

Hanna-Mari Eilola & Minna Kallio

KOTONA ASUVAN VANHUKSEN KOKEMUKSIA YKSINÄISYYDESTÄ

KOTONA ASUVAN VANHUKSEN KOKEMUKSIA YKSINÄISYYDESTÄ

Hanna-Mari Eilola & Minna Kallio
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Hoitotyön koulutusohjelma, Oulainen
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja

Tekijät: Hanna-Mari Eilola & Minna Kallio
Opinnäytetyön nimi: Kotona asuvan vanhuksen kokemuksia yksinäisyydestä
Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2012 Sivumäärä 43+3

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla vanhusten yksinäisyyden kokemuksia erään kaupungin alueella olevilla kotihoidon asiakkailla. Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla millaista yksinäisyyttä vanhuksset kokevat ja mitkä tekijät vaikuttavat yksinäisyyden kokemiseen vanhuudessa. Tehtävän tarkoitus oli selvittää ja saada tutkittua tietoa kotihoidossa työskenteleville hoitajille vanhusten yksinäisyydestä. Tutkimuksen tavoite on myös toimia tietopakettina yksinäisyydestä, jotta työntekijät voivat jatkossa kiinnittää huomiota mahdollisiin riskitekijöihin ja mahdollisesti herkemmin puuttua yksinäisyyden ennaltaehkäisyyn.

Tutkimuksessa kuvaillaan millaista yksinäisyyttä vanhus kokee ja mitkä tekijät vaikuttavat yksinäisyyden kokemiseen. Tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastattelulla kesäkuussa 2011. Tutkimukseen osallistui kaksi yli 75 vuoden ikäistä kotihoidon asiakasta. Aineiston analyysimenetelmänä käytimme sisällön analyysiä.

Tutkimustulokset osoittavat yksinäisyyttä esiintyvän ja se koetaan negatiivisena ilmiönä. Yksinäisyyden ennaltaehkäisy on tärkeää ja varhainen puuttuminen merkityksellistä. Tukiverkosto koetaan tärkeäksi tekijäksi yksinäisyyden tunteen ennaltaehkäisyssä. Toimintakyky nousee esille ko-toa lähtemisen vaikeutena ja siten yksinäisyyttä lisäävänä tekijänä.

Vanhusten yksinäisyyttä tulisi mielestämme tutkia lisää esimerkiksi kvantitatiivisena tutkimuksena laajemmalle tutkimusryhmälle tai kvalitatiivisena tutkimuksena yksinäisyyden kokemuksista eri ikäryhmille.

Asiasanat: Yksinäisyys, vanheneminen, toimintakyky

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Nursing

Authors: Hanna-Mari Eilola & Minna Kallio
Title of thesis: Home- living Elderly People`s Experience of Loneliness
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012 Number of pages: 43+3

The purpose of this thesis was to clarify experience of loneliness among elderly people. The purpose of the study was to describe what kind feelings of loneliness elderly people experience, and how their loneliness is affected by individual factors. Our aim was to also share information with home care workers who actually see loneliness everyday. The study clarified what kind of loneliness elderly people feel and what factors affect their experience of loneliness. The purpose of the study was also be an information packet about loneliness, so that workers can continue to pay attention to possible risk factors and may be more likely to intervene in possible prevention of loneliness.

In this study, the interviewees` own reports on loneliness were considered. It was examined what kind of loneliness they felt and which factors affected their loneliness. Research method was qualitative. The data were collected in June 2011. Interviews were made with two older than 75-year-old homecare customers. Interviews were conducted as theme interviews.

The results of the study show the occurrence of loneliness and that it is regarded as a negative phenomenon. Prevention of loneliness was very important and early intervention was relevant. Support network was considered an important factor in preventing feelings of loneliness. The results show that the ability to function is an increasing factor of loneliness.

In the future, loneliness of the elderly should be examined more for example by using a larger number of informants. In addition to this, loneliness in different age groups could be examined.

Key words: Loneliness, aging, ability

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 VANHENEMINEN JA YKSINÄISYYS.....	7
2.1 Vanhuus osana elämänkaarta.....	7
2.2 Vanhuuden voimavarat	8
2.3 Yksinäisyyden kokeminen	10
2.3.1 Yksinäisyyden tunnistaminen	13
2.3.2 Yksinäisyyden lievittäminen.....	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	16
4.1 Tutkimuksen tiedonantajat ja aineiston keruu.....	16
5 TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI	19
6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN POHDINTAA	23
6.1 Haastateltavien elämänkaari lyhyesti	23
6.2 Kotona asuvan vanhuksen yksinäisyyden kokemiseen vaikuttavat tekijät.....	24
6.2.1 Yksinäisyyttä lisäävät ja lievittävät tekijät.....	24
7 TULOSTEN YHTEENVETO	31
8 POHDINTA.....	33
8.1 Tulosten pohdinta.....	33
8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	36
LÄHTEET	37
LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan 74 vuotta täyttäneistä kotona tai palveluasunnossa asuvista (N= 4 113) 39 % kärsi toisinaan yksinäisyydestä ja 5 % kärsi usein tai aina. Maalla asuvat olivat kaupungissa asuvia yksinäisempiä. Laitoksessa asuvat ikääntyneet kokevat myös yksinäisyyttä. Yksinäisyyden tunnistaminen on ongelmallista, sillä ihminen voi kärsiä yksinäisyydestä vaikka ympärillä olisi jatkuvasti muita ihmisiä. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen (toim.) 2010, 411- 412.)

Ikääntyvistä ihmisistä jopa 70 % kokee yksinäisyyttä mittaustavasta riippuen. Yksinäisyyttä kokevien osuus on pysynyt suhteellisen tasaisena parinkymmenen vuoden ajan, jolloin sitä on tutkittu. Arviolta kolmasosalle se merkitsee ongelmaa, mutta yhdelle kymmenestä se merkitsee vakavaa uhkaa terveydelle ja hyvinvoinnille. Yksinäisyys voi olla lyhytkestoista tai yksinäisyyden kokemisen tunteet voivat vaihdella esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn muutosten yhteydessä. Osalle yksinäisyyden tunne on jatkuvaa. Jokainen kokee yksinäisyyden omalla tavallaan ja toisen ihmisen on vaikea arvioida yksinäisyyden kokemista. Yksinäisyyden tunne on kielteinen, epämiellyttävä ja ahdistava. (Lyyra, Pikkarainen & Tiilikainen (toim.) 2007, 146- 148.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla vanhusten yksinäisyyden kokemuksia erään kaupungin alueella asuvilla kotihoidon asiakkailta. Kartoitimme asiaa haastattelemalla yli 75 vuoden ikäisiä kotona asuvia vanhuksia. Tutkimuksen aineistona ovat yksilöhaastattelut. Tutkimuksen tavoite on toimia tietopakettina yksinäisyydestä ja sen ennaltaehkäisystä.

2 VANHENEMINEN JA YKSINÄISYYS

2.1 Vanhuus osana elämäkarta

Mielenterveyden peruspilarit ovat lapsuudessa. Yksilölliset, yhteisölliset, yhteiskunnalliset sekä kulttuurilliset tekijät vaikuttavat psyykkisen tasapainoon. Perinnölliset tekijät, sairaudet sekä ihmissuhteissa koetut tunnekokemukset ovat yksilöllisiä tekijöitä jokaisella. Kahta samanlaista elämänkulkua ei ole. Voimavarat ovat runsaat nuorina, nuorina aikuisina ja keski- iässä. Vanhetessa voimavarat heikkenevät fyysisissä ja henkisissä suorituksissa nopeammin. (Kivelä 2009, 12, 19.)

Kehityskriisit koskevat kaikkia ihmisiä, ne ovat normaaleja elämän siirtymäkausia, jotka liittyvät ihmisen kehitykseen ja vanhenemiseen. Aikuisiästä vanhuuden elämänvaiheeseen siirtyminen voi muodostua kehityskriisiksi. Se on luonnollinen elämän luopumis- ja muutoskohta. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 158.) Menetykset ja vaikeudet elämän varrella eivät ole pelkästään negatiivisia. Elämän aikana aiemmat selviytymiskokemukset koetuista muutoksista, tehtävistä ja uusista elämäntilanteista selviytyminen vaikuttavat myös vanhuudessa, miten muutoksen kohtaa ja harrastuksiin lähtee. Perheiden sisäiset vuorovaikutusmallit, tehtävät ja roolit muuttuvat elämän varrella. (Kivelä 2009, 24 – 25.)

Vanhuuden kehitysvaiheeseen vaikuttaa koko elämäkarta. Jos ihminen tuntee epäonnistuneensa elämän keskeisissä kysymyksissä, seurauksena voi olla helposti depressiivinen vanhuus, jossa kehitys taantuu tai pysähtyy ja vanhus eristäytyy ja vieraantuu muista ihmisistä. Keskeisen tien menestykselliseen vanhenemiseen muodostavat mielentasapaino, terve minäkäsitys ja henkinen vireys. Näiden antamalta pohjalta nousee korkeassakin iässä kyky toimia ja selviytyä. Niiden varassa voi ihminen ylläpitää elämänsä laatua silloinkin kun toimintakyky heikkenee. (Isohanni, Tienari & Achte (toim.) 1993, 14-16.)

Vanhuuteen elämänkaaren osana näyttäisi usein liittyvän yksinäisyyttä. Ikääntymisen suoranaista yhteyttä yksinäisyyden kokemukseen ei ole pystytty yksiselitteisesti osoittamaan. Yksinäisyyttä koskevien määrä lisääntyy iän myötä siten, että yksinäisyyden kokemus on ilmeisesti yleisempää yli 75 vuoden iässä kuin nuoremmilla. Ilmaantuvuus tasoittuu 90 ikävuoden jälkeen. Ikääntymiseen liittyy yksin jäämistä ja yksinäisyyttä, sillä henkilön iän lisääntyessä myös hänen ystäväpiirinsä kuuluvien ikä lisääntyy, toimintakyky heikkenee ja osa ystäväistä kuolee. Tällöin sosiaalinen verkosto pienenee ja kontaktien määrä vähenee. Toisaalta yksinäisyyden kokemisen sisältö muuttuu vanhuksen mukana. (Routasalo & Pitkälä 2003, 24.)

Vanheneminen on monien muutosten aikaa; toimintakyky heikkenee, leskeksi jääminen, ystävät ja osallistuminen kodin ulkopuolisiin toimintoihin vähenee. Menetysten sureminen, hyväksyntä ja uusiin tilanteisiin sopeutuminen ovat ikääntyvien elämän tosiasioita. (Kivelä 2009, 24.)

2.2 Vanhuuden voimavarat

Vanhenemiseen kuuluu vähitellen heikkenevä reagointi ärsykkeisiin sekä aloitekyvyn ja kiinnostuksen kohteiden väheneminen. Oppiminen on aikaisempaa hitaampaa. Fyysisten ja psyykkisten voimavarojen väheneminen voi johtaa avuttomuuden tunteisiin. Persoonallisuuskin voi joiltain osin jopa muuttua. Kokemuksen tuoma varmuus nähdä asiat kokonaisuutena on iäkkään ihmisen voimavara. Toisaalta myös toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikuttaa sosiaaliseen elämäntilanteeseen ja sen muutoksiin. Normaaliin vanhenemiseen kuuluvilla kehonmuutoksilla, voi olla vaikutus psyykkiseen tasapainoon. Muutoksesta johtuvien tunteiden pohtiminen ennakoivasti edistää mahdollisuuksia tasapainoiseen ja onnistuneeseen vanhenemiseen. (Isohanni, Tienari ym. 1993, 9-10; Kivelä 2009, 13- 17.)

Vanhenemiseen ei kuulu pelkkiä menetyksiä. Eletyn elämän muisteleminen auttaa oman elämän hyväksymiseen. Aktiivinen osallistuminen, tekeminen ja ystävyysuhteet kuuluvat tasapainoiseen elämään vielä vanhanakin. Tulee huomioida kuitenkin myös joidenkin vanhusten kohdalla halu vetäytyä ja eristäytyä. Tämä voi olla merkki masennuksesta, mutta myös psyykkisesti terve vanhus voi niin käyttäytyä. (Kivelä 2009, 25- 30.)

Vanheneminen on moniulotteinen tapahtuma joka voidaan jakaa primaariseen vanhenemiseen eli vanheneminen alkaa kun kasvuvaihe päättyy. Primaarinen vanheneminen on luonteeltaan hidasta. Sekundaarinen vanheneminen taas on nopeampaa ja siihen vaikuttavat sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen. Vanhenemistutkimuksissa on ongelmaksi muodostunut biologisen vanhenemisen mittaamisen vaikeus. Pitäisi löytää kalenteri-ikää parempi mittari, jolla tulisi olla selkeää ennusmerkitys arvioitaessa vanhenemisen haittailmiöitä. Toistaiseksi tällaista mittaria ei ole saatettu. Vanhenemisen fysiologiasta saisi luotettavinta tietoa tutkimuksista, joissa seurataan riittävän kauan terveenä pysyviä ihmisiä. Tällaisia tutkimuksia on vaikea toteuttaa ja tutkimukset ovatkin usein poikkileikkauksia, joissa vertaillaan eri-ikäisiä ihmisiä. Erääksi sekoittavaksi tekijäksi on kuitenkin havaittu erilaisten elämäntapojen vaikutus. Tulkintaa vaikeuttavat myös vähäoireiset suorituskykyä rajoittavat sairaudet esimerkiksi sepelvaltimotauti. On vaikeaa erottaa missä määrin muutokset johtuvat primaarisesta tai sekundaarisesta vanhenemisestä. Vanhenemistavoite on, ettei vanhenemisestä johtuvia oireita pidetä sairauksina. Tämä voi johtaa vanhan ihmisen autonomian menetykseen, ylihoitoihin ja elämänlaadun heikkenemiseen. Iäkkäiden varsin suuret keskinäiset erot eri toiminnoissa viittaavat siihen, että pelkästään ikääntyminen tuskin aiheuttaa esimerkiksi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. (Tilvis, Pitkälä ym. 2010, 13 - 32.)

Vanhuksiin kohdistuva tutkimus- ja kehittämistoiminta on viimeisten vuosikymmenten aikana laajentanut näkemystä vanhenemisestä sekä vanhustalouden sisällöistä. Perinteisestä hoidosta ja hoivasta on siirrytty ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan. Vanhuus ei ole sairaus, mutta vanhenemisen alueella aktiivinen kehittäminen lisää vanhuuden ikävaiheen hyvinvointia ja inhimillistä arvoa niin yksilöiden kuin yhteiskunnan tasolla. Näitä voivat olla erilaisiin liikuntaryhmiin ja harrastustoimintaan sekä sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistuminen ikääntyneen ihmisen omien mielenkiintojen ja tarpeiden kannalta. Aktiivinen, säännöllinen ja omaehtoinen osallistuminen yhteiskunnan ja lähiyhteisön toimintaan mahdollistaa ikääntyneen ihmisen omien vahvuksiensa monipuolisen käyttämisen. Osallistuminen pitää yllä mielekkäitä sosiaalisia rooleja ja vahvistaa itsetuntoa vanhenemisen eri vaiheissa. Vanhenemisen hyväksyminen tapahtuu asteittain osana eri-ikäisten ja samanikäisten toimintaa. (Pikkarainen, Era & Grönlund 2011, hakupäivä 9.10.2011)

Ikihyvän toimintakyvyn seurantatutkimus on vuosina 2002- 2012 toteutettava tutkimus Päijät-Hämeen alueella. Tämän tutkimuksen mukaan sosiaalisilla suhteilla on merkittävä rooli vanhus-ten hyvinvoinnille ja terveydelle. Esimerkiksi Ikihyvän seurannassa enemmän kuin yhdeksän kymmenestä vanhuksesta katsoi, että suhteilla perheenjäseniin on erittäin suuri merkitys heidän hyvinvoinnilleen. Merkitys on lähes yhtä suuri kuin terveydellä. (Fogelholm, Haapola, Absetz, Heinonen, Karisto, Kasila, Mäkelä, Seppänen, Talja, Uutela, Valve & Väänänen 2005, 65/2007.)

Yksinäisyyttä voidaan pitää sosiaalisten suhteiden puuttumisen kasautumisena. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 5 prosenttia kärsii yksinäisyydestä usein tai aina. Peräti kolmannes ilmoitti kärsivänsä yksinäisyydestä välillä. Yksinäisyydestä kärsiminen usein tai aina on yhteydessä korkeaan ikään, hiljattaiseen leskeksi jäämiseen, heikkoon tulo-tasoon ja laitosasumiseen. (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä 2005, 23 -33.)

2.3 Yksinäisyyden kokeminen

Yksinäisyys on määritelty yksilön kokemukseksi siitä, ettei hänellä ole tyydyttäviä ihmissuhteita. Yksinäisyyden kokemus on aina suhteessa yksilön omiin odotuksiin, ja siten ihmisten ympäröimänäkin yksilö voi kokea itsensä yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi. Yksinäisyyttä on tuotu esille seuraavilla käsitteillä: yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, joka ei välttämättä liity objektiiviseen sosiaaliseen eristyneisyyteen. Yksinäisyys koetaan yleensä epämiellyttävänä ja yksinäisyyden syynä on yleensä jonkinlainen sosiaalisten suhteiden puute. Yksinäisyys erotetaan sosiaalisesta eristyneisyydestä, joka ilmenee usein samanaikaisesti, mutta joka ei ole yhtä kuin koettu yksinäisyys. Yksilön sosiaalinen verkosto on objektiivisesti mitattavissa oleva asia, kun taas yksinäisyyden määrän voi kertoa vain sitä kokeva henkilö itse. (Routasalo & Pitkälä 2003, 23.)

Voimakkaat yksinäisyyden tunteet heikentävät elämänlaatua, esimerkiksi fyysisten sairauksien oireet voivat pahentua ja tämän vuoksi monet hakeutuvat lääkärin vastaanotolle yksinäisyyden tunteidensa ja niihin liittyvien vaivojen takia. On todettu, että tämä voi johtaa virheellisiin hoitoihin eli psyykelääkkeiden määräämiseen yksinäisyyteen. Runsas psyykelääkkeiden käyttö on yleistä yksinäisyydestä kärsivillä vanhuksilla. Yksinäinen vanhus voi myös lieventää yksinäisyyttään alkoholilla. Yksinäisyys ja eristyneisyys altistavat masennukselle ja se voi lisätä muutakin sairastumisriskiä. Yksinäisyyttä kokevat käyttävät myös runsaasti terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita. Monet eivät kuitenkaan saa näistä tarvitsemaansa apua yksinäisyyden lieventämiseen. (Kivelä 2009, 46- 48.) Kaikkein vallitsevin tunne yksinäisyydessä on ahdistuneisuus, johon sisältyy mm. kärsimystä, toivottomuutta, tyhjyyden tunnetta ja tuskaa. Iäkkäillä ihmisillä ja ajoittain yksinäisyyttä kokevilla on yleisintä riittämättömyyden tunne, johon sisältyy vieraantumista, itsensä kieltämistä ja arvottomuuden tunnetta. (Tiikkainen 2006, 13.)

Yksinäisyys lisää kuoleman vaaraa. Eronneiden ja leskeksi jääneiden kuolleisuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin parisuhteessa elävillä. Osa eroista voi johtua hyvin arkisista syistä, esimerkiksi siitä kun vaimo valmistaa terveellistä ruokaa. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan jopa koirakin vähentää kuoleman vaaraa, vähemmän kuitenkin kuin vaimo. Yksinäisyyden vaikutukset ovat toisaalta yksilöllisiä ja riippuvat olosuhteista. Toisille yksin eläminen sopii ja silloin se on terveyden kannalta hyvä asia. (Huttunen 2003, 21-31.)

Yksinäisyys voidaan kokea myönteisesti tai kielteisesti. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja usein luovuuden edellytys. Tämä mahdollistaa oman eletyn elämän tarkastelun, elämäkokemuksen ja mielenrauhan saavuttamisen. Kielteinen yksinäisyys on pakottavaa, ahdistavaa ja siitä ei pääse ulos omin voimin. Se koetaan pelottavaksi, jos ihminen joutuu kohtaamaan suuria elämänmuutoksia, esimerkiksi läheisen kuoleman, oman toimintakyvyn heikkenemisen tai vieraaseen asuinympäristöön muuttamisen. Myönteistä ja kielteistä yksinäisyyttä voi ilmetä yhtä aikaa. Puhuttaessa ikääntyvien yksinäisyydestä tarkoitetaan yleensä kielteistä, kärsimystä aiheuttavaa yksinäisyyttä. (Tilvis, Pitkälä ym. 2010. 13 -32.)

Vanhan ihmisen kokemukseen yksinäisyydestä voi vaikuttaa se, miten hänen läheisensä ovat suhtautuneet hänen yksin jäämiseensä ja miten yhteistyö onnistuu omaisten kanssa. Yksinäisyyttä voidaan helpottaa, jos vanhuksilla on läheisiä ihmisiä ympärillä ja he voivat olla tarvittaessa vanhuksen apuna. (Isohanni, Tienari ym. 1993, 11 -12.)

Yksinäisyyttä määrittävät tekijät ennustavat yksinäisyyden kokemista iäkkäitä koskevissa tutkimuksissa. Yksilöllisiä tekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli ja siviilisäätty. Ikä ei sinänsä aiheuta yksinäisyyttä vaan ikääntymiseen liittyvät muutokset ja menetykset. Ikääntyneet ihmiset korostavat vuorovaikutussuhteissa läheisyyttä. Eri tutkimuksissa sukupuolten väliset erot eivät ole merkittäviä. Voi kuitenkin olla mahdollista, etteivät miehet kerro yhtä avoimesti yksinäisyyden kokemisesta. Eronneiden, naimattomien ja leskien keskuudessa miehillä yksinäisyys on yleisempää kuin naisilla. Puolison kuolema on keskeinen yksinäisyyttä lisäävä tekijä. Erityisesti on huomattu leskeyden lisäävän naisten kohdalla sosiaalisten tilanteiden lisääntymistä, koska he saavat apua aikuisilta lapsiltaan ja muilta sukulaisiltaan enemmän kuin muut siviilisäädyt. (Lyyra, Pikkarainen ym. 2007, 149- 150.)

Jatkuessaan kärsimystä aiheuttava yksinäisyys johtaa vähitellen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairasteluun ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Dementian todennäköisyys, masentuneisuus ja itsemurhan riski kasvavat. Yksinäinen ihminen ei enää välttämättä selviä kotiin saatavan avun turvin ja siirtyy pysyväan laitoshiitoon. (Tilvis, Pitkälä ym.2010, 415- 416.)

Vaikka vanhuksen yksinäisyyden kokeminen on yleistä, sen osoittaminen ei ole helppoa. Yksinäisyyteen liittyy häpeän leima eli tunne siitä, että on kyvytön säilyttämään ystäviä ja huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan. Yksinäisyyden kokemista selvittäessä taitava haastattelija pystyy saamaan selville yksinäisyyden kokemuksia. Haastattelutilanteet ovat aina ainutkertaisia. (Routasalo ym. 2003, 26.)

2.3.1 Yksinäisyyden tunnistaminen

Yksinäisyyden kokemisesta kartoitettaessa siihen vaikuttaa tilanne missä kysymys esitetään sekä kysyjä ja se miten kysymys esitetään. Yksinäisyys aiheuttaa häpeää ja se voi olla syy siihen, ettei siitä puhuta. Voi olla helpompi puhua aiemmin koetusta yksinäisyydestä, kuin sillä hetkellä olevasta, yksinäisyyden mittaamisessa paljon käytetty kysymys on ”Koetteko itsenne yksinäiseksi?” Tästä astetta voimakkaampi muoto on ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” (Tilvis, Pitkälä ym. 2010, 412.)

Itsessään yksinäisyyden kokeminen ei ole psyykinen sairaus, mutta se voi altistaa sairauden puhkeamiselle. Vanhusten määrän lisääntyessä tulee kiinnittää huomiota myös vanhusten mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja tutkimiseen. Koska vanhukset haluavat selviytyä entistä kauemmin omista kodeistaan, kotihoidon henkilökunnan tietoja mielenterveysongelmista, niiden hoidosta sekä ongelmien tunnistamisesta tulee parantaa. Huomiota tulee kiinnittää henkilöstön riittävyyteen ja täydennyskoulutukseen sekä konsultaatio mahdollisuuteen. Vanhusten mielialahäiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon tarvittaisiin valtakunnallinen masennuksen ehkäisy ja hoito-ohjelma. Masennus on yleisin psyykinen häiriö yli 64 vuoden ikäisillä, siihen liittyy merkittävä itsemurhariski ja omaisten kuormittuminen. Yksinäisyys on merkittävä vanhusten elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä tekijä. Vanhusten masennuksen ja yksinäisyyden hoidossa voidaan järjestää perusterveydenhuollon palveluna ryhmäkuntoutusta. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen. 2007, 248-249.) Leskeyden on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden ihmisten yksinäisyyden tunteisiin. Miehillä leskeys voi johtaa monien sosiaalisten suhteiden katkeamiseen ja sitä kautta sekä emotionaaliseen että sosiaaliseen yksinäisyyteen. (Tiikkainen 2006, 14.)

Kansainväliset ja suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet puutteita iäkkäiden ihmisten masennustilojen tunnistamisessa ja hoidossa. Kansainvälisesti suositellaan masennustilojen seulontaa kotona asuvilla fyysisesti huonokuntoisilla, sosiaalisesti eristyneillä, voimakkaita yksinäisyyden tunteita tai unettomuutta kokevilla koti- tai tukipalveluita käyttävillä. (Kivelä 2009, 115.) Ikääntyneiden masennusoireiden seulontaan voidaan käyttää siihen kehitettyä mittaria, myöhäisiä depressioseulonta GDS 15 oirelomaketta. (liite 3) joka on tehty erityisesti ikääntyvien masennusoireiston kartoittamiseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, hakupäivä 9.10.2011)

2.3.2 Yksinäisyyden lievittäminen

Yksinäisyys voi johtaa ravitsemushäiriöihin, toimintakyvyn heikkenemiseen sekä alkoholiongelmiin. Näiden mahdollisten seurausten ehkäiseminen, kartoittaminen ja hoito kuuluvat yksinäisyydestä kärsivien auttamiseen. Tärkeää on ohjaaminen ja kannustaminen terveyttä edistäviin elämäntapoihin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Kivelä 2009, 50.)

Ikääntyneiden yksinäisyyttä on pyritty lieventämään yksilö- ja ryhmäinterventioin, esimerkiksi ryhmätapaamiset ja keskustelut. Suomalaisen tutkimuksen mukaan yksinäisyyttä voidaan lieventää järjestämällä erilaisia aktiviteetteja, kuvataide- elämyksiä ja kotieläinterapiaa. Tutkimus on ryhmäkuntoutusinterventiosta, jossa järjestettiin kahdeksan hengen ryhmiä. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa kolmen kuukauden ajan. Ryhmiä oli kolmenlaisia: taide- ja virikeryhmiä, ryhmälitkunnan ja terveystavoitteisten keskustelujen ryhmiä sekä terapeuttisen kirjoittamisen ja ryhmäterapian ryhmä. 95 % osallistujista oli kokenut yksinäisyyden helpottuneen tapaamisten aikana. 40 % oli jatkanut vielä tapaamisia vuoden kuluttua intervention loppumisen jälkeen ja 45 % koki löytäneensä uusia ystäviä ryhmistä. Tapaamiset vaikuttivat myös psyykkiseen hyvinvointiin ja kognitio oli myös parempi kuin kontrolliryhmäläisillä. Interventioyhmäläisistä oli myös elossa kolmen vuoden kuluttua suurempi osa kuin kontrolliryhmäläisistä. Myös sosiaali- ja terveystalvueluiden käyttö oli huomattavasti vähäisempää interventioon osallistuneilla. Taloudellisesti myös intervention järjestäminen oli kannattavaa. (Tilvis, Pitkälä ym. 2010, 415- 416.)

Sosiaalisten suhteiden kautta rakentuu sosiaalinen osallistuminen yhteisön elämään. Sosiaalisella osallistumisella on yleensä todettu olevan yhteys vanhusten elinajan pituuteen heidän terveydentilastaan riippumatta. Sosiaalisen toiminnan erilaisilla muodoilla on kuitenkin vaihteleva merkitys terveydelle ja hyvinvoinnille. Kanadalainen tutkimus seurasi ikääntyneitä 67 – 95 vuoden ikäisiä kuuden vuoden ajan. Tutkimuksen mukaan erilaisilla osallistumisen muodoilla on positiivisia, vaikkakin toisistaan poikkeavia yhteyksiä toimintakykyyn, pitkäikäisyyteen ja hyvinvointiin. Sosiaalisilla ja erilaisilla käytännön aktiviteeteilla, kuten vapaaehtoistyöllä tai puutarhanhoidolla hyödyt saattavat olla enemmän fyysisiä ja ilmenevät parempana toimintakykynä ja pitkäikäisyytenä. (Menec V, 2003, 74 -82.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla vanhusten yksinäisyyden kokemuksia erään kaupungin kotihoidon asiakkailla. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla millaista yksinäisyyttä vanhuksset kokevat ja mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten yksinäisyyden kokemuksiin. Tavoite on tuottaa tutkittua tietoa kotihoidossa työskenteleville hoitajille vanhusten yksinäisyydestä. Tutkimuksen tavoite on myös toimia tietopakettina yksinäisyydestä, jotta työntekijät voivat jatkossa kiinnittää huomiota mahdollisiin riskitekijöihin ja mahdollisesti herkemmin puuttua yksinäisyyden ennaltaehkäisyyn.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten vanhuksset kokevat yksinäisyyden?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten yksinäisyyden kokemuksiin?

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana pidetään todellisen elämän kuvaamista. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti arvioidaan, että laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Tutkimus ei ole yhdenlainen hanke vaan joukko monenlaisia tutkimuksia. Jokainen kertomus on todellinen tapaus ja edustaa sellaisenaan laadullista tutkimusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156- 159.)

Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Tutkijan tulee luottaa omiin havainnoiteihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa. Lähtökohta on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Aineiston hankinnassa tulee käyttää keinoja, joilla saadaan tutkittavien näkökulmat esille. Kohdejoukko tulee valita tarkoituksen mukaisesti. Tutkimussuunnitelma etenee tutkimuksen edetessä. Aineisto on ainutlaatuista ja aineistoa tulee tulkita sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

4.1 Tutkimuksen tiedonantajat ja aineiston keruu

Helmikuussa 2011 olimme yhteydessä erään kaupungin vanhuspalveluiden tulosalueen johtajaan ja sovimme alustavasti opinnäytetyöstä, jotta pystyimme rajaamaan työn aiheen tiiviimmin. Tämän jälkeen aloimme kotihoidon vanhustyönohjaajan kanssa yhteistyössä suunnitella tutkimuksen toteuttamista ja aineiston keruuta. Olimme sähköpostin ja puhelimen välityksellä yhteydessä kotihoidon yksikköön ja annoimme alustavat tiedot tutkimuksesta, haastattelurungon ja yhteistyösopimuksen jaettavaksi työntekijöille. Näiden alustavien tietojen pohjalta kotihoidon työntekijät valitsivat haastateltavat, jotka kotihoidon työntekijöiden mielestä mahdollisesti kokevat yksinäisyyttä. Tämän jälkeen työntekijät kysyivät mahdollisilta haastateltavilta halukkuuden osallistua tutkimukseen. Haastateltavat saivat vapaaehtoisesti päättää haastatteluun osallistumisensa. Yhteystiedot saimme haastateltavista työntekijöiden kautta. Tämän jälkeen sovimme haastattelujen toteutusajat.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla vanhusten kokemuksia yksinäisyydestä. Olemme selvittäneet tutkittavan ilmiön tärkeitä osia, rakenteita ja kokonaisuutta. Saadun teorian tiedon perusteella olemme päätyneet haastattelurunkoon. (Liite 2) Olennaista teemahaastattelussa on, että jokin haastattelun näkökulma on nähtävillä. Tämän pohjalta tehdään haastattelu tutkittavien kokemuksiin. Teemahaastattelun etu on, ettei se sido haastattelukertojen määrää, eikä myös sitä kuinka syväälle mennään aiheen käsittelyssä. Haastattelussa on tärkeää keskeisten teemojen valintaa. Teemahaastattelu määritellään puolistrukturoiduksi menetelmäksi sillä haastattelun aihepiirit ovat kaikille samat, mutta kysymysten muodolle ei ole tarkkaa määritelmää tai järjestystä asetettu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 36, 43, 47- 48.)

Teemahaastattelussa on seitsemän teemaa, jotka muodostuivat teorian tiedon pohjalta. Tutkimusmenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun teemojen avoimuuden vuoksi. Tämän pohjalta haastattelu on hyvä lähteä toteuttamaan. Teemahaastattelun koimme hyväksi tiedonkeruumenetelmäksi, koska teemojen perusteella haastateltavat saavat tuoda esille avoimesti ajatuksiaan ja toimintatapojaan. Aineisto koostuu vanhusten haastatteluista. Tutkimus toteutetaan kahdelle 75 ikävuoden ylittäneelle kotona asuvalle vanhukselle. Esitetasimme haastattelurungon yhdellä tutulla vanhuksella keväällä 2011. Muokkasimme haastattelurunkoa siten, että siirsimme yksilölliset tekijät haastattelun alkuun. Esihaastattelun perusteella totesimme haastattelurungon muuten toimivaksi. Haastattelulomakkeen kysymykset ja aiheet ovat selkeitä ja ymmärrettäviä. (Hirsjärvi & Hurme. 2000, 72.)

Aineiston keräsimme kesällä 2011 haastatteleamalla kahta kotihoidon asiakasta. Päädyimme kahden haastattelijan tekemään haastatteluun. Jaoimme haastattelutilanteen siten, että toinen haastattelija tekee haastattelun ja toinen haastattelija tekee muistiinpanoja haastattelutilanteesta. Meillä on tiedossa keskeiset teema- alueet haastattelurungosta, jonka pohjalta haastattelija kirjoittaa haastattelun sisällöt. (Hirsjärvi & Hurme.1995, 112.)

Haastateltavien ja haastattelijan vuorovaikutuksessa käydystä keskustelusta muotoutui tarinoita eletystä elämästä ja yksinäisyyden kokemisesta. Haastattelujen avulla saimme tietoa haastateltavien yksinäisyyden kokemuksista ja mielipiteistä. Haastatteluteemojen järjestys vaihteli tilanteen mukaan ja edellisiin teemoihin saatettiin aina palata uudelleenkin. Haastattelutilanteeseen varasimme riittävästi aikaa, jotta saisimme selville kaikki tarvittavat asiat. Haastattelut olivat kestoltaan noin tunnin mittaisia. Molemmat haastattelut tapahtuivat haastateltavien kotona. Haastattelutilanteet olivat vapautuneita ja haastateltavat kertoivat avoimesti elämästään ja yksinäisyyden kokemuksista.

5 TUTKIMUSAINEISTON ANALYYSI

Tämän tutkimuksen analyysimenetelmänä käytämme deduktiivista sisällönanalyysiä. Tämä analyysimenetelmä on kerätyn aineiston tiivistämistä, jonka avulla tehdään havaintoja ja ryhmitellään aineistoa. Sisällönanalyysissä on olennaista erottaa samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analyysiyksikön määrittämisessä ratkaiseva tekijä on aineistonlaatu ja tutkimustehtävä; sana, lause tai sanakokonaisuus. (Janhonen & Nikkonen 2001,23- 26; Kyngäs & Vanhanen 1999,5.) Tämän tutkimuksen analyysiyksiköksi muodostui useista sanoista muodostuva lausuma.

Analyysiprosessin voi tehdä etenemällä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai aikaisemmasta käsitejärjestelmästä käsin eli deduktiivisesti, jolloin haastattelurungon teemoja voidaan käyttää aineistoa luokiteltaessa. Jos tutkimuksen tavoitteena on saada selville uusia ja odottamattomia asioita tulee aineistoa käsitellä induktiivisesti, joka on monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Deduktiivinen analyysimalli on teoriasidonnainen eli käytössä on analyysirunko, joka rakentuu haastattelurungon pohjalta. (Hirsjärvi & Remes 2003, 155.)

Analyysivaihe koostuu monesta eri osavaiheesta. Sisällönanalyysissä aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysin alkuvaiheessa tulee usein esiin monta kiinnostavaa ilmiötä tai materiaalia, jota haluaisi tutkia, mutta aineisto on rajattava vain tutkimustehtävän aihepiiriin. Seuraavaksi aineisto on litteroitava eli kirjoitettava tekstiksi ymmärrettävään muotoon ja kirjoitettava sen mukaan, mikä on mielekkäintä tutkimuksen jouhevan etenemisen kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92—93.)

Dokumentteja, kuten haastatteluja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti sisällön analyysin avulla. Analyysin jälkeen tutkittava ilmiö voidaan esittää tiivistetyssä muodossa ja ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Haastattelun aikana teemme tarkat muistiinpanot haastattelusta. Haastattelun jälkeen kirjoitamme heti muistiinpanoista haastattelut tekstinkäsittelyohjelmalla puhtaaksi. Luotettavuutta lisää se, että haastattelijoina on kaksi ja puhtaaksi kirjoitus tapahtui lyhyen ajan sisällä haastattelusta. Tällöin aineisto on vielä tuore ja helpommin analysoitavissa heti haastattelun jälkeen.

Laadullinen aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sanatarkasti. Litterointi tehdään haastattelun teemarungon pohjalta. Aineiston koko on tekstinkäsittelyohjelmalla tehtynä kahdeksan sivua. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 108; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217- 218.) Seuraavaksi luemme aineistoa useita kertoja läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Tämän tarkoitus on tutustua perusteellisesti aineistoon. Esitämme tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä aineistolle ja aineiston etenemistä ohjaa ennakolta tiedossa olevat teemat. Sisällönanalyysin tavoitteena on kuvata tutkimusmateriaali tiivistetyssä, pelkistetyssä ja yleisessä muodossa. Mitään yhtenäistä ohjetta analyysin tekemiseen ei ole. Tutkijan on etukäteen päätettävä se, mitä hän analysoi. Analyysin tulos muodostuu tutkittavaa asiaa kuvaavien kategorioiden avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5.)

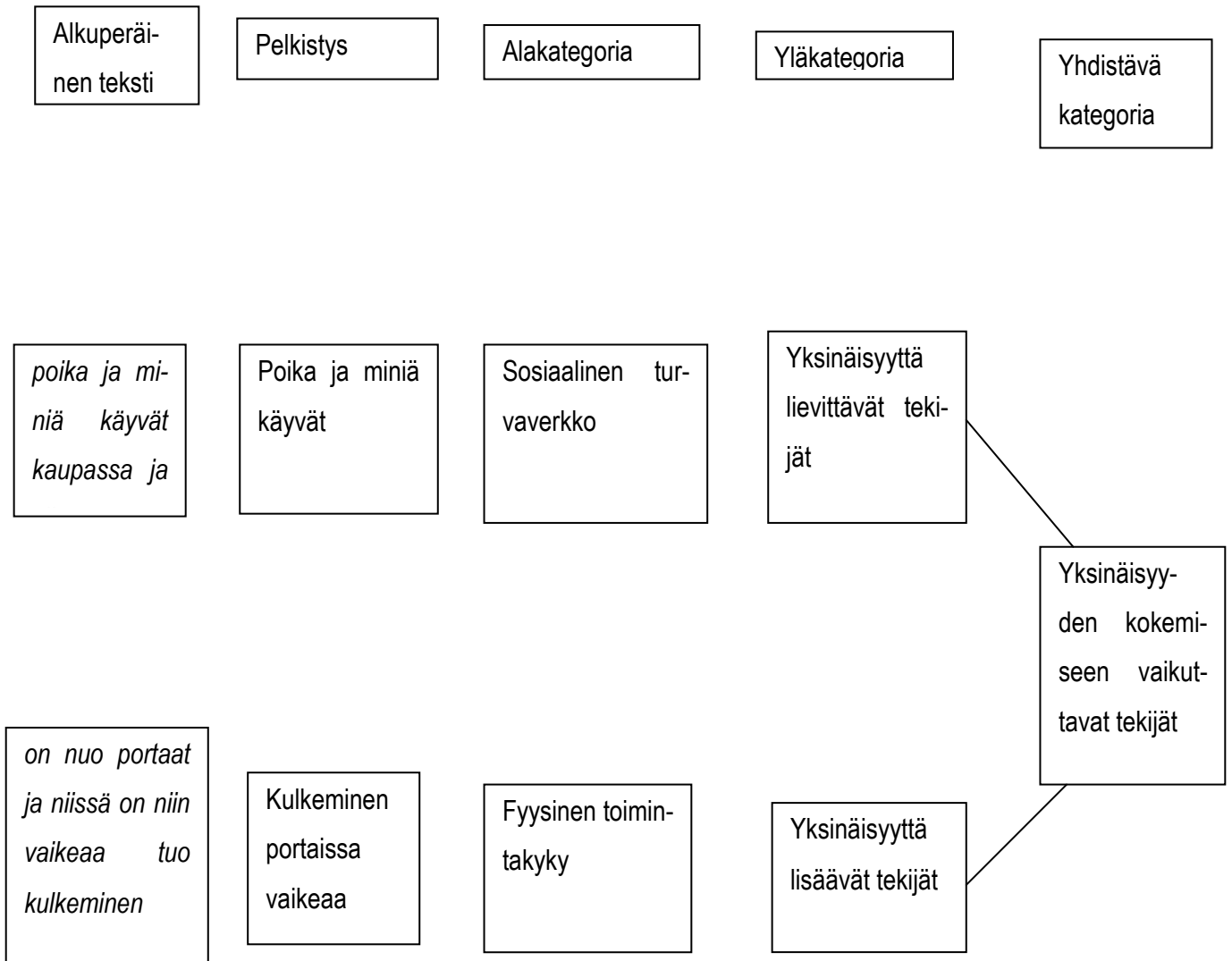
Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen. Pelkistämällä tarkoitetaan tutkimustehtävään liittyvien ilmaisujen koodaamista aineistosta. Pelkistämisvaiheessa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Haastatteluteemojen alle haetaan niitä vastaavat useammista sanoista koostuvat ajatukset ja tämän jälkeen niistä muodostetaan pelkistetyt ilmaisut käyttämällä samoja termejä kuin aineistossa. Pelkistämisen jälkeen suoritetaan aineiston ryhmittely. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan eli luokkaan ja sille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Pelkistetyt ilmaisut listataan tämän jälkeen samankaltaisuuksien mukaan. Sisällön analyysin kolmas vaihe on abstrahointi. Tässä vaiheessa yhdistetään samansisältöiset luokat toisiinsa ja muodostetaan siten niistä yläluokkia. Yläluokat nimetään kuvaamaan sisältöä eli niitä alaluokkia, joista ne on muodostettu. Abstrahoinnissa muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Kuviossa 1 on esimerkki kategorioiden abstrahoinnista.

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysissä käytetään luokitteluun haastattelurungon teemoja. Aineistoa puhtaaksi kirjoittaessa etsitään haastattelun suorista lainauksista analyysin teemoja kuvaavia ilmauksia. Ilmaukset kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon, josta nostetaan esille olennaisimmat asiat. Tämän jälkeen ne ryhmitellään haastattelurungon mukaisiin luokkiin. Tulokset kootaan tiivistämällä haastateltavien kertomuksia omasta elämästä. Haastateltavien tiedot tallennetaan omiin tiedostoihin ja jaetaan teemojen mukaan omille sivuille. Tämän jälkeen yhdistetään haastateltavien samaa teemaa koskevat sivut peräkkäin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141- 143.) Analyysirunko voi olla väljä, jolloin aineistosta muodostuu kategorioita, jotka noudattavat induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

Tämän tutkimuksen aineiston analyysivaiheessa muodostui haastattelurungon teemojen avulla useita alakategorioita. Alakategorioista yhdistimme tutkimustehtävien pohjalta kaksi yläkategoriaa: yksilölliset tekijät ja yksinäisyyden kokemukset. Yksilöllisten tekijöiden yläkategorian alle yhdistettiin alakategorioiden toimintakykyä (fyysiset -, psyykkiset - ja sosiaaliset voimavarat) kuvaavia ilmauksia, vireyden ylläpitoa (harrastukset), sosiaalista tukiverkostoa kuvaavia lausumia ja kotiin saatavan avun sekä kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin ja ryhmätoimintoihin osallistumisen ilmauksia. Yläkategorian yksinäisyyden kokemisen alle kuuluivat yksinäisyyden kokemuksia kuvaavia ilmauksia. Tulosten raportoinnissa olemme yhdistäneet yhdistäväksi luokaksi yksinäisyyden kokemisen ja yksilöllisten tekijöiden vaikutuksen yksinäisyyden kokemiseen. Tällöin saimme vastauksia tutkimuksessa asetettuihin kysymyksiin.

Tulosten raportoinnissa prosessi on kuvattu toisinpäin, kerromme mistä käsitteistä on kyse ja sitten erittelemme, mitä kyseisten käsitteiden alle kuuluu. Tuloksissa on myös suoria lainauksia, joiden tarkoitus on lisätä luotettavuutta ja esimerkinmukaisesti selventää minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että pystytään osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)



KUVIO 1. Esimerkki kategorioiden abstrahoinnista

6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN POHDINTAA

Tuloksissa esitetään analysoidut tulokset aineistosta, millaista yksinäisyyttä haastateltavat kokivat sekä yksilöllisten tekijöiden vaikutus yksinäisyyden kokemiseen vanhuudessa.

6.1 Haastateltavien elämäntaari lyhyesti

Tutkimukseen osallistui kaksi yli 80 vuoden ikäistä kotihoidon asiakasta, yksi nainen ja yksi mies. Molemmat haastateltavista olivat olleet avioliitossa. Toisella oli lapsia.

Ensimmäinen haastateltava kertoi olevan kotoisin Etelä Suomesta ja muuttaneensa tämän hetkelle paikkakunnalle miehensä kanssa 60 luvulla. Lapsuuden perheeseen kuului sisaruksia. Hänen äitinsä oli kuollut, kun haastateltava oli ollut pieni. Haastateltavalla oli ollut isänsä kanssa läheiset välit lapsuudessa. Työelämässä hän oli työskennellyt myyjänä.

”Pienenä isä opetti minua tanssimaan.. Se on jäänyt mieleen.. Isästä on hyviä ja lämpimiä muistoja..” 1. Haastateltava

Toinen haastateltava kertoi syntyneensä kahdeksanlapsiseen perheeseen. Isä oli ollut talonmies koululla, äiti hoitanut lapsia kotona. Hän oli avioitunut 50- luvulla vaimonsa kanssa ja muuttanut nykyiseen taloon. Kymmenen vuotta sitten hänen vaimonsa oli kuollut. Haastateltavalla oli kolme lasta ja lapsenlapsia. Hän oli työskennellyt monissa eri ammateissa esimerkiksi kirvesmiehenä, palomiehenä, konepuuseppänä sekä ollut tehtaalla töissä.

”Lapset käy kylässä... myös lapsenlapset vierailee... Ei ole unohtaneet.” 2. Haastateltava

”Nuorena on tullut oltua monessa mukana... Kaikki harrastaminen jäänyt kymmenen vuotta sitten... Enää ei ole ollut samanlaista kiinnostusta tehdä asioita...” 2. Haastateltava

6.2 Kotona asuvan vanhuksen yksinäisyyden kokemiseen vaikuttavat tekijät

6.2.1 Yksinäisyyttä lisäävät ja lievittävät tekijät

Toimintakyvyn merkitys

Haastateltavien toimintakyvyn merkitys nousi esille molemmissa haastatteluissa kotoa lähtemisen vaikeutena ja siten yksinäisyyttä lisäävänä tekijänä. Haastateltavat eivät päässeet liikkumaan itsenäisesti kodin ulkopuolella. Tämän vuoksi ulkopuolisen avuntarve oli kasvanut. Molemmat haastateltavat käyttivät kyytipalveluita. Molemmilla haastateltavilla oli käytössä myös tukipalveluita.

Toimintakyky on ihmisen kyky vastata elinympäristön asettamiin vaatimuksiin, mihin liittyy kyky huolehtia itsestään, hoitaa työnsä ja nauttia vapaa-ajan toiminnasta. Toimintakyky jaotellaan fyysiseen -, psyykkiseen - ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 78 - 81.) Vanhenemisprosessit, iän mukana lisääntyvä sairastavuus ja elämäntavan muutokset heikentävät toimintakykyä vähittäin sekä lisäävät toiminnanvajavuuksia ja avun tarvetta. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, nopeus sekä vaikutukset vaihtelevat toimintakyvyn osalueiden ja yksilöiden välillä. Läheisten ystävien ja omaisten menetykset, yksinäisyys, sairauksien lisääntyminen ja toiminnanvajavuuksien aiheuttama avun tarve heikentävät elämänlaatua vanhuudessa. Ennaltaehkäisy ja kuntoutuksen tehostamisella voidaan iäkkään väestön keskuudessa saavuttaa hyviä tuloksia. Riittävä fyysinen aktiivisuus, terveellinen ravinto ja henkisen vireyden ylläpito aktiivisella elämänsenteella ovat tärkeitä keinoja vaalittaessa terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. (Heikkinen, E. 2005, hakupäivä 15.11.2011).

Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Haastateltavat toivat esiin olevansa tyytyväisiä elettyyn elämään ja molemmilla oli ollut menetyksiä elämänsä varrella, mutta siitä huolimatta tällä hetkellä elämä oli tasapainossa. Sosiaalinen tukiverkosto oli molemmilla haastateltavilla erilainen. Tukiverkoston he kokivat olevan tärkeää elämää helpottava tekijä. Ensimmäisellä haastateltavalla tukiverkosto koostui lähinnä kotihoidon työntekijöistä. Toisella haastateltavalla tukiverkosto oli laaja, esimerkiksi lapset asuivat paikkakunnalla ja olivat säännöllisesti yhteyksissä.

”Olen tyytyväinen elämääni menetyksistä huolimatta... vaikka erosin ensimmäisestä miehestä ja lapsiakaan ei ole tullut... toisesta miehestä erosin kymmenen vuotta sitten. Elämäni on ollut kaiken kaikkiaan kovin vaihderikasta.” 1. Haastateltava

Haastattelun lopussa haastateltava avautuu ja kertoo sairastavansa psyykkistä sairautta, johon hänellä on lääkahoito. Hän kertoo myös yrittäneen kaksi kertaa elämänsä aikana itsemurhaa. Haastattelun aikana ei kuitenkaan lähdetty käsittelemään asiaa sen pidemmälle asian henkilökohtaisuuden vuoksi. Haastateltava ei halunnut kertoa kyseisestä asiasta sen enempää.

Toinen haastateltava kertoi pitävänsä yhteyttä ympäri Suomen ystäviinsä ja tuttaviiinsa. Hänellä oli pitkäaikaisia ystäviä, joihin hän pitää yhteyttä. Hänellä oli vielä pitkiä kouluaikaisia ystävyys-suhteita. Hänet oli pitäneet virkeänä harrastukset ja terveelliset elämäntavat.

*”Kaikesta huolimatta olen ollut sosiaalinen ja puhelias..pitää olla sosiaalinen, ei saa olla mikään tuppisuu.”*1. Haastateltava

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat luonnollinen vuorovaikutus, läheisyys, osallisuus yhteisölliseen elämään, kyky huolehtia itsestään ja tietoisuus oikeuksistaan. Sosiaalisella toimintakyvyllä viitataan ihmisen osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen, yhteyteen muiden kanssa sekä yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen rooliin. Usein siihen liitetään myös tekniset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Ihmisellä on yleensä kaksi sosiaalista tukiverkostoa: epävirallinen ja virallinen. Epäviralliseen kuuluvat mm. perhe, läheiset ja ystävät. Virallista edustaa yhteiskunnan palvelujärjestelmä. (Suvikas, Laurel & Nordman 2006, 88.)

Psyykkinen toimintakyky on ihmisen kyky suoriutua erilaisista älyllistä ja henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Sillä tarkoitetaan kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea ja kokea, sekä kykyä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat mm. havaitseminen, muisti, ajattelu, oppiminen ja kommunikaatio. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat myös todellisuudentaju, elämän hallinnan kokeminen, tyytyväisyys elämään, sosiaalinen toimintakykyisyys, itseluottamus ja toiminnallisuus. Kun henkilö on psyykkisesti toimintakykyinen, hän toimii tehokkaasti ja järkevästi. Hän tuntee olonsa hyväksi, arvostaa itseään ja muita sekä suhtautuu optimistisesti tulevaisuuteen. (Suvikas & Laurell 2006, 84 – 85.)

Fyysinen toimintakyky

Kodin ulkopuolinen apu ja apuvälineiden tarve oli molemmilla haastateltavilla. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen oli vähentänyt kodin ulkopuolista liikkumista. Toimintakyvyn sallimissa rajoissa koetaan tärkeäksi selviytyä päivittäisistä rutiineista. Toiselle haastateltavalle oli tärkeää, kun sai keittää aamupuuron itse.

Ensimmäisellä haastateltavalla on toispuolihalvaus. Hän oli saanut aivoinfarktin vuonna 2009. Siitä oli aiheutunut hänelle silloin neljän kuukauden sairaalakierre. Liikkumista heikentävät vasemman lonkan kivut ja keuhkohtaumatauti. Näihin sairauksiin hänellä on lääkitys. Hän liikkuu lyhyitä matkoja rollaattorin avulla ja pitemmät matkat pyörätuolilla kulkien. Hän tarvitsee tukea myös päivittäisissä toiminnoissa. Hän haluaisi käydä ulkoilemassa enemmän, mutta ei yksin pääse kulkemaan ulkona. Hän kertoi, ettei kotipalvelun työntekijöillä ole aikaa käyttää ulkoilemassa.

Ensimmäinen haastateltava koki toisinaan yksinäisyyttä, varsinkin tilanteissa kun hän haluaisi päästä liikkeelle. Hän myös haluaisi tavata ystäviä ja käydä kylässä, mutta kokee oman toimintakyvyn olevan esteenä. Hän kokee yksinäisyyden negatiivisena sekä kotoa lähtemisen vaikeaksi toimintakyvyn vuoksi. Haastateltavalle oli ehdotettu ystäväpalvelua esimerkiksi että pääsisi käymään ulkoilemassa sekä saisi juttuseuraa. Haastateltavaa palvelu kiinnostaa.

"Joskus sitä ajattelee olevansa yksin, kun ei täältä pääse itse mihinkään... eihän se mukavalta tunnu... silloin voi tuntea olevansa yksin..." 1. Haastateltava

"Kosmetologin luona käynti piristi kovasti." 1. Haastateltava

"Joskus on yksinäistä... kun haluaisin päästä liikkeelle ulos tapaamaan ystäviä ja käymään heillä kylässä..kyllä tuo halvaantumisen on vaikuttanut kaikkeen liikkumiseen..." 1. Haastateltava

"Onneksi on tuo kuljetus viikoittain tuonne päivätoimintaan..." 1. Haastateltava

"Kuntohoitaja kertoi ystäväpalvelusta, jotta pääsisin käymään ulkona, se olisi niin tärkeää... Ei noilla kotipalvelun henkilökunnallakaan ole aikaa ulos viedä..." 1. Haastateltava

"Aina ennen ollut liikkuvaista sorttia." 1. Haastateltava

Toisella haastateltavalla oli ollut sydäninfarkti ja polvinivel murskaantunut kahdesti aiemmin elämän aikana. Hänellä oli apuvälineenä rollaattori. Hän istuskelee omalla pihalla, muuten ei liiku kauemmas. Hän pystyy itsenäisesti keittämään aamupuuronsa.

"Tuossa ulkoportaalla istun jakkaralla, kauemmas ei pääse, kun siinä on nuo portaat ja niissä on niin vaikeaa tuo kulkeminen..." 2. Haastateltava

"Tärkeää kun saa itse keittää aamulla puuronsa." 2. Haastateltava

Toinen haastateltava koki yksinäisyyttä toisinaan. Yksinäisyyden hän koki myös negatiivisena. Päivätoiminnassa hän käy saunassa, mutta osallistuu vähän ryhmätoimintaan ja toisaalta ei sitä kaipaakaan. Hän oli ollut aiemmin mukana harrastuksissa, mutta kokee nyt osallistumisen vaikeaksi, koska apuvälineenä on rollaattori. Ennen hän oli pitänyt kyläilystä, mutta koki mielestään nyt toimintakykynsä esteenä. Hänen mielestään oli mukava saada vieraita, mutta viihtyy myös yksin.

"Elämän kohokohtia on, että joku tulee käymään, mutta kuitenkin oma rauha säilyy." 2. Haastateltava

"On päiviä, ettei kukaan käy.. silloin olo tuntuu yksinäiseltä.." 2. Haastateltava

"Joka viikko käyn saunassa päivätoiminnassa..en ole osallistunut siellä mihinkään ryhmiin... en kaipaa semmoista toimintaa.." 2. Haastateltava

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa elimistön toiminnallista kykyä selviytyä erityisesti fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Se ilmenee ihmisen kykynä tehdä työtä, harrastaa ja huolehtia päivittäisistä toiminnoista. Sen alentuminen aiheuttaa konkreettista avuntarvetta. Hengitys- ja verenkiertoelinten kuten myös tuki- ja liikuntaelinten kapasiteetti ja toimintakyky vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn. Iän myötä fyysinen toimintakyky heikkenee pikku hiljaa. Jo noin 50 vuoden iässä voidaan havaita ensimmäisiä merkkejä tästä heikkenemisestä, esimerkiksi lihasvoima alkaa heikentyä. 75 vuoden iässä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen alkaa yleensä selvimmin. Muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä. Aktiivinen päivittäinen toiminnallisuus ehkäisee liian varhaista vuodepotilaaksi joutumista. (Suvikas & Laurell 2006, 81- 82.)

Vireyden ylläpito ja harrastukset

Harrastuksiin ja muihin aktiviteetteihin osallistuminen voinnin ja toimintakyvyn mukaan koettiin tärkeäksi. Säännölliset sosiaaliset kontaktit ovat tärkeitä. Samoin tunne siitä, että joku välittää ja turvallisuuden tunne, että apua saa jos sitä tarvitsee. Yhteiskunnallisten asioiden seuraaminen lehdistä, radiosta tai televisiosta koettiin merkityksellisenä. Haastateltavien yhdistävänä tekijänä oli nuorempana aktiivinen sosiaalinen kanssakäyminen aiemmissa elämäntilanteissa ja harrastustoimintoihin osallistuminen.

”On tärkeää, kun saa kuunnella radiosta päivittäin uutiset ja televisiosta seurata politiikkaa.” 1. Haastateltava

Ensimmäinen haastateltava oli puhelimen välityksellä yhteydessä Ruotsissa asuvaan siskoon. Nykyisellä asuinpaikkakunnalla hänellä ei asu omaisia. Hänen päivittäinen sosiaalinen kontaktinsa oli tällä hetkellä hänen luonaan käyvät kotipalvelutyöntekijät. Kerran viikossa hän osallistuu päivätoimintaan kodin ulkopuolella.

”Harrastuksia oli useita ennen halvaantumista. Olen harrastanut kuorolaulua ja ollut mukana monenlaisissa eläkeläisten tapahtumissa... Haluaisin päästä liikkeelle ja ystävien luokse kyläilemään.” 1. Haastateltava

Toinen haastateltava kertoo harrastaneensa kuorolaulua, haitarin soittoa ja puutöitä. Harrastuksiin osallistuminen jäänyt, kun vaimo oli kuollut. Tällä hetkellä harrastuksena oli kukkien hoitaminen, josta hän pitää paljon. Hän kertoo kirjoittaneensa päiväkirjaa 40 vuotta, mutta ei enää. Vaimon kanssa oli ollut paljon yhteisiä harrastuksia.

”Saarella kesämökillä vietettiin aikaa joka kesä. Nyt mökki siirtynyt pojan haltuun... Enää tulee kuunneltua radiota ja luettua paikallista lehteä.” 2. Haastateltava

”Vaimon kanssa oltiin monessa eläkeläisten tapahtumassa mukana.. Reissussakin kuljettiin...” 2. Haastateltava

Sosiaaliset tukiverkostot

Sosiaalisen tukiverkoston merkitys oli lisääntynyt haastateltavilla ikääntyessä esimerkiksi, kun toimintakyky heikkenee ja tämän vuoksi avuntarve kasvaa. Tukiverkoston laajuudella ja omaisten välisillä suhteilla voi olla merkitystä yksinäisyyden esiintymisessä ja siinä, miten yksinäisyyden kokemusta voidaan lieventää. Kodin ulkopuolelta tuleva apu koettiin tärkeänä keinona yksinäisyyden tunteen lieventämiseen. Se voi olla kunnan järjestämää kotiapua tai omaisten tarjoamaa tukea.

Ensimmäisellä haastateltavalla käy kotipalvelu neljä kertaa päivässä. Ruokapalvelu arkipäivinä. Kuntohoitajan käynti on kaksi kertaa viikossa. Haastateltava käy päivätoiminnassa pesulla ja saunassa kerran viikossa. Ensimmäisellä haastateltavalla tukiverkosto koostuu kotipalvelutyöntekijöistä, kuntohoitajasta ja päivätoiminnassa käynneistä. Hänen lähimmät omaiset asuvat noin 300 kilometrin päässä, he eivät ole usein tekemisissä ja harvoin soittelevat. Sisaren tytär lähettää kortteja ja muistaa enemmän.

Toisella haastateltavalla lapset asuvat samalla paikkakunnalla ja hän on omaisten kanssa viikoittain tekemisissä. Hänen omaiset auttavat myös arjen askareiden hoidossa. Hän käy päivätoiminnassa viikoittain ja hänellä käy myös kotipalvelu. Hän pitää yhteyttä muihin tuttaviin puhelimen välityksellä. Toisella haastateltavalla käy kotipalvelu kaksi kertaa viikossa ja ruokapalvelu arkipäivisin. Kotisairaanhoidaja käy jakamassa lääkkeitä kolmen viikon välein. Miniä ja poika käyvät siivoamassa ja kaupassa hänelle viikoittain. Turvapuhelin hänellä on käytössä. Haastateltava käy päivätoiminnassa pesulla ja saunassa kerran viikossa.

”...on se vaan hyvä asia, että joku käy tarkistamassa..poika ja miniä käyvät kaupassa ja siivoavat täällä... silloin ei ole yksinäistä...” 2. Haastateltava

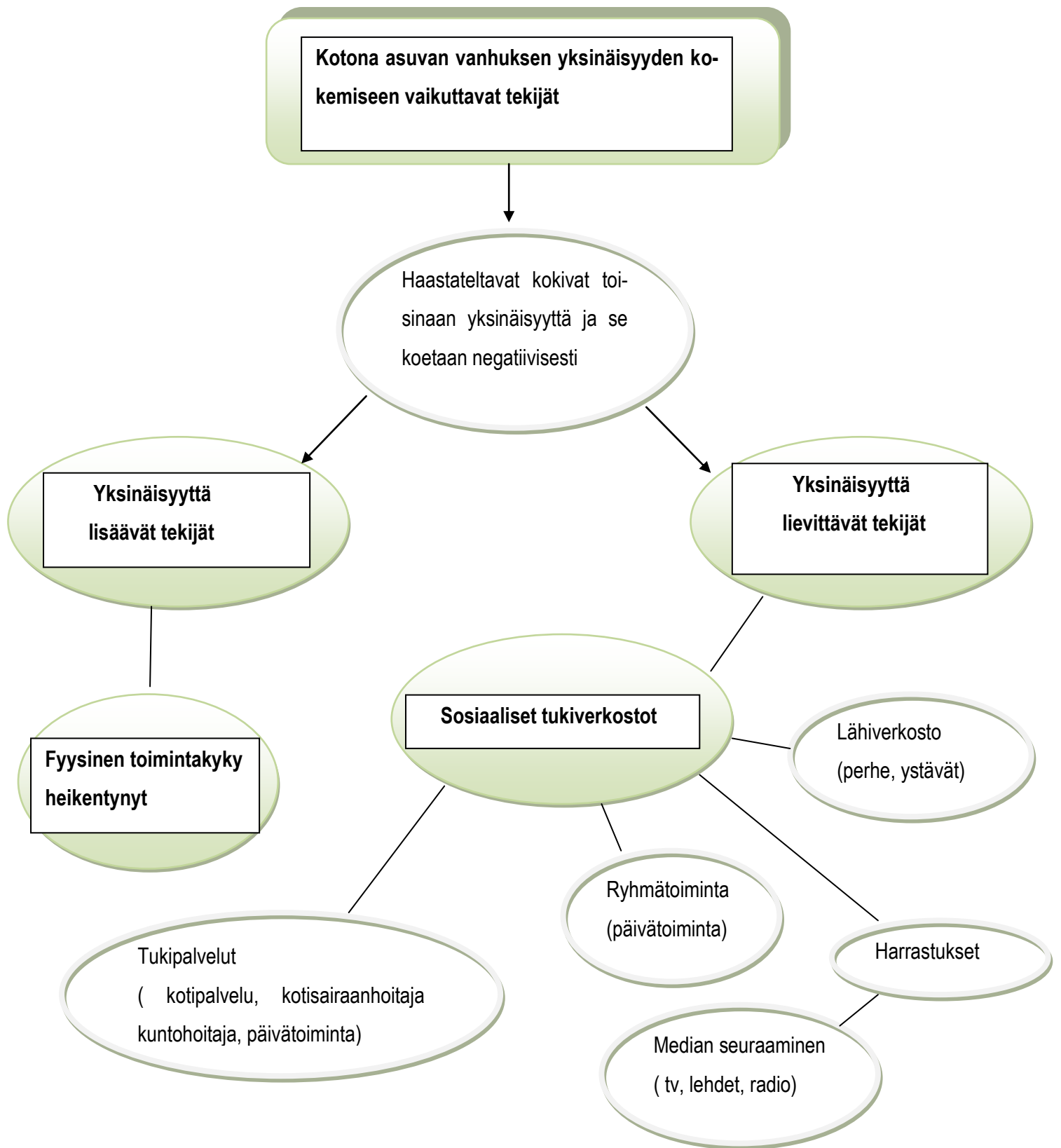
7 TULOSTEN YHTEENVETO

Haastateltavat kokivat tutkimuksen yksinäisyydestä hyväksi ja tarpeelliseksi. Molemmat haastateltavat kokivat toisinaan yksinäisyyttä ja se koetaan negatiivisena tunteena varsinkin tilanteissa, kun haluaisivat päästä liikkeelle. Haastateltavat haluaisivat tavata ystäviä ja käydä kylässä, mutta oman toimintakyvyn heikkeneminen koettiin olevan esteenä. Toimintakyvyn merkitys koetaan yleensä kotoa lähtemiseen vaikuttavana tekijänä. Ensimmäiselle haastateltavalle ehdotettu ystäväpalvelua, jotta hän pääsisi käymään ulkoilemassa sekä saisi juttuseuraa. Haastateltavaa palvelu kiinnostaa.

Molemmat haastateltavat osallistuivat kodin ulkopuolella ryhmätoimintaan päivätoiminnan muodossa. Molemmilla oli myös yhdistävänä tekijänä aiempi aktiivinen harrastuksiin osallistuminen, mutta toimintakyvyn heikkenemisen takia harrastuksiin osallistuminen on jäänyt. Molemmat haastateltavista ennen tykänneet käydä kyläilemässä, mutta kokevat mielestään nyt toimintakykynsä esteenä. Heidän mielestään on mukava saada vieraita, mutta viihtyvät toisinaan myös yksin.

Haastateltavilla tukiverkosto oli erilainen. Ensimmäisellä haastateltavalla se koostuu kotipalvelutyöntekijöistä, kuntahoitajasta ja päivätoiminnassa käynneistä. Lähimmät omaiset asuvat noin 300 kilometrin päässä, eivätkä ole usein tekemisissä ja harvoin soittelevat. Sisaren tytär lähettää kortteja ja muistaa.

Toisella haastateltavalla lapset asuvat samalla paikkakunnalla ja hän oli omaisten kanssa viikoittain tekemisissä. Haastateltavaa omaiset auttavat myös arjen askareissa. Tukiverkosto koettiin tärkeäksi tekijäksi yksinäisyyden tunteen ennaltaehkäisyssä. Sosiaalisen tukiverkoston merkitys kasvaa ikääntyessä esimerkiksi kun toimintakyky heikkenee ja tämän vuoksi avuntarve kasvaa. Tukiverkoston laajuudella ja omaisten välisillä suhteilla voi olla merkitystä yksinäisyyden esiintymisessä ja siinä miten yksinäisyyden kokemusta voidaan lieventää.



KUVIO 2. Yhteenveto analyysin tuloksista

8 POHDINTA

Päätimme opinnäytetyön aiheen keväällä 2010. Esittelimme aiheen valmistavassa seminaarissa toukokuussa 2010. Kesän ja syksyn 2010 aikana keräsimme teoretietoa aiheesta. Kirjallisen valmistavan vaiheen työn saimme valmiiksi joulukuussa 2010.

Suunnitelmavaiheessa helmikuussa 2011 olimme yhteydessä erään kaupungin vanhustalouden tulosalueen johtajaan ja sovimme alustavasti opinnäytetyöstä, jotta pystyimme rajaamaan työn aiheen. Tämän jälkeen aloimme vanhustyön ohjaajan kanssa yhteistyössä suunnitella tutkimuksen toteuttamista ja aineiston keruuta. Kesän 2011 aikana teimme haastattelut ja kirjallinen työ valmistui helmikuussa 2012.

8.1 Tulosten pohdinta

Tavoitteenamme oli haastatella neljää vanhusta, mutta saimme haastatteluun osallistumaan kaksi vanhusta, koska kolmas perui halukkuutensa osallistua haastatteluun juuri haastatteluhetkellä ja neljäs haastateltava joutui sairaalaan. Emme saaneet yrityksistä huolimatta enää lisää haastateltavia, joten tyydyimme kahteen haastateltavaan. Saimme kuitenkin mielestämme hyvin kerättyä aineistoa kahdesta haastattelusta ja olemme tyytyväisiä kerätyn aineiston laatuun. Tutkimustehtävien kysymyksiin saimme vastauksia kerätyn aineiston kautta. Ajankäytön kannalta olemme myös tyytyväisiä, sillä haastateltavia oli aika vaikeaa saada ja käytimme taustatyöhön huomattavasti aikaa.

Haasteelliseksi koimme aineistonkeruutilanteessa nauhurin puuttumisen, koska emme saaneet nauhuria käyttöön. Kirjoitimme haastattelutilanteen paperille tarkasti. Kaikki meni kuitenkin hyvin nauhurin puuttumisesta huolimatta ja saimme kerättyä aineistoa hyvin kirjoittamalla haastattelutilanteessa tarkasti myös lauseita, joita haastateltavat meille kertoivat. Tutkimuksen luotettavuuteen pyrittiin minimoimalla haastattelutilanteeseen vaikuttavat tekijät, esimerkiksi haastattelijat olivat samat ja haastattelu tehtiin haastateltavalle tutussa ympäristössä.

Kahden haastattelijan voimin tehdyn haastattelun koimme hyväksi tutkimusmenetelmäksi tähän tutkimukseen. Teemahaastattelun muoto oli hyvä teemojen avoimuuden vuoksi. Teemojen pohjalta haastateltavat saivat tuoda esille ajatuksiaan ja toimintatapojaan.

Työmme avulla halusimme nostaa esille paljon puhutun ajankohtaisen aiheen. Löysimme mielestämme hyvin suomalaisia tutkimuksia ja lähteitä, joissa oli käsitelty vanhusten yksinäisyyttä eri näkökulmista. Laajensimme hakuamme myös englanninkielisiin lähteisiin ja löysimme sieltäkin pari hyvää lähdeettä. Tutkimuksen avulla olemme saaneet selville yksinäisyyden kokemuksia ja sen, että kokemuksena sitä koetaan toisinaan ja se on negatiivinen tunnekokemus. Haastatteluisista muotoutui pieniä tarinoita haastateltavien kokemuksista ja ajatuksista. Haastateltavien ja haastattelijan vuorovaikutuksessa saaduista vastauksista muotoutui tarinoita eletystä elämästä ja yksinäisyyden kokemisesta. Haastatteluissa nousi esille myös yksilöllisten tekijöiden vaikutus yksinäisyyden kokemiseen, esimerkiksi kotoa lähtemisen vaikeus toimintakyvyn heikkenemisen takia lisäsi yksinäisyyden tunnetta. Haastattelujen avulla saimme tietoa haastateltavien yksinäisyyden kokemuksista, mielipiteistä ja asenteista. Tutkimuksen kautta saimme kerättyä tutkittua tietoa yksinäisyydestä. Tutkimus toimii hyvänä tietopakettina yksinäisyydestä ja sen ennaltaehkäisystä. Teoriatiedon pohjalta nousi esille se, että vanhusten tutkimuksen ja toiminnan kehittäminen on laajentunut perinteisestä hoidosta ja hoivasta mm. ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan vuosien varrella.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla useita erilaisia. Jatkotutkimuksissa voisi tehdä esimerkiksi kvantitatiivisen tutkimuksen laajemmalle tutkimusryhmälle tai kvalitatiivisen tutkimuksen yksinäisyyden kokemuksista eri ikäryhmälle, esimerkiksi vasta eläkkeelle siirtyneet, ryhmätoimintoihin osallistuville tai onko eroja maalla tai kaupungissa asuvien välillä.

Oppimiskokemuksena kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Tutkimuksen rajaamisella oli myös suuri merkitys, jotta työ pysyy tutkijan hallinnassa. Tutkimusta tehdessä oli mielenkiintoista huomata yksinäisyyden kokemuksen vaikutus ja tukiverkoston merkitys vanhukselle.

Tulevina hoitotyön ammattilaisina meille oli tärkeää perehtyä aiheeseen syvällisesti ja saada lisää tietoa aiheesta. Esimerkiksi yksinäisyys voi johtaa ravitsemushäiriöihin, toimintakyvyn heikkene- miseen sekä alkoholiongelmiin. Edellä mainittujen seurausten ehkäiseminen, kartoittaminen ja hoito kuuluvat yksinäisyydestä kärsivien auttamiseen. Tärkeää on ohjaaminen ja kannustaminen terveyttä edistäviin elämäntapoihin ja sosiaaliseen kanssa käymiseen. (Kivelä 2009, 50.) Tässä opinnäytetyössä ei aineistosta noussut esille alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia. Jatkotutkimuk- sissa voisi mahdollisesti kartoittaa myös haastateltavien alkoholin kulutusta. Teoriatiedon pohjalta nousi esille, että yksinäisyyden tunteen kokemiseen voi liittyä runsasta alkoholin kulutusta.

Tutkimuksen avulla saimme tutkittua tietoa kotihoidon työntekijöille. Työntekijät voivat jatkossa kiinnittää huomiota mahdollisiin riskitekijöihin ja mahdollisesti herkemmin puuttua yksinäisyyden ennaltaehkäisyyn. Ikääntyneiden masennusoireiden seulontaan voidaan käyttää myöhäsiän dep- ressioseulonta GDS 15 oirelomaketta. (liite 3) Itsessään yksinäisyyden kokeminen ei ole psyyk- kinen sairaus, mutta se voi altistaa sairauden puhkeamiselle. Vanhusten määrän lisääntyessä tu- lee kiinnittää huomiota myös vanhusten mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja tutkimiseen. Koska vanhuset haluavat selviytyä entistä kauemmin omissa kodeissaan, kotihoidon henkilökunnan tie- toja mielenterveysongelmista, niiden hoidosta sekä ongelmien tunnistamisesta tulee parantaa. Huomiota tulee kiinnittää henkilöstön riittävyyteen ja täydennyskoulutukseen sekä konsultaatio mahdollisuuteen. Vanhusten mielialahäiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon tarvittaisiin valtakunnallinen masennuksen ehkäisy ja hoito-ohjelma. Masennus on yleisin psyykkinen häiriö yli 64 vuoden ikäisillä, siihen liittyy merkittävä itsemurhariski ja omaisten kuormittuminen. Yksinäisyys on mer- kittävä vanhusten elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä tekijä. Vanhusten masennuksen ja yksinäisyyden hoidossa voidaan järjestää perusterveydenhuollon palveluna ryhmäkuntoutusta. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 248- 249.)

8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkija noudattaa tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Eettinen kestävyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. Eettisyys liittyy myös tutkimuksen laatuun. Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. Eettisyys siis kiertyy muodollisesti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Eettisyyden varmistamiseksi kerroimme haastateltaville etukäteen lähetettävässä saatekirjeessä tutkimuksen aiheen sekä sen, että vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista ja haastateltavat voivat milloin vain perua osallistumisensa haastatteluun. Saatekirjeessä kysyttiin myös, saako haastattelussa tehdä muistiinpanoja paperille haastattelusta, jonka ainoastaan tutkijat näkevät. Muistiinpanot hävitetään analysoinnin jälkeen. Saatekirjeessä kerroimme myös, että aineisto analysoidaan luottamuksellisesti siten, että henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa opinnäytetyön kirjallisessa raportissa, esimerkiksi emme mainitse kaupungin nimeä missä haastattelut tehtiin.

Haastattelun aluksi vielä haastattelija kertoi tutkimuksesta ja luottamuksellisuudesta. Kerrottiin myös se, miten haastateltavat ovat päätyneet haastateltaviksi. Kerrottiin myös se, että haastattelun teon jälkeen haastateltavilla on mahdollisuus vetäytyä vielä tutkimuksesta. Haastateltavien kanssa tehtiin myös kirjallinen yhteistyösopimus suostumisesta tutkimukseen. Tutkimuksen luotettavuuteen pyrittiin minimoimalla haastattelutilanteeseen vaikuttavat tekijät, esimerkiksi haastattelijat ovat samat ja haastattelut toteutettiin haastateltavalle tutussa ympäristössä. Tämän tutkimuksen kulku on pyritty kertomaan mahdollisimman tarkasti, jotta lukijan on helppo hahmottaa tutkimuksen etenemisen vaiheet.

LÄHTEET

Fogelholm M, Haapola I, Absetz P, Heinonen H, Karisto A, Kasila K, Mäkelä T, Seppänen M, Talja M, Uutela A, Valve R & Väänänen I. Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus. Peruseraportti 2005. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisu 65/2007.

Heikkinen E. 2005, Ikäihmisten terveys ja toimintakyky, Duodecim. Saatavilla www- muodossa: www.terveyskirjasto.fi Luettu 5.11.2011
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Huttunen J. 2003. Vihkisormus, kirjastokortti ja pitkä ikä. Näyttöä ja näkymiä 119/2003.

Isohanni, M & Tienari, Pekka & Achte, Kalle (toim.).1993. Vanhuus ja mielenterveys. Porvoo: WSOY

Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Kivelä, S- L. 2009. Depressiosta tasapainoon Hyvä elämä iäkkäänä. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy

Kuntoutusportti. Gerontologinen kuntoutus. Saatavilla www- muodossa: www.kuntoutusportti.fi
Luettu 9.10.2011

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/gerontologinen_kuntoutus/

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol. 11, no 1/-99.

Lyyra T- M, Pikkarainen A & Pirjo Tiilikainen (toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer- Paino Oy

Menec V. The relation between everyday activities and succesful aging: a 6-year longitudinal study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 58/2003

Myöhäisiän depressioseula. Saatavilla www- muodossa: www.muistiasiantuntijat.fi Luettu 9.10.2011 <http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/24/GDS-15.pdf>

Noppiari, E, Kiiltomäki, A & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy

Routasalo P, Pitkälä K. 2003. Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tutkittu gerontologiassa? Gerontologia Katsaukset 1/2003

Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, Standberg T, Pitkälä K. 2005. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Arch Gerontol Geriatr 41/2005.

Suvikas A, Laurell L & Nordman P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Tiikkainen P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seurantatutkimus. Emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto

Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R & Viitanen M (toim.).2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Toimia- tietokanta. GDS- 15 Myöhäisiän depressioseula. Saatavilla www- muodossa: www.thl.fi Luettu 9.10.2011
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje

LIITE 2 Haastattelurunko

LIITE 3 GDS 15 Myöhäisiän depressioseula

Hei!

LIITE 1/3

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta vanhuksen yksinäisyyden kokeminen yhteistyössä kotihoidon kanssa.

Tarkoituksena on selvittää millaista yksinäisyyttä vanhuksilla on ja mikä vaikutus elämäntilanteella on yksinäisyyden kokemiseen vanhuudessa. Tehtävänä on myös saada tutkittua tietoa kotihoidossa työskenteleville hoitajille vanhusten yksinäisyydestä.

Opinnäytetyömme avulla haluamme ottaa esille paljon puhutun ajankohtaisen aiheen. Kartoitamme asiaa tekemällä laadullisen tutkimuksen haastattelemalla yli 75 vuoden ikäisiä kotona asuvia vanhuksia.

Pyytäisimme teitä osallistumaan tutkimukseen suostumalla haastatteluun, johon voi osallistua täysin nimettömästi. Osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelu kestää n.1 tunti. Haastattelutilanteessa paikalla ovat haastattelijat ja haastateltava. Haastattelusta tehdään muistiinpanoja myöhempiä analysointia varten. Haastatteluja käytetään ainoastaan opinnäytetyön tekemiseen ja vain tutkijat näkevät muistiinpanot. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja alkuperäiset muistiinpanot hävitetään analysoinnin jälkeen. Tutkimuksen tuloksista ei voi tunnistaa haastateltavaa.

Mikäli tahdotte osallistua tutkimukseen tai haluatte lisätietoja tutkimuksesta, pyydämme Teitä ystävällisesti ottamaan yhteyttä kotihoidon työntekijään.

Kiitos vaivannäöstänne ja osallistumisestanne!

Sairaanhoitajaopiskelijat

Hanna-Mari Eilola & Minna Kallio

Kokemuksia millaista yksinäisyyttä vanhuksat kokevat ja mikä vaikutus yksilöllisillä tekijöillä on yksinäisyyden kokemiseen vanhuudessa.

1. Miten vanhuksat kokevat yksinäisyyden?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten yksinäisyyden kokemuksiin?
 - Tutkimuksen avulla haluamme ottaa esille paljon puhutun ajankohtaisen aiheen
 - Tutkimustehtävänä on selvittää ja kuvailla yksinäisyyden kokemuksista kotona asuvilla vanhuksilla
 - Tarkoituksenamme on tehdä yksilöllinen teemahaastattelu
 - Laadullinen tutkimus tehdään noin 2-5 yli 75 vuoden ikäiselle kotona asuvalle vanhukselle

1. Yksilölliset tekijät (ikä, sukupuoli, siviilisääty)
2. Elämänkaari lyhyesti
3. Psyykkiset, sosiaaliset ja fyysiset voimavarat (toimintakyky)
4. Vireyden ylläpito (harrastukset)
5. Sosiaaliset tukiverkostot (perhe, ystävät, läheiset ja yhteiskunnallinen palvelujärjestelmä)
6. Yksinäisyyden kokeminen (Miten kokee positiivisena, negatiivisena, jatkuvaa, ajoittaista, toisinaan?)
7. Kotiin saatava apu, päivätoiminta yms. Kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin osallistuminen, ryhmätoiminta

Potilaan nimi:		Arviointipäivämäärä:			
Syntymäaika:		Arvioija:			
Myöhäisiän depressioseula GDS-15					
1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko mielestänne nyt hyvä elää?	kyllä	EI
3. Pidätkö elämäänne tyhjänä?	KYLLÄ	en	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin kelvottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Ikävystyttekö usein?	KYLLÄ	en	13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko useimmiten hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Pidätkö tilannettanne toivottomana?	KYLLÄ	en
6. Pelkäättekö että teille tapahtuisi jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Pysyttekö mielummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta?	KYLLÄ	en			

Myöhäisiän

depressioseula.

2011.

Hakupäivä:

9.10.2011

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/24/GDS-15.pdf>