

Sonja Pekkarinen

KOTONA YKSIN ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS,
TERVEYS JA ELÄMÄNLAATU PORISSA

Hoitotyön koulutusohjelma

2017

KOTONA YKSIN ASUVIEN IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS, TERVEYS JA ELÄMÄNLAATU PORISSA

Pekkarinen, Sonja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Maaliskuu 2017
Sivumäärä: 46
Liitteitä: 4

Asiasanat: ikääntyneet, yksinäisyys, terveys, elämänlaatu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisena kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat yksinäisyytensä, terveytensä ja elämänlaatunsa. Tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin arvioinnissa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin sekä kvantitatiivisia (strukturoidut kysymykset) että kvalitatiivisia (avoimet kysymykset) menetelmiä käyttäen. Haastattelulomakkeet oli tehty projektityöntekijöiden toimesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA - tietokannasta saadun terveys- ja hyvinvointimittarista lisäämällä siihen yksinäisyyteen liittyviä kysymyksiä, jotka löytyvät saman tietokannan sivustolta. Tutkimusaineisto oli ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin ensimmäisen toimintavuoden aikana kerättyä aineistoa ajalta 15.3.2016-31.12.2016. Kyselyyn osallistui 40 ikääntynyttä henkilöä.

Tutkimuksen tuloksista selviää, että kotona yksin asuvista ikääntyneistä suurin osa koki alakuloa, masentuneisuutta, toivottomuutta, mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta usein viimeisen kuukauden aikana, vaikka valtaosa vastaajista vastasi kokevansa harvoin yksinäisyyttä. Ikääntyneistä henkilöistä suurin osa koki itsensä melko terveeksi tai terveyden heikentyneeksi. Projektilla oli positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden psyykkiseen ja fyysiseen terveyden kokemukseen.

Jatkotutkimusideana voisi olla tutkimuksen laajennus koskemaan myös laitoshoidossa olevia yksinäisiä, ikääntyneitä henkilöitä.

LONELINESS, HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY LIVING ALONE AT HOME IN PORI

Pekkarinen, Sonja
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
March 2017
Number of pages: 46
Appendices: 4

Key words: the elderly, loneliness, health, quality of life

The purpose of this thesis was to find out how the elderly living alone at home experience loneliness, health and quality of life. The aim was to get information which could be used in the assessment and development of the project called "From loneliness to genuine encounters".

The material for the thesis was collected by an inquiry and 40 elderly people participated in it. The data consisted of answers collected during the first year of the project from 15 March 2016 to 31 December 2016. The questionnaires included both qualitative (open questions) and quantitative (structured questions) parts. The questionnaires were made by project workers and they were based on a well-being measure which is available in a database of the National Institute for Health and Welfare. Questions on loneliness were added to the original measure.

The results show that most of the elderly living alone at home were melancholic and depressed and they had experienced hopelessness and lack of interest or unwillingness during the past month. However, they felt seldom lonely. Most of them felt that they were rather healthy or had somewhat weakened health. The project had positive effects on the experiences of physical and mental health of the elderly.

Further studies could be made on the elderly in institutional care to find out their experiences of loneliness.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN PERUSTA.....	6
2.1	Satakunnan Vanhustuki ry:n “Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” - projekti.....	6
2.2	Ikääntyneet ihmiset	6
2.3	Yksinäisyys	7
2.4	Hyvinvointi	9
2.4.1	Terveys ja toimintakyky	10
2.4.2	Elämänlaatu	12
2.5	Pitkäaikaissairaudet.....	14
2.5.1	Muistisairaudet	14
2.5.2	Masennus	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat	18
4.2	Aineiston kerääminen	18
4.3	Aineiston analyysi.....	19
5	TULOKSET	19
5.1	Taustatiedot vastaajista	20
5.2	Yksinäisyys	21
5.3	Terveys.....	24
5.4	Elämänlaatu.....	29
5.5	Projektin arviointi osiot.....	34
6	POHDINTA.....	39
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimusideat	39
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	41
6.3	Tutkimuksen eettiset näkökulmat	43
6.4	Oman ammatillisen kehittymisen arviointi	44
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

On arvoitu, että Suomessa yli 70-vuotiaista kolmannes kärsii yksinäisyydestä (Punnonen 2012, 162). Ikääntyneiden kokema yksinäisyys aiheuttaa lisääntyntä terveystalveluiden käyttöä, toiminnanvajeita, kuolemanvaaraa sekä kognition heikkenemistä (Duodecim 2012, 1215).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin arvioinnissa ja kehittämisessä. Haastattelulomakkeet oli tehty projektityöntekijöiden toimesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA -tietokannasta saadun terveystal- ja hyvinvointimittarista lisäämällä siihen yksinäisyyteen liittyviä kysymyksiä, jotka löytyvät saman tietokannan sivustolta. Opinnäytetyössä analysoitiin projektityöntekijöiden ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin ensimmäisen toimintavuoden aikana keräämää haastattelulomakeaineistoa ajalta 15.3.2016 - 31.12.2016, joka sisälsi 40 asiakkaan alkukyselyn ja 18 asiakkaan seurantakyselyn.

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, millaisena kotona yksin asuvat ikääntyneet kokivat yksinäisyytensä, terveystalnsä sekä elämänlaatunsa. Opinnäytetyön tilaaja on Satakunnan Vanhustuki ry. Opinnäytetyöhön on sisällytetty myös ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektille olennaista tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää hyödyksi projektin arvioinnissa ja kehittämisessä.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN PERUSTA

2.1 Satakunnan Vanhustuki ry:n ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projekti

Satakunnan Vanhustuki ry on perustettu vuonna 2003. Yhdistyksen tarkoitus on tukea ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Satakunnan Vanhustuki ry järjestää erilaista toimintaa, kuten liikuntaryhmiä, retkiä sekä luentoja. Yhdistys antaa asiantuntija neuvoja liittyen ikääntymiseen ja opastaa ikääntyneitä hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Yhdistys ohjaa ikääntyneitä palveluiden pariin. Satakunnan Vanhustuki ry tekee yhteistyötä yksityisen ja julkisen terveyden- ja sosiaalihuollon kanssa. Yhdistys on mukana aktiivisesti ikääntyneisiin kohdistuvassa päätöksen teossa sekä kunnallisella että valtakunnallisella tasolla. (Yhteisökeskuksen www-sivut 2016.)

Satakunnan Vanhustuki ry sai Raha-automaattiyhdistykseltä rahoituksen ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektille vuosille 2016-2018. Projektin tavoitteena on löytää yksin asuvat ikääntyneet, jotka kokevat yksinäisyyttä ja tukea heitä. (Yhteisökeskuksen www-sivut 2016.)

Toiminnassa pyritään vahvistamaan ikääntyneiden omia voimavaroja elämän ilon sekä kotona selviytymisen varmistamiseksi. Ennaltaehkäistään ikääntyneiden yksinäisyydestä koituvia riskitekijöitä. Projektityöntekijät auttavat ikääntyneitä lisäämään yhteisöllisyyttään sekä osallisuuttaan yhteistoiminta-alueella. Projektin toimintaan sisältyy myös ryhmätoiminta sekä kotikäynnit. (Yhteisökeskuksen www-sivut 2016.)

2.2 Ikääntyneet ihmiset

Iäkkään henkilön paljon käytetty puhekielen synonyymi on ikäihminen. Muita synonyymeja ovat esimerkiksi vanhus, varttunut kansalainen, eläkeläinen ja seniori.

Lain mukaan vanhuseläkkeeseen ikänsä puolesta oikeutettua väestöä kutsutaan ikääntyneeksi väestöksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 1 luku 3 § mom. 1). Henkilöä, jonka

psykykinen, sosiaalinen, kognitiivinen sekä fyysinen toimintakyky on sairauksien tai loukkaantumisten vuoksi alentunut ja henkilöllä on iän tuomaa muutosta kehossa, kutsutaan iäkkääksi henkilöksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 luku 3 § mom. 2).

Iäkäs henkilö voidaan määrittellä monella eri tavalla. Yksi tapa on määrittellä ikääntyminen iän tuomien piirteiden avulla. Toinen tapa on seurata ja tutkia, koska keski-iän piirteissä havaitaan ikääntymiseen liittyviä muutoksia. (Stuart-Hamilton 2003, 17.)

Ikääntymisen on ajateltu Suomessa tilastollisen periaatteen mukaan alkavan noin 65-vuoden iästä, sillä se on yleinen eläkeikä (Vernerin www-sivut. 2014). Yli 65-vuotiaat voidaan jakaa vielä kolmanteen ikään ja neljänteen ikään. "Kolmas ikä" tarkoittaa itsenäistä ja aktiivista elämää vanhuudessa. "Neljäs ikä" tarkoittaa elämän jaksoa, jolloin perushyvinvointiin tarvitaan toisten ihmisten apua. (Stuart-Hamilton 2003, 19.) Ikääntymiseen liittyy paljon asioita. Sitä voidaan määrittellä esimerkiksi kehitystehtävien mukaan. Ikääntyneiden ihmisten kehitystehtävät ovat uusien kestävien ihmissuhteiden muodostaminen, menetysten kohtaaminen, fyysisestä heikkenemisestä huolimatta aktiivisuuden säilyttäminen, tietoisuus elämän rajallisuudesta, oman elämänkulun näkeminen osana olemassaolon kokonaisuutta. (Lyytinen & Korhokangas 2003, 402.)

2.3 Yksinäisyys

Yksinäisyys on henkilökohtainen kokemus, mutta yksinäisyyttä on määritelty aikaisemmissa tutkimuksissa usealla tavalla. Yksinäisyyteen on myös sisällytetty erilaisia näkökulmia. (Uotila 2011, 19.) Yksilön omat odotukset ovat aina suhteessa yksinäisyyteen (Noppari 2005, 21). Yhteisvastuukeräyksen varoista vuonna 2013 käytettiin suuri määrä toimintaan, jonka tarkoituksena oli helpottaa ikääntyneiden kokemaa yksinäisyyttä. Sen vuoden julkaistujen tilastojen mukaan 65-vuoden iän oli ylittänyt yli miljoona suomalaista ja heistä yksinäisyyttä koki yli 300 000. (Ijäs 2014, 43.) Tutkimukset osoittavat, että Suomessa ikääntyneistä 36-39% kärsii yksinäisyydestä ainakin toisinaan. Yksinäisyydellä on yhteys sairastumiseen,

jäämiseen leskeksi, depressioniin ja toiminnanvajeisiin. Heikentynyt elämänlaatu liittyy myös yksinäisyyteen. (Duodecim 2012, 1215.)

Lukuisten suomalaisten ikääntyneiden merkittävä ongelma on yksinäisyys. Tutkimukset osoittavat, että yksinäisyydestä kärsii noin puolet 75 vuotta täyttäneistä. Ikääntyneiden kokemus yksinäisyydestä on yleistä, asuminen yksin yleisempää sekä saman ikäisten kanssa yhteydenpito on harvempaa. Tärkeää on myös erottaa yksin olo ja tunne yksinäisyydestä. Ihminen ei yksin ollessaan välttämättä koe yksinäisyyttä. Huomioitavaa on myös, että yksinäisyyden kokemusta ei välttämättä voida ehkäistä sosiaalisella ympäristölläkään. (Kan & Pohjola 2012, 27.)

Yksinäisyyttä voi kuvailla erilaisten teoreettisten lähestymistapojen perusteella. Näitä tapoja on neljä ja ne ovat psykodynaaminen, eksistentiaalinen, kognitiivinen sekä interaktionistinen. (Hätinen & Partti 2014, 10.) Seuraavaksi lyhyesti yksinäisyysteorioista.

Aloitetaan psykodynaamisesta näkökulmasta. Yksinäisyyden aiheuttajat ovat tämän teorian mukaan yksilön kokemat varhaiset kokemukset, yksilön ominaisuudet sekä ristiriidat yksilön psyykeen sisällä. Tämä teoria ei huomioi ihmisen persoonallisuutta, kulttuurisia- tai sosiaalisia tekijöitä eikä tilannetekijöitä. (Hätinen & Partti 2014, 11.) Esimerkiksi tilannetekijä voisi olla aviomiehen kuolema, jolloin miehen vaimo kokisi yksinäisyyttä menettäessään miehensä. Teoriassa tärkeää on lapsuusaika ja sen ajan varhaiset vuorovaikutus kokemukset. Paras keino yksinäisyyden torjumisessa on onnistuneet vuorovaikutuksen kokemukset lapsuudessa. (Hätinen & Partti 2014, 11.)

Seuraavaksi käsitellään eksistentiaalinen näkökulma. Tässä teoriassa yksinäisyys ajatellaan olevan elämään kuuluva osa ja yksinäisyys on asia, jota ei voi elämässään välttää. (Uotila 2011, 17.) Tämän teorian mukaan ihminen ei koe läheisyyden tuntoa edes muiden seurassa, vaan kokee myös tällöin yksinäisyyttä (Hätinen & Partti 2014, 10). Olennaista tässä teoriassa on selvittää, miten yksinäisyyden kanssa pystyy elämään. Yksinäisyys nähdään tässä lähestymistavassa positiivisessa valossa, sillä tässä tarjoutuu mahdollisuus uppoutua itseensä ja voi olla levollinen sekä rauhoittava kokemus. (Uotila 2011, 17.)

Kognitiivisessa yksinäisyyden teoriassa puolestaan korostetaan yksinäisyyttä yksilön kokemana kokemuksena (Uotila 2011, 18). Tässä teoriassa on keskeistä yksilön oma yhteisöllisyys ja kuinka yksilö kokee itsensä. Yksilö kokee ristiriitaisuutta sosiaalisissa suhteissaan, sillä yksilön olemassa olevat ystävyysuhteet ja toivotut ihmissuhteet ovat hänen mielestään yhteen sopimattomat. Yksilöllä on sosiaalisista taidoistaan vääristynyt kuva. (Hätinen & Partti 2014, 12.) Teoriassa kiinnitetään huomiota, kuinka yksinäisyyden tunnetta voidaan lievittää, yksinäisyyttä ylläpitävistä tekijöistä sekä siihen johtaneista syistä ja seurauksista (Uotila 2011, 18).

Interaktionistisessa yksinäisyyden teoriassa vuorovaikutuksen lopputulokseen vaikuttaa kaksi tekijää ja ne ovat tilanne- ja ympäristötekijät sekä persoonallisuus (Uotila 2011, 17). Robert Weissin julkaiseman teorian vuodelta 1973 mukaan tekijät, jotka vaikuttavat yksinäisyyteen ovat tilannetekijät sekä persoonallisuus. Weissin (1973) teoria voidaan jakaa yksinäisyyden osalta kahteen osaan, jotka ovat sosiaalinen ja emotionaalinen eristyneisyys. Sosiaalinen eristyneisyys johtuu sosiaalisen verkoston puutteellisuudesta tai sen hajanaisuudesta. Emotionaalisen eristyneisyyden kokemuksen voi kokea vasta nuoruusiän savutettua. Emotionaalinen yksinäisyys johtuu tärkeän suhteen puutteesta tai suhteen vastaamatta omia odotuksia. Teoria esittää emotionaalisen yksinäisyyden olevan kaipausta rakkaussuhteesta. (Hätinen & Partti 2014, 13.)

2.4 Hyvinvointi

Hyvinvointi voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat koettu hyvinvointi, materiaallinen hyvinvointi ja terveys. Suomen kielessä hyvinvoinnin käsite voi tarkoittaa niin yhteisötason kuin yksilönkin hyvinvointia. Hyvinvointi yhteisötasolla voi näkyä esimerkiksi toimeentulona, työllisyytenä tai elinoloina. Hyvinvointi yksilötasolla voi tarkoittaa ihmisen elämän osatekijöitä, joita on esimerkiksi onnellisuus ja sosiaaliset suhteet. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.terveyslaitos.fi) 2016.)

Opinnäytetyössä keskitytään hyvinvoinnin käsitteessä yksilötason kokemukseen. Yksinäisyys vaikuttaa hyvinvointiin merkittävästi sosiaalisten suhteiden puuttuessa.

Tätä ongelmaa tarkastellaan hyvinvointiteoriassa objektiivisesta sekä subjektiivisesta hyvinvointia korostavasta näkökulmasta. (Saari. 2009, 42.)

Johan Ormel ja Siegwart Lindenberg kollegoineen ovat kehittäneet subjektiivista hyvinvointiteoriaa ja esittäneet tavan jakaa hyvinvointi sosiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin eli onnellisuuteen ja terveyteen (Saari. 2009, 42-43). Hyvinvointiin ja terveyteen ikääntyneellä vaikuttaa vahvasti ystävyysuhteet. Tämä ilmenee muun muassa pienentyneenä kuoleman riskinä. (Kan & Pohjola 2012, 25.)

Tutkimus ikääntyneiden turvattomuudesta ja sen yhteydestä yksinäisyyden kokemiseen, joka julkaistiin 2006 antaa viitteitä siihen, että ikääntyneiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi heidän kokema turvattomuus ja turvallisuus (Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2006, 198).

2.4.1 Terveys ja toimintakyky

Terveys on subjektiivinen kokemus, mutta myös objektiivisesti tulkittava asia. Subjektiivinen terveys on yksilön henkilökohtainen kokemus omasta terveydestään. Yksilö muodostaa oman käsityksen terveyden tilastaan terveystietämisensä sekä ympäristön luoman kuvan mukaan. Objektiivinen terveys on puolestaan mittausten avulla määriteltyä terveyttä. (Antikainen ym. 2010, 7). Esimerkiksi hemoglobiini mittauksessa suositeltu tulos on naiselle 177-155 g/l (Terveyskirjaston www-sivut 2016).

Terveyttä voidaan pitää voimavarana. Terveyden ajatellaan olevan huipussaan 30-vuotiaana ja tämän jälkeen on olennaista, kuinka sitä kasvattaa ja kuluttaa. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittää terveyden koostuvan psyykkisen, sosiaalisen, henkisen ja fyysisen terveyden osa-alueen täydelliseksi terveyden tilaksi. Psykkinen terveys sisältää yksilön mielen terveyden. Psykkisesti terve ihminen tunnistaa tunteensa, kykenee käsittelemään sekä ilmaisemaan tunteensa hyväksyttävällä tavalla. Ihmisellä on myös silloin terve itsetunto. Sosiaalinen terveys tarkoittaa, että yksilö kykenee muodostamaan terveitä ihmissuhteita. Sosiaalista terveyttä heikentää muun muassa yksinäisyys. Henkinen terveys tarkoittaa elämän tarkoituksellisuuden

tunnetta. Yksilö on henkisesti terve, kun yksilö kokee olevansa tasapainossa ympäristönsä ja itsensä kanssa. Fyysinen terveys on sitä, että terveys ei ole häiriintynyt esimerkiksi verenkierron häiriöiden vuoksi. Fyysisesti terve ihminen omaa toimintakyvyn, joka on yksilön ikään verrannollinen. Fyysinen terveys on kokonaisuus ihmisen fysiologisista sekä biologisista toiminnoista. (Antikainen ym. 2010, 8-9).

Norjalaisessa tutkimuksessa tutkittiin kuinka yksinäisyys, asenteet ikääntymistä kohtaan, psyykinen ja fyysinen kunto, läheisyyden tunne ja vaikuttavat yleiseen terveyden laatuun kotona asuvilla ikääntyneillä masentuneilla ja ei-masentuneilla. Tutkimuksessa oli mukana kaiken kaikkiaan 74 masentunutta, joiden keski-ikä oli 77,9 vuotta ja joista 65% oli naisia. Ei-masentuneita tutkimuksessa oli mukana 356 henkilöä, joiden keski-ikä oli 75 vuotta ja joista 55% oli naisia. Tuloksena saatiin selville, että ei-masentuneille tärkein yleiseen terveyden laatuun vaikuttava tekijä oli fyysinen kunto. Muut tekijät kuitenkin vaikuttivat myös huomattavasti henkilöiden terveyden laatuun. Masentuneilla ilmeni, että läheisyyden puutteella oli suurin merkitys heidän kokemaansa terveyteen. Psyykkisellä terveydellä oli toiseksi suurin vaikutus. Tutkimuksen tuloksista voidaankin päätellä, että ikääntyneille jotka kärsivät masennuksesta on erittäin tärkeää kokea läheisyyden tunnetta eikä heitä saa jättää yksin. Heillä pitää olla mahdollisuus ilmaista ja saada tuntea lähimmäisen rakkaus. Tämän vuoksi terveyden alan ammattilaisten pitäisikin ottaa huomioon tämä asia, kun he suunnittelevat toimia joilla vaikutetaan masentuneiden ikääntyneiden terveyteen. (Kalfoss 2016, 170.)

Ihmisen toimintakyky muodostuu ihmisen sosiaalisesta, fyysisestä, emotionaalisesta sekä kognitiivisesta toimintakyvystä. Ympäristötekijät vaikuttavat myös toimintakykyyn. (Rysti & Jämsen 2013, 511.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttaa kuuluminen yhteisöön, yhteydet lähiympäristöön, ihmissuhteet sekä sosiaaliset kyvyt. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet, heikentynyt lihasvoima, liikkuvuuden väheneminen nivelistä sekä ongelmat tasapainossa. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaa uskonnollinen vakaumus, kyky selviytyä arjessa, riippumattomuuden tunne, asenteet omaan elämään, arvostus itseä kohtaan, mieliala, minäkuva, elämänhallinta sekä taito toteuttaa älyllisiä

tehtäviä. Ikääntyneillä huomioitavaa on, että sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen toimintakyky ovat yhteydessä toisiinsa. (Kan & Pohjola 2012, 32-33.)

Ympäristö vaikutus toimintakykyyn voi olla positiivinen tai negatiivinen. Elin- ja asuinympäristöllä, laajalla palvelutarjonnalla sekä toisten ihmisten avun saannilla pystytään tukemaan ihmisten toimintakykyä ja pärjäämistä joka päiväisessä elämässä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

Ikääntyneillä toimintakyky liittyy keskeisesti elämänlaatuun. Se on yksilöllinen kokemus sekä riippuvainen elämäntilanteesta. Tekijät, jotka vaikuttavat elämänlaatuun ovat psykologiset tekijät, fyysinen terveys, sosiaaliset suhteet, ympäristö sekä riippumattomuus. Ikääntyneiden oma subjektiivinen kokemus toimintakyvystä on tärkeää, jotta toimintakyky säilyisi entisellään. Henkilökohtainen tuntemus omasta toimintakyvystä ja terveydestä voi joskus paljonkin poiketa terveydenalan asiantuntijoiden kriteereistä. Tutkimukset osoittavat, että ikääntyneet yleensä arvioivat terveydentilansa objektiivisesti arvioitua paremmaksi. Ikääntyneiden toimintakykyä määritellään joko erilaisten toiminnanvajausten perusteella tai jäljellä olevan toimintakyvyn avulla. (Kan & Pohjola 2012, 32.)

2.4.2 Elämänlaatu

Elämänlaadusta ei ole olemassa määritelmää, mikä olisi yleisesti hyväksytty (Lamminniemi. & Nurminen. 2008, 3). Synonyymejä käsitteelle elämänlaatu ovat koettu hyvinvointi sekä elämään tyytyväisyys. Elämänlaadun käsitteeseen sisällyttää suurin osa tutkijoista jokseenkin samanlaisia tekijöitä. Esimerkiksi Ruut Veenhoven (2000) määrittelee elämänlaadun ”elämän neljäksi laaduksi”. Veenhoven tarkoittaa sillä sisäistä voimavarojen laatua, elinolojen laatua, hyödyksi olemisen tunnetta sekä elämän merkityksellisyyttä. Elämänlaatua kuvataan muuttuvana ja monipuolisena ilmiönä. Se muuntuu elämäntilanteen sekä yksilöllisen elämänkulun mukaan. WHO määrittelee elämänlaadun tarkoittavan yksilön arvioita elämänsä arvo- ja kulttuurikokemuksestaan. Kokemus on yhteydessä yksilön elämään ja hänelle merkityksellisiin asioihin, odotuksiin, päämääriin ja arvoihin. (Vaarama., Siljander., Luoma. & Meriläinen. 2010. 128.)

WHO:n mukaan elämänlaatu voidaan jakaa neljään ulottuvuuteen, jotka ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ulottuvuus sekä ympäristö. Fyysiseen ulottuvuuteen kuuluu toimintakyky. (Luoma 2014.) Psyykkiseen ulottuvuuteen sisältyy psyykinen hyvinvointi, joka tarkoittaa itsensä hyväksymistä, myönteisiä ihmissuhteita, itsemääräämisoikeutta, ympäristön hallintaa, elämän tarkoituksellisuutta sekä kehittymistä (Fried 2013, 11-12). Sosiaalinen ulottuvuus sisältää sosiaaliset verkostot ja osallistumisen. Ympäristön ulottuvuus pitää sisällään sen soveltavuuden sekä palvelut. (Luoma 2014, 4.)

Ikäryhmien 60-69, 70-79 sekä yli 80-vuotiaiden välillä vaihtelee se, mitä pitää elämänlaadussa tärkeimpänä. Kuitenkin kaikissa ikäryhmissä nousi esille, että koettua elämänlaatua lisää nauttiminen elämästä. 60-69-vuotiaat pitivät tärkeimpinä elämänlaadun lisääjinä myös riittävää tarmoa arjessa, negatiivisten tuntemusten välttämistä sekä hyvää keskittymiskykyä. 70-79-vuotialla nousi esille terveys, kyky liikkua, negatiivisten tuntemusten välttäminen sekä itseensä tyytyväisyys. Yli 80-vuotiaat puolestaan luettelivat terveyden, riittävän tarmon selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä, unen laatuun sekä ystäviltä saatuun apuun liittyvän tyytyväisyyden. (Luoma 2014, 9.)

Ikävuoteen 80 saakka Suomalisten kokema elämänlaatu on korkea. Sen jälkeen elämänlaadun kokemus alkaa heiketä fyysisten vaivojen sekä psyykkisen hyvinvoinnin alenemisen myötä. Ikääntyneiden eri ikäryhmissä on vaihtelua elämänlaadun merkityksellisinä pitämässä asioissa. Kuitenkin kaikille tärkeää on myönteinen elämän asenne. Elämänlaadun kannalta ikääntyneillä henkilöillä perheeltä ja ystävältä saatu tuki on erityisen tärkeä. Tärkeitä ovat myös luotettava ja riittävä apu sekä terveys. Riskiryhmiä ikääntyneiden keskuudessa ovat 60-79-vuotiaat henkilöt, joilla on heikentyneet psyykkiset ja fyysiset voimavarat sekä yli 80-vuotta täyttäneet leskinaiset. (Luoma 2014.)

2.5 Pitkäaikaissairaudet

Pitkäaikaissairaus on sairaus, jossa henkilö saa hoitoa säännöllisesti, on terveydenhuollon tai lääkärin seurannassa. Pitkäaikainen sairaus on vähintään kuuden kuukauden pituinen ajanjakso. (Tilastokeskuksen [www-sivut 2017.](#)) Sosioekonominen asema vaikuttaa pitkäaikaissairauksien sairastavuuteen (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen [www-sivut 2013.](#))

Väestössä yleisiä sekä suurta kuolleisuutta aiheuttavia sairauksia kutsutaan kansantaudeiksi. Tartuntakuolleisuus on Suomessa nopeasti vähentynyt, jonka jälkeen ovat nousseet pysyvät eli krooniset tai toisin sanoen pitkäaikaissairaudet. Nämä taudit ovat suuri menoerä kansantaloudelle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2015.](#))

Suomessa pitkäaikaisia sairauksia ovat tällä hetkellä diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, krooniset keuhkosairaudet, astma, allergiat, muistisairaudet, syöpäsairaudet, mielenterveyden häiriöt ja tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet. Aika muuttaa kansantauteja. Viime vuosikymmeninä pitkäaikaisiin sairauksiin liittyvä kuolleisuus on pienentynyt. Tämän vuosi keskimääräinen elinikä ihmisillä on huomattavasti pidentynyt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut 2015.](#))

2.5.1 Muistisairaudet

Toimintakykyä laaja-alaisesti heikentäviä ja aivoja rappeuttavia sairauksia ovat etenevät muistisairaudet (Muistiliiton [www-sivut 2016.](#)) Laajaa neuropsykologista tutkimusta vaatii varhaisvaiheen muistisairauden erottaminen ikääntyvissä henkilöissä esiintyvistä normaalista heikkenemisestä (Soininen & Hänninen. 2015, 84). Yhteiskunnallisten hoidon kustannuksien perusteella muistisairaudet ovat yksi kalleimmista kansantaudeistamme. Muistisairauksien määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Muistisairaita ihmisiä on Suomessa arviolta 193 000. Etenevät muistisairaudet johtavat edetessään dementiaoireyhtymään. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimer tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, sekamuoto on edellä mainittujen yhdistelmä, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus,

Lewyn kappale-tauti, tiedonkäsittely vaikeuksien vuoksi myös Parkinsonin tauti voidaan laskea eteneväksi muistisairaudeksi. (Muistiliiton www-sivut 2016.)

Opinnäytetyössä käsitellään kaksi yleisempää etenevän muistisairauden muotoa lyhykäisydessään. Määrittelen ensin Alzheimer taudin ja sen jälkeen verisuoniperäisen muistisairauden. Alzheimer tautia sairastaa noin 60-70% etenevää muistisairautta sairastavista (Muistiliiton www-sivut 2016). Se on tasaisesti ja hitaasti etenevä sairaus, mikä rappeuttaa keskushermostoa (Mönkäre, Nukari & Lehto 2013, 714). Iän myötä taudin esiintyvyys lisääntyy ja se on naisilla yleisempi kuin miehillä. Tyypillisesti ensimmäiset oireet ovat häiriöt lähimuistissa. Oire voi esiintyä muun muassa hukkaamalla käyttöesineitä, vaikeutena muistaa sovittuja asioita tai uusia nimiä. Toimintakyky ja sairauden tunne heikkenevät taudin edetessä. Tautiin sairastunut tarvitsee entistä enemmän apua arkeen liittyvissä askareissa. Oireisiin kuuluu myöhemmin esimerkiksi kielelliset vaikeudet, hahmottamisen ongelmat, paikan ja ajan tajun heikkeneminen, haasteellisuus käyttää erilaisia välineitä sekä puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeus. (Muistiliiton www-sivut 2016.)

Verisuoniperäisiä muistisairauksia etenevistä muistisairauksista sairastaa noin 15-20% (Muistiliiton www-sivut 2016). Päätyyppejä aivoverenkiertosairauden muistisairaudessa ovat suurten aivoverisuonten tauti ja pienten aivoverisuonten tauti (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137). Riskitekijöitä sairaudelle ovat muun muassa diabetes, sydämen rytmihäiriöt, verenpaine tauti, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja suvussa esiintynyt samanlainen tauti. Dementoitumisen riskiä lisää ikä. Sairaus etenee portaittain ja alkaa varsin nopeasti. (Mönkäre, Nukari & Lehto 2013, 720.) Taudin varhaisoireita ovat muun muassa puhehäiriöt, lievä muistihäiriö, hahmottamisvaikeudet, kävelyvaikeudet sekä kömpelyys. Aivojen vaurio kohta vaikuttaa oireistoon. (Muistiliiton www-sivut 2016.) Lievä heikentyminen tiedon käsittelyssä on tilaltaan osittain palautuva ja sen vaikeutumista pystytään hidastamaan tunnistamalla varhaisessa vaiheessa aivoverenkiertosairauden muistisairaus (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137).

2.5.2 Masennus

Masennusta voidaan kutsua myöskin depressioksi ja 10-15 % väestöstä sairastuu siihen. (Terveyskirjaston www-sivut 2017). Masennus voi tarkoittaa tavallisia tunnereaktioita, jotka liittyvät tavallisimmin elämässä tapahtuviin muutoksiin ja menetyksiin. Masennuksella voidaan myös tarkoittaa oireyhtymiä, oireita tai vakavimmillaan erilaisia monioireisia muotoja, jotka uhkaavat elämää. (Pulkkinen & Vesanen 2015, 688.) Ikääntyneillä on joskus vaikea erottaa fyysiset ja psyykkiset sairaudet toisistaan. Tyypillistä ikääntyneiden masennukselle on oireiston runsaus elimistössä. Ikääntyneiden masennus on yhteydessä sairastumisalttiuteen ruumiillisesti, toimintakyvyn huonontumiseen sekä elämänlaatuun. (Kuokka 2015, 507.)

Masennuksen tunnistamista, hoitoa ja sen tarpeen arviointia vaikeuttavat masennuksen moniasteisuus ja –muotoisuus. Kaikissa ikäryhmissä esiintyy masennusta. Masennukseen voi liittyä riski sen uusiutumiseksi sekä itsemurhavaara. (Pulkkinen & Vesanen 2015, 688.)

Tavoitteita masennuksen hoitoon ovat oireiden häviäminen tai vähentyminen sekä toimintakyvyn paluu entiselle tasolle. Hoito toteutetaan yksilölliset piirteet huomioiden ja siinä keskitytään psykologisiin, sosiaalisiin sekä biologisiin osa-alueisiin painottaen yksilöstä riippuen, jotain osa-aluetta enemmän. (Pulkkinen & Vesanen 2015, 688.) Ikääntyneiden hoidossa keskitytään psyykkiseen ja fyysiseen turvallisuuteen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun palautumiseen entiselle tasolle (Kuokka 2015, 507). Kesto kokonaishoidossa vaihtelee masennuksen vaikeusasteesta riippuen puolesta vuodesta useaan vuoteen (Pulkkinen & Vesanen 2015, 688).

Masennuksella on eri muotoja, jotka ovat lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen. Masennuksella on myös erilaisia tyyppejä, jotka ovat kaksisuuntainen mielialahäiriö, pitkäaikainen masennus, lyhyet toistuvat masennusjaksot, mielialan aaltoiluhäiriö sekä monihäiriöisyys, jossa yhdistyy samanaikaisesti muun mielenterveyshäiriön kanssa. (Pulkkinen, Vesanen 2015, 688.) Ikääntyneillä masentuneisuus voi ilmetä vanhuuden kehitysvaiheen surutyönä, jolloin masennus ei ole sairaus vaan liittyy sen hetkiseen mielialaan (Kuokka 2015, 507).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisena kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat yksinäisyytensä, terveytensä ja elämänlaatunsa. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat yksinäisyytensä?
- 2) Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat terveytensä?
- 3) Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat elämänlaatunsa?

Tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan jatkossa käyttää ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” –projektin arvioinnissa ja kehittämisessä.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaisena kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat yksinäisyytensä, terveytensä ja elämänlaatunsa. Opinnäytetyön tekijä tekee Satakunnan Vanhustuki ry:n ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin ensimmäisen toimintavuoden aikana kerätyistä haastattelulomakkeista alkukartoituksen.

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta sekä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta (Heikkilä. 2014, 15). Määrällisellä tutkimuksella pystytään vahvistamaan tilastollisesti laadullisen tutkimuksen selitys. Määrällinen ja laadullinen tutkimus ei eroa tutkimusprosessiltaan ja rakenteeltaan toisistaan. Tutkimustavat eroavat toisistaan lähtökohdistaan. Määrällinen tutkimus vaatii esiymmärrystä ja teoriaa tutkittavasta asiasta sekä tiedossa pitää olla tutkittavan asian muuttujat, jotta mittaaminen olisi mahdollista. (Kananen. 2015, 323, 197.) Tiedonkeruumenetelmänä määrällisessä tutkimuksessa yleisimmin käytetään kyselylomaketta. Määrällisellä tutkimuksella tavoitellaan yleistämistä. Perusjoukkoa eli koko joukkoa oletetaan edustavan vastaajien pienellä joukolla eli otoksella. (Kananen. 2011, 15, 17.)

Kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen tutkimus on tiedonhankinnaltaan kokonaisvaltaista ja aineisto kerätään tavallisissa ja aidoissa tilanteissa. Kohdejoukko valitaan tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2014, 164.) Yleensä tutkittavia tapauksia on pieni määrä, mutta tavoitellaan mahdollisimman tarkkaa analyysyä. Tavoitteena on tilastolliset yleistykset. (Heikkilä. 2014, 15.) Kvalitatiivinen tutkimus on pohjana aina uusille teorioille ja malleille (Kananen. 2011, 16).

4.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyössä analysoitiin projektityöntekijöiden ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin ensimmäisen toimintavuoden aikana keräämää haastattelulomakeaineistoa ajalta 15.3.2016 - 31.12.2016, joka sisälsi 40 asiakkaan alkukyselyn ja 18 asiakkaan seurantakyselyn.

Haastattelulomakkeet oli tehty projektityöntekijöiden toimesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA -tietokannasta saadun terveyst- ja hyvinvointimittarista lisäämällä siihen yksinäisyyteen liittyviä kysymyksiä, jotka löytyvät saman tietokannan sivustolta.

Haastattelulomakkeessa on sekä monivalinta- (kvantitatiivisia) että avoimia (kvalitatiivisia) kysymyksiä. Haastattelulomakkeet täytettiin suullisena kyselynä projektin työntekijöiden kotikäynnin yhteydessä.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi tapahtui sekä kvantitatiivisia (strukturoidut kysymykset) että kvalitatiivisia (avoimet kysymykset) menetelmiä käyttäen (Kananen 2011, 30).

Strukturoitujen kysymysten vastausten analysointi tehtiin kvantitatiivisesti (Kananen 2011, 31). Kvantitatiivinen analysointi tehtiin tietokoneavusteisesti ja tässä tutkimuksessa käytettiin Tixel-ohjelmaa, joka on Tampereen Yliopiston kehittämä Excel-laajennus. Tavoitteena oli kuvata tulokset graafisesti ja taulukoina. Lisäksi tulokset kuvattiin sanallisesti, numeerisesti prosenttiosuuksina ja keskiarvoina.

Avointen kysymysten analysointi toteutettiin laadullisena sisällön erittelyinä. Samaa tarkoittavat lausumat koottiin yhteen ja kategorisoitiin. Tulokset kuvattiin sanallisesti kategorioittain ja havainnollistettiin suorien lausumien avulla. (Kananen 2015, 296-297.)

5 TULOKSET

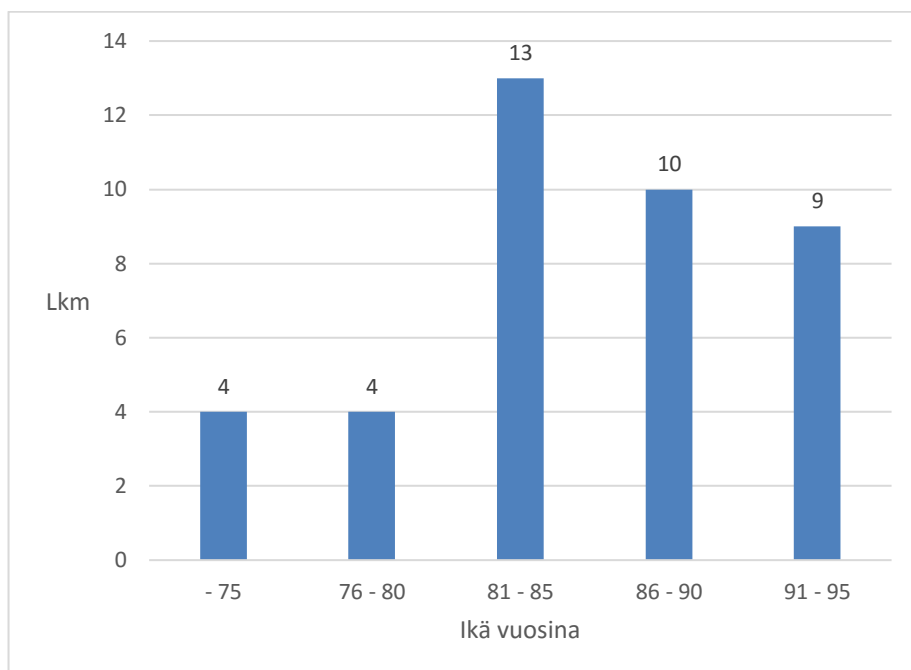
Projektityöntekijät tekivät 79 ikääntyneen kotona käynnin 14.03.2016-31.01.2017 välisenä aikana. Osa ikääntyneistä jäi asiakkaiksi, joiden luona projektityöntekijät ovat jatkaneet kotikäyntejä. Haastattelulomakkeita projektityöntekijät olivat saaneet koottua 14.03.2016-31.01.2017 välisenä aikana yhteensä 40 asiakkaalta ja heistä 18:sta myös väliarvioinnin.

Haastattelulomakkeiden tulokset on jaettu neljään osa-alueeseen, jotka ovat yksinäisyys, terveys, elämänlaatu ja projektin arviointi osuus. Haastattelulomakkeen

kysymykset analysoitiin Tixel-ohjelmaa apuna käyttäen. Osa avoimista vastaus mahdollisuuksista on analysoitu laadullisen sisällön erittelyn avulla ja sijoitettu Tixel-ohjelmaan. Avoin vastaus mahdollisuus arviointi osuudessa, jonka kysymys on ”kokemuksia hankkeen toiminnasta” analysoidaan laadullisena sisällön erittelynä. Tätä avointa kysymystä ei sijoitettu Tixel-ohjelmaan.

5.1 Taustatiedot vastaajista

Haastattelulomakkeen kyselyyn vastanneista 33 oli naisia ja 7 oli miehiä. Vastaajista suurin joukko lukeutui 81-85 vuoden ikäryhmään, joita oli yhteensä 13 vastaajista. Nuorin vastaaja oli 70-vuotias ja vanhin 95-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 84,6 (Kuvio 1).

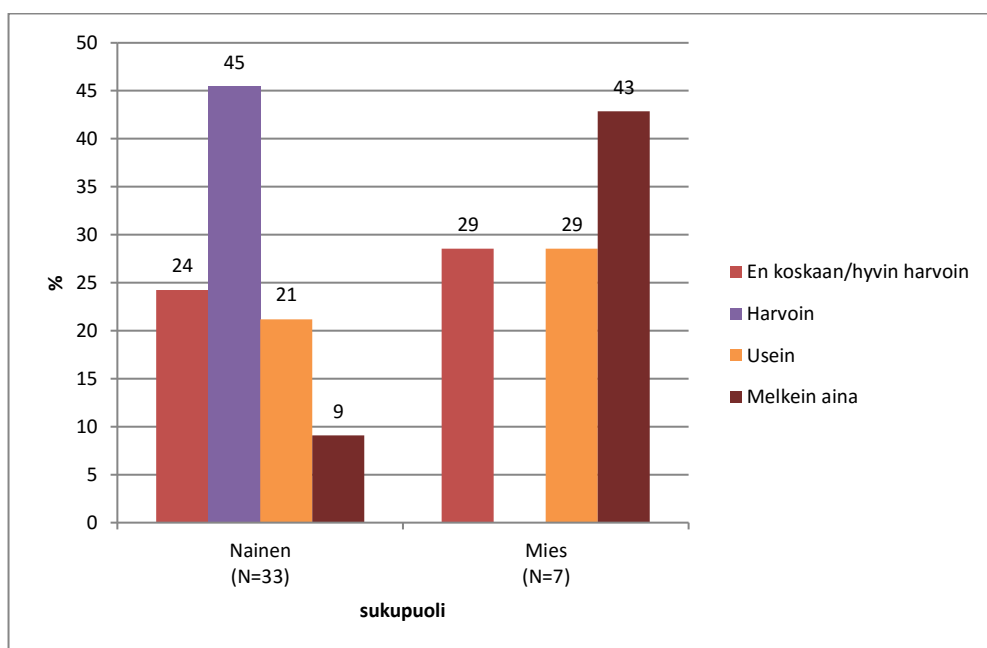


Kuvio 1. Vastaajien ikärakenne (n=40)

5.2 Yksinäisyys

Haastattelulomakkeessa oli kaksi kysymystä suoraan liittyen ikääntyneen kokemaan yksinäisyyteen. Ikääntyneiltä kysyttiin, kokevatko he yksinäisyyttä kuinka usein ja jos kokee, mikä on syynä yksinäisyyden tunteeseen.

Ensimmäiseen kysymykseen, kuinka usein kokee yksinäisyyttä, vastasi kaikki 40 ikääntynyttä. Naisista noin neljännes vastasi, että ei koskaan tai hyvin harvoin. Harvoin, kertoi kokevansa 45% naisista. Usein vastasi viidennes naisista ja 9% kertoi kokevansa melkein aina yksinäisyyttä. Miesten joukosta 29% vastasi kokevansa yksinäisyyttä ei koskaan tai hyvin harvoin. Usein yksinäisyyttä kokevia oli myös 29%. Miehistä 43% koki melkein aina yksinäisyyttä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Koettu yksinäisyys sukupuolten välillä, naiset (N=33) miehet (N=7)

Alla olevasta taulukosta 1 näkyy 40 ikääntyneen yksinäisyyden kokeminen lukumäärinä.

Taulukko 1. Koettu yksinäisyys sukupuolten välillä naisia 33 ja miehiä 7

	<i>Nainen</i>	<i>Mies</i>	<i>Yht.</i>

En koskaan/hyvin harvoin	8	2	10
Harvoin	15	0	15
Usein	7	2	9
Melkein aina	3	3	6
Yht.	33	7	40

Yksinäisyyden kokeminen jakautuu suhteellisen tasaisesti ikäryhmissä. Vain alle 75-vuotiaista 80 ikävuoteen asti kukaan ei vastannut, että ei koe yksinäisyyttä tai kokee sitä hyvin harvoin. Suurin joukko ikääntyneistä koki harvoin yksinäisyyttä.

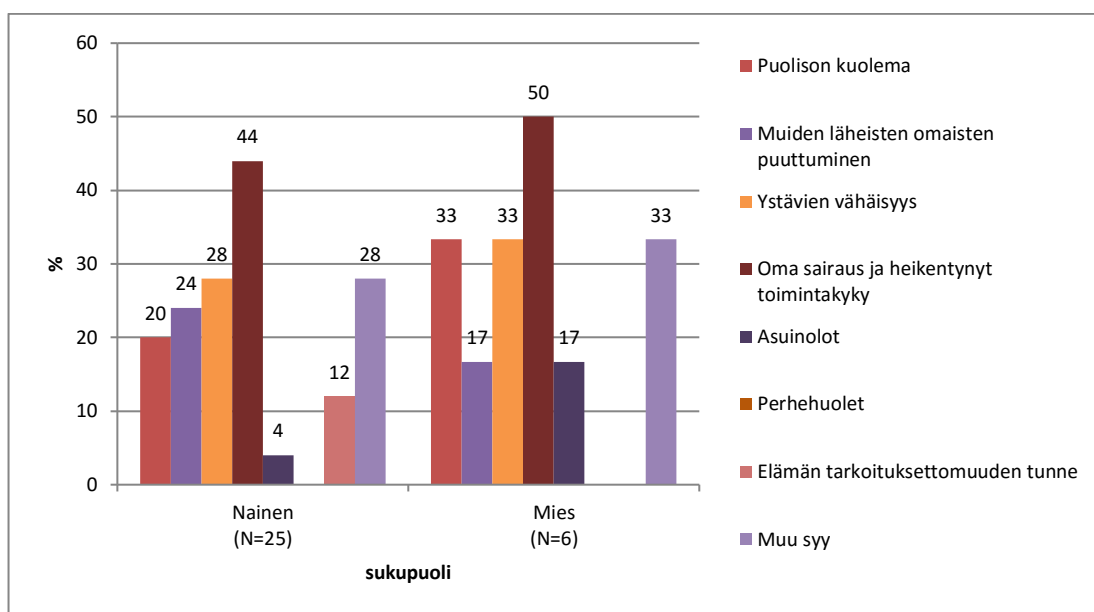
Taulukko 2. Koettu yksinäisyys ikäryhmissä (N=40)

	- 75	76 - 80	81 - 85	86 - 90	91 - 95	Yht.
En koskaan/hyvin harvoin	0	0	5	2	3	10
Harvoin	1	2	4	4	4	15
Usein	2	2	1	3	1	9
Melkein aina	1	0	3	1	1	6
Yht.	4	4	13	10	9	40

Yksinäisyyttä kokevilta ikääntyneiltä kysyttiin syytä yksinäisyyden kokemukselle. Haastattelulomakkeessa oli valmiita vastaus vaihtoehtoja sekä mahdollisuus itse kertoa yksinäisyyden aiheuttaja. Avoimen vastaus mahdollisuuden vastauksista koottiin sisällön erittelyn avulla kategoriat, joiden alle vastaukset sijoitettiin.

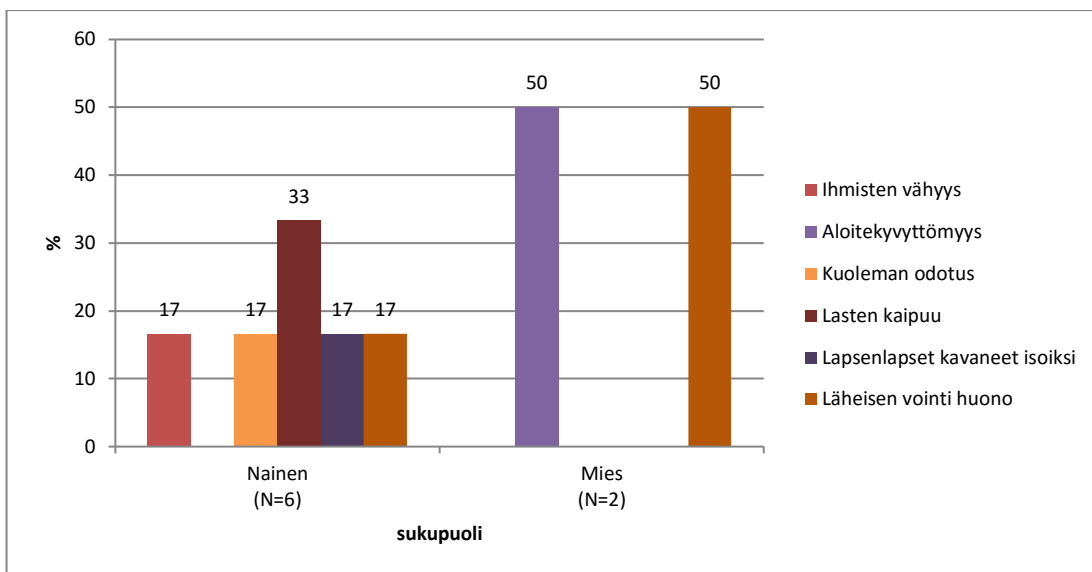
Ikääntyneet saattoivat kokea useammasta syystä yksinäisyyttä. Kukaan ikääntynyt ei kokenut yksinäisyyttä perhehuolien vuoksi. Kaikista eniten naiset kokivat yksinäisyyttä oman sairauden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, jonka osuus oli 44%. Toiseksi eniten naiset kokivat yksinäisyyttä ystävien vähäisyyden tai muun syyn vuoksi. Neljännnes naisista kokivat yksinäisyyttä muiden läheisten tai omaisten puuttumisen vuoksi. Puolison kuoleman vuoksi naisista viidennes koki yksinäisyyttä

ja 12% elämän tarkoituksettomuuden tunteen vuoksi. Pienimpänä yksinäisyyden aiheuttaja naisten joukossa toimi asuinolot. Miehistä suurin joukko koki yksinäisyyttä myös oman sairauden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, jonka osuus oli puolet vastaajista. Toiseksi suurimmat yksinäisyyden aiheuttajat olivat puolison kuolema, ystävien vähyys sekä muut syyt. Miehistä 17% koki yksinäisyyttä muiden läheisten tai omaisten puuttumisen tai asunolojen vuoksi. Miehet eivät kokeneet yksinäisyyttä elämän tarkoituksettomuuden tunteen vuoksi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Yksinäisyyden aiheuttaja ja sukupuoli, naiset (N=25) miehet (N=6)

Muina syinä, jotka aiheuttivat yksinäisyyden tunnetta olivat läheisten vähyys, aloitekyvyttömyys, kuoleman odotus, lasten kaipuu, lastenlasten kasvaminen isoiksi sekä läheisen huono vointisuus. Naisilla suurin muu syy yksinäisyyden kokemukseen johtui lasten kaipuusta. Naiset eivät kokeneet yksinäisyyttä aloitekyvyttömyyden vuoksi. Muut yksinäisyyden aiheuttajat jakautuivat tasaisesti. Miesten muina syinä yksinäisyyden kokemukselle olivat aloitekyvyttömyys sekä läheisten huono vointisuus (Kuvio 4).

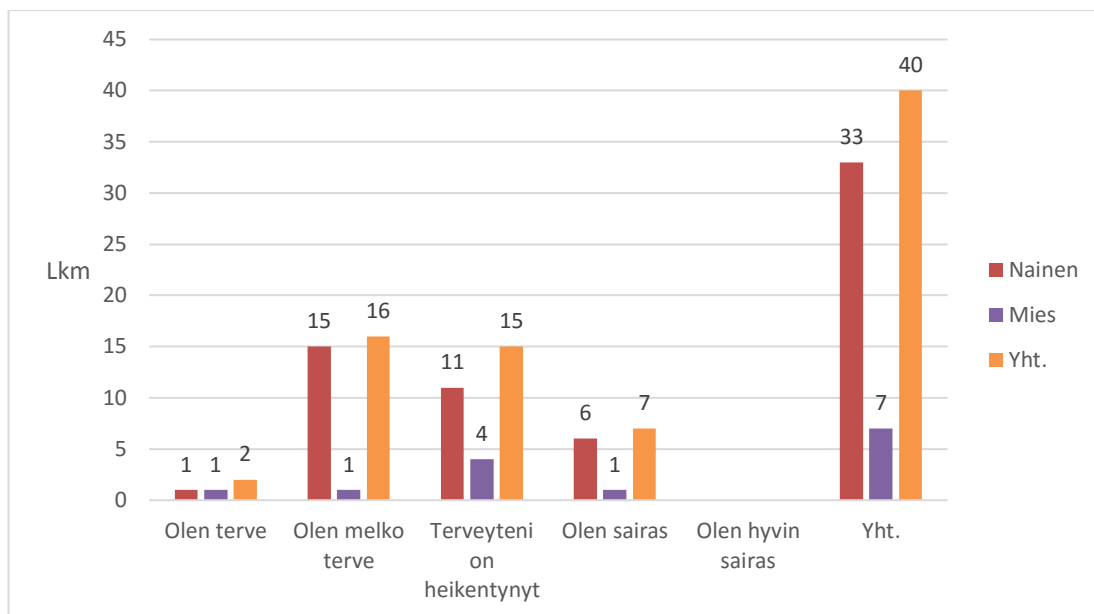


Kuvio 4. Muina syinä yksinäisyyden kokemukselle ja sukupuoli, nainen (N=6) mies (N=2)

5.3 Terveys

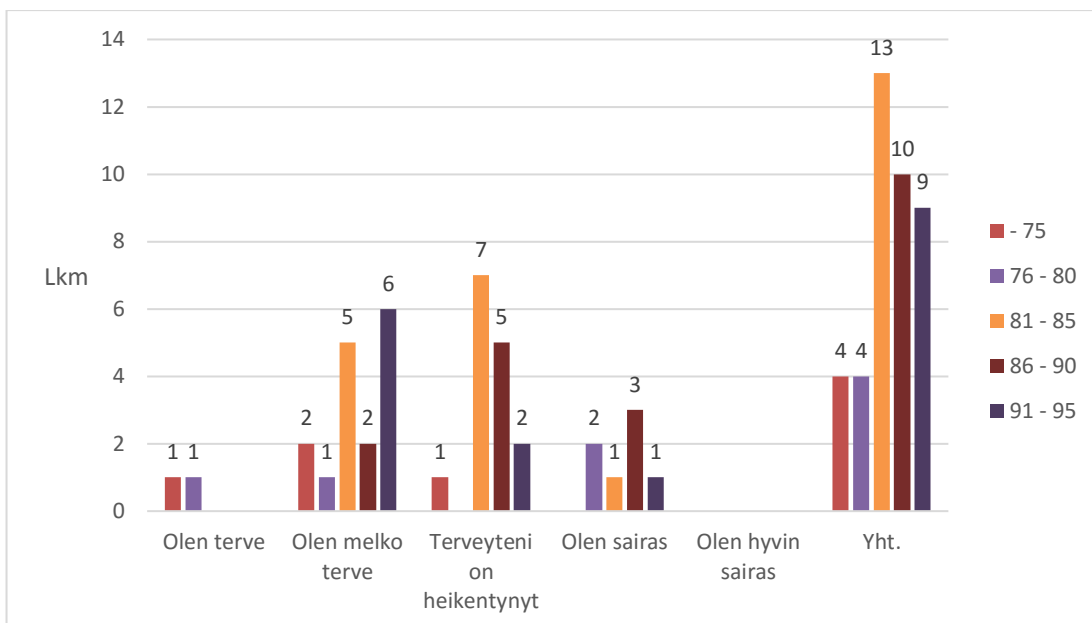
Haastattelulomakkeen kyselyssä oli terveydentilaa koskevia kysymyksiä. Haastattelulomakkeessa oli kysymykset liittyen vastaajan kokemaan terveydentilaan, toimintakykyyn ja avoin vastaus mahdollisuus sairastamiin pitkäaikaissairauksiin. Siinä oli myös kysymys liittyen vastaajan muistin laatuun.

Seuraavaksi haastattelulomakkeeseen vastanneiden kokemukset omasta terveydestä. Suurin osa kyselyyn vastanneista koki olevansa melko terve tai koki terveytensä heikentyneen. Kaksi vastaajaa koki olevansa terve ja seitsemän vastaajaa koki olevansa sairas. Kukaan vastaajista ei kokenut olevansa hyvin sairas. Tulos ei ole tilastollisesti merkittävä sukupuolten välillä (Kuvio 5).



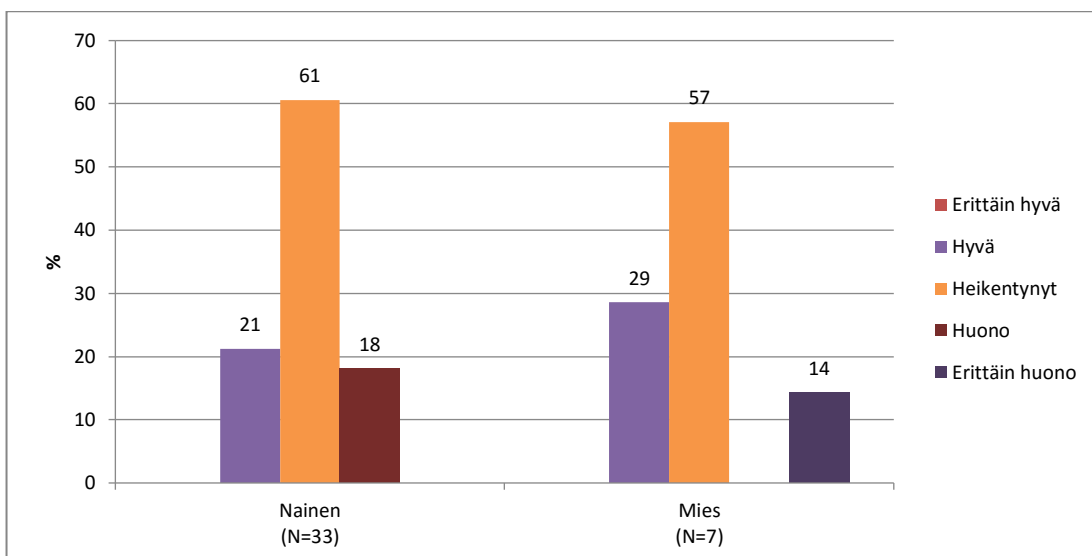
Kuvio 5. Koettu terveys sukupuolten välillä, naiset (N=33) miehet (N=7)

Kuviossa 6. kuvataan terveyden kokemusta iän perusteella. Alle 75 ja sen täyttäneet sekä 76-80-vuotiaista kaksi koki olevansa terve. Kaikista tarkastelussa olleista ikäluokista yhteensä 16 ikääntynyttä ihmistä koki olevansa melko terve. Melko terveeksi kokeneista suurin osa lukeutui 81-85-vuotiaisiin (N=5) sekä 91-95-vuotiaisiin (N=6). Heikentyneeseen terveyden kokeneisiin lukeutui kaikki muut ikäluokat paitsi 76-80-vuotiaat. Suurin joukko joka koki terveytensä heikentyneen, olivat 81-85-vuotiaat (N=7) ja 86-90-vuotiaat (N=5). Itsensä sairaaksi koki yhteensä 7 ikääntynyttä henkilöä. Ikäluokista itsensä sairaaksi kokeviin lukeutui kaikki muut paitsi 75 ja alle 75- vuotiaat. Kuvioista käy ilmi, että terveyden kokeminen ei ole sidonnainen korkeaan ikään.



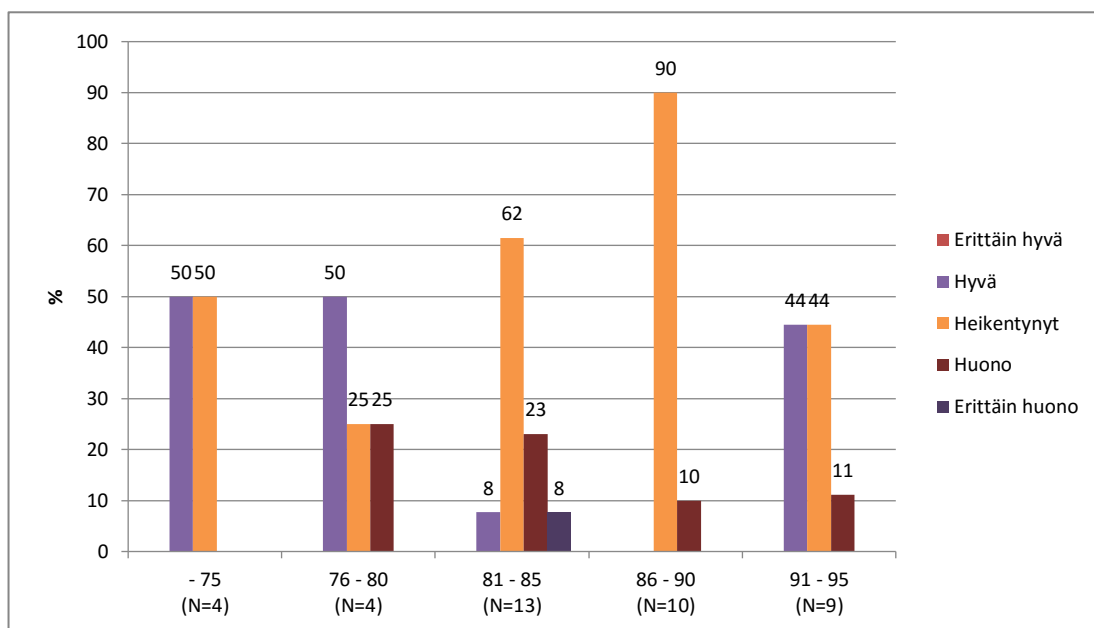
Kuvio 6. Koettu terveys ja ikä (N=40)

Seuraavaksi haastattelulomakkeeseen vastanneiden kokemukset omasta toimintakyvystä ja kunnosta. Naisista suurin osa vastasi toimintakykynsä heikentyneeksi. Kukaan naisista ei kokenut kuntoaan hyväksi tai erittäin huonoksi. Hyväksi toimintakykynsä naisista koki 21% ja huonoksi 18%. Miehistä suurin osa koki toimintakykynsä heikentyneeksi. Erittäin hyväksi tai huonoksi miehistä ei kukaan kokenut toimintakykyään. Miesten joukossa nousi esille 14%, jotka kokivat kuntonsa ja toimintakykynsä erittäin huonoksi. Hyväksi toimintakykynsä ja kuntonsa koki miehistä noin kolmannes (Kuvio 7).



Kuvio 7. Koettu toimintakyky ja kunto sukupuolten välillä, naiset (N=33) miehet (N=7)

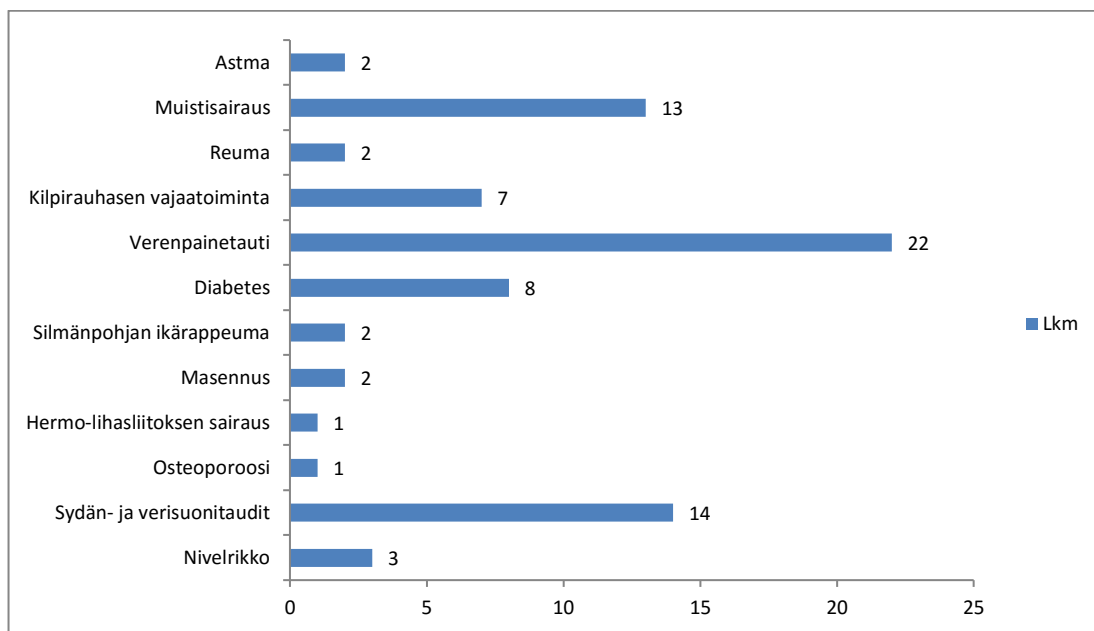
Kuviossa 8. kuvataan toimintakyvyn ja kunnan kokemusta iän perusteella. Mikään ikäryhmä ei kokenut terveyttään erittäin hyväksi. Alle 75 ja 75-vuotiaista koki toimintakykynsä ja kuntonsa hyväksi tai heikentyneeksi. Ikäryhmässä 76-80 koki toimintakykynsä hyväksi puolet vastaajista. Heikentyneeksi ja huonoksi molemmissa ikäluokissa koki 25%. Vain 81-85-vuotiaiden joukossa ikääntyneet henkilöt kokivat toimintakykynsä ja kuntonsa erittäin huonoksi. Heidän ikäryhmässään hyväksi toimintakykynsä ja kuntonsa koki 8%, heikentyneeksi 62% ja huonoksi 23%. Ikäryhmässä 86-90- vuotiaista koki toimintakykynsä ja kuntonsa ainoastaan joko heikentyneeksi, joita oli 90% ja huonoksi, johon kuului 10%. Ikäryhmään 91-95-vuotiaista oli kokemus omasta toimintakyvystä ja kunnosta hyvä 44%, heikentynyt 44% ja huono 11% (Kuvio 8).



Kuvio 8. Koettu toimintakyky ja kunto sekä ikä (N=40)

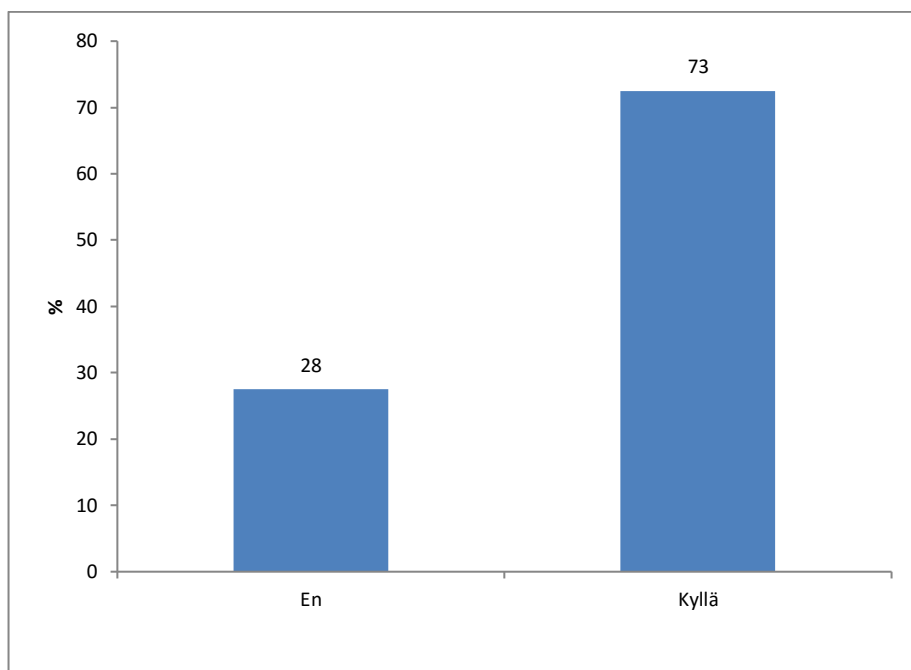
Avoimeen vastaus mahdollisuuteen, jossa kysyttiin pitkäaikaissairauksia, vastasi 38 ikääntynyttä ihmistä. Vastauksista koottiin Tixel-ohjelmaan sisällön erittelyn avulla kategoriat ja vastaukset sijoitettiin parhaiten sopivan vaihtoehdon alle. Vastaajista 2 ei sairastanut mitään pitkäaikaissairautta. Eniten ikääntyneistä henkilöistä sairasti

verenpainetauti, sydän- ja verisuonitautia sekä muistisairautta. Kuviossa 9 esitetään pitkäaikaissairauksien sairastavuutta ikääntyneiden henkilöiden keskuudessa.



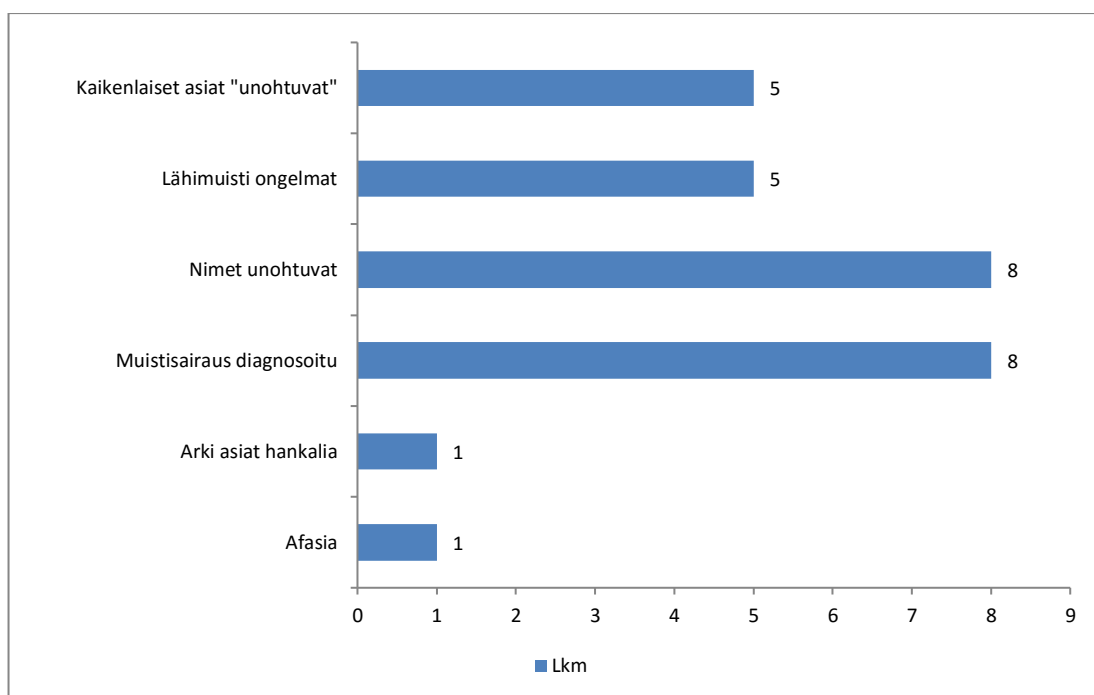
Kuvio 9. Ikääntyneiden pitkäaikaissairaudet (N=38)

Kysymykseen, joka liittyi vastaajien muistin laatuun, vastasi kaikki 40 ikääntynyttä ihmistä. Vastaajista 28% vastasi, että he itse tai omaisen ei ole huomannut muutoksi muistissa. Ikääntyneistä henkilöistä suurin osa 78% vastasi myöntöisesti muistin laadun muutokseen joko omasta tai omaisensa huomioiden perusteella (Kuvio 10).



Kuvio 10. Muutokset muistissa (N=40) (prosentit pyöristetty seuraavaan kokonaislukuun)

Ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin heidän itsensä tai heidän omaistensa mielipidettä siitä, kuinka heidän muistinsa oli muuttunut. Vastanneita oli yhteensä 28 ikääntynyttä. Vastauksista oli koottu Tixel ohjelmaan sisällön erittely ja vastaukset laitettu parhaiten sopivan vaihtoehdon alle. Suurin osa vastasi, että heillä on diagnosoitu muistisairaus tai on ongelmia muistaa nimiä. Toiseksi eniten muistiin liittyvät muutokset koskivat lähimuisti ongelmia tai asioiden kaikenlaista ”unohtelua”. Yhdellä vastaajista oli ilmennyt afasia, jonka selvin oire liittyy puheen tuottamiseen ja voi ilmetä esimerkiksi änkytyksenä (Muistiliiton www-sivut). Vastaajista yksi mainitsi myös arki asioiden hankaloitumisen (Kuvio 11).



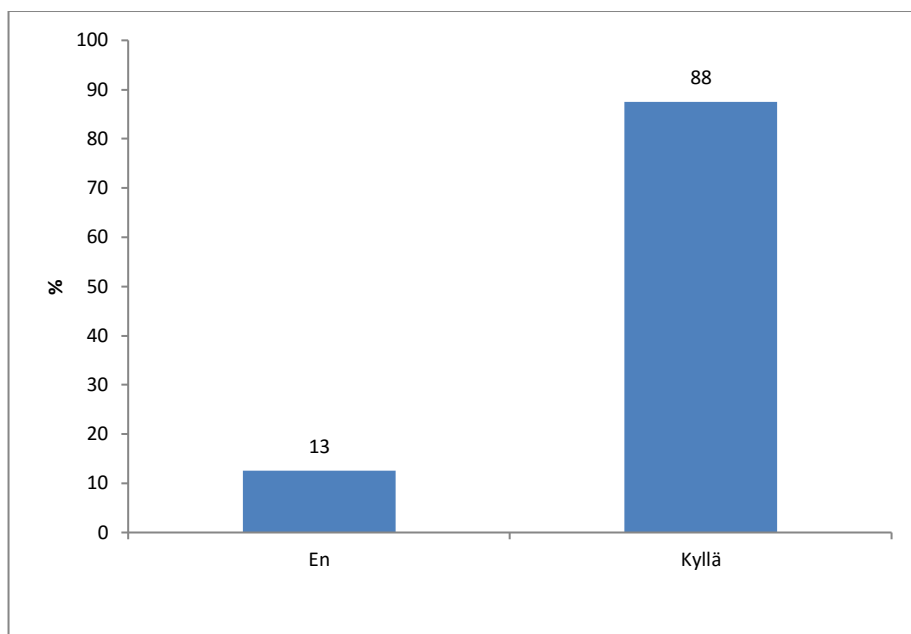
Kuvio 11. Muistin muutosten jakautuminen ikääntyneillä (N=28)

5.4 Elämänlaatu

Haastattelulomakkeessa oli ikääntyneiden henkilöiden kokemaan elämänlaatuun liittyviä kysymyksiä. Haastattelulomakkeessa ikääntyneiltä ihmisiltä kysyttiin

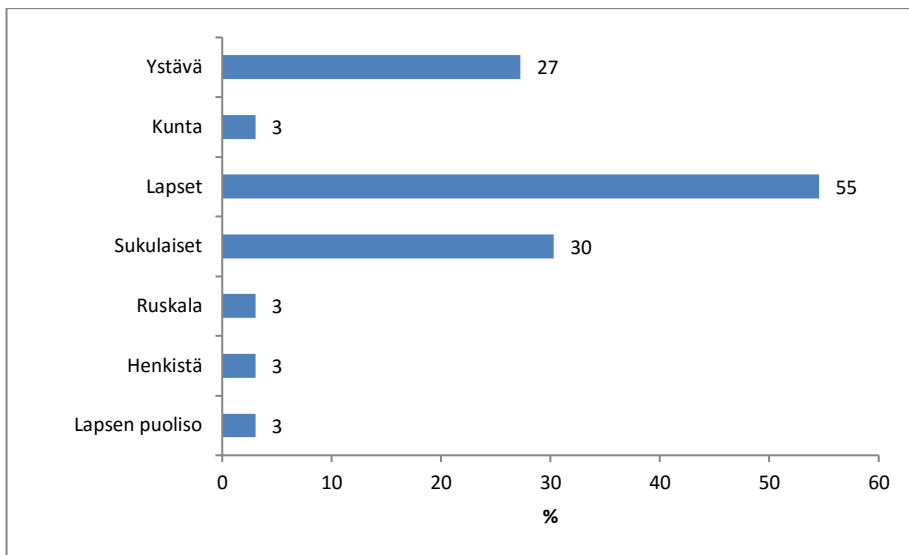
saavatko he tukea omaisilta tai ystäviltä ja onko heillä käytössä kotiin tuotetuista palveluista. Ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin myös ovatko he kokeneet viimeisen kuukauden aikana alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta sekä mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta.

Kysymykseen, joka liittyi vastaajien saamaan apuun ja tukeen, vastasi kaikki 40 ikääntynyttä henkilöä. Vastaajista 13% ei saa apua tai tukea ja 88% vastasi saavansa apua tai tukea ystäviltä tai omaisilta (Kuvio 12).



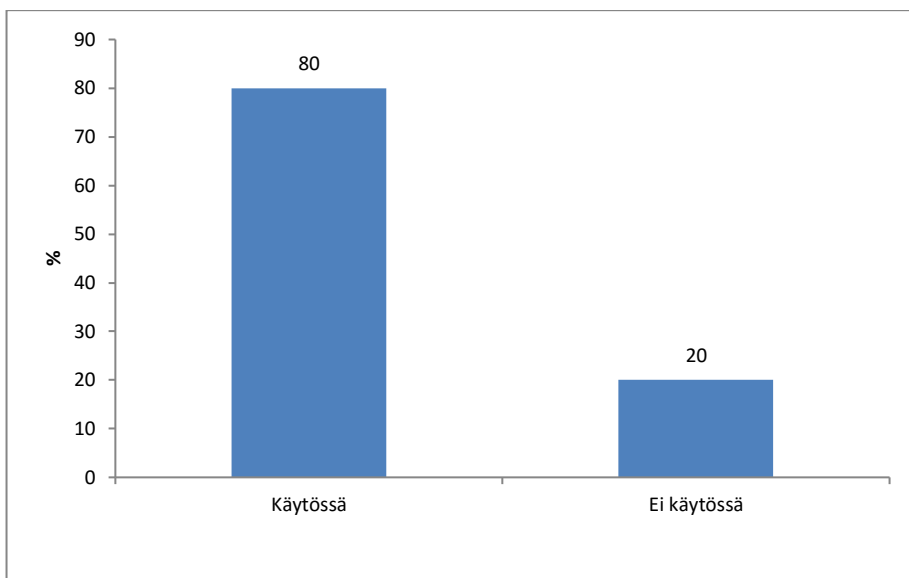
Kuvio 12. Ystäviltä tai omaisilta saatu apu tai tuki (N=40) (prosentit pyöristetty seuraavaan kokonaislukuun)

Tixeliin tuotettiin avun tai tuen antajasta tietoa, painotuksena sen elämänlaadun merkitys. Avoin vastaus mahdollisuus analysoitiin sisällön erittelynä ja sijoitettiin Tixeliin kategorioittain. Vastaajia oli yhteensä 33. Suurin osa ikääntyneistä henkilöistä sai apua tai tukea lapsiltaan, tämän osuus oli hieman yli puolet. Sukulaisten apua tai tukea sai 30% ja ystävien apua tai tukea sai 27%. Kunta, Ruskala, lapsen puoliso ja henkinen apu olivat yksittäisille ikääntyneille avun tai tuen tarjoojiana (Kuvio 13).



Kuvio 13. Avun tai tuen antaja (N=33)

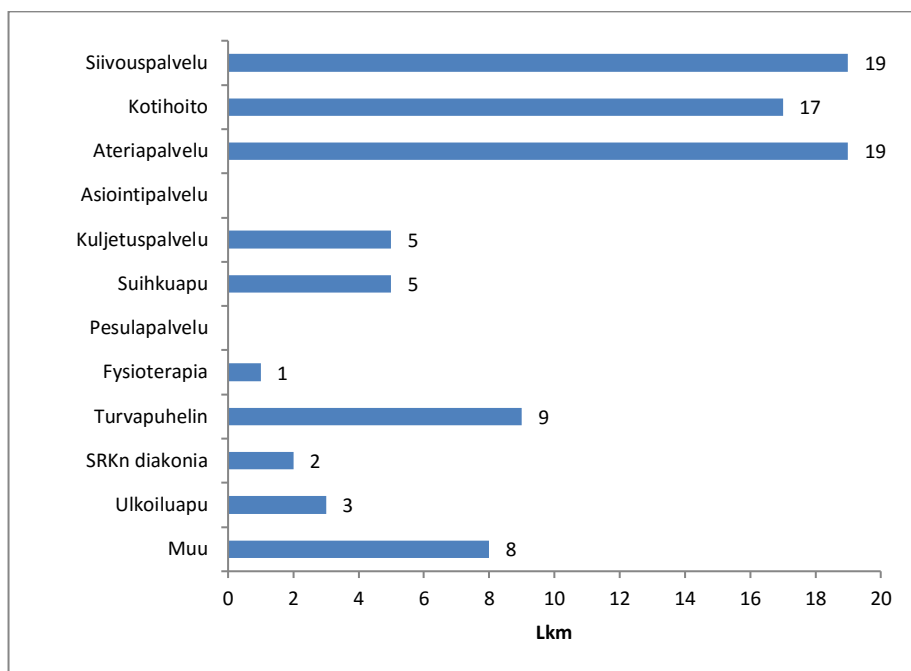
Ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin, käyttävätkö he kotiin tuotettuja palveluita. Kaikki 40 ikääntynyttä vastasi ja 80% vastaajista kotiin tuotettuja palveluita on käytössä ja 20% ei ole (Kuvio 14).



Kuvio 14. Kotiin tuotetut palvelut käytössä (N=40)

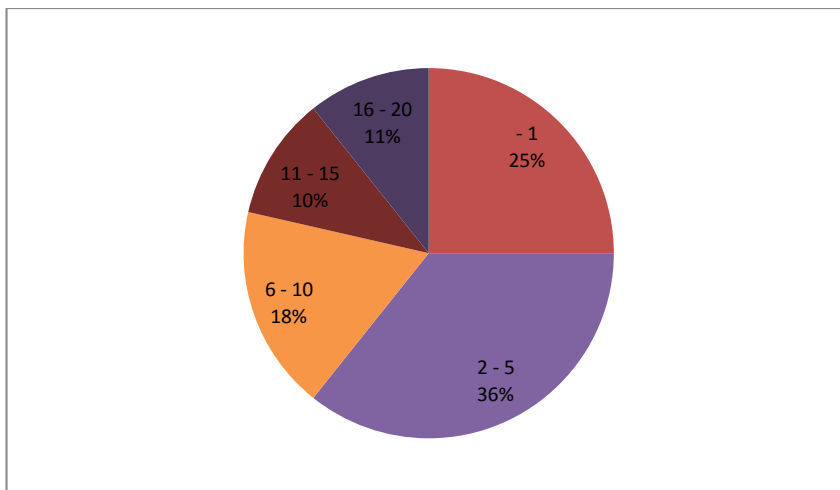
Haastattelulomakkeessa kysyttiin kotiin tuotettuja palveluita käyttäviltä, mitä palveluita he käyttävät. Eniten käytössä oli siivous- ja ateriapalvelu. Kotihoito oli toiseksi eniten käytetty palvelu. Vastaajista yhdeksällä oli käytössä turvapuhelin, joka

oli kolmanneksi yleisin kotiin tuotetuista palveluista. Kahdeksalla ikääntyneellä oli käytössä muu kotiin tuotettu palvelu. Esimerkiksi henkilökohtainen avustaja. Kuljetuspalvelu ja suihkuapu olivat viidellä vastaajalla käytössä. Asiointipalvelua ja pesulapalvelu ei ollut kenelläkään vastaajista käytössä (Kuvio 15).



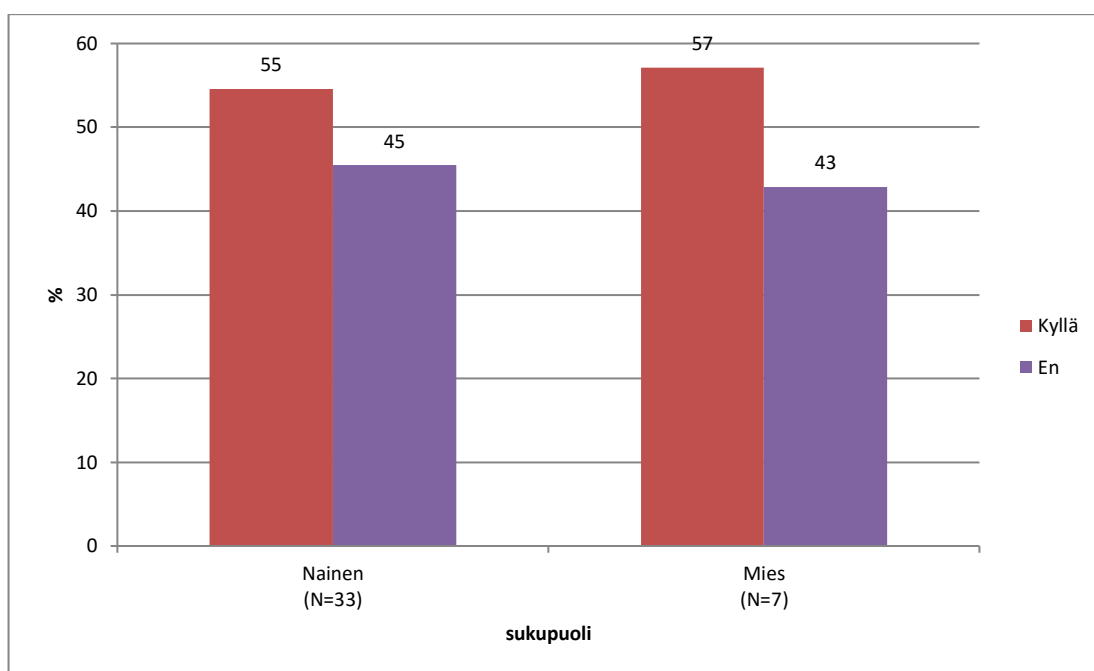
Kuvio 15. Kotiin tuotetut palvelut (N=32)

Haastattelulomakkeessa kysyttiin kotiin tuotettuja palveluita käyttäviltä, kuinka usein kotiin tuotettu palvelu oli käytössä. Tähän laskettiin fyysisesti kotona tehtävät käynnit, jotka ovat siivous- ja ateriapalvelu, kotihoito, suihkuapu, fysioterapia, SRKn diakonia ja ulkoiluapu. Vastaajista 36% käytiin 2-5 kertaa viikossa. Tehden tästä yleisimmän käynti määrän. Kerran viikossa tai harvemmin kotiin tuotettu palvelu oli käytössä neljänneksellä vastaajista. Kolmanneksi yleisin oli 6-10 käyntiä viikossa. Kotona suoritettuja käyntejä 16-20 kertaa viikossa tehtiin 11% ikääntyneistä henkilöistä ja 11-15 käyntiä viikossa tehtiin 10% (Kuvio 16).



Kuvio 16. Kotiin tuotetun palvelun viikossa suoritettut käynnit

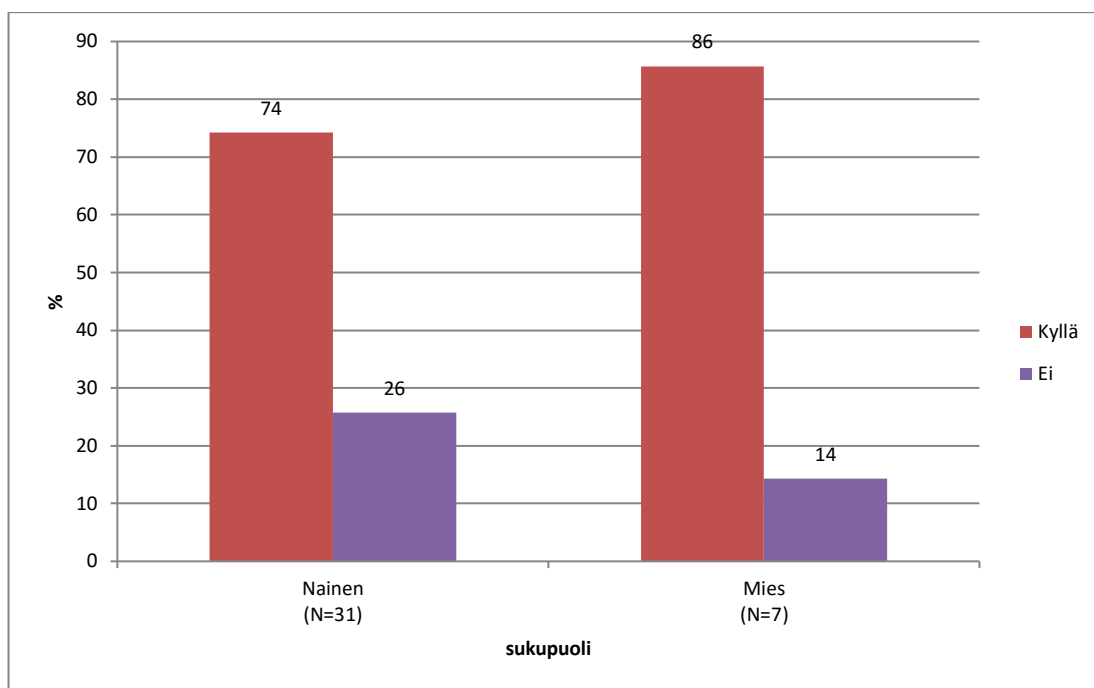
Ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin ovatko he kokeneet viimeisen kuukauden aikana alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta. Kaikki 40 ikääntynyttä henkilöä vastasi kysymykseen. Naisista 55% vastasi myönteisesti ja 45% kielteisesti. Miehistä 57% vastasi kysymykseen myönteisesti ja 43% kielteisesti (Kuvio 17).



Kuvio 17. Ikääntyneiden viimeisen kuukauden aikana usein kokema alakulo, masentuneisuus tai toivottomuus sukupuolten välillä, naiset (N=33) miehet (N=7)

Haastattelulomakkeessa kysyttiin ikääntyneiltä ihmisiltä ovatko he viimeisen kuukauden aikana tunteneet usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta.

Kysymykseen vastasi 38 ikääntyntä henkilöä. Naisista 74% vastasi myönteisesti ja runsas neljännes kielteisesti. Miehistä lähes kaikki vastasi kysymykseen myönteisesti ja 14% kielteisesti (Kuvio 18).



Kuvio 18. Ikääntyneiden viimeisen kuukauden aikana usein kokema mielenkiinnon puute tai haluttomuus sukupuolten välillä, naiset (N=31) miehet (N=7)

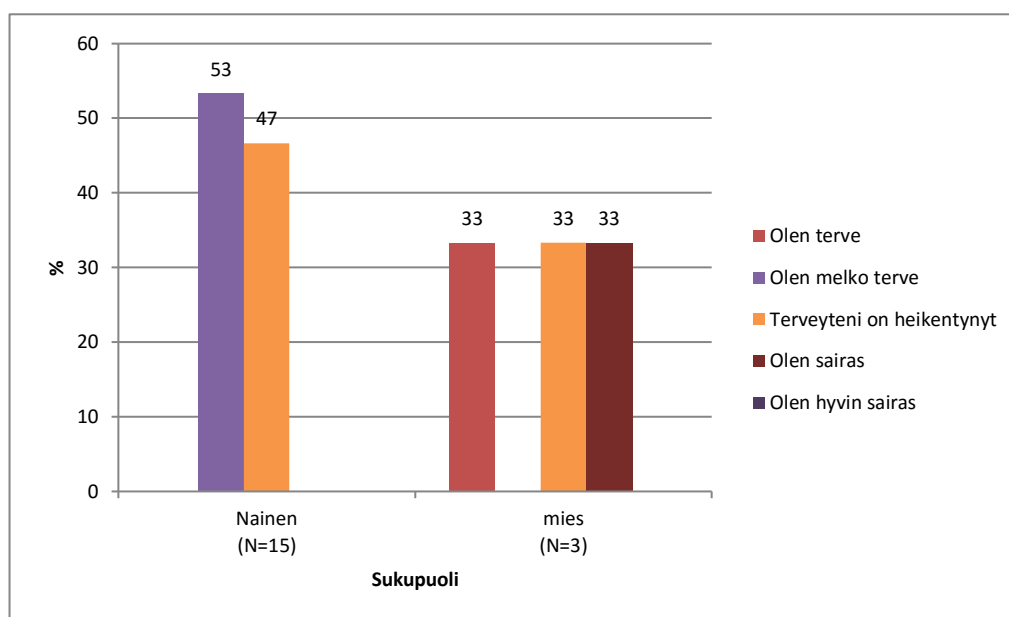
5.5 Projektin arviointi osiot

”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektia oli projektityöntekijöiden toimesta päästy arvioimaan 18 ikääntyneen henkilön kohdalla. Vähäiseen arvioinnin lukumäärään vaikutti aika sekä ikääntyneiden ihmisten tilanne. Osa ikääntyneistä henkilöistä oli siirtynyt laitoshoittoon tai menehtynyt. Opinnäytetyössä analysoidaan 18 ikääntyneen henkilön antama arvio projektin toimivuudesta.

Arviointi osiossa oli neljä strukturoitua kysymystä ja yksi avoin kysymys. Strukturoidussa kysymyksissä kysyttiin ikääntyneen ihmisen nykyistä terveyden tilaa, yksinäisyyden kokemusta, onko viimeisen kuukauden aikana tuntenut usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta sekä onko viimeisen kuukauden aikana tuntenut

usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta. Avoimessa kysymyksessä kysytään ikääntyneen henkilön kokemuksia hankkeen toiminnasta.

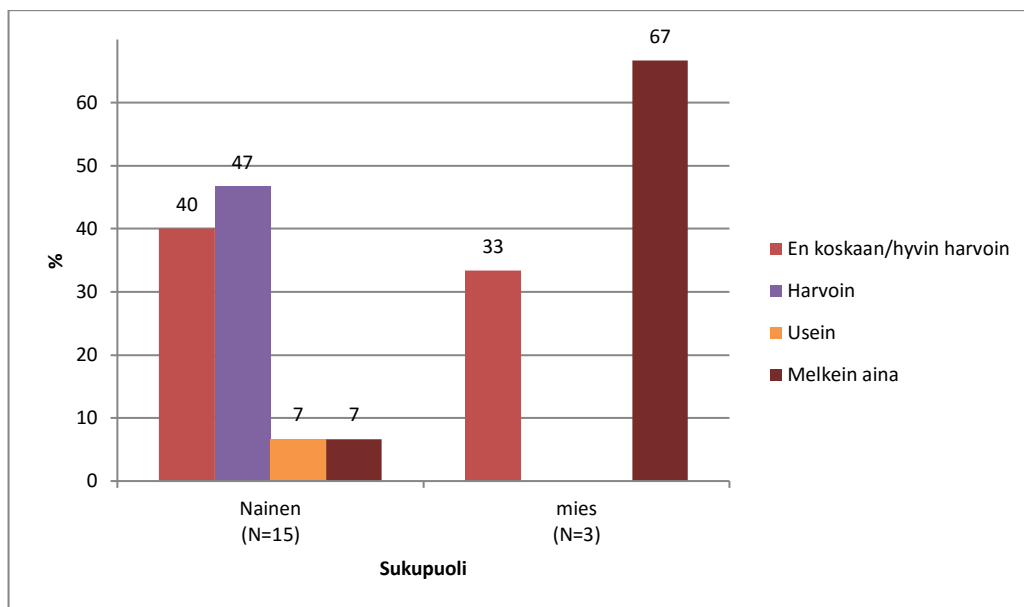
Arviointiin oli osallisia jokaisesta tutkimuksen ikäryhmästä ja iän keskiarvo oli 83,7. Naisia arviointiin osallistui 15 ja miehiä 3. Kysymykseen millaiseksi koette terveyttenne kukaan 18 ikääntyneestä henkilöstä ei vastannut olevansa hyvin sairas. Naisista hieman yli puolet koki olevansa melko terve ja noin puolet koki terveyden heikentyneen. Miehillä terveyden kokemus jakautui tasaisesti 33% ja he kokivat itsensä terveeksi, terveyden heikentyneeksi tai kokivat itsensä sairaaksi (Kuvio 19). Verrattaessa seurantavaiheen tuloksia projektin loppuarviointiin tulokset ovat pysyneet samana.



Kuvio 19. Terveyden kokemus ja sukupuoli, naiset (N=15) miehet (N=3)

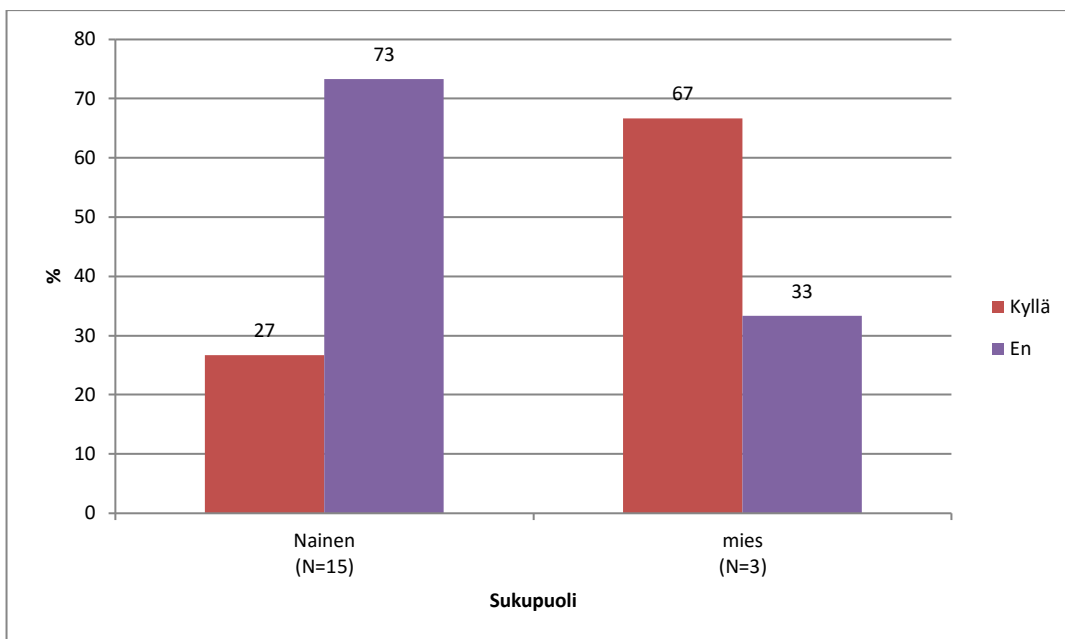
Yksinäiseksi arviointi osiossa naisista suurin osa, noin puolet koki harvoin yksinäisyyttä. Ei koskaan tai hyvin harvoin yksinäisyyttä koki 40% naisista. Usein ja melkein aina naisista koki yksinäisyyttä 7%. Miehistä suurin osa, 67% kokivat melkein aina yksinäisyyttä ja kolmannes miehistä ei koskaan tai hyvin harvoin (Kuvio 20). Verrattaessa seurantavaiheen tuloksia projektin loppuarviointiin tuloksissa on

tapahtunut pientä muutosta. Naiset eivät enää kokeneet niin usein yksinäisyyttä kuin projektin alkuvaiheessa.



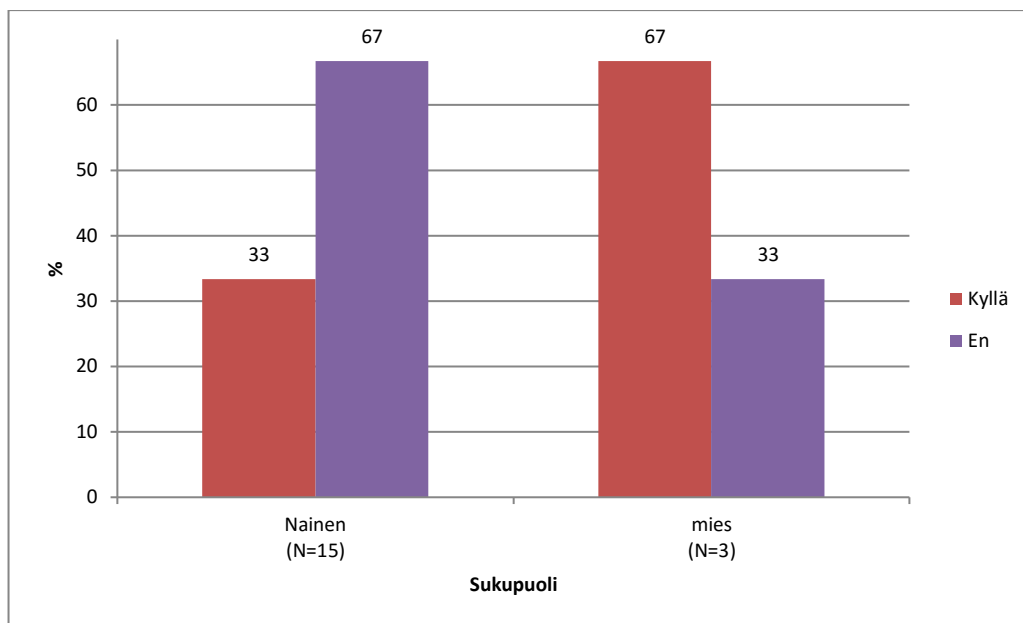
Kuvio 20. Yksinäisyys ja sukupuoli, naiset (N=15) miehet (N=3)

Ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin ovatko he kokeneet viimeisen kuukauden aikana usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta. Naisista 73% vastasi ei ja 27% vastasi kyllä. Miehistä kolmannes vastasi ei ja 67% vastasi kyllä (Kuvio 21). Verrattaessa seurantavaiheen tuloksia projektin loppuarviointiin tuloksissa on tapahtunut muutosta naisten osalta. Loppuarvioinnissa neljäsosa naisista oli tuntenut enää viimeisen kuukauden aikana usein alakuloa, masentuneisuutta ja toivottomuutta.



Kuvio 21. Viimeisen kuukauden aikana usein koettu alakulo, masentuneisuus ja toivottomuus sukupuolten välillä, naiset (N=15) miehet (N=3)

Viimeisessä strukturoidussa kysymyksessä arviointi osiossa ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin ovatko he viimeisen kuukauden aikana tunteneet usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta. Naisista 67% vastasi ei ja kolmannes vastasi kyllä. Miehistä kolmannes vastasi ei ja 67% vastasi kyllä (Kuvio 22). Verrattaessa seurantavaiheen tuloksia projektin loppuarviointiin tuloksissa on tapahtunut muutosta naisten osalta. Loppuarvioinnissa neljäsosa naisista oli tuntenut enää viimeisen kuukauden aikana usein mielenkiinnon puutetta ja haluttomuutta.



Kuvio 22. Viimeisen kuukauden aikana usein koettu mielenkiinnon puute tai haluttomuus sukupuolten välillä, naiset (N=15) miehet (N=3)

Avoimessa kysymyksessä ikääntyneiltä henkilöiltä kysyttiin kokemuksia ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin toiminnasta. Ikääntyneistä henkilöistä 17 (N=18) arviointi osioon vastanneista vastastasi tähän kysymykseen. Vastauksista nousi selvästi esille, että 16 ikääntynyttä ihmistä (N=18) olivat kokeneet projektin myönteisesti. Yhteen ei ollut vastattu ja toisessa ei ollut selkeästi viitattu projektin toimintaan.

Hyvin myönteinen kokemus.

Kympin arvoinen hanke.

Vastauksista 11 (N=18) nousi selvästi esille, että ikääntyneet pitivät jatkuvuudesta ja siitä, että sama henkilö käy heillä säännöllisin väliajoin käymässä.

On ollut apua, aina sinua odotan.

Tykkään, että juuri sinä käyt – odotan aina!

Hyväksi on tukiystävän kanssa käyminen eri paikoissa.

Ikääntyneet kertovat myös, kuinka projektilla on ollut parantavia vaikutuksia fyysisesti ja psyykkisesti. Tällainen esiintyy 9 vastauksessa selkeästi (N=18).

Jos olisin vaan yksin jurputtanut asioitani sängyssä, niin ei se olis juhlaa ollu.

Tämä on auttanut, olen terveempi kuin alussa. Olen virkoisempi kuin silloin. Ette turhaan ole käynyt. Nyt en tunne yksinäisyyttä. Silloin olin tosi asentunut. Kaikki on nyt hyvin.

Ihan hyvä, että joku tulee ovesta. Yksinäisyys on paha.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimusideat

Tutkimustulokset käydään läpi tutkimuskysymyksien avulla. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli ”Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat yksinäisyytensä?”. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että miehet kokivat enemmän yksinäisyyttä kuin naiset. Kuitenkin on huomioitavaa, että tutkimuksessa oli mukana miehiä vain seitsemän. Suurin osa vastaajista koki harvoin yksinäisyyttä. Yksinäisyyden kokemus saattoi johtua useista syistä. Haastattelulomakkeen tulosten perusteella voidaan päätellä, että omalla terveydentilalla ja toimintakyvyllä on eniten vaikutusta ikääntyneiden henkilöiden kokemaan yksinäisyyden tunteeseen. Seuraavaksi yleisimmät syyt yksinäisyyden kokemiselle, johtuivat läheisten kaipuusta sekä miehillä että naisilla. Aikaisempi tutkimus kertoo, että yksinäisyydellä on yhteys sairastumiseen, jäämiseen leskeksi, depression ja toiminnanvajeisiin (Duodecim 2012, 1215). Toinen tutkimus osoittaa, että henkilöt jotka kokevat huonoksi terveydentilansa, kokevat usein myös olevansa yksinäisiä (Oulun yliopiston www-sivut 2015). Ikääntyneiden henkilöiden yksinäisyyteen ei vaikuttanut perhehuolet. Miehet eivät kokeneet yksinäisyyttä elämän tarkoituksettomuuden vuoksi.

Seuraava tutkimuskysymyksenä oli ”Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat terveytensä?”. Enemmistö vastaajista koki olevansa melko terve tai terveyden huonontuneen. Yli puolet sekä miehistä että naisista kertoi toimintakykynsä heikentyneen. Eniten ikäluokassa 81-90- vuotiaat kokivat terveyden sekä toimintakyvyn heikentyneen. Yleisimpiä pitkäaikaissairauksia yksinäisillä ikääntyneillä olivat verenpaineauti, muistisairaus sekä sydän- ja verisuonitaudit. Kolmella neljästä vastaajasta oli havaittu muutoksia muistissa. Iän myötä

muistisairauksien esiintyvyys kasvaa siten, että ikäryhmässä 65-75 vuotiailla se on 4,2%, 75-84 vuotiailla se on 10% ja yli 85-vuotiailla se on 35% (Oulun yliopiston www-sivut 2015).

Viimeinen tutkimuskysymys oli ” Miten kotona yksin asuvat ikääntyneet kokevat elämänlaatunsa?”. Lähes kaikki vastaajat saivat apua omaisilta tai ystäviltä. Eniten ikääntyneet henkilöt saivat apua lapsiltaan. Suurimmalla osalla ikääntyneistä henkilöistä oli käytössään kotiin tuotettuja palveluita. Viimeisen kuukauden aikana vastaajista yli puolet kokivat usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta. Aikaisempi tutkimus osoittaa, että ikääntyneillä ihmisillä masennus on yleisin psyykinen häiriö, ja ikääntyneiden ihmisten keskuudessa vaikean masennuksen esiintyvyys on 1-4% (Oulun yliopiston www-sivut 2015). Melkein kaikki vastaajat olivat kokeneet viimeisen kuukauden aikana usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta. Tässä havaitaan ristiriitaisuutta yksinäisyyden kokemiseen, sillä lähes kaikki vastaajat kokivat alakuloa, masentuneisuutta, toivottomuutta sekä mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta, vaikka vastasivat, että eivät koe usein yksinäisyyttä. Tätä voidaan pohtia, mistä tällainen ristiriitaisuus johtuu. Syitä voivat olla esimerkiksi, että ikääntyneet henkilöt eivät halua myöntää kokevansa yksinäisyyttä tai se, että he eivät tiedä kokevansa sitä. Aikaisempi tutkimus antaa viitteitä siitä, että heikentynyt elämänlaatu liittyy yksinäisyyteen (Duodecim 2012, 1215).

Projektin arviointi osuudesta voidaan tehdä joitakin huomioita, vaikka otos on pieni. Vastaajista alle puolet saatiin arviointiin mukaan, sillä suurimmalla osalla ikääntyneistä henkilöistä terveyden tila oli laskenut niin, että he olivat joutuneet laitoshiitoon tai menehtyneet. Arvioinnissa mukana olleiden terveyden sekä yksinäisyyden kokemus oli pysynyt samana kuin alkukysely vaiheessa. Muutosta oli tapahtunut viimeisen kuukauden aikana usein koetun alakulon, masentuneisuuden, toivottomuuden, mielenkiinnon puutteen sekä haluttomuuden osalta myönteisempään suuntaan. Miesten tilanne oli pysynyt samana.

”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektiin yksinäisillä ikääntyneillä henkilöillä oli positiivinen vastaanotto ja puolet vastaajista kokivat myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen ja fyysiseen terveyteensä. Yli puolet vastaajista piti

jatkuvuudesta, että sama henkilö kävi heitä katsomassa ja säännöllisyys oli heille tärkeää. Projekti on saanut aikaan positiivisia vaikutuksia kotona yksin asuvissa ikääntyneissä henkilöissä.

Jatkotutkimusideana voisi olla tutkimuksen laajennus koskemaan myös laitoshoidossa olevia yksinäisiä ikääntyneitä ihmisiä. Haastattelulomakkeessa nousi esille kehittämismahdollisuutta, sillä sen pitäisi olla täysin identtinen jokaisessa haastattelussa ja täten helpotettaisiin tutkijan sekä varmasti haastattelijan työtä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä on käytetty monimenetelmällistä lähestymistapaa eli sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää. Virheitä voivat aiheuttaa määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa se, että tutkijalle on jäänyt epäselväksi tai tutkimuksen aikana on hämärtynyt tavoite ja tutkimusongelma, tutkimuskohde ei ole tullut tutuksi, ei ole riittävästi tietoa asiasta tai huolimaton tutkimuksen tekeminen. (Vilka. 2007, 100-101). Laadullisessa eli kvalitatiivisessa menetelmässä on tärkeää, että validiteetti ja reliabiliteettiä käytetään oikein sovellettuna (Haltia & Nieminen. 2013). Opinnäytetyössä on pyritty välttämään määrällisen tutkimuksen ongelmia ja käyttämään validiteettiä sekä reliabiliteettiä soveltaen laadullisissa menetelmä osioissa.

Tutkimuksesta pyritään poistamaan ainakin osa virheistä käyttämällä luotettavuustarkastelua eli validiteettiä ja reliabiliteettiä (Kananen. 2015, 338). Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata tutkimuksessa (Heikkilä. 2014, 27). Järjestelmällisiä virheitä ei saisi olla pätevässä tutkimuksessa. Tällä tarkoitetaan sitä, millä tavoin tutkittavat ovat käsittäneet kyselylomakkeen, kysymykset ja mittarin. Validiteetti sisältää tarkan määrittelyn käsitteistä, perusjoukosta ja muuttujista, huolellista suunnittelua mittarin osalta sekä aineiston keräämisen. Aineistoihin, jotka ovat valmiina on kriittisesti suhtauduttava. Niiden luotettavuutta tulee punnita. Usein tietoja tulee muokata, yhdistää ja tulkita tai normitettava tietoja, jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia. (Hirsjärvi ym. 2009, 186, 189.) Tärkeää on myös varmistaa, että tutkimusongelma on

mitattavissa mittarin kysymyksillä. (Vilka. 2015, 193-194.) Tutkittaville on tehty haastattelulomakkeen avulla kysely ja näin mahdollistettu kysymysten selventäminen. Opinnäytetyössä on koitettu selvittää huolellisesti ja selvästi validiteetille ominaiset seikat. Haastattelulomakkeet oli tehty projektityöntekijöiden toimesta Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA -tietokannasta saadun terveys- ja hyvinvointimittarista lisäämällä siihen yksinäisyyteen liittyviä kysymyksiä, jotka löytyvät saman tietokannan sivustolta. Mittarit ovat täten luotettavia ja kaikkien käytössä. TOIMIA -tietokannan sisällöstä huolehtii asiantuntijaryhmät, jotka päivittävät ja täydentävät tietokannan sisältöä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut.) Haastattelulomakkeissa on hieman eroavaisuutta muotoilussa, mutta ei luotettavuuteen liittyviä ongelmakohtia.

Reliabiliteetti eli tutkimuksen toistettavuus tarkoittaa sitä, että tulokset ovat tarkkoja. Tämä tarkoittaa, että tulokset ovat toistettavissa ja tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksista saatuja tuloksia ei saa yleistää muuhun kuin tutkittavaan alueeseen eli ei esimerkiksi muuhun aikaan tai yhteiskuntaan. Mittarin kokonaisluotettavuus koostuu tutkimuksen luotettavuudesta ja pätevyydestä. Useat asiat vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Virheitä syntyy esimerkiksi silloin, kun vastaaja ei ymmärrä asiaa samalla tavalla kuin tutkija tai muistaa asioita väärin. Virheitä syntyy myös, kun haastattelijat kirjaa vastaajien vastaukset väärin tai, kun tallennettaessa tietoja tutkija tekee virheitä. (Vilka. 2015, 194.) Osa tutkimuksen vastaajista poti muistisairautta ja sen vuoksi virheitä saattaa olla. Haastattelijana toimi tutkimuksessa kuitenkin valveutunut asiantuntija ja osaa arvioida vastaajien arviointikykyä. Opinnäytetyössä on pyritty välttämään mahdollisia kirjaus ja tallentamisen virheitä.

Opinnäytetyössä käytetään projektityöntekijöiden keräämää aineistoa. Kyselylomakkeet oli valittu ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektiä varten ja haastattelijat olivat tutkimuksen tekemisen perusosaamisen hallitsevia työntekijöitä. Haastattelulomakkeen kysymyksiä on kategorisoitu yksinäisyyden, terveyden ja elämänlaadun osa-alueille. Haastattelulomakkeen kyselyyn on tehty tutkijan toimesta joitakin muutoksia, kuten luokittelua vastaajien pitkäsaairauksien osalta ja tulkittu haastattelulomakkeiden tuottamaa aineistoa tutkimukselle ja tutkimuskysymyksille olennaiseksi tiedoksi.

6.3 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimuksen tekoon alusta loppuun vaikuttaa tutkimusetiikka (Vilka. 2015, 41). Tämä tarkoittaa, että hyviä tieteellisiä käytäntöjä on noudatettu tutkimuksen teossa. Tutkijan on huomioitava tutkimuksen tekoon liittyvät monet eettiset kysymykset. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedon hankkimiseen sekä julkistamiseen ovat hyväksytyjä yleisesti. Hyviä tieteellisiä käytäntöjä ovat ohjeiden mukaan se, että tutkimuksessa käytetyt toimintatavat noudattavat tiedeyhteisön säännöksiä. Toimintatavat tarkoittavat yleistä huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä sekä rehellisyyttä läpi koko tutkimuksen teossa sen tallentamisesta, esittämiseen ja arviointiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 24.)

Opinnäytetyö on toteutettu valmiiksi kerätyn aineiston pohjalta ja keskittyy ikääntyneeseen väestöön. Opinnäytetyöhän kohdistuu eettisiä kysymyksiä ja tutkittavana on haavoittuva ryhmä. Tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin liittyy eettisiä ongelmia. Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohtana. Tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus päättää osallistumisestaan. Huomioitavana on myös selvitys henkilöiden perehtymisestä tutkimukseen. Tällä tarkoitetaan, että tutkimushenkilöille kerrotaan kaikki mahdolliset näkökohdat, henkilön pitää olla kykeneväinen ymmärtämään saatu tieto. Tutkimukseen osallistuvilta pitää saada myös suostumus ja se tarkoittaa, että henkilön on kykenevä tekemään järkeviä arvioiteja ja suostumuksen pitää olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Tutkimuksen tärkeä huomioitava asia on välttää vahingoittamista. Sosiaali- ja terveysalalla usein tehdään tutkimusta ihmisten parissa, joiden tilanteen arviointikyky ja itsemääräämisen kyky on heikentynyt esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Tutkija sitoutuu vahingoittamisen välttämiseen. (Virokannas 2010.) Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus jättää vastaamatta kysymyksiin ja tutkijan pitää varoa, että ei tee manipuloivaa suostuttelua (Virokannas 2010).

Ikääntyneiltä henkilöiltä on pyydetty suostumus tutkimukseen ja henkilöllisyys suojataan. Tutkimus on suoritettu tutkittavaa vahingoittamatta. Tiedonhankintana on käytetty haastattelulomaketta apuna ja haastattelu on toteutettu projektityöntekijän kotikäynnin yhteydessä ja haastattelussa on vältetty manipuloivaa suostuttelua. Näin ikääntyneillä on ollut mieluisa ympäristö vastata haastattelulomakkeen kysymyksiin.

6.4 Oman ammatillisen kehittymisen arviointi

Minulle on selvinnyt hyvin opinnäytetyötä tehdessä tutkimusprosessin vaiheet sekä pääpiirteet kvantitatiivisesta ja kvalitatiivisesta tutkimuksesta. Haastattelulomake aineiston analyysin kautta Tixel -ohjelma tuli tutuksi sekä kvalitatiivisen aineiston tulkitseminen. Aiheena ikääntyneet ovat minulle tärkeitä, mutta silti laajan tiedonhaun myötä tietouteni ikääntyneisiin lisääntyi ja syveni. Lähde kriittisyys taitoni harjaantuivat opinnäytetyötä tehdessäni. Tavoitteeni oli saada opinnäytetyö tehtyä niin, että valmistuisin kesäkuussa 2017. Tämän onnistumiseksi tein opinnäytetyötä joka päivä jonkin verran. Olen tyytyväinen tuotokseeni. Opinnäytetyö vastaa mielestäni asettamiani tutkimuskysymyksiä. Tuotos vastaa tilaajaani Satakunnan Vanhustuki ry:n tilausta. Opinnäytetyö toimii alkukartoituksena ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektissa.

“Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projekti jatkuu vielä vuoden 2018 loppuun ja tänä aikana saamaa haastattelulomaketta käyttäen kerätään tietoa uusilta asiakkailta. Lisäksi tehdään seurantatutkimuksia ja loppumittaukset päätös vaiheessa. Näin saadaan arvioitua ”Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen” -projektin asiakkaiden tilanteessa tapahtuneet muutokset.

LÄHTEET

Antikainen, J., Huttunen, J., Hämäläinen, A-M., Kontula, O., Kosunen, E., Lahti-Koski, M., Marttunen, M., Torkkola, S., Tuomisto, J., Vertio, H., Vuori, I., Furman, B., Ahola, T. & Hirvihuhta, H. 2010. Uusi lukion Dynamo TE1 Terveyden perusteet. 2. p. Latvia: Livonia Print.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. 2. uud. p. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Fried, S., Heimonen, S. & Jokinen, P. 2013. Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi. Viitattu 18.02.2017.

<http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2012. Ryhmästä apua vanhusten yksinäisyyteen. Teoksessa Duodecim. Viitattu 22.1.2017.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10334.pdf>

Haltia, N. & Nieminen, M. 2013. Luotettavuus. Turun yliopisto. 13.3.2013.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FIUBmGYgks4J:users.utu.fi/rakahu/luotettavuus.ppt%3FviewType%3DPrint%26viewClass%3DPrint+&cd=5&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=firefox-b>

Heikkilä, T. Tilastollinen tutkimus. 2014. 9. uud. p. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2009. 19. uud. p. Porvoo: Bookwell Oy.

Hätinen, H & Partti, T. 2014. ”KAIKKI KATSOISIVAT YMPÄRILLEEN” – 5. LUOKKALAISTEN LASTEN KOKEMUKSET JA KÄSITYKSET YKSINÄISYYDESTÄ. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Ijäs, K. 2014. Valoa vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Kalfoss, M. 2016. Exploring the quality of life of depressed and nondepressed, home-dwelling, Norwegian adults: British Journal of Community Nursing 21, 170. Viitattu 5.2.2017.

<http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjcn.2016.21.4.170>

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Tampere: Juvenes Print.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.1.2012/980.

- Lamminniemi, T. & Nurminen, K. 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Luoma, M-L. 2014. Suomalaisten elämänlaatu ja sen tukeminen. Pohjois-Suomen Hyvinvointi- ja terveystieteiden päivät 23.09.2014.
<https://www.avi.fi/documents/10191/2314997/Minna-Liisa+Luoma/e5980922-9414-4b96-939e-e8cddf7c61fc>
- Lyytinen, M. & Korkiakangas, H. 2003. Näkökulmia Kehityopsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Muistiliiton www-sivut. 2016. Viitattu 05.02.2017.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/dementia/>
- Muistiliiton www-sivut.2015. Viitattu 19.02.2017.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus/eteneva-sujumaton-afasia/>
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uud. p. Helsinki: Saarijärven Offiset Oy.
- Noppiari, E. 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Oulun yliopiston www-sivut. 2015. Viitattu 22.03.2017.
<http://www oulu.fi/gasel/yleisimm%C3%A4t%20ongelmat%20ja%20tarpeet>
- Punnonen, R. 2012. Vuosia elämään. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Saari, J. 2010. Yksinäisten yhteiskunta. 1. p. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Teoksessa Sosiaalilääketieteen aikakauslehti. Viitattu 22.1.2017.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/1896/1733>
- Stuart-Hamilton, I. 2003. Vanhenemisen psykologia. 2. p. Suomi: Oy UNIPress Ab.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2016. Viitattu 05.02.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016. Viitattu 07.02.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2013. Viitattu 11.02.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus/terveys/pitkaaikaissairastavuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015. Viitattu 11.02.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2014. Viitattu 25.02.2017.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Terveyskirjaston www-sivut. 2016. Viitattu 29.1.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03031

Terveyskirjaston www-sivut. 2017. Viitattu 11.02.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538

Tilastokeskuksen www-sivut. 2017. Viitattu 11.02.2017.
http://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikainen_s.html

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Yliopistopaino.
<https://www.thl.fi/documents/10531/103429/Teema%202010%2011.pdf>

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: Bookwell Oy, Juva.

Virokannas, E. Sosiaalityön tutkimuksen eettinen ennakoarviointi. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Tieteiden talo 2.11.2010.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Diat_Elina_Virokannas.pdf

Vernerin www-sivut. 2014. Viitattu 2.1.2017. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Yhteisökeskuksen www-sivut. 2016. Viitattu 21.1.2017.
<http://vanhustuki.yhteisokeskus.fi/projekti/>

LIITE 1

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväksytyt
Samk Finna	Tarkennettu haku: "(Kaikki kentät: iäkkäät AND iäkkäiden hyvinvointi AND iäkkäiden terveys)" "(terve vanhus)" "(yksinäisyys AND vanhus)" "(hyvinvointi AND vanhus AND kotona)" Aikaväli: 2010-2016	31 13 52 32	0 0 1 1
Medic	Ikäant* OR iäkk* OR vanhu* AND yksin* Aikaväli 2000-2016	57	4
Pubmed	(((lonely*) OR loneliness*)) AND (((health) OR wellbeing*) OR wellbeing*) OR welfare*)) AND home* Rajaukset: published in the last 5 years; English; Aged: 65+ years	70	1
Porin kaupunginkirjasto	Tarkennettu haku: "(Terveys)" "(Vanhuus)" "(Hyvinvointi)" "(Yksinäisyys)" "(Opinnäytetyön kirjoittaminen)" "(Muistisairaudet)" "(Masennus)" "(Pitkäaikaissairaus)" "(Tutkimus etiikka)" Pyydetty apua henkilökunnalta. Löytyneet hyllypaikoista: 59.307 UUS, 59.8 KAN, 14.62 STU, 14.6 NÄK, 17.3 IJÄ, 59.3 PUN, 30.13 SAA, 59.55 MUI, 38.3 KAN, 31.01 HEI, 38.3 KAN, 16.7 VIL, 38.3 HIR, 59.21 SAI		14

Google	“(Satakunnan Vanhustuki ry)”	n. 1900	1
	“(Satakunnan Vanhustuki ry ja Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen –projekti)”	n. 42 35 600 77 800	1 2 1
	”(Aito kohtaaminen ja vanhus)”	45 000	1
	”(Ikääntyneet ja laki)” ”(Ikääntynyt määritelmä)”	128 000	1
	”(Hyvinvointi määritelmä)” ”(Terveys ja hemoglobiini)” ”(Muistisairaudet)”	24 100 79 200 380 000	1 1 1
	”(Toimintakyky)”	981 000	1
	”(Masennus)” ”(Pitkäaikaissairaus määritelmä)” ”(Pitkäaikaissairaudet)”	7200 28 500	1 1
	”(Pitkäaikaissairaudet ja ikääntyneet)” ”(Koettu hyvinvointi tai elämänlaatu ja ikääntyneet)”	14 500 27 500 36 600	1 3 1
	”(Ikääntyminen ja psyykinen hyvinvointi)” ”(muistisairaus ja afasia)” ”(tenk ja muistisairaus)”	1690 697 92 600	1 1 1
	”(laadullinen tutkimus luotettavuus)”	50 600	1
	”(määrällinen tutkimus luotettavuus)”	28 000	1
	”(vanhukset kokevat terveytensä)”		

Satakunnan Vanhustuki ry

Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen – hanke 2016-2018

pvm. _____

Nimi: _____

Synt.aika: _____

Osoite: _____

Puh. _____

Lähiomainen: _____

Terveydentila / Toimintakyky / avuntarve

1. Millaiseksi koette terveytenne tällä hetkellä?
 1. Olen terve
 2. Olen melko terve
 3. Terveyteni on heikentynyt
 4. Olen sairas
 5. Olen hyvin sairas

 2. Onko toimintakykynne ja kuntonne tällä hetkellä mielestänne..
 1. erittäin hyvä
 2. hyvä
 3. heikentynyt
 4. huono
 5. erittäin huono

 3. Onko teillä pitkäaikaissairauksia, mitä? _____
-

4. Saatteko apua / tukea omaisilta / ystäviltä?

1. en

2. kyllä,

minkälaista? _____

5. Mitä kotiin tuotettuja palveluita on käytössänne?

Palvelu	kuinka usein?	tarvitt.	ei käytössä
siivouspalvelu			
kotihoito			
ateriapalvelu			
asiointipalvelu			
kuljetuspalvelu			
suihkuapu			
pesulapalvelu			
fysioterapia			
turvapuhelin			
srk:n diakonia			
ulkoiluapu			
muu, mikä?			

Sosiaalinen tilanne / mieliala / muisti

6. Kärsittekö yksinäisyydestä?
1. en koskaan / hyvin harvoin
 2. harvoin
 3. usein
 4. melkein aina
7. Jos koette itsenne yksinäiseksi, minkä koette olevan sen syytä?
- | | | |
|--|-------|----|
| a. Puolison kuolema _____ vuotta sitten | kyllä | ei |
| b. Muiden läheisten omaisten puuttuminen | kyllä | ei |
| c. Ystävien vähäisyys | kyllä | ei |
| d. Oma sairaus ja heikentynyt toimintakyky | kyllä | ei |
| e. Asuinolot | kyllä | ei |
| f. Perhehuolet | kyllä | ei |
| g. Elämän tarkoituksettomuuden tunne | kyllä | ei |
| h. Jokin muu syy,
mikä? _____ | | |
8. Oletteko huomannut itse tai omaisenne huomanneet muutoksia muistissanne?
1. en
 2. kyllä, minkälaisia?
 3. omaiset ovat huomanneet, minkälaisia?
9. Oletteko viimeisen kuukauden aikana tuntenut usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta?
1. kyllä
 2. ei
10. Oletteko viimeisen kuukauden aikana tuntenut usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta?
1. kyllä
 2. ei

ARVIOINTI JA SEURANTA:

PVM. _____

1. Millaiseksi koette terveyttenne tällä hetkellä?

1. Olen terve
2. Olen melko terve
3. Terveyteni on heikentynyt
4. Olen sairas
5. Olen hyvin sairas

2. Kärsittekö yksinäisyydestä?

1. en koskaan / hyvin harvoin
2. harvoin
3. usein
4. melkein aina

3. Oletteko viimeisen kuukauden aikana tuntenut usein alakuloa, masentuneisuutta tai toivottomuutta?


1. kyllä
2. ei





4. Oletteko viimeisen kuukauden aikana tuntenut usein mielenkiinnon puutetta tai haluttomuutta?

1. kyllä
2. ei

KOKEMUKSIA HANKKEEN TOIMINNASTA:

Opinnäytetyön lupa-anomus

<p>Anomukseen liitetään ohjaajan hyväksymä tutkimussuunnitelma.</p> <p>Opinnäytetyön tekemistä ja tutkimusta ei aloiteta ennen kuin siihen on saatu tutkimuslupa.</p>
<p>Tutkimuksen/opinnäytetyön tekijä(t): Sonja Pekkarinen</p>
<p>Tekijän/tekijöiden osoite: Tormitie 2b as.7 28220 Pori</p>
<p>Sähköposti: sonja.pekkari@student.samk.fi</p>
<p>(Työ)nimi/aihe: Kotona asuvien ikäihmisten yksinäisyyden vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin</p>
<p>Toteutuksen suunniteltu ajankohta: Ensimmäisen toimintavuoden aikana kerätty aineisto 15.3.2016 - 31.12.2016 - tai 14.3.2017. Opinnäytetyö valmistuu 01.04.2017.</p>
<p>Tekijän koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Kerätäänkö tutkimuksessa henkilötietoja ja kootaanko niistä henkilötietorekisteri*? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>* Henkilötietojen keräämisellä ja tietojen rekisteröinnillä tarkoitetaan yksilöintitietojen (kuten nimi, henkilötunnus, syntymäaika) ja tutkimustietojen kokoamista rekisteriin. (Lisätietoja www.tietosuoja.fi). Tutkimuksen päätyttyä tutkimusrekisteri joko hävitetään tai arkistoidaan ilman tunnistetietoja.</p>
<p>Ohjaaja(t): Tapio Myllymaa, tapio.myllymaa@samk.fi, +358 44 710 3737</p>
<p>Puolto ohjaajalta:</p> <p>Puoltolauseet: Opiskelija on rakentanut tutkimuksellisen opinnäytetyön suunnitelmaa huolellisesti ja esitellyt sitä ohjaustilanteissa, joissa käynyt tunnollisesti. Opinnäytetyö on tärkeä oppilaitoksen ja järjestöjen yhteistyössä sekä sisällöltään merkityksellinen ja mielenkiintoinen. Opiskelija työstää sitä juuri alkaneisiin tutkimus- ja kehittämismenetelmien opintoihin liittyen.</p> <p>Ohjaajan allekirjoitus</p> 

Päiväys	15.11.16
Luvan hakijan allekirjoitus	
Vanhustuki ry:n päätös	<input checked="" type="checkbox"/> tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> tutkimuslupa myönnetään ehdollisesti <input type="checkbox"/> tutkimuslupaa ei myönnetä
Perustelut, jos lupaa ei myönnetä tai lupa myönnetään ehdollisena:	
Päiväys	15.11.16
	
Vanhustuki ry	
Päätös tiedotetaan opiskelijoille, ohjaajille ja Vanhustuki ry:n jäsenille.	
	



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Sorja Pekkarinen	
Opiskelijanumero: 1401349	Aloitusryhmä: NHT14SP5
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Myllymaa Tapio, tapio.myllymaa@samk.fi, +358 44 710 3737	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus: Satakunnan Vanhustutku ry	
Opinnäytetyön nimi: Irtotona asuvien ikäihmisten yksinäisyyden vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin	
Työn etenemisajakalvu: Ensimmäisen toimintavuoden aikana kerätty aineisto 15.3.2016 - 31.12.2016. Opinnäytetyö valmistuu 01.04.2017. Sopimus perustuu hyväksytyyn tutkimus-/projektsuunnitelmaan.	
Tämä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan kärjäoikeudessa. Tämä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukieneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 12.12.2016	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys: Ritva Kangasalo Ritva Kangasalo ITK, toiminnanjohtaja	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: SAMK / Tunti-Asiantuntija-Oulu	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: [Signature]	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: [Signature]	

Sopimusehdot

Vakuutukset. Jos oppinnytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus. Työnantaja huolehtii laimmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän oppinnytetyön tekijää.

Oppinnytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Oppinnytetyössä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen oppinnytetyön kustannusten korvaamisesta.

Oikeudet oppinnytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden oppinnytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Oppinnytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan oppinnytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet oppinnytetyöhön kuuluvat oppinnytetyön tekijälle. Oppinnytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.

Oppinnytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu oppinnytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Oppinnytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy oppinnytetyön viivästyisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki oppinnytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan oppinnytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun oppinnytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöbedellytyksiä oppinnytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Oppinnytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli oppinnytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuudessa salassa pidettäväksi määriteltyjä tietoja, on oppinnytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustatietoihin. Oppinnytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Oppinnytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitouluvat pitämään salassa kaikki oppinnytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.

Oppinnytetyösopimuksessa olevat yhteystiedot tallennetaan SAMKin asiakkuudenhallintajärjestelmään Yrinetin. Tehtävänsästä on laadittu henkilöötietolain 539/1999 mukainen rekisteriseloste.

Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työllämyyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Oppinnytetyöstä näkyvät osikko, organisaatio ja organisaation yhteysthenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammattilaisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävissä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.