

# Einmanakennd aldraðra sem njóta heimaþjónustu

Gríma Huld Blængsdóttir  
sérfræðingur, heimilislækningar



*Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tengsl einmanakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar árið 1997*

Gríma Huld Blængsdóttir sérfræðingur: heimilislækningar. – Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins  
netfang: grima.huld@mos.hg.is

Thor Aspelund, PhD sérfræðingur: tölvufræðingur  
– Hjartavernd, Háskóli Íslands  
netfang: aspelund@hjarta.is

Pálmi V. Jónsson sérfræðingur: lyf og öldrunarfræðingur – Landspítali – háskólasjúkrahús, öldrunarsvið, Háskóli Íslands  
netfang: palmivj@landspítali.is

**Lykilorð: einmana, heimaþjónusta, heimaþjúkrun, heilsugæsla, aldraðir**

**English summary**  
**Blængsdóttir GH, Aspelund T, Jónsson, PV,**  
**Lonely Older Persons in Home Care**  
**Key words: loneliness, home care, elderly,**  
**primary, health care**

## Ágrip

**Tilgangur:** Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tengsl einmanakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar árið 1997

**Efniviður og aðferð:** 257 einstaklingar sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar á Reykjavíkursvæðinu haustið 1997 voru metnir með MDS-RAI HC (Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument for Home Care) mælitækinu. Tengsl við einmanakennd eru skoðuð með ein- og fjölþáttagreiningu. Leitað var staðfestingar á algengi einmanakenndar í sambærilegri könnun 5 árum síðar. **Niðurstöður:** Af heildarhóp þeirra sem nutu heimaþjúkrunar upplifðu 20,3% einmanakennd, 18,3% karla, 20,9% kvenna. Ekkjufólk var marktækt líklegra til að vera einmana en fólk í hjúskap,  $p=0,013$ . Ekki var munur á milli kynja með tilliti til einmanakenndar og færni til frumathafna daglegs lífs (ADL) en hins vegar höfðu eimana karlar marktækt meiri líkur á erfiðleikum í almennum athöfnum daglegs lífs (IADL). Konur með vitræna skerðingu voru marktækt líklegri til að finna fyrir einmanakennd,  $p=0,022$ . Konur, en ekki karlar, sem voru með einmanakennd voru líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni,  $p=0,025$ . Konur með fleiri lyf en sex voru marktækt líklegri til þess að vera einmana, (79,2% vs. 20,8%,  $p=0,018$ ) og þær voru líklegri til að taka sterk geðlyf ( $p=0,007$ ) en einmana karlar voru líklegri til að taka svefnlyf ( $p=0,046$ ). Þeir sem mátu eigið heilsufar lélegt voru líklegri til að vera einmana,  $p=0,042$ . Þeir sem fóru aldrei út fyrir hússins dyr á einum mánuði voru ekki líklegri til að vera einmana og ekki kom fram munur á tíma formlegrar þjónustu milli þeirra sem voru einmana og ekki einmana. Þegar spurt er um hvort einstaklingur telji sig betur kominn annars staðar, svöruðu 43,5% kvenna með einmanakennd játandi á móti 12,7% kvenna án einmanakenndar,  $p<0,0001$ . Sambærilegar tölur fyrir karla eru ómarktækar, 18,2% á móti 14,3%. ADHOC rannsóknin fimm árum síðar sýnir að algengi einmanakenndar er 18,4% í algerlega sambærilegum hópi.

**Ályktanir:** Einmanakennd greindist hjá fimmta hluta þeirra einstaklinga sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar, og það algengi er staðfest fimm árum síðar. Einmanakennd sást oftast hjá ekkjufólki og konum með vitræna skerðingu. Þeir sem mátu heilsufar sitt lélegt

voru líklegri til að vera einmana. Kynjamunur kom fram með tilliti til andlegrar líðanar og lyfjainntöku. Skoða þyrfti nánar hvernig þörfum þessara einstaklinga verði best mætt.

### English abstract:

#### Lonely Older Persons in Home Care

**Objective:** The purpose of this study was to explore the association between loneliness and affective, cognitive, physical and social factors for older persons in home care in 1997 in Reykjavík.

**Materials and method:** 257 individuals who received home care in the Reykjavík area in autumn of 1997 were assessed with the MDS-RAI HC (Minimum Data Set – Resident Assessment Instrument for Home Care) instrument. Association of loneliness was evaluated in uni- and multivariate analysis. Prevalence of loneliness was reassessed 5 years later with the same methodology.

**Results:** Of the total group that received home care, 20.3% expressed loneliness, 18.3 of males and 20.9% of females. Widowed persons were significantly more likely to be lonely than married persons,  $p=0.013$ . There was no sex difference with regards to loneliness and primary ADL, but lonely males were significantly more likely to have IADL difficulties. Females with cognitive impairment were more likely to be lonely,  $p=0.022$ . Females, but not males, who were lonely were more likely to have depressive symptoms,  $p=0.025$ . Females who took more than six medications were significantly more likely to be lonely (79.2% vs. 20.8%,  $p=0.018$ ) and were more likely to take neuroleptic medications ( $p=0.007$ ). Lonely males were more likely to take sleeping medications ( $p=0.046$ ). Those who assessed their health as poor were more likely to be lonely,  $p=0.042$ . Those who never went out of their home in one month were not more likely to be lonely and there was no difference in the use of formal care services with regards to loneliness. When females were asked if she thought she would be better of elsewhere, 43.5% of the females with loneliness agreed with the statement versus 12.7% of women without loneliness,  $p<0.0001$ . Similar numbers for males were non significant, 18.2% and 14.3%, respectively. In the ADHOC study, 5 years later, the prevalence of loneliness was 81.4%.

**Conclusion:** Loneliness was identified in one fifth of persons in home care and that prevalence was confirmed 5 years later. Loneliness was more often seen among widowed persons and females with cognitive impairment. Those who assessed their health as being poor were more likely to be lonely. Sex difference was seen with regards to affective symptoms and medication use. Further studies are needed to understand how the needs of lonely persons in home care can be best met.

**Key words: loneliness, home care, elderly, primary, health care**  
**Correspondence: Gríma Huld Blængsdóttir, grima.huld@mos.hg.is**

### Inngangur

Í stefnumótun um málefni aldraðra er kveðið á um að aldradir skulu studdir til að búa heima eins lengi og kostur er. Þeim skal skapað vistrymi á dvalar- eða hjúkrunarheimili þegar þarfir eru meiri en sem svarar þeim stuðningi sem tiltækur er heima.<sup>1</sup> Rannsóknir hafa sýnt að fólki farnast vel á hjúkrunarheimili þegar þörfum einstaklingsins er mætt með þjónustu heimilisins. Hins vegar er hið gagnstæða niðurstaðan þegar að óskir og vilji einstaklingsins er fremur að vera heima en á stofnun.<sup>2</sup> Af þessu leiðir að mikilvægt er að skoða andlega og líkamlega líðan sjúkra aldraðra í heimahúsum og spyrja hvort þörfum þeirra sé mætt þar og ef ekki, hvort bæta megi úr því með breyttri þjónustu.

Rannsókn á heilsufari, hjúkrunarþörfum og lífsgæðum aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997 sýndi að 18,4% einstaklinganna hafði aldrei farið út fyrir hússins dyr síðustu 30 daga fyrir skoðun og 24,2% hafði aðeins farið út einu sinni í viku. Einungis 18,4% hafði farið út daglega. Jafnframt sýndi rannsóknin að 21,3% einstaklinganna upplifði einmannakennd, 18,3% leiddist og 18,8% sýndi dapurt yfirbragð. Einvera var algeng, sem sést af því að 27,4% voru einir allan daginn, en 39,3% meira en hálfan daginn.<sup>3</sup>

Ekki fundust íslenskar rannsóknir á einmannakennd við leit í gagnagrunnum tímarita. Erlendar rannsóknir sýna að einvera og einmannakennd tengjast skertum lífsgæðum.<sup>6</sup> Markmið þessarar greinar er að skoða nánar tengsl einmannakenndar við andlega, líkamlega og félagslega þætti aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar með það fyrir augum að greina þá þætti sem tengjast sjálfstætt einmannakennd en það gæti leitt af sér hugmyndir um bætta þjónustu þessara einstaklinga.

### Efniviður og aðferðir

Grein þessi er nánari úrvinnsla á efni greinarinnar um rannsókn á heilsufari, hjúkrunarþörfum og lífsgæðum aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997 og dagdeildar öldrunarsviðs SHR.<sup>3</sup> Markmið verkefnisins var að skrá heilsufar og meta hjúkrunarþörf íbúa 65 ára og eldri er nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar haustið 1997 á heilsugæslustöðvum Fossvogs, Hlíðasvæðis, Miðbæjar og Seltjarnarness með MDS-HC mælitækinu.<sup>4</sup> Með heimaþjónustu heilsugæslunnar er átt við þjónustu heilsugæslunnar í heimahúsum en hana veita hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og læknar.

Úrtak rannsóknarinnar voru allir sem skráðir voru með heimaþjónustu á heilsugæslustöðvunum þegar rannsóknin hófst 1. september 1997, alls 347 einstaklingar, en rannsóknin tók fjóra mánuði. Þátttaka var 75%, 52 neituðu þátttöku, 24 voru á sjúkrahúsi, tveir voru komnir á hjúkrunarheimili, 3 hættu við eða voru fjarverandi þegar til átti að taka og níu létust áður en kom að þeim að vera metnir. Samtals tóku því 257 einstaklingar þátt í rannsókninni, 31 frá heilsugæslustöð A, 68 frá heilsugæslustöð B, 64 frá heilsugæslustöð C og 94 frá heilsugæslustöð D.

Leitað var eftir upplýstu samþykki en ef hinn aldræði einstaklingur gat ekki veitt samþykki sitt var leitað samþykkis aðstandenda. Í þeim tilvikum var heimildar til rannsóknarinnar leitað hjá þeim aðstandendum sem voru honum nátengdastir. Upplýsinga var aflað með samtali við einstaklinginn sjálfan, úr sjúkraskrá, hjá umönnunaraðilum og/eða nánnum aðstandendum. Rannsóknin var samþykkt af Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd. Unnið var með upplýsingarnar á rannsóknarnúmerum og kennitölur afmáðar.

Heimahljúkrunarfræðingar af viðkomandi heilsugæslustöðvum þar sem verkefnið fór fram söfnuðu upplýsingunum. Áður en gagnasöfnun hófst var haldið eins dags námskeið í notkun gagnasafnsins en hver einasta breyta hefur ákveðna skilgreiningu og kennslufni hefur verið þróað sem leiðbeinir um matið. Með þessu móti var gagnaoöflunin áreiðanleg. Matið tók á bilinu eina til eina og hálf klukkustund.

Gerð var einþáttagreining á breytum MDS-HC matsins með tilliti til einmanakenndar. Þættir sem tengdust marktækt einmanakennd í þeirri greiningu voru settir í fjölþáttagreiningu til þess að finna sjálfstæð tengsl við einmanakennd. Marktækni miðast við P jafnt eða minna 0,05. SPSS tölfræðiforritið (útgáfa 11) var notað við úrvinnslu gagnanna.

Til þess að meta hvort breyting hefði orðið á algengi einmanakenndar hjá einstaklingum sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar frá því að gögnum var safnað 1997 í þá rannsókn, sem hér er lýst, voru gögn skoðuð frá árinu 2001–2003. Um er að ræða íslenskar niðurstöður úr samevrópskri rannsókn (ADHOC) sem einn höfunda (PVJ) var ábyrgðarmaður fyrir. Í ADHOC rannsókninni voru 405 einstaklingar, 65 ára og eldri metnir, 285 höfðu heimaþjónustu heilsugæslunnar með eða án félagsþjónustu en 120 höfðu eingöngu félagslega heimaþjónustu. Gagna var safnað í þessari rannsókn með sama mælitæki, MDS-HC, á sama svæði og með slembiúrtaki eins og í rannsókninni 1997.

## Niðurstöður

Af heildarhóp þeirra sem nutu heimahljúkrunar upplifðu 20,3% einmanakennd, 18,3% karla á móti 20,9% kvenna. Lykilupplýsingar eru sýndar í töflu 1. Taflan sýnir að ekki var kynjamunur eða munur á aldri með tilliti til einmanakenndar. Ekkjufólk var marktækt líklegra til að vera einmana en fólk í hjúskap,  $p=0,013$ . Tafla 2 sýnir færniþætti og andlega líðan með tilliti til einmanakenndar. Ekki var munur á milli kynja á færni til frumathafna daglegs lífs (ADL) en hins vegar höfðu karlar marktækt meiri líkur á erfiðleikum í almennum athöfnum daglegs lífs (IADL). Þegar vitræn geta var skoðuð kom í ljós að konur með vitræna skerðingu voru marktækt líklegri til að vera einmana,  $p=0,022$ . Konur með einmanakennd voru líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni,  $p=0,025$ , en slíkt samband sást ekki hjá körlum.

Fjöldi lyfja var skoðaður út frá því hvort þau væru

Tafla 1: Lýðfræðilegir þættir rannsóknarhópsins

	Einmanakennd	Án einmanakenndar
<b>Kyn</b>		
Allir	59 (20,3%)	231 (79,7%)
Kvk	48 (20,9%)	182 (79,1%)
Kk	11 (18,3%)	49 (81,7%)
<b>Aldur</b>		
Óháð kyni	83,4 (*6,3)	82,7 (*6,5)
Kvk	83,6 (*6,2)	82,6 (*6,2)
Kk	82,6 (*6,8)	83,1 (*7,6)
Enginn kynjamunur $p=0,786$		
Enginn munur á aldri miðað við einmanakennd $p=0,48$		
* staðalfrávik		

núll til fimm eða sex og fleiri. Konur með fleiri en sex lyf voru marktækt líklegri til þess að vera einmana, (79,2% vs 20,8%,  $p=0,018$ ). Þetta samband sást ekki hjá körlum. Þegar geðdeyðarlyf, sterk geðlyf, kvíðastillandi lyf og svefnlyf voru skoðuð sást að einmana konur voru líklegri til að taka sterk geðlyf ( $p=0,007$ ) en einmana karlar að taka svefnlyf ( $p=0,046$ ). Að öðru leyti var ekki munur á geðlyfjanotkun.

Af 48 einmana konum mátu 60,4% eigið heilsufar lélegt samanborið við 44,5% af þeim sem ekki voru einmana sem nær næstum marktækni,  $p=0,053$ . Hvað 11 einmana karla varðar voru sömu tölur 54,5% á móti 38,8%, sem er ómarktækur munur. Munurinn fyrir heildarhópin er marktækur,  $p=0,042$  og stefnir í sömu átt hjá báðum kynjum. Einmana einstaklingar voru ekki marktækt líklegri til að leggjast inn á sjúkrahús. Ekki var samband milli ferða utanhúss og eimanaleika. Þannig voru þeir sem aldrei fóru út fyrir hússins dyr á einum mánuði ekki líklegri til að vera einmana. Ekki kom fram munur á tíma formlegrar þjónustu milli þeirra sem voru einmana og ekki einmana.

Þegar spurt var hvort einstaklingur teldi sig betur kominn annars staðar svöruðu 43,5% kvenna með einmanakennd játandi á móti 12,7% kvenna án einmanakenndar,  $p<0,0001$ . Sambærilegar tölur fyrir karla eru ómarktækur, 18,2% á móti 14,3%.

Í ADHOC rannsókninni frá 2001–2003 voru samtals 405 einstaklingar, 104 karlar (25,8%) og 301 kona (74,2%). Meðalaldur karla var 79,7 ár (staðalfrávik 10 ár) og meðalaldur kvenna 81,9 ár (staðalfrávik 6,4 ár). Einir bjuggu 68,2%. Einmanakennd greinist hjá 19,2% af heildarhópnum: 18,4% hjá þeim sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar en 21,1% hjá þeim sem nutu félagslegrar heimaþjónustu eingöngu.

## Umræða

Þessi rannsókn sýnir ekki kynjamunur á einmanakennd og sú tilfinning er ótengd aldri. Ekkjufólk er marktækt líklegra til að vera einmana en fólk í hjúskap. Konur með vitræna skerðingu eru líklegri til að vera einmana og jafnframt eru einmana konur líklegri til að tjá sig um sérstök

Tafla 2: Færniþættir og andleg líðan		
	Einmanakennd	Án einmanakenndar
<b>IADL færni</b>		
Heildar hópur		
Leiðrétt fyrir kyn og aldur	10,4	9,8
Ekki munur fyrir heildarhópinum $p=0.441$		
Karlar	11,0 (*,7)	
Konur	9,3 (*,4)	
Marktækur munur milli kynja $p=0,024$		
<b>ADL</b>		
Heildarhópur:		
Sjalabjarga í ADL 270		
Hjálp við ADL 27		
Karlar án ADL skerðingar	9 (81,8%)	40 (81,6%)
Karlar með ADL skerðingu	2 (18,2%)	9 (18,4%)
Konur án ADL skerðingar	43 (89,6%)	171 (94,0%)
Konur með ADL skerðing	5 (10,4%)	11 (6,0%)
Ekki marktækur munur á milli kynja mtt ADL getu og einmanakenndar $p=0.337$		
* staðalfrávik		
<b>CPS</b>		
Heildarhópur		
Án vitrænnar skerðingar 166 (55.9%)		
Með vitræna skerðingu 130 (44.1%)		
(vantar upplýsingar um 1)		
Karlar án vitrænnar skerðingar	8 (72,7%)	24 (50,0%)
Karlar með vitræna skerðingu	3 (27,3%)	24 (50,0%)
Konur án vitrænnar skerðingar	29 (41,7%)	110 (60,4%)
Konur með vitræna skerðingu	28 (58,3%)	72 (39,6%)
Konur með vitræna skerðingu eru marktækt líklegri til að vera einmana $p=0,022$		
<b>Depression Rating Scale:</b>		
Karlar án þunglyndiseinkenna	6 (54,5%)	34 (69,4%)
Karlar með þunglyndiseinkennum	5 (45,5%)	15 (30,6%)
Konur án þunglyndiseinkenna	18 (37,5%)	133 (73,1%)
Konur með þunglyndiseinkennum	30 (62,5%)	49 (26,9%)
Konur (en ekki karlar) sem eru með einmanakennd eru líklegri til að hafa jafnframt depurðareinkenni $p=0.025$		

depurðareinkenni og taka fleiri en sex lyf. Þá voru konur með einmanakennd líklegri til að meta eigið heilsufar lélegt og töldu sig betur komnar annars staðar. Hin klíniska mynd eimana kvenna er mun skýrari en karla. Einmana karlar eru heldur lakari í almennum athöfnum daglegs lífs og eru líklegri til að taka svefnlyf, en skera sig að öðru leyti ekki úr.

Aðrar rannsóknir hafa sýnt sterkt samband milli aldurs og einmanakenndar. Slíkt samband sást ekki í þessari rannsókn enda voru allir í raun orðnir aldraðir og á svipuðum aldri. Tengsl við kyn eru misvísandi í rannsóknunum. Ekkjur og ekklar eru líklegri samkvæmt öðrum rannsóknunum til að upplifa einmanakennd sem er í samræmi við það sem við fundum. Heilsufarsþættir sem tengjast marktækt einmanakennd í fleiri en einni rannsókn innifela líkamlegt færnitap, lélega heilsu að mati einstaklings, þunglyndi, kvíði, skyntruflanir og vitræna skerðingu<sup>6</sup>. Einmana fólk notar meira af svefn- og kvíðastillandi lyfjum<sup>9</sup> en aðrir og hafa tilhneigingu til að misnota áfengi<sup>10</sup>. Að frátöldum kvíða og skyntruflunum, þá fundum við þessa sömu þætti í okkar rannsóknarhópi. Okkar rannsókn skoðaði ekki áfengisnotkun sérstaklega.

Hugtökin einmanakennd, félagsleg einangrun og einseta eru oft notuð á víxl enda þótt þau séu hvert um sig í senn sérstök og tengd. Einnig er þunglyndi nátengt einmanakennd. Einstaklingur getur þjáðst af einmanakennd þó að hann sé umkringdur af fólki og einangruð manneskja getur á hinn bóginn verið fullkomlega sátt við stöðu sína og líðið vel.<sup>6</sup> Einseta er í raun auðvelt hugtak og auðmælanlegt með fjölda fólks sem býr saman og félagslega einangrun má skilgreina út frá fjölda samskipta og samþættingu manneskjunnar inn í samfélag sitt. Þunglyndisgreining styðst við greiningarskilmerki. Einmanakennd er hins vegar huglæg tilfinning og stigi einmanakenndar verður aðeins lýst af þeim sem upplifir hana. Mikilvægt er að aðgreina einmanakennd frá öðrum

Tafla 3: Hjúskaparstaða			
Karlar			
Kvæntir	2 (6,9%)	27 (93,1%)	
Ekkjar	5 (27,8%)	13 (72,2%)	
Fráskildir	3	3	
Aldrei kvænast	4	6	
Konur			
Giftar	5 (11,6%)	38 (88,4%)	
Ekkjur	37 (26,4%)	103 (73,6%)	
Fráskildar	3	7	
Aldrei gifst	3	33	
Ekki kynjamunur á einmanakennd, en ekkjufólk er marktækt líklegra til að vera einmana en kvæntir, $p=0,013$ Mantel Haenszel			

skyldum hugtökum þar sem einmanakennd virðist hafa sjálfstætt spágildi með tilliti til horfa.<sup>11, 12</sup>

Það að einn af hverjum fimm sem njóta heimahjúkrunar upplifi einmanakennd verður að teljast umtalsvert umhugsunarefni þar sem lífsgæði skerðast við slíka tilfinningu. Sænsk rannsókn sýndi að þriðjungur fólks eldra en 75 ára fann til einmanakenndar að minnsta kosti stundum.<sup>13,14</sup> Önnur rannsókn frá Finnlandi sýndi að 36% fólks eldra en 60 ára fann til einmanakenndar oft eða stundum.<sup>15</sup> Þannig er algengi einmanaleika þeirra sem njóta heimaþjónustu ef til vill ekki mjög svo frábrugðið því sem sést meðal annarra. Tölurnar sem benda til þess að þriðjungur aldraðra séu einmana innifela hins vegar mismunandi stig einmanakenndar. Þeir sem njóta heimaþjónustu eru oft hreyfihamlaðir auk þess að vera einmana og hafa ekki sömu möguleika á að fara út og aðrir. Það kann að auka á alvarleika einmanakenndarinnar.

Einmanakennd hefur spágildi fyrir skertri lifun<sup>11,16,17</sup> og eykur líkur á varanlegri vistun.<sup>11,12</sup> Rannsókn frá Iowa í Bandaríkjunum skoðaði 3000 einstaklinga og fylgdi þeim eftir í fjögur ár.<sup>7</sup> Hátt stig einmanakenndar jók mjög líkurnar á hjúkrunarheimilsvistun og hélst þetta samband þó að leiðrétt væri fyrir aldri, menntun, tekjum, vitrænni og líkamlegri getu og félagslegum tengslum, sem einnig höfðu tengsl við varanlega vistun.<sup>7</sup>

Eru til rannsóknir um inngríp gagnvart einmanakennd hjá öldruðum? Er mögulegt að rjúfa einmanakennd? Fáar rannsóknir hafa tekist á við þessar spurningar meðal aldræðra.<sup>18</sup> Ein lítil bandarísk slembirannsókn sem reiddi sig á símastuðning náði ekki að sýna fram á ávinning hvað einmanakennd varðaði.<sup>19</sup> Fæstar rannsóknir hafa haft samanburðarhóp og hafa ekki sýnt fram á árangur af margvíslegum aðgerðum, svo sem reglulegum símhringingum<sup>20,21</sup>, hópmeðferð<sup>22</sup>, gæludýrameðferð<sup>23,24,25</sup> og sorgarúrvinnslu fyrir ekkjufólk<sup>26</sup>. Líklegt er að beita þurfi einstaklingsmiðuðum aðgerðum þar sem fólkinu sjálfu er gefinn kostur á því að velja það sem það telur að geti hjálpað til að vinna bug á einmanakenndinni.<sup>27</sup> Bent hefur verið á að inngríp ættu fremur að miða við að styrkja gæði þeirra tengsla sem fólk kann að hafa fyrir en að reyna að stofna til nýrra kynna. Gæði tengsla skipta máli fremur en tíðni og skiptir þar máli að fólk eigi trúnaðarvin og finni til nándar við aðra manneskju.<sup>8</sup>

Styrkleiki rannsóknarinnar er að stuðst er við staðlað viðurkennt alþjóðlegt mælitæki sem er áreiðanlegt og tengir saman einmanakennd og fjölda breyta sem hugsanlega geta tengst viðfangsefninu. Rannsóknarþýðið er einkennandi fyrir þjónustu heimaþjónustu heilsugæslunnar í Reykjavík þar sem allir voru skoðaðir sem nutu þjónustu á þeim fjórum svæðum heimahjúkrunar sem rannsóknin tók til. Til veikleika mætti telja að rannsóknarhópurinn er í meðallagi stór sem dregur nokkuð úr líkum á því að greina hugsanleg sambönd einmanakenndar við sum af þeim atriðum sem aðrir hafa lýst. Hins vegar styrkir það niðurstöður þessarar rannsóknar að nær sama algengi fannst á einmanakennd með sömu rannsóknaraðferð 5 árum síðar í ADHOC rannsókninni<sup>28</sup>, 18,4% í samanburði við 21,4% í þeirri rannsókn sem hér er lýst.

Í samantekt er einmankennd umtalsvert og viðvarandi vandamál hjá þeim sem njóta heimaþjónustu heilsugæslunnar í Reykjavík eins og tvær kannanir með 5 ára millibili staðfesta. Vert er að greina einmanakennd sérstaklega og fljótt eftir að fólk fær þjónustu svo að gera megi tilraun til að nálgast vandamálið á persónutengdan hátt þar sem það virðist vera vænlegasta leiðin til að létta á einmanakennd. Ef einmanakennd varir tengist hún auknum líkum á þunglyndi<sup>6</sup> og ef hún er djúp er hún mjög sterkur áhættuþáttur fyrir varanlega vistun.<sup>10,11</sup> Það er því í anda laga um málefni aldraðra að takast á við þetta viðfangsefni. Það ber að styðja aldraða til að búa heima sem lengst en þar í hlýtur að vega mest óskín um að lífsgæði og líðan verði eins góð og kostur er. Auk persónulegrar nálgunar á einmanakennd væri fróðlegt að skoða gagnsemi dagvistar og hvíldarinnlagna í því að rjúfa einmanakenndina. Loks væri vert að skoða áhrif varanlegrar vistunar á einmanakennd með það fyrir augum að skilja hvort varanleg vistun geti verið þáttur í að draga úr þessari sérstöku tilfinningu eða hvort einungis væri um tilfærslu að ræða án bættrar líðanar.

## Þakkir

Sérstakar þakkir fyrir aðgang að rannsóknargögnum til eftirfarandi aðila: Pálma V Jónssonar, Hlífur Guðmundsdóttur, Fanneyjar Friðbjörnsdóttur, Mariönnu Haraldsdóttur, Þórunnar Ólafsdóttur, Önnu Birnu Jensdóttur, Ingibjargar Hjaltadóttur, Ómars Harðarssonar og Hrafn Pálssonar.

Þessi þáttur rannsóknarinnar var styrktur af Vísindasjóði Félags Íslenskra Heimilislækna og VASS.

Verkefnið var unnið á Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahúss í öldrunarfræðum.

## Heimildir:

1. Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
2. Tracy JP, DeYoung S. Moving to an assisted living facility: exploring the transitional experience of elderly individuals. *J Gerontol Nurs*, 2004; 30(10): 26–33.
3. Pálmi V. Jónsson, Hlíf Guðmundsdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Marianna Haraldsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Anna Birna Jensdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Ómar Harðarson og Hrafn Pálsson. Heilsufar, hjúkrunarþörf og lífsgæði aldraðra sem nutu heimaþjónustu heilsugæslunnar 1997. *Læknablaðið*, 2003; 89(4): 313–8.
4. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*, 1997; 45(8): 1017–24.
5. Carpenter GI, Morris J, Ikegami N, Hirdes JP, Topinkova E. Standardised assessment for community care – field testing of the RAI-HC. *Age Ageing*, 1997; 26(suppl 3): 23.
6. Routasalo P, Pitkala KH. Loneliness among older people. *Rev Clin Gerontol*, 2003; 13(4): 303–11.
7. Russell DW, Cutrona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging*, 1997; 12(4): 574–89.
8. Dugan E, Kivett VR. The importance of emotional and social isola-

- tion to loneliness among very old rural adults. *Gerontologist*, 1994; 34(3): 340–6.
9. Berg S, Melleström D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *J Gerontol*, 1981; 36(3): 342–9.
  10. Barretta D, Dantzer D, Kaysson W. Factors related to loneliness. *Psychol Rep*, 1995; 76 (3 Pt 1): 827–30.
  11. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 2000; 355(9212): 1315–9.
  12. Russell DW, Cutrona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging*, 1997; 12(4): 574–89.
  13. Holmén K, Ericsson K, Andersson L, Winblad B. Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs*, 1992; 17(1): 43–51.
  14. Holmén K. Loneliness among elderly people: implications for those with cognitive impairment. [Doctoral dissertation]. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Division of Geriatric Medicine and Centre of Caring Sciences, Huddinge University Hospital, Huddinge, Sweden and Karolinska Institute, Stockholm Gerontology Research Center, 1994.
  15. Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus; 1999.
  16. Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW et al. Effects of social and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol*, 1997; 146(6): 510–9.
  17. Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K, Hartford M, Haglid M, Karlsson BW, Sjöland H, Karlsson T. The feeling of loneliness prior to coronary artery bypass grafting might be a predictor of short- and long-term postoperative mortality. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 1998; 16(2): 120–5.
  18. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*, 2003; 23(5): 647–58.
  19. Morrow-Howell N, Becker-Kemppainen S, Lee J. Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Res Soc Work Pract*, 1998; 8(1): 28–46.
  20. Heller K, Thompson MG, Trueba PE, Hogg JR, Vlachos-Weber I. Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *Am J Community Psychol*, 1991; 19(1): 53–74.
  21. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry*, 1995; 152(4): 632–4.
  22. Ba G. Group therapy with elderly patients. *Psychother Psychosom*, 1991; 56(3): 157–61.
  23. Jessen J, Cardillo F, Baun MM. Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychol Rep*, 1996; 78(1): 339–48.
  24. Harris M, Gellin M. Pet therapy for the homebound elderly. *Caring*, 1990; 9(9): 48–51.
  25. Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002; 57(7): M428–32.
  26. Stewart M, Craig D, MacPherson K, Alexander S. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nurs*, 2001; 18(1): 54–63.
  27. Kocken P. Intermediates' satisfaction with a loneliness intervention program aimed at older adults: linkage of program plans and users' needs. *Patient Educ Couns*, 2001; 43(2): 189–97.
  28. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sørbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Ageing Clin Exp Res*, 2004; 16(4): 259–69.

## HEIMSENDINGARAPÓTEKIÐ



SUÐURLANDSBRAUT 22