanhoidajat tekivät haastattelut kaikille niille asiakkaille, joilla kotisairaanhoidajat muutenkin kävivät. Lisäksi haastatteluja oli tekemässä Karkkilassa sairaanhoidon opiskelija ja Pyhäjoella tutkimuksen tekijä. Haastattelijat perehdytettiin tehtäväänsä; heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja annettiin ohjausta tutkimuksen tekemisestä iäkkäille henkilöille. Tutkimuksen tekijät olivat myös tavoitettavissa koko tutkimusajan haastattelun mahdollisten ongelmien varalta. Haastattelun suorittaminen kesti 20-30 minuuttia ja se suoritettiin kotikäyntien

yhteydessä. Haastattelujen vuoksi ei tehty ylimääräisiä kotikäyntejä. Haastattelulomake lääke- ja diagnoositietoineen suljettiin kirjekuoreen tietojen luottamuksellisuuden varmistamiseksi. Kumpikin tutkija koodasi oman paikkakuntansa tutkimustulokset analyysivaihetta varten sekä opasti haastattelijoita.

5.3 Aineiston analyysi ja tutkimuksen raportointi

Tutkimuksen aineistoksi muodostui 233:n kotihoitoasiakkaan haastattelu. Lääkkeet luokiteltiin Pharmaca Fennican mukaisiin ryhmiin (Pharmaca Fennica 1997) ja sairaudet luokiteltiin sairausryhmiin. Molemmat luokitukset tehtiin Jyväskylän Ikivihreät-projektissa käytettyjen luokkien mukaan (Laukkanen ym. 1992). Avoin kysymys, jossa kysyttiin mikä sairaus rajoittaa tällä hetkellä elämää- luokiteltiin samalla tavalla kuin diagnostisoidut sairaudet. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla Jyväskylän yliopiston tilastotieteen laitoksen avustuksella. Analyysissä käytettiin frekvenssejä, keski- ja hajontalukuja, ristiintaulukointia ja Khiin neliötestiä.

Tutkimuksen tekeminen parityönä vaati huolellista ajankäytön suunnittelua ja tutkimusvaiheiden työnjakoa. Kirjallisuuskatsauksessa toinen perehtyi iäkkäiden henkilöiden lääkkeiden käyttöön ja toinen yksinäisyyteen. Molemmat perehtyivät näihin osa-alueisiin tutkimuksen aikana. Kirjoitustyö tehtiin yhdessä. Vuorotellen korjattiin tekstiä ja yhteiset tapaamiset Jyväskylässä opiskelujen vuoksi käytettiin hyväksi tutkimuksen tekemisessä.

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

6.1.1 Kotihoitoasiakkaiden ikä, sukupuoli ja siviilisäät

Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 81 vuotta. Miehiä oli 25,3 % ja naisia 74,7 %. Haastatelluista kotihoitoasiakkaista leskiä oli 56 %, naimisissa olevia 23,3 % ja naimattomia 16,4 % sekä muutama eronnut.

6.1.2 Asuminen

Kotihoitoasiakkaista asui omakotitalossa 37,1 %, palvelutalossa 15,1 %, vanhustentalossa 14,7 % ja hissittömässä kerrostalossa 11,2 %, loput asuivat kerros- ja rivitalossa. Kotihoitoasiakkaista 30 % asui 40 neliömetrin tai sitä pienemmissä asunnoissa. Lähes kaikki haastatellut (90,3 %) pitivät asuntoaan sopivan kokoisena. Kotihoitoasiakkaista 62,9 % asui yksin. Jonkun toisen kanssa asuvista puolison kanssa asui 59 %, lasten tai lastenlasten kanssa 29,5 % ja muiden sukulaisten kanssa 11,5 %.

6.1.3 Liikkuminen

Asuntonsa ulkopuolella liikkui lähes joka päivä kotihoitoasiakkaista 40,2 % ja juuri lainkaan ei liikkunut 22,7 %. Saattajan aina ulkona liikkumiseen tarvitsi 42,2 % kotihoitoasiakkaista, ajoittain saattajaa tarvitsi 12,7 %.

6.1.4 Sosiaaliset suhteet

Kotihoitoasiakkaista 77,8 %:lla oli lapsia. Lapsiaan tapasi lähes joka päivä tai lähes joka viikko 62,9 %. Tätä harvemmin lapsiaan tapasi 19 % haastatelluista. Kotihoitoasiakkaista 54,5 %:lla oli mielestään riittävästi ystäviä. Puolet kotihoitoasiakkaista tapasi ystäviään silloin tällöin. Hyvin harvoin ystäviään tapasi 15,9 % kotihoitoasiakkaista. Kotihoitoasiakkaista 7,7 % ilmoitti, että ei tunne yhtään ihmistä, jotka todella välittävät hänestä

6.1.5 Terveystila

Haastatelluista terveytensä arvioi huonoksi 22,5 %, tyydyttäväksi 64,9 %, ja hyväksi 11,3 %. Kotihoitoasiakkaiden päivittäistä elämää haittaavina ongelmina olivat liikkumisongelmat 65 %:lla ja noin 30 %:lla näkö, kuulo ja säryt. Mielialaongelmat haittasivat päivittäistä elämää 15,4 %:lla kotihoitoasiakkaista. Haastatelluista 49,3 % pitivät elämää rajoittavina sairauksina tuki- ja liikuntaelinsairauksia, sydänsairauksia 13,6 % ja muistiongelmia 10,5 %. Sen sijaan 10,9 % kotihoitoasiakkaista ei tuntenut sairauksien rajoittavan elämänsä.

Kotihoitoasiakkailla diagnosoituja sairauksia oli keskimäärin 3,4 ja enimmillään 9. Sydän- ja verisuonisairauksia oli 73 %:lla, tuki- ja liikuntaelinsairauksia 36,1 %:lla, sokeritautia 21,4 %:lla ja dementiaa 20 %:lla kotihoitoasiakkaista. Karkkilan kotihoitoasiakkailla oli keskimäärin 3,1 ja Pyhäjoen kotihoitoasiakkailla 3,9 diagnosoitua sairautta.

6.2 Lääkkeiden käyttö

Tutkittavilla oli käytössään keskimäärin 6,8 reseptilääkettä ja 0,8 itsehoitolääkettä. Yksittäisellä kotihoitoasiakkaalla oli reseptilääkkeitä maksimissaan 17 valmistetta ja itsehoitolääkkeitä 7 valmistetta. Säännöllisesti käytettyjä reseptilääkkeitä oli keskimäärin 6,1 valmistetta. Jos lukumäärään lasketaan säännöllisesti käytetyt reseptiläkkeet ilman vitamiini- ja hivenainevalmisteita, paikallisesti käytettäviä lääkevalmisteita ja laksatiiveja oli kotihoitoasiakkailla käytössään keskimäärin 5,8 reseptilääkettä. Kotihoitoasiakkaista 26,6 % käytti 4-5 reseptilääkettä ja 67,8 % yli 5 eri lääkevalmistetta. Haastatelluista 57 % ei käyttänyt itsehoitolääkkeitä. Kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käytön lukumäärä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Reseptilääkkeiden ja itsehoitolääkkeiden käyttö 65 vuotta täyttäneillä kotihoitoasiakkailla (N=233, n, %).

Lääkkeiden määrä	Reseptilääkkeiden käyttö		Itsehoitolääkkeiden käyttö	
	n	%	n	%
0-4	75	32,2	229	98,3
5-10	133	57,1	4	1,7
11-	25	10,7	0	0

Paikkakuntaakohtaisessa vertailussa Karkkilan kotihoitoasiakkailla oli käytössään 5,9 ja Pyhäjoella 7 reseptilääkettä (mukana myös tarvittaessa käytetyt lääkevalmisteet). Itsehoitolääkkeitä kotihoitoasiakkaat käyttivät keskimäärin vajaa yksi lääketta henkilöä kohden. Karkkilan ja Pyhäjoen kotihoitoasiakkaiden reseptilääkkeiden käytön erot olivat alle 85-vuotiaiden ryhmissä. Suurimmillaan määrällinen ero oli 75-84-vuotiailla. Karkkilassa tämän ikäiset käyttivät keskimäärin 5,8 reseptilääkettä ja Pyhäjoella 7,4 reseptilääkettä. Yli 85-vuotiailla ei ollut eroa reseptilääkkeiden käytön määrässä Pyhäjoen ja Karkkilan välillä.

Reseptilääkkeistä eniten käytettiin sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä, joita käytti 81,4 % kotihoitoasiakkaista. Psykyklääkkeitä käytti 53,2 %, särkylääkkeitä 52,8 %, ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeitä 32,2 % ja aineenvaihdunta- ja umpierityssairauksien lääkkeitä 35,6 %. Itsehoitolääkkeistä kotihoitoasiakkaat käyttivät eniten vitamiini- ja hivenainelääkkeitä (24,5 %), särkylääkkeitä käytti 16,7 % ja ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeitä 8,6 %.

6.3 Yksinäisyys

Joskus yksinäiseksi tunsu itsensä 33 % ja usein/ tai melkein aina yksinäiseksi 17,6 % kotihoitoasiakkaista. Kotihoitoasiakkaista 49,3 % koki hyvin harvoin tai ei koskaan itseään yksinäiseksi. Miesten ja naisten sekä eri ikäryhmien välillä ei yksinäisyyden kokemisessa ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyttä on esitetty taulukoissa 2 ja 3.

Taulukko 2. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden kokeminen sukupuolittain (N=221, n, %).

Yksinäisyyden kokeminen	Mies		Nainen	
	n	%	n	%
Harvoin/ei koskaan	28	47,5	81	50,0
Joskus	20	33,9	53	32,7
Usein/melkein aina	11	18,6	28	17,3

Khiin neliö=0.120, p>0,05.

Taulukko 3. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden kokeminen ikäryhmittäin (N=221, n, %).

Yksinäisyyden kokeminen	Ikäryhmä					
	65-74-vuotiaat		75-84-vuotiaat		85 + -vuotiaat	
	n	%	n	%	n	%
Harvoin/ ei koskaan	16	45,7	60	47,6	33	55,0
Joskus	13	37,1	44	34,9	16	26,7
Usein/ melkein aina	6	17,1	22	17,5	11	18,3

Khiin neliö= 1,63, $p>0,05$.

Kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyttä arvioiva UCLA-asteikon pistemäärien vaihteluväli oli 4-16. Asteikon pistemäärien tulkinnessa yksinäisyyden aste kasvaa pistemäärien lisääntyessä (Russell 1980, 1996, 1997). Naisten yksinäisyyspistemäärien keskiarvo oli 7,7 ja miesten 8,2. Miesten ja naisten sekä eri ikäryhmien välillä ei yksinäisyyspistemäärissä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyspistemäärien jakaumat ikäryhmien ja sukupuolen mukaan on esitetty taulukoissa 4 ja 5.

Taulukko 4. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyspistemäärät miehillä ja naisilla (N=194, n, %).

UCLA-yksinäisyyspistemäärä	Mies		Nainen	
	n	%	n	%
4-8	29	52,7	82	59,0
9-12	24	43,6	57	41,0
13-16	2	3,6	0	0

Khiin neliö=5,39, $p>0,05$.

Taulukko 5. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyspistemäärät ikäryhmittäin (N=194, n, %).

UCLA- Yksinäisyyspistemäärä	Ikäryhmä					
	65-74-vuotiaat		75-84-vuotiaat		85 + -vuotiaat	
	n	%	n	%	n	%
4-8	20	66,7	66	57,4	25	51,0
9-12	9	30,0	49	42,6	23	46,9
13-16	1	3,3	0	0	1	2,0

Khiin neliö=5,34, p>0,05

Yksittäistä yksinäisyyskysymystä ja UCLA-asteikon pistemääriä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla. Siinä osoittautui, että 6 % haastatelluista, jotka ilmoittivat olevansa usein tai melkein aina yksinäisiä saivat UCLA-asteikolla erittäin pienet pistemäärät, 4-8 pistettä. Kotihoitoasiakkaista 12 % usein itsensä yksinäiseksi tuntevista sai UCLA-asteikolla yksinäisyyspistemääräksi 9-12. Vain yksi itsensä usein tai melkein aina yksinäiseksi tunteva sai UCLA-asteikosta suurimman pistemäärään. Kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden kokeminen ja UCLA-yksinäisyyspistemäärät on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden kokeminen ja UCLA-yksinäisyyspistemäärä (n, %).

UCLA- yksinäisyyspistemäärä	Yksinäisyyden kokeminen					
	Harvoin / ei koskaan		Joskus		Usein/ melkein aina	
	n	%	n	%	n	%
4-8	72	75	28	45,2	11	31,4
9-12	24	25	33	53,2	23	65,7
13-16	0	0	1	1,6	1	2,9

6.3.1 Iäkkäiden kotihoitoasiakkaiden koetun yksinäisyyden yhteys mielialaongelmiin

Kotihoitoasiakkaista, joilla oli mielialaongelmia (n=34) koki joskus yksinäisyyttä 44,1 % ja usein/melkein aina yksinäisyyttä tunsu 35,3 %. Kotihoitoasiakkaiden päivittäistä elämää haittaavien mielialaongelmien esiintyminen ja yksinäisyyden kokeminen olivat merkitsevästi yhteydessä toisiinsa (taulukko 7). Kotihoitoasiakkaat, joilla oli mielialaongelmia käyttivät psyykenlääkkeitä melkein merkitsevästi (taulukko 8). Myös kotihoitoasiakkaiden neuroleptien (Khiin neliö=4,34, p=0,03), depressiolääkkeiden (Khiin neliö=12,92, p=<0,001) ja unilääkkeiden käyttö (Khiin neliö=4,03, p=0,045) oli merkitsevästi yhteydessä päivittäistä elämää haittaaviin mielialaongelmiin.

Taulukko 7. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden koettu yksinäisyys ja mielialaongelmat (n, %).

Yksinäisyyden kokeminen	Mielialaongelmat eivät haittaa päivittäistä elämää		Mielialaongelmat haittaavat päivittäistä elämää	
	n	%	n	%
Harvoin/ ei koskaan	102	54,5	7	20,6
Joskus	58	31,0	15	44,1
Usein/ melkein aina	27	14,4	12	35,3

Khiin neliö=15,31, p<0,001.

Taulukko 8. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden mielialaongelmat ja psyykenlääkkeiden käyttö (n, %).

Psyykenlääkkeiden käyttö	Mielialaongelmat eivät haittaa päivittäistä elämää		Mielialaongelmat haittaavat päivittäistä elämää	
	n	%	n	%
Ei käytä	101	50,8	8	23,5
Käyttää	98	49,2	26	76,5

Khiin neliö=8,65, p=0,003.

6.4 Lääkkeiden käytön määrän yhteys koettuun yksinäisyyteen

Lääkevalmisteiden määrät luokiteltiin kolmeen luokkaan: 0-4 lääkettä, 5-10 lääkettä ja 11 tai enemmän lääkettä. Kotihoitoasiakkaista, jotka käyttivät 0-4 reseptiläkettä, 33 % koki harvoin tai ei koskaan yksinäisyyttä. Kotihoitoasiakkaista, jotka käyttivät 5-10 reseptiläkettä, 55 % tunsi yksinäisyyttä harvoin tai ei koskaan. Usein tai melkein aina yksinäisyyttä tuntevista kotihoitoasiakkaista 69,2 % käytti 5-10 lääkevalmistetta. Kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden kokeminen ja reseptilääkkeiden käytön määrä eivät olleet merkitsevästi yhteydessä toisiinsa (taulukko 9). Psykykenlääkkeiden käytöllä ei ollut myös merkitsevää yhteyttä koettuun yksinäisyyteen (Khiin neliö=2,68, $p>0,05$). Kotihoitoasiakkaiden reseptilääkkeiden käytön määrän yhteys yksinäisyyden kokemiseen esitetään taulukossa 9.

Taulukko 9. 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden reseptilääkkeiden käytön määrän yhteys yksinäisyyden kokemiseen (n, %).

Reseptilääkkeiden määrä	Yksinäisyyden kokeminen					
	Harvoin/ ei koskaan		Joskus		Usein/ melkein aina	
	n	%	n	%	n	%
0-4	37	33,9	25	34,2	7	17,9
5-10	60	55,0	40	54,8	27	69,2
11-	12	11,0	8	11,0	5	12,8

Khiin neliö=3,91, $p>0,05$.

7. POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet kotisairaanhoidossa ja toinen tekee tätä työtä edelleenkin. Molemmat ovat käytännön työssään pohtineet vanhusten käyttämiä suuria lääkemääriä. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme saimme tutustua lääkehuollon todellisuuteen. Polyfarmasia siihen liittyvine haittoineen muodostaa ongelmallisen kysymyksen vanhustenhuollossa. Yhtenä ongelmana on myös alilääkitys, jolloin vanhus ei käytä lääkärin määräämiä lääkkeitä. Syynä voivat olla vaikeudet lääkepurkkien avaamisessa ja lääkehoito-ohjeiden ymmärtämisessä (Lumme-Sandt 1996, Pereles ym. 1996). Näihin vaikeuksiin vaikuttaa iäkkään ihmisen fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky.

Olemme usein työssämme pohtineet sitä, miksi iäkkäillä kotihoitoasiakkaila on paljon lääkkeitä. Selittävätkö lisääntyneet sairaudet lääkemäärien kertymistä? Tutkimuksemme osoitti kotihoitoasiakkaila olevan keskimäärin 6,8 reseptilääkettä käytössään, jos mukaan lasketaan myös tarvittaessa käytetyt lääkevalmisteet. Suurimmillaan tämä määrä oli 17 lääkevalmistetta yhdellä asiakkaalla. Diagnooituja sairauksia oli keskimäärin 3,4 ja enimmillään 9. Todennäköisesti yhtä sairautta hoidetaan useammalla lääkkeellä.

Tutkimuksemme tulos tuki ennakkokäsitystämme kotihoitoasiakkaiden runsaasta lääkemääristä. Verrattaessa lähinnä vastaavaan Riihimäki-Loppi-alueella tehtyyn tutkimukseen oli tutkimuksemme asiakkaila enemmän lääkitystä. Riihimäki-Loppi-tutkimuksessa asiakkaat käyttivät keskimäärin 3,5 lääkettä ja diagnooituja sairauksia oli keskimäärin 2,6 asiakasta kohden (Lithovius ym. 1998). Ero selittänee osin sen, että sekä Karkkilassa että Pyhäjoella hoidetaan sairaampia vanhuksia kodeissa kuin Riihimäki-Loppi-alueella. Karkkilassa kotihoitoasiakkaina on hyvin sairaita vanhuksia paikkakunnan lopetettua vanhainkotinsa ja näiden vanhusten siirryttyä palvelutaloon tai ryhmäkoteihin tämän vuosikymmenen alkupuolella. Pyhäjoen kotihoitoasiakkaila oli noin yksi diagnooitu sairaus enemmän asiakasta kohden kuin Karkkilassa ja he käyttivät myös enemmän reseptilääkkeitä.

Tilvis (1997a, 1997b) on pohtinut kirjoituksissaan lääkehuollon kysymyksiä iäkkäillä henkilöillä; voiko lääkäri hoitaa vanhusta nykysuositusten mukaan ja pitäytyä neljän reseptivalmisteen määräämisessä vanhuksille. Lääkäripalvelujen parantuminen, paremmat diagnosointimenetelmät ja uusien lääkkeiden markkinoille tulo selittävät osaltaan polyfarmasiaa iäkkäillä ihmisillä. Hoitokäytännöissä saattaa olla gerontologisen ja geriatriksen asiantuntemuksen puutetta ja mahdollisesti iäkkäiden ihmisten hoitoon liittyvää aliarvostusta ja mielenkiinnon vähäisyyttä sekä ageismia.

Mietimme kotisairaanhoidajan käytännön työtä. Kummallakin paikkakunnalla kotisairaanhoidajat ovat hyvin ammattitaitoisia ja heidän näkemyksiinsä luotetaan. Molemmilla paikkakunnilla väestörakenne on hyvin vanhuspainoitteinen. Kotisairaanhoidaja toimii asiakkaansa edustajana ja pohtii lääkärin kanssa asiakkaan ongelmia, jolloin lääkäri ei välttämättä tapaa asiakasta määrätessään lääkkeitä. Ongelmaksi tulee asiakkaan tilanteen, vaivojen ja oireiden todellisuus. Kertyykö lääkkeitä kotihoitoasiakkaalle silloin, kun lääkkeitä määrätään tapaamatta asiakasta? Yksinäisyyteen liittyvät ongelmat aiheuttavat monenlaisia vaivoja, joihin ehkä kotisairaanhoidaja lääkärin kanssa pohtii helpottavaa lääkitystä iäkkäälle kotihoitoasiakkaalle. Näistä kysymyksistä muodostimme opinnäytetyömme pääongelman tarkastelemalla yksinäisyyden kokemisen ja runsaan lääkityksen välistä yhteyttä.

Monimutkaisempi ajatusmalli on se, että yksinäisyyttä tunteva vanhus saattaa sairastua fyysisesti tai psyykkisesti helpommin kuin ilman yksinäisyyden tunnetta oleva vanhus. Tällä tavoin lääkkeiden kertyminen alkaa yksinäisyyden tunteen haitoista. Tätä ajatusta tukevat tutkijoiden löydökset yksinäisten vanhusten lisääntyneistä pitkäaikaissairauksista (mm. Russell 1997) ja yksinasumisen liittyminen runsaaseen lääkkeiden käyttöön (Klaukka ym. 1984).

Tutkimuksessamme oli yhtenä tehtävänä etsiä mittari kotihoitoasiakkaiden yksinäisyyden selvittämiseen. Yksittäinen kysymys yksinäisyydestä osoittautui hyvin käyttökelpoiseksi haastattelussa ja mielestämme erotti hyvin yksinäisyyttä tuntevat ja ne, jotka sitä eivät liioin tunteneet. Toisaalta yksi kysymys ei takaa riittävää varmuutta asiasta. Toisena mittarina käytimme UCLA-asteikkoa, joka osoittautui vaikeaselkoiseksi vanhuksille ja

johon myös haastattelijat tarvitsivat harjaannusta ja ohjausta enemmän kuin muissa haastatteluaiheissa. Myös katoa tämän mittarin osalta oli enemmän. Varsinkin muistihäiriöisten vanhusten oli vaikea vastata tämän asteikon vaihtoehtoihin ja muidenkin asiakkaiden kanssa tämän asteikon ymmärtämiseen ja täyttämiseen meni eniten haastatteluajasta. Vastausten oikeaan tulkintaan liittyi myös ongelmia. Ymmärsikö asiakas todella, mitä vaihtoehtoissa kysyttiin ja tulkitsiko haastattelija oikein asiakkaan vastauksen? Yksittäisellä kysymyksellä usein tai melkein aina yksinäiseksi tuntevia kotihoitoasiakkaita oli 17,6 %. UCLA-asteikon mukaan ja tulkinta Russell ym.(1980, 1997) ohjeilla hyvin yksinäiseksi tunsivat itsensä vain kaksi kotihoitoasiakasta. Molemmat mittarit toivat samaan tapaan esille ne asiakkaat, jotka eivät tunteneet yksinäisyyttä ja niitä oli tässä tutkimuksessa yli puolet haastatelluista. Katsoimme parhaaksi tehdä haastattelu kotihoitotyöntekijöiden avulla, koska postikyselynä UCLA-asteikon täyttäminen olisi onnistunut vielä heikommin. Haastattelijan tuttuus oli eduksi tiedonkeräämisessä. Haastattelussa ilmeni, että kotihoitoasiakkaat kieltäytyivät haastatteluun osallistumisesta, kun sitä esitti tilapäinen kotihoitotyöntekijä.

Tutkimuksemme osoitti, että vanhuus ei ole yksinäisyyttä edes kaikkein sairaimmilla henkilöillä. Vain alle 8 % kotihoitoasiakkaista koki, etteivät tunne yhtään ihmistä, joka välittää heistä. Kotihoitoasiakkaista kaksikolmasosa kertoi lasten käyvän joka päivä tai lähes viikottain. Joten lapset ovat edelleen tärkeimpiä tukijoita iäkkäille ihmisille. Kun yhteiskunnassa käydään keskustelua vanhustenhuollon voimavaroista on syytä ottaa huomioon informaalisien tuen määrä, jota on paljon kotihoitoasiakkailla.

Tutkimuksemme perusteella ei voi olla korostamatta kotihoidon henkilökunnan ja lääkäreiden jatkuvan kouluttautumisen tärkeyttä vanhusten lääkehuollossa. Tärkeä tulevaisuuden haaste on, miten suhtautua niihin moniin uusiin lääkkeisiin ja hoitosuosituksiin, joita enenevässä määrin tulee vanhustenhuoltoon.

Tutkimuksemme tulosta ei voi aineiston pienuuden vuoksi yleistää, mutta arvokasta tutkittua tietoa saatiin kahden paikkakunnan kotihoitoasiakkaista. Tätä tutkimustamme voimme hyödyntää kotihoitotyön kehittämisessä; antaahan tutkimus yleiskuvan mm. kotihoitoasiakkaiden terveydentilasta, sairauksista, liikkumiskyvystä ja sosiaalisista

suhteista. Tutkimustulokset reseptilääkitysten osalta ovat luotettavia, koska tutkimuksessa on käytetty potilasasiakirjojen tietoja. Itsehoitolääkkeet on kysytty asiakkailta itseltään. Diagnoosien luotettavuuteen tuo epävarmuutta asiakirjojen mahdollinen vanhentunut tieto tai diagnosoimatta jääneet sairaudet, vaikka lääke sairauteen on jo aloitettu. Tarkkuutta toisi lisää jokaiselle kotihoitoasiakkaalle tehtävä perusteellinen lääkärintarkastus. Kotihoitoasiakkaan lääkehoitoa tulisi kehittää asiakkaan geriatrisen kokonaisarvioinnin pohjalta. Gerontologista ja geriatriasta asiantuntemusta tulisi hyödyntää enemmän.

Mitä muuttaisimme, jos tekisimme työn uudelleen? Tarvittaessa käytettävät lääkkeet voisi jättää kokonaan pois lääkkeiden käytön lukumäärästä vertailtavuuden parantamiseksi muihin tutkimuksiin. UCLA-asteikko laajempänä ja ymmärrettävämpänä muotona antaisi lisää luotettavuutta yksinäisyyden mittaamiseen. Kotihoitoasiakkaiden sosiaalisia suhteita olisi voinut lisäksi tiedustella lääkärin tapaamistiheydellä ja kotihoitohenkilöstön käyntimäärillä.

Tutkimuksessa saatua tietoa on vielä paljon. Jatkotutkimuksena voisi selvittää kotihoitoasiakkaan yksinäisyyteen liittyviä tekijöitä. Esimerkiksi kotihoitoasiakkaan terveydentilasta, sosiaalisista suhteista, liikkumisesta, asumisesta ja siviilisäädystä saadut tiedot voitaisiin tarkastella suhteessa yksinäisyyden kokemiseen. Tutkimusta voisi täydentää myös teemahaastattelulla. Toisaalta olisi mielenkiintoista tutkia hoitoyhteisöjen ulkopuolella olevien iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden kokemisen yhteyttä lääkkeiden käytön määrään; miten tulos poikkeaa suhteessa kotihoitoasiakkaiden tutkimukseen.

Tutkimuskenttämme on hyvin moniammatillinen ja haluamme korostaa, että lääkehuoltoa ei tule nähdä vanhustenhuollossa vain lääkärin ja asiakkaan välisenä asiana. Vanhusten hoitotyössä taloudellisia säästöjä etsitään myös hoitohenkilökunnan palkkauksien osalta, käyttämällä halvempaa työvoimaa, joilla ei välttämättä ole hoitotyön koulutusta. Kotipalvelussa työskentelee myös ihmisiä, joilla ei ole mm. lääketietoutta. Tämän tutkimuksen tuloksena tuli ilmi, että kotihoitoasiakkaat käyttävät runsaasti lääkkeitä. Tämän perusteella kotihoitohenkilöstön asiantuntemukseen tulisi kuulua myös

perustiedot ja -taidot iäkkään ihmisen lääkehuollosta. Jos suuntana vanhustenhuollossa on kouluttamattomien työntekijöiden palkkaaminen niin vanhusten turvallinen lääkehoito tulee kyseenalaiseksi. Vanhusta hoitavan tiimin yhteinen asia on varmistaa vanhuksen optimaalinen hyvinvointi. Lääkkeiden tarkoitus on oikein käytettynä tuoda helpotusta iäkkäälle ihmiselle myös elämän viimeisellä kolmanneksella.

LÄHTEET

- Achté, K. & Tuulio-Henriksson, A. 1984. Ikääntyneiden ihmisten yksinäisyydestä. Teoksessa Acté K. & Kuusi K. (toim.) Yksinäisyys. Otava: Keuruu, 76-89.
- Andersson, L. 1993. Barndomsupplevelser och ensamhet på äldre dar. *Gerontologia* 7 (3), 211-219.
- Antikainen, R. 1996. Korkea verenpaine ei kuulu vanhuuteen. *Aesculapius* 2, 19-20.
- Antonucci, T.C., Fuhrer, R., Dartigues, J.-F. 1997. Social Relations and Depressive Symptology in a Sample of Community-Dwelling French Older Adults. *Psychology and Aging* 12 (1), 189-195.
- Autio, L. 1993. Lääkkeiden käytön ongelmat. Teoksessa Tilvis R.& Sourander L. (toim.) *Geriatría*. Jyväskylä: Gummerus, 183-190.
- Atkin P., Finnegan, T., Ogle, S. 1994. Functional Ability of Patients to Manage Medication Packaging, a Survey of Geriatric Inpatients. *Age and Aging* 23, 113-116.
- Bondevik, R. & Skogstad A. 1996. Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *International Journal of Aging and Human Development* 43 (3), 181-197.
- Cunningham, G., Dodd, T.R.P., Grant, D.J., McMurdo, M.E.T., Richards, R.M.E. 1997. Drug-related problems in elderly patients admitted to Tayside hospitals, methods for prevention and subsequent reassessment. *Age and Ageing* 26, 375-382.
- Devor, M., Wang, A., Renwall, M. 1994. Compliance with Social and Safety Recommendations in an Outpatient Comprehensive Geriatric Assessment Program. *Journal of Gerontology* 49, 168-173.
- Enlund, H. 1988a. Lääkkeiden käyttö. Teoksessa Lauri S. (toim.) *Vanhus Kuopiossa*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja, 68-77.
- Enlund, H. 1988b. Vanhusten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. *Gerontologia* 2 (3), 188-197.
- Ganguli, M., Seaberg, E., Belle, S., Fischer, L., Kuller, L.H. 1993. Cognitive Impairment and the Use of Health Services in an Elderly Rural Population: The MoVIES Project. *Journal of the American Geriatric Society* 41 (10), 1065-1070.
- Garrard, J., Cooper, S., Goertz, C. 1997. Drug Use Management in Board and Care Facilities. *The Gerontologist* 37 (6), 748-756.

Hanlon, J.T., Schmader, K.E., Koronkowski, M.J., Weinberger, M., Landsman, P.B., Samsa, G.P., Lewis, I.K. 1997. Adverse Drug Events In High Risk Older Outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society* 45 (8), 945-948.

Hanlon, J.T., Landerman, L.R., Wall, W.E., Horner, R.D., Fillenbaum, G.G., Dawson, D.V., Schamader, K.E., Cohen, H.J., Blazer, D.G. 1996. Is Medication Use by Community-Dwelling Elderly People Influenced by Cognitive Function. *Age and Ageing* 25, 190-196.

Havlik, R. 1997. Antihypertensive Drugs, Brain Structure and Cognitive Function: More Research Is Necessary. *Journal of the American Geriatric Society* 45 (12), 1529 - 1531.

Hays, J.C., Landerman, L.R., George, L.K., Flint, P.E., Koenig, H.G., Land, K.C., Blazer, D.G. 1998. Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly. *Journal of Gerontology* 53 B (1), P31-P39.

Heikkinen, R-L. 1991. Sosiaalinen yhteisyys ja toiminta vanhainkodeissa. Teoksessa *Vanhainkodeissa asuvien jyvaskyläläisten terveys, toimintakyky, sosiaalinen yhteisyys ja liikuntakäyttäytyminen. Ikivihreät-projekti. Jyväskylän kaupunki, sosiaalikeskuksen julkaisusarja 2/1991, 48-58.*

Heikkinen, R-L., Virtanen, V., Heikkinen, E., Kauppinen, M. 1992. Sosiaalinen yhteisyys, yhteisöllinen toiminta ja terveys. *Gerontologia* 6 (3), 176-184.

Heikkinen, R-L. & Suutama, T. (toim.). 1996. Iäkkäiden henkilöiden terveyden ja toimintakyvyn arviointi. *Ikivihreät- projekti osa II. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1991:10. Jyväskylä: Yliopistopaino.*

Holroyd, S. & Duryee, J.J. 1997. Differences in Geriatric Psychiatry Outpatients with Early-vsLate-Onset Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 1100-1106.

Honkonen, R. 1990. Vanhusten putoamis- ja kaatumistapaturmat. *Gerontologia* 4 (1), 23-32.

Isaac, L.M., Tamblyn, R.M., & the McGill Drug Research Team 1993. Compliance and Cognitive Function: A Methodological Approach to Measuring Unintentional Errors in Medication Compliance in the Elderly. *The Gerontologist* 33 (6), 772-781.

Johnson, R.E. & Ried, L.D. 1996. OTC Drug Use in an HMO. *Journal of Aging and Health* 8 (1), 114-135.

Jylhä, M. 1993. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa *Tilvis R. & Sourander L. (toim.) Geriatria. Jyväskylä :Gummerus Kirjapaino oy, 171-176.*

Kalsta, K., Voipio, T. 1997. Alueellisia eroja esiintyy lääkkeiden kulutuksessa. *TABU (lääkelaitos)* 5, 14-15.

- Kauppinen, S. 1998. Kotihoito 1997. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus tilastoraportti 32/1998. Stakes, Helsinki.
- Kivelä, S-L., Kyngäs-Saviaro, P., Pakkala, K., Kesti, E., Laippala, P. 1996. Health, Health Behavior and Functional Ability Predicting Depression in Old Age: a Longitudinal Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11 (10), 871-877.
- Klaukka, T., Riska, E. 1984. Yli 60- vuotiaat lääkkeiden käyttäjinä. *Sosiaali lääketieteellinen aikakauslehti* 21, 105-113.
- Klaukka, T., Rajaniemi, S. 1996. Lähes 40% lääkekorvauksista iäkkäille. *TABU (lääkelaitos)* 6, 35-37.
- Klaukka, T., Rajaniemi, S. 1997. Miehet käyttävät vähemmän, mutta kalliimpia lääkkeitä kuin naiset. *TABU (lääkelaitos)* 1, 18-19.
- Klaukka, T., Rajaniemi, S. 1998. Ikääntyvän väestömme lääkekustannukset vuonna 2005. *TABU (lääkelaitos)* 1, 29-30.
- Koropeczyk-Cox, T. 1998. Loneliness and Depression in Middle and Old Age: Are the Childless More Vulnerable? *Journal of Gerontology* 53 B (6), S303-S312.
- Laukkanen, P., Leinonen, R., Heikkinen, E. 1999. 1904-23 syntyneiden henkilöiden terveydentila kahdeksan vuoden seuraututkimuksessa. Teoksessa Suutama T., Ruoppila I., Laukkanen P. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuraututkimuksesta. KELA sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42. Helsinki: Hakapaino Oy, 217-235.
- Laukkanen, P., Heikkinen, E., Kauppinen, M., Kallinen, M. 1992. Use of Drugs by Noninstitutionalized Urban Finns born in 1904- 1923 and the Association of Drugs Use with Mood and Self-rated Health. *Age and Ageing* 21, 343-352.
- Lehtonen, A. 1996. Vanhusten verenpaineen hoito. *Käytännön lääkäri* 1, 29-32.
- Leventhal, E.A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H., Glass, D.C. 1996. Negative Affect and Self-Report Symptoms: Two Longitudinal Studies of Older Adults. *Health Psychology* 15 (3), 193-199.
- Lithovius, R., Sihvonen, M., Kekki, P. 1998. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelua saavien vanhusten lääkkeiden käyttö. *Suomen lääkärilehti* 14, 1625-1632.
- Llorente, M., Olsen, E., Leyva, O., Silverman, M., Lewis, J., Rivero, J. 1998. Use of Antipsychotic Drugs in Nursing Homes: Current Compliance with OBRA Regulation. *Journal of the American Geriatrics Society* 46, 198-201.
- Lumme-Sandt, K. 1996. Ikäihmisten lääkkeiden käyttö- omaa harkintaa vai ohjeiden noudattamista? *Gerontologia* 10 (3), 157-163.

Luukinen, H. 1995. Incidence and Risk Factors for Falls in the Elderly. ACTA Universitatis Ouluensis, D Medica 353. Oulu: Oulun yliopisto.

Maailman terveysjärjestö, Euroopan toimisto. 1987. Vanhus ja lääkkeet. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo oy.

Mattila, M., Harenko, A. 1993. Vanhukset ja psyykenlääkkeet. Teoksessa Isohanni M., Tienari P., Achte K.(toim.) Vanhuus ja mielenterveys. Juva : WSOY, 174-178.

Moss, J., Lancto, K. 1995. Iatrogenic Benzodiazepine Withdrawal Delirium in Hospitalized Older Patient. Journal of American Geriatrics Society 43 (8), 1020-1022.

Mullins, L., Smith., Colguitt, R., Mushel, M. 1996. An Examination of the Effects of Self-Rated and Objective Indicators of Health Condition and Economic Condition on the Loneliness of Older Persons. Journal of Applied Gerontology 15 (1), 23-37.

Mulsant, B.H., Ganguli, M., Seaberg, E.C. 1997. The Relationship Between Self-Rated Health and Depressive Symptoms in an Epidemiological Sample of Community-Dwelling Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society 45 (8), 954-958.

Neuvonen, P., Kivistö, K. 1998. Lääkeaineiden ongelmalliset yhteisvaikutukset. Duodecim 114, 1039-1048.

Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjolainen, P., Ruth, J-E. 1993. Vanhuksen sairaalasta kotiuttaminen- tuloksia esitutkimuksesta. Gerontologia 7, 196-203.

Pahkala, K., Kivelä, S.-L., Laippala, P, 1990. Iäkkäiden sosiaalisten ja ympäristötekijöiden yhteydet depressioihin. Gerontologia 4 (3), 145-156.

Pahor, M., Mugelli, A., Guralnik, J.M., Manto, A., Carosella, L., Sgadari, A., Carbonin, P.U. 1995. Age and Laxative Use in Hospitalized Patients. A report of the " Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell Anziano-GIFA". Aging. Clinical and Experimental Research 7 (2), 128-133.

Park, D.C., Morrell, R.W., Frieske, D., Kincaid, D. 1992. Medication Adherence Behaviors in Older Adults: Effects of External Cognitive Supports. Psychology and aging 7 (2), 252-256.

Pereles, L., Romonko, L., Murzyn, T., Hogan, D., Silvius, J., Stokes, E., Long, S., Fung, T. 1996. Evaluation of a Self-Medication Program. Journal of the American Geriatric Society 44 (2), 161-165.

Pharmaca Fennica. 1997. Lääketietokeskus. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Pietilä, A.-M. & Tervo, A. 1996. "Positiivisella asenteellahan sitä täytyy yrittää..." Iäkkäiden kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä ja näkemyksiä tulevaisuudesta. Gerontologia 10 (1), 27-36.

Pohjola, P. 1994. Kokeminen elämäntyylin osa-alueena. Teoksessa Öberg P., Pohjola, P., Ruoppila, I. (toim.) *Experiencing ageing- Kokemuksellinen vanheneminen- Att uppleva åldrandet*. Helsinki: Svenska social och kommunalhögskolan, 74-87.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, A.T., Mann, A.H. 1997. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project VI. Psychological Medicine* 27, 323-332.

Raatikainen, R. 1989. Kipu ja vaiva hoidon tarpeeseen vaikuttavana tekijänä kotisairaanhoidossa. *Gerontologia* 3 (1), 51-61.

Raatikainen, R. 1992. Potilaiden avun tarve ja palvelujen riittävyys kotisairaanhoidossa. *Gerontologia* 6, 32-42.

Ried, D., Johnson, R., Gettman, D. 1998. Benzodiazepine Exposure and Functional Status in older People. *Journal of the American Geriatrics Society* 46 (3), 71-75

Russell, D., Peplau, L.A., Cutrona, C.E. 1980. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 39 (3), 472-480.

Russell, D.W. 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment* 66 (1), 20-40.

Russell, D.W., Cutrona, C.E., Mora, A., Wallace, R.B. 1997. Loneliness and Nursing Home Admission Among Rural Older Adults. *Psychology and Aging* 12 (4), 574-589.

Ruth, J.-E. & Öberg, P. 1988. Ensamhetsupplevelser hos de äldre II-Psykologiska faktorer. *Gerontologia* 2 (2), 106-118.

Ryynänen, O.-P. 1992. Vanhusten kaatumistapaturmien vaaratekijät. *Gerontologia* 6 (3), 211-219.

Ryynänen, O.-P. 1993. Incidence and Risk Factors for Falling Injuries Among the Elderly. *ACTA Universitatis Ouluensis, D Medica* 265. Oulu: Oulun yliopisto.

Seppälä, M., Hyypä, M.T., Impivaara, O., Knuts, L-R., Sourander, L. 1997a. Subjective Quality of Sleep and Use of Hypnotics in an Elderly Urban Population. *Aging. Clinical and Experimental Research* 5, 327-334.

Seppälä, M. 1997b. Milloin vanhus tarvitsee unilääkettä. *Suomen lääkärilehti* 34, 4011-4015.

Stoehr, G.P., Ganguli, M., Seaberg, E.C., Echement, D.A., Belle, S. 1997. Over-the-Counter Medication Use in an Older Rural Community: The MoVIES Project. *Journal of the American Geriatrics Society* 45 (2), 158-165.

Syvälähti, E. 1997. Unettomuuden lääkehoito. Käytännön lääkäri 2, 55- 59.

Tilvis, R., Hakala, S-M, Valvanne, J., Erkinjuntti, T. 1995. Ortostaattisen verenpaineen laskun ja huimauksen vaaratekijät ja ennusmerkitys vanhusväestössä. Gerontologia 9 (2), 107-113.

Tilvis, R. 1997a. Vanhusten polyfarmasia. Käytännön lääkäri 3, 119-123.

Tilvis, R. 1997b. Toteutuuko vanhuksilla kolmen lääkkeen sääntö? Helsingin lääkärilehti 1, 6-9.

Tikkanen, T., 1998. Lääkkeiden ja nautintoaineiden aiheuttama hypertensio. Käytännön lääkäri 2, 88-94.

Valvanne, J., Juva, K., Erkinjuntti, T., Tilvis, R. 1991. Kotona asuvien 75-, 80-, ja 85-vuotiaiden helsinkiläisten toimintakyky ja avuntarve. Gerontologia 5(2), 105-113.

Väestörekisterikeskus, tilastot. 1999. Ikäluokka- ja sivilisäättilasto, vuoden vaihde 1998-1999.

Wills, P., Claesson, C.B., Fratiglioni, L., Fastbom, J., Thorslund, M. Winblad, B. 1997. Drug Use by Demented and Non- Demented Elderly people. Age and Ageing 26, 383-391.

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opiskelemme Jyväskylän yliopistossa terveystieteen laitoksella pääaineenamme gerontologia ja kansanterveystiede. Olemme aloittaneet pro gradu-tutkielmamme kirjallisuuskatsauksella syksyllä -98 ja nyt vuoden -99 aikana on vuorossa tutkimusosa.


Tutkimusaihe: Selvitämme Karkkilan kaupungin ja Pyhäjoen kunnan yli 65-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttöä, diagnostisoituja sairauksia ja heidän kokemaansa yksinäisyyttä. Vertailemme paikkakuntakohtaisia eroja sairastavuudessa ja lääkkeiden käytössä sekä katsomme voisiko tutkimuksesta löytyä yhtettä runsaan lääkkeiden käytön ja yksinäisyyden kokemuksen välillä. Tutkimuksen N= noin 300 kotihoitoasiakasta.

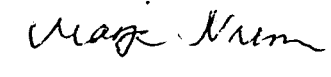
Tutkimustieto hankitaan strukturoidulla kyselylomakkeella kaikilta niiltä kotihoitoasiakkailta, jotka tavataan helmikuun -99 aikana. Haastattelut suorittaa kotihoidon henkilökunta, myös tutkijat itse avustavat tarvittaessa tiedon keräämisessä. Kyselylomake on suunniteltu niin, että se vie hyvin kohtuullisesti henkilökunnan aikaa (15-20 min.).

Asiakkailta kysytään lupa mukanaoloon sekä lupa tutkijoille tarvittaessa saada tarkistaa terveydenhuollon tiedostoista heitä koskevia tietoja, jos ne ovat jonkun kohdalla puutteellisia tai esim. kodinhoitaja ei ole saanut tarvittavia tietoja. Tutkimukseen osallistuvilta kysytään heidän käyttämänsä itsehoitolääkkeet viimeisen kahden viikon aikana sekä yksinäisyyteen ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä kysymyksiä. Reseptilääkkeet ja diagnostisoidut sairaudet kerätään sairaskertomuksista.

Saatu aineisto käsitellään tilastollisin menetelmin, SPSS- ohjelmistolla. Kaikki saatu tieto käsitellään nimettömänä, asiakkaan nimi on tutkijoilla vain siihen asti kunnes tietojen riittävyys on saatu tarkistettua. Tutkimuksen tuloksista annetaan henkilökunnalle palaute syksyllä -99.


Jyväskylässä 7.1.1999


Tuula Hakala
v.a. johtava hoitaja
Karkkila


Marja Niemi
terveydenhoitaja
Pyhäjoki

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄJÄ KARKKILAN KAUPUNGIN OSALTA:


Karkkila 8.1.99


KARI VIRTTA
JOHTAVA LÄÄKÄRI
KARKKILAN KAUPUNKI

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opiskelemme gerontologiaa Jyväskylän yliopistossa terveystieteenlaitoksella. Teemme pro gradu-tutkielmaa 1998-1999 vuoden aikana.

Tutkimusaihe: Selvitämme Pyhäjoen ja Karkkilan kaupungin kotihoitoasiakkaiden lääkkeiden käyttöä, yksinäisyyden kokemista sekä diagnosoitujen sairauksien määrää. Vertailemme maantieteellistä eroa lääkkeiden käytössä ja sairastuvuudessa. Tarkastelemme onko yksinäisyyden kokemisella ja lääkkeiden käytöllä yhteyttä.

Tutkimustieto hankitaan strukturoidulla kyselylomakkeella. Haastattelu tehdään tammikuun 1999 aikana ja haastatellaan niitä asiakkaita, jotka tavataan sinä aikana. Haastattelun suorittaa kotihoito- ja kotisairaanhoidohenkilökunta sekä tutkijat itse avustavat tiedon keräämisessä. Sosiaalitoimelta on saatu tutkimuksen suorittamiseen suullinen lupa sosiaalitoimen johtajalta Pyhäjoelta Anneli Vuotikalta sekä kotipalveluohjaajalta Eija-Liisa Luodolta. Kyselylomake on suunniteltu niin, että se ei vie liian paljon aikaa henkilökunnalta -n. 15-20 min.

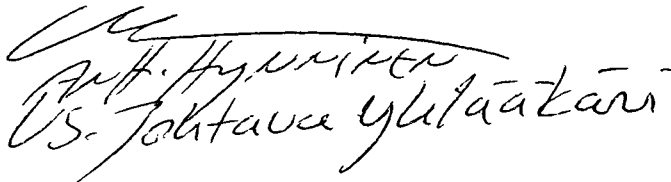
Asiakkailta kysellään yksinäisyyttä ja sosiaalisia suhteita koskevia kysymyksiä sekä selvitetään heidän lääkkeiden käyttöönsä (reseptilääkkeet ja itsehoitolääkkeet), mitä he ovat edeltävät kaksi viikkoa käyttäneet. Asiakkailta kysytään lupa tarkistaa tietoja lääkkeiden ja diagnoosien osalta terveydenhuollon dokumenteista. Asiakkailta kysytään myös lupa osallistuvatko he tutkimukseen.

Saatu tutkimusaineisto käsitellään tilastollisin menetelmin, SPSS- ohjelmistolla. Asiakkailta saadut tiedot käsitellään nimettöminä. Tutkija tarkistaa asiakkaalta luvan saatuaan asiakkaan diagnooseja ja lääkkeitä terveydenhuollon asiakirjoista ja sen jälkeen tutkittavan asiat tulevat nimettömäksi. Tutkimuksen tuloksesta henkilökunta saa tietoa viimeistään syksyllä 1999.

Pyhäjoella 29.11. 1998 Terveystieteenlaitoksen johtaja
Pyhäjoen kotisairaanhoidon johtaja

Johtava hoitaja
Tuula Hakala, Karkkilan TK

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄJÄ:


As. Johtava Ylitarkastaja

HYVÄ KOTIHOITOYKSIKÖN TYÖNTEKIJÄ !

Teemme Pro-Gradu tutkielmaamme Jyväskylän yliopistossa terveystieteen laitoksella. Tutkielmamme aihe on kuvailla karkkilan kaupungin ja Pyhäjoen kunnan kotihoitoyksiköiden asiakkaiden käyttämien lääkkeiden määrät ja mihin sairauksiin niitä käytetään. Haluamme tarkastella onko mahdollista pitäytyä huonokuntoisten kotihoitoasiakkaiden kohdalla WHO:n suosituksessa käyttää vain 3-4 lääkevalmistetta samanaikaisesti. Asian arvostelemisesta ei ole kyse, koska tiedämme, että useita sairauksia suositellaan hoidettavaksi lääkkeillä hyvinkin korkeaan ikään saakka. Hyvässä, aikaansa seuraavassa lääkehoidossa on ehkä mahdotontakin pitäytyä suosituksissa. Yksiselitteistä vastausta siihen, mikä on oikein ja hyvää hoitoa ikäihmiselle, ei meillä ole vielä käytettävissämme. Tutkimuksissa on selvitetty, että depressiivisyys on todennäköisesti alidiagnostisoitu sairaus iäkkäillä. Depressiivisyyden yksi vahva komponentti on yksinäisyys. Tässä tutkimuksessa meitä kiinnostaa lääkkeiden käytön kuvailun ja kahden paikkakunnan vertailun ohella se vaikuttavatko asumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen kuuluvat asiat vanhuksen käyttämään lääkemäärään.


Jotta löytäisimme mahdollisia taustatekijöitä, on tärkeää, että täytätte kaavakkeen vanhuksen kanssa huolellisesti. Koska kotihoidon asiakkailla on paljon muistiongelmia, toivomme kaavakkeen täyttäjän korjaavan vastauksia siltä osin kuin vanhus muistaa selvästi virheellisesti (esim. omaisten yhteydenpito). Jos kysytään mitä vanhus tuntee tai kokee, haluamme vastaukseksi luonnollisesti hänen näkemyksensä.

Kahdella viimeisellä sivulla on lääkitys ja diagnoosi osiot. Jos nämä ovat jo asiakaspapereissa koottuna, ota kopiot ja liitä ne haastattelulomakkeeseen, jolloin voit jättää viimeiset sivut tutkijoiden täytettäväksi. Kysy kuitenkin itsehoitolääkkeet.

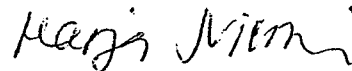
Tutkimukseen otetaan **kaikki** 1.2.99-28.2.99 em. paikkakuntien kotihoidossa olevat yli 65- vuotiaat asiakkaat, **joiden luona käydään tutkimuskuukauden aikana.** Lomakkeet tullaan keräämään 1.3.99. Ohjeet haastattelun suorittamiseksi antavat tutkijat henkilökohtaisesti tammikuussa -99 ja tarvittaessa aina, jos avustava henkilökunta vaihtuu. **Toivomme, ettei haastatteluun ryhdytä ilman tätä alkuinfoa.** Jos asian suhteen on kysyttävää milloin tahansa tutkimuksen kuluessa, toivomme teidän ottavan yhteyttä.

Kiitämme jo etukäteen avustasi. Syksyllä -99 on palauteiltäpäivä, jolloin voimme yhdessä pohtia tuloksia.

Jyväskylässä 7.1.1999.



Tuula Hakala
09-22505592
050-5446479



Marja Niemi
08-434361
040-5643729

ARVOISA KOTIHOITOYKSIKÖN ASIAKAS

Iäkkäiden ihmisten asiallinen lääkehoito on nyky-yhteiskunnassa usein monimutkaista. Saamme jatkuvasti uutta tutkimustietoa sairauksista ja niiden ehkäisystä ja usein suositellaan lääkehoidon aloittamista hyvinkin myöhäiseen ikään saakka. Toisaalta meillä on tietoa niistä haittavaikutuksista mitä liian runsas lääkitys voi iäkkäälle aiheuttaa. Voidaan sanoa, että on melkein taidetta hoitaa ihmistä hyvin välttäen kuitenkin liiallista lääkehoidon käyttöä.

Nyt haluamme selvittää kuinka paljon kotihoitoasiakkaat käyttävät lääkkeitä. Lisäksi meitä kiinnostavat erilaiset, lähinnä asumiseen ja ihmissuhteisiin liittyvät taustatekijät, jotka saattavat olla yhteydessä päivittäin käytettävien lääkevalmisteiden määrään.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Siinä tapauksessa, että ette jostakin syystä katso voivanne vastata kotihoitotyöntekijän kanssa kysymyksiimme, toivomme, että saamme käyttööme käyttämänne lääkityksen.

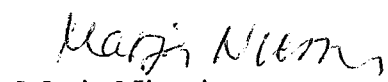
Tutkimuksen tiedot jäävät vain tutkijoiden käyttöön ja tulokset julkaistaan yhteenvetoina. Ketään yksittäistä henkilöä ei voida niistä tunnistaa. Nimet kaavakkeissa ovat ainoastaan tutkijoita varten, jos puutteellisia tietoja joudutaan täydentämään.

Tutkimus on Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen Pro- Gradu työ.

Kiitos mukanaolostanne ! Turvallista talven jatkoa.

Jyväskylässä 7.1.1999


Tuula Hakala


Marja Niemi

Annan tutkijoille suostumukseni tarkistaa lääkitystäni tai sairauksiani koskevia tietoja potilasasiakirjoista.

Luvan antajan nimi

KOTIHOITOASIAKKAIDEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ TUTKIMUS
HELMIKUU 1999. Jyväskylän yliopisto, pro-gradu tutkimus.

Lomakkeen no: _____

Tutkittavan numero

Ikä vuosina

Tutkimuspäivä

Pvm. _____

TAUSTATIEDOT

Nimi _____

Syntymäaika _____

Pituus _____ cm. Paino _____ kg.

Sukupuoli

1. Mies

2. Nainen

Seuraavien kysymysten tarkoituksena on selvittää asumiseenne ja sosiaaliin suhteisiinne liittyviä asioita. Ympyröikää sopivimman vaihtoehdon numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan.

1. OLETTEKO ?

1. Naimisissa

2. Naimaton

3. Eronnut

4. Leski

2. ASUTTEKO YKSIN?

1. Kyllä

2. En

3. JOS EI, KENEN KANSSA ASUTTE?

1. Avio-/ Avopuolison kanssa

2. Lasten tai lastenlasten kanssa

3. Sukulaisten kanssa

4. ASUMISMUOTONNE ON

1. Omakotitalo
2. Yksityinen rivitalo
3. Vanhustentalo
4. Kerrostalon alin kerros
5. Kerrostalon jokin muu kerros. Onko talossa hissi ?
 1. On
 2. Ei
6. palvelutalo
7. Ryhmäkoti
8. Muu, mikä? _____

5. KUINKA USEIN LIIKUTTE ASUNTONNE ULKOPUOLELLA?

1. Lähes joka päivä
2. Ainakin joka viikko
3. Satunnaisesti silloin tällöin
4. En juurikaan liiku asuntoni ulkopuolella

6. ONKO ASUNTONNE TEILLE SOPIVAN KOKOINEN?

1. Liian pieni
 2. Liian suuri
 3. Sopivan kokoinen
- Asunnossani on _____ huonetta ja noin _____ m².

7. TARVITSETTEKO SAATTAJAN LIIKKUESSANNE ULKONA?

1. Kyllä
2. Ei
3. Ajoittain tarvitsen

8. ONKO TEILLÄ LAPSIA?

1. ei ole
2. 1-2 lasta
3. lapsia on 3 tai enemmän

9. KUINKA USEIN TAPAAATTE LAPSIANNE JA LASTENLAPSIANNE?

1. Minulla ei ole lapsia tai lastenlapsia
2. Lähes joka päivä
3. Lähes joka viikko joku käy
4. Noin kerran kuukaudessa joku käy
5. Useita kertoja vuodessa
6. Harvoin, omaiset asuvat kaukana
7. Lähisukulaiseni eivät pidä minuun yhteyttä

10. KUINKA MONTA MUUTA IHMISTÄ TUNNETTE, JOTKA
TODELLA VÄLITTÄVÄT TEISTÄ JA SELVIÄMISESTÄNNE?

1. En yhtään
2. Yhden ihmisen
3. Pari kolme ihmistä
4. Minulla on mielestäni riittävästi ystäviä

11. KUINKA USEIN TAPAAATTE YSTÄVIÄNNE?

1. Hyvin harvoin / En koskaan
2. Silloin tällöin
3. Usein
4. Lähes päivittäin

12. KUINKA USEIN TUNNETTE ITSENNE YKSINÄISEKSI?

1. Hyvin harvoin / En koskaan
2. Silloin tällöin
3. Usein
4. Melkein aina

13. MILLAINEN ON MIELESTÄNNE TERVEYDENTILANNE NYT?

1. Erittäin hyvä
2. Hyvä
3. Tyydyttävä
4. Huono
5. Erittäin huono

14. MILLÄ SEURAAVILLA ALUEILLA TEILLÄ ON ONGELMIA, JOTKA
HAITTAAVAT PÄIVITTÄISTÄ ELÄMÄÄNNE?

1. Näkö
2. Kuulo
3. Liikkuminen
4. Mielialaongelmat
5. Säryt
6. Muu, mikä? _____

15. MIKÄ SAIRAUKSISTANNE RAJOITTA MIELESTÄNNE ENITEN
ELÄMÄÄNNE TÄLLÄ HETKELLÄ?

Seuraavassa on joukko väittämiä, jotka kuvaavat tavallisia arkipäivän tuntemuksia. Vastatkaa jokaiseen kohtaan ympäröimällä yksi numero, joka vastaa sitä kuinka usein teistä tuntuu väittämän kuvaamalla tavalla.

16.* Olen samalla aaltopituudella ympärilläni olevien muiden ihmisten kanssa

1. ei koskaan
2. harvoin
3. joskus
4. usein

18. Kukaan ei tunne minua todella hyvin

1. ei koskaan
2. harvoin
3. joskus
4. usein

18.* Löydän seuraa silloin, kun haluan

1. ei koskaan
2. harvoin
3. joskus
4. usein

19. Vaikka ympärilläni on muita ihmisiä, tunnen olevani yksinäinen

1. ei koskaan
2. harvoin
3. joskus
4. usein

Tällä lomakkeella keräämme tietoa edellä haastatellun henkilön lääkityksestä ja sairauksista. Tämän osion saa korvata kopiomalla asiakkaan voimassa olevan lääkelistan sekä sairaskertomuksesta ajan tasalla olevat diagnoosit (suomenkieliset tai latinalaiset nimet, ei pelkkiä lyhenteitä). Jos kopiot, liitä kopiot nitojalla kysymyskaavakkeeseen, jotta saman asiakkaan tiedot pysyvät yhdessä.

20. ASIAKAS KÄYTTÄÄ TÄLLÄ HETKELLÄ LÄÄKKEITÄ

1. Kyllä
2. Ei

21. ASIAKKAAN KAHDEN VIIME VIIKON AIKANA KÄYTTÄMÄT ITSEHOITOLÄÄKKEET (reseptittä saatavat lääke- tai luontaistuotevalmisteet)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

22. ASIAKKAALLA TÄLLÄ HETKELLÄ KÄYTÖSSÄ OLEVAT RESEPTILÄÄKKEET.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

23. ASIAKKAAN DIAGNOSTISOIDUT SAIRAUDET

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

KIITOS VAIVANÄÖSTÄ SEKÄ ASIAKKAILLE ITSELLEEN ETTÄ HEITÄ
AVUSTANEELLE HENKILÖKUNNALLE !

Kaavakkeen täytössä avusti _____