

KOTONA ASUVIEN VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON TODELLISUUTTA
DIAKONISEN HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

Leena Martikkala

Opinnäytetyö, syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi,

Pori

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntautumis-
vaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK) +

diakonian virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Martikkala Leena. Kotona asuvien vanhusten lääkehoidon todellisuutta diakonisen hoitotyön näkökulmasta. Pori, syksy 2010, 77 s. 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)+ diakonian virkakelpoisuus.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten vanhukset toteuttivat lääkehoitoaan ja käyttivät alkoholia. Lisäksi selvitettiin, ketkä ohjasivat ja neuvoivat vanhuksia lääkehoidossa ja keneltä vanhukset toivovat tulevaisuudessa lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa sekä millaista sen tulisi olla.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat kotonaan asuvat henkilöt. Otanta suoritettiin satunnaisotantana Ilmajoen, Kauhajoen, Kauhavan, Lapuan ja Seinäjoen seurakuntalaisten keskuudesta.

Aineistonkeruumenetelmänä oli henkilökohtainen haastattelu, johon käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta. Tutkimus oli pääosin kvantitatiivinen. Saatu aineisto analysoitiin SPSS-tilastointi ohjelmalla. Tulokset esitetään excel taulukoiden pylväs- ja lohkokaaavioita apuna käyttäen. Kysymyksiä oli yhteensä 27, joista strukturoituja 25. Kvantitatiivisista kysymyksistä 2 ristiintaulukoitiin ja 2 kvalitatiivisista kysymystä analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan lähes jokainen vanhus käytti lääkkeitä. Satunnaisesti käytettiin eniten särkylääkkeitä ja säännöllisesti sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä. Säännöllisesti käytettiin keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä enemmän kuin särkylääkkeitä. Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä oli merkittävästi. Vain neljäsosalta haastatelluista oli aikaisemmin kysytty alkoholin käytöstä. Lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa antoivat eniten lääkärit ja apteekkien henkilökunnat. Vanhukset olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan ja toivoivat sitä ensisijaisesti lääkäreiltä, mutta myös muilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä ja diakoniatyöntekijöiltä. Lääkehoidon ohjauksen ja neuvonnan toivottiin tulevaisuudessa olevan selkeää, ymmärrettävää ja totuudellista. Vastaajista vähän yli puolet oli kohdannut diakoniatyöntekijän aikaisemmin. Näiltä odotettiin ensisijaisesti kotikäyntejä ja keskusteluja.

Johtopäätöksenä todetaan, että vanhukset tarvitsevat lääkehoidon säännöllistä kokonaisarviota yhdessä lääkärin ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Alkoholin käyttö on otettava vanhusten kanssa puheeksi ja he tarvitsevat asiallista alkoholineuvontaa. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja diakonisojen tulee huolehtia kotona asuvien vanhusten lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta ja nähdä se tärkeänä terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä. Vanhukset tarvitsevat diakoniatyöntekijän yhteydenottoja, kotikäyntejä ja seurakuntien tarjoamaa yhteisöllisyyttä.

Kehittämishaasteeksi nousee kotona asuvien vanhusten lääkehoidon toteutuminen moniammatillisena yhteistyönä.

Asiasanat: alkoholi, diakoninen hoitotyö, lääkehoito, vanhukset

ABSTRACT

Martikkala, Leena. Reality in the Medication Among the Home-Dwelling Elderly from the Viewpoint of Parish Nursing. 77 p., 2 appendices. Language: Finnish. Pori, Autumn 2010. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse and Deaconess.

The purpose of this research was to find out how the elderly used their medication and alcohol. The research also looked for answers to questions such as who gave guidance and advice to the elderly regarding their medication, and by whom the elderly wished they could receive guidance in the future regarding medication, and what kind of guidance it should be.

The target group consisted of old persons who were 75 years old or older and lived in their homes. The persons were selected by random sampling from the members in the congregations of Kauhajoki, Ilmajoki, Seinäjoki, Lapua and Kauhava.

The material was gathered by individual interviews. A structured interview form was used. The research was mainly quantitative. The material was analysed by SPSS statistics software. The results were presented by Excel's bar charts and pie charts. The total amount of questions was 27. There were 25 structured questions and 2 of responses were cross tabled. Two of the open responses were analysed by content analysis.

The results show that almost every elderly person uses medication. Temporary pain medication is taken most often; regular heart disease medication is taken most often. CNS medication is regularly used more often than pain medication. Medication and alcohol are very often used together. Only one fourth of the interviewed persons have previously got advice about the use of alcohol. Doctors and pharmacy staff have given most guidance. The elderly are mostly satisfied with the guidance they have got which they hope to get primarily by doctors but also by other health care professionals and parish nurses. They hope the medication guidance to be clear, understandable and truthful in the future. A little over half of the elderly who were interviewed had met a parish nurse before the interviews. They expected home visits and discussions most of all by parish nurses.

The conclusion is the elderly need regular assessment of their overall medication together with their doctor and other nursing personnel. The elderly need proper advice on the use of alcohol. Health care professionals should bring up the topic of substance use in discussions. Health care professionals and parish nurses should take care of the medical guidance of the elderly who live in their homes, and see it as an important factor to improve health and well-being. The elderly need the parish nurses to contact them and visit them in their homes. They also need the congregational community spirit.

The challenge will be to develop the situation regarding the medication of the home-dwelling elderly through collaboration between different professionals.

Keywords: alcohol, church social work, elderly, guidance, medication, parish nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	6
2 VANHUS JA MONENLAISET LÄÄKKEET	8
2.1 Vanhus	8
2.2 Lääkkeet ja alkoholi	9
3 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN JA DIAKONINEN HOITOTYÖ	12
3.1 Lääkehoidon prosessi	13
3.2 Lääke ja hoidon tarpeen määrittely	14
3.3 Lääkehoidon suunnittelu ja toteutus	15
3.4 Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta	16
3.5 Diakoninen hoitotyö ja terveyden edistäminen	17
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET VANHUSTEN LÄÄKEHOIDOSTA JA SEN TOTEUTUMISESTA	21
4.1 Kansallisia tutkimuksia	21
4.2 Kansainvälisiä tutkimuksia	26
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	29
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	33
7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTIMENETELMÄT	34
8 TUTKIMUSTULOKSET	36
8.1 Haastateltavien taustatiedot	36

8.2 Lääkkeiden satunnaiskäyttö	37
8.3 Lääkkeiden säännöllinen käyttö	38
8.4 Säännöllinen ja satunnainen lääkkeiden käyttö	40
8.5 Lääkemuutosten syyt	41
8.6 Tukea lääkehoitoon	43
8.7 Alkoholin käyttö	43
8.8 Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö	46
8.9 Alkoholin käytön puheeksi otto	47
8.10 Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta	48
8.11 Tulevaisuuden toiveet lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta	50
8.12 Aikaisemmat yhteydet diakonityöntekijään	51
8.13 Toiveita diakoniatyöntekijälle	53
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	55
10 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	57
11 POHDINTA	61
LÄHTEET	65
LIITTEET	
Liite 1 Saatekirje	72
Liite 2 Haastattelulomake	73

1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

"Diakonissakoulutuksen saaneet diakoniatyöntekijät voivat tehdä luontevasti yhteistyötä yhteiskunnan terveydenhuollon tehtävissä toimivien kanssa. Kotikäynneillä he pystyvät arvioimaan asiakkaan tilannetta ja olosuhteita myös sairaanhoidon näkökulmasta ja ohjaamaan asiakkaita tarvittaessa yhteiskunnallisen avun piiriin". (Hakala, 2002,260.)

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 kansanterveysohjelmassa todetaan, että ihmisen elinikä on viime vuosikymmeninä pidentynyt ja se on ollut suhteellisesti suurinta yli 80-vuotiaiden kohdalla. Periaatepäätöksessä todetaan, että ikääntyneiden sairauksia on mahdollista ehkäistä ja vanhimmissakin ikäryhmissä arjessa selviytymistä voidaan parantaa ehkäisemällä toiminnan vajavuuksien lisääntymistä ja sairauksien pahenemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001, 25.)

Media on jo useamman vuoden ajan viestittänyt lisääntyvästä lääkkeiden käytöstä nimenomaan vanhusten keskuudessa. Medi-Uutisissa 9.6.2009 kertoi Farmasialiiton puheenjohtaja Inka Puumalainen, että vanhusten monilääkitysten ongelmia voitaisiin ehkäistä lääkitysten kokonaisarvioinnilla, jolloin selvitetään potilaan lääkehoito sekä resepti- että itsehoitolääkkeiden osalta. Tällä kokonaisarviolla saataisiin samalla tietoon lääkkeiden yhteisvaikutukset ja lääkehoidon onnistuminen kotioloissa. Puumalainen pitää tärkeänä potilaan kuuntelua ja terveydenhuollon asiantuntijoiden moniammatillista yhteistyötä. (Pakkala, 2009.)

Yleisradion 28.1.2003 lähetetyssä Akuutti-ohjelmassa käsiteltiin vanhusten liikalääkitystä. Siinä todettiin, että bentsodiatsepiineja syö Suomessa 150 000 ihmistä ja suurin käyttäjäryhmä ovat yli 75-vuotiaat. Unilääkkeet ovat niin ikään yleensä bentsodiatsepiineja, joten vanhuksille saattaa kertyä elimistöön isot määrät tätä ainetta. Ylilääkityksen tyypillisimpiä haittavaikutuksia ovat sekavuus, tokkuraisuus ja kaatuilemiset. Vanhuksilla on lisääntynyt myös särky- lääkkeiden käyttö. Lääkehoitojen olisi oltava ajan tasalla. Esimerkiksi vanhusten masennuksen taustalla on usein tarpeettomuuden tunne, joka on hoidettavissa

supportiivisella terapialla. Vanhuksen olisi syytä käydä lääkitystään ja kokonais-tilannettaan läpi jonkun häntä arvostavan hoitohenkilön kanssa. (Luoma, 2003.)

Olen tutkinut opinnäytetyössäni yli 75-vuotiaiden, kotona asuvien, vanhusten lääkitystä ja selvittänyt heidän saamaansa ja toivomaansa lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa. Aihetta minulle ehdotti hiippakuntas sihteeri Hilikka Mäkelä. Aihe on ajankohtainen, sillä monilääkkeisyys ja lääkkeiden sekakäyttö, pääasiassa alkoholin kanssa, ovat vuosien ajan lisääntyneet. Erityisesti halusin selvittää kuinka paljon on satunnaisia ja säännöllisiä lääkkeiden käyttäjiä, mitkä ovat yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ja onko lääkehoidon rinnalla alkoholin käyttöä. Tulevana diakonissana koin tärkeänä selvittää, keneltä vanhukset saavat ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoonsa. Halusin selvittää, onko päihteiden käyttöä kukaan ottanut aikaisemmin puheeksi ja millaista lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa tulevaisuudessa toivotaan ja keneltä sekä mitä tulevaisuudessa toivotaan seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä. Kyseiset teemat kiinnostavat myös siksi, että A-klinikan sairaanhoitajan työssä olen kohdannut ihmisiä, joille on kehittynyt päihdeongelma tai sekakäyttöongelma. Usein on tullut ilmi, ettei kukaan ole koskaan aikaisemmin kysynyt alkoholin käytöstä tai antanut ohjausta lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön mukanaan tuomista mahdollisista ongelmista. Lääkehoidon onnistunut toteutuminen ja asiallinen alkoholineuvonta ehkäisevät sairauksien pahentumista ja on osa vanhusten terveyden edistämistä.

Opinnäytetyöni jätetään hiippakuntas sihteeri Hilikka Mäkelälle. Suunnitelmissa on myös esitellä opinnäytetyöni tuloksia mukana olevien seurakuntien työntekijöille ja luottamushenkilöille. Jätän mukana olleisiin seurakuntiin yhden kappaleen työstäni, jotta diakoniatyöntekijät voivat halutessaan kertoa tutkimuksen tuloksia asiasta kiinnostuneille seurakuntalaisille. Työni tarkoitus on palvella seurakuntia diakoniatyön ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä vanhusten terveyden edistämiseksi.

2 VANHUS JA MONENLAISET LÄÄKKEET

”Koskinen ym. ovat määritelleet vuonna 1998, että ammatillinen vanhustyö on toimintaa, jonka päämääränä on edistää iäkkään ihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua sekä lisätä hänen elämänhallintaansa ja turvallisuuttaan. Päämääränä on myös luoda edellytyksiä mielekkäälle toiminnalle ja osallisuudelle tasavertaisena kansalaisena korostaen vanhan ihmisen omia voimavaroja ja omatoimisuutta.” (Jääskeläinen, 2002, 198.)

Vanhuuden määrittelemiseksi ei ole olemassa yleispätevää ikärajaa. Vanhuus on aina myös kokemuksellinen asia ja ikääntymiseen liittyy usein toimintakyvyn heikkenemistä ja sen myötä avun tarvetta. Inhimillisesti katsottuna vanheneminen on ulkoista luopumista ja kristillisen ihmiskäsityksen mukaan jokainen on ikään katsomatta myös ainutlaatuinen ja arvokas Jumalan edessä. (Kirkon vanhustyön strategia 2015, 5,7.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntainfossa 6 / 2007 kerrotaan, että yli 75-vuotiaiden vanhusten lääkehoidon ongelmista maassamme tiedetään, että ainakin joka kymmenes käyttää vanhuksille sopimattomia lääkkeitä tai käyttää kahta tai useampaa psyykenlääkettä samanaikaisesti. Joka kymmenes käyttää kahta tai useampaa saman lääkeryhmän lääkettä ja todennäköisesti vain osa käytöstä on perusteltua. Lisäksi ainakin joka kymmenes käyttää lääkeyhdistelmää, johon liittyy vakavan yhteisvaikutuksen riski ja osa vanhusten sairaalahoitojaksoista on seurausta lääkityksen ongelmista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.)

2.1 Vanhus

Ikävuodet eivät merkitse nykyisin enää yhtä paljon kuin aikaisempina vuosina ja kronologinen ikä on menettänyt ennustearvoaan. Kullakin ihmisellä on elämänhistoriansa ja kukaan ei ole aina ollut vanha. Eri elämänvaiheet elettyämme, esimerkiksi nuoruuden, emme jätä sitä lopullisesti taaksemme, vaan eletty jakso seuraa aina mukana. (Tulva, Uusitalo & Harra, 2007, 13–14.)

Vanhuuden katsotaan alkavan yleisestä eläkeiästä, joka on 65-vuotta. Helsingin

ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on määritellyt nuoriksi vanhuksiksi 65 – 74-vuotiaat, varsinaisiksi vanhuksiksi 75 – 84-vuotiaat ja vanhoiksi vanhuksiksi yli 85-vuotiaat. Vanheneminen on luonnollinen osa ihmisen elämää ja normaalisti se käsittää monia muutoksia. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2008.)

Vanhuustutkimus on osoittanut, että vanhana ihminen on kaikissa suhteissa yksilöllisempi kuin aikaisemmin. Puhutaan myös persoonallisesta iästä ja kokemuksellisesta vanhenemisestä eli ihminen on niin vanha, kuin hän itsensä kokee. Vuosissa mitattavan iän merkitys ja vanhuuden raja ovat siirtyneet kauemmaksi. Vanheneminen on elinikäinen prosessi ja sen aikana tapahtuu biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Vanhus elää omaa ainutkertaista elämänvaihettaan ja vanhat ihmiset ovat yksilöinä erilaisia, mihin vaikuttavat mm. sukupuoli, ikä, sosiaaliryhmä, etninen tausta ja erilaiset elämäntilanteet. Ikääntymiseen liittyvät muutokset alkavat lisääntyä 75 ikävuoden jälkeen. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta, 1998, 11–20.)

Seinäjoen kaupungin ikäkeskus tekee ensimmäiset ennaltaehkäisevät kotikäynnit 75-vuotta täyttävien ja kotonaan asuvien kaupunkilaisten luo (Seinäjoen kaupunki, i.a.). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ennaltaehkäisevien kotikäyntien tarkoitus on tukea kotona asumista, arvioida ja tukea itsenäisyyttä ja tiedottaa palveluista. Moniammatillisella yhteistyöllä on mahdollisuus tavoittaa ne henkilöt, jotka terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemisen uhatessa ovat vaarassa joutua riskiryhmään. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 3, 24.)

Kaiken yllä olevan perusteella tässä tutkimuksessa vanhuksella tarkoitetaan 75-vuotta täyttäneitä henkilöä. Synonyyminä voidaan käyttää ikäännytynyt sanaa.

2.1 Lääkkeet ja alkoholi

Ihmisten vaivojen ja sairauksien parantamisen keskeisimpänä keinona käytetään lääkkeitä. Niiden avulla ihmisten toimintakyky kyetään säilyttämään ja he kykenevät elämään hyvää elämää sairauksista huolimatta. Kaikkia lääkärin määräämiä lääkkeitä ei aina käytetä ohjeiden mukaisesti ja kaikkia määrättyjä lääkkeitä ei edes osteta. (Lumme-Sandt, 2002,9.)

Kun ihminen ikääntyy ja käytettävien lääkkeiden määrä lisääntyy, niin myös yhteisvaikutukset lisääntyvät. Usean reseptilääkkeen käyttöön liittyy usein itsehoitolääkkeiden käyttöä. Kuopiossa tehtiin vuosina 1998 ja 2003 tutkimus 75-vuotiaista jossa todettiin, että lähes kaikilla (98 %) tutkituista oli käytössään yksi tai useampi lääke. (Kivelä & Rähä, 2007, 3,5.)

Kaikki lääkkeet ovat hyödyllisiä, mutta kaikilla on myös haittavaikutuksia. Hyötyjen ja haittojen tasapaino tulisi löytää ja sovittaa oireen tai sairauden mukaan. Lääkehoidon on perustuttava potilaan tarpeeseen, ja sitä aloitettaessa tulisi punnita hoidon hyödyt suhteessa haittavaikutuksiin. Jokaiselle potilaalle valitaan yksilöllinen lääke, jonka käyttöön liittyy aina jonkinlaisten haittavaikutusten mahdollisuus. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen, 2006, 16–18, 80.)

Yli 75-vuotiaiden, elämänlaatuun vaikuttavia keskeisiä lääkehoidon tavoitteita ovat kuolemien ehkäisy, fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauden oireiden lievittäminen. (Kivelä & Rähä, 2007,1).

Ikääntymisen myötä on alkoholinkäyttöäkin arvioitava suhteessa kunkin ihmisen elämäntilanteen ja terveyden kokonaisuuteen. Säännöllinen alkoholin käyttö ei ole hyväksi, sillä käyttömäärä saattaa kasvaa huomaamatta. Ikääntymisen myötä elimistön toiminta muuttuu ja alkoholin vaikutukset voimistuvat, koska aineenvaihdunta hidastuu ja elimistön nestepitoisuus muuttuu. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset heikentävät tarkkaavaisuutta, tasapainon hallintaa ja reaktiokykyä. Alkoholi on huono lääke mihin tahansa vaivaan eikä sen käyttöä suositella terveyden ylläpitämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006,6.)

Suurimmat terveys- ja sosiaaliset haitat aiheutuvat alkoholin ja lääkkeiden sekakäytöstä. Päihtymystarkoituksessa käytetään aineita, jotka ovat kemiallisia yhdisteitä. Suomalaiset käyttävät pääosin alkoholia. Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö sekä humalahakuinen juomistapa vaikeuttavat ongelmakäytön arviointia. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä, 2003, 40.) Sininauhaliiton päihdetyön kehittäjä Marja-Liisa Laapion mukaan ikääntynyt on kehittyvä persoona, joka tarvitsee tietoa alkoholin terveydellisistä vaikutuksista, palveluohjausta, tu-

kea omien voimavarojensa löytämiseen ja mahdollisuuksia parantaa päivittäistä selviytymistään (Vakkuri, 2009).

Alkoholin satunnaiskäyttö vaikuttaa lääkkeiden imeytymiseen eri tavalla kuin pitkäaikaiskäyttö. Yksittäinen alkoholiannos ei yleensä aiheuta ongelmia, mutta asia kannattaa kuitenkin aina varmistaa. Jotkut lääkkeet ovat yhdessä alkoholin kanssa jopa vaarallisia. Lisäksi lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöön vaikuttavat lääkeannosten suuruus, lääkkeen vaikutusajan pituus, alkoholiannoksen suuruus ja käytön säännöllisyys sekä yksilökohtaiset erot, joita ovat mm ikä, sukupuoli, rotu ja aiempi alkoholinkäyttö. Alkoholin ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden, esim. unilääkkeiden ja psyykenlääkkeiden, yhteiskäyttö voi aiheuttaa sekavuutta ja johtaa jopa hengityslamaan. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010, 115–117.)

Tässä tutkimuksessa on haastateltu yli 75-vuotiaita tai vanhempia ihmisiä, koska useissa tutkimuksissa tuota ikää on pidetty vanhuuden rajana. Kun tarkastelee lääketutkimuksia voi todeta, että 75-ikävuoden jälkeen aletaan puhua vanhusten lääkkeistä tai lääkehoidosta. Kivelä ja Rähä ovat todenneet, että elimistön vanhenemismuutokset tulee ottaa yleisesti huomioon 75-vuotiaiden ja vanhempien hoidoissa. Erityisesti ne tulee ottaa huomioon lääkehoitoa toteutettaessa. Koska alkoholia käytetään usein lääkehoidon rinnalla, olen halunnut selvittää myös sen käyttöä.

3 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN JA DIAKONINEN HOITOTYÖ

"Eräs mies oli matkalla Jerusalemissa Jerikoon, kun rosvojoukko yllätti hänet. Rosvot veivät häneltä vaatteetkin päältä ja pieksivät hänet verille. Sitten he lähtivät tiehensä ja jättivät hänet henkihieveriin. Samaa tietä sattui tulemaan pappi, mutta miehen nähdessään hän väisti ja meni ohi. Samoin teki paikalle osunut leeviläinen: kun hän näki miehen, hänkin väisti ja meni ohi.

"Mutta sitten tuli samaa tietä muuan samarialainen. Kun hän saapui paikalle ja näki miehen, hänen tuli tätä sääli. Hän meni miehen luo, valeli tämän haavoihin öljyä ja viiniä ja sitoi ne. Sitten hän nosti miehen juhtansa selkään, vei hänet majataloon ja piti hänestä huolta. Seuraavana aamuna hän otti kukkarostaan kaksi denaaria, antoi ne majatalon isännälle ja sanoi: 'Hoida häntä. Jos sinulle koituu enemmän kuluja, minä korvaan ne, kun tulen takaisin.' Kuka näistä kolmesta sinun mielestäsi oli ryöstetyn miehen lähimmäinen?"

Lainopettaja vastasi: "Se, joka osoitti hänelle laupeutta." Jeesus sanoi: "Mene ja tee sinä samoin." (Luuk. 10: 25–37.)

Hoitotyön ydin on, että asiakas selviytyy jokapäiväisessä elämässään terveyteen liittyvissä kysymyksissä. Selviytyminen voidaan määritellä monitasoisesti. Asiakas saa apua elämässä selviytymiseensä saadessaan apua sairautensa ja vaivojensa hoitoon. Lisäksi hän saa ohjausta ja neuvontaa siitä, kuinka hän voi hoitaa itseään sekä tietoa vaihtoehtoisista hoitotavoista. Selviytymiseen liittyen asiakas oppii käyttämään omia voimavarojaan päivittäisessä elämässään mielekkäällä tavalla. Selviytyminen hoitotyön ytimenä muuntuu tasolta toiselle siirtyäessä, jolloin edellinen taso sisältyy seuraavaan jossain määrin muuntu-neena. Asiakkaan ja hoitotyön asiantuntijoiden välinen suhde muokkaa hoitotyön sisältöä ja asiakkaan selviytyminen hoitotyön ytimenä on yhteydessä siihen. (Janhonen & Pyykkö, 1996, 46.)

Vanhusten lääkehoidon toteuttaminen vaatii erityisosaamista ja yhteistyötä. Lääkehoito toteutuu aina lääkärin määräyksellä. Pääsääntöisesti ikäihmiset huolehtivat itse lääkkeidensä päivittäisestä annostelusta ja ottamisesta. Tarvittaessa hoitohenkilökunta jakaa lääkkeet. (Kivelä, 2004, 8.)

Lääkehoidon toteuttamista ohjaavat erilaiset lait ja asetukset. Näistä keskeisempiä ovat potilasvahinkolaki (585/1986) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Terveystieteiden ammattihenkilöiden toimintaa ohjataan myös lailla, jonka tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta ja palvelujen laatua (559/1994 ja 564/1994).

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Turvallinen lääkehoito-ohjeistuksen vuonna 2006. Opas on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville terveydenhuollon ammattihenkilöille, ja siellä mainitaan esimerkiksi, että jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Tavoitteena ovat turvallinen lääkehoito ja yhtenäiset käytännöt sekä vastuunjako. Kotihoidossa olevien kohdalla korostuu toimijoiden saumaton yhteistyö. Potilaalle ja hänen omaisilleen tulee antaa ohjausta ja neuvontaa hoidon toteuttamisesta ja hoidon vaikutuksia seurataan ja arvioidaan. Lääkehoito on tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta ja se on terveyden- ja sairaudenhoitoa riippumatta toteuttamispaikasta. Parhaimmillaan se on organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3,13,14, 36.)

3.1 Lääkehoidon prosessi

Lääkehoidon prosessi pitää sisällään:

- 1) Aiemman lääkityksen selvittämisen.
- 2) Taudinmäärityksen, jonka lääkäri tekee tutkittuaan potilaan ja määrää sen jälkeen lääkehoidon.
- 3) Lääkkeen hankkimisen.
- 4) Lääkkeen jakamisen ja käyttökuntoon saattamisen voi kotihoidossa tehdä sekä sairaanhoitaja että lähihoitaja. Jopa lähihoitaja voi jakaa lääkkeet dosettiin ja valmistella potilaalle annettavan insuliinin.
- 5) Oikea lääke oikealle henkilölle, eli on tunnistettava henkilö, kenelle mitään

lääkettä annetaan.

6) Lääkkeenantotilanteessa, jonka voi tehdä lähihoitaja, sairaanhoitaja tai lääkäri, lääkkeen antaja ohjaa potilasta.

7) Lääkkeen annosta tehdään kirjallinen merkintä potilaan asiakirjoihin.

8) Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on lääkehoidon vaikutusten seuranta, mikäli he osallistuvat potilaan hoitoon.

9) Potilaalle annetaan aina lääkeneuvontaa, kun hän on kotihoidossa tai pääsee sairaalasta kotiin. Lääkeneuvonta koskee lääkkeen käyttöön ja vaikutuksiin liittyviä asioita.

Lääkehoidon prosessi vaihtelee sen mukaan onko potilas avo- vai laitoshoidossa. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010, 44.)

Kansainvälisesti tunnetut lääkehoidon periaatteet ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika ja oikea potilas. Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu edellisten lisäksi vielä oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi. (Veräjänkorva, ym. 2006, 84 – 85.)

3.2 Lääke ja hoidon tarpeen määrittely

Ihmiskunnan historia vanhimpia lääkeaineita on alkoholi. Viime vuosisadan loppupuolella sitä sai vielä apteekista lääkekonjakin muodossa. Vuosikymmenien aikana suhtautuminen alkoholiin on vaihdellut ja ristiriitaiset alkoholinormit ovat vaikuttaneet iäkkäiden alkoholisuhtautumiseen. Vieläkin sen käyttöön saattaa liittyä peittelyä, kaunistelua ja häpeän tunteita. (Aira & Haarni, 2010, 579 – 585.)

Lääkelaisissa lääke määritellään valmisteeksi, jota käytetään sisäisesti tai ulkoisesti. Lääkkeen on tarkoitus parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita. Lääkkeet jaetaan reseptilääkkeisiin tai itsehoitolääkkeisiin. Reseptilääkkeet ovat lääkärin määräämiä, mutta itsehoitolääkkeitä voi ostaa ilman lääkärin määräystä. Reseptilääkkeisiin vaaditaan voimassa oleva lääkemääräys. Kun

potilaan sairauden hoitoon käytetään jotakin lääkettä, puhutaan lääkehoidosta. Lääkkeitä määrätessään lääkärin tulee ottaa huomioon lääkehoidon toteutumisen mahdollisuudet. Lääkehoidon tarve perustuu aina lääketieteelliseen diagnoosiin ja taudin aiheuttamiin haittoihin, ja hoidon tarpeen arvioinnissa on ensisijaisena tiedon lähteenä potilas itse. Uutta lääkehoitoa suunniteltaessa on hyvä tietää potilaan aikaisempi lääkitys ja tarpeellista on kerätä tietoa myös potilaan terveystottumuksista.

Lääkehoito on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä, jota käytetään itsenäisenä hoitomuotona tai se on jonkin toisen hoitomuodon tukena. Lääkehoito vaatii potilaan, lääkärin, hoitohenkilöstön ja farmaseutin yhteistyötä, ja sen ensisijaisena tavoitteena on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Toisena tavoitteena on sairauksien tutkiminen, parantaminen ja etenemisen hidastaminen. (Veräjänkorva ym., 2006, 16–22, 39.)

3.3 Lääkehoidon suunnittelu ja toteutus

Koulutuksensa perusteella sairaanhoitajalla on valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen ja vastuu siitä. Sairanhoitaja on vastuussa potilaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta ja hänen on ymmärrettävä lääkehoidon koko kaari. On ymmärrettävä, mitä lääkettä annetaan ja miksi. Samoin on oltava perillä annostelusta, antotavasta ja mitä antoreittiä käytetään. Hoitaja toteuttaa lääkärin määräysten mukaisesti lääkehoidon ja seuraa sen vaikuttavuutta. Valmiuksiin sisältyy mm. lääkkeen anto potilaalle luonnollista tietä, injektiona ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen sekä rokotteiden antaminen. Ammatillisen koulutuksensa perusteella sairaanhoitajalla on oikeus osallistua lääkehoitoon sovitulla tavalla, josta hän kantaa myös vastuun. Hoitajan tehtäviin lääkehoidossa kuuluvat toiminnot, joita hoitaja tekee lääkärin määräysten perusteella, yhteistyö muiden hoitajien, farmaseuttien ja proviisorin kanssa sekä toiminnot, joita hoitaja tekee itsenäisesti koulutuksen, kokemuksen ja potilaan tuntemisen perusteella. (Veräjänkorva, ym., 2006, 32 – 33, 36 – 38.)

3.4 Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta

Sairaanhoidossa potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa oikeutta tehdä päätöksiä ja valintoja omaa terveyttä ja hoitoa koskevissa asioissa. Potilaan tulee itse hyväksyä lääkehoidossaan tehtävät ratkaisut. Potilaan tulee saada kuitenkin riittävästi tietoa lääkkeistään, hänen tulee ymmärtää saamansa tieto ja kyetä käsittelemään sitä. (Veräjänkorva, ym.,2006, 87– 88.)

Lääkehoidon ohjaus on potilaan ja hoitajan välistä tavoitteellista ja aktiivista vuorovaikutusta. Lääkehoidon ohjaamisen osaamisella edistetään lääkehoidon turvallisuutta. Laki potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista korostaa potilaan tiedonsaantia ja itsemääräämisoikeutta ja näin ollen terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus potilaan lääkehoidon ohjaamiseen. Tiedonsaanti-oikeuden nojalla potilaalle on annettava tietoa mm. terveydentilasta, hoitovaihtoehtoista ja hoidon merkityksestä. Itsemääräämisoikeus velvoittaa hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan saadessa hyvää lääkehoidon ohjausta, hän sitoutuu hoitoonsa paremmin ja pystyy ottamaan vastuuta omasta terveydentilastaan ja lääkehoidostaan. Hyvä ohjaus edistää potilaan terveyttä. Lääkehoidon ohjaus voidaan määritellä hoitotyön ohjausprosessin mukaan, tarpeen määrittelystä tavoitteiden asettamisen kautta suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Taam-Ukkonen & Saano, 2010,152.)

Hoitajan lääkehoidon osaaminen jaetaan ajatteluun ja ulkoisesti havaittavaan toimintaan, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Vastuullinen hoitaja ymmärtää toimintansa syyt ja seuraukset. Lääkehoidon onnistumisen kannalta on potilaan ohjaus tärkeä osa hoitotyötä ja lääkehoidon onnistumista. Lääkehoidon onnistumisessa tulee huolehtia myös omaisten ohjauksesta. (Veräjänkorva, ym., 2006,38.)

Neuvontaa pidetään terveyden edistämisen menetelmänä. Neuvonta on ainutlaatuinen ihmisten välinen vuorovaikutusprosessi, jonka tavoitteena on ylläpitää ja edistää terveyttä. Ikääntyneen ihmisen neuvontaa kuvataan asiakaslähtöisen orientaation pohjalta. Se on kahden ihmisen välistä dialogia ja siihen kuuluu voimavarakeskeisyys ja voimaantuminen. (Salmela & Matilainen, 2007, 218 – 220.)

Sairaanhoitajan on hyvä keskustella ikääntyneen kanssa hänen lääkehoidostaan. Hoitajan osaamiseen kuuluu osata yhdistää uusi vaiva mahdollisesti lääkkeen sivuvaikutukseksi. Ikääntyneen kanssa tulee käydä kirjalliset lääkehoiton ohjeet läpi myös suullisesti. Osa onnistunutta lääkehoitoa muodostuu hyvästä hoidon ohjauksesta ja käytännön toteutumisen seurannasta. (Hannukainen, 2010,43.)

3.4 Diakoninen hoitotyö ja terveyden edistäminen

Diakoninen hoitotyö on professio. Diakoniseen hoitotyöhön kouluttautuneet sairaanhoitajat tekevät diakonista hoitotyötä eri toimintaympäristöissä ja soveltavat sekä hoitotieteitä että teologian tietoa. Hoitotyön auttamismenetelmien lisäksi siinä toteutetaan karitatiivisia ja liturgisia auttamismenetelmiä. Diakoninen hoitotyö on ammatillista palvelua ja vuorovaikutussuhde on ammatillinen lähimmäissuhde. Vuorovaikutussuhteessa hoidettava kokee saavansa lahjomatonta hoitamista ja rakkauden tunnetta. Diakoninen hoitotyö voidaan oppia koulutuksessa.(Myllylä, 2004.)

Diakonissat tekevät sairaanhoito- ja terveydenhuoltotehtäviä seurakunnan diakoniatyöhön kuuluvana tehtävänä. Suuri osa diakonisesta hoitotyöstä on ohjausta ja neuvontaa, joten diakonissalta on helppo kysyä neuvoa sairauksiin liittyvissä kysymyksissä. (Kirkkohallitus, 2009, 18 – 19.)

Sairaanhoitaja-diakonissojen näkemyksen mukaan heidän ammattinsa perustuu kristilliseen lähimmäisenrakkauteen ja he kokevat tekevänsä työtä Jumalan avulla ja palvelevansa ihmisiä. Sairaanhoitaja-diakonissat hoitavat ihmisiä kokonaisvaltaisesti ja vuorovaikutustaidot perustuvat aitoon välittämiseen. He näkevät ammatilliseksi osaamiseksi yhteistyötaidot työyhteisössä ja yhteiskunnassa. Moniammatillisessa yhteistyössä sairaanhoitaja-diakonissat laajentavat ja lisäävät asiantuntemusta potilaan hoitotyössä. Sairaanhoitaja-diakonissoilla on erityinen taito nähdä ihminen kokonaisvaltaisesti, mikä sisältää hengellisyydenkin huomioimisen. (Holm, Kinnunen & Markkanen, 2005, 26 – 29.)

Hengellinen hoito on osa kokonaishoitoa ja kohtaamista. Jokaisella hoitajalla tulisi olla valmiudet kohdata ihmisen elämänarvot ja tukea häntä niissä. Myös hoitajilla kuuluu olla valmiuksia havaita potilaan uskoon liittyviä kysymyksiä ja ohjata asiantuntijalle. Diakoninen hoitotyö ulottuu edellä mainittujen lisäksi ihmisen henkilökohtaisen uskon alueelle. Diakoniseen hoitotyöhön kuuluu tukea ihmistä hartauden harjoittamisessa virsien, raamatunluvun, keskustelun tai rukouksen avulla, mikä edellyttää hoitajalta tietojen ja taitojen lisäksi myös sitoutumista kristilliseen ihmiskäsitykseen ja kristilliseen uskoon. Lähimmäinen kohdataan tuolloin sellaisena, kuin hän on. (Gothoni & Jantunen, 2009, 52.)

Diakoniatyöntekijän ammattitaitoa arvostetaan, häneen luotetaan ja hänen tulee miettiä omaa vastuutaan terveydenhuollon ammattilaisena. Diakoniatyöntekijän ammatilliseen käyttäytymiseen kuuluu tiedostaa, mitä ohjeistaa ja puhuu sekä tiedettävä, mihin omat taidot riittävät ja milloin asiakas on ohjattava muualle. Diakonissa-sairaanhoitaja on koulutettu kohtaamaan sairautta ja ahdistusta. Hänen esimerkkinään on sairaita ja kärsiviä kohtaava Jeesus. (Kirkkohallitus, 2009, 19.)

Diakonisen hoitotyön arvoperustana ovat asiakaslähtöisyys ja hengellisyys, hänellä on työhönsä kutsumus ja hänen tulee huolehtia itsestään ja hengellisestä kasvustaan. Työntekijän oma kristillinen usko tukee asiakkaan uskoa ja antaa toivoa. Diakoninen hoitotyö kohtaa eri-ikäisiä ihmisiä erilaisissa elämänvaiheissa. Hoitotyön seurauksena ovat asiakkaan elämänlaadussa tapahtuvat muutokset. (Gothoni & Jantunen, 2010, 26 – 27)

Kansanterveyslain mukaan kunnilla on väestönsä terveyden edistämisen vastuu. Lisäksi terveyden edistämistä tehdään järjestöissä ja elinkeinoelämän puitteissa. Vaikka perusterveydenhuolto on avainasemassa väestön terveyden edistämisessä, tarvitaan kuntien alueilla pysyviä yhteistyötapoja tukemaan kuntien työtä. (Kirkkohallitus, 2009, 16.)

Terveyden edistäminen tulee näkyviin mm. siten, että hoitotyöntekijä tunnistaa asiakkaan elinympäristöön ja elämäntapoihin liittyvät terveysriskit. Työntekijän on myös kyettävä tukemaan asiakasta näiden riskien vähentämisessä ja voimavarojen ja toimintakyvyn edistämisessä. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori &

Ivanoff-Lahtela, 2007,22.)

Diakonisen hoitotyön osaamisalueet ovat mm. terveyttä ja itsehoitoa tukeva ohjaus, joista esimerkkeinä ovat esim. terveelliset elämäntavat, terveellinen ruokavalio sekä itsehoito. Yhteisöllisen terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hoitotyön rajattomat mahdollisuudet kuuluvat diakonisen hoitotyön osaamiseen samoin kuin kokonaisvaltainen kohtaaminen, toivon välittäminen, kuolevan ihmisen ja hänen omaistensa tukeminen. Diakoniseen hoitotyöhön kuuluva asiakkaan edustaminen ja kokonaisvaltainen kohtaaminen edellyttää laajaa verkostoitumista eri toimijoiden kanssa koko yhteiskunnassa. Diakoninen hoitotyö on yksilöllistä ja yhteisöllistä terveyden edistämistä, jota seurakunnissa tehdään paljon mm. kotikäynneillä, vertaistuki-, liikunta ja keskusteluryhmissä. Terveyttä edistetään myös välittämällä toivoa ja lohdutusta. (Kirkkohallitus, 2009, 30.)

Päihdetyössä terveyden edistämistä tarkastellaan preventioiden avulla. Primaari-preventiolla ehkäistään kokeilua ja käyttöä, sekundaaripreventiolla ehkäistään riskejä ja haittoja ja tertiaaripreventiolla hoidetaan riippuvuutta ja ehkäistään haittojen pahentumista. Sekundaaripreventiolla pyritään vaikuttamaan mm. mini-interventiolla niihin alkoholin käyttäjiin, joilla on jo alkoholihaittoja tai haittojen riski on kasvanut. (Inkinen, 1999,10.)

Kaikki seurakuntien toiminta voidaan nähdä ehkäisevänä päihdetyönä, koska kirkko auttaa ihmisiä selviytymään arjessa ja tukee terveellisiä elämäntapoja ja vastuullisuutta. (Kirkon päihdestrategia, 2005,4).

Diakonian perusta nousee Jeesuksen esimerkistä. Sen tulisi etsiä ja kohdata syvintä hätää. Monet Raamatun kohdat korostavat sairaiden auttamista. Arkkipiispa Jukka Paarman mukaan diakonian ainutlaatuisuus ja ominaislaatu on hellittämätön ihmiskeskeisyys. (Kirkkohallitus, 2009,13 – 14.)

Tässä tutkimuksessa on esillä lääkehoito, joka on osa ihmisen kokonaisuhoitoa. Diakonissa kohtaa työssään vanhuksia, joilla on monenlaista lääkkeiden käyttöä ja mahdollisesti myös alkoholin käyttöä lääkehoidon rinnalla. Tässä työssä tulee erityisesti esille Kirkkohallituksen työryhmän ajatus siitä, että diakoninen hoito-

työ on sekä yksilöllistä että yhteisöllistä terveyden edistämistä ja itsehoitoa tukevaa työtä. Kirkon päihdestrategian mukaan kirkko auttaa ihmisiä selviytymään arjessa ja tukee terveellisiä elämäntapoja ja vastuullisuutta. Koko kirkon työ on terveyttä edistävää työtä. Kokonaishoidon osana siihen kuuluu myös lääkehoito. Myllylän mukaan diakoniseen hoitotyöhön kouluttautuneet sairaanhoitajat tekevät diakonista hoitotyötä ja sairaanhoitajilla on koulutuksensa perusteella valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen.

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET VANHUSTEN LÄÄKEHOIDOSTA JA SEN TOTEUTUMISESTA

"On mahdollista kartoittaa ajallisia jatkumota erilaisista ilmiöistä ja arvioida, mihin suuntaan nämä ilmiöt tulevaisuudessa kehittyvät. Jos ne yleistyvät, ne edellyttävät jatkossa entistä enemmän toimenpiteitä ja myös diakoniatyöntekijöiden apua." (Kainulainen, 2002, 182.)

Kansaneläkelaitoksen julkaiseman lääkekorvaustilaston mukaan vuonna 2009 sai 75 – 79 vuotta täyttäneistä henkilöistä 96,4 %, korvausta avohoidossa hankkimistaan lääkkeitä. 80 – 84 vuotta täyttäneistä henkilöistä korvausta sai yhteensä 98.1 %. Yli 85 - vuotiaista henkilöistä korvausta sai 98.4 %.

4.1. Kansallisia tutkimuksia

Tarja Linjakumpu on vuonna 2003 väitöskirjassaan tutkinut kotona asuvien ikäihmisten lääkkeiden käyttöä. Tutkimus, Drug use among the home-dwelling elderly, on osa laajempaa tutkimusta, jossa seurantajaksot ovat 90-luvun alussa ja lopussa. Tutkimuksessa mainitaan, että WHO on jo vuonna 1987 suositellut maksimissaan vain 3–4 lääkettä vanhuksille. Linjakumpu toteaa väitöskirjassaan, että kotona asuvien vanhusten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt vuosikymmenen aikana. Tutkitut vanhuset arvioivat tyypillisesti oman terveytensä heikoksi ja he käyttivät useita lääkkeitä samaan aikaan. Tutkimuksen mukaan eniten käytettyjä lääkkeitä olivat sydän- ja verisuonitautien lääkkeet ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. Tutkimuksen vanhimmat, yli 84-vuotiaat, käyttivät lääkkeitä eniten ja lääkkeiden yhteiskäyttö oli heidän keskuudessaan yleisintä. Psykykläkkeiden käyttö oli lievässä nousussa ja monilääkityillä oli eniten psykykläkkeitä. Linjakummun mukaan lääkkeiden kokonaistarkistus pitäisi olla säännöllistä ja painopiste tulisi olla vanhimpien naisten lääkehoidossa. Lisäksi Linjakumpu tuo esiin tutkimuksessaan, että vanhusten hoidossa tulisi olla mukana hoitajia, jotka olisi koulutettu havaitsemaan lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutuksia. (Linjakumpu, 2003, 21,45,72.)

Kirsi Lumme-Sandtin väitöskirjassa vuodelta 2001 Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat oli tavoitteena lisätä tietoa ikäihmisten lääkkeiden käyttöön liittyvistä seikoista. Tutkimus koski itsenäisesti asuvia ikäihmisiä. Tutkimuksessa tuli selkeästi esille ikäihmisten luottamus lääkäreiden asiantunteemukseen lääkehoidossaan. Suuresta lääkäreiden arvostuksesta huolimatta ikäihmiset kokivat olevansa itse vastuussa lääkkeiden käytöstään. Vaikka ikäihmiset eivät tienneet sairauksista ja niiden hoidosta, heillä oli kokemuksellista tietoa elämästään ja arjestaan, joka oli merkittävää päätöksenteossa. Lumme-Sandtin tutkimuksen johtopäätöksissä ilmeni ja tutkimuksessa nousi esiin, että terveydenhuollon henkilöstöllä tulisi olla aikaa ja mahdollisuuksia kuunnella potilaidensa käsityksiä heidän hoidostaan ja lääkityksestään. Avoimella vuorovaikutuksella löydetään sekä ikäihmistä että hoitajaa tyydyttävä hoito. On tärkeää, ettei ihmistä jätetä yksin päättämään ja vastaamaan lääkityksestään. Ikäihmisten vastuuta omasta terveydestään ja toimintakyvystään korostetaan tulevaisuudessakin, joten ikäihmisten rooli heidän lääkityksestään päätettäessä ei vähene. (Lumme-Sandt, 2001, 66 – 70.)

Sanna Hietanen ja Mari Sulkakoski tutkivat vuonna 2009 ammattikorkeakoulun opinnäytetyönään ikääntyneiden lääkehoidossa ilmenneitä riskitekijöitä. Tulokset osoittivat, että iäkkäiden lääkehoidossa niistä keskeisimpiä olivat mm. monilääkitys, lääkkeiden haittavaikutukset, psyykenlääkkeet, sopimattomat lääkkeet ja kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet. Ikääntyneen lääkitystä tulisi arvioida lääkärin, hoitohenkilökunnan ja ikääntyneen kanssa säännöllisesti ja nämä riskitekijät tulisi tuolloin ottaa huomioon. Lääkityksen arvioinnin perustarkoitus on poistaa riskitekijöitä. Näin toimimalla ja samalla arvioimalla ikääntyneen toimintakykyä ja vointia, parannetaan turvallisuutta, samalla hoito on parasta mahdollista. (Hietanen & Sulkakoski, 2009, 23 – 24.)

Kuopio 75+-tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää mm. vanhusten lääkkeiden käyttöä ja erityisesti monilääkitystä. Tutkimus tehtiin vuosina 1998 ja 2003. Tutkimustuloksina todettiin mm, että vanhusten lääkkeiden käyttö pääasiassa lisääntyi, varsinkin säännöllisesti käytettävien. Tarvittaessa käytettävien väheni. Molempina tutkimusvuosina oli 98 %:lla tutkituista käytössään vähintään yksi lääke ja lääkkeiden keskimäärä lisääntyi 6.3 lääkkeestä 7.5 lääkkeeseen.

Eniten lääkemäärä kasvoi 85-vuotiailla naisilla, joilla monilääkitys oli myös yleisintä. Käytetyimpiä lääkkeitä olivat sydän- ja verisuonisairauksien ja hermostoon vaikuttavat lääkkeet. Tässäkin tutkimuksessa todettiin lopuksi, että lääkitystä voidaan arvioida lääkärien, hoitajien ja apteekkien yhteistyönä. (Jyrkkä, Hartikainen, Sul-kava & Enlund, 2006, 984– 986.)

Luennollaan Vanhan ihmisen alkoholin ja päihteiden käyttö, professori Kaija Seppä tarkoittaa sanalla vanha yli 65-vuotiasta. Tämä perustuu siihen, että kansainvälisissä julkaisussa on otettu kantaa "older adults" ryhmän alkoholin käytön riskirajoihin ja tarkoitettu tuolloin yli 65-vuotiaita. Suomessa on olemassa STM:n julkaisema Otetaan selvää -opas, jossa on esitetty alkoholin käytön riskirajat yli 65-vuotiaille. Oppaasta käy selville, ettei yli 65-vuotta täyttänyt saisi kerralla juoda 2 annosta enempää eikä 7 annosta enempää viikossa. Seppä toteaa luennossaan, että Kuopio 75+-tutkimuksessa todettiin, että yli 40 % yli 75-vuotiaista oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Heistä 98 % käytti lisäksi jotakin lääkettä ja että alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö oli yleistä. Sepän mukaan vanhusten päihteiden käytön tunnistamisessa suositeltavin tunnistamiskeino on haastattelu. Seppä huomauttaa, että vanhukset voivat käyttää suuriakin määriä alkoholia lääkkeeksi ja käytön häpeä voi olla suuri. Lisäksi luennossa todetaan, että muistiongelmat, kaatuilu, lääkehoitojen epäonnistuminen, uni- ja mielialahäiriöt voivat johtua alkoholin käytöstä. (Seppä, 2008.)

Aira Marja ja Haarni Ilkka ovat tutkimuksessaan läkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen haastatelleet 61–75-vuotiaita alkoholia käyttäviä miehiä ja naisia. He ovat tulleet siihen tulokseen, että alkoholin käyttö on harvoin otettu puheeksi haastateltavien kanssa terveydenhuollossa. Päätelmissä todetaan, että alkoholin käyttöön liittyy tässä ikäryhmässä häpeää ja tämän vuoksi on aiheesta pyrittävä keskustelemaan asiallisesti ja moralisoimatta. Tutkimuksessa ilmeni, että jotkut pitivät alkoholia eräänlaisena "vaihtoehtolääkkeenä" ja kuvasivat lähipiirilleen terveydenhuollossa annettuja ohjeita alkoholin käytöstä lääkkeenä. läkkäiden suhde alkoholiin on yksilöllinen ja siksi onkin selvää, että heidän alkoholinkäyttöään on syytä lähestyä neutraalisti, huomioiden kuitenkin monenlaiset arvot, taustat ja kokemukset. Alkoholista

kysyttäessä ihanteellinen olisi neutraali konteksti samaan tapaan kuin lääkkeitä keskusteltaessa. (Aira & Haarni, 2010.)

Sanna Hannukainen on tutkinut pro gradu tutkielmassaan Lääkehoito kotona asuvan ikääntyneen kokemana millaista lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa ikääntyneet ovat saaneet. Tuloksissa kävi ilmi, että ikääntyneet olivat pääosin tyytyväisiä lääkehoitoonsa, vaikka heidän tietonsa lääkehoidostaan vaihteli suuresti. Osa lääkkeitä tiedettiin vain nimeltä. Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta olivat jääneet ikääntyneiden kokemuksen mukaan heikoksi. He kokivat saavansa lääkepakkausten tuoteselosteesta enemmän tietoa kuin terveydenhuollon ammattilaisilta. Syynä tähän pidettiin pitkäaikaislääkityksiä. Lääkkeen aloittamisen yhteydessä saatu ohjaus oli päässyt unohtumaan ja lääkärin vastaanotolla reseptit vain uusittiin. (Hannukainen, 2008.)

Kotisaloon tutkimuksen mukaan vuonna 2002 Kuopion hiippakunnan diakonissoista yli 80 % antoi työssään usein erilaista terveyteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Asiakkaat tarvitsivat tukea terveydentilassaan tapahtuvien muutoksien vuoksi tai kun omaishoitaja hoiti sairasta omaistaan. Sairaanhoidollisia seuranta- ja hoitotoimenpiteitä teki diakonissoista vain kymmenesosa. (Helosvuori, Koskenvesa, Niemelä & Veikkola, 2002, 259 – 260.)

Lea Rättyän tutkimuksessa, Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa, ilmeni, että diakoniatyöntekijöillä on valmiudet etsiä yhteistyökumppaneita ja solmia yhteistyöverkostoja. He toimivat yhteysagenteina ja verkonpaikkaajina kodeissa, eri tahojen välillä ja yhteistyösuhteissaan toimiessaan. Heillä on laaja-alaisen hädän ja moninaisen avuntarpeen kohtaamisvalmiuksia, ja tätä osaamista he voivat tuoda moniammatilliseen yhteistyöhön. Rättyän tutkimuksessa mainittiin, että Kinnusen (2009a) tutkimuksessa on mainittu, ettei diakonissojen terveyden- ja sairaudenhoitoon liittyvästä osaamisesta tiedetä riittävästi. Tulevaisuudessa, jolloin moniammatillista yhteistyötä tarvitaan enemmän, ei yhteiskunnalla ole varaa jättää diakonissojen terveyden- ja sairaudenhoitoon osaamista marginaaliin. Koska terveydenhuoltopalvelujen tarpeen ennakoitaan kasvavan tulevaisuudessa, olisi tärkeää linkittää myös diakoniatyö terveydenedistämistyöhön. (Rättyä, 2009, 133, 135,138.)

Raili Gothoni ja Eila Jantunen tutkivat diakonisen hoitotyön käsitettä julkaisussaan käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. Tutkimuksessa kerrottiin, että kirkon tilastollisen vuosikirjan, vuodelta 2008, mukaan kaksi yleisintä syytä, miksi ihmiset kääntyvät diakoniatyöntekijän puoleen ovat taloudelliset ja terveydelliset syyt. Kuitenkin terveydellisiä toimenpiteitä oli ollut auttamiskeinona harvoin (6 %) ja muita auttamiskeinoja kuten taloudellista avustamista (25 %) ja keskusteluja (30 %) paljon useammin. Tutkimuksesta ilmeni myös, että diakoniatyöntekijät sekä diakonissat että diakonit kokivat huolenpitovastuuta asiakkaistaan. Monissa kohdin ilmeni roolin ja vastuualueen epäselvyyttä, joka johtui väljästä tehtävänmäärittelystä ja puuttuvista normeista. Terveystuon taitojen päivittämättömyys osaamisen rajat terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä mietityttivät diakonisseja. Terveystuon taitojen päivittämättömyys nousi myös yhdeksi esteeksi hyödyntää diakonissejen taitoja. Vain 14,5 % kaikista diakoniatyöntekijöistä koki roolinsa ja vastuualueensa olevan itselleen selvät. Tutkimuksessa korostuivat kokonaisvaltainen kohtaaminen, kärsimyksen jakaminen ja toivon välittäminen, jotka tukivat aikaisempia tutkimustuloksia. (Gothoni & Jantunen, 2009, 11,109–110,112, 119.)

Liisa Rintakallio on tehnyt vanhustyön kartoitusprojektin Seinäjoen seurakunnassa vuonna 2007. Raportissaan Rintakallio tuo esille, että diakonista vanhus-työtä ei ole määritelty yleispätevästi. Diakoninen vanhustyö vastaa vanhusten hengellisestä hoidosta, etsii niitä vanhuksia, joita muu apu ei tavoita ja on läsnä heidän arjessa ja kipupisteissä. Etusijalla ovat heikommassa asemassa olevat ja ne, jotka eivät itse pysty tai osaa hakeutua seurakunnan tai yhteiskunnan palvelujen piiriin. Tarkoitus on, että yksinäisyys ja turvattomuus lievittyvät läsnä-ololla ja uskonelämän vahvistamisella. Rintakallion kysely Seinäjoen kaupungin vanhustyötä tekeville ammattihenkilöille toi esille toiveen, jossa diakoniatyö voisi tukea kaupungin vanhustyötä. Diakoniatyön toivotaan olevan mukana sekä ennaltaehkäisevässä että korjaavassa vanhustyössä ja keskittämällä toimintaansa kotona asuvien tukemiseen ja kotikäynteihin. Eniten yhteistyökumppanit odottavat keskusteluapua ja henkisen tuen antamista tai sen organisointia kotona asuville ikäihmisille sekä yksittäistapauksissa neuvonta ja ohjauspalveluita. (Rintakallio, 2007, 7– 8, 13 –14.)

4.2. Kansainvälisiä tutkimuksia

Kansainvälisissä tutkimuksissa tanskalaiset Barat, Andreasen ja Damsgaard ovat tutkineet 75-vuotiaiden kotona asuvien ihmisten lääkkeiden käyttöä. Samassa tutkittiin myös lääkkeiden yhteiskäytön laajuutta. Tuloksissa ilmeni, että 87 % tutkimukseen osallistuneista käytti reseptivapaita ja reseptilääkkeitä. Vain 3 % ei käyttänyt mitään lääkkeitä ja yleisin lääkekattegoria oli keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. Tutkijat tulivat siihen päätelmään, että lähes kaikki 75-vuotiaat käyttävät lääkkeitä ja lääkkeiden yhteiskäyttö saattaa lisätä lääkkeiden käyttöön liittyviä riskejä. Vanhusten omalääkärin rooli on merkittävä, koska tutkijat tulivat siihen tulokseen, että omalääkärin tiedon puute potilaansa lääkkeiden käytöstä on riski. Kokonaislääkekartoitus ja yhteinen lääketietokanta potilaan hoitoon osallistuville lääkäreille voisi vähentää riskiä ja parantaa potilaan lääkitystä. (Barat, Andreasen & Damsgaard, 2000, 501– 509.)

Länsi-Australiassa on tutkittu lääkkeiden haittavaikutusten ja toistuvien sairaaan joutumisien yhteyttä yli 60-vuotiaiden länsiaustralialaisten keskuudessa. Tutkimus toteutui vuosina 1980 – 2000 ja siinä tutkittiin kaikkia, jotka olivat joutu-neet sairaalaan lääkkeiden haittavaikutusten vuoksi. Tutkimuksessa kävi ilmi, että monisairaus ja siitä seuraava lääkkeiden runsas käyttö oli yhteydessä toistuviin, lääkkeiden haittavaikutuksista johtuviin, sairaalakäynteihin. Päätelmissä todettiin, että monisairaus tekee sairaalaan joutumisen todennäköisemmäksi kuin ikääntyminen vanhempien aikuisten keskuudessa. (Zhang, Holman, D’Arcy, Price, Sanfilippo, Preen, Bulsara, 2009, 803.)

SM Patterson, C Hughes, N Kerse, CR Cardwell ovat tutkineet monilääkkeisyyden oikeaa käyttöä parantavia interventioita vanhempien ihmisten keskuudessa. Taustatutkimuksissa Aronson on todennut jo vuonna 2004, että lääkkeiden monikäyttö voi olla joko sopivaa tai epäsopivaa sekä parhaiden ja oikeaa monikäyttöä lisäävien interventioiden valinta on haaste terveydenhuollon työntekijöille ja organisaatioille. Pattersonin ym. tutkimuksen tarkoitus on etsiä todisteita sille, minkä tyyppiset interventiot voivat parantaa monilääkkeisyyttä. Ne voivat johtaa tilanteeseen, jolloin oikea monilääkkeisyys lisääntyy, kun poistetaan hoitoon sopimattomia lääkemääräyksiä. Lisäksi oikeanlainen lääkehoito

lisääntyä kun lisätään taudin hoito-ohjeiden noudattamista tai tutkimustuloksiin perustuvaa hoitoa. Berlinger on todennut tutkimuksissaan vuonna 2008, että 75- vuotiaat ja vanhemmat on yleensä jätetty tutkimusten ulkopuolelle ja nykyiset hoito-ohjeet eivät siten sovellu heille. Pattersonin ym. tarkoituksena on tutkia kaikkia interventioita, joiden tarkoitus on lisätä oikeaa monilääkkeisyyttä missä tahansa tilanteessa verrattuna tilanteen normaaliin hoitoon. Lisäksi tutkitaan kaikenlaisia interventioita, jotka suoraan tai epäsuorasti vaikuttavat reseptien kirjoittamiseen ja joiden tarkoitus on lisätä oikeaa lääkkeiden monikäyttöä. Monilääkityillä vanhuksilla on mahdollisuus syödä sellaisia lääkkeitä, joita he eivät tarvitse ja toisaalta heiltä saattaa jäädä pois sellaisia joita he tarvitsisivat. (Patterson, Hughes, Kerse, Cardwell, 2009.)

G I Carpenter ja G R Demopoulos tekivät Britanniassa kokeilun, jossa vapaaehtoistyöntekijät kävivät yli 75-vuotiaiden kotona asuvien vanhusten luona säännöllisesti. Käynneillään työntekijät pyysivät vanhuksia täyttämään päivittäisiä aktiviteetteja ja vointia koskevan kyselylomakkeen, joka sitten pisteytettiin. Vanhuksia ohjattiin hoitoon pisteytyksen perusteella. Carpenter ja Demopoulos totesivat, että säännöllinen kokonaisvointia kartoittava, yksinkertainenkin kysely on tehokas tapa parantaa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden vointia. (Carpenter, Demopoulos, 1990, 1253 – 1256.)

Australialaisessa tutkimuksessa E. MacInnes ja J. Powell olivat selvittäneet tutkimuksessaan lääkkeiden ja alkoholinkäytön lähetteitä. He tutkivat jäävätkö vanhusten päihteidenkäytön diagnoosit ja lähetteet tekemättä. Tavoitteena oli tutkia, tehtiinkö päihteiden ongelmakäytön diagnooseja yli 65-vuotiaille vanhuksille, jotka olivat olleet sairaalassa. Lisäksi tutkittiin, tehtiinkö heille jatkolähetteitä. Tuloksena oli, ettei terveydenhuollon henkilökunta tunnistanut päihteiden väärinkäyttöä vanhemmissa sairaalapotilaissa. Lisäksi todettiin, että yli 41 % yli 65-vuotiaista sairaalapotilaista havaittiin käyttävän tupakkaa, bentso-diat-sepiineja ja alkoholia yli suositeltujen turvallisten rajojen. Löydöt vahvistivat väitteen, jonka mukaan lääkkeitä vaarallisella tai vahingollisella tavalla käyttävät vanhuksset eivät yleensä tule huomatuksi sairaalassa. (MacInnes & Powell, 1994, 444–446)

D. C. Wallace, I. Tuck, C. S. Boland, and J. M. Witucki ovat tutkineet asiakkaan käsityksiä diakonissan työstä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kasvotusten haastattelua ja datan analysointiin käytettiin Spradleyn etnografista lähestymistapaa. Materiaali koostui diakonissan asiakkaista Appalacki vuorten alueelta. Tutkimusryhmä analysoi jokaisen haastattelun erikseen. Diakonissan työlle, asiakkaan näkökulmasta katsottuna, nousi viisi pääteemaa: ensiksikin saatavilla oleminen, toiseksi terveyden ja hengellisyyden integrointi ja kolmanneksi itsehoidon lisääminen. Neljänneksi nousi diakonissan työn mahdollisuuksien hyödyntäminen ja viidenneksi diakonissan työn arvioiminen. Asiakkaat näkivät diakonissan hyödyllisenä ja positiivisena yksilöille, seurakunnalle, kirkolle ja yhteiskunnalle. Diakonissan työ nähtiin hyödyllisenä, merkityksekkäänä ja tehokkaana terveysinterventiona ja diakonissat nähtiin tehokkaina ja merkityksellisinä terveyden edistäjinä. (Wallace, Tuck, Boland, Witucki, 2002, 128–135.)

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

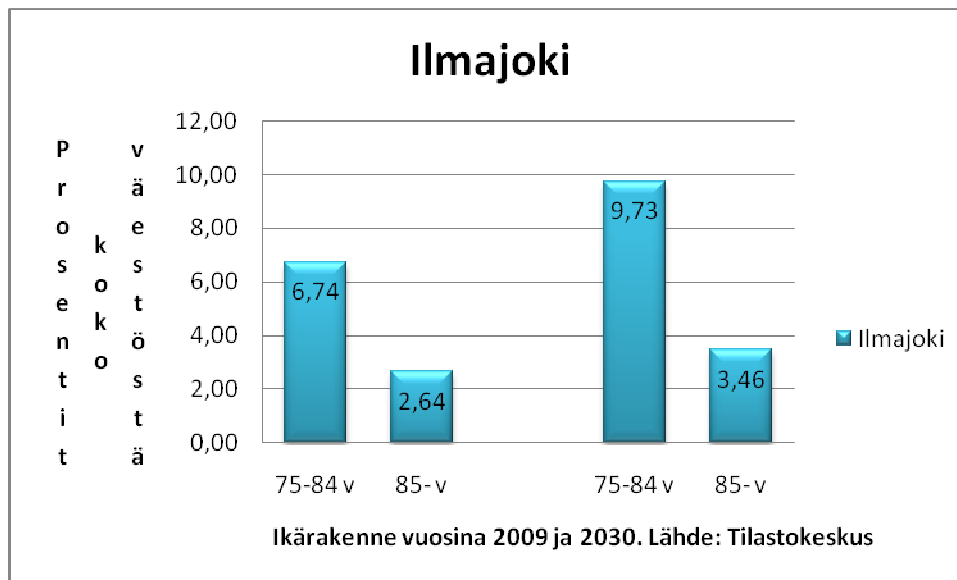
"Diakonian kotipaikka on Jumalan luoman maailman ja ihmisyyhteisöjen keskellä." (Laulaja, 2002, 59).

Lapuan Hiippakunta on perustettu 1.7.1956. Siihen kuuluu 7 rovastikuntaa ja 47 seurakuntaa. Tutkimusympäristönä olivat Lapuan hiippakunnan alueella sijaitsevat Ilmajoen, Kauhajoen, Kauhavan, Lapuan ja Seinäjoen seurakunnat. Kyseiset seurakunnat sijaitsevat Väli-Suomen läntisessä osassa, Etelä-Pohjanmaan alueella. Etelä-Pohjanmaan rovastikuntaan kuuluvat Ilmajoki, Lapua ja Seinäjoki. Kauhajoki kuuluu Kauhajoen rovastikuntaan ja Kauhava Järvi-Pohjanmaan rovastikuntaan. (Lapuan hiippakunta i.a..)



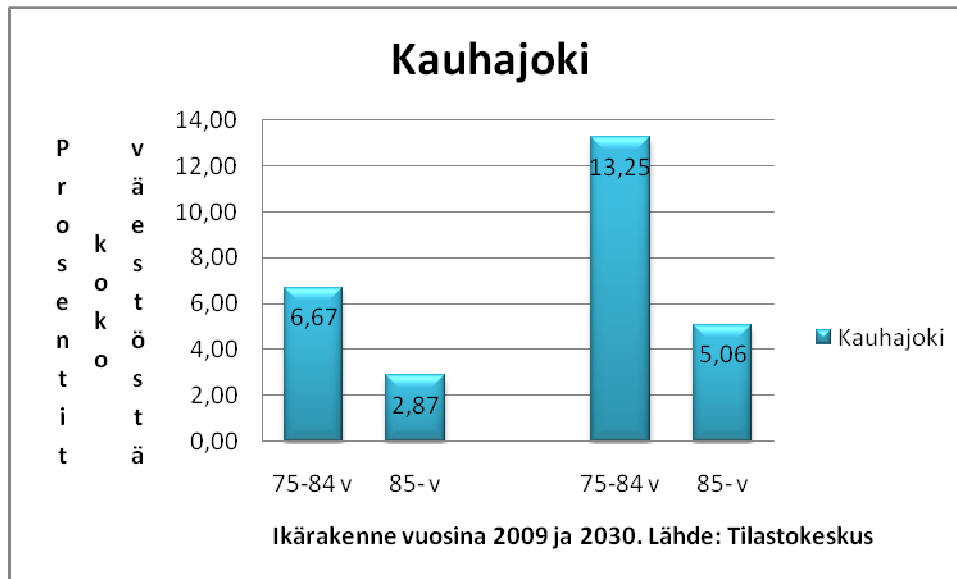
(Lapuan hiippakunta i. a.)

Alla olevissa taulukoissa on Tilastokeskuksen (2010) mukaan mukana olevien seurakuntien vanhusten kuntakohtainen ikärakenne. Lisäksi taulukoissa on ikärakennearvio vuodelle 2030. Tilastokeskuksen laskelmissa ikärakenne on ilmoitettu prosentteina kunnan koko väestöstä. Ikäarviot ovat 75–84-vuotiaista ja yli 85-vuotta täyttäneistä ja vanhemmista.



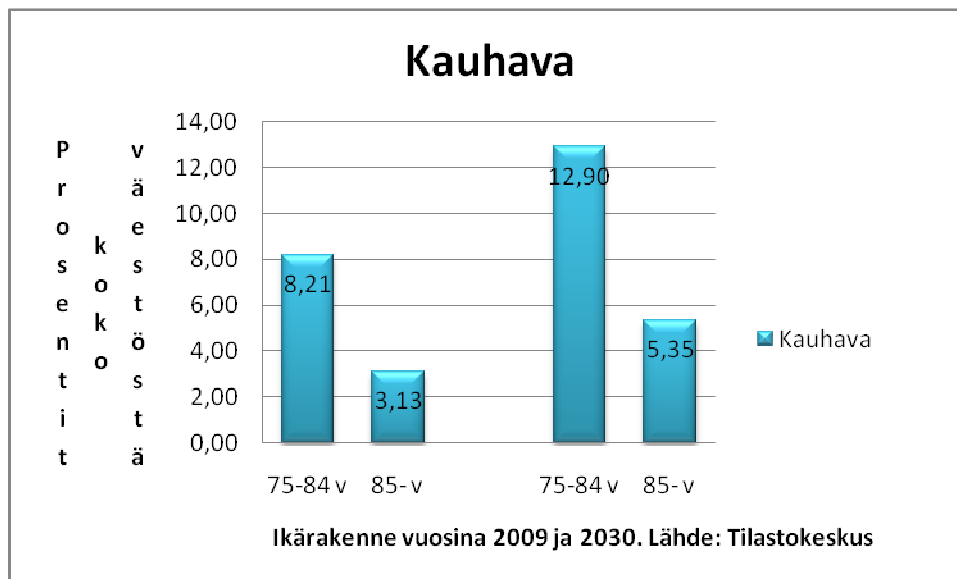
TAULUKKO 1. Ilmajoen kunnan ikärakenne

Ilmajoen kunnan ikärakenne (taulukko 1) 75 – 84-vuotiaiden osalta on 6,74 % ja 85-vuotiaiden ja vanhempien osalta 2,64 %. Ennusteen mukaan vanhusväestöä on vuonna 2030 9,73 % 75 – 84-vuotiaiden osalta ja 3,46 % yli 85-vuotiaiden osalta.



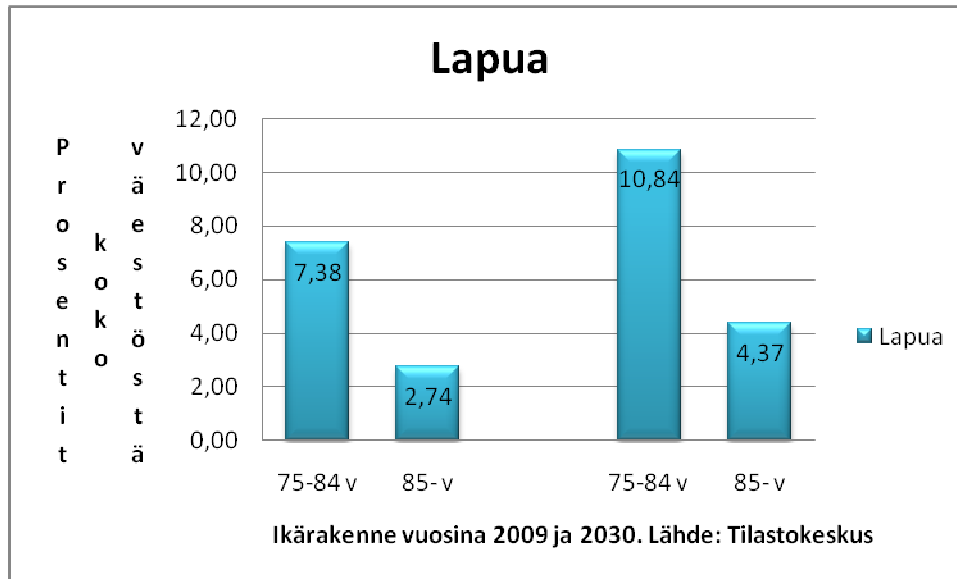
TAULUKKO 2. Kauhajoen kaupungin ikärakenne

Kauhajoen kaupungin ikärakenne (taulukko 2) 75 – 84-vuotiaiden osalta on 6,67 % ja 85-vuotiaiden ja vanhempien osalta se on 2,87 %. Vastaavasti ennusteet vuodelle 2030 ovat 13,25% ja 5,06%.



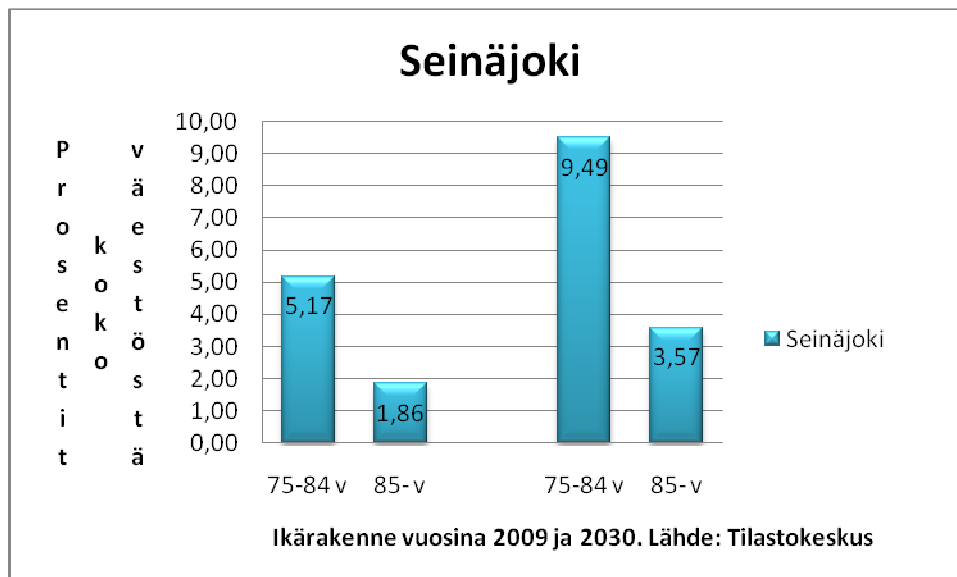
TAULUKKO 3. Kauhavan kaupungin ikärakenne

Kauhavan kaupungin ikärakenne (taulukko 3) 75 – 84-vuotiaiden osalta on 8,21% ja yli 85-vuotiaiden osalta se on 3,13 %. Ennustearvot ovat vastaavasti 12,90 % ja 5,35 %.



TAULUKKO 4. Lapuan kaupungin ikärakenne

Lapuan kaupungin ikärakenne (taulukko 4) on 7,38 % 75 – 84 vuotiaiden osalta ja yli 85-vuotiaiden osalta se on 2,74 %. Lapuan ennustearvot ovat 10,84 % ja 4,37 %.



TAULUKKO 5. Seinäjoen kaupungin ikärakenne

Seinäjoen kaupungin vanhusväestöä (taulukko 5) on, vuoden 2009 tilaston mukaan, 5,17 % 75 – 84-vuotiaita ja yli 85-vuotiaita on 1,86 %. Ennusteen mu-

kaan vastaavat luvut kasvavat voimakkaasti, joten vuonna 2030 vastaavat luvut ovat 9,49 % ja 3,57 %.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

"Diakonian etuna taas on mahdollisuus ottaa joustavalla tavalla huomioon toisen ihmisen avuntarve ja havaita tämän avuntarpeen uudet haasteet." (Laulaja, 2002,61).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhusten lääkehoitoa ja siihen liittyvää ohjausta ja neuvontaa.

Tutkimusongelmina oli

1. Miten vanhukset toteuttavat lääkehoitoaan?
2. Miten vanhukset käyttävät alkoholia?
3. Miten vanhukset käyttävät lääkkeitä ja alkoholia rinnakkain?
4. Ketkä ohjaavat ja neuvovat vanhuksia lääkehoidossa?
5. Keneltä vanhukset toivovat tulevaisuudessa lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa ja millaista sen tulisi olla?

Näihin kysymyksiin haettiin vastauksia kartoittamalla mm vanhusten lääkkeiden käyttöä sekä satunnais- että pitkäaikaiskäyttöä. Selvitettiin yleisimmät lääkeryhmät, alkoholin käyttö lääkehoidon rinnalla ja keneltä ja millaista ohjausta lääke- ja päihdeasioissa vanhukset ovat saaneet sekä keneltä sitä jatkossa toivovat ja millaista sen tulisi olla. Päihteiden käytön puheeksi ottamisesta kysyttiin myös. Tämä työ mahdollisti myös kartoittaa vanhusten toiveita diakoniatyön suhteen.

7 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

"Diakonialla on jalkautuvan työtapansa takia tietoa siitä, miten ihmiset kullakin paikkakunnalla voivat. Niinpä diakonian vähimmäisvastuu on nostaa seurakunnan esityslistalle tietoa ihmisten hyvinvoinnista ja elämisen edellytyksistä paikkakunnalla". (Kantanen, 2002,152.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhteistyössä kymmenen eri diakoniatyöntekijän kanssa. Aineisto kerättiin, 30.3.2010 mennessä 75-vuotta täyttäneiltä, yli 75-vuotiailta kotonaan asuvilta vanhuksilta. Aineisto kerättiin huhti – toukokuun aikana keväällä 2010. Otanta suoritettiin seurakuntien jäsenten keskuudesta arpomalla. Seurakuntien yhteinen jäsenmäärä yli 75-vuotta täyttäneiden ja sitä vanhemmissa oli 6739 jäsentä. Arvonnan suorittivat kunkin mukana olleen seurakunnan omat diakoniatyöntekijät. Otannan suuruus oli 120, joista palautui 116.

Valmiit haastattelulomakeniput vietiin henkilökohtaisesti yhteistyöhön lupautuneille diakoniatyöntekijöille. Kysymykset käytiin heidän kanssaan etukäteen pääpiirteissään läpi. Arvonnan jälkeen diakoniatyöntekijät soittivat haastateltaville etukäteen ja sopivat haastatteluajasta. Samalla he kertoivat, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että se on maksuton. Haastatteluissa saatujen tietojen luottamuksellisuudesta ja nimettömyydestä kerrottiin jo puhelimesta, mutta se otettiin vielä puheeksi uudestaan haastattelun alkaessa. Kyseisten seurakuntien diakonissat ja joissakin seurakunnissa myös diakonit suorittivat kotikäynnin haastatteluluvan antaneiden asiakkaiden koteihin. Jotkut haastatteluluvan antaneista henkilöistä olivat halukkaita saapumaan haastatteluun diakoniatyöntekijöille. Haastattelun jälkeen osa työntekijöistä antoi haastateltavalle muistilapun (liite1), jossa kerrottiin haastattelun tarkoituksesta. Jotkut työntekijöistä jättivät informaatiota oman seurakuntansa diakoniatyön toiminnasta.

Aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu ja siihen liittyvä kotikäynti tai henkilökohtainen tapaaminen diakoniatyöntekijällä. Haastattelulomakkeena käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta (liite 2). Taustatietoja selvitettiin kysymyk-

sissä 1 – 2, lääkkeiden satunnaiskäyttöä kysymyksissä 3 – 5 ja säännöllistä lääkkeiden käyttöä kysymyksissä 6 – 17. Kysymyksissä 18 – 20 selvitettiin alkoholin käyttöä lääkkeiden käytön ohella ja kysymyksissä 21 – 22, alkoholin käytön puheeksiottoa. Kysymyksissä 23 – 25 selvitettiin lääkehoidon ohjausta. Kysymyksissä 26 – 27 kysyttiin diakoniatyöstä. Haastattelulomakkeen tutkija teki pääosin itse, yh-teistyössä diakoniatyöntekijöiden kanssa ja sitä testattiin etukäteen. Henkilökohtaiset haastattelut mahdollistavat suuremman osallistumisprosentin kuin postikyselynä tehty. Vastaukset saadaan heti eikä tarvitse odottaa postikyselyn tapaan vastauksia tai lähettää uusia kysymyksiä.

Tutkimus oli pääosin kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu haastattelututkimukseen ja sen osalta aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-tilasto-ohjelmaa. Kvantitatiivisista kysymyksistä ristiintaulukoitiin 2 kysymystä. Saadut tulokset esitettiin excel-taulukoinnin pylväs- ja lohkoakaavioita apuna käyttäen. Kvalitatiiviset eli laadulliset kysymykset, joita oli kaksi kappaletta, analysoitiin sisällön erittelynä.

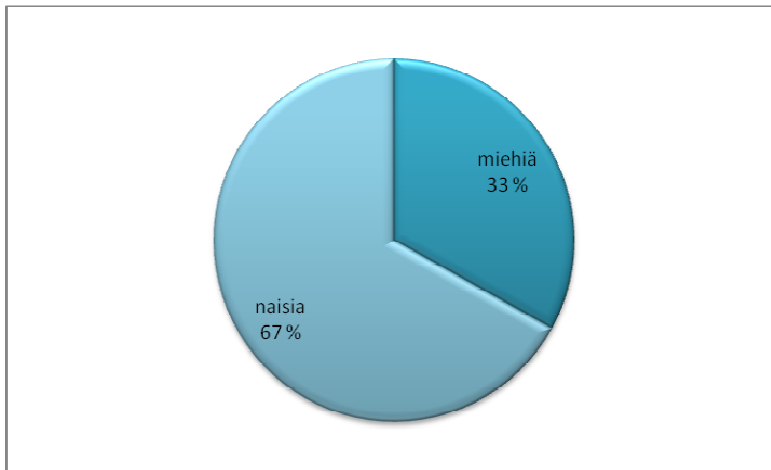
Kysymykset 24 ja 27 olivat kvalitatiivisia. Saadut vastaukset puhtaaksikirjoitettiin ja ryhmiteltiin. Sen jälkeen ne luettiin muutamia kertoja läpi. Vastaukset olivat verrattain selkeitä eikä niissä ollut juuri epäolennaisuuksia ja karsittavaa. Monissa vastauksissa oli useita toivomuksia tulevaisuuden lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta tai toivomuksia diakoniatyöntekijälle. Analysointivaiheessa laitettiin samanlaiset ja samansuuntaiset vastaukset yhteen. Näistä muodostettiin muutama kokonaisuus. Kokonaisuuksien alle kirjoitettiin lisäksi suorana lainauksena joitakin kommentteja, jotka kuvasivat asioita haastateltujen sanoin.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Haastateltavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 116 vastaajaa, $N = 116$. Vastausprosentti oli 96,7 %. Tutkimuskysymyksiä oli yhteensä 27 kpl.

Taustatietoina kysyttiin haastateltavien sukupuolta ja ikää, kysymyksissä 1 – 2. Tutkimukseen osallistuvista oli miehiä 33 % ($N = 38$) ja naisia 67 % ($N = 77$). Ks. taulukko 1. Sukupuolimerkintää vailla oli 1 henkilö.

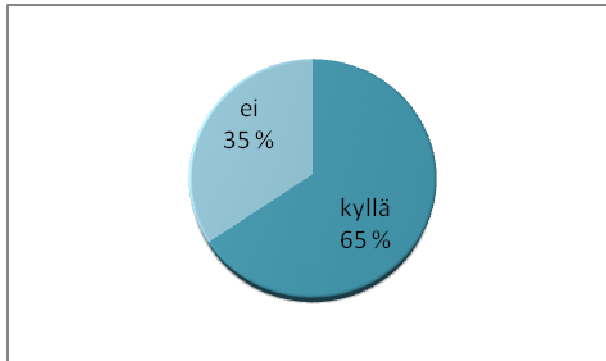


TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden miesten ja naisten osuudet prosentteina ilmaistuna

Haastateltavat jaettiin iän perusteella viiteen ryhmään. 75 – 78-vuotiaita oli 25,9 % ($N = 30$), 79 – 82-vuotiaita 26,7 % ($N = 31$), 83 – 86-vuotiaita 20,7 % ($N = 24$), 87 – 90-vuotiaita 19 % ($N = 22$) ja 91-vuotiaita ja vanhempia 7,8 % ($N = 9$).

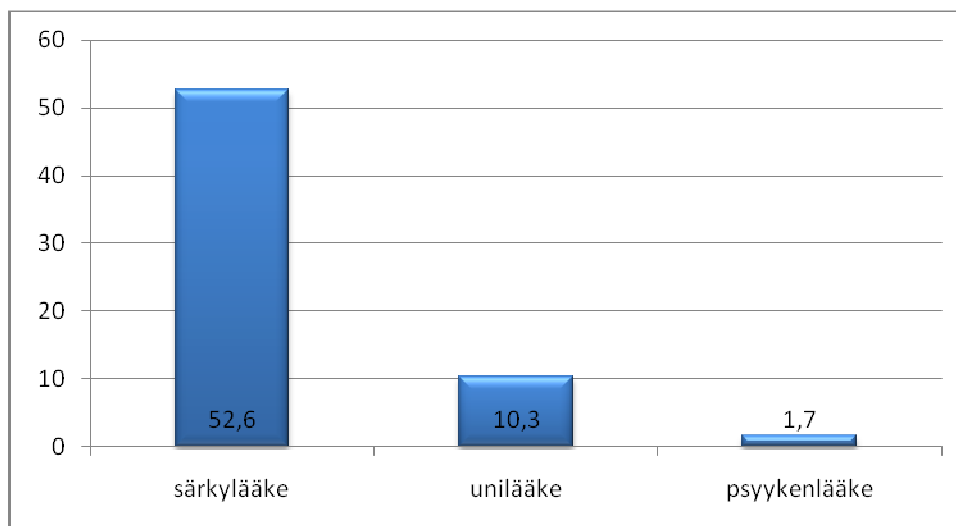
8.2 Lääkkeiden satunnaiskäyttö

Lääkkeiden satunnaiskäytöstä kysyttiin kysymyksissä 3 – 5. Kaikista vastaajista (N=116) käytti satunnaisesti jotakin lääkettä 65 % (N = 76). Satunnaisesti lääkkeitä ei käyttänyt 35 %, taulukko 2. Satunnaisesti lääkkeitä käyttävien joukossa oli myös niitä, joilla oli myös säännöllistä lääkkeitä käyttöä.



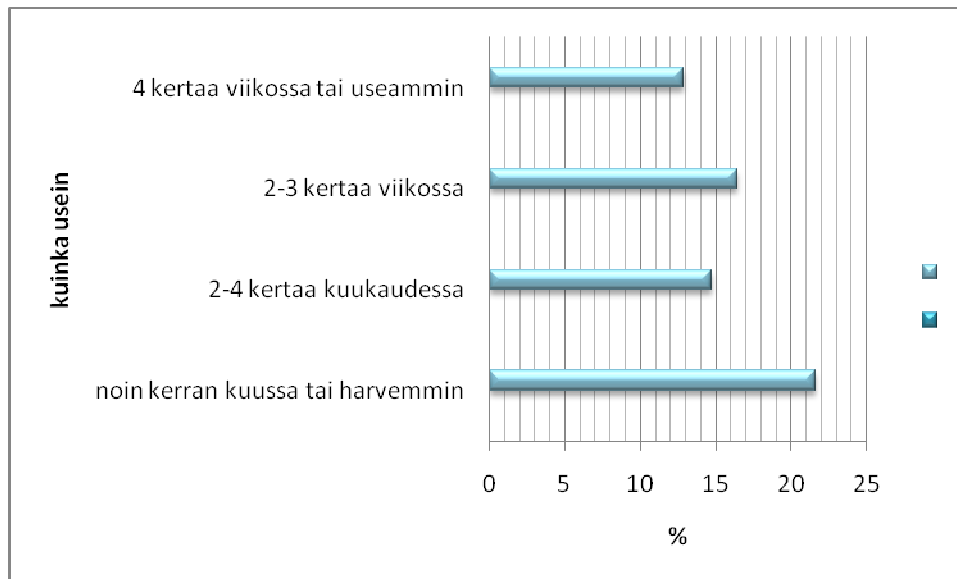
TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden satunnainen lääkkeitä käyttö prosentteina

Satunnaisesti käytetyistä lääkkeitä särkylääkkeitä käytti 52,6 % (N = 61), unilääkkeitä 10,3 % (N = 12) ja psykykenlääkkeitä 1,7 % (N = 2), taulukko 3.



TAULUKKO 3. Särky-, uni ja psykykenlääkkeitä käyttävien osuus prosentteina satunnaisesti lääkkeitä käyttävien ryhmästä.

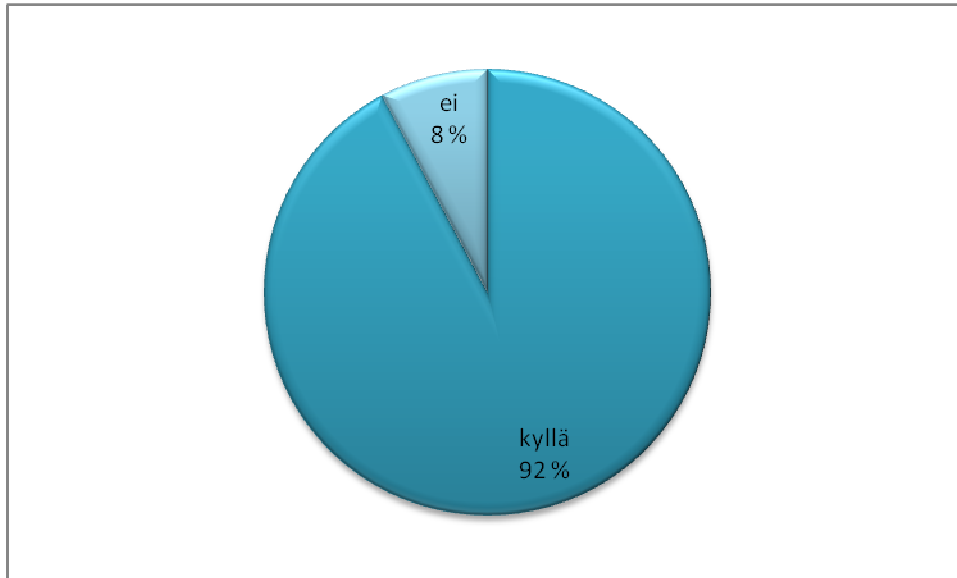
Satunnaisesti lääkkeitä käyttävien ryhmässä oli lääkkeiden käyttötiheys yleisintä noin kerran kuussa tai harvemmin, johon kuului 21,6 % (N = 25) . Seuraavaksi yleisintä se oli 2 – 3 kertaa viikossa käyttävien ryhmässä, joita oli 16,4 % (N = 19) . 2 – 4 kertaa kuukaudessa käytti 14,7 % (N = 17) ja neljä kertaa viikossa tai useammin 12,9 % (N = 15) , taulukko 4.



TAULUKKO 4. Satunnaisesti käytettyjen lääkkeiden käyttötiheys prosentteina ilmaistuna.

8.3 Lääkkeiden säännöllinen käyttö

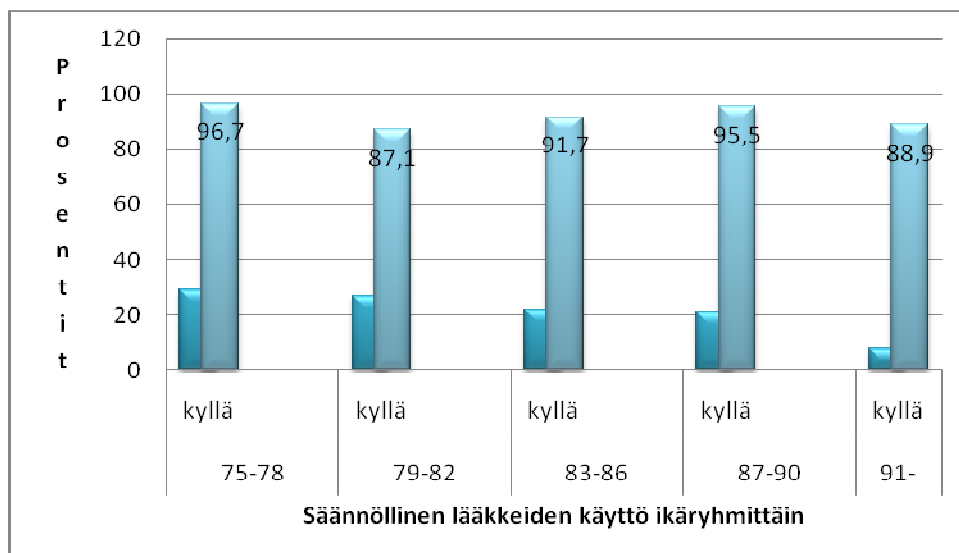
Säännöllisestä lääkkeiden käytöstä kysyttiin kysymyksissä 6 – 17. Kaikista tutkimukseen osallistuneista (N=116) käytti säännöllisesti jotakin lääkettä 92 % (N = 107) ja 8 % (N = 9) ei käyttänyt säännöllisesti mitään lääkettä, taulukko 5. Niistä henkilöistä, jotka eivät käytä mitään lääkettä säännöllisesti, saattoi silti joku käyttää jotakin lääkettä satunnaisesti. Kaikista vastaajista (n=116) 94 % (N = 109) ilmoitti, että heillä on lääkkeisiinsä lääkärin määräys eli resepti. Vastaajista 2,6 % (N = 3) ilmoitti, ettei heillä ole reseptilääkkeitä ja vastaamatta jätti 3,4 % (N = 4).



TAULUKKO 5. Tutkimukseen osallistuneiden säännöllinen lääkkeiden käyttö

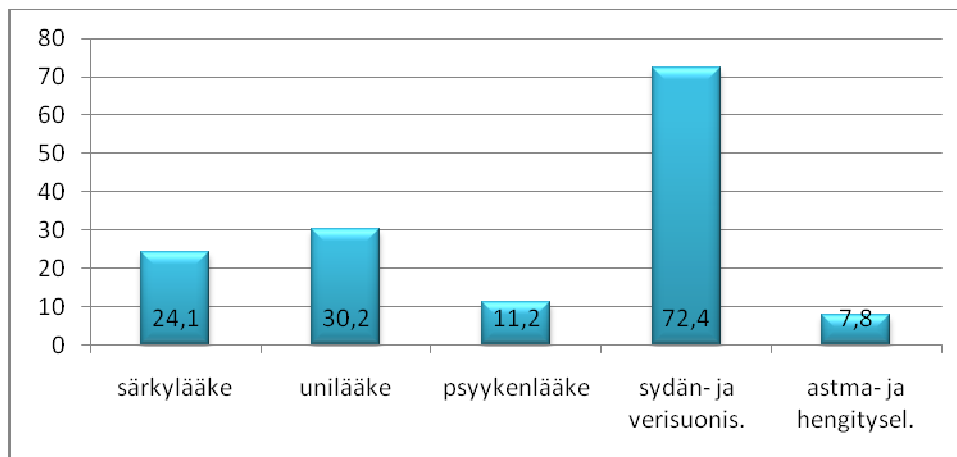
Sukupuolen mukaan tarkasteltuna, säännöllisesti jotakin lääkettä käyttävistä oli miehiä 86,8 % (N = 33) ja naisia 94,8 % (N = 73).

Ikäryhmittäin tarkasteltaessa 75 – 78- vuotiaista käytti säännöllisesti lääkkeitä 96,7 % (N = 29), 79 – 82- vuotiaista 87,1 % (N = 27), 83 – 86-vuotiaista 91,7 % (N = 22), 87 – 90-vuotiaista 95,5 % (N = 21) ja 91-vuotiaista ja vanhemmista 88,9 % (N = 8), taulukko 6.



TAULUKKO 6. Säännöllinen lääkkeiden käyttö ikäryhmittäin ja prosentein ilmaistuna

Säännöllisesti käytetyistä lääkärin määräämistä lääkkeistä käytettiin eniten sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä 72,4 % (N = 84), toiseksi eniten unilääkkeitä 30,2 % (N = 35) ja seuraavaksi eniten särkylääkkeitä 24,1 % (N= 28). Psykykenlääkkeitä käytti 11,2 % (N = 13), ja astma- ja hengityselin sairauksien lääkkeitä 7,8 % (N = 9), taulukko 7.

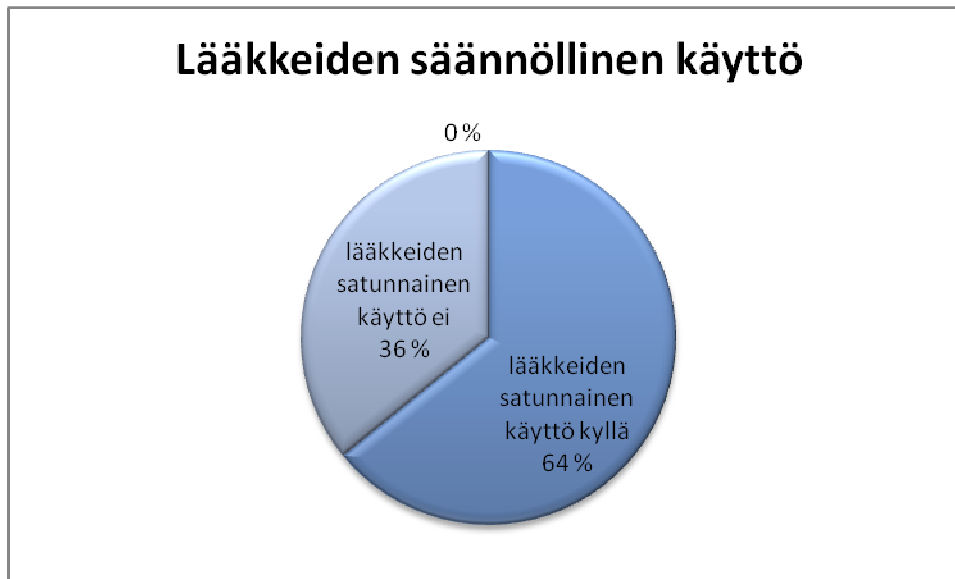


TAULUKKO 7. Säännöllisesti käytetyt lääkkeet lääkeryhmittäin ja prosentein ilmaistuna

Lisäksi kaikista vastaajista 61,2 % (N = 71) ilmoitti, että heillä on näiden lääkkeiden lisäksi vielä muita reseptilääkkeitä.

8.4 Säännöllinen ja satunnainen lääkkeiden käyttö

Säännöllisesti jotakin lääkettä käyttävistä 64 % (N = 68) käyttää lisäksi jotakin lääkettä satunnaisesti, taulukko 8. Vastaavasti säännöllisesti lääkkeitä käyttävistä 36 % (N = 38) ei käytä satunnaisesti lääkkeitä.



TAULUKKO 8. Lääkkeiden säännöllisistä käyttäjistä satunnaiskäyttäjien osuus prosentteissa.

Koko joukosta (N = 116) käyttää lääkkeitä sekä säännöllisesti että satunnaisesti 59 % (N = 68) vastaajista.

8.5 Lääkemuutosten syyt

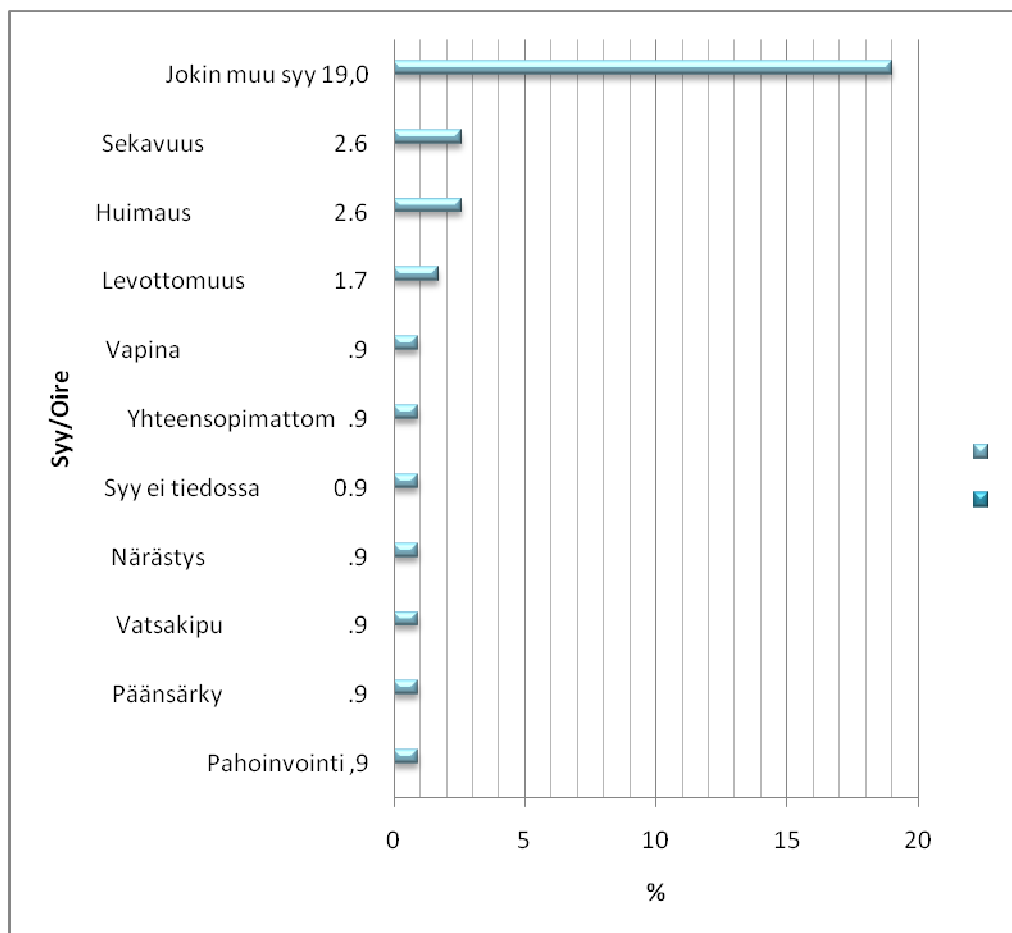
Kaikista vastaajista 23,3 % (N = 27) ilmoitti, että heidän lääkehoitoaan oli muutettu viimeisen 0-3 kuukauden aikana. Miehiä näistä oli 18,4 % (N = 7) ja naisia 26 % (N = 20).

Taulukkoon 9 on kerätty ne lääkemuutosten syyt, jotka olivat luettelossa ja joita esiintyi vastaajilla. Ne vaihtoehdot, joita oli luettelossa lääkemuutosten syinä ja jotka eivät saaneet yhtään osumaa, jätettiin tulostuksesta pois. Vastaajien mukaan lääkemutoksen syynä saattoi olla useampikin oire.

Vastaajista ilmoitti 0,9 % (N = 1) lääkemutoksen syyksi pahoinvoinnin, 0,9 % (N = 1) päänsäryn, 0,9 % (N = 1) vatsakivun, 0,9 % (N = 1) närästyksen, 0,9 % (N = 1) vapinan, 0,9 % (N = 1) lääkkeiden yhteensopimattomuuden ja 0,9 % (N = 1) ei tiennyt lääkemutoksensa syytä. Vastaajista 1,7 % (N = 2) ilmoitti lääkemutoksen syyksi levottomuuden ja 2,6 % (N = 3) ilmoitti lääkemutoksen syy-

ksi huimauksen samoin kuin 2,6 % (N = 3) ilmoitti sekavuuden. Yleisin syy lääkemutoksille oli jokin muu kuin luettelossa mainittu syy.

Vastaajista 19 % (N = 22) ilmoitti jonkin muun syyn, joita olivat mm, että etsittiin sopivaa lääkettä, lääkevahvuutta nostettiin, lääkemerkkiä vaihdettiin, tehtiin lääkelisäys vanhojen lääkkeiden rinnalle, tuli hengenahdistusta ja verensokerit vaihtelivat. Lääkemutoksen syyt olivat vanhusten tiedossa hyvin. Mahdollisia syitä lääkemutokseen oli tässä tutkimuksessa lueteltu useita, joten mitään näistä syistä ei tulosten perusteella voida yleistää. Jokin muu syy pitää sisällään niin monia vaihtoehtoja, ettei sekään ole mitenkään yleistettävissä.



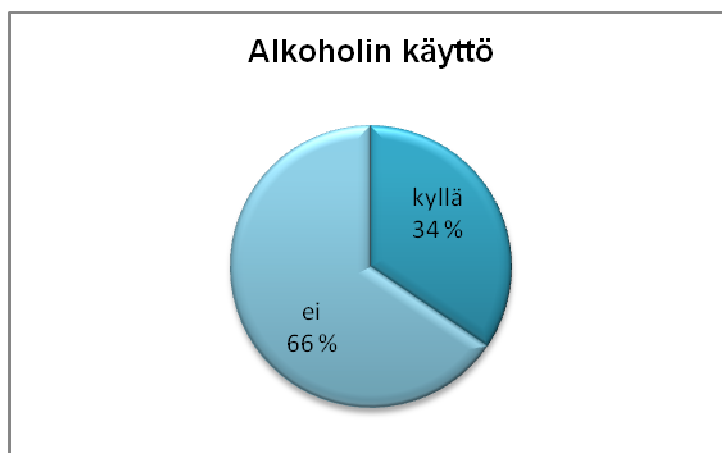
TAULUKKO 9 . Lääkemutosten syyt.

8.6 Tukea lääkehoitoon

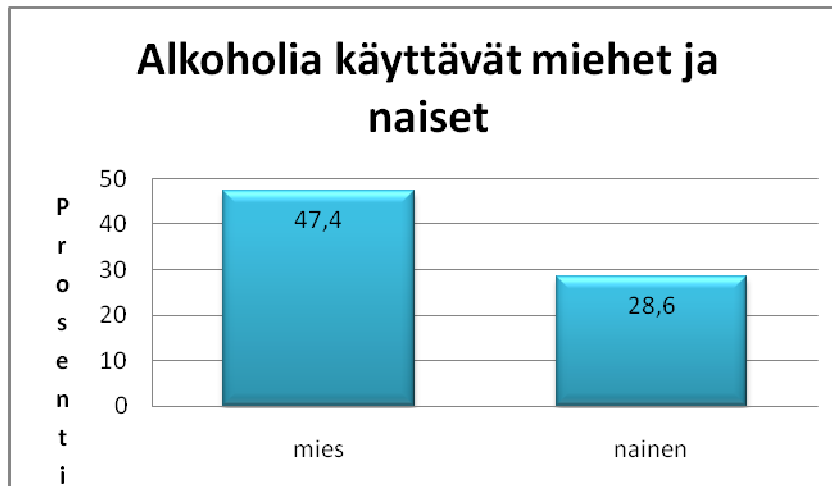
Tässä tutkimuksessa (N = 116) haastateltavista 50 % (N = 58) ilmoitti, että heidän lääkehoidostaan huolehtii joku muukin kuin he itse. Haastateltavista 44,8 % (N = 52) ilmoitti, ettei heidän lääkehoidosta huolehdi kukaan muu kuin he itse. Vastajista 5,2 % (N = 6) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Tässä vastauksessa saatiin kuvaa siitä, että kaikki vanhukset eivät ole lääkehoitonsa kanssa yksin vaan heillä on joku tai joitain ihmisiä kenen kanssa voi siitä keskustella. Vajaalla puolella ei ole ketään, jonka kanssa keskustella lääkehoidostaan. Toisaalta tämän kysymyksen olisi pitänyt olla tarkempi, sillä nyt se mahdollisti väljyydellään sen, että se ymmärrettiin hyvin laajasti. Silloin vastauksissa ovat mukana myös ne lääkehoidon huolehtijat, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia.

8.7 Alkoholin käyttö

Kysymyksissä 18 – 22 kysyttiin alkoholin käytöstä. Kaikista tutkimukseen osallistuneista (N = 116) käytti alkoholia 34 % (N = 40) ja vastaavasti 66 % (N = 76) ei käyttänyt lainkaan alkoholia, taulukko 10.



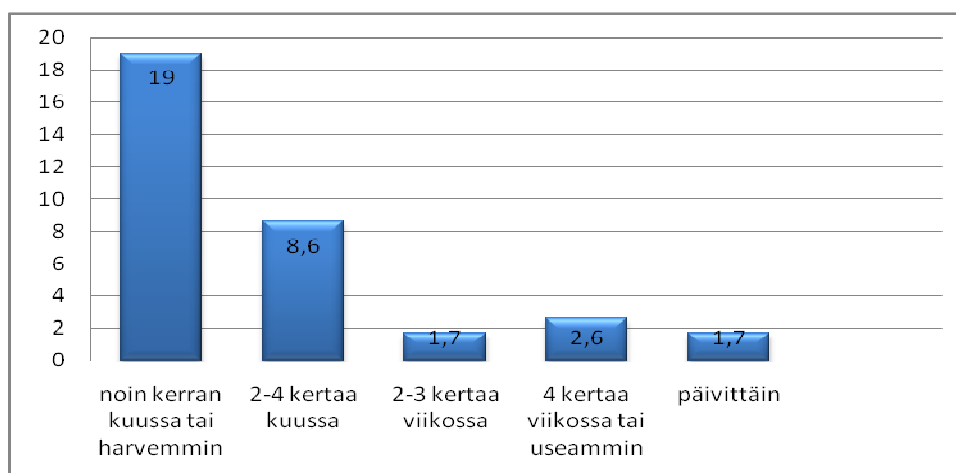
TAULUKKO10. Tutkimukseen osallistuneiden alkoholin käyttö.



TAULUKKO 11. Alkoholia käyttävien miesten ja naisten osuus prosentteina koko tutkimusjoukosta (N = 116).

Edellisestä taulukosta (Taulukko 11) käy selville, että tutkimukseen osallistuneista miehistä käytti alkoholia 47,4 % (N = 22) ja tutkimukseen osallistuneista naisista 28,6 % (N = 18).

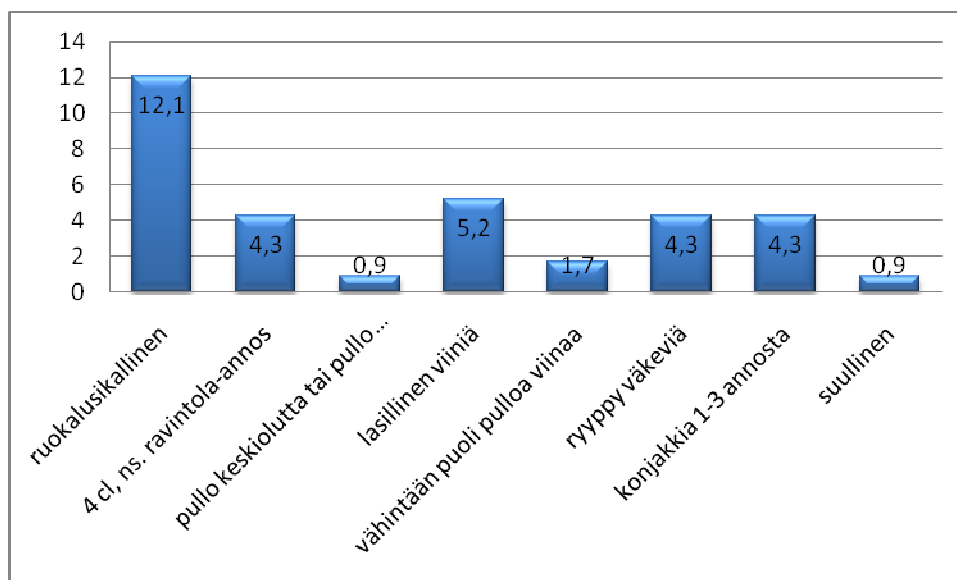
Alkoholia käyttävistä 19 % (N = 22) käytti sitä kerran kuussa tai harvemmin, 8,6 % (N = 10) 2 – 4 kertaa kuukaudessa, 1,7 % (N = 2) 2– 3 kertaa viikossa, 2,6 % (N = 3) 4 kertaa viikossa tai useammin ja 1,7 % (N = 2) päivittäin. Vastaajista 0,9 % (N = 1) oli unohtanut ilmoittaa alkoholikäyttö tiheyden, taulukko 12).



TAULUKKO 12. Alkoholin käytön käyttötiheys prosentteina.

Alkoholiannoksista, silloin kun alkoholia käytetään, kerta-annoksena, ruokalusikallisen ottaa enemmistö (niistä haastatelluista, jotka käyttävät alkoholia) eli 12,1 % (N = 14), seuraavaksi eniten lasillisen viiniä eli 5,2 % (N = 6). Haastatelluista 4 cl eli ravintola-annoksen sanoo juovansa 4,3 % (N = 5), ryypyn väkeviä ottaa 4,3 % (N = 5) ja konjakkia 1–3 annosta 4,3 % (N = 5). Vähintään puoli pulloa viinaa juo 1,7 % (N = 2), eri vahvuista olutta käyttää 0,9 % (N = 1) ja suullisen ottaa 0,9 % (N = 1), taulukko 13. Vastajista 0,9 (N = 1) oli jättänyt annoksen mainitsematta, vaikka kertoikin käyttävänsä alkoholia lääkehoidon rinnalla.

Alkoholiannosten luokittelu ei ollut helppoa, koska ihmisillä oli omia annosmittoja. Ryppy ja suullinen kuulostavat samalta, mutta eivät saadun tiedon mukaan ymmärretä samaksi. Suullinen on pienempi käsite kuin ryppy. Ruokalusikallinen ja suullinen kerta-annoksena ovat pieniä määriä ja noin kolmas osa alkoholia käyttävistä tekee niin. Sen sijaan reilu neljäsosa alkoholia käyttävistä käyttää väkeviä alkoholijuomia ja annokset vaihtelevat ryypystä puoleen pulloon Koskenkorvaa. Ryppy voi olla todella pitkäkin, yhteen hengenvetoon tapahtuva juominen, jolloin se lähentelee ainakin viinilasillisen mittaa. Ryypyn pituuteen vaikuttaa varmasti myös käyttäjän totumus alkoholiin.



TAULUKKO 13. Alkoholiannokset prosenttein ilmaistuna.

8.8 Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö

Niistä henkilöistä, joilla oli alkoholin käyttöä, käytti 90 % (N = 36) myös jotakin lääkettä säännöllisesti, taulukko 14.



TAULUKKO 14. Säännöllinen alkoholin ja lääkkeiden käyttö prosentteina ilmaistuna

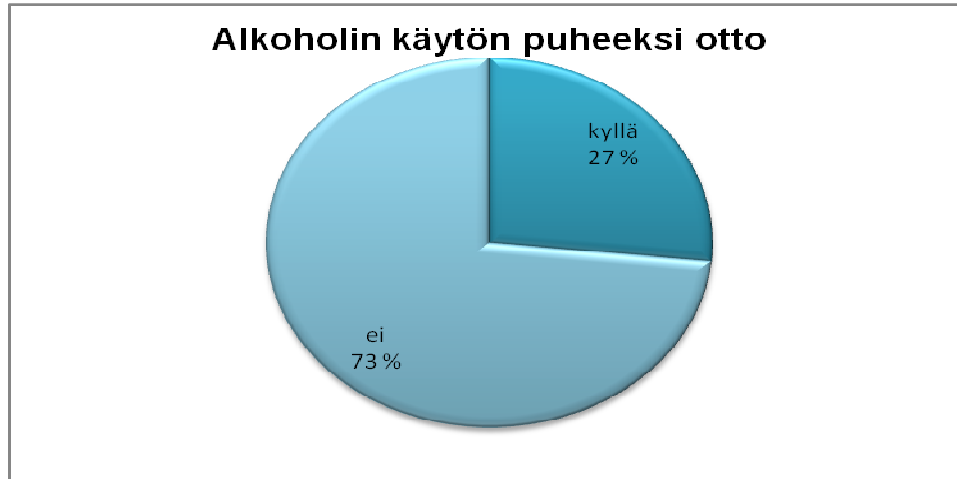
Kaikista haastatelluista, joilla oli säännöllistä lääkkeiden käyttöä (N = 107) oli 34 % (N = 36) niitä, joilla oli myös alkoholin käyttöä, taulukko 15.



TAULUKKO 15. Tutkimukseen osallistuneiden (N = 107) säännöllinen lääkkeiden käyttö ja samanaikainen alkoholin käyttö prosentteina ilmaistuna.

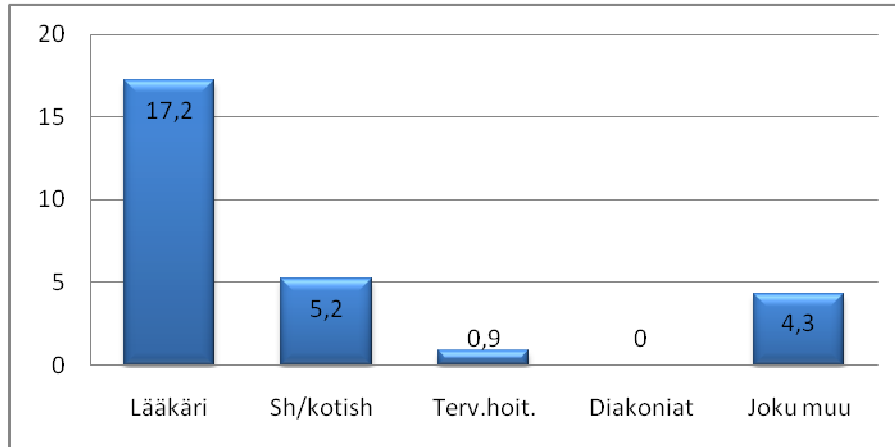
8.9 Alkoholin käytön puheeksi otto

Tämän tutkimuksen mukaan 27 % (N = 29) haastatelluista ilmoitti, että alkoholin käytöstä oli kysytty joskus aikaisemmin ja 73 % (N = 80) ilmoitti ettei siitä ollut kysytty. Vastaamatta oli jättänyt 6 % (N = 7), taulukko 16.



TAULUKKO 16. Alkoholin käytön puheeksiotto, N = 107.

Kaikista haastatelluista (N = 116) ilmoitti, että alkoholin käytön puheeksiottoa on tehnyt lääkäri 17,2 % (N = 20), sairaanhoitaja/kotisairanhoitaja 5,2 % (N = 6), terveydenhoitaja 0,9 % (N = 1) ja joku muu 4,3 % (N = 5). Tämän tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät eivät ole ottaneet puheeksi alkoholin käyttöä. Tässä kohdassa oli mahdollista, että samalla henkilöllä oli useampikin henkilö ottanut puheeksi alkoholin käytön. Joku muu puheeksiottaja oli sukulainen, ystävää tai omainen, taulukko 17.



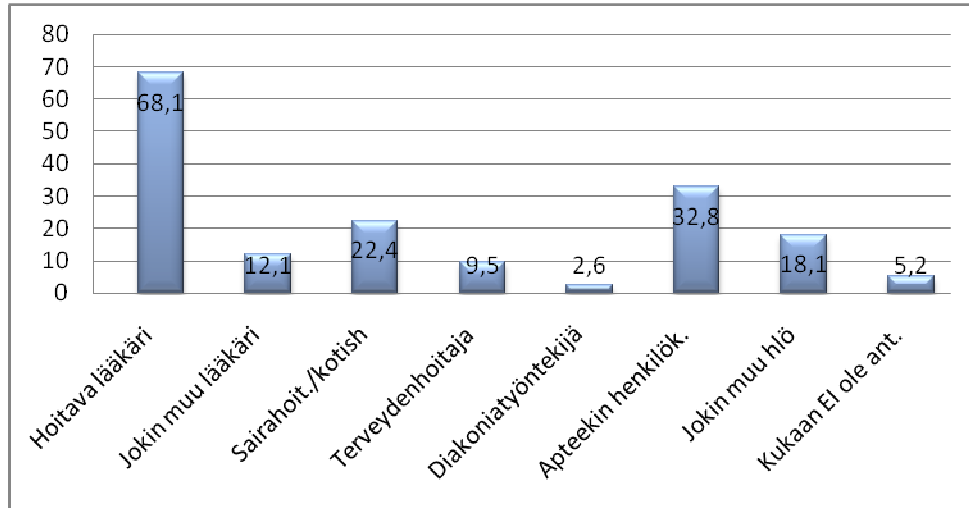
TAULUKKO 17. Alkoholin käytön puheeksiotto ryhmittäin prosentteina ilmaistuna.

8.10 Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta

Kysymyksissä 23 – 25 kysyttiin lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta.

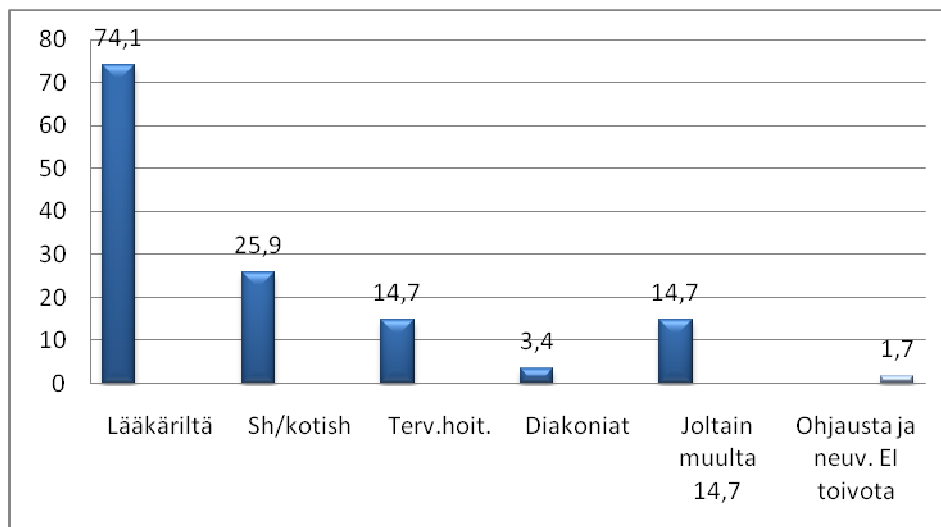
Tämän tutkimuksen mukaan on lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa saanut hoitavalta lääkäriltä 68,1 % (N = 79) ja joltain muulta lääkäriltä 12,1 % (N = 14), apteekin henkilökunnalta 32,8 % (N = 32), sairaanhoitaja/kotisairanhoitajalta 22,4 % (N = 26), joltain muulta henkilöltä 18,1 % (N = 21), terveydenhoitajalta 9,5 % (N = 11) ja diakoniatyöntekijältä 2,6 % (N = 3). Tämän tutkimuksen mukaan 5,2 % (N = 6) ei ollut saanut lääkehoidossaan lainkaan ohjausta ja neuvontaa. Tässä kysymyksessä ruksattiin kaikki ne henkilöt, joilta haastateltavat olivat saaneet ohjausta ja neuvontaa lääkehoidossaan, taulukko 18.

Lääkärit, sekä hoitavat että muut, ovat antaneet yhteisesti ylivoimaisesti eniten lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa. Toisena tulee apteekien henkilökunta ja kolmantena sairaanhoitajat. Seuraavaksi eniten ohjausta ja neuvontaa antavat vanhuksille jotkin muut kuin luettelossa esiintyvät, joita ovat mm. fysioterapeutti, kodinhoitaja, miniä, tytär ja muut perheenjäsenet. Lopuksi tulevat terveydenhoitaja ja diakoniatyöntekijä, jotka ovat myös antaneet ohjausta ja neuvontaa.



TAULUKKO 18. Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta ryhmittäin prosentein ilmaistuna

Tämän tutkimuksen mukaan 74,1 % (N = 86) haluaa lääkehoidossaan ohjausta ja neuvontaa lääkäriltä. Sairaanhoitajalta/kotisairaanhoitajalta sitä haluaa 25,9 % (N = 30), terveydenhoitajalta 14,7 % (N = 17), diakoniatyöntekijältä 3,4 % (N = 4), joltain muulta 14,7 % (N = 17), jolloin sillä tarkoitetaan apteekin henkilökuntaa, sukulaisia ja omaisia. 1,7 % (N = 2) ei halua keneltäkään lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa, taulukko 19.



TAULUKKO 19. Lääkehoidon ohjausta toivotaan, ryhmittäin ja prosentein ilmaistuna

8. 11 Tulevaisuuden toiveet lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta

Kysymys 24 kartoitti millaista ohjausta ja neuvontaa lääkehoidossa toivottiin tulevaisuudessa. Kysymykseen oli mahdollisuus esittää useitakin toiveita ja niitä saatiin yhteensä 132.

Tyytyväisyyttä saatuun ohjaukseen

Lääkehoidon ohjauksen ja neuvonnan suhteen oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä. 66 vastauksessa asiaa ilmaistiin positiivisesti. Näistä vastauksista huokui luottamusta ja tyytyväisyyttä olemassa oleviin palveluihin. Apteekista saatuun ohjaukseen ja neuvontaan oltiin myös tyytyväisiä, mistä kertoi kolme vastausta.

"Samanlaista, samoin kuin ennen. Silloin kun tarvitsee, silloin sitä annetaan. Hyvä on jos jatkuu näin kuin tähänkin asti, pidetään huolta nytkin. Luottaa lääkärin neuvoihin ja muuten turvaa Jumalaan."

Kuvailtiin millaista lääkehoidon ohjauksen ja neuvonnan tulisi olla

Tärkeänä koettiin, että ohjaus ja neuvonta auttavat asiakasta lääkkeiden käytössä, se on selkeää ja ymmärrettävää ja totuudellista. Näitä vastauksia oli yhteensä 10 kpl.

"Sellaista että se auttaa, että itse tietää ja ymmärtää omat lääkkeet. Selkeäsanaista, selventäviä ohjeita. Otettaisiin vanha ihminen tosissaan."

Toivomuksia lääkäreille lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta

Yhteensä 38 vastauksessa oli lääkäreille erilaisia toivomuksia lääkkeiden vaihtoon, uusien lääkkeiden opastukseen, haittavaikutusten ja lääkkeiden yhteisvaikutusten tiedottamisen suhteen. Haluttiin tietää mihin lääke vaikuttaa, onko lääkkeiden käyttö tarpeen vai tarpeetonta jne..Lisäksi lääkäriltä kaivattiin aikaa ohjaukseen ja neuvontaan. Tässä kohdassa toivotaan lääkäriltä paneutumista potilaansa lääkehoitoon. Vastauksissa kuvastuu epätietoisuutta, epävarmuutta ja ehkä lääkehoidon pelkoakin.

"Lääkäriltä niin paljon aikaa, että hän kertoisi mihin lääke on tarkoitettu, kuinka käyttää ja kuinka vaikuttaa. Jos terveydentilaan tulee muutoksia

sitä toivoo, että hoitava lääkäri antaa neuvoja ja ohjausta. Haluaisin pitkäaikaista hoidon ja lääkkeiden seurantaan pystyttäisiin paremmin katsomaan lääkkeiden yhteensopivuus. Toivoo lääkäriltä ja hallinnolta apua, ettei vanhusten tarvitsisi kärsiä. Määräaikaisia tarkistuksia ja laboratorio kokeita, jos olisi syytä muuttaa lääkkeitä."

Monenlaista apua tarvitaan

Kaksi henkilöä toivoi saavansa apua lääkkeiden hankintaan. Kuudessa vastauksessa kerrottiin, missä tai miten toivoo saavansa lääkehoidon ohjausta tulevaisuudessa.

"Olisi paikka missä lääkäri ja sairaanhoitaja ottavat yhdessä vastaan - olisi rauhassa keskustelut ja neuvontaa ja mahdollisuus kysyä."

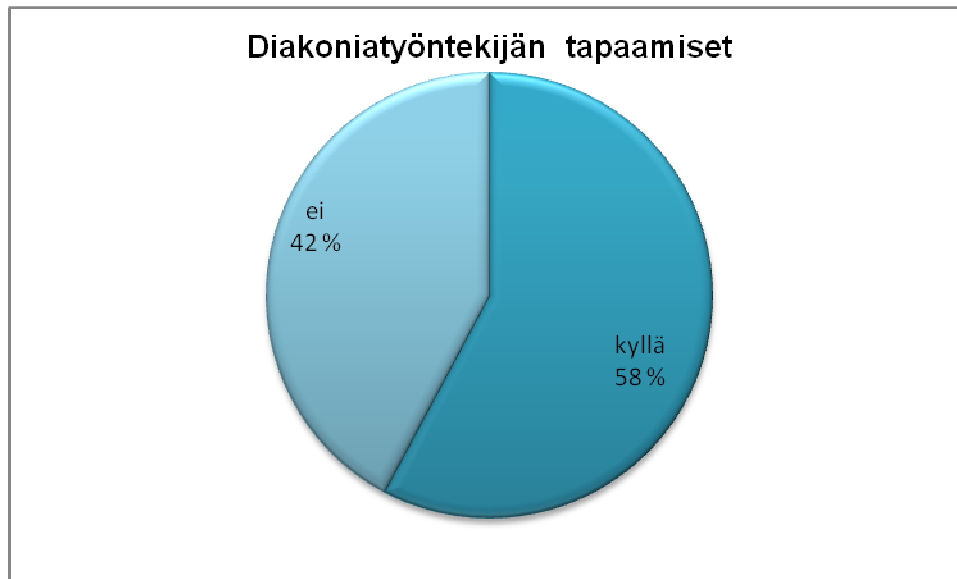
Lisäksi kuusi haastateltua toi esiin konkreettisia asioita, joihin kokee, että tarvitsisi nyt tai tulevaisuudessa ohjausta.

"Muistin suhteen kaipaa neuvoja, jos muisti alkaa pettää niin dosetti olisi sitten hyvin hyödyllinen. Ohjeita ruokahaluttomuuteen. Vatsa on ongelmallinen ja siihen tarvitsee neuvoa."

Yhdessä vastauksessa tuotiin esille, että tarvittaisiin tiedostusta siitä, että diakoniatyöntekijöillä on hoitoalankin koulutusta. Vastaajien joukossa oli kaksi henkilöä, jotka kokivat, etteivät tarvitse vielä lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa, Syyksi ilmoittivat, ettei ole säännöllistä lääkkeiden käyttöä. Lisäksi vastaajien joukossa oli myös henkilöitä, jotka eivät olleet vastanneet tähän kysymykseen yhtään mi-tään. Näitä vastauksia oli yhteensä 11 kpl.

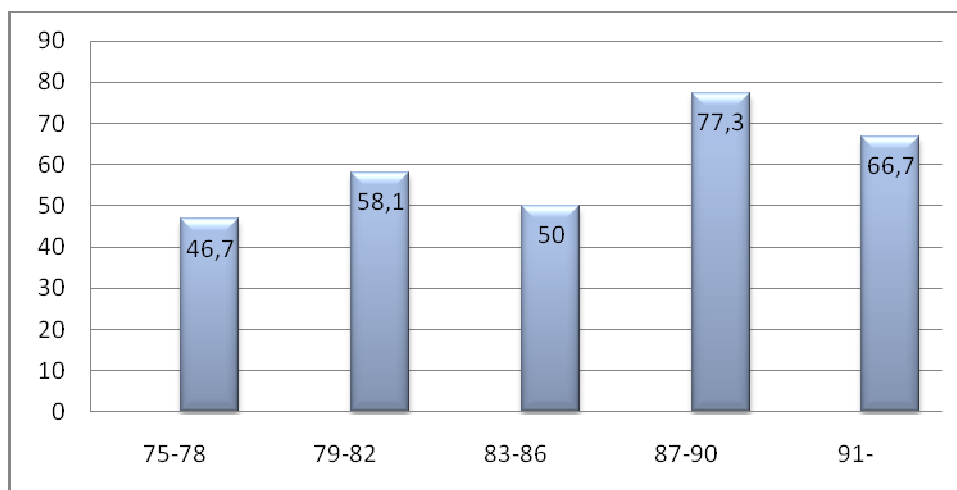
8.12 Aikaisemmat yhteydet diakoniatyöntekijään

Kysymyksessä 26 – 27 kysyttiin diakoniatyöstä. Tutkimukseen osallistuneista oli 58 % (N = 67) tavannut diakoniatyöntekijän aikaisemminkin ja 42 % (N = 49) ei ollut tavannut, taulukko 20. Tämä kysymys ymmärrettiin nimenomaan henkilökohtaisena tapaamisena tai keskusteluna.



TAULUKKO 20. Diakonityöntekijän tapaamiset.

Tässä tutkimuksessa ikäryhmittäin tarkasteltuna, olivat diakoniatyöntekijään olleet yhteydessä aikaisemmin 75 – 78-vuotiaista 46,7 % (N = 14), 79 – 82-vuotiaista 58,1 % (N = 18), 83 – 86-vuotiaista 50,0 % (N = 12), 87 – 90-vuotiaista 77,3 % (N = 17) ja yli 91-vuotiaista 66,7 % (N = 6), taulukko 21.



TAULUKKO 21. Aikaisempi yhteys diakoniatyöntekijään ikäryhmittäin ja prosentin ilmaistuna.

8.13 Toiveita diakoniatyöntekijälle

Kysymyksessä 27 sai esittää toiveita seurakunnan diakoniatyöntekijälle, ja niitä saatiin yhteensä 83.

Yhteisöllisyyttä ja yhteydenottoja

Yhteisiä tilaisuuksia, Jumalan Sanan julistamista, yhteistyötä, kutsua sururyhmään ja retkiä toivottiin diakoniatyöntekijältä yhteensä 12 kertaa. Yhteydenottoja pidettiin myönteisinä ja yksi haastatelluista totesi, että on ihanaa, että diakoniatyöntekijät ovat olemassa. Haastatelluista 4 toivoi, että diakoniatyöntekijä ottaisi yhteyttä ja 4 oli sitä mieltä, että ottavat tulevaisuudessa ja tarvittaessa itse yhteyttä. Kaikki eivät vielä kaivanneet yhteydenottoja ja osa ilmoitti ottavansa itse yhteyttä kun ikääntyy enemmän.

"Ei vielä tarvitse käydä kotona kun itse pääsen kulkemaan. Lähimmäisyyttä ja veljeyttä kaikkien kanssa. Mitä kuulu-soittoja silloin tällöin. Itse ottaa yhteyttä tulevaisuudessa, sillä ei ole vielä niin vanha ja huonokuntoinen, että olisi vaivannut työntekijöitä."

Kotikäyntejä ja keskusteluja

Pelkästään jonkinlaista keskusteluhetkeä diakoniatyöntekijältä toivoi 9 haastateltavaa. Kotikäyntejä ja siihen liittyviä keskusteluja diakoniatyöntekijältä toivoi 37 haastateltavaa. Useassa paperissa oli toivomuksena pelkästään kotikäynti, mutta useassa oli myös ajatuksia ja toiveita käynnin sisällöstä. Selvästi tuotiin esille, että diakoniatyöntekijän käynti koettiin myönteisenä. Käynnin sisällöstä yleisin toivomus oli keskustelu. Yksinäisyys näyttäytyi joissakin vastauksissa mm. keskustelukumppanin puutteena.

"Keskustelua. Jos diakoniatyöntekijöillä olisi aikaa, olisi kiva välillä jutella. Hyviä juttutuokioita. Kävisi sellaisten vanhusten luona kotona, jotka eivät itse pääse osallistumaan, turhia "seuroja" voisi jättää vähemmälle. Käyntiä täällä kun en pysty kirkkoon enää lähtemään. Laulua voisi olla. Kun tulee vanhaksi ja monet tulevat yksinäisiksi, diakonissa voisi käydä rupattelemassa. Saa puhua uskonasioista. Joskus kävisi tervehtimässä, varsinkin talvella. Käytäisiin edes kerran kuukaudessa laulamassa ja juttelemassa. Jo pelkkä piipahtaminen ja muistaminen ilahduttaa.

Välittäminen! Välittämisestä voi tulla kohtaaminen. Keskustelua hengellisistä kysymyksistä. Kävisivät edes!”

Konkreettisen avun tarve

Yksi haastatelluista toivoi diakonityöntekijältä tiedon saamista seurakunnan tapahtumista ja yksi toivoi neuvontaa uudessa tai vieraassa asiassa. Erilaista apua, kuten esimerkiksi ruoka- tai kyytiapua, kaupassa käyntiä, apua läheisten asiassa ja tarpeen vaatiessa, apua äkillisissä tilanteissa toivottiin yhteensä 7 kertaa.

Haastateltavista 2 oli sitä mieltä, että diakoniatyö voisi jatkua kuten ennenkin, on toimittu niin kuin pitää. Haastateltavista 3 ilmoitti, etteivät tienneet mitään diakoniatyöstä. Yksi pääsi haastattelun aikana selville siitä, mitä diakoniatyö on.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

"Diakonian sisältö voidaan lyhimillään kuvailla kultaisen säännön etiikan konkretisoimiseksi. Kultainen sääntö vaatii rakastamaan lähimmäistään ja ottamaan huomioon hänen tarpeensa. Lähimmäisen rakastaminen on yhteiskunnallisenkin lainsäädännön eettinen mittapuu". (Laulaja, 2002,61.)

Koko opinnäytetyöprosessin ajan pitää näkyä eettinen kysymystenasettelu ja asenne. Eettisten ratkaisujen tavoitteena on tasa-arvoinen vuorovaikutus, oikeudenmukaisuus ja ihmisten kunnioittaminen. Eettinen asenne tulee näkyä myös työskentelytavoissa. Tutkimukseen osallistuvilta tulee olla henkilökohtainen lupa tutkimuksen tekemiseen eivätkä yksittäiset henkilöt tai heidän vastauksensa eivät saa olla tunnistettavissa. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström, 2007, 27 – 28.)

Henkilökohtaisissa haastatteluissa on mahdollisuus luoda, vuorovaikutuksen keinoin, turvallisuutta haastateltavalle. Lääke- ja alkoholikyselyt koetaan usein hyvin henkilökohtaisina asioina ja todellisen tilanteen kertominen vaikeana. Yhteistyö mukana olevien seurakuntien diakoniatyöntekijöiden kanssa loi haastateltaville tuttuutta ja turvallisuutta. Näin mahdollistettiin todennäköisemmin luotettavat vastaukset kuin esim. postikyselynä tehdyt. Henkilökohtaisten haastattelujen avulla saadaan tietoa paljon nopeammin kuin postitse tehdyillä, sillä siinä vältytään uusintakysymyksien lähettelyltä ja uusien vastausten odottelulta. Tutkimusluvut saatiin erikseen jokaisen seurakunnan kirkkoherralta. Haastateltavien nimet eivät tulleet kuin oman seurakunnan diakoniatyöntekijän tietoon hänen suorittaessaan haastattelut. Yhteistyössä mukana olleet diakoniatyöntekijät ovat sitoutuneet hävittämään kaikki nimet ja osoitteet tutkimuksen valmistuttua. Jo ensimmäisessä yhteydenotossa puhelimitse haastateltavalle kerrottiin, että haastateltavat ja heidän vastauksensa pysyvät salassa. Asiaan palattiin vielä ennen haastattelun aloittamista. Haastattelut tehtiin pääsääntöisesti vanhusten kodeissa ja heidän tapojaan ja arvomaailmaansa kunnioittaen. Tässä tutkimuksessa on maantieteellisesti laaja tutkimusalue, joka minimoi haasteltavien tunnistettavuutta.

Haastattelumenetelmä soveltuu sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimukseen ja niitä voidaan luokitella eri tavoin. Yksi tapa on luokitella toteutustavan mukaan esim. kasvotusten tapahtuva haastattelu. Haastattelijan ja haastateltavan roolit riippuvat haastattelumenetelmästä. Lomakehaastattelussa käytetään lomaketta, jossa on tarkat kysymykset ja vastausvaihtoehdot. (Juvakka & Kylmä, 2007, 77 – 78.)

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on aina luotettavuus. Tutkimusmittareiden luotettavuus on kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeimpiä asioita. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata aineiston keruun ja tulosten luotettavuutena. On tärkeää saada tietoa tutkittavasta asiasta, ja tulosten yleistettävyyden on tärkeä osa validiteettia. Tutkimuksen peruskysymyksiä on, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada esille tutkittavan oma näkemys kysymyksenä olevasta asiasta. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen, 1997, 206,211, 217.)

10 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa vanhuksella on tarkoitettu 75-vuotta täyttänyttä tai vanhempaa ihmistä. Kaikki vanhukset olivat omissa kodeissaan asuvia. Vastausprosentti oli 96,7 (N = 116). Vastajista miehiä oli 33 % (N = 38) ja naisia 67 % (N = 77) ja 0,8 % (N = 1) oli ilman sukupuolimerkintää.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin miten vanhukset toteuttavat läikehoitoaan. Tätä asiaa tarkasteltiin monesta näkökulmasta. Selvitettiin lääkkeiden käytön vallitsevuutta ja tultiin siihen tulokseen, että lähes jokaisella (92 %) vanhuksella on jonkinlaista lääkkeiden käyttöä. Satunnaisesti käytetään eniten särkylääkkeitä. On selvää, että särkylääkkeitä käytetään satunnaisesti erilaisten tilapäisten särkyjen hoitoon. Ihmisillä voi esiintyä tilapäistä unettomuutta ja lääkäri on määrännyt siihen tarvittaessa otettavan unilääkkeen. Noin kerran kuussa tai harvemmin tai 2-4 kertaa kuukaudessa kuulostaa normaalisti satunnaiselta lääkkeiden käytöltä. Seuraavat vaihtoehdot, jossa puhuttiin viikottain toistuvasta lääkkeiden käytöstä ei enää ole välttämättä ymmärrettävä satunnaisiksi. Sen voisi katsoa likuvan säännöllisen suuntaan.

Kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa on jo vuosikymmenen takaa todettu, että iän myötä lääkkeiden käyttö lisääntyy, mutta tässä tutkimuksessa suhteessa eniten käyttivät säännöllistä lääkitystä nuorin ikäryhmä ja toiseksi vanhin.

Niistä haastatelluista, joilla oli säännöllistä lääkkeiden käyttöä, käytti 64 % lisäksi vielä satunnaisesti joitakin lääkkeitä. Kaikista tutkimukseen osallistuneista yhteensä 59 % käytti lääkkeitä sekä säännöllisesti että satunnaisesti.

Säännöllisestä lääkkeiden käytöstä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet näyttelevät tälläkin alueella suurinta lääkekategoriaa. Toisena tulevat unilääkkeet ja kolmantena särkylääkkeet. Keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä kysyttiin erikseen sekä uni- että psyykenlääkkeiden käytöstä. Tämän tutkimuksen mukaan voidaan todeta, että säännöllisesti lääkkeitä käyttävistä

käyttää 41,4 % (N = 48) keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Lähes kaikilla (94 %) säännöllistä lääkitystä käyttävillä oli siihen lääkärin määräys. Tutkimuksessa ilmeni, että 50 %:lla haastatelluista oli olemassa henkilö, jonka kanssa hän saattoi keskustella lääkeshoidostaan. Tämä tutkimus ei selvittänyt keskustelukumppanin lääkeshoidon asiantuntijuutta, joten lääkeshoidon keskustelukumppanina saattoi yhtä hyvin olla joko kotisairaanhoidaja tai kuka tahansa, asiaa tuntematon, henkilö.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vanhusten lääkeshoito toteutuu monilääkkeisyytenä ja vanhuksset eivät saa ulkopuolista tukea lääkeshoitoonsa, koska 44,8 % ilmoittaa olevansa lääkeshoitonsa kanssa yksin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös, miten vanhuksset käyttävät alkoholia, koska ihmisillä on ollut taipumusta lääkettä itseään myös alkoholilla. Selvitettiin mm. alkoholin vallitsevuutta ja mahdollista yhteiskäyttöä lääkkeiden kanssa. Tutkimukseen osallistuneista miehistä 47,4 % käytti alkoholia ja naisista 28,3 %. Tutkimukseen osallistuneista käytti alkoholia 34 %. Alkoholista käyttävistä 90 % käytti myös lääkkeitä. Tässä tutkimuksessa kysyttiin alkoholin kerta-annosta ja vastausten perusteella voitiin todeta, että kansainvälisen suosituksen (2 annosta) ylittää mahdollisesti 10,3 % (N = 12) annoskoosta riippuen. Varmaa on, että suosituksen ylittää 6 % (N = 7). Ruokalusikallinen ja suullinen kerta-annoksena ovat pieniä määriä ja noin kolmasosalla alkoholista käyttävistä annos on tämän suuruinen. Alkoholista käyttökäyttöä voitaisiin tulkita satunnaiseksi, mikäli sitä olisi vain noin kerran kuukaudessa tai harvemmin. Riskiryhmäläisiä saattavat olla 2-4 kertaa kuukaudessa käyttävät. Viikottain ja päivittäin alkoholista käyttävät ovat ryhmässä, joilla on kohonnut riski sairastua alkoholiriippuvuuteen tai sekakäyttäjäksi.

Tämä tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että huolenaihe on olemassa, sillä lähes kaikki, jotka käyttävät alkoholia käyttävät myös jotakin lääkettä. Tämän perusteella voidaan todeta, että vanhusten lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä on merkittävästi.

Ohjausta ja neuvontaa tarvitaan sekakäytön kehittymisen poissulkemiseksi ja monenlaisten alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Alkoholista käyttöä ei ollut otettu

puheeksi kuin noin neljäsosalla (25 %) haastatelluista. Lääkärit olivat tehneet sen useammin kuin muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tässä tutkimuksessa diakoniatyöntekijöiden puheeksiottoprosentti oli nolla.

Tässä tutkimuksessa kysyttiin keneltä vanhukset ovat saaneet ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoonsa. Tämän tutkimuksen mukaan vanhukset saavat lääkäriltä eniten ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoonsa, joskin apteekkien henkilökunta oli sitä myös hyvin antanut. Seuraavaksi eniten lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa olivat antaneet sairaanhoitajat/kotisairaanhoitajat ja muut henkilöt sekä terveydenhoitajat ja diakoniatyöntekijät. Muita henkilöitä, joita ei ollut mainittu listassa, olivat lähinnä kodinhoitajat, lähisukulaiset ja muut omaiset. Haastatelluista jotkut olivat jääneet kokonaan ilman lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa. Yleisesti ottaen vanhukset olivat tyytyväisiä lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan. Vanhukset tiesivät hyvin lääkemuutostensa syyt, joten lääkemuutosten ja lääkkeiden aloitusvaiheessa heitä informoidaan hyvin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin vielä, keneltä ja millaista lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa vanhukset toivovat tulevaisuudessa. Tutkimuksen mukaan sitä toivotaan jatkossakin eniten lääkäreiltä. Lisäksi sitä toivottiin sairaanhoitajilta sekä terveydenhoitajilta ja diakoniatyöntekijöiltä. Joltain muilta henkilöiltä kuin luettelossa mainituilta vanhukset toivovat myös ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoonsa. Muilla henkilöillä ymmärretään yleisimmin lähisukulaisia ja muita omaisia.

Lääkäreiltä toivotaan aikaa ja paneutumista ohjaukseen ja neuvontaa muulloinkin kuin lääkehoidon aloitusvaiheessa. Kaiken ohjauksen ja neuvonnan toivottiin olevan selkeää, ymmärrettävää ja totuudellista. Tämän kysymyksen yhteydessä ilmeni muunkinlaisen ohjauksen ja neuvonnan tarvetta ja yleistä avun tarvetta kuten esim. apua lääkkeiden hankintaan.

Tämän tutkimuksen vastaajista vajaa puolet ei ollut kohdannut diakoniatyöntekijää. Muutamassa vastauksessa kävi ilmi, etteivät ihmiset edes tieneet, mitä diakoniatyö on. Toisaalta positiivisia vastauksia diakoniatyöntekijöistä tuli paljon ja selvästi toivottiin ja oltiin mielissään työntekijöiden kotikäynneistä.

Kotikäynnit ja keskustelut olivat kaikkein suosituimpia asioita, joita diakoniatyöntekijöiltä toivottiin. Diakoniatyön olemukseen kuuluu myös yhteisöllisyys. Jumalan Sanan julistamista ja erilaista yhdessäoloa toivottiin.

Johtopäätöksinä tästä tutkimuksesta voidaan todeta että vanhuksilla on yleisesti monilääkkeisyyttä ja lääkkeiden käyttö ei lisääny suoraan iän karttuessa vaan monilääkkeisyyttä saattaa esiintyä jo nuoremmillakin henkilöillä. Vanhukset tarvitsevat lääkehoitoonsa ammattilaisen tukea. Terveysthuollon ammattihenkilöiltä vanhukset odottavat olemassa olevan lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa sekä tukea ja seuranta lääkehoidon toteutumisessa. Lääkäreiltä he odottavat aikaa ja paneutumista lääkehoitoon sekä ohjausta ja neuvontaa muulloinkin kuin aloitusvaiheessa. Diakonissojen tulee terveysthuollon koulutuksen saaneina antaa lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa vanhuksille ja olla heille keskustelukumppaneita lääkehoidossa ja yleensä lääkitystä koskevissa asioissa.

Vanhukset tarvitsevat säännöllistä lääkehoidon kokonaisarviota yhteistyössä lääkärin ja yhteistyökumppaneiden kanssa.

Vanhukset tarvitsevat asiallista alkoholineuvontaa ja tietoa lääkkeiden ja alkoholin yhteensopimattomuudesta. Terveyst- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden tulee ottaa puheeksi päihteiden käyttö ja ehkäistä päihderippuvuutta ja haittojen lisääntymistä.

Vanhukset tarvitsevat diakoniatyöntekijän yhteydenottoja, kotikäyntejä ja seurakuntien tarjoamaa yhteisöllisyyttä.

11 POHDINTAA

Tässä tutkimuksessa on selvitetty eteläpohjalaisten vanhusten lääkehoidon todellisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntainfossa on vuonna 2007 todettu, että osa vanhusten sairaalahoitajaksoista on seurausta lääkityksen ongelmista. Samoin tutkimuksissa on todettu (Linjakumpu 2003), että lääkehoidon kokonais-arviointi olisi suotavaa. Tämäkin tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että vanhusten lääkehoidon kokonaisuus kaipaa tarkennuksia. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Hannukainen, 2008) haastatellut vanhuksat olivat kokeneet ohjauksen ja neuvonnan heikoksi. Siihen johtopäätökseen voi tämänkin tutkimuksen tulosten perusteella tulla, kun noin puolelta haastatelluista puuttuu kokonaan henkilö, joka olisi jotenkin perillä vanhuksen lääkehoidosta. Puolella haastatelluista on olemassa henkilö, jonka kanssa vanhus voi keskustella lääkehoidostaan. Vastauksesta ei voida tehdä päätelmää, onko puhekuumppani maallikko vai ammattilainen. Tämän perusteella voidaan todeta, että omaisten ohjaus kuuluu myös lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan, jolloin tarve on vielä suurempi, kuin tässä tutkimuksessa on tullut esille. Huomioitavaa on, että haastatelluista jotkut olivat jääneet kokonaan ilman lääkehoidon ohjausta ja neuvontaa.

Tutkimuksessa (Gothoni ja Jantunen, 2009) todettiin, että tavallisesti diakonian tilastoissa terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset näkyvät samansuuruisina kuin toimeentulokysymykset. Kotisalou tutkimuksen (Kuopion hiippakunta, 2002) mukaan diakonissat antoivat työssään usein erilaista terveyteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Kuitenkin tässä tutkimuksessa lääkehoidon ohjauksen ja neuvonnan osuus diakonissoujen osalta oli suhteellisen vähäistä. Samoin on alkoholin käytön puheeksi otou suhteen. Diakonityöntekijät eivät olleet ottaneet kertaakaan alkoholin käyttöä puheeksi. Se on hämmästyttävää, sillä työkokemukseni perusteella tiedän, että ainakin diakoniatyön vastaanotoilla alkoholin käyttö otetaan puheeksi. Ei voida puhua kokonaisvaltaisesta ihmisen kohtaamisesta, jos ihmisen terveyteen ja sairauteen päivittäin vaikuttavat asiat jäävät vaille huomiota. Asiakkaalla täytyy olla tila ja turvallisuus kyetäkseen rehellisesti tuomaan julki arkojakin asioitaan.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että tulevaisuudessa diakoniatyön kotikäyntien haasteena on ottaa puheeksi sekä lääkkeiden että päihteiden käyttö.

Alkoholin käyttöön liittyy usein häpeää ja siksi tämän sukupolven edustajien on vaikea kertoa alkoholinkäytöstään ja he jopa kysyttäessä kaunistelevat asiaa. Tällöin työntekijällä tulee olla hienotunteisuutta ja rohkeutta ottaa asia puheeksi. On syytä muistaa, että pienikin puuttuminen voi saada aikaan motivaatiota päihteiden käytön vähentämiseen ja yleisen terveydentilan kohentumiseen. Asiallisella työotteella ja informaatiolla saattaa olla merkittävä terveyttä edistävä vaikutus.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toivoisi havahtuvan alkoholin käytön puheeksi ottoon ainakin silloin, kun keskustellaan esim. kaatumisista, sydämen rytmihäiriöistä, univaikeuksista, lääkkeiden käytöstä, mielialojen vaihteluista, rahan käytöstä jne. Myös sosiaalityön ammattihenkilöille pitäisi alkoholin käytön puheeksi ottaminen olla päivän selvää, varsinkin kartoitettaessa asiakkaan toimeentuloa ja sosiaalista toimintaa.

Alkoholin käytön puheeksi ottamisen ei pitäisi olla terveydenhuollon ammattihenkilölle enää uusi asia. Vuosia on toimijoille puhuttu mini-intervention tärkeydestä. Hoitotyöntekijän tulee muistaa, että jokainen ihminen on luotu Jumalan kuvaksi ja työtoveriksi. Kukaan meistä ei ole itse ansainnut arvoaan, vaan se on lahja Jumalalta. Sen johdosta jokaisella on loukkaamaton ihmisarvo. Se on kaikilla ihmisillä sama ja ehdoton. Tästä syystä myös kirkon työntekijöiden tulee ottaa puheeksi ihmisten päihteiden käyttö ja motivoida muutokseen. Kysymys on välittämisestä. Ehkäisevä päihdetyö on myös terveyden edistämistä.

Diakoniatyön olemukseen kuuluu myös yhteisöllisyys. Jumalan Sanan julistamista ja erilaista yhdessäoloa toivottiin. Tässä konkretisoituu tarve kuulua ryhmään ja saada sieltä itselleen sekä Hengen ravintoa että toimintaa. Tähän viestiin diakoniatyö vastaakin lukemattomin erilaisin piirein, kerhoin, retkin jne. Toivottavasti nämä toiminnat pysyvät matalakynnyksisinä, sillä jokaisella on oikeus kuulua yhteisöön. Yhteisöllinen sitoutuminen tuo lohtua ja seuraa yksinäi-

syyteen, antaa ystäviä ja luo turvallisuuden tunnetta, edistää terveyttä ja mahdollisesti vähentää päihteiden käyttöä.

Tutkimukseen osallistuneen sukupolven edustajat eivät ole yleensä tottuneet pyytämään ketään kotikäynnille vaan he odottavat, että heihin otettaisiin yhteyttä. Tulevaisuuden vanhukset osaavat toivottavasti pyytää kotikäyntejä edellyttäen, että he kokevat tarvitsevansa diakoniatyöntekijöiden palveluja. Tässä kohdin diakonisella hoitotyöllä on haastetta. Kiireetön läsnäolo, kohtaaminen, uskon ja toivon välittäminen myös sinne, minne polkuja ei ole vielä tallattu, luo haasteen tulevaisuuteen. Kykenevätkö diakoniatyöntekijät etsimään ja löytämään niitä ihmisiä, joilla hätä on suurin ja jotka ovat vaarassa jäädä yhteiskunnan apujen ulkopuolelle. Kohtaako tarve ja tarjonta? Asiakkaan näkökulma diakoniatyöstä saattaisi auttaa tarpeiden ja tarjonnan kohtaamisessa ja työn suunnittelussa. Koska diakonisen hoitotyön keskiössä on läsnäolo ja kohtaaminen, niin on selvää, että työntekijällä on osaamista ja ammattitaitoa kohdata asiakas siten, että syntyy luottamusta. Luottamus työntekijään rohkaisee kertomaan niitäkin asioita, joista muutoin helposti vaietaan.

Toivottavaa olisi, että diakoniatyöntekijät saavat osallistua yhteiskunnassa järjestettäviin koulutuksiin päihteiden käytön puheeksi ottamisesta, vanhusten päihteiden käytöstä ja päihteiden vaikutuksesta vanhuksen ja lähipiirin elämään. Lisäksi diakonissojen on saatava asianmukaista koulutusta lääkehoidon prosessista, etenkin ohjauksesta ja neuvonnasta. Koulutuksessa olisi hyvä tulla esille ainakin sekakäyttö yhdessä alkoholin kanssa sekä monilääkityksen ja lääkkeiden sivuvaikutusten tuomat ongelmat.

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu moniammatillisen yhteistyön toteutumista asiakkaiden terveyden edistämisessä. Toivottavaa kuitenkin on, että hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä voidaan kotona asuville vanhuksille turvata yksi terveydenhuollon ammattihenkilö lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan. Kotisairaanhoidajilla on lääkehoidon koko prosessi hallinnassa ja heillä on ajantasa-inen tieto lääkityksistä. Diakonissa on puolestaan saattanut käydä saman asiakkaan luona vuosia ja on saavuttanut asiakkaan luottamuksen ja tuntee hänen todellisen elämäntilanteensa. Molemmat asiakkaan kanssa työskentelevät toimivat asiakkaansa terveyden edistämisen parhaaksi ja elämän laadun

parantamiseksi. Tärkeää on, että asiantuntemusta jaetaan eikä tehdä päällekkäisiä töitä ja lääkehoidon ohjaus ja neuvonta on samansuuntaista.

Tulevaisuudessa, jolloin kotona asuvien vanhusten määrä edelleen kasvaa, on tärkeää, että moniammatillista yhteistyötä ja verkostotyötä kehitetään. Silloin voidaan hyödyntää kaikkien osaaminen täsmällisemmin. On tärkeää, että ammattilaiset oppivat tuntemaan toinen toistensa töitä ja työskentelytapoja. On hyvä muistaa, että varhaisella puuttumisella voidaan edistää vanhusten terveyttä ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia, miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu ja toimii, kotona asuvien vanhusten lääkehoidon osalta ja miten moniammatillinen työ edistää vanhusten terveyttä ja hyvinvointia.

"Moraalisen velvollisuuden ja diakonian sisältö avautuu siitä, että omien toiveiden suunta käännetään kohti lähimmäistä: minun tulee tehdä hänelle, niin kuin toivon hänen tekevän minulle. Tämän luonnollisen lain Jeesus ilmaisi vuorisäärnässään seuraavasti: "*Kaikki, minkä tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille.*" (Matt. 7: 12)" (Laulaja, 2002,60.)

LÄHTEET

- Aira, Marja & Haarni, Ilkka 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen: "Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aiheita". Suomen Lääkärilehti 65 (7).
- Barat, I; Andreasen, F & Damsgaard, EMS, 2000. The consumption of drugs by 75 year old individuals living in their own homes. European Journal Clinical Pharmacology 56:6 – 7. Viitattu 30.7.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11049014>
- Carpenter, C I & Demopoulos, G R, 1990. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. Viitattu 30.7.2010. <http://www.bmj.com/cgi/content/short/300/6734/1253>.
- Gothi, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisestatyöstä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu A. Tutkimuksia, 25. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 9.7.2010. http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/A_25_ISBN_9789524930895.pdf
- Hakala, Pirjo, 2002. Ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 260.
- Hannukainen, Sanna, 2008. Lääkehoito kotona asuvan ikääntyneen kokemana. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos. Abstrakti. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 8.7.2010. http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnayteytot/prograduabstraktit/abstraktit_2008/hannukainen_sanna.pdf.
- Hannukainen, Sanna, 2010. Onnistunut lääkehoito kotisairaanhoidossa. Artikkel. Sairaanhoidaja-lehti 8 / 2010.
- Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) 2002. Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2008. Vanhusten sairaudet. Viitattu 20.7.2010.<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1991,5600>
- Hietanen, Sanna & Sulkakoski, Mari 2009. Riskitekijät ikääntyneiden lääkehoitossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö (AMK). Viitattu 30.7.2010.https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5094/sulkakoski_mari_hietanen_sanna.pdf?sequence=1
- Holm, Kirsi; Kinnunen, Anneli & Markkanen, Merja 2005. Sairaanhoitaja- diakonissan hoitotaito. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Porin yksikkö. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 30.7.2010. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/pori20057HolmKinnunenMarkkanen2005/pdf
- Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi, 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.
- Inkinen, Marja, 1999. Mini-interventio, kysymällä ja motivoimalla muutokseen. STAKES, Ehkäisevä päihdetyö.
- Janhonen, Sirpa & Pyykkö, Anita 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. Helsinki: WSOY.
- Jyrkkä, Johanna; Hartikainen, Sirpa; Sulkava, Raimo & Enlund Hannes 2006. Vanhusten monilääkitys huolen aiheena. Tuloksia Kuopio 75+ - tutkimuksesta. Suomen lääkärilehti 61 (9).
- Jääskeläinen, Ilkka, 2002. Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.
- Kainulainen, Sakari, 2002. Suomalainen yhteiskunta murroksessa. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.
- Kantanen, Marja, 2002. Yhteiskunnallinen vastuu. Teoksessa Riitta Helosvuori;

Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi.

Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Helsinki: Lääkelaitos.

Koskinen, Simo; Aalto, Leena; Hakonen, Sinikka & Päivärinta Eeva, 1998, Vanhustyö. Vanhustyön Keskusliitto.

Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena, 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C. Katsauksia ja aineistoja, 10. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kirkkohallitus 2009. Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Luonnos kommentoitavaksi 12.2.2009. Helsinki: Kirkkohallitus. Viitattu 9.7.2010. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/terveydenedistaminen.pdf>

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 30.7.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 30.7.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lapuan Hiippakunta, i. a. Viitattu 1.7.2010. <http://www.lapuanhiippakunta.fi/fi/etusivu/>.

Laulaja, Jorma 2002. Diakonia uskon ja rakkauden risteyksessä. Teoksessa Riitta Helosvuori; Esko Koskenvesa; Pauli Niemelä & Juhani Veikola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

Linjakumpu, Tarja 2003. Drug use among the home-dwelling elderly. Trends, polypharmacy, and sedation. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja. Vi-

tattu18.7.2010.<http://herkules.oulu.fi/isbn/9514271025/isbn9514271025/isbn9514271025/pdf>

Luoma, Jaakko (toim.) 2003. Vanhusten hoidossa ajaudutaan yhä useammin yllilääkitykseen. Akuutti. Arkisto. Viitattu1.10.2009.http://yle.fi/akuutti/arkisto2003/280103_c.htm

Lumme-Sandt, Kirsi 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Acta Electronica Universitatis Tamperensis, 220.Tampere:Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 18.7.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5525-8.pdf>

Lääkekorvaukset ja –kustannukset väestöryhmittäin Taulukko 3.6. Lääkekorvaukset ja -kustannukset yliopistollisten sairaaloiden vastuualueittain ja sairaanhoitopiireittäin vakuutetun iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2009. Helsinki: Kansaneläkelaitos.Viitattu 29.7.2010.[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/050510120043PN/\\$File/ikashp.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/050510120043PN/$File/ikashp.pdf?openElement)

Lääkelaitos; Kansaneläkelaitos 2009. Keskeisiä lukuja lääkkeiden myynnistä ja korvauksista vuonna 2008. Suomen lääketilasto 2008. Helsinki: Kansaneläkelaitos.Viitattu9.7.2010.
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191109094828PN/\\$File/LT%202008.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191109094828PN/$File/LT%202008.pdf?openElement).

MacInnes, Elizabeth & Powell, Janet, 1994. Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? British Medical Journal 1994;308. Viitattu 19.8.2010.
<http://www.jstor.org/pss/29722560>

Myllylä, Marjatta, 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulu: Oulun Yliopisto. Viitattu 20.7.2010.<http://herkules.oulu.fi/isbn9514273567/-isbn9514273567.pdf>

- Pakkala, Erpo 2009. Ikäihmisten lääkkeet. Vanhusten lääkehoito kaipaa kokonaisarviota. MediUutiset. Viitattu 1.10.2010. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article297534.ece>
- Patterson, Susan M; Hughes, Carmel; Kerse, Ngaire & Cardwell, Chris R, 2009. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Viitattu 20.8.2010. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane-clsysrev/articles/CD008165/frame.html>
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Potilasvahinkolaki 1986/585, 25.7.1986. Viitattu 30.7.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.
- Raamattu. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos. Helsinki: Kirjapaja.
- Rintakallio, Liisa, 2007. Vanhustyön kartoitusprojektin raportti. Seinäjoki: Seinäjoen seurakunnan diakoniatyö.
- Rättyä, Lea 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteiskunnallisena auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet, 179. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.7.2010. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1309-7/urn_isbn_978-951-27-1309-7.pdf
- Saarelainen, Ritva; Stengård, Eija & Vuori-Kemilä, Anne 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. 3. uud. p. Porvoo: WSOY.
- Salmela, Sanna & Matilainen, Irmeli 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra; Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 218-232.
- Seppä, Kaija 2008. Vanhan ihmisen alkoholin ja päihteiden käyttö. Viitattu 27.5.2010. <http://www.gernet.fi/luennot/geriatripaivat08/seppa.pdf>
- Seinäjoen kaupunki i.a. Ikäkeskus. Vanhemman väen valintatalo. Viitattu 12.12.2009. <http://www.seinajoki.fi/ikakeskus/index.htm>

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.2.2010. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.7.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä, 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito. Kuntien velvoitteet. Kuntainfo, 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.8.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539#fi>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.2.2010, 2.7.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf
- Suomen evankelisluterilainen kirkko i. a. Kirkon vanhustyön strategia 2015. Viitattu 22.2.2010. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/\\$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf)
- Suomen Evankelisluterilainen kirkko, 2005. Kirkon päihdestrategia. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro.

- Tilastokeskus 2010. Ikärakenne 2009 ja 2030. Ikärakenne alueittain 31.12.2009 ja ennuste vuodelle 2030. Viitattu 20.8.2010. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;148786;150318;16320
- Tulva, Taimi; Uusitalo, Ilkka & Harra, Kimmo (toim.) 2007. Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: Okka, Opetus-, kasvatus- ja koulutusalojen säätiö.
- Vakkuri, Johanna 2009. Ikä ja alkoholi –seminaarissa korostettiin tuen ja hoidon saamisen tärkeyttä. Viitattu 13.12.2009. http://www.tippavaara.info/ajankohtaista/mielenterveysmessuilla_ika_ja_alkoholi_esilla/
- Veräjänkorva, Oili; Huupponen, Risto; Huupponen, Ulla; Kaukkila, Hanna-Sisko & Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Wallace, D.C.; Tuck, I.; Boland, C.S. & Witucki, J.M., 2002. Client Perceptions of Parish Nursing. *Public Health Nursing* 19 (2). Viitattu 23.8.2010. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2002.19208.x/abstract>
- Zhang, Min; Holman, C D'Arcy J; Price, Sylvie D.; Sanfilippo, Frank M.; Preen, David B. & Bulsara, Max K. 2009. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ* 338 (73). Viitattu 30.7.2010. http://www.bmj.com/cgi/reprint/338/jan07_3/a2752

LIITTEET

Arvoisa haastateltava

Liite 1

Olen sairaanhoitaja-AMK-diakonissa opiskelija Leena Martikkala Diakonia-ammattikorkeakolu Lännen Porin toimipaikasta. Opinnäytetyössäni tutkin vanhusten lääkkeiden käyttöä. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää millaista vanhusten lääkkeiden käyttö on ja keneltä he ovat saaneet ohjausta ja neuvontaa ja keneltä ja millaista kokevat tarvitsevansa.

Tutkimus toteutetaan Lapuan Hiippakunnan alueella Ilmajoen, Kauhajoen, Kauhavan, Lapuan ja Seinäjoen seurakunnissa. Haastateltavat ovat 75-vuotta täyttäneitä tai vanhempia ja otos otetaan kyseisten seurakuntien rekistereistä. Kotiseurakuntien diakoniatyöntekijät suorittavat haastattelut.

Haastattelut tehdään nimettöminä ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen ja ne tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Vastaaminen on vapaaehtoista. Odotan, että saan haastattelumateriaalin käyttööni viimeistään 24.5.2010 mennessä. Tutkimustulokset julkistetaan opinnäytetyöseminaarissa syksyllä 2010.

Ystävällisin yhteistyöterveisin

Leena Martikkala, GSM: 050 56 33 721

- 1. Haastateltavan sukupuoli** mies nainen Liite 2
- 2. Haastateltavan ikä** 75-78-vuotta
 79-82-vuotta
 83-86-vuotta
 87-90-vuotta
 91-vuotta tai enemmän
- 3. Onko teillä satunnaista (= silloin tällöin, joskus, tarvittaessa, ei säännöllistä) lääkkeiden käyttöä?**
 kyllä ei
- 4. Mikäli teillä on satunnaista lääkkeiden käyttöä, ovatko käyttämänne lääkkeet**
 särkylääkkeitä
 unilääkkeitä
 psyykenlääkkeitä
 muita lääkkeitä, mitä? _____

- 5. Käytättekö satunnaislääkkeitä?**
 Noin kerran kuussa tai harvemmin
 2-4 kertaa kuukaudessa
 2-3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa tai useammin
- 6. Onko teillä säännöllistä lääkkeiden käyttöä?**
 kyllä ei
- 7. Ovatko säännöllisesti käyttämänne lääkkeet lääkärin määräämiä, ns. reseptilääkkeitä?**
 kyllä ei

8. Onko teillä omalääkäri tai sairaanhoitaja, joka huolehtii reseptien uusinnat, lääkemuutokset ja tietää kokonaislääkityksenne?

- kyllä ei

9. Ovatko käyttämänne reseptilääkkeet

särkylääkkeitä

unilääkkeitä

psyykenlääkkeitä

sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä

astman ja hengityselin sairauksien lääkkeitä

muita reseptilääkkeitä, mitä _____

10. Minkä niminen on säännöllisesti käyttämänne särkylääke/kipulääke?

 en käytä särkylääkkeitä/kipulääkkeitä

11. Minkä niminen on säännöllisesti käyttämänne unilääke?

 en käytä unilääkkeitä

12. Minkä niminen on säännöllisesti käyttämänne psyykenlääke?

 en käytä psyykenlääkkeitä

13. Minkä niminen on säännöllisesti käyttämänne sydän- ja verisuonisairauksien lääke?

 en käytä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä

14. Minkä niminen on säännöllisesti käyttämänne astman tai muiden hengityselinsairauksien lääke? _____

en käytä astman tai muiden hengityselinsairauksien lääkkeitä

15. Mitä muita reseptilääkkeitä, joita näissä kysymyksissä ei ole mainittu, käytätte säännöllisesti?

16. Onko lääkehoitoanne jouduttu muuttamaan viimeisen 0-3 kuukauden aikana?

kyllä ei

17. Mikäli vastasitte yllä olevaan kysymykseen myöntävästi, niin mistä syystä lääkehoitoanne on muutettu?

Koska on ollut:

pahoinvointia_____ oksentelua_____ huimausta_____

vatsakipua_____ ripulia_____ närästystä_____

sekavuutta_____ levottomuutta_____ unettomuutta_____

päänsärkyä_____ vapinaa_____ uneliaisuutta_____

yhteensopimattomuutta muiden käyttämieni lääkkeiden kanssa_____

jotakin muuta, mitä_____

en tiedä miksi lääkehoitoani on muutettu_____

18. Käytättekö alkoholia lääkkeittenne ohella?

kyllä en

19. Jos vastasitte kyllä, niin kuinka usein käytätte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

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

20. Mikä on käyttämänsä alkoholiannos?

- ruokalusikallinen
- 4 cl, joka on ns. ravintola-annos
- pullo keskiolutta
- pullo vahvempaa olutta
- viinilasillinen puna/valkoviiniä
- pullo viiniä
- ryyppy, 4 cl, väkeviä
- konjakkia 1 annos

21. Onko teiltä aikaisemmin kysytty alkoholin käytöstänne?

- kyllä
- ei

22. Jos vastasitte äskeiseen myöntävästi, niin kuka on joskus aikaisemmin kysynyt teiltä alkoholin käytöstänne?

- lääkäri
- sairaanhoitaja/kotisairaanhoitajalta
- terveydenhoitaja
- seurakunnan diakoniatyöntekijä
- jokin muu, kuka _____

23. Keneltä olette saanut ohjausta ja neuvontaa lääkehoidosta?

- hoitavalta lääkäriltä
- joltain muulta lääkäriltä
- sairaanhoitajalta/kotisairaanhoitajalta
- terveydenhoitajalta
- seurakunnan diakoniatyöntekijältä
- apteekin henkilökunnalta
- joltain muulta, keneltä _____
- en keneltäkään

24. Millaista ohjausta ja neuvontaa toivotte saavanne tulevaisuudessa lääkehoidosta?

25. Keneltä toivotte saavanne tulevaisuudessa ohjausta ja neuvontaa lääkehoidosta?

- lääkäriltä
- sairaanhoitajalta/kotisairaanhoitajalta
- terveydenhoitajalta
- seurakunnan diakoniatyöntekijältä
- joltain muulta, keneltä _____
- en keneltäkään

26. Oletteko aikaisemmin ollut yhteydessä seurakuntanne diakoniatyöntekijöihin?

- kyllä en

27. Mitä toivotte seurakunnan diakoniatyöntekijältä?

SUURET KIITOKSET AJASTANNE JA VASTAUKSISTANNE!