

Anu Pulliainen

80-VUOTIAIDEN RAUMALAISTEN HYVINVOINTI VUONNA 2016

Vanhustyön koulutusohjelma

2017



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

80-VUOTIAIDEN RAUMALAISTEN HYVINVOINTI VUONNA 2016

Pulliainen, Anu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Marraskuu 2017
Ohjaaja: Huhtala, Minna
Sivumäärä: 76
Liitteitä: 3

Asiasanat: asuminen, ympäristö, terveys, toimintakyky, hyvinvointi, ravitsemus, sosiaalinen toimintakyky

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa raumalaisten vuonna 2016 80 vuotta täyttäneiden ilman säännöllisiä palveluita kotona asuvien omia kokemuksia asumisesta, ympäristöstä, terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta sekä sosiaalisen toimintakyvystä. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda esille ne haasteet ja ongelmat, jotka mahdollisesti heikentävät iäkkään mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti omassa kodissaan.

Tutkimusmetodi oli kvantitatiivinen. Kohderyhmään kuului 289 henkilö, joista 266 vastasi hyvinvointikyselyyn. Vastausprosentti oli 92 %. Aineisto kerättiin hyvinvointikyselylomakkeella, joka oli jo valmiiksi käytössä Rauman kaupungin hyvinvointia edistävät toiminnot-yksiköllä. Aineisto analysointiin Tixel9-ohjelman avulla käyttäen ristiin- taulukointia. Hyvinvointikyselyn oleellisempia tutkimustuloksia havainnollistettiin kuvioden avulla. Avokysymysten osalta aineistoa analysoitiin sisällönerittelyllä. Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna myös sähköistä hyvinvointikyselykonetta, joka mahdollisti haku-toiminnon avulla erottamaan haluttuja vastausyhdistelmiä, kuten erottamaan naisten ja miesten antamat vastaukset kunkin kysymyksen osalta.

Hyvinvointikyselyn riskipisteitä tarkasteltaessa raumalaisten naisten ja miesten väliset hyvinvointierot olivat melko pieniä. Alle viisi riskipistettä sai naisista 57 % ja miehistä 64 %. Korkeimmissa riskipisteissä 10 riskipistettä tai enemmän naisten osuus oli miehiä suurempi.

Hyvinvointikyselyn tulosten valossa valtaosa raumalaisista 80-vuotiasta on vielä toimintakykyisiä ja osallistuvia iäkkäitä. Osalla vastaajista vaikuttaisi kuitenkin olevan kohonnut riski toimintakyvyn alenemiseen, toisen ihmisen avun- ja palvelutarpeen lisääntymiseen, mutta myös kotona asumisen vaikeutumiseen, naisilla hieman miehiä useammin. Sosiaalinen osallistuminen vaikuttaisi olevan tämän tutkimuksen perusteella yhtä yleistä naisilla ja miehillä.

Palveluiden kehittämisen kannalta jatkotutkimuksena olisi tärkeä kartoittaa iäkkäiden kokemusta palveluiden saatavuudesta ja saavutettavuudesta taajamassa ja taajaman ulkopuolella tasapuolisten palveluiden mahdollistamiseksi.

THE WELLBEING OF 80 YEARS OLD ELDERLY PEOPLE IN RAUMA IN 2016

Pulliainen, Anu
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care
November 2017
Supervisor: Huhtala, Minna
Number of pages: 76
Appendices:3

Key words: residence, environment, health, functional ability, wellbeing, nutrition, social ability

This research is set out to understand the experiences of elderly people regarding home living, environment, health, functional ability, wellbeing, nutrition and social ability. Additionally, the purpose is to bring forth those challenges and problems that might hinder the elderly people`s possibilities to continue to live independently at home.

A quantitative method was chosen for this research. The empirical unit is elderly people who turned 80 years old in 2016, live in Rauma and who lived at home without regular domiciliary care. The empirical unit consisted out of 289 people. The response rate was 92 % with 266 individual survey responses. The material was gathered by using a survey that has been previously used by city of Rauma with the purpose of improving the wellbeing for elderly people. The collected data was then analyzed with the program Tixel 9 using a cross table method. The most relevant findings of the research have been illustrated with graphics. Open ended questions were analysed by using a content analysis method. Additionally, an electronic wellbeing survey tool was used to analyze the data. This tool enabled a separation of response combinations with search function, enabling the study to for example differentiate between the way females and males respond to a question.

The research findings point out the based on the risk points there is no significant difference between the wellbeing of females and males. 57 % of females and 64 % of males received less than five risk points. In the higher risk point category, with 10 or more risk points, female score more than males. The findings of this research indicate that a major part of 80-years olds at Rauma have good functional and social abilities, with no significant differences between female and male respondents. Though the study shows that female respondents have a greater risk for decreased functionality, for an increasing need for domestic help and increasing difficulties to live at home independently.

To develop services further and to enable equal service for people within the municipality of Rauma it is suggested that further research is needed in order to find out how elderly people experience the offering of services and how these services reach elderly people in the greater Rauma area.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1 Ikääntyneen väestön taustatietoja.....	9
2.2 Asuminen	9
2.3 Ympäristö.....	10
2.4 Terveys ja toimintakyky.....	12
2.4.1 Terveys.....	13
2.4.2 Muisti	15
2.4.3 Toimintakyky	16
2.4.4 Liikkuminen ja apuvälineet.....	16
2.4.5 Kaatuminen	17
2.4.6 Liikunta	18
2.5 Hyvinvointi	19
2.5.1 Nukkuminen.....	19
2.5.2 Tupakointi	20
2.5.3 Alkoholi	20
2.6 Ravitsemus	21
2.7 Sosiaalinen toimintakyky	22
2.7.1 Sosiaalinen aktiivisuus	23
2.7.2 Yksinäisyys ja elämänlaatu	24
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
3.1 Tarkoitus ja tavoitteet.....	26
3.2 Tutkimuskysymykset	26
3.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskohde	26
3.4 Aineiston keruu	27
3.5 Aineiston analysointi.....	29
3.6 Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus	31
4 HYVINVOINTIKYSELY JA SEN TULOKSET.....	31
4.1 Hyvinvointikyselyn vastaajien taustatiedot ja palautuneet kyselylomakkeet ..	32
4.2 Asuminen ja ympäristö	34
4.2.1 Asuminen	34
4.2.2 Ympäristö.....	39
4.3 Terveys ja toimintakyky.....	40
4.3.1 Terveys.....	40
4.3.2 Muisti	44

4.3.3 Liikkuminen ja apuvälineet.....	45
4.3.4 Kaatuminen	46
4.3.5 Liikunta	47
4.4 Hyvinvointi	48
4.4.1 Nukkuminen.....	48
4.4.2 Tupakointi	49
4.4.3 Alkoholi	50
4.5 Ravitseminen	51
4.6 Sosiaalinen toimintakyky	54
4.6.1 Sosiaalinen aktiivisuus	54
4.6.2 Elämäntilanteen kokeminen	56
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	59
5.1 Johtopäätökset	59
5.1.1 Kotona selviytyminen	60
5.1.2 Terveystilanteen ja toimintakyvyn vaikutus arjessa selviytymiseen	60
5.1.3 Sosiaalinen osallistuminen	62
5.1.4 Tyytyväisyys elämään	63
5.2 Pohdinta.....	64
LÄHTEET.....	69
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa väestö vanhenee nopeammin kuin monissa muissa maissa ja iäkkäiden osuus väestöstä on kasvanut viimeisten vuosikymmenien aikana. Vuonna 2015 yli 65-vuotiaiden osuus naisista oli 22,8 % ja miehistä 18,0 %. Väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuudeksi arvioidaan 2060 olevan naisista noin 30,5 % ja miehistä 27,2 %. (Naiset ja miehet Suomessa 2016 2016, 7.) Väestön nopea ikääntyminen tuo haasteita ikääntyneiden asuinolojen, mutta myös palveluiden järjestämiseen. Koko maassa vuonna 2015 86,5 % 80 vuotta täyttäneistä asui vielä omassa kodissaan (Sotkanet, ikääntyneet www-sivut 2017). Seuraavien vuosikymmenien aikana 80 vuotta täyttäneiden osuus kaksinkertaistuu, mutta myös yksinasuminen yleistyy varsinkin iäkkäiden naisten keskuudessa (Puska & Vaarama 2012, 9; Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 49-50).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntia järjestämään hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämän tilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 12§.)

Lakia toteutetaan Raumalla muun muassa kohdentamalla terveystapaamiset raumalaisille 75-vuotiaille sekä tekemällä hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä 80-vuotiaille. Terveystapaamisten sekä kotikäyntien pohjana on käytössä hyvinvointikyselylomake.

Opinnäytetyöni käsittelee hyvinvointikyselylomaketta, joka lähetettiin 2016 kaikille ilman säännöllisiä palveluita asuville raumalaisille 80-vuotiaille. Opinnäytetyöni on tuotettu Rauman kaupungin vanhuspalveluiden hyvinvointia edistävät toiminnot-yksi-

kölle. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa tietoa raumalaisten kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvien vuonna 2016 80 vuotta täyttäneiden asumisesta, ympäristöstä, terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Lisäksi opinnäytetyöni tavoitteena on kartoittaa ja tuoda esille ne itsenäisen kotona asumisen haasteet, jotka ikääntynyt tuo esille tässä hyvinvointikyselyssä. Opinnäytetyöni tulosten pohjalta Rauman kaupungin vanhuspalveluilla on entistä paremmat mahdollisuudet kehittää ja kohdentaa ikääntyneille suunnattuja palveluita.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kansallisen politiikan ja palvelurakenteiden uudistamisen tavoite on, iäkkään mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntainliiton antaman ikäihmisten laatusuosituksen keskeisimmät tavoitteet ovat toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, asiakas- ja palveluohjaus, laatu, ikäystävällinen palvelujen rakenne sekä teknologian hyödyntäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14-15.)

”Kotona asumisen tukeminen nojautuu niin sanottuun ageing in place -ajatteluun, joka korostaa vanhojen ihmisten oikeutta ja mahdollisuutta jatkaa asumista omassa kodissaan toimintakyvyn heiketessäkin ja saada tarvitsemansa palvelut sinne joutumatta muuttamaan palveluiden perässä vastoin tahtoaan” (Juhila, Jolanki & Vilkkö 2016, 27).

Valtaosa ikääntyneistä ei tarvitse säännöllisiä palveluita, mutta monet sairaudet kuten muistisairaudet ja erilaiset toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät iän myötä. Vanhempien ikäluokkien määrän kasvaessa se vääjäämättä lisää myös palveluiden tarvetta. Ennakoiva palveluohjaus ja neuvonta sekä oikea-aikaiset palvelut hillitsevät kuitenkin palvelutarpeen kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14-15.)

Hyvinvointi on moniulotteinen käsite, jonka merkittävä tekijä on terveys. Iäkkään hyvinvointia edistää toimintakyky, mutta myös ihmisen kyky toimia täysipainoisesti kuuluu hyvinvointiin. Iäkkään terveyskäyttäytymistä ja näin myös hyvinvointia edistäviä tekijöitä ovat terveelliset elintavat, itsestä huolehtiminen, myönteinen käsitys ja uskomus omasta terveydestä, lepo, harrastaminen ja sosiaaliset suhteet, kulttuuri, hengellinen ja henkinen työskentely sekä terveyden lukutaito. Iäkkään hyvinvoinnin ja terveyden kannalta on tärkeää myös tunnistaa riskikäyttäytyminen kuten piittaamattomuus ja välinpitämättömyys omasta terveydestä, terveyspalveluiden välttäminen, liikunnan vähäisyys, runsas alkoholin käyttö, tupakointi, epäterveellinen ravinto, unihäiriöt sekä sosiaalinen eristäytyneisyys. Vanhustyössä hyvinvointia ja terveyttä tulisi tarkastella monipuolisesti pohtien miten kykenemme tulevaisuudessa tarjoamaan monitieteellistä terveyttä ja hyvinvointia tasapuolisesti kaventaen vanhusten terveyseroja yhteiskunnassa. Iäkkäiden palvelujärjestelmää tulee kehittää, jotta kaikilla iäkkäillä olisi yhtäläiset mahdollisuudet saada ohjausta, neuvontaa sekä erilaisia sosiaali-terveysalan palveluita. Iäkkään neuvonta ja ohjaus edellyttävät vahvaa gerontologista osaamista ja ammatillisuutta. (Näslindh-Ylispangar 2012, 108-155.)

Iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä on tutkittu muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013-raportti on laaja katsaus 65–84-vuotiaista suomalaisista (N=2400). Tutkimukseen vastanneista 80-84-vuotiaita naisia oli N=200 ja miehiä N=209. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 on kansallisesti tärkeä väestön hyvinvointitutkimus, joka tarjoaa merkittävää tietoa muun muassa palvelujärjestelmien suunnitteluun ja kehittämiseen. Tutkimukseen osallistuneista 75-84-vuotiaita miehiä oli N=270 ja yli 85-vuotiaita oli N=71. Tutkimukseen osallistuneista naisista 75-84-vuotiaita oli N=244 ja yli 85-vuotiaita N=226. Lisäksi vuonna 2014 ilmestyi Suomalaisten hyvinvointi 2014, jossa käsitellään myös 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatua ja elinoloja.

2.1 Ikääntyneen väestön taustatietoja

Vuonna 2016 80-vuotiaita naisia oli koko maan väestöstä 0,4 % ja miehiä 0,3 % (Sotkanet, väestö www-sivut 2017). Koko maassa vuonna 2015 80 vuotta täyttäneistä naisista 84,5 % ja miehistä 90,3 % asui vielä omassa kodissaan, joko palveluiden kanssa tai ilman palveluita (Sotkanet, ikääntyneet www-sivut 2017).

Vuonna 2013 tehdyssä eläkeikäisen väestön terveystutkimuksessa 80-84-vuotiaista naisista 32,5 % sekä miehistä 77,9 % oli naimisissa tai avoliitossa. Naimattomia oli naisista 6,0 % ja miehistä 4,8 %. Eronneita naisia oli 7,5 % ja miehiä 3,4 %. Leskeksi jääneitä naisia oli 54,0 % ja miehiä 13,9 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 27.)

2.2 Asuminen

Iäkkäät asuvat ja tulevat asumaan yhä pidempään omissa kodeissaan. Tämä edellyttää, että asunnon sekä ympäristön tulee tukea iäkkään itsenäistä asumista. Asuminen ja ympäristö vaikuttavat meidän kaikkien mahdollisuuksiin toimia yhteiskunnassa. (Hakala & Id-Korhonen 2016, 7.) Suomalainen asuntokanta on vanhaa ja asuinolosuhteet soveltuvat usein huonosti iäkkäiden asumiseen. Perinteinen asuntokanta pitää sisällään hankalia portaita, korkeita kynnyksiä, puutteellisia pesutiloja sekä hissittömiä kerrostaloja. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, kotona asumisen ratkaisuja www-sivut 2017.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan vuonna 2013 tutkimukseen osallistuneista 80-84-vuotiaista naisista yksin asui 61,9 % ja miehistä 19,7 %. Avio- tai avopuolison kanssa asui naisista 32,5 % ja miehistä 77,9 %. Jonkun muun kanssa ilmoitti tutkittavista asuvansa naisista 5,1 % ja miehistä 3,0 %. Tutkimukseen osallistuneista omakotitalossa asui naisista 33,3 % ja miehistä 53,7 %. Naisista 53,5 % ja miehistä 35,0 % asui kerrostalossa. Pari- ja rivitalossa asui naisista 13,1 % ja miehistä 11,3 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 33-34.)

Tutkimuksen mukaan 70 vuotta täyttäneistä naisista 20,5 % ja miehistä 13,0 % koki, asunnossa tai asuinoloissa olevan liikkumista haittaavia tekijöitä kuten hissien puute,

kynnykset, kapeat oviaukot, tukikahvojen puute sekä haittaavat portaat. (Hurnasti, Sainio, Aromaa & Koskinen 2012, 150). 80-84-vuotiaista naisista 6,4 % ja miehistä 2,5 % koki ettei kykene kulkemaan portaissa edes autettuna (Helldan & Helakorpi 2014, 104). Varustetason puutteet kuten puutteelliset peseytymismahdollisuudet tai huonon valaistuksen haittaavaksi tekijäksi koki naisista 24,5 % ja miehistä 10,8 % (Hurnasti ym. 2012, 150). Esteetön liikkuminen omassa kodissa on iäkkään kotona selviytymisen kannalta tärkeää. 80 vuotta täyttäneistä yli 25 % piti omassa asunnossaan liikkumista vaikeana. Naiset yleisemmin kuin miehet. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, iäkkäiden fyysinen toimintakyky www-sivut 2017.)

80-84 vuotta täyttäneistä itsenäisesti ilman vaikeuksia kevyistä kodin töistä selviytyi naisista 71,7 % ja miehistä 82,4 %. Osa koki töistä selviytymisen vaikeutuneen. Toisen ihmisen apua tarvitsi naisista 4,2 % ja miehistä 5,0 %. Kodin kevyistä töistä ei lainkaan suoriutunut naisista 7,9 % ja miehistä 7,0 %. Raskaista kotitöistä selviytyi itsenäisesti ilman vaikeuksia naisista 32,8 % ja miehistä 57,4 %. Jonkun toisen auttamana selviytyi naisista 23,7 % ja miehistä 7,6 %. Raskaista kodin töistä ei selvinnyt edes autettuna naisista 26,9 % ja miehistä 16,8 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 117-118.)

2.3 Ympäristö

Iäkkään hyvinvoinnin ja selviytymisen edellytyksinä ovat asuin- ja elinympäristön viihtyvyys ja toimivuus. Haasteita ikääntyneen elinympäristössä tuovat myös usein liian kaukana olevat lähipalvelut sekä heikot liikenneyhteydet. Iäkkään asumisympäristön tulisi tukea itsenäisen asumisen mahdollisuutta edistämällä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ympäristöä suunniteltaessa ja rakentaessa tulisi ottaa huomioon ikääntymisen aiheuttamat muutokset, jossa rakennusten ja kulkureittien esteettömyys sekä riittävä lähipalvelut tukevat kotona asumisen mahdollisuutta. (Siitonen 2013, 534.)

Iäkkään suoriutumista kodin ulkopuolisista asioinneista on tutkittu muun muassa Eläkeikäisen väestön terveystilaa ja terveyttä 2013 tehdyssä tutkimuksessa. 80-84-vuotiaista ilman apua kodin ulkopuolisista asioinneista ilman vaikeuksia selviytyi

naisista 63,2 % ja miehistä 62,2 %. Jonkun toisen henkilön auttamana asioinneista selviytyi naisista 18,9 % ja miehistä 6,6 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 105.) Vuonna 2013 80 vuotta täyttäneistä 42,0 % kertoi saavansa apua omalta tai puolison lapselta. Puolisolta apua kertoi saavansa 20,0 % vastanneista. Merkittävää on, että puolison antama apu on kaksinkertaistunut vuodesta 2004. (Vaarama ym. 2014, 51.)

Omassa kodissa selviytymisen kannalta iäkkään ja hänen elinympäristönsä vuorovaihtus on tärkeää. Tuttu ympäristö ylläpitää itsenäisyyttä ja toimintakykyä sekä antaa mahdollisuuksia yhteisöllisyyteen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Juhila ym. 2016, 28.)

Ympäristöministeriön rahoittama ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelman 2013-2017 tavoitteena on kiinnittää huomiota iäkkäiden asumisoloihin, jotta he voisivat asua omilla kodeissaan mahdollisimman pitkään ottamalla huomioon iäkkäiden asumisen, palveluiden sekä ympäristön kokonaisuuden. Kehittämisohjelma on linjannut toimenpiteiksi asuntojen esteettömyyden parantamisen sekä asuntojen korjaamisen. Lisäksi kehittämisohjelma pyrkii tukemaan iäkkäitä ennakoimaan omia asumisen ratkaisuja sekä parantamaan iäkkäiden asumisoloja. Tavoitteena on lisäksi parantaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa sekä luoda toimintamalleja, jotka tukevat ikääntyneiden asumista. Ympäristöministeriön iäkkäiden asumisen kehittämisohjelman toimenpidelinjauksiin on kirjattu myös iäkkäiden asumisratkaisujen monipuolistaminen sekä asumisen, palvelujen sekä elinympäristön kokonaisuuden huomioiminen. (Vaarama ym. 2014, 56; Ympäristöministeriö, ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma [www-sivut 2017](#).)

Iäkkään kotona asumista mahdollisimman pitkään pyritään tukemaan myös useissa muissa maissa kuin Suomessa. Hollannissa kuntien tarjoamien palveluiden lisäksi ministeriö tukee hyvinvointiteknologian kehittämistä kotona asuville ikääntyneille. AAH eli Aktiivisen ja avustetun elämän yhteisohjelman tavoitteena on edistää iäkkäiden ihmisten elämänlaatua ja itsenäisyyttä hyvinvointiteknologian avulla. Hallituksen tavoitteena on lisäksi edistää iäkkäille sopivien asunto- ja terveystalveluiden kehittämistä. (Government of the Netherlands [www-sivut](#))

Tästä hyvänä esimerkkinä on seniori-kylä Hogeweyk, joka on suunniteltu muistisairaille asukkaille. Kylän asukkaat asuvat itsenäisesti omassa kodissaan huolehtien arjen toiminnoista yhdessä henkilökunnan kanssa. Kylässä toimii oma kauppa, ravintola, baari sekä teatteri, joita asukkaat voivat mahdollisuuksien mukaan joko itsenäisesti tai avustettuna käyttää. Asukkaita on kaiken kaikkiaan 152. Kylä valmistui vuonna 2009 kustantaen 19,3 miljoonaa euroa, josta valtio maksoi 17,8 miljoonaa. (The Amazing Village in The Netherlands Just for People with Dementia 2015.)

Suomen väestöpohjaan suhteuttaen myös meillä on suunniteltu Hollannin kaltaisia palvelukorttelikonaisuuksia eri puolille Suomea. Ympäristöministeriön raportti palvelukortteli konseptin kuvaus ja soveltaminen erilaisiin taajamiin on laaja katsaus erilaisen palvelumuodon toteuttamisesta. Palvelukortteleiden tavoitteena on laajempien palvelujen tarjoaminen kuin perinteisessä palvelutaloratkaisussa tukien näin iäkkään itsenäistä asumista. (Verma, Kurkela, Sanaksenaho, Suominen, Taegen & Vauramo 2017, 60.)

2.4 Terveys ja toimintakyky

”Maailman terveysjärjestön, WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysinen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa”. Ihminen määrittää oman terveytensä ja tämä määritelmä on tärkein. Ihmisen oma kokemus terveydestään voi poiketa lääkärin ja muiden ihmisten arviosta ja käsityksistä. Vammoistaan ja sairauksistaan huolimatta, ihminen voi tuntea itsensä terveeksi. (Huttunen 2015.) Ikäänntyneen kohdalla terveyteen liittyy olennaisesti myös toimintakyky. Gerontologisessa hoitotyössä terveys ymmärretäänkin laajana voimavaralähtöisenä käsitteenä. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 459.)

Toimintakyky on ihmisen selviytymistä päivittäisistä elämän toiminnoista. Toimintakykyä voidaan tarkastella kuvaamalla tämän hetkistä toimintakykyä tai todettuja toiminnan vajauksia. Toimintakykyyn vaikuttavat yksilön terveydentila, ominaisuudet

sekä ympäristön vuorovaikutus. Ympäristöllä voi olla myönteinen tai kielteinen vaikutus yksilön toimintakykyyn. Myönteisiä vaikutuksia ovat esimerkiksi tavoitteiden saavuttaminen, elämänlaatu ja hyvinvointi sekä sopeutuminen ympäristöön ja terveydentilaan. Kielteisiä vaikutuksia ovat esimerkiksi lisääntynyt riippuvuus muista ihmisistä tai apuvälineistä, terveystalveluiden lisääntynyt käyttäminen sekä masennus ja stressi. Toimintakyky jaotellaan usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Concept Based Nursing www-sivut 2016; Koskinen, Lundqvist & Risti- luoma 2012, 119; Laukkanen 2010, 261.)

2.4.1 Terveys

Terveys on moniulotteinen asia, jonka itsearvioinnista on tullut yksi suosituimmista terveystutkimuksen mittareista. Itse arvioitu terveys ei tarkoita ihmisille satunnaisia asioita eikä kuvasta mitä tahansa. Empiiristen tutkimusten valossa ihmisillä vallitsee melko täydellinen yksimielisyys siitä mitä asioita terveyteen kuuluu sitä arvioitaessa. Omaa terveyttä arvioidessa tulee säännöllisesti esille ainakin koetut vaivat ja oireet, arkielämän toimintakyky, yleinen hyvinvoinnin tunne, diagnostisoidut sairaudet sekä sellaiset sairauden merkit, joihin liittyvät reseptilääkkeet. (Jylhä & Leinonen 2013, 381.)

Koettua terveyttä on tutkittu Suomessa muun muassa Terveys 2011 sekä Eläkeikäisen väestön terveystalveltyminen ja terveys 2013-tutkimuksissa. Terveys 2011-tutkimuksessa yli 75-vuotiaista naisista 42,6 % ja miehistä 46,3 % koki terveytensä olevan hyvä tai melko hyvä. (Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012, 78.) Vuonna 2013 eläkeikäisen väestön terveystalveltyymistä ja terveyttä tutkittaessa hyväksi ja melko hyväksi terveytensä koki 80-84-vuotiaista naisista 28,1 % ja miehistä 42,3 %. Koetun terveyden keskitasoiseksi koki 80-84-vuotiaista naisista 46,4 % sekä miehistä 38,8 %. Melko huonoksi terveytensä tässä tutkimuksessa koki naisista 19,9 % ja miehistä 15,9 % ja huonoksi terveytensä koki naisista 5,6 % ja miehistä 3,0 %. (Helldan & Helakorpi, 2014, 36.)

Pitkääkaissaairauksista johtuen iäkkäillä on usein käytössä myös paljon lääkkeitä (Pitkälä, Strandberg & Tilvis, 2013, 366). Vain harvalla iäkkäällä ei ole käytössä säännöllistä lääkitystä (Kivelä 2013, 339). 75 vuotta täyttäneistä reseptilääkkeitä käytti naisista 95,6 % ja miehistä 91,7 % (Martikainen, Alha & Rajaniemi 2012, 187). Monien lääkkeiden samanaikainen käyttö lisää haittavaikutuksia sekä yhteisvaikutusten riskiä. Iäkkäiden lääkehoitoon liittyykin monia haasteita. Pohjoismaissa tehdyssä tutkimuksessa kotona asuvilla iäkkäillä oli keskimäärin 4-5 säännöllisesti otettavaa lääkettä käytössä. (Pitkälä ym. 2016, 367.)

Suomessa terveystalouden päätavoitteet ovat koko väestön mahdollisimman hyvä terveys sekä pyrkimys mahdollisimman pieniin terveyseroihin eri väestöryhmien välillä. Terveystalouden on tärkeässä roolissa ihmisen sairastuessa, mutta ennen kaikkea sairauksien ennaltaehkäisemisessä sekä terveyden edistämässä. (Melkas, Lehto, Saari & Santalahti 2005, 32.) Sosiaali- ja terveysministeriön Terveystaloutta kaikille 2000-ohjelman tavoitteet olivat ennen aikaisen kuoleman vähentäminen, sairauksien, tapaturmien ja toimintakyvyn rajoitusten ehkäiseminen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistäminen (Palosuo, Sihto, Lahelma, Lammi-Taskula & Karvonen 2013, 23).

Terveystalouden 2011-tutkimukseen osallistuneista 75 vuotta täyttäneistä naisista 71,7 % ja miehistä 68,7 % oli pitkääkaissaairaita. Pitkääkaissaairaaksi tässä tutkimuksessa kutsuttiin niitä henkilöitä, jotka olivat vastanneet kyllä kysyttäessä ”Onko teillä jokin pysyvä tai pitkääaikainen sairaus tai jokin sellainen vamma tai sairaus, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?”. (Koskinen, Manderbacka & Aromaa. 2012, 80.)

Tutkimukseen osallistuneista 75 vuotta täyttäneistä lääkärin vastaanotolla oli viimeisen 12 kuukauden aikana käynyt 73,3 % naisista ja miehistä 72,8 % (Nguyen, Sauni, Koponen, Alha & Häkkinen 2012, 171).

Myös suun terveys on osa laadukasta ikääntymistä. Vuosikymmeniä sitten asetettiin tavoitteeksi omien hampaiden säilyminen vanhuuteen asti. (Kohti parempaa iäkkäiden suunterveyttä 2015, 4.) Suun terveyttä voivat heikentää iän mukana tuomat sairaudet sekä niiden lääkitykset (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2015, 148). Hyvä

suuhygienia sekä säännöllisin väliajoin toteutetut suun terveystarkastukset ovat tärkeitä ikääntyneille (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 150). Vuonna 2013 80-84-vuotiaista naisista 44,6 % ja miehistä 40,2 % ei ollut käynyt hammaslääkärin tai hammas­teknikon luona viimeksi kuluneen vuoden aikana Helldan & Helakorpi 2014, 51). Vähintään kolme vuotta sitten hammashoitokäynnillä oli käynyt 75 vuotta täyttäneistä naisista 38,3 % ja miehistä 29,8 % (Suominen, Vehkalahti & Nguyen 2012, 182).

Iän karttuessa pitkäaikaissairaudet yleistyvät ja nämä voivat edistää myös virtsankarkailua. Yli 80-vuotiailla naisilla ja miehillä virtsankarkailuongelmat ovat yhtä yleisiä. Kotona asuvista naisista noin 20 % kärsii virtsankarkailusta. Tahaton virtsankarkailu aiheuttaa sosiaalisia, psyykkisiä sekä hygieniaan liittyviä ongelmia. Useimmat iäkkäät hyötyvät virtsankarkailun aktiivisesta hoidosta ja tutkimuksesta ja varsinkin tilapäinen virtsankarkailu on usein hoidettavissa. (Wuorela 2016, 392.)

2.4.2 Muisti

Muistisairaus on Suomessa kansantauti, johon sairastuu vuosittain noin 14500 yli 64-vuotiasta. Muistisairautta sairastavista 66 % on yli 80-vuotiaita. Merkittävää on huomioida, että muistisairauksiin voidaan vaikuttaa jo lapsuudesta alkaen ehkäisemällä tunnettuja vaaratekijöitä kuten ylipainoa, korkeaa verenpainetta, kolesterolia sekä diabetesta. Muistisairauksilta suojaavat myös terveellinen ruokavalio, päihteiden käytön vähentäminen ja välttäminen, liikunta sekä henkinen vireystila. (Hallikainen 2016.)

Eriasteisista muistihäiriöistä kokee kärsivänsä 20-55 % iäkkäistä. Osalla todetaan muistitestien avulla muistioire, mutta vain osalla on kysymys etenevästä muistisairaudesta. (Viramo & Sulkava 2015, 36.) Muistisairauksiin ja dementiaoireyhtymään liittyviä oireita ovat muun muassa päättelyn ja muistin häiriöt, kielelliset, hahmottamisen sekä kätevyuden häiriöt kuten pukeutumisen vaikeudet (Sulkava 2016, 110). Merkittäväksi koettujen muistivaikeuksien sekä kognitiivisten taitojen heikentymisen syy olisi aina pyrittävä selvittämään. Muistioireet ovat merkittävä elämänhallintaa ja toimintakykyä heikentävä tekijä. (Paajanen & Remes 2015, 32.)

2.4.3 Toimintakyky

Fyysistä toimintakykyä kartoittaessa tarkastellaan usein ihmisen liikkumista, lihasvoimaa, tasapainoa sekä nivelten liikkuvuutta (Laukkanen 2010, 287; Sainio, Stenholm, Vaara, Rask, Valkeinen & Rantanen 2012, 120). Fyysiseen toimintakykyyn liitetään usein myös aistitoiminnot kuten kuulo- ja näköaisti (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, toimintakyky www- sivut 2017). Toimintakykyä tarkastellaan väestötutkimuksissa usein toimintarajoitteisuuden näkökulmasta (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56). Fyysisellä toimintakyvyllä on suuri merkitys yksilön selviytymiselle päivittäisistä perustoiminnoista kuten hygieniasta, pukeutumisesta ja ruokailusta. ADL eli Activities of Daily Living on yleisesti käytetty mittari, jolla arvioidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Laukkanen 2010, 264, 294). Sainio ym. (2012, 120) ovat raportissaan todenneet, että yksilön fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät iän myötä. Liikkumisen ongelmat rajoittavat ennen kaikkea iäkkäiden osallistumisen mahdollisuuksia sekä heikentävät heidän elämänlaatuaan. Fyysistä toimintakykyä ylläpidettäessä olisi tärkeä kiinnittää huomiota tasapaino- ja lihaskuntoharjoitteluun. Näillä voidaan hidastaa fyysisen kunnan heikkenemistä sekä ylläpitää ikääntyvän väestön toimintakykyä. (Sainio ym. 2012, 120.)

2.4.4 Liikkuminen ja apuvälineet

Liikkuminen vaatii lihasvoiman ja aistitoimintojen ohella myös riittävästi tasapainoa. Liikkumiskyvyssä ilmenevät vaikeudet ovat usein ensimmäinen merkki toimintakyvyn alenemisesta. Liikkumiskyvyn heikentyminen yleistyy nopeasti iän myötä. Vaikeudet liikkumisessa ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Tutkimukset osoittavat 80-vuotiailla naisilla lähes 70 % olevan vaikeuksia puolen kilometrin kävelemisessä. Miehillä vastaavia ongelmia oli lähes 50 % 80 vuotta täyttäneistä. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, iäkkäiden toimintakyky www-sivut.) Heikentynyt liikuntakyky vaikuttaa muun muassa iäkkään sosiaaliseen osallistumiseen, kodin ulkopuolisten asioiden hoitamiseen sekä raskaiden kotitöiden tekemiseen. Pitkittyessään heikentynyt lii-

kuntakyky johtaa päivittäisistä toiminnoista selviytymisen sekä myös sisällä liikkumisen ongelmaksi, mikä johtaa ulkopuoliseen avun tarpeeseen. (Rantanen & Sakari 2013, 316.)

Apuvälineiden avulla voidaan tukea iäkkään itsenäisyyttä ja helpottaa osallistumista elämän eri alueilla vaikuttaen näin hyvinvointiin. Apuvälineiden avulla pyritään ylläpitämään tai parantamaan toimintakykyä sekä ehkäisemään toimintakyvyn heikentymistä. (Terveyskylä, apuvälineet www-sivut 2017.) Iäkkäille suunnatuista apuvälineistä tärkeimpiä ovat päivittäistoimintojen apuvälineet kuten pukeutumiseen, ruokailuun sekä WC:ssä asioimiseen ja peseytymiseen käytetyt apuvälineet sekä liikkumisen apuvälineet kuten rollaattori, kävelykeppi sekä kynnärsauvat. Liikkumisen apuvälineillä mahdollistetaan iäkkään liikkeellelähtö sekä kävely. Iäkkään apuvälineitä ovat myös hoitovälineet, tukilaitteet, asuntojen lisävarusteet sekä kommunikaatio ja havaitsemisvälineet. (Valanne, Petäjävaara & Koivuniemi 2016, 470-476.)

Liikkumisen apuvälineitä oli käytössä 75 vuotta täyttäneillä naisista 52,2 % ja miehistä 30,9 % (Hurnasti ym.2012, 153). Peseytymisen apuvälineistä suihkutuoli oli käytössä 80-84-vuotiaista naisista 12,6 % ja miehistä 8,1 %. Kuulon ja näön apuvälineitä käytti 80-84-vuotiaista naisista 37,9 % ja miehistä 49,5 %. (Helldan & Helakorpi, 2014, 119-120.)

2.4.5 Kaatuminen

Kaatumiset ovat iäkkäiden yleisempiä vammautumiseen johtavia syitä ollen vakava uhka terveydelle ja hyvinvoinnille (Tideiksaar 2005, 16). Kotona asuvista yli 80-vuotiaista arvioidaan puolen kaatuvan ainakin kerran vuodessa. Naisilla kaatumiset ovat yleisempiä kuin miehillä. Iäkkäiden kaatumisen syyt voidaan jaotella ulkoisiin ja sisäisiin kaatumisiin. Ympäristöön liittyvät tekijät kuten liukkaus, kynnykset ja portaikot jaotellaan ulkoisiksi kaatumisen syiksi. Liikkumisen vaikeudet, muutokset tasapainon säätelyssä, sairaudet ja monet lääkkeet ovat sisäisen kaatumisen syitä. 80 % yli 80-vuotiaiden kaatumisista aiheutuvat sisäisistä syistä. Iäkkäillä naisilla varsinkin alaraajojen heikko lihasvoima on ongelma. Heikko lihasvoima vaikeuttaa tasapainoa ja

esimerkiksi joka toisella yli 75-vuotiaalla naisella reisilihasvoima ei riitä portaiden nousuun. Myös monet lääkkeet lisäävät kaatumisen riskiä alentamalla verenpainetta tai hidastamalla horjahtaessa tapahtuvaa korjausliikettä. Kaatumisen välittömistä seurauksista vakavimpia ovat luunmurtumat sekä päänvammat. Kaatumiset voivat johtaa myös kaatumisen pelkoon, kaventaen elinpiiriä sekä huonontaan elämänlaatua. Tämä johtaa toimintakyvyn alentumiseen ja heikentää iäkkään itsenäisen selviytymisen edellytyksiä. Toistuvat kaatumiset ovat usein merkki heikentyneestä terveydentilasta ja ennakoivat toimintakyvyn alenemista. (Tilvis 2016, 334-335.)

2.4.6 Liikunta

”Suomen kielessä liikunta-sanaa käytetään kuvaamaan fyysistä aktiivisuutta myös laajemmin kuin pelkästään valinnaisena vapaa-ajan harrastusmuotona”. Liikunta-sanalla voidaan kuvata arkiliikuntaa, hyötyliikuntaa, itsenäistä tai ohjattua liikunnan harrastamista. Iäkkäiden fyysisen aktiivisuuden käsite onkin laaja. (Leinonen & Havas 2008, 9.) Liikunnan terveysvaikutuksista on osoitusta useista kansainvälisistä kuin kansallisistakin tutkimuksista. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus ovat toimintakyvyn perusta, jotka luovat edellytykset omatoimiselle elämälle sekä mahdollisuuden osallistua yhteiskunnan toimintaan. Liikunnan katsotaankin olevan keskeinen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia parantava tekijä. (Jyväkorpi, Havas, Urtamo & Karvinen 2014, 6.)

Terveyden näkökulmasta suomalaisten fyysinen aktiivisuus on liian vähäistä. 75 vuotta täyttäneistä naisista 55,2 % ja miehistä 41,7 % ei harrastanut vapaa-ajan liikuntaa. (Mäkinen, Valkeinen, Borodulin & Vasankari 2012, 56.) Tuoreen lehtiartikkelin mukaan eläkeläisistä vain muutama prosentti liikkuu lihaskunto- ja kestävyys-suositusten mukaisesti. Myös tasapainoharjoittelu on vähäistä. Liikuntaa harrastavien iäkkäiden osuus onkin selkeästi vähentymässä. (Hietikko 2017.)

2.5 Hyvinvointi

Florence Nightingale on kuvannut jo 1800-luvulla terveyden olevan hyvinvoinnin merkittävin tekijä. Ihminen on itse vastuussa omasta terveydestään. (Näslindh-Ylis-pangar 2012, 113-114.) Terveysteen heikentävästi vaikuttavat muun muassa elintavat sekä psyykkiset tekijät (Huttunen 2017).

2.5.1 Nukkuminen

Uni on meille jokaiselle ihmiselle välttämätöntä, jotta elimistö voi palautua fyysisistä ja psyykkisistä suorituksista. Unen aikana elimistö torjuu sairauksia ja tulehduksia sekä korjaa valvetilan aiheuttamia rasituksia. (Pihl & Aronen 2015, 17.) Unen tarve on yksilöllistä ja unen määrällinen tarve ei muutu olennaisesti myöskään ikääntyessä (Kivelä 2007, 21). Unirytmien muuttuminen kuuluu normaaliin vanhenemiseen, jota voi olla vaikea hyväksyä. Myös tilapäinen unettomuus kuuluu normaaliin elämään. Unettomuuden rajana voidaan pitää vähintään kolmena yönä viikossa esiintyvää univaikeutta. (Pihl & Aronen 2015, 28.) 75 vuotta täyttäneistä naisista 19,5 % ja miehistä 16,5 % oli kokenut nukahtamisvaikeuksia tai unen katkonaisuutta viimeisen viikon aikana. Yli 80 % molemmista vastaajaryhmistä kuitenkin koki nukkuvansa tarpeeksi. (Lallukka, Kronholm, Partonen & Lundqvist 2012, 59.) Tutkimustulosten mukaan muutokset unen rakenteessa ovat voimakkaammat miehillä kuin naisilla. Tutkimustuloksista huolimatta iäkkäät naiset kokevat useammin unen laadun huonommaksi kuin miehet. Tulosten ristiriitaisuus johtunee naisten herkemmästä tavasta kertoa huonosta unen laadusta ja sen katkonaisuudesta. Unen laadun heikkeneminen voi naisilla herkemmin johtaa mielialan muutoksiin. (Kivelä 2013, 368.)

Unettomuuden muuttuessa pitkäaikaiseksi se voi aiheuttaa väsymystä, muistihäiriöitä sekä keskittymisen ja suorituskyvyn heikentymistä aiheuttaen toimintakyvyn laskua ja haitata näin arkielämän sujumista. Pitkäaikainen unettomuus voi myös altistaa tulehduksille, tyypin kaksi diabetekselle, valtimotaudeille, sydäninfarktille sekä keskivartalolihavuudelle. (Pihl & Aronen 2015, 28.) Unilääkkeiden käyttö on melko yleistä varsinkin 80-84-vuotiaiden naisten keskuudessa, joista unilääkettä käytti 32 %. Mie-

histä unilääkettä käytti 14 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 46-47.) Unilääkkeet vaikuttavat pääsääntöisesti keskushermostoon ja ovat tarkoitettu käytettäväksi vain lyhytaikaisen unettomuuden hoitoon. Unilääkkeiden on katsottu aiheuttavan riippuvuutta ja pitkäaikaisessa käytössä lääke menettää vaikutuksensa. (Pihl & Aronen 2015, 29.)

2.5.2 Tupakointi

Tupakointi vaikuttaa koko kehoon vahingoittaen koko elimistöä. Tupakointi pahentaa jo todettuja sairauksia sekä on monien sairauksien riskitekijä. Tupakointi aiheuttaa muun muassa luiden huokoistumista, pahanlaatuisia kasvaimia sekä kroonisia keuhkosairauksia sekä lisää sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. Tupakoinnin on todettu lyhentävän elämää keskimäärin kahdeksalla vuodella. Tupakoinnista aiheutuvien terveysriskien ilmaantuminen on suoraviivaisessa suhteessa tupakoinnin määrään. (Heikkinen 2013, 404; Patja 2016.)

Tutkimusten mukaan tupakointi on vähentynyt vuosien saatossa. Vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa 80-84-vuotiaista naisista 1,0 % ja miehistä 0,5 % tupakoi päivittäin. Vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa tupakointi oli puolittunut 75 vuotta täyttäneillä miehillä vuodesta 2000. Myös naisten tupakointi oli vähentynyt vuodesta 2000 vuoteen 2011, mutta ei merkittävästi. (Helldan & Helakorpi 2014, 86; Heloma, Helakorpi, Heliövaara & Ruokolainen 2012, 45.)

2.5.3 Alkoholi

Alkoholin ongelmakäyttö on merkittävä uhka ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tekemän tutkimuksen mukaan eläkeläisten alkoholin käyttö on yleistynyt vuosina 1985-2011. Suuri yksittäinen muutos on säännöllisesti alkoholia käyttävien naisten määrän kaksinkertaistuminen. (Rintala, 2015, 154.) Alkoholin kulutus on vanhemmissa ikäluokissa selkeästi vähäisempää kuin nuoremmissa ikäluokissa, mutta alkoholin käyttö on lisääntynyt myös iäkkäiden keskuudessa. Alkoholin käytön arkipäiväistyminen lisää riskiä ongelmakulutukseen. (Mäkelä, Alho, Knekt, Männistö, & Pena 2012, 50.)

Alkoholia ei käyttänyt koskaan 80-84-vuotiaista naisista 46,1 % ja miehistä 31,4 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käytti naisista 25,1 % ja miehistä 23,5 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 77.) 75 vuotta täyttäneistä enintään neljä kertaa kuukaudessa alkoholia käytti naisista 43,8 % ja miehistä 48,3 %. 2-3 kertaa viikossa alkoholia ilmoitti käyttävänsä naisista 5,5 % ja miehistä 13 %. Vähintään neljä kertaa viikossa alkoholia käytti naisista 1,3 % ja miehistä 7,4 %. (Mäkelä ym. 2012, 48.)

Yli 65-vuotiaiden riskikäytön rajoina pidetään enintään seitsemän annosta viikossa, korkeintaan kaksi annosta kerralla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän raportin mukaan yli 80-vuotiaiden yli kahdeksan annoksen viikkokulutus on pysynyt miehillä matalalla tasolla ja naisilla vähintään viiden alkoholiannoksen viikkokulutus on edelleen harvinaista. Alkoholiongelman tunnistaminen ja varhainen puuttuminen ovat keskeisessä asemassa halutessamme vähentää alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja iäkkäillä. Alkoholin runsas käyttäminen pahentaa kaikkia sairaustiloja. (Heikkinen 2013, 405; Helldan & Helakorpi 2014, 18; Rintala, 2015, 154-156.) Alkoholia runsaasti käyttävillä esiintyy muun muassa neurologisia ongelmia. Jatkuva runsas alkoholin käyttö heikentää lisäksi kognitiivisia kykyjä. Myös masentuneisuutta on todettu olevan muita enemmän runsaasti alkoholia käyttävillä. Alkoholin käyttöön liittyy usein myös unihäiriöitä jo kohtuullisenkin käytön yhteydessä. (Huttunen 2016; Sulka 2016, 121.)

2.6 Ravitsemus

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi vuonna 2010 ikääntyneiden ravitsemussuosituksen, jonka tavoitteena on tuoda esille ravitsemuksen merkitys ikääntyneiden terveydelle, toimintakyvylle ja hyvinvoinnille. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä sairauksia, parantaa vireyttä sekä pitkittää kotona asumisen mahdollisuutta. Ikääntyessä ravintoaineiden kuten proteiinin, vitamiinien, kivennäisaineiden sekä välttämättömien rasvahappojen tarve ei pienene, vaan voi päinvastoin jopa kasvaa, vaikka fyysinen aktiivisuus vähentyy ja energiankulutus pienenee. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 22; Hakala 2015.)

Päivittäin varsinaisen aterian, joka pitää sisällään lounaan tai päivällisen söi 80-84-vuotiaista naisista 58,9 % ja miehistä 54 % (Helldan & Helakorpi 2014, 58). Hyvään ravitsemukseen kuuluu monipuolinen ruokavalio, johon kuuluu riittävä määrä proteiinia sekä D-vitamiinia. Liian vähäinen D-vitamiinin ja proteiinin saanti ravinnosta voivat aiheuttaa lihaskatoa, joka heikentää iäkkään toimintakykyä. Hyvän ravitsemuksen lisäksi valtion ravitsemusneuvottelukunta on antanut päivittäisen D-vitamiinin saantisuosituksen, joka on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa yli 60-vuotiaille. Heikentynyt ravitsemus voi johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen ja altistaa muun muassa kaatumisille. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 22; Hakala 2015.) Heikentyneeseen ravitsemustilaan voivat iäkkäällä vaikuttaa esimerkiksi ruokahalun häviäminen, eri sairaudet, masennus sekä runsas lääkitys. Heikentynyt ravitsemustila johtaa pitkittyessään painon laskuun. Merkittävänä painon laskuna voidaan pitää, jos paino laskee tahattomasti yli 5 % puolen vuoden aikana. (Mustajoki 2016.)

2.7 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaaliseen toimintakykyyn ei ole olemassa yhtä määritelmää, mutta sen katsotaan koostuvan yksilön vuorovaikutuksesta sekä aktiivisesta osallisuudesta yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan. Arjen toiminnot kuten asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuolella toimiminen edellyttävät sosiaalista kuten myös psyykkistä toimintakykyä. Hyvän sosiaalisen toimintakyvyn omaama yksilö suoriutuu erilaisista rooleista, kokee yhtenäisyyttä ja osallisuutta sekä kykenee muodostamaan ja ylläpitämään vuorovaikutussuhteita. Hyvä sosiaalinen toimintakyky rakentuu sosiaalisesta verkosta, joka koostuu muun muassa ystäväistä ja omaisista. (Koskinen, Sainio, Tiikkainen & Vaaramaa 2012, 137; Laukkanen 2010, 264; Seppänen 2014.) Koskinen ym. (2012, 140) ovat tutkimuksessaan todenneet, että sosiaalinen toimintakyky ei ole ainoastaan yksilön sisäinen ominaisuus vaan myös ihmisten välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutusongelmiin voivat johtaa yhteisön asenteet sekä sukupolvien väliset erot. (Koskinen ym. 2012, 140.) Yksilön sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulisi ottaa huomioon sosiaalinen verkosto, eristyneisyys, yhteisyys, yksinäisyys, aktiivisuus ja osallistuminen. Lisäksi sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulee huomioida yksilön sosiaaliset vuorovaikutustaidot. (Tiikkainen & Heikkinen 2011.)

2.7.1 Sosiaalinen aktiivisuus

Sosiaalinen aktiivisuus estää eristäytymistä sekä ylläpitää sosiaalista verkostoa. Sosiaalinen verkosto luon mahdollisuuksia ihmissuhteille sekä sosiaaliselle tuelle. Kodin ulkopuolisiin harrastuksiin osallistumisen mahdollisuus riippuu muun muassa liikkumiskyvystä, eri sairauksista, mutta myös taloudellisesta tilanteesta. Osallistuminen voi riippua myös ympäristön tarjoamista mahdollisuuksista sekä niiden saavutettavuudesta. Kodin ulkopuolisiin harrastuksiin ei osallistunut lainkaan 80-84-vuotiaista naisista 13,4 % ja miehistä 10,4 %. Ikääntynyt voi kuitenkin viettää aktiivista elämää osallistumatta kodin ulkopuolisiin harrastuksiin. Ikääntyneet voivat nauttia itsenäisesti aktiviteeteista kuten lukemisesta, musiikin kuuntelusta tai vain viihtyä omissa oloissaan. (Helldan & Helakorpi 2014, 139-140; Tiikkainen 2013, 289.)

Sosiaaliset suhteet vaikuttavat iäkkään terveyteen ja hyvinvointiin. Läheiset ja ystävät ovat tärkeässä osassa yksinäisyyden ja masentuneisuuden torjumisessa. Sosiaaliset roolit pitävät yllä iäkkään itsetuntoa sekä edistävät yhteenkuuluvuuden tunnetta. Sosiaalinen tuki auttaa iäkästä sopeutumaan menetyksiin sekä toipumaan sairauksista. (Tiikkainen 2013, 290.)

Kasvokkain ystävien tai sukulaisten kanssa ilmoitti olevansa päivittäin tekemisissä 80-84-vuotiaista naisista 24,3 % ja miehistä 20 %. Kerran tai pari kertaa viikossa tekemisissä oli naisista 34,4 % ja miehistä 35,3 %. Kerran tai pari kertaa kuukaudessa tekemisissä naisista oli 20,6 % ja miehistä 19,5 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa ystäviä ja sukulaisia kasvokkain tapasi naisista 6,3% ja miehistä 16,8 %. Naisista 14,3 % ja miehistä 8,4 % ilmoitti ettei koskaan tavannut kasvokkain ystäviään tai sukulaisiaan. Puhelimitse toisten ihmisten kanssa tekemisissä lähes päivittäin oli 80-84-vuotiaista naisista 40,7 % ja miehistä 20,5 %. Kerran tai pari kertaa viikossa puhelimitse yhteydessä oli naisista 41,3 % ja miehistä 41,1 %. Kerran tai pari kertaa kuukaudessa puhelimitse oli yhteydessä naisista 8,5 % ja miehistä 22,1 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa ystävien ja sukulaisten kanssa puhelimitse oli yhteydessä naisista 1,6 % ja miehistä 8,4 %. Toisten ihmisten kanssa puhelimitse yhteydessä ei koskaan ollut naisista ja miehistä 7,9 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 135-136.)

2.7.2 Yksinäisyys ja elämänlaatu

Tutkimukset ovat osoittaneet iäkkäillä esiintyvän yksinäisyyttä enemmän kuin nuorilla. Iäkkäiden yksinäisyyttä on tutkimusten valossa selitetty muun muassa terveydentilanteen ja toimintakyvyn huonontumisella. (Koskinen, Sainio, Tiikkainen & Vaaramaa 2012, 140.) Yksinäisyyden kokeminen voidaan jaotella kahteen osa-alueeseen kielteiseen ja myönteiseen yksinäisyyteen. Myönteistä yksinäisyyttä kuvataan usein vapaaehtoiseksi, jopa rentouttavaksi, kun taas kielteinen yksinäisyys kuvaillaan usein ahdistavaksi ja pakottavaksi. Iäkkään yksinäisyydestä puhuttaessa viitataan usein kielteiseen yksinäisyyteen. Yksinäisyydestä voidaan puhua myös silloin, kun iäkäs ihmissuhteista huolimatta ei koe sosiaalisten tarpeidensa täyttyvän. Iäkkään kaipaamat ihmissuhteet eivät tällöin toteudu ja iäkäs voi tuntea itsensä yksinäiseksi myös toisten ihmisten seurassa. (Toivonen & Suhonen 2013, 55-56.)

Läheisten ja ystävien puute voi johtaa terveydentilanteen heikkenemiseen tai sairaudesta toipumisen pitkittymiseen. Yksinäisyyden on viimeaikaisten tutkimusten valossa katsottu lisäävän muistisairauksiin sairastumisen riskiä. Yksinäisyyden on erään tutkimuksen mukaan olevan yhtä suuri riski terveydelle kuin ylipaino ja tupakointi. (Koskinen ym. 2012, 140; Tiikkainen 2013, 290.)

Vuonna 2013 80-84 vuotta täyttäneistä naisista 7 % ja miehistä 10 % koki itsensä usein yksinäiseksi. Tämän tutkimuksen mukaan yksinäisyys ei vaikuttaisi olevan niin yleistä kuin on kuviteltu. Yksinäisyyden kokeminen ei ole myöskään lisääntynyt vuodesta 2004. Huomioitavaa on, että yksinasuvista yksinäisyyden kokeminen on kuitenkin miltein neljä kertaa yleisempää kuin niillä, jotka asuvat yhdessä jonkun muun kanssa. Yksinasuvista 15 % koki itsensä yksinäiseksi koko ajan tai usein. Varsinkin 80 vuotta täyttäneillä miehillä yksinasuminen lisäsi yksinäisyyden tunnetta. (Vaarama ym. 2014, 48, 55.) Yksinäisyys on yksinasuvien, mutta myös paljon palveluita tarvitsevien ikäänntyvien ongelma, joka nousee esille myös Itä-Suomen yliopiston Promeq-tutkimushankkeen tuloksissa. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa yli 65-vuotiaiden hyvinvoinnin ja terveyden kokemuksia, kehittämällä samalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ennaltaehkäisyyn uusia toimintamaleja. (Puukka 2017; Itä-Suomen yliopiston

www-sivut 2017.) Yksinäisyydestä muodostuvat riskitekijät kuten vähäinen sosiaalinen osallistuminen lisäävät iäkkään heikentyneen toimintakyvyn riskiä (Parkkinen 2015, 27). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan lähes puolet 75 vuotta täyttäneistä asuu yksin. Heistä suurin osa on naisia. Leskeksi jääminen on yleisin yksinasumisen syy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, kotona asumisen ratkaisuja www-sivut 2017.) Tilastollisesti on huomioitavaa, että yksinasuvien naisten määrä kasvaa 85 vuotta täytettäessä. Tulosten valossa yksinasuvat naiset ovat yhä iäkkäämpiä. (Vaarama ym. 2014, 49-50.)

Elämänlaadun katsotaan olevan moniulotteinen ilmiö, johon ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Elämänlaatuun katsotaan kuuluvaksi ainakin fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä ympäristöllinen ulottuvuus. Elämänlaatu voidaan ymmärtää yksilön omana käsityksenä elämäntilanteestaan suhteessa hänen omaan arvo maailmaansa, odotuksiinsa ja tavoitteisiinsa. Hyväksi oman elämänlaatunsa koki naisista 55,0 % ja miehistä 49,7 %. Kohtalaiseksi oman elämänlaatunsa koki naisista 39,3 % ja miehistä 41,6 %. Huonoksi elämänlaatunsa koki 75 vuotta täyttäneistä naisista 5,7 % ja miehistä 8,7 %. Tutkimuksen mukaan myös kotona asuvat 80-84-vuotiaat kokivat elämänlaatunsa pääsääntöisesti joko hyväksi tai kohtalaiseksi. (Karlsson 2013; Saarni, Luoma, Koskinen & Vaarama 2012, 159-160; Vaarama ym. 2014, 52.)

Ikääntyneet kokevat merkittävimmiten elämänlaadun perustekijöiksi terveyden, tyytyväisyyden itseensä ja elämäntilanteeseensa sekä kyvyn osallistua mielekkääksi koettuihin toimintoihin (Oulun yliopiston www- sivut 2017).

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tuottaa mahdollisimman kattavasti tietoa raumalaisien vuonna 2016 80 vuotta täyttäneiden kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvien hyvinvoinnista. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten vuonna 1936 syntyneet raumalaiset kokivat vuonna 2016 oman asumisen, ympäristön, terveyden, toimintakyvyn, hyvinvoinnin, ravitsemuksen sekä sosiaalisen toimintakykynsä. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda esille ne haasteet ja ongelmat, jotka mahdollisesti heikentävät iäkkään mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti omassa kodissaan. Opinnäytetyöni pohjalta Rauman kaupungin vanhuspalveluilla ja erityisesti hyvinvointia edistävät toiminnot-yksiköllä on paremmat mahdollisuudet kehittää ohjaus- ja neuvontapalveluitaan, jotka tukevat iäkkään itsenäistä selviytymistä omassa kodissaan

3.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten 80-vuotiaat kokevat oman asumisensa ja ympäristönsä?
2. Miten 80-vuotiaat kokevat oman terveytensä ja toimintakykynsä?
3. Miten 80-vuotiaat kokevat oman hyvinvointinsa?
4. Miten 80-vuotiaat kokevat oman ravitsemuksensa?
5. Miten 80-vuotiaat kokevat oman sosiaalisen toimintakykynsä?
6. Mitkä ovat ne hyvinvointikyselyssä esille tulleet haasteet, jotka mahdollisesti heikentävät iäkkään mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti omassa kodissaan?

3.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskohde

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena tarkoituksena kuvata ja kartoittaa vuonna 2016 80-vuotiaiden kokemuksia asumisesta, ympäristöstä, terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata kohderyhmä sekä

tulkita sitä tilastojen ja numeroiden valossa (Jyväskylän yliopisto www-sivut 2017). Tutkimuksen tavoitteena on luoda vastaavuus teoreettisten ja konkreettisten käsitteiden välille, jolloin teoreettisilla käsitteillä on keskeinen rooli tutkimuksessa. Teoreettisten käsitteiden avulla tutkimuksesta on löydettävissä säännönmukaisuuksia eri asioiden ja piirteiden välillä. Opinnäytetyön toteuttamiseen käytettiin hyvinvointikyselylomaketta, joka on tavallisin aineiston keräämisen muoto määrällisessä tutkimuksessa. Hyvinvointikyselylomakkeen kysymysten muoto oli vakioitu, jolloin kaikilta vastaajilta kysyttiin samat asiat samalla tavalla. Kyselylomakkeen käyttö soveltuu aineiston keräämisen tavaksi silloin kun tutkittavia on paljon. Kyselylomaketta käytetään usein myös silloin, kun kysymykset koskevat esimerkiksi mielipiteitä ja/tai henkilökohtaisia ominaisuuksia kuten koettua terveyttä ja/tai terveyskäyttäytymistä. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa voidaan hankkia myös erilaisista rekistereistä sekä muiden keräämistä tilastoista. Valmiit rekisterit ja tilastot sopivat usein valmisteilla olevan tutkimuksen vertailevaksi lähdeaineistoksi. (Vilka 2007, 26-28; Vilka 2015, 94-97.) Tämän opinnäytetyön tutkittavana kohteena olivat kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvat vuonna 1936 syntyneet raumalaiset, jotka täyttivät 80 vuotta vuonna 2016. Hyvinvointikyselyn ulkopuolelle jäivät säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Myös omaishoidon asiakkaat rajattiin hyvinvointikyselyn ulkopuolelle. Säännöllisiksi palveluiksi ei tässä hyvinvointikyselyssä katsottu kotihoidon sairaanhoitajan käyntejä, ateriapalvelua sekä turvapuhelinta.

3.4 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä käytössä oli Rauman kaupungin hyvinvointia edistävät toimintoyksikön hyvinvointikyselylomake (Liite 1) ja saatekirje (Liite 2). Hyvinvointikyselylomakkeen yhteydessä olevassa saatekirjeessä annettiin tiedoksianto, jossa esille nousi vastausten tärkeys ohjaus- ja neuvontapalveluiden kehittämiseen, jota myös tämä opinnäytetyö edustaa. Opinnäytetyön toteuttamiseksi tutkimuksen toteuttaja sai tutkimusluvan (Liite 3) Rauman kaupungin vs. sosiaali- ja terveystoimen johtaja Marja-Leena Alholta. Tutkimustuloksista ei voida erottaa yksittäisen tutkittavan antamaa vastausta. Avokysymykset käsiteltiin opinnäytetyössä naisten ja miesten antamien vastausten kokonaisuutena.

Hyvinvointikyselylomake on osa Rauman kaupungin hyvinvointia edistävät toiminnot-yksikön kokonaisuutta. Hyvinvointikyselyt lähetetään vuosittain kaikille kyseisenä vuonna 75 tai 80 vuotta täyttäneille ilman säännöllisiä palveluita kotona asuville. Hyvinvointikyselylomake oli suunniteltu vastaajan kannalta mahdollisimman yksinkertaiseksi. Kysely piti sisällään monivalinta- sekä avokysymyksiä. Avoimien kysymysten tavoitteena oli saada iäkkäiltä omia mielipiteitä, joita valmiit vastausvaihtoehdot eivät rajaa. Tutkimuksen pätevyuden kannalta on tärkeää, että kyselylomakkeen kysymykset vastaavat esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tarvittua tietoa kohden on riittävä määrä kysymyksiä (Vilka 2015, 106). Kyselylomakkeen riskinä voidaan pitää vastausprosentin jäämistä alhaiseksi. Mahdolliset uusintakyselyt ja vastausten viipymiset voivat vaikuttaa tutkimuksen aikatauluun ja kustannuksiin. Hyvinvointikysely toteutettiin 1.1.2016 – 31.1.2017 välisenä aikana. Hyvinvointikyselylomake lähetettiin kaikille 1936 syntyneille ilman säännöllisiä palveluita kotona asuville raumalaisille ikäihmisille, joita oli kyseisenä vuonna 289. Hyvinvointikyselylomakkeen mukana asiakkaalle postitettiin saatekirje, jossa kerrottiin hyvinvointikyselyn tarkoituksesta. Lisäksi asiakas sai allekirjoitettavakseen suostumus-lomakkeen Effica potilastietojärjestelmään pääsemiseksi sekä palautuskuoren, jolla hän palautti kyselyn. Opinnäytetyön aineistona käytettiin ainoastaan hyvinvointikyselylomakkeen tuloksia. Hyvinvointikysely lähetettiin uudelleen 40 80-vuotiaalle palauttamatta jättäneelle, joista 17 vastasi kyselyyn uudelleen lähettämisen jälkeen. Hyvinvointikyselyyn ei vastannut 23 80-vuotiasta. 1936 syntyneistä kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 266 naista ja miestä, joista 36 palautti kyselyn tyhjänä. Hyvinvointikyselyn palautusprosentti oli 92 %.

Hyvinvointikyselylomakkeen palaututtua lomakkeet tallennettiin sähköiseen hyvinvointikyselykoneeseen, joka oli käytössä Rauman kaupungin hyvinvointia edistävät toiminnot-yksiköllä. Tallennuksen jälkeen iäkkäiden antamista vastauksista muodostuivat riskipisteet, jotka käsittelevät opinnäytetyön myöhemmässä vaiheessa. Sähköisen kyselykoneen käyttöoikeudet on rajattu Raumalla 75-vuotiaiden terveystapaamisten sekä 80-vuotiaille suunnattujen hyvinvointia edistävien kotikäyntien tekijöille, joista tämän opinnäytetyöntekijä on toinen. Tulevaisuudessa hyvinvointikyselylomake on mahdollista ottaa myös sähköiseen käyttöön. Sähköposti- ja internetkyselyihin liittyy kuitenkin tutkimuseettisiä ongelmia kuten vastaajan anonymiteetin turvaaminen. Tämä vastausmuoto tulee kuitenkin todennäköisesti ajankohtaiseksi tulevina vuosina,

kun sähköisten palveluiden käyttäminen arkipäiväistyvät myös iäkkäiden keskuudessa.

3.5 Aineiston analysointi

Hyvinvointikyselyn aineisto analysointiin Tixel9-ohjelman avulla käyttäen ristiintaulukointia. Tixel9-ohjelmassa vastaajan sukupuoli toimi sarakemuuttujana ja iäkkäiden antamat vastaukset rivimuuttujina. Hyvinvointikyselyn oleellisempia tutkimustuloksia havainnollistettiin kuvioden avulla. Lisäksi aineistoa käsiteltiin avokysymysten osalta sisällönerittelyn avulla. Avovastausten osalta molempien vastaajaryhmien vastaukset koottiin yhteen. Tässä tutkimuksessa erittelyä ohjasivat avokysymykset. Hyvinvointikyselyn avovastausten samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin yhteen, jonka jälkeen sain käytettäväksi pelkistetyt ilmaukset, jotka olen tuonut esiin tuloksissa. Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna myös sähköistä hyvinvointikyselykonetta, joka mahdollisti haku-toiminnon avulla erottamaan haluttuja vastausyhdistelmiä, kuten erottamaan naisten ja miesten antamat vastaukset kunkin kysymyksen osalta.

Lisäksi hyvinvointikyselyä analysoidessa otettiin huomioon kyselykoneeseen luodut riskipisteet, jotka ohjelma laskee hyvinvointikyselystä. Riskipisteiden maksimimäärä, jonka vastaaja voi saada oli 44 riskipistettä. Riskipisteet on käsitelty ja arvioitu jo KASTE-hankkeen aikana yhdessä Salon ja Huittisten kanssa. Riskipisteiden määräytymistä on muokattu hyvinvointikyselylomakkeen aikana. Vuonna 2016 käytössä olleessa hyvinvointikyselylomakkeessa riskipisteet määräytyivät seuraavasti:

- hissitön kerrostalo 2p.
- portaat, jotka vaikuttavat kulkemiseen 1p.
- kyllä, nykyinen asumismuoto vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen 1p.
- tarvitsen apua, en selviydy yksin kodin ulkopuolisista asioinneista 1p.
- tarvitsen apua, en selviydy yksin kodinpienistä korjaustöistä 1p.
- tarvitsen apua, en selviydy yksin kevyistä kotitöistä 1p.
- tarvitsen apua, en selviydy yksin raskaista kotitöistä 1p.
- asuminen omakoti- tai rivitalossa, tarvitsen apua en selviydy yksin eri vuodenaikoihin liittyvistä pihatöistä 1p.
- en saa apua keneltäkään 1p.
- terveydentila huono 1p.

- terveydentila huonompi kuin vuosi sitten 2p.
- kyllä, sairaus tai vaiva haittaa päivittäistä selviytymistä 1p.
- en ole käynyt lääkärin tai muun terveydenhuoltohenkilökunnan tarkastuksessa viimeisen vuoden aikana 1p.
- en ole käynyt hammashoidossa viimeisen viiden vuoden aikana 1p.
- kyllä, virtsanpidätyskyvyssä on jatkuvasti ongelmia 1p.
- kyllä, olen ollut huolestunut muististani viimeisen kuuden kuukauden aikana 1p.
- en pysty kävelemään apuvälineellä tai ilman pysähtymättä vähintään 500m 1p.
- kyllä, olen kaatunut sisällä 1p.
- kyllä, olen kaatunut ulkona 1p.
- liikun vähemmän kuin kerran viikossa 1p.
- en harrasta liikuntaa 2p.
- en nuku hyvin 1p.
- kyllä, tupakoin 1 p.
- käytän alkoholia 2-3 kertaa viikossa 1p.
- käytän alkoholia 4 kertaa viikossa tai useammin 2 p.
- ruokahalu huono 1p.
- en syö varsinaista ateriaa päivittäin 2p.
- käytössä ei ole vitamiini tai hivenainetta 1p.
- kyllä, paino laskenut tahattomasti 1 p.
- en osallistu kodin ulkopuolisiin vapaa-ajan toimintoihin 1p.
- en harrasta kotona 1p.
- tapaan tai olen muuten yhteydessä muihin ihmisiin sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä kuukausittain 1p., harvoin 2p., en koskaan 3p.
- en ole elämään tyytyväinen 1p.
- koen olevani yksinäinen 1p.
- koen olevani murheellinen 1p.
- koen olevani turvaton 1p.
- koen olevani peloissani 1p.
- nykyinen elämäntilanne huono 2p.

Tutkimuksen johtopäätöksiä tehtäessä käytettiin aineistotriangulaatiota yhdistäen tutkimuksessa kerättyä aineistoa, tilastotietoja sekä aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja raportteja. Hyvinvointikyselyn tavoitteena oli saada selville 80-vuotiaiden yksilölliset kokemukset asumisesta, ympäristöstä, terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esille iäkkäiden omat mielipiteet koetusta todellisuudesta sekä pyrkiä tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tämä tutkimus ei ollut satunnaisotanta vaan sen tavoitteena oli nimenomaan saada tietoa valitusta tutkittavasta ryhmästä. (Vilkkä 2015, 70-71.)

3.6 Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus

Tutkimuksen pätevyyttä voidaan arvioida, vastaako hyvinvointikysely siihen mitä on ollut tarkoituksena mitata. Pätevässä tutkimuksessa tutkittavan ja tutkijan tulisi ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Jos vastaajat eivät ymmärrä kysymystä samalla tavalla kuin tutkija tulokset voivat vääristyä. Tutkimuksen luotettavuutta eli tulosten tarkkuutta voidaan arvioida mittaustulosten toistettavuudella. (Vilkkä 2015, 194.)

Hyvinvointikyselyn tavoitteena oli saada selville iäkkäiden omat kokemukset tämän hetkisestä hyvinvoinnista. Hyvinvointikyselyn kysymykset oli pyritty asettelemaan niin, ettei tulkinnanalaisuuksia syntyisi. Tutkimuksen toteuttaja ei ole voinut vaikuttanut tutkittujen vastauksiin. Läheisen tai ystävän vaikuttavuutta tutkittavan vastauksiin ei voida arvioida tämän tutkimuksen puitteissa. Rauman kaupungin hyvinvointia edistävät toiminnot-yksikkö toteuttaa vuosittain hyvinvointikyselyn 75- ja 80-vuotiaille kotona ilman säännöllisiä palveluita asuville raumalaisille. Toteutetun hyvinvointikyselyn aineistoa voidaan verrata aiemmin toteutettuihin hyvinvointikyselyihin sekä myös kansallisesti tehtyihin tutkimuksiin ja raportteihin.

4 HYVINVOINTIKYSELY JA SEN TULOKSET

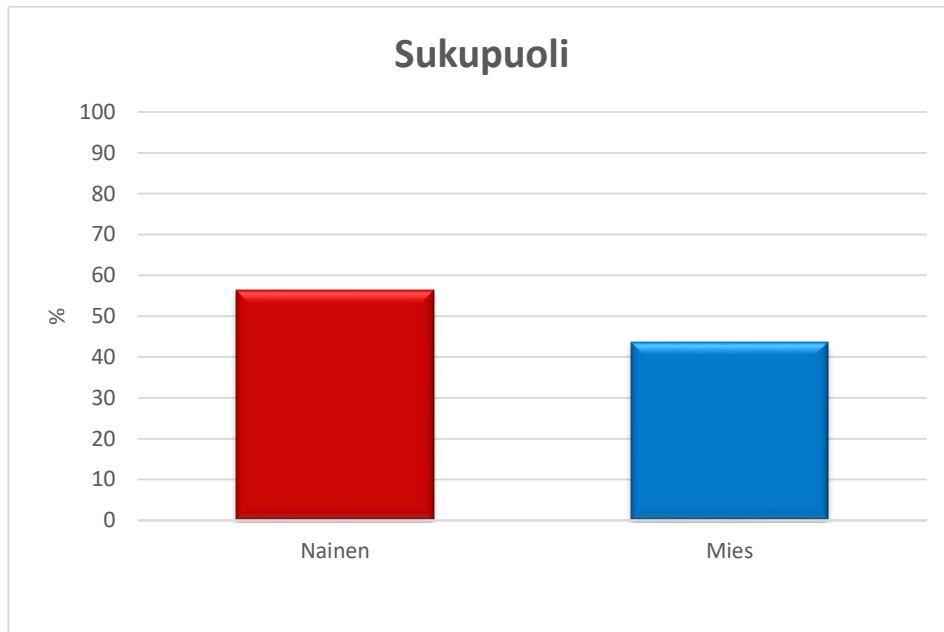
Ikääntyneiden hyvinvointikysely otettiin Raumalla ensimmäisen kerran käyttöön METSO-hankkeen aikana vuosina 2004-2006. METSO-hanke oli Länsi-Suomen lääninhallituksen ja kaupungin puoliksi rahoittama kolmevuotinen Kotihoitoasemahanke. Hankkeen aikana hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä käytettiin Kuntaliiton hyvinvointikyselylomaketta, joka oli muokattu Rauman kaupungin tarpeita vastaavaksi. Varsinainen hyvinvointikyselylomake otettiin Raumalla ensimmäisen kerran käyttöön Toimintakykyisenä ikääntyminen-hankkeen juurruttamisen aikana vuonna 2012. Hanke oli osa Kaste-hanketta. Hyvinvointikyselylomake pilotoitiin vuonna 2012, jolloin kysely lähetettiin sekä 75-vuotiaille että 80-vuotiaille ilman palveluita kotona

asuville raumalaisille. Hyvinvointikysely mukaili Salon kaupungin kehittämää hyvinvointikysely mallia. Rauman hankkeen ohjausryhmä päätyi ottamaan hyvinvointikyselyn käyttöön vuonna 2013. Salon hankkeeseen oli lisäksi työstetty Turun yliopiston informaatioteknologianlaitoksen opiskelija Miikka Karmitsan toimesta sähköinen hyvinvointikysely, joka otettiin Raumalla käyttöön vuonna 2014. (Henriksson-Leivo, Laine, Ämmälä 2013, 8,15.)

4.1 Hyvinvointikyselyn vastaajien taustatiedot ja palautuneet kyselylomakkeet

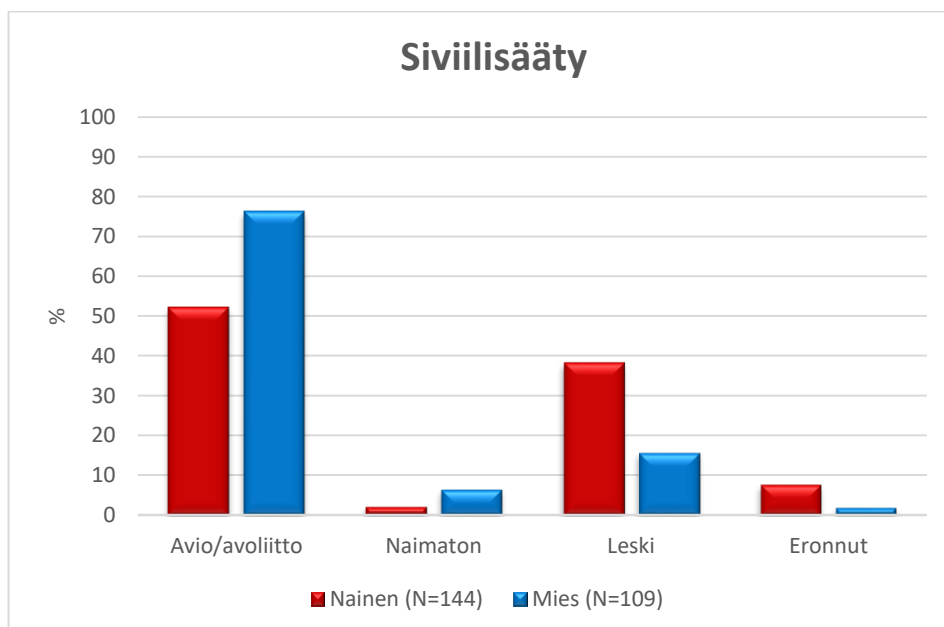
Vuonna 2016 80-vuotiaiden naisten osuus oli 0,5 % ja miesten 0,4 % raumalaisesta väestöstä (Sotkanet, väestö www-sivut 2017). 80 vuotta täyttäneistä naisista 83,8 % ja miehistä 89,1 % asui vielä kotona vuonna 2015 (Sotkanet, ikääntyneet www-sivut 2017). Vuonna 2016 Raumalla oli Väestörekisteristä saatujen tietojen mukaan 332 vuonna 1936 syntynyttä. Tutkimusta tehtäessä heistä 87 % (N=289) asui kotona ilman säännöllisiä palveluita. Hyvinvointikyselylomake lähetettiin 289 kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvalle raumalaiselle 80-vuotiaalle. Kyselyn palautti 266, joista naisia oli 56,4% (N=150) ja miehiä 43,6 % (N=116) (kuvio 1).

Hyvinvointikyselyyn vastanneista 36 palautti kyselyn ainoastaan taustatiedoilla. Tyhjänä palauttaneista naisia oli 21 ja miehiä oli 15. Lomakkeen tyhjänä palauttamisen syynä 10 hyvinvointikyselylomakkeessa oli, ettei iäkäs kokenut tarvitsevansa apua. Seitsemän ilmoitti, että kunto oli toistaiseksi hyvä ja viisi piti omaa terveyttään niin hyvänä, etteivät kokeneet tarvetta vastaamiselle. Viisi kuvasi omaa toimintakykyänsä vielä itsenäiseksi ja neljä ilmoitti selviävänsä yhdessä puolison kanssa. Vain yksi ilmoitti, ettei koe tarvetta vastaamiselle. Neljään tyhjänä palautettuun hyvinvointikyselyyn ei oltu ilmoitettu täyttämättä jättämisen syytä.



Kuvio 1. Sukupuoli

Hyvinvointikyselyn palauttaneista naisista 52,1 % ja miehistä 76,1 % oli avio- tai avoliitossa. Naimattomia naisia oli 2,1 % ja miehiä 5,5 %. Leskiä oli naisista 38,2 % ja miehistä 16,5 %. Eronneita oli 7,6 % naisista ja 1,8 % miehistä (Kuvio 2).



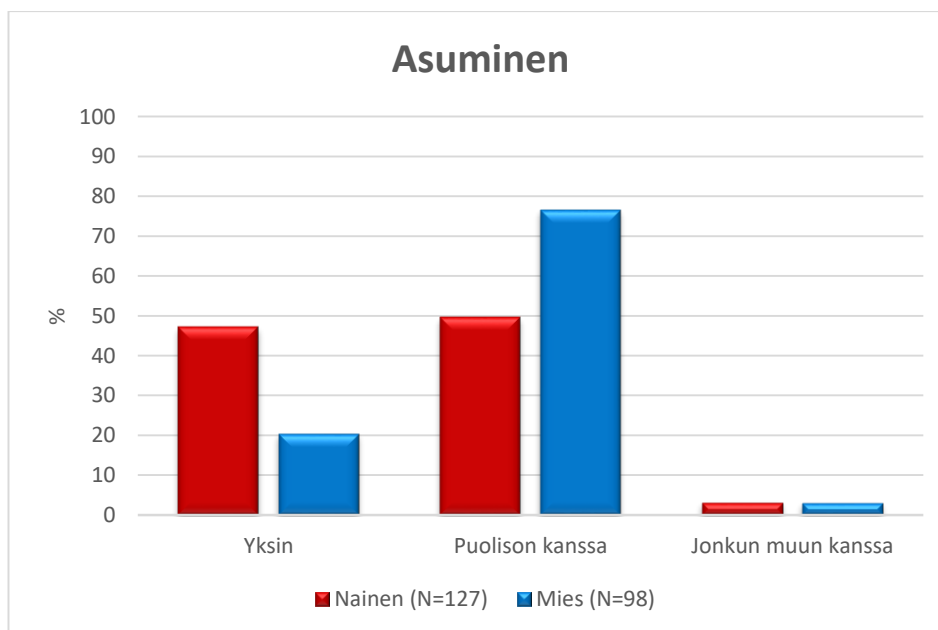
Kuvio 2. Siviilisäät

4.2 Asuminen ja ympäristö

Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin 80-vuotiailta, kenen kanssa he asuivat, asumismuotoa, oliko asunnossa kulkemiseen vaikuttavia portaita, vaikuttiko nykyinen asumismuoto päivittäisistä toimista selviytymiseen sekä kokiko vastaaja tarvetta asunnon muutokseen kuten kynnyksen poistoon tai tukikahvojen asentamiseen. Lisäksi tiedusteltiin iäkkään selviytymistä kodin ulkopuolisista asioinneista, kodin pienistä korjauksista, kevyistä kotitöistä, raskaista kotitöistä sekä omakoti- tai rivitalo asujalta selviytykö hän eri vuodenaikoihin liittyvistä pihatöistä. Vastaajilta tiedusteltiin myös, keltä he tarvittaessa saivat apua sekä miten he tavallisesti liikkuivat. Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus vastata avokysymyksiin, miten asumismuoto vaikutti päivittäisistä toimista selviytymiseen sekä millaisia muutoksia vastaaja koki tarvitsevansa asuntoonsa.

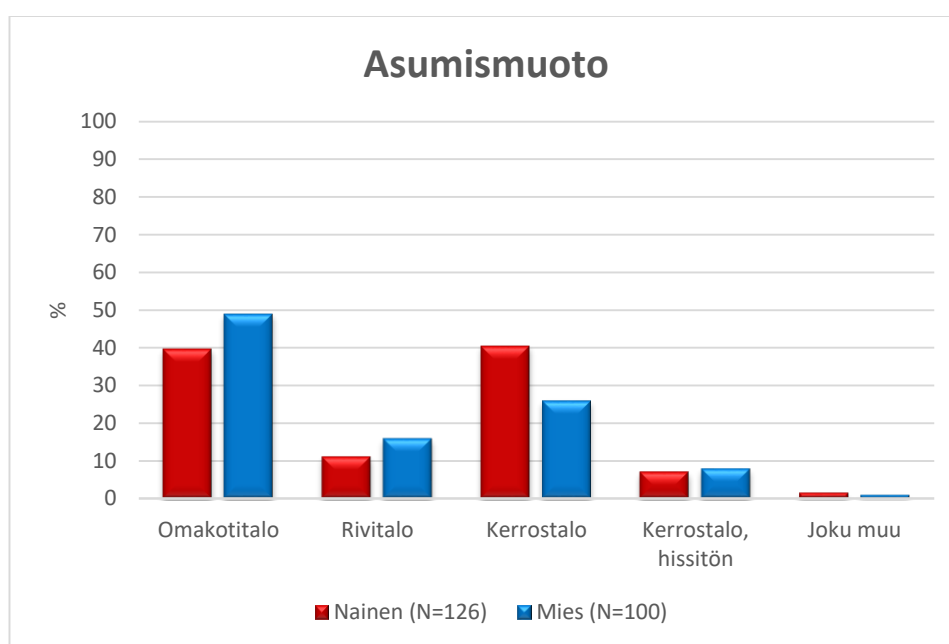
4.2.1 Asuminen

Vastanneista naisista 47,2 % ja miehistä 20,4 % asui yksin. Puolison kanssa, jossa tässä kyselyssä tarkoitettiin avio- tai avopuolisoa asui naisista 50,4 % ja miehistä 76,5 %. Jonkun muun kanssa kertoi asuvansa naisista 2,4 % ja miehistä 3,1 %. Jonkun muun kanssa asuvista yli puolet kertoi asuvansa lapsensa tai sisaruksensa kanssa (Kuvio 3).



Kuvio 3. Asuminen

Vastanneista naisista omakotitalossa asui 39,7 % ja miehistä 49,0 %. Kerrostalossa asui naisista 39,7 % ja miehistä 26,0 %. Hissittömässä kerrostalossa vastasi asuvansa 7,9 % naisista ja 8,0 % miehistä. Rivitalossa asui 11,1 % naisista ja 16,0 % miehistä. Vastanneista naisista 1,6 % ja miehistä 1,0% ilmoitti asuvansa muussa asumismuodossa kuin hyvinvointikyselyssä annetut vaihtoehdot (Kuvio 4). Muita asumismuotoja olivat yhteisötalo, ikäihmisten vuokra-asuminen sekä piharakennus.

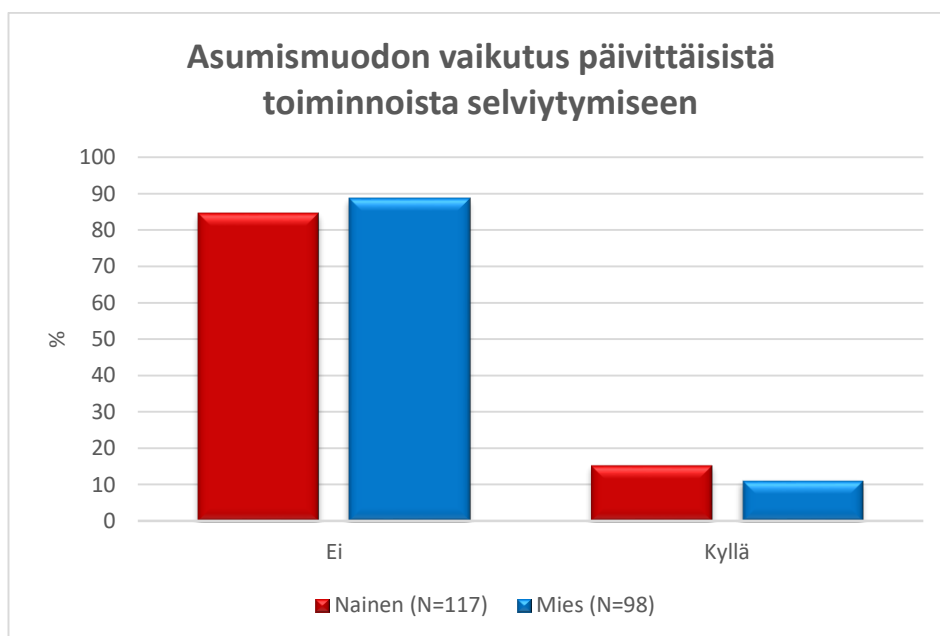


Kuvio 4. Asumismuoto

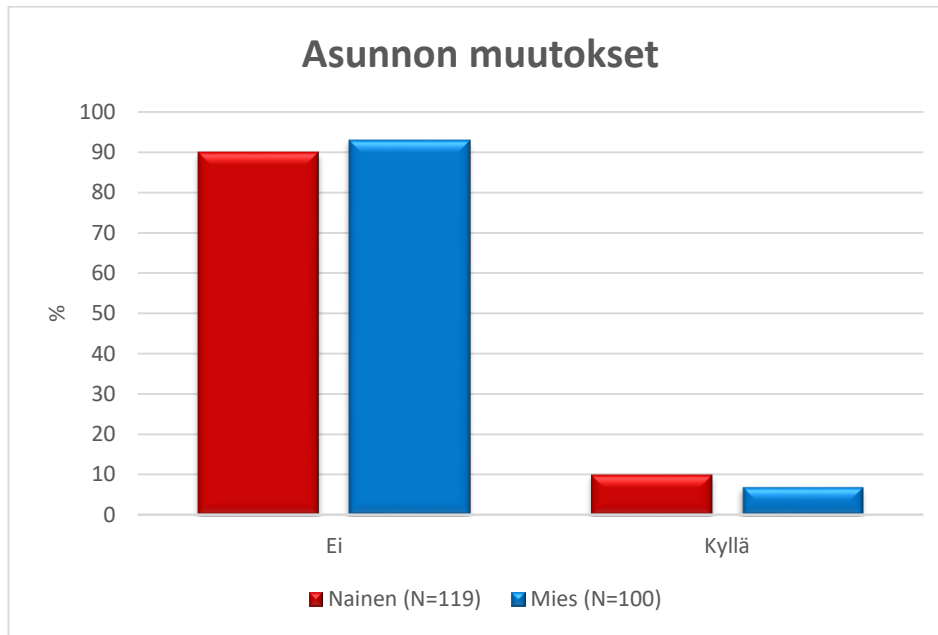
Hyvinvointikyselyssä haluttiin tietää myös asumismuodon vaikutuksista arjen selviytymiseen sekä kokivatko iäkkäät tarvitsevansa joitakin muutoksia omaan asuntoonsa, jotka helpottaisivat arjen sujumista.

27,5 % (N=91) vastanneista naisista koki omassa asunnossa olevan sellaisia portaita, jotka vaikuttivat kulkemiseen. Miehillä vastaava luku oli 18,8 % (N=80). Vastanneista naisista 84,6 % ja miehistä 88,8 % koki ettei nykyinen asumismuoto vaikuttanut päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Naisista 15,4 % ja miehistä 11,2 % koki nykyisen asumismuodon vaikuttavan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (Kuvio 5). Näistä yhdeksän vastaajaa ilmoitti, miten asumismuoto vaikutti päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Viisi vastanneita kertoi portaissa kulkemisen vaikuttavan selviytymiseen. Heistä kaksi ilmoitti, ettei asunnossa ollut hissiä sekä yksi vastanneista

ilmoitti, että ennen hissiin pääsyä oli portaita. Kaksi vastaajaa piti pihatöitä vaikeutena. Yksi vastaajista kertoi puulämmityksen tuovan haasteita sekä yksi vastaajista koki asumismuodon rajoittavan liikkumista. Suurin osa vastaajista ei kuitenkaan kokenut tarvitsevansa muutoksia omaan asuntoonsa. Naisista 89,9% ja miehistä 93,0% ei kokenut tarvetta asunnon muutostöille. Vastanneista naisista 10,1% ja miehistä 7,0% koki kodin muutosten helpottavan arjen sujumista (Kuvio 6). Asuntoon kaivattiin neljässä vastauksesta kuudesta tukikahvojen asentamista. Yksi vastanneista ilmoitti kaiteen asentamisen helpottavan arjen sujumista. Yksi vastanneista koki tarpeelliseksi seinään kiinnitettävän sekä kokoontaitettavan suihkutuolin.

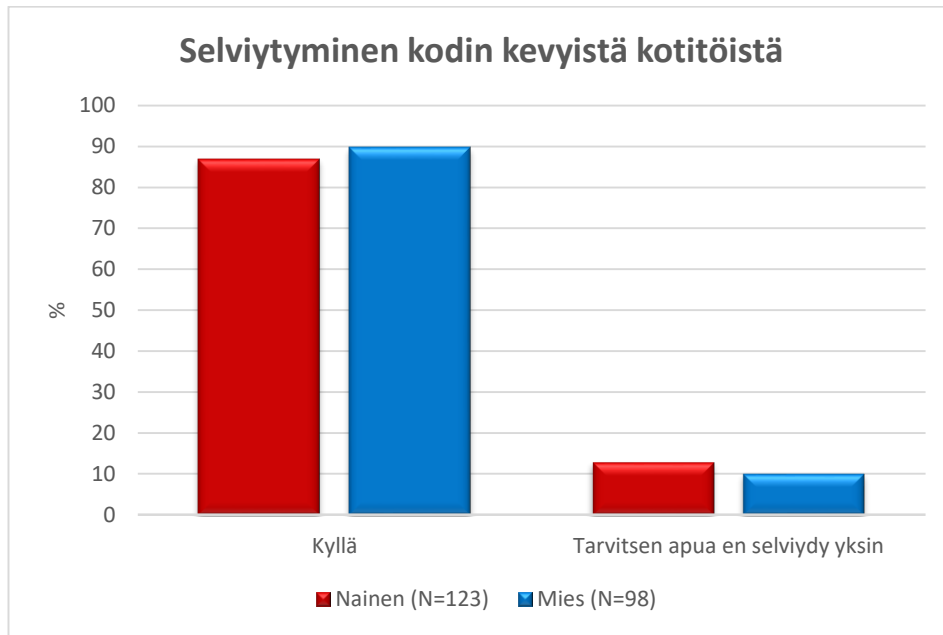


Kuvio 5. Asumismuodon vaikutus päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen

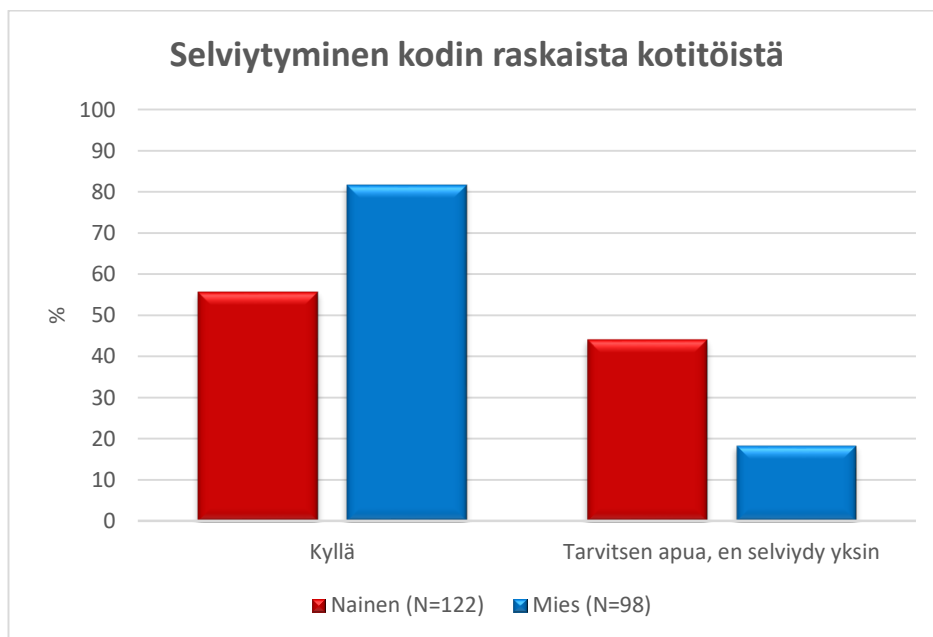


Kuvio 6. Asunnon muutostöiden tarve

Iäkkään itsenäinen selviytyminen omassa kodissa vaatii esteettömän asunnon lisäksi myös henkilökohtaisia voimavaroja, jotta iäkäs selviytyisi päivittäisessä arjessa. Kyselyyn vastanneista suurin osa koki, että kodin kevyet työt hoituivat vielä ilman toisen henkilön apua. Vastanneista naisista 87,0 % ja miehistä 89,8 % ilmoitti selviytyvänsä mm. tiskauksesta, pyykinpesusta sekä ruoan laitosta omin voimin (Kuvio 7). Haasteellisemmaksi vastaajat sen sijaan kokivat kodin raskaimmat askareet kuten imurointi, ikkunoiden pesu ja mattojen tamppaaminen (Kuvio 8). Naisista apua koki tarvitsevana 44,3 % ja miehistä 18,4 %. Naiset kokivat miehiä useammin myös haasteellisemmaksi selviytyä kodin pienistä korjauksista kuten palovaroittimen patterin tai lampun vaihdosta. Omakotitalo- ja rivitaloasumisen haasteiksi nousivat eri vuoden aikoihin liittyvät pihatyöt. Naisista 52,2 % (N= 67) ja miehistä 19,4 % (N=67) koki tarvitsevana apua pihatöihin. Kyselyyn vastanneista iäkkäistä suurin osa sai apua puolisoilta tai lapsilta. Osa iäkkäistä sai apua myös palveluyrittäjältä. Kuusi vastaajaa ilmoitti, ettei saanut apua keneltäkään.



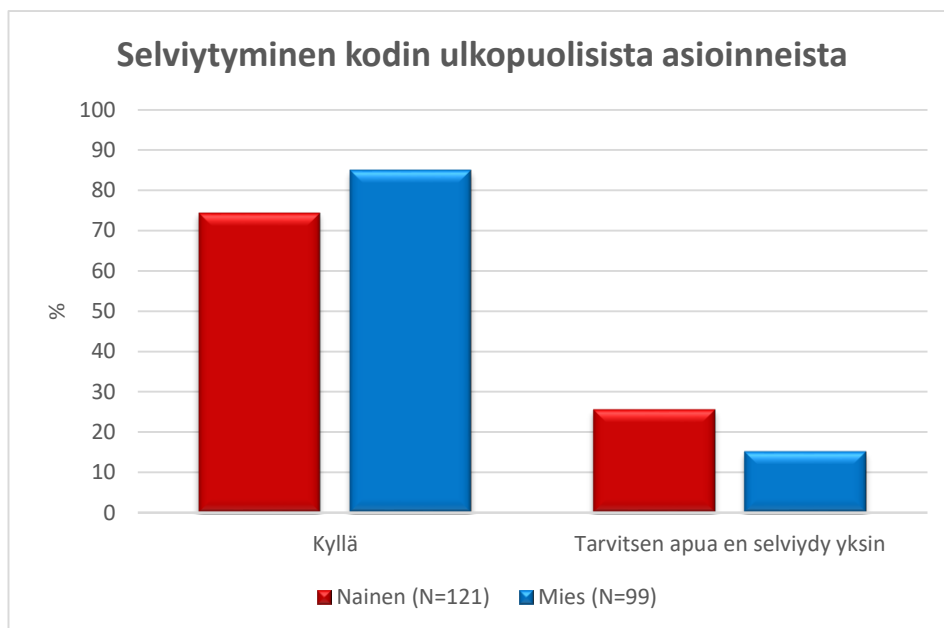
Kuvio 7. Selviytyminen kodin kevyistä kotitöistä kuten tiskaus, ruoan laitto



Kuvio 8. Selviytyminen kodin raskaimmista kotitöistä, kuten imurointi

4.2.2 Ympäristö

Kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisista selviytyi suurin osa 80-vuotiaista vielä itsenäisesti (Kuvio 9). Naisista 25,6 % ja miehistä 15,2 % koki tarvitsevansa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisissa.



Kuvio 9. Selviytyminen omin voimin kodin ulkopuolisista asioinneista

Iäkkään mahdollisuuteen toimia omassa ympäristössä vaatii myös mahdollisuuden liikkua. Tavallisemmin käytössä olevaan liikkumismuotoon iäkkäällä oli mahdollisuus kyselyssä vastata useampaan vaihtoehtoon. 81 % (N=101) kaikista hyvinvointikyselyyn vastanneista miehistä ilmoitti liikkuvansa vielä omalla autolla itse ajaen. Naisista 34 % (N=129) ajoi vielä omalla autolla. Naiset liikkuivat yleisemmin puolison kyydillä, kuin miehet. Molemmista vastaajaryhmistä noin 70 % ilmoitti liikkuvansa vielä kävellen. Lähes puolet miehistä ilmoitti ajavansa vielä pyörällä, kun taas naisista reilu neljännes ajoi vielä pyörällä. Julkisia kuluvälineitä kuten linja-autoa tai taksia käytti noin 20 % molemmista vastaajaryhmistä. Sukulaisten ja tuttavien kyydillä liikkuivat useimmiten naiset noin 30 % vastaajista. Miehillä vastaava luku oli 15 %. Palveluliikennettä käytti naisista vajaa 5 % ja miehistä noin 1 %.

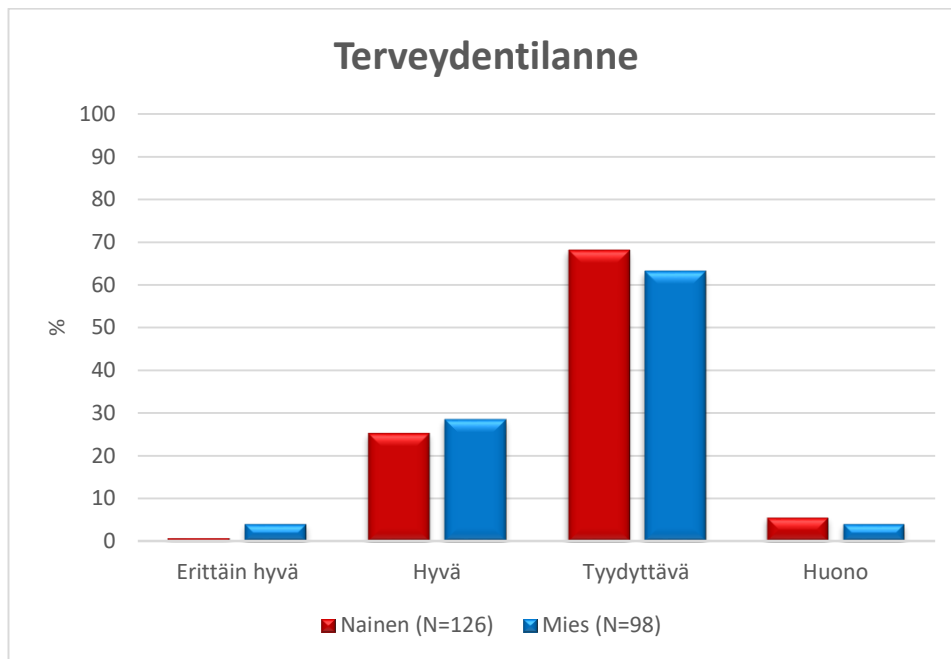
4.3 Terveys ja toimintakyky

Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin vastaajilta laajasti myös heidän kokemustaan omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään. 80-vuotiailta tiedusteltiin terveydentilan kokemista sekä terveydentilannetta verrattuna viime vuoteen. Iäkkäällä oli mahdollisuus avovastaamisella tuoda esille terveydentilanteessa tapahtuneista muutoksista, jos terveydentilanne oli huonontunut edellisestä vuodesta. Lisäksi vastaajilta tiedusteltiin lääkkeiden käyttöä, haittasiko vaiva tai sairaus päivittäistä selviytymistä sekä miten vaiva tai sairaus rajoitti iäkkään selviytymistä. 80-vuotiailta tiedusteltiin myös lääkärin vastaanotolla tai muun terveydenhuoltohenkilökunnan tarkastuksessa käymistä viimeisen vuoden aikana, hammashoidossa käymistä viimeisen viiden vuoden aikana, virtsanpidätysongelmista sekä huolesta muistiin liittyvistä asioista viimeisen kuuden kuukauden aikana. Iäkkäiden toivottiin vastaavan myös avovastaamisella, mikä oli aiheuttanut huolestumista omasta muistista. Toimintakyvyn osalta tiedusteltiin, pystyikö 80-vuotias kävelemään puoli kilometriä pysähtymättä apuvälineen kanssa tai ilman, oliko vastaajalla apuvälineitä käytössä, oliko vastaaja kaatunut viimeisen kuuden kuukauden aikana sekä mahdollisesti oma arvio kaatumisen syystä. 80-vuotiailta tiedusteltiin lisäksi liikkumisen useutta.

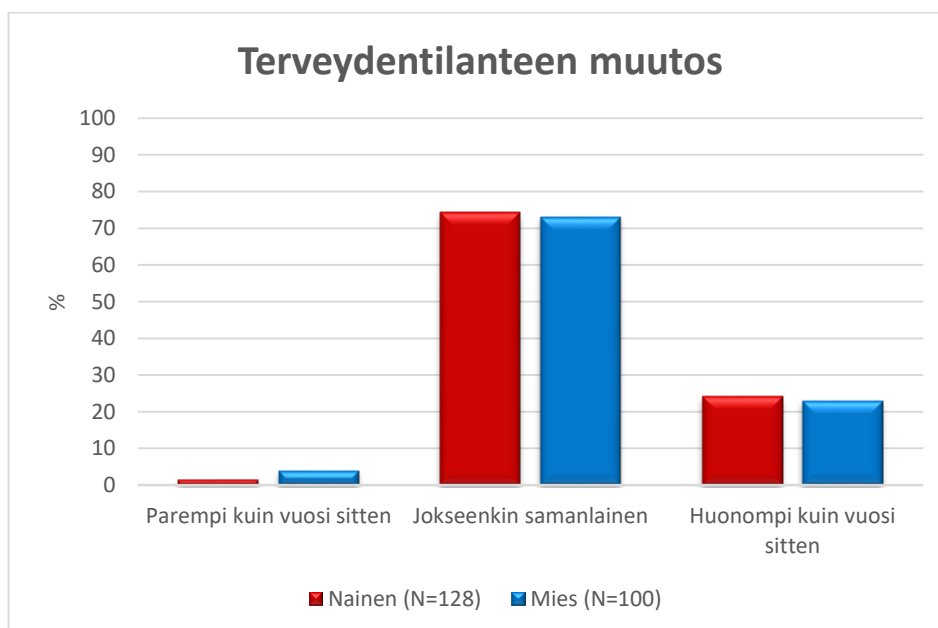
4.3.1 Terveys

Terveydentilannetta kysyttäessä vastanneista naisista 0,8 % koki oman terveydentilanteensa olevan erittäin hyvä. Miehistä 4,1 % koki terveydentilanteensa erittäin hyväksi. Hyväksi oman terveydentilanteensa koki naisista 25,4 % ja miehistä 28,6 %. Naisista 68,3 % ja miehistä 63,2 % koki terveydentilanteensa tyydyttäväksi. Huonoksi sen koki naisista 5,5 % ja miehistä 4,1 % (Kuvio 10).

80-vuotiaat vertasivat kyselyssä omaa terveydentilannettaan myös edelliseen vuoteen (Kuvio 11). Vastanneista naisista vain 1,6 % ja miehistä 4,0 % koki oman terveydentilanteensa parantuneen vuoden takaisesta. Suurin osa vastaajista eli naisista 74,2 % ja miehistä 73,0 % koki terveydentilanteen pysyneen jokseenkin samanlaisena. Sen sijaan terveydentilanteensa koki huonontuneen, naisista 24,2 % ja miehistä 23,0 %.



Kuvio 10. Terveydentilanteen kokeminen

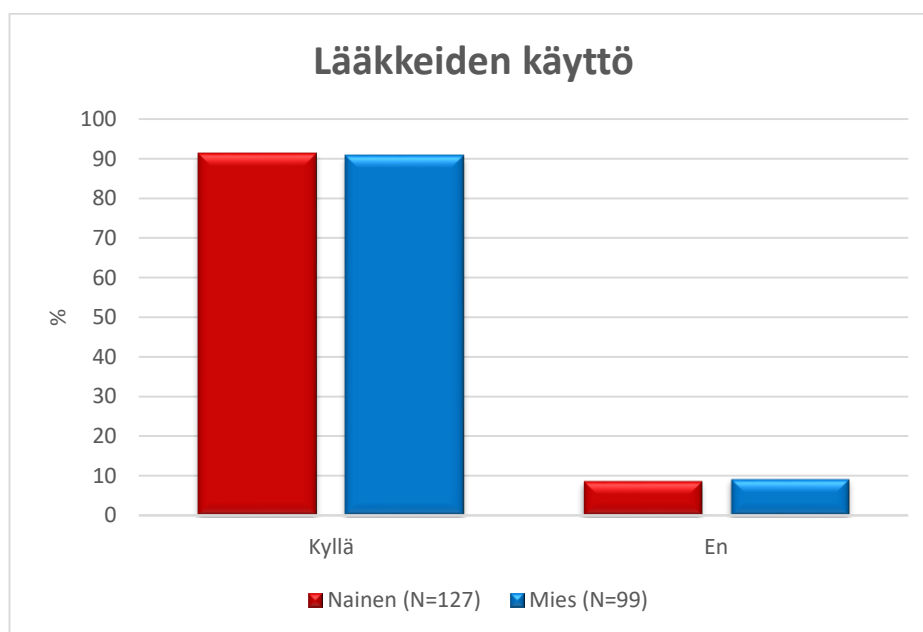


Kuvio 11. Terveydentilanteen muutos edelliseen vuoteen verrattuna

80-vuotiailla oli lisäksi mahdollisuus vastata avokysymyksen muodossa, minkälaisia muutoksia he kokivat terveydentilanteeseensa tulleen, jos he kokivat sen huonontuneen edellisestä vuodesta. Vastauksia saatiin kaiken kaikkiaan 71. Vastauksista 19 koski jalkojen huonontumista, johon liittyi varsinkin polvien ja lonkkien kipuilua, jalkojen turvotusta sekä jalkojen kankeutta. Tähän liittyen vastaajista yhdeksän ilmoitti

liikkumisen vaikeutuneen ja huonontuneen. Kahdeksan vastanneista ilmoitti huimauksen, kaatumisten ja tasapainon heikkenemisen syyksi terveydentilanteen huonontumiseen. Myös hengästyminen oli varsin yleinen syy terveydentilanteen heikentyneeseen kokemiseen. Näin koki kahdeksan vastaajista. Muistisairauden syyksi ilmoitti kolme vastaajaa. Lisäksi huonontuneeseen terveydentilanteen kokemiseen vaikuttivat erilaiset sydän- ja verisuonisairaudet, neurologiset sairaudet, diabetes, syövät, krooniset selkävut sekä näön heikentyminen. Myös puolison kuoleman aiheuttama masennus oli heikentänyt erään vastaajan terveydentilannetta.

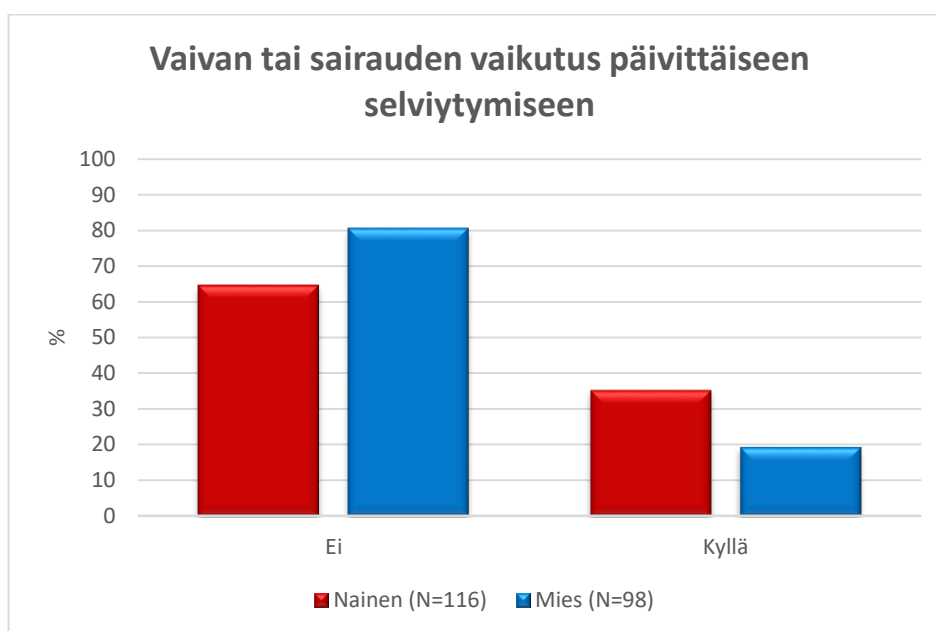
Terveydentilannetta tiedusteltaessa liittyy siihen olennaisesti myös lääkehoito. Kyse-lyssä tiedusteltiin lääkkeiden käyttöä (Kuvio 12). Molemmissa vastaajaryhmissä lääkkeiden käyttö oli yleistä. Vastanneista naisista 91,3 % ja miehistä 91,1 % ilmoitti käyttävänsä lääkkeitä.



Kuvio 12. Lääkkeiden käyttö

Monilla iäkkäillä on paljon sairauksia ja vaivoja, jotka voivat rajoittaa ja täten vaikeuttaa arjessa toimimista. Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin haittaavatko vaivat tai sairaudet päivittäistä selviytymistä. Lisäksi 80-vuotiailla oli mahdollisuus vastata avokysymykseen, jossa tiedusteltiin, miten vaiva rajoitti selviytymistä. Vastanneista naisista

35,3 % ja miehistä 19,4 % koki, että vaiva tai sairaus rajoitti heidän päivittäistä selviytymistä (Kuvio 13). 80-vuotiaista 68 vastasi avokysymykseen, miten vaivanne rajoittaa selviytymistänne. Kaikista vastaajista reilu puolet kertoi vaivojen johtuvan jaloista ja näin sen vaikuttavan liikkumiseen. Vastaajat kokivat asioimisten vaikeutuneen sekä liikkumisen rajoittuneen ja hidastuneen. Lisäksi useat toivat esille portaissa kulkemisen hankaloituneen. Myös huonon tasapainon ja hengästymisen koettiin vaikuttavan arjessa selviytymiseen. Lisäksi yksittäisiä vastauksia olivat eri sairaudet, näön ja kuulon heikentyminen sekä selkävaivat.



Kuvio 13. Vaivan tai sairauden vaikutus päivittäisistä toimista selviytymiseen

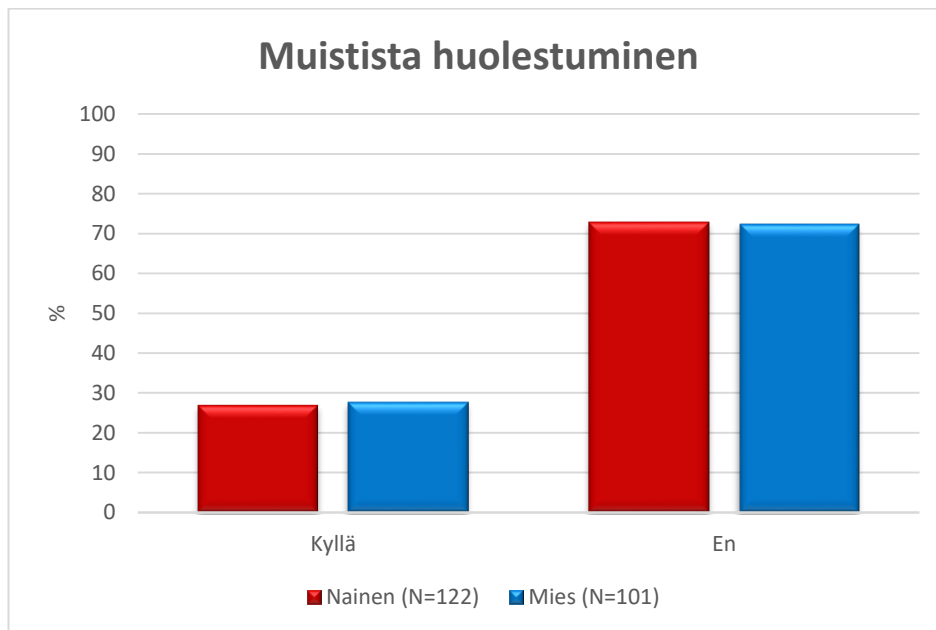
Iän karttuessa myös terveydentilanteen seuraaminen lääkärin toimesta on tärkeää. Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin lääkärin vastaanotolla tai muun terveydenhuoltohenkilökunnan vastaanotolla käymistä. Hyvinvointikyselyyn vastanneista naisista 85,6 % (N= 125) ja miehistä 84,8 % (N=99) kertoi käyvänsä lääkärin vastaanotolla tai terveydenhuoltohenkilökunnan tarkastuksessa kerran vuodessa tai useammin. Useammin kuin kerran kuukaudessa vastaanotolla tai tarkastuksessa oli käynyt vastanneista naisista 7,2 % ja miehistä 9,1 %. Lääkärin vastaanotolla tai terveydenhuoltohenkilön tarkastuksessa kuluneen vuoden aikana ei ollut käynyt vastanneista naisista 7,2 % ja mie-

histä 6,1 %. Myös hampaiden hoitaminen on yksi tärkeä osa ikääntyneen terveydenhuoltoa. Naisista 70,2 % (N=121) ja miehistä 71,4 % (N=98) oli käynyt hammashoidossa viimeisen viiden vuoden aikana.

Virtsanpidätysongelmia kuten tahatonta kastelua voi esiintyä ikääntyessä. Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin, kokivatko 80-vuotiaat virtsanpidätysongelmia jatkuvasti, toisinaan vai eivät lainkaan. Vastanneista naisista 53,7 % (N=123) ja miehistä 71,0 % (N=100) koki ettei heillä ollut ongelmia virtsanpidätyksen kanssa. Toisinaan ongelmia ilmeni 31,7 % naisista ja 21,0 % miehistä. Jatkuvista virtsanpidätysongelmista ilmoitti 14,6 % naisista ja 8,0 % miehistä.

4.3.2 Muisti

Hyvinvointikyselyssä haluttiin tiedustella myös 80-vuotiaiden omaa kokemusta muististaan. Vastaajien toivottiin ottavan kantaa, olivatko he olleet huolissaan muistiin liittyvistä asioista viimeisen kuuden kuukauden aikana. Lisäksi vastaajien toivottiin kertovan avovastaamalla syitä, jotka olivat aiheuttaneet huolestumista. Lisäksi 80-vuotiailla oli mahdollisuus ilmaista halukkuutensa muistin testaamiselle. Vastanneista naisista 27,0 % ja miehistä 27,7 % koki olevansa huolestunut omasta muististaan (Kuvio 14). Avokysymykseen vastasi 57. Vastaajista yli puolet ilmoitti huolestumisen aiheeksi nimi- ja lähimuistin heikentymisen. Kahdeksan vastaajaa kertoi unohdusten, tavaroiden- ja papereiden hukkaamisen sekä tapahtumien unohtumisen olevan huolestumisen syynä. Neljä vastaajaa koki, ettei muisti toiminut enää niin kuin ennen. Neljä kertoi käytössä olevasta muistilääkityksestä. Kolme kertoi, että muistia oli jo testattu. Kolme vastaajaa ilmoitti sairastavansa muistisairautta. Lisäksi kaksi vastaajaa kertoi yleisen muistamattomuuden olevan huolestumisen syynä. Yksi vastaajista ilmoitti olevansa jo muistipoliklinikan asiakas. Yksi vastaaja kuvasi muistin kulkevan ajoittain ”klompeissa”. Yksi vastaajista kertoi, ettei arjen hoito enää toiminut. Muistin testaamiselle koki tarvetta lähes neljännes kysymykseen vastanneista.

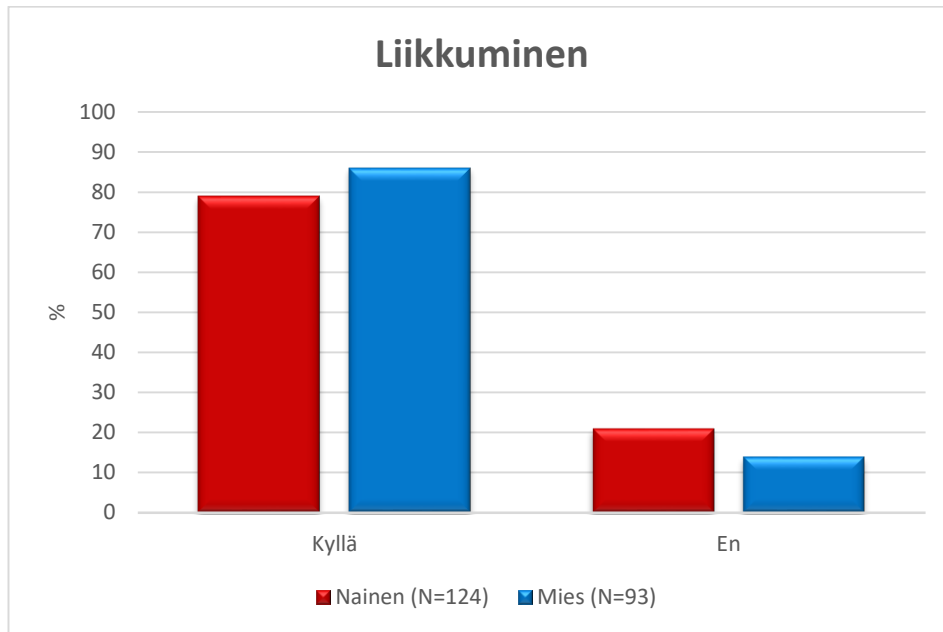


Kuvio 14. Muistista huolestuminen

4.3.3 Liikkuminen ja apuvälineet

80-vuotiaiden toimintakykyä kartoitettiin tiedustelemalla pystyvätkö he kävelemään puoli kilometriä pysähtymättä, joko apuvälineen avulla tai ilman. Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin apuvälineiden käyttöä.

Vastanneista naisista 21,0 % ja miehistä 14,0 % koki ettei kykene kävelemään pysähtymättä puoli kilometriä apuvälineen kanssa tai ilman (Kuvio 15).



Kuvio 15. Käveleminen puoli kilometriä pysähtymättä joko apuvälineen avulla tai ilman

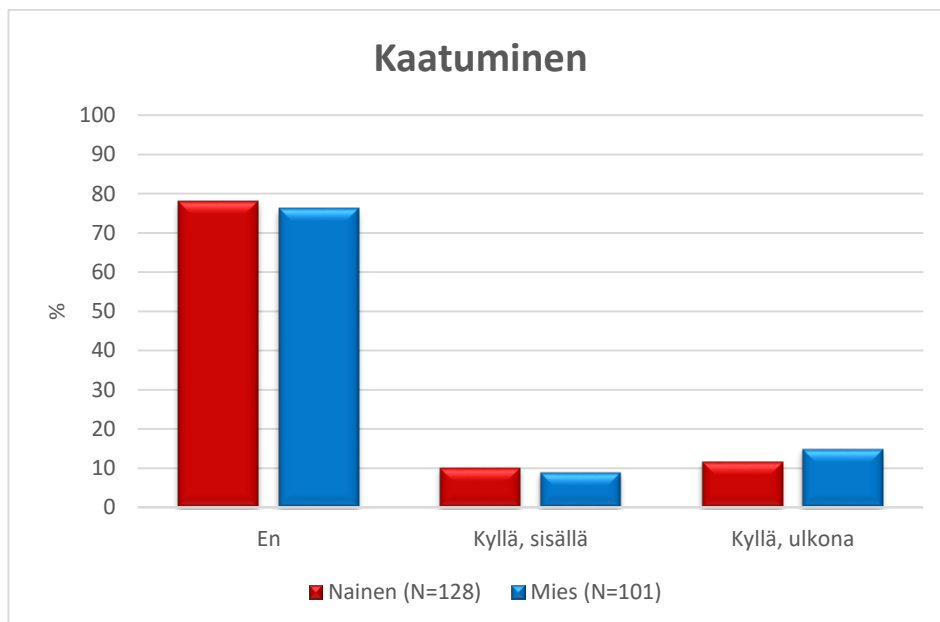
Vastanneista 80-vuotiaista naisista 60 ja miehistä 61 koki ettei tarvetta apuvälineille vielä ollut. Apuvälineiden osalta osalla vastaajista oli käytössä useampi apuväline. Yleisempiä apuvälineitä olivat kuulon ja näön apuvälineet, joita kertoi käyttävänsä 68 vastaajaa. Rollaattori oli käytössä 37 ja kävelykeppi 36 vastaajalla. WC- istuimen korotus oli käytössä 14 ja suihkutuoli 12 vastaajalla. Tukitankoja ja kaiteita oli 9 vastaajalla. Pyörätuoli oli käytössä 3 vastaajalla.

4.3.4 Kaatuminen

80-vuotiaiden kaatumisista tiedusteltiin, olivatko he kaatuneet viimeisen kuuden kuukauden sisällä ja missä kaatuminen oli tapahtunut. Lisäksi 80-vuotiailla oli mahdollisuus vastata avokysymyksiin, miten kaatuminen oli tapahtunut, kuinka usein kaatumisia oli tapahtunut ja mikä oli heidän oma arvionsa kaatumisen syistä.

Vastanneista naisista 78,1 % ja miehistä 76,2 % ilmoitti ettei kaatumisia ollut tapahtunut viimeisen kuuden kuukauden aikana (Kuvio 16). Viimeisen kuuden kuukauden aikana naisista 10,2 % ja miehistä 8,9 % kertoi kaatuneensa sisällä. Ulkona oli kaatu-

nut viimeisen kuuden kuukauden aikana naisista 11,7 % ja miehistä 14,9 %. Kaatumisen syyksi annettiin 32 vastausta. Kuudessa vastauksessa kyseessä oli verenkierron häiriö. Viisi ilmoitti liukastuneen ja viisi kompuroineen ulkona. Neljä vastaajaa kertoi tasapainon olevan huono. Kolme kertoi huimauksen olleen syynä. Kolme kertoi kaatumisen syyksi jalkojen heikkouden ja pettämisen. Yksi vastanneista kertoi kaatuneensa kylpyhuoneessa ja ilmoitti tukitangon puutteen johtaneen kaatumiseen. Yksittäisiä vastauksia olivat myös epätasainen maasto, kiire, huono tarkkaavaisuus, huonot kengät sekä korkea kynnyks. Sekä sisällä että ulkona ilmoitti kaatuneensa neljä naista ja kaksi miestä.



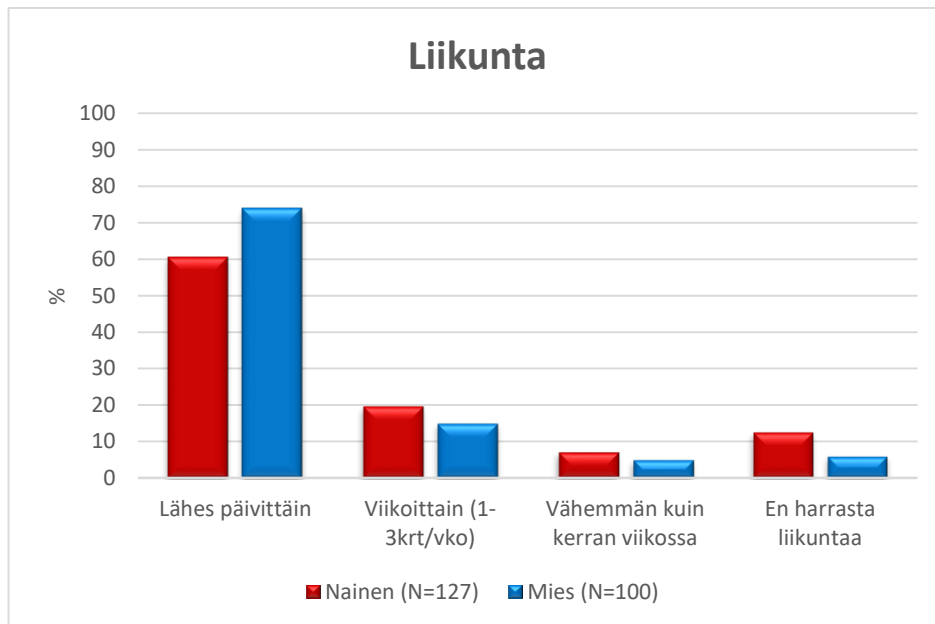
Kuvio 16. Kaatuminen kuluneen kuuden kuukauden aikana

4.3.5 Liikunta

Liikunnan säännöllisyyttä tiedusteltiin myös tässä kyselyssä. Liikkumiseksi luokiteltiin muun muassa kävely, pyöräily sekä hyötyliikunta, kuten portaissa kulkeminen tai pihatyöt. Avokysymyksen muodossa tiedusteltiin syytä liikunnan harrastamattomuuteen.

Lähes päivittäin kertoi liikkuvansa vastanneista naisista 60,6 % ja miehistä 74,0 %. Viikoittain liikkui naisista 19,7 % ja miehistä 15,0 %. Vähemmän kuin kerran viikossa

liikkui naisista 7,1 % ja miehistä 5,0 %. Liikuntaa ei lainkaan harrastanut 12,6 % naisista ja miehistä 6,0 % (Kuvio 17). Avokysymykseen annettiin 16 vastausta. Seitsemän vastaajaa ilmoitti liikunnan harrastamattomuuden syyksi jalkojen heikkouden ja kiipeytymisen. Kuusi piti kuntoaan niin heikkona, ettei pystynyt harrastamaan liikuntaa. Yksittäisiä vastauksia olivat selän tilanne, kaatuminen sekä vatsan tyrä.



Kuvio 17. Liikunnan harrastaminen

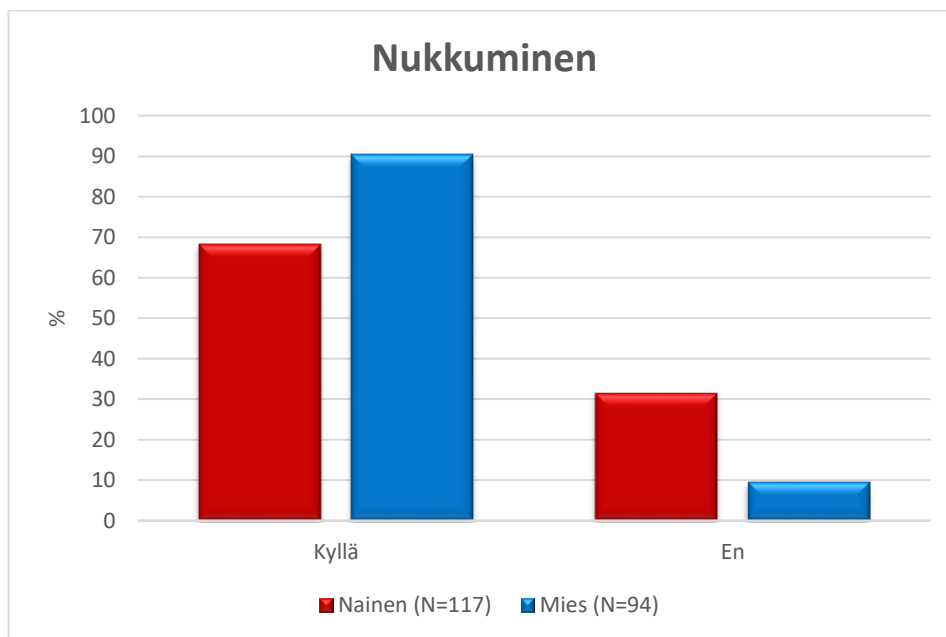
4.4 Hyvinvointi

Hyvinvointiin oli liitetty tässä kyselyssä nukkuminen, tupakointi sekä alkoholin käyttö. 80-vuotiailta tiedusteltiin nukkumisen kokemista sekä unilääkkeiden käyttöä. Lisäksi tiedusteltiin tupakointia sekä alkoholin käytön useutta.

4.4.1 Nukkuminen

Hyvinvointikyselyssä pyrittiin saamaan tietoa 80-vuotiaiden nukkumisen kokemisesta tiedustelemalla, kokiko hän nukkuvansa hyvin vai huonosti. Lisäksi tiedusteltiin unilääkkeen käyttöä sekä mitä unilääkettä 80-vuotias käytti.

Vastanneista naisista 68,4 % ja miehistä 90,4 % koki nukkuvansa yleensä hyvin (Kuvio 18). Naisista 31,6 % ja miehistä 9,6 % ilmoitti nukkuvansa huonosti. Unilääkkeitä käytti vastanneista naisista 26 ja miehistä 10. Vastanneista 43 ilmoitti, mitä unilääkettä käytti. Seitsemällä oli käytössä enemmän kuin yksi lääke nukahtamiseen. PKV eli pääsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä oli käytössä 26 vastanneesta. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat käyttävänsä PKV-lääkettä vain tarvittaessa. Melatoniini oli käytössä 11 vastaajalla.



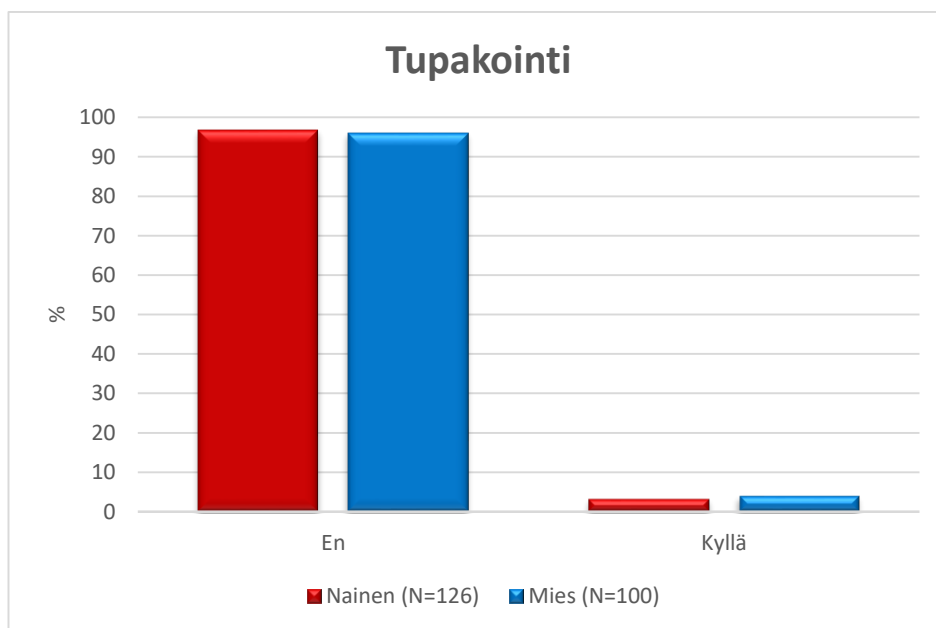
Kuvio 18. Nukkumisen kokeminen

4.4.2 Tupakointi

80-vuotiailta tiedusteltiin myös tupakointia. Lisäksi tupakoitsijoilla oli mahdollisuus ilmoittaa päivittäin poltettujen savukkeiden määrä.

Vastanneista naisista 96,8 % ja miehistä 96,0 ilmoitti ettei tupakoinut (Kuvio 19). Tupakkaa ilmoitti polttavansa naisista 3,2 % ja miehistä 4,0 %, jotka kaikki vastasivat, kuinka monta savuketta polttivat päivässä. Neljä vastaajaa ilmoitti polttavansa 20 savuketta päivässä. Kaksi vastaajaa ilmoitti päivittäin poltettujen savukkeiden määrän olevan viisi. Yksi vastaajista ilmoitti polttavansa 30 savuketta päivässä.

Vuonna 2011 tutkittaessa suomalaisten tupakointia, 75 vuotta täyttäneistä naisista 2,1 % ja miehistä 4,8 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Tutkimusten mukaan tupakointi on vähentynyt vuosien saatossa. Vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa 80-84-vuotiaista naisista 1,0 % (N=200) ja miehistä 0,5 % (N=209) ilmoitti tupakoivansa päivittäin (Helldan & Helakorpi 2014, 86; Heloma ym. 2012, 45.)



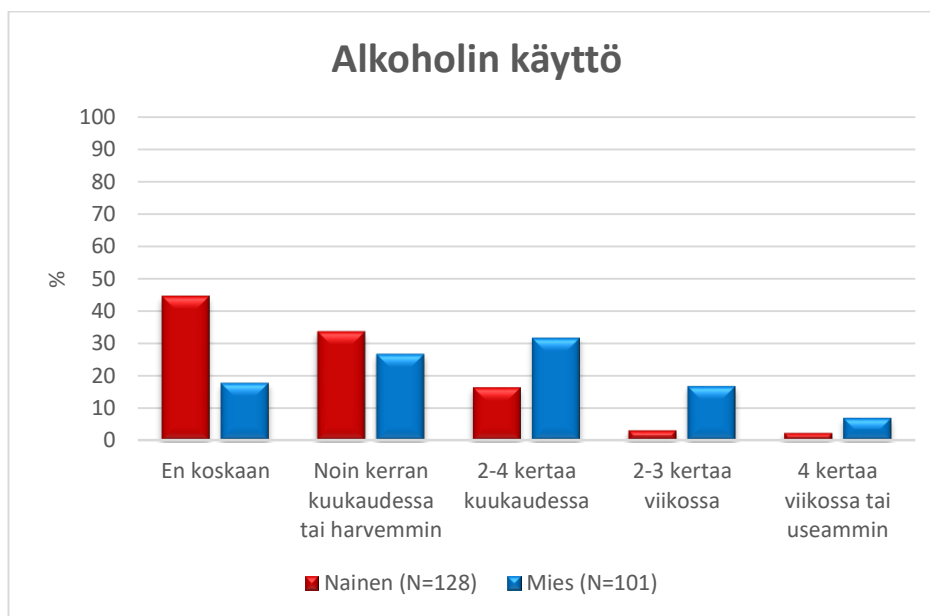
Kuvio 19. Raumalaisten 80-vuotiaiden tupakointi

4.4.3 Alkoholi

Hyvinvointikyselyn tavoitteena oli kartoittaa iäkkään alkoholin käyttöä tiedustelemalla käytön useutta. Käyttökerroilla tarkoitettiin myös niitä kertoja, jolloin alkoholia nautittiin vain pieniä määriä, kuten pullo keskiolutta tai lasillinen viiniä.

Vastanneista naisista 44,6 % ja miehistä 17,8 % ei käyttänyt koskaan alkoholia. Kerran kuukaudessa tai harvemmin alkoholia käytti 33,6 % naisista ja miehistä 26,7 %. Alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa käytti 16,4 % vastanneista naisista ja miehistä 31,8 %. 2-3 kertaa viikossa alkoholia käytti vastanneista naisista 3,1 % ja miehistä 16,8 %. Neljä kertaa viikossa tai useammin alkoholia käytti naisista 2,3 % ja miehistä 6,9 % (Kuvio 20).

Tutkittaessa eläkeikäistä väestöä vuonna 2013 alkoholia ei käyttänyt koskaan 80-84-vuotiaista naisista 46,1 % ja miehistä 31,4 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käytti naisista 25,1 % ja miehistä 23,5 %. (Helldan & Helakorpi 2014, 77.) 75 vuotta täyttäneistä enintään neljä kertaa kuukaudessa alkoholia käytti naisista 43,8 % ja miehistä 48,3 %. 2-3 kertaa viikossa alkoholia ilmoitti käyttävänsä naisista 5,5 % ja miehistä 13 %. Vähintään neljä kertaa viikossa alkoholia käytti naisista 1,3 % ja miehistä 7,4 %. (Mäkelä ym. 2012, 48.)

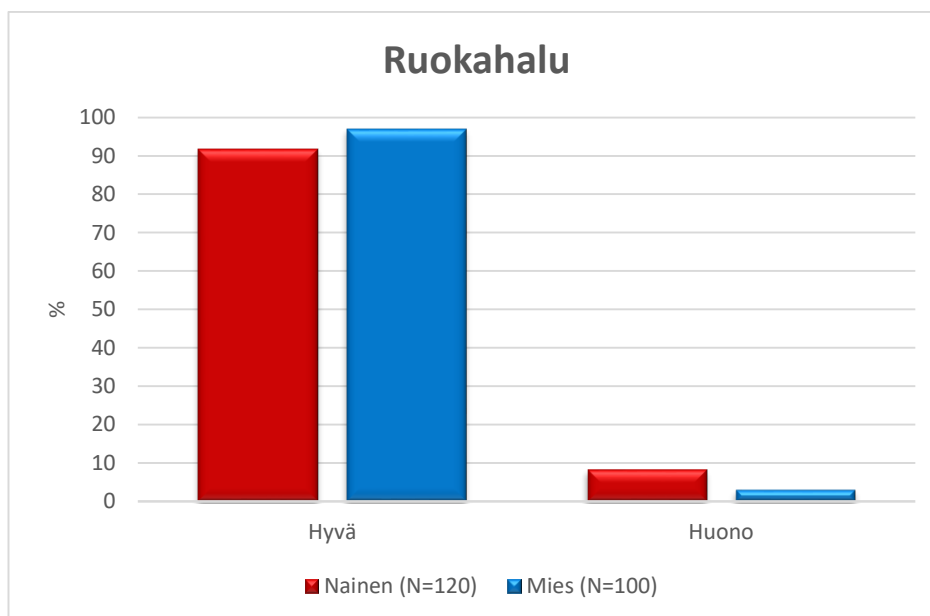


Kuvio 20. Raumalaisten 80-vuotiaiden alkoholin käytön useus

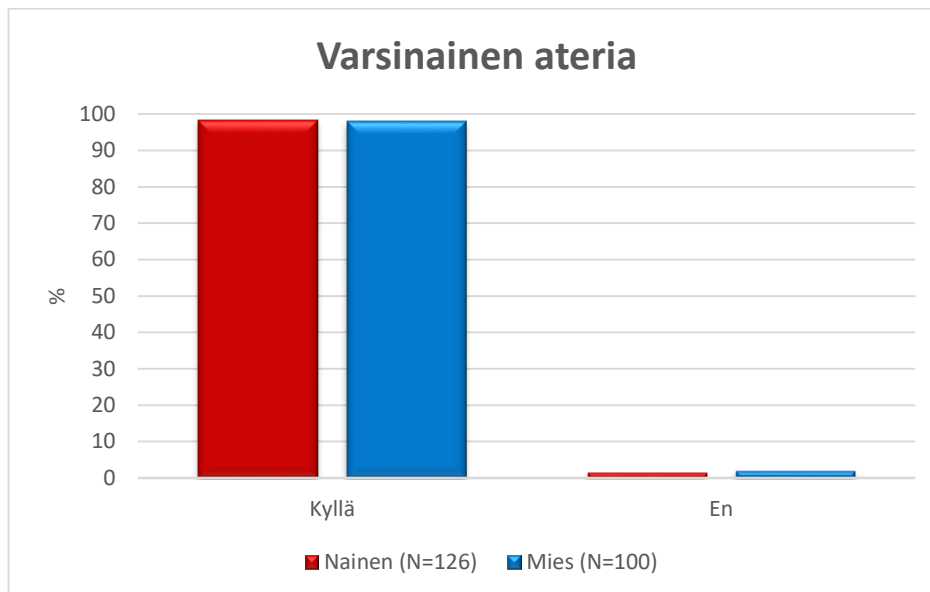
4.5 Ravitsemus

Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin myös 80-vuotiaiden ruokahalua sekä söikö hän päivittäin varsinaisen aterian. Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin, oliko vastaajan paino laskenut tahattomasti viimeisen kuuden kuukauden aikana. Lisäksi vastaajalla oli mahdollisuus avovastaamisella kertoa oma arvio laihtumisen syistä sekä kuinka paljon paino oli laskenut. Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin myös käytössä olevia vitamiini- tai hivenaineita kuten kalkin ja D-vitamiinin käyttöä. Avokysymykseen oli mahdollisuus vastata, mikä vitamiini tai hivenaine 80-vuotiaalla oli käytössä.

Vastanneista naisista 91,7 % ja miehistä 97,0 % koki ruokahalun hyväksi (Kuvio 21). Päivittäin varsinaisen aterian ilmoitti syövänsä naisista 98,4 % ja miehistä 98,0 % (Kuvio 22). Tahattomasti paino oli laskenut viimeisen kuuden kuukauden aikana vastanneista naisista 7,0 % (N=128) ja miehistä 7,1 % (N=99). Neljä vastaaja ilmoitti painon laskeneen viisi kiloa viimeisen kuuden kuukauden aikana. Kaksi vastaaja ilmoitti kahden kilon painon laskusta. Yksittäisiä vastauksia olivat painon lasku neljä kiloa, 10 kiloa sekä 14 kiloa. Avokysymykseen oma-arvio laatumisen syistä oli vastannut yhteensä 10 vastaajaa. Neljä vastaajaa ilmoitti sairauden laihtumisen syyksi. Kaksi koki läheisen kuoleman olevan laihtumisen syy. Yksittäisiä vastauksia olivat lisäksi kipu, pitkä sairaalassaolojakso, läheisen sairastuminen sekä yleinen ruokahaluttomuus.

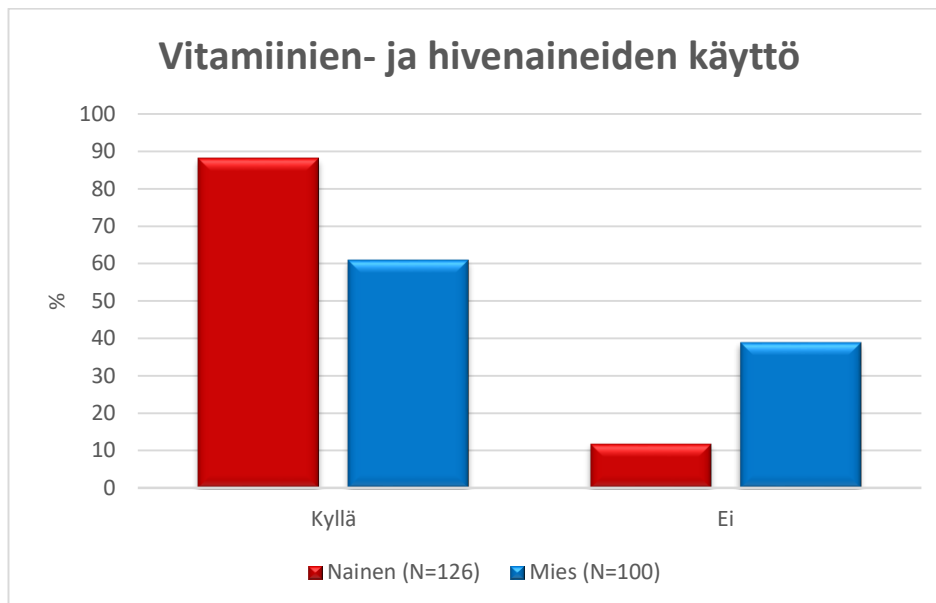


Kuvio 21. Ruokahalu



Kuvio 22. Varsinainen ateria päivittäin

Vastanneista naisista 88,1 % ja miehistä 61,0 % oli käytössä jokin vitamiini tai hivenaine (Kuvio 23). Kysymykseen mitä vitamiinia käytti, vastauksia annettiin kaiken kaikkiaan 220, joista useampi vastaaja ilmoitti käyttävänsä useampaa kuin yhtä vitamiinia tai hivenainetta. Eniten vastaajilla oli käytössä D-vitamiinin ja kalkin yhdistelmä, pelkkä D-vitamiini tai Omega 3, joita ilmoitti käyttävänsä 149 vastaajaa. Vastaajista 40 ilmoitti käyttävänsä lisäksi tai pelkästään B-vitamiinia, joista yli puolella oli käytössä nimenomaan B12-vitamiini. Neljä heistä ilmoitti saavansa säännöllisesti Cohemin injektioon (B12). Sinkkiä kertoi lisäksi käyttävänsä vastaajista 11. Eri monivitaminivalmisteita oli käytössä 20 vastaajalla.



Kuvio 23. Vitamiinien ja hivenaineiden käyttö

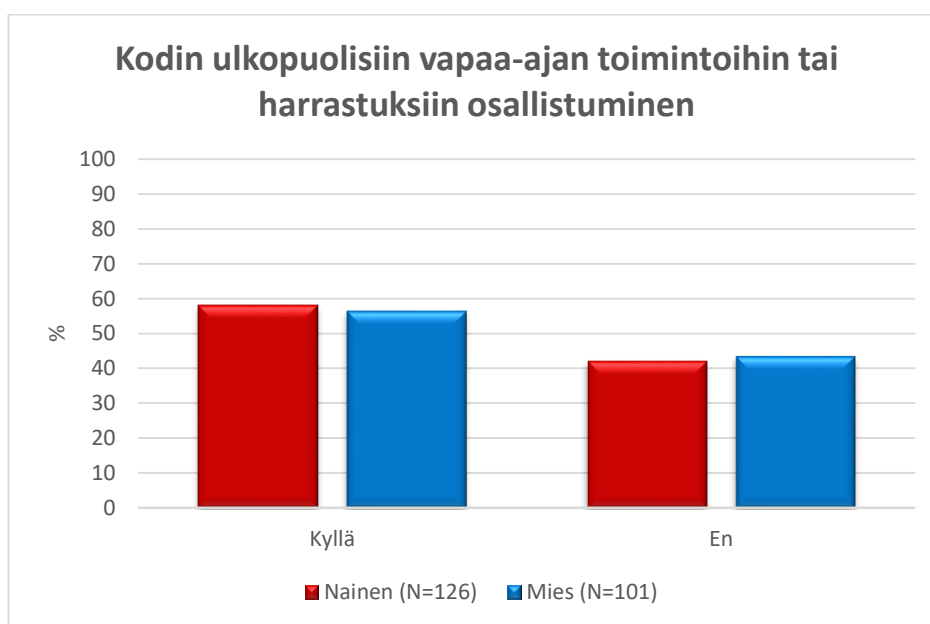
4.6 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaaliseen toimintakykyyn tiedusteltiin tässä hyvinvointikyselyssä osallistumista johonkin kodin ulkopuoliseen vapaa-ajan toimintaan tai harrastukseen, harrastaminen kotona sekä tapaaminen tai muu yhteydenpito muihin ihmisiin sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä. Vastaajalta tiedusteltiin myös avokysymyksellä kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumattomuuden syytä. Lisäksi 80-vuotiailta tiedusteltiin elämään tyytyväisyyttä, yksinäisyyden, murheellisuuden, turvattomuuden sekä pelokkuuden tuntemista. Viimeiseksi iäkkäältä toivottiin arviota nykyisestä elämäntilanteesta. Hyvinvointikyselyn lopuksi iäkkään oli mahdollisuus vastata, täyttikö hän kyselyn yksin, läheisen tai ystävän kanssa.

4.6.1 Sosiaalinen aktiivisuus

Kodin ulkopuolisiin vapaa-ajan toimintoihin ei osallistunut naisista 42,1 % ja miehistä 43,6 % (Kuvio 24). Avokysymykseen osallistumattomuuden syyksi vastasi 37 80-vuotiasta. Seitsemän vastaajaa ilmoitti osallistumattomuuden syyksi kiinnostuksen puutteen. Neljä vastaajaa koki liikkumisen olevan hankalaa ja huonoa. Perheen ja ystävät kokivat riittäväksi 4 vastaajaa. Kolme vastaajaa ilmoitti kunnan olevan niin huono,

ettei tämän vuoksi osallistunut kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Kodin askareet ja pi-hatyöt kokivat riittäväksi kolme vastaajaa. Sairauden syyksi ilmoitti kolme vastaajaa, joista yhdellä oli muistisairaus. Myös näön heikkeneminen vaikutti kahden vastaajan osallistumattomuuteen. Huimaus ja kaatuminen olivat kahden vastaajan syy. Lisäksi yksittäisiä vastauksia olivat kulkeminen ajokorttita hankalaa, ystävän puute kenen kanssa mennä, ujous ja arkuus, harrastukset kaukana ja kalliita, aikoinaan harrastanut tarpeeksi, aika ei riittänyt, laiskuus, sitovuus, paikkakunnalla olemattomuus sekä yksi vastaajista ilmoitti tekevänsä vielä työtä.

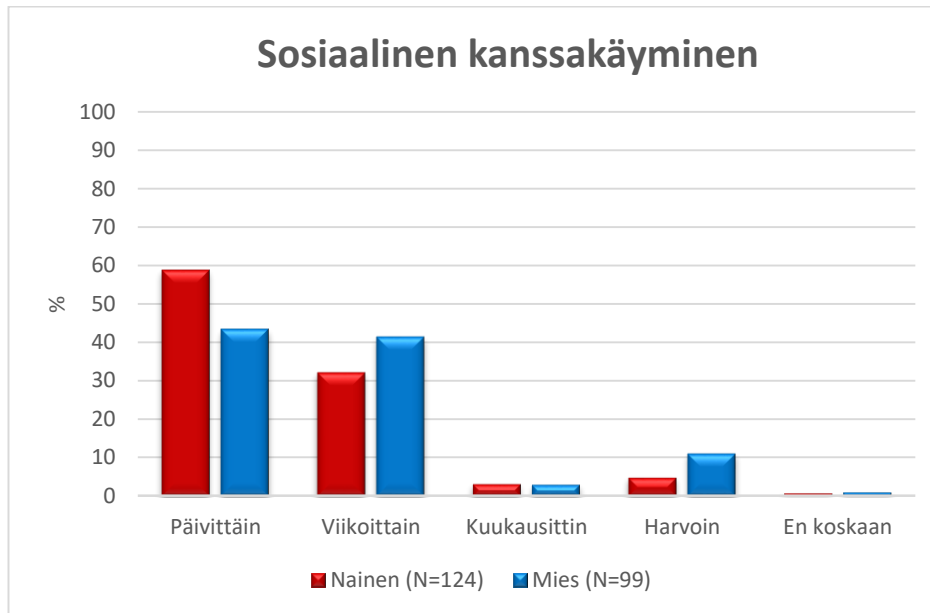


Kuvio 24. Kodin ulkopuolisiin vapaa-ajan toimintoihin tai harrastuksiin osallistuminen

Kotona ilmoitti harrastavansa vastanneista naisista 95,2 % (N=126) ja miehistä 88,8 % (N=98). Kodin harrastuksiksi katsottiin tässä kyselyssä kuuluvan muun muassa käsitöiden tekeminen, lukeminen, kirjoittaminen, elokuvien katsominen, sanaristikoiden tekeminen sekä maalaaminen.

Toisia ihmisiä sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä tapasi tai oli muuten yhteydessä esimerkiksi puhelimitse päivittäin vastanneista naisista 58,9 % ja miehistä 43,4 % (Kuvio 25). Viikoittain toisten kanssa oli tekemisissä naisista 32,3 % ja miehistä 41,4 %. Kuukausittain toisia ihmisiä tapasi tai oli muuten yhteydessä naisista 3,2 % ja miehistä

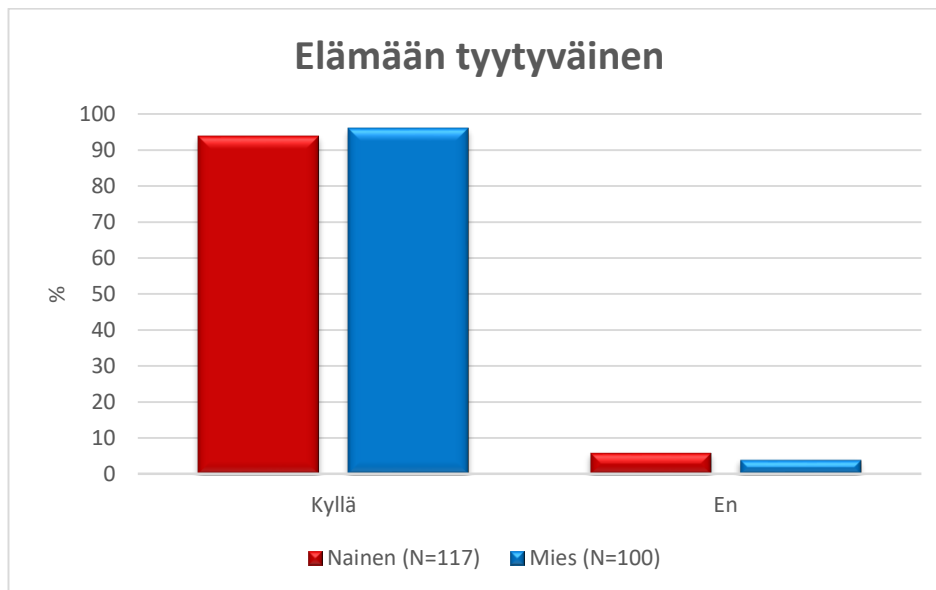
3,0 %. Harvoin toisten ihmisten kanssa oli tekemisissä naisista 4,8 % ja miehistä 11,1 %. Ei koskaan toisia ihmisiä sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä tavannut tai ollut heidän kanssaan muuten yhteydessä naisista 0,8 % ja miehistä 1,0 %.



Kuvio 25. Tapaaminen tai muu yhteydenpito muihin ihmisiin sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä

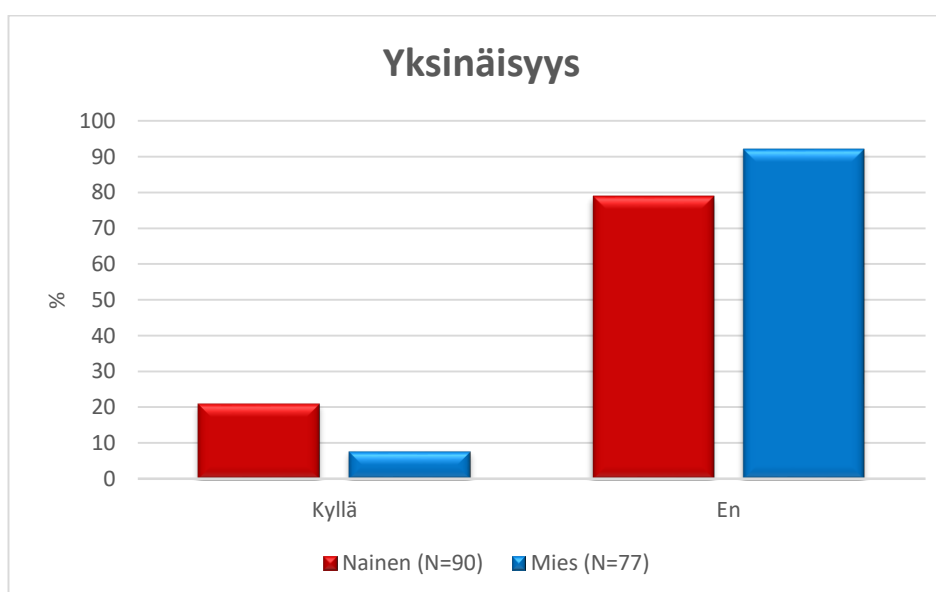
4.6.2 Elämäntilanteen kokeminen

Hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin iäkkään kokemusta omasta elämästään sekä elämäntilanteestaan. Lisäksi 80-vuotiailta tiedusteltiin yksinäisyyden, murheellisuuden, turvattomuuden sekä pelokkuuden tuntemista. Omaan elämäänsä tyytyväisiä oli naisista 94,0 % ja miehistä 96,0 %. (Kuvio 26).



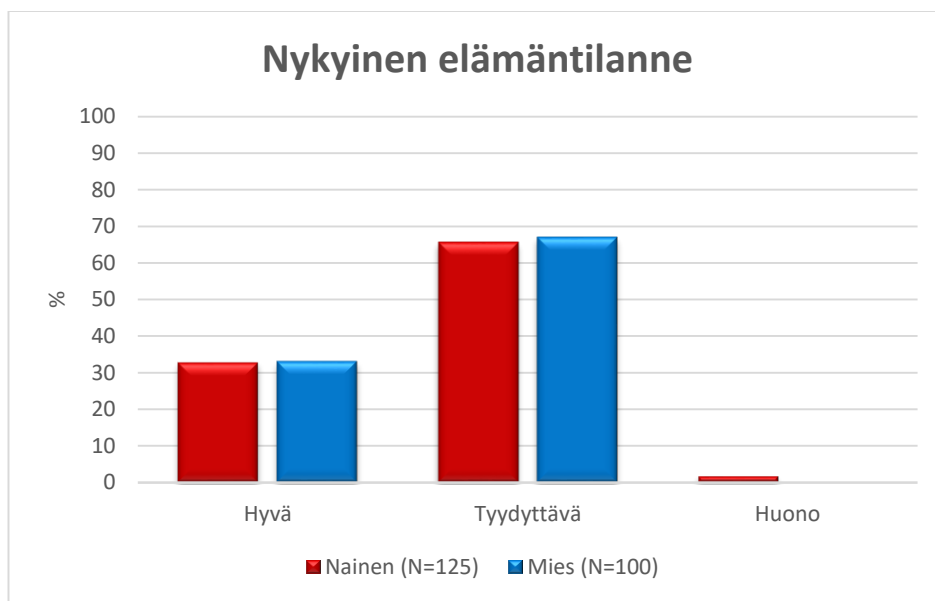
Kuvio 26. Elämään tyytyväisyys

Hyvinvointikyselyyn vastanneista naisista 78,9 % ja miehitä 92,2 % ei kokenut olevansa usein yksinäinen. Sen sijaan usein itsensä yksinäiseksi koki naisista 21,1 % ja miehistä 7,8 % (Kuvio 27). Vastanneista yksinasuvista naisista yksinäisyyttä koki 29,1 % (N=48) ja yksinasuvista miehistä 12,5 % (N=16). Murheellisuutta vastanneista naisista koki 12,9 % (N=70) ja miehistä 6,8 % (N=59). Turvattomuuden tunnetta koki vastanneista naisista 10,2 % (N=59) ja pelkoa 1,5 % (N=66). Kukaan vastanneista miehistä (N=55) ei ilmoittanut kokevansa turvattomuutta tai pelkoa.



Kuvio 27. Yksinäisyyden kokeminen

Hyvinvointikyselyn viimeisenä kysymyksenä tiedusteltiin iäkkään omaa arviota nykyisestä elämäntilanteesta (Kuvio 28). Vastanneista naisista 32,8 % ja miehistä 33,0 % koki nykyisen elämäntilanteensa hyväksi. Tyydyttäväksi elämäntilanteensa koki vastanneista naisista 65,6 % ja miehistä 67,0 %. Naisista 1,6 % koki elämäntilanteen olevan huono. Miehistä kukaan vastanneista ei kokenut elämäntilannettaan huonoksi.



Kuvio 28. Nykyinen elämäntilanne

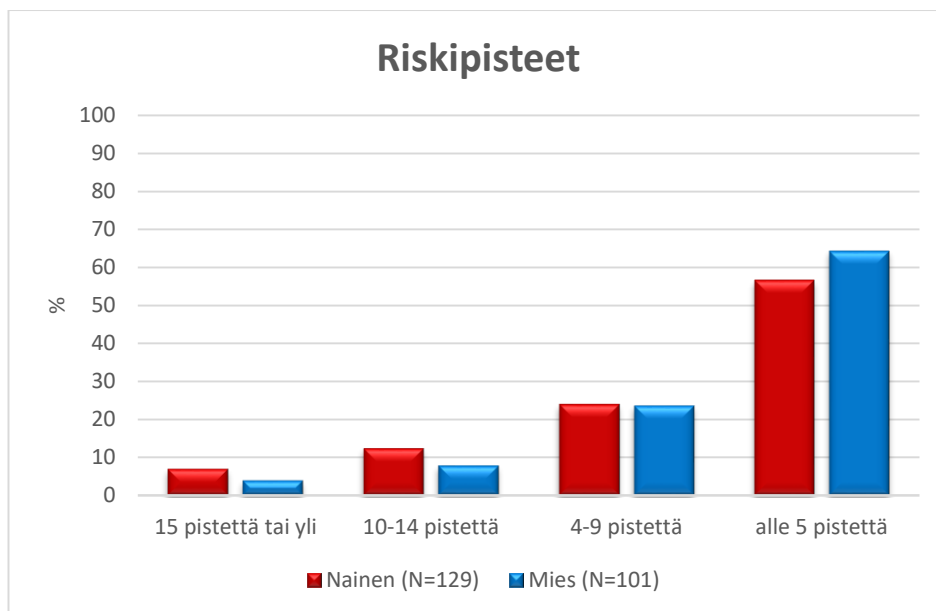
Viimeiseksi hyvinvointikyselyssä tiedusteltiin, oliko vastaaja täyttänyt kyselyn yksin vai läheisen tai ystävän kanssa. Kysymykseen vastanneista naisista 74,8 % (N=127) oli täyttänyt kyselyn yksin. Miehistä kyselyn yksin oli täyttänyt 67,3 % (N=101).

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuoda esille raumalaisten vuonna 1936 syntyneiden 80-vuotiaiden kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvien omia kokemuksia omasta asumisesta, ympäristöstä, terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, ravitsemuksesta sekä sosiaalisesta toimintakyvystä. Tämän tutkimuksen tavoitteena ei ollut löytää yksioikoista totuutta vaan tuoda nimenomaan esille iäkkäiden omat kokemukset ja tunteukset tämän hetkisestä hyvinvoinnista.

Riskipisteitä tarkasteltaessa raumalaisten naisten ja miesten väliset hyvinvointierot olivat melko pieniä (Kuvio 28). Alle viisi riskipistettä sai naisista 57 % ja miehistä 64 %. Näistä nolla riskipistettä sai naisista 15 % (N=73) ja miehistä 11 % (N=65). Korkeimmissa riskipisteissä naisten osuus oli miehiä suurempi.



Kuvio 28. 80-vuotiaiden hyvinvointikyselyn riskipisteiden jakautuminen vuonna 2016

5.1.1 Kotona selviytyminen

Tarkasteltaessa lähemmin 80-vuotiaiden antamia hyvinvointikyselyn vastauksia nimenomaan kotona selviytymisen näkökulmasta voidaan todeta raumalaisten 80-vuotiaiden naisten kokevan hieman miehiä useammin haasteita kotona selviytymisessä. Haasteiksi koettiin muun muassa asunnossa olevat portaat, jotka vaikuttivat kulkemiseen sekä nykyisen asumismuodon koettiin vaikuttavan myös päivittäisistä toimista selviytymiseen (Kuvio 5). Tutkimusten mukaan lähes 30 % 80 vuotta täyttäneistä naisista kokee omassa asunnossa liikkumisen vaikeana. Yleisemmin kodissa liikkumisen haittatekijöiksi koetaan juuri portaat, kynnykset sekä hissittömyys. Hyvinvointikyselyn vastauksista käy lisäksi ilmi naisten tarvitsevan miehiä useammin apua kodin askareista, pihatöistä sekä kodin ulkopuolisista toiminnoista suoriutumiseen (Kuvio 7, 8,9). Myös kansalliset tutkimukset osoittavat naisten kokevan miehiä yleisemmin vaikeuksia selviytyä arjen toiminnoista.

5.1.2 Terveydentilanteen ja toimintakyvyn vaikutus arjessa selviytymiseen

Iäkkään arjessa selviytymiseen voivat vaikuttaa muun muassa sairaudet sekä toimintakyvyn rajoitteet. Raumalaisista 80-vuotiaista naisista 35 % ja miehistä 19 % koki sairauden tai vaivan vaikuttavan arjesta selviytymiseen (Kuvio 13). Avokysymysten vastausten perusteella huonontuneen terveydentilan kokemiseen vaikuttivat muun muassa jalkojen huonontuminen sekä heikentynyt tasapaino. Heikentynyt lihasvoima ja/tai huono tasapaino voivat johtaa myös katumisiin. On arvioitu, että puolet kotona asuvista 80-vuotiaista kaatuu ainakin kerran vuodessa. Iäkkäiden kaatumisen riskin kasvamiseen vaikuttavat myös monet lääkkeet alentaen verenpainetta tai hidastamalla horjahtaessa tehtävää korjausliikettä. Hyvinvointikyselyn tulosten perusteella raumalaisista 80-vuotiaista naisista ja miehistä noin viidennes oli kaatunut sisällä tai ulkona viimeisen kuuden kuukauden aikana (Kuvio 16). Miesten kaatumiset olivat hieman naisia useammin tapahtuneet ulkona. Avokysymyksen vastausten perusteella ulkona tapahtuneen kaatumisen syitä olivat yleisemmin liukastuminen tai kompuroiminen.

Muita ulkona tai sisällä johtaneita kaatumisen syitä olivat vastausten perusteella verenkierronhäiriö, heikentynyt tasapaino tai huimaus. Myös jalkojen voiman heikentyminen ja jalkojen pettäminen nousivat esille vastauksista.

Fyysisen toimintakyvyn heikentymistä voidaan arvioida myös kävelytuloksen perusteella, jossa naiset kokivat miehiä useammin olevansa kykenemättömiä kävelemään puoli kilometriä pysähtymättä apuvälineen kanssa tai ilman (Kuvio 15). Vastausten perusteella myös liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa sekä liikuntaa harrastamattomien osuus oli naisilla hieman yleisempää kuin miehillä (Kuvio 17). Avokysymykseen annettujen vastausten perusteella raumalaisten 80-vuotiaiden liikunnan harrastamattomuus, johtui lähes puolella vastaajista jalkojen heikkoudesta. Lähes yhtä monta vastaajaa koki kuntonsa olevan huono ja olevansa kykenemätön liikunnan harrastamiseen. Tutkimuksissa on todettu, että joka toisella 75-vuotiaalla naisella reisilihasvoima ei riitä portaiden nousuun. Lähes 70 % 80 vuotta täyttäneistä naisista ja 50 % miehistä on vaikeuksia puolen kilometrin kävelemisessä. Terveiden näkökulmasta suomalaisten fyysinen aktiivisuus onkin liian vähäistä. Tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä naisista yli puolet ja miehistäkin noin 40 % ei harrastanut vapaa-ajan liikuntaa. Hyvinvointikyselyn tulosten perusteella, mutta myös tutkimusten valossa miehet vaikuttaisivat olevan keskimäärin paremmassa fyysisessä kunnossa kuin saman ikäiset naiset. (Mäkinen ym. 2012, 56; Hurnasti ym. 2012, 150; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos iäkkäiden fyysinen toimintakyky [www-sivut](#); Tilvis 2016, 334-335; Vaarama ym. 2014, 49).

Iäkkään toimintakyvyn alentumiseen ja heikentymisen kokemiseen voivat vaikuttaa monet fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Muistioireet ovat yksi merkittävästi elämänhallintaa ja toimintakykyä heikentävä tekijä. (Paajanen & Remes 2015, 32.) Hyvinvointikyselyn tulosten perusteella lähes 30 % molemmista vastaajaryhmistä oli kokenut huolestumista muistiin liittyvissä asioissa viimeisen kuuden kuukauden aikana (Kuvio 14). Lähes neljännes vastanneista toivoi muistin testausta. Eriasteisista muistihäiriöistä kokee tutkimusten valossa kärsivän 20-55 % iäkkäistä ja muistisairautta sairastavista 66 % onkin yli 80-vuotiaita. (Hallikainen 2016; Viramo & Sulkava 2015, 36.) Hyvinvointikyselyn avovastausten perusteella raumalaisista 80-vuotiaista

yli 50 % vastanneista (N=57) koki nimi- ja lähimuistin heikentymistä. Lisäksi huolestumisen syitä olivat unohdukset, tavaroiden hukkaamiset sekä ettei muisti toiminut enää niin kuin ennen. Avokysymysten vastausten perusteella seitsemällä oli jo todettu muistisairaus. Hyvinvointikyselyyn vastanneista kolme vastaajaa koki muistisairauden olevan syy terveydentilanteen huonontumisen kokemiseen. Yksi vastaajista kertoi, ettei arjen hoito enää toiminut.

Muistisairaudet ovat kansanterveydellisesti- ja taloudellisesti merkittävä haaste, jonka merkitys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle väestön vanheudessa. Käypä-hoito suositusten mukaan muistisairauksien varhainen taudinmääritys on tärkeää parannettavissa ja hoidetavissa olevien tekijöiden tunnistamiseksi ennen niiden aiheuttaman omatoimisuuden rajoittumista, mutta lisäksi se on kotona asumisen tukemisen lähtökohta. Erilaiset muistivaikeudet voivat ilmetä monin eri tavoin. Iäkkään kannalta onkin tärkeää, että hänet ohjataan tutkimuksiin, jos muistioireet aiheuttavat huolta iäkkäälle itselleen ja/tai hänen läheiselleen tai sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilainen huomaa heikentymistä iäkkään muistitilanteessa. (Erkinjuntti & Viramo 2015, 56; Käypähoito suositukset www-sivut 2017; Mönkäre 2016; Sulkava 2016, 124.)

5.1.3 Sosiaalinen osallistuminen

Iäkkään toimintakyvyn heikentyminen voi johtaa myös sosiaalisen osallistumisen ja vuorovaikutussuhteiden vähenemiseen. Hyvinvointikyselyyn vastanneet naiset ja miehet vaikuttaisivat vastausten valossa olevan sosiaalisesti lähes yhtä aktiivisia. Molemmista vastaajaryhmistä noin 40 % (Kuvio 24) ei osallistunut kodin ulkopuolisiin vapaa-ajan toimintoihin tai harrastuksiin. Avovastausten perusteella yleisimmät syyt harrastamattomuuteen olivat liikkumisen hankaloituminen ja huonontuminen sekä kunnon heikentyminen. Myös kiinnostuksen puute sekä kodin askareet ja pihatyöt olivat melko yleinen syy harrastamattomuuteen. Tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä noin 60 % ei osallistunut kerho tai yhdistystoimintaan. Harrastamattomuuden sijaan sosiaalinen kanssakäyminen vaikuttaisi olevan vielä suurella osalla raumalaisista 80-vuotiaista aktiivista ja he vaikuttaisivatkin olevan useammin

sosiaalisesti kanssakäymisissä toisten ihmisten kanssa, kuin tutkittaessa 80-84-vuotiaita vuonna 2013. Hyvinvointikyselyyn vastanneista vain kaksi vastaajaa ei koskaan tavannut tai ollut muuten yhteydessä toisten ihmisten kanssa. Vain harvoin toisten ihmisten kanssa tekemisissä oli vastanneista naisista 5 % ja miehistä 11 % (Kuvio 25).

Raumlaisista 80-vuotiaista yksinäisyyttä koki kaikista vastanneista naisista 21 % ja miehistä 8 % (Kuvio 27). Huomioitavaa on, että naisten yksinäisyyden kokeminen oli noin kaksikertaista verrattuna 80-84-vuotiaisiin vuonna 2013. Raumlaisista hyvinvointikyselyyn vastanneista 80-vuotiaista naisista 47 % (N=127) ja miehistä 20 % (N=98) asui yksin. Hyvinvointikyselyyn vastanneista yksinasuvista naisista yksinäisyyttä koki 29 % (N=48) ja yksinasuvista miehistä 12,5 % (N=16). Myös tutkimukset osoittavat yksinasuvista yksinäisyyden kokemisen olevan miltein neljä kertaa yleisempää kuin niillä jotka asuvat yhdessä jonkun muun kanssa. Varsinkin 80 vuotta täyttäneillä miehillä yksinasuminen lisäsi yksinäisyyden tunnetta. Puolison tai jonkun muun kanssa asuminen sekä heiltä saatava tuki vaikuttavat iäkkään selviytymiseen arjen toiminnoista, vaikka toimintakyky olisi heikentynytkin, kun taas yksinäisyydestä muodostuvat riskitekijät kuten vähäinen sosiaalinen osallistuminen lisäävät iäkkään heikentyneen toimintakyvyn riskiä. (Helldan & Helakorpi 2014, 135-136; Nieminen, Martelin & Vaarama 2012, 157; Parkkinen 2015, 27; Vaarama ym. 2014, 48).

5.1.4 Tyytyväisyys elämään

Raumlaiset hyvinvointikyselyyn vastanneet 80-vuotiaat kokivat pääsääntöisesti olevansa elämäänsä tyytyväisiä. Nykyisen elämäntilanteensa hyväksi koki vastanneista naisista ja miehistä 33 % ja tyydyttäväksi sen koki molemmista vastaajaryhmistä yli 65 %. (Kuvio 28). Naisista vain 2 % ja miehistä ei kukaan kokenut elämäntilannettaan huonoksi. Tämän hyvinvointikyselyn, mutta myös tutkimustulosten valossa kotona asuvat 80-vuotiaat kokevat pääsääntöisesti elämänlaatunsa hyväksi tai kohtalaiseksi. Elämänlaatu voidaan ymmärtää yksilön omana käsityksenä elämäntilanteestaan. (Saarni ym. 2012, 159.)

Hyvinvointikyselyn tulosten valossa voidaan todeta raumalaisten vuonna 2016 80 vuotta täyttäneiden pääsääntöisesti olevan vielä yhtä toimintakykyisiä ja osallistuvia iäkkäitä kuin kansallisissa tutkimuksissa on todettu. Tutkimusten valossa iäkkäiden arjen toimintakyky ei ole olennaisesti parantunut vaan se vaikuttaa pysyneen melko ennallaan viimeisen kymmenen vuoden aikana. Hyvinvointikyselyn tulosten perusteella, mutta myös tutkimusten mukaan kaikki iäkkäät eivät kuitenkaan ole yhtä toimintakykyisiä ja heidän mahdollisuutensa toimia aktiivisesti yhteiskunnassa on heikentynyt. Riskiryhmänä ovat ne ikääntyneet, joiden toimintakyky on alentunut, mutta myös yksinasuvien elämänlaadun turvaaminen on tulevaisuudessa kasvava haaste. (Vaarama ym. 2014, 52-55.)

Hyvinvointikyselyn vastausten perusteella osalla raumalaisista 80-vuotiaista on kohonnut riski toimintakyvyn alenemiseen, toisen ihmisen avun- ja palvelutarpeen lisääntymiseen, mutta myös kotona asumisen vaikeutumiseen, naisilla hieman miehiä useammin. Sosiaalinen osallistuminen vaikuttaisi olevan tämän tutkimuksen perusteella yhtä yleistä naisilla ja miehillä. Myös useat kansalliset tutkimukset osoittavat naisten riskin toimintakyvyn alentumiseen sekä liikkumiskyvyn vaikeutumiseen olevan yleisempää kuin miehillä. Heikentyneeseen toimintakyvyn laskuun sekä avun- ja palvelutarpeen lisääntymiseen sekä kotona asumisen vaikeutumiseen vaikuttavat niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin toimintakyvyn heikentyminen.

5.2 Pohdinta

Vanhenemisen myötä asumisen tarpeet muuttuvat, mutta myös iän karttuessa ja toimintakyvyn alentuessa joutuu ikääntynyt miettimään selviytymistään arjen toiminnoista, jolloin myös kodin turvallisuus ja esteettömyys nousevat esiin. Omaa kotia ja sen toimivuutta pitäisikin lähteä tarkastelemaan riittävän ajoissa jo ennen toimintakyvyn laskua. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit, jotka Raumalla on suunnattu 80-vuotiaille kotona asuville ikäihmisille ovat osa ikäihmisten ohjaus- ja neuvontapalveluita, jossa yhdessä iäkkään kanssa tarkastellaan arjen voimavaroja sekä omassa kodissa selviytymistä. Myös iäkkäiden asumisen kehittämisohjelman tavoitteena on auttaa iäkkäitä huomioimaan oman kodin esteettömyys ja turvallisuus mahdollisimman ajoissa itsenäisen asumisen tukemiseksi sekä tapaturmariskien pienentämiseksi. Oman kodin

esteettömyyden ja turvallisuuden toteutumisesta aiheutuvat muutostyöt ovat kuitenkin iäkkään omalla vastuulla. Hyvinvointikyselyssä esille tulleet kodin muutostyöt olivat pienimuotoisia, mutta iäkkään kannalta tärkeitä toteuttaa. Ammattimiehen hankkiminen saattaa joskus tuntua iäkkäältä haasteelliselta, vaikka sen saamiseksi saisikin ohjausta ja neuvontaa. Myös ammattimiehestä aiheutuvat kustannukset voivat nousta liian korkeiksi ja kodin tärkeä muutostyö jää tekemättömäksi. Iäkkäiden kannalta olisi tärkeää, että tarjolla olisi matalan kynnyksen palvelua riittävän alhaisin kustannuksin, jotta jokaisella iäkkäällä olisi yhtäläiset mahdollisuudet muutostyön toteuttamiseksi ja kodin turvallisuuden varmistamiseksi. Rauman kaupungin Palvelutorilla on yhteistyötahoina yrittäjiä, jotka ovat sitoutuneet noudattamaan Palvelutorin pelisääntöjä. Yhteistyösopimuksen avulla pyritään tekemään iäkkäille palveluiden hankkiminen mahdollisimman helpoksi ja turvalliseksi. Lisäksi Vanhustyön keskusliitto tarjoaa ikääntyneille maksutonta korjausneuvontaa sekä apua arkitekologian hyödyntämiseen.

Asuntokannan esteettömyyskorjauksien ja jo olemassa olevien iäkkäille suunnattujen vuokra-asuntojen lisäksi tarvitaan uudisrakentamista, joka vastaavat ikääntyneen väestön asumistarpeita. Tulevaisuudessa tarvitaankin kohtuuhintaisia ja esteettömiä asumisen ratkaisumalleja, mutta myös uusia asumis- ja palvelukonsepteja. Raumalla talousarvio ja taloussuunnitelmassa 2016-2018 linjattiin tavoitteeksi Seniorikylähankkeen käynnistäminen. Yhteistyössä Aalto yliopiston kanssa valmistui diplomityö Pappinpellon seniorikylä monimuotoinen asumisen ja palveluiden kortteli Raumalle. Raumalle suunniteltu seniorikylä toteutuessaan pitäisi sisällään ryhmä-, perhe- ja seniorikotiasumista. Seniorikylän toteuttamisesta tai sen varsinaisesta toteuttajatahosta ei ole valitettavasti vielä esitetty konkreettista suunnitelmaa.

Iäkkään selviytymiseen omassa kodissa vaikuttaa asunnon esteettömyyden ja turvallisuuden lisäksi myös iäkkään olemassa oleva toimintakyky sekä sosiaaliset voimavarat. Iäkkäille suunnatut liikunta- ja virkistysryhmät ovat tärkeä osa niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin toimintakyvyn ylläpitämisessä.

Pohtiessani ikääntyneille suunnattuja toimintoja haluan nostaa esille muutamia Raumalla toteutettuja toimintoja, joiden tavoitteena on lisätä iäkkäiden toimintakykyä ja

osallistumisen mahdollisuutta. Viimeisten vuosien saatossa Raumalla on erityisesti toteutettu esteettömiksi suunniteltuja ulkoliikuntamahdollisia. Vuonna 2013 Raumalla avattiin Rauman Latu ry:n toimesta esteetön luontoreitti tukemaan ja edistämään liikunnallista elämäntapaa. Keväällä 2017 avattiin Senioripuisto tukemaan nimenomaan iäkkäiden liikkumista. Lisäksi puiston yhteyteen on valmistumassa esteetön kulkureitti penkkeineen ja valaistuksineen. Raumalla kuten myös monissa muissa kunnissa on viimevuosina kiinnitetty huomiota poikkisektorisen yhteistyön kehittämiseksi. Yhteistyön kehittäminen vaatii pitkäjännitteistä työtä, mutta myös kuntapäätäjien arvostusta eri yhteistyömuotojen kehittämiseen. Raumalla poikkisektorisen yhteistyön tuloksena ovat syntyneet muun muassa iäkkäille suunnatut Kulttuurikabraatit eli kulttuuriystävät sekä ulkoiluystävät. Lisäksi yksinäisyyden ehkäisemiseksi Raumalla on toiminut kaupungin toimesta Vanhustyön keskusliiton kouluttamien ohjaajien järjestämää ystäväpiiritoimintaa. Syksyllä 2017 Raumalla on alkamassa Ystäväpiiri-koulutus, johon toivotaan osallistujia niin ammattilaisista kuin vapaaehtoisista toimijoista. Raumalla myös Järjestötalolla on aktiivinen rooli ikääntyneelle väestölle suunnattujen toimintojen järjestämisessä. Järjestötalon toimintaa hallinnoi Rauman seudun TULES ry. Järjestötalon toimintoja ovat muun muassa Tanssiksi-tunti, käsityökerho, bingo sekä tuolijumppa. Lisäksi Järjestötalon toimintaan kuuluu viikoittain järjestettävät tanssit yhteistyössä kaupungin kanssa.

Iäkkäiden näkökulmasta taajamaa-alueella toimintoja vaikuttaisi olevan paljon, mutta lähes kolmannes raumalaisista eläkeikäisistä asuu Rauman seudun kylissä. Ikäihmisille tarkoitettu Yhteisöllisyydestä voimaa senioreille Rauman kaupungin kylä-hanke käynnistyi alkuvuodesta 2017. Hankkeen tavoitteena oli saada kyläläiset toimimaan yhdessä, parantaen iäkkäiden mahdollisuuksia asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Hankkeen aikana kylissä järjestettiin muun muassa lauluiltoja sekä liikuntatuokioita. Yhteisöllisyydestä voimaa senioreille Rauman kaupungin kylä-hanke sai tänä syksynä osakseen myös valtakunnallista huomiota ja sille myönnettiin Vuoden vanhusteko-tunnustuspalkinto Vanhustyön keskusliiton ja Eläkevakuutusyhtiö Ilmarisen myöntämänä. Hankkeen loppumisen jälkeen toiminta kylissä on jatkunut vapaaehtoisten voimin.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta Raumalla olevan aktiivisille ikääntyneille runsaasti tarjolla erilaisia liikunta- ja virkistyspalveluita. Kysymykseksi nouseekin, miten mahdollistamme niiden iäkkäiden osallistumisen, jotka kokevat, etteivät kykene tai eivät pysty osallistumaan kodin ulkopuolisiin vapaa-ajantoimintoihin tai liikuntaharrastuksiin, mutta myös miten turvaamme ikääntyneen väestön palveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen ikääntyneiden asuessa yhä pidempään omassa kodissaan. Hyvinvointikyselyn avokysymysten vastauksista nousee esille osan iäkkäistä kokevan jalkojen voimattomuutta, tasapainon heikkoutta, mutta myös kulkemisen vaikeutta. Palveluita kehitettäessä tulisikin ottaa huomioon iäkkäiden liikkumisen vaikeudet ja turvata riittäväillä lähipalveluilla iäkkäiden mahdollisuudet osallistua kodin ulkopuolisiin toimintoihin sekä kiinnittää erityisesti huomiota erilaisten asumisratkaisujen ja palvelukokonaisuuksien toteuttamiseen. Myös lähi- ja palveluliikenteen kehittäminen ovat tärkeässä roolissa.

Kotona asumisen tueksi, ilman säännöllisiä palveluita asuville iäkkäille, joiden toimintakyky on heikentynyt tulisi kyetä tarjoamaan riittävästi myös kotiin annettavia palveluita kuten arkiteknologiaa sekä kuntouttavia palveluita. Kuntouttavan toiminnan tulisi olla kiinteä osa iäkkään palveluverkostoa niin ennaltaehkäisevänä toimintatapana kuin toimintakyvyn ylläpitämisessä. Liikkumisen vaikeudet lisäävät toisen ihmisen avun tarvetta sekä heikentävät sosiaalisen osallistumisen mahdollisuutta kodin ulkopuolella. Yksiasumisen yleistymisen ikääntyessä ja yksinäisyyden kokemisen lisääntyminen yksinasuvilla yhdistettynä toimintakyvyn heikentymiseen tulee tulevaisuudessa olemaan kasvava haaste. Satakunnan kansan artikkelissa yksinäisyys syö vanhusten elämänlaatua todetaan, että yksinäiset ihmiset haluavat päästä pois kotoaan, vaikka toimintakyky olisi heikentynyt. (Puukka 2017.)

Iäkkäiden ohjaus ja neuvonta sekä palveluiden oikea-aikaisuus vaativat kunnilta monialaista gerontologista osaamista, jossa ohjaus ja neuvontapalvelut ovat tärkeässä roolissa. Rauman kaupungin vanhuspalvelut on kehittänyt Ikääntyneiden ihmisten laatusuosituksen mukaisesti muun muassa asiakas- ja palveluohjaustaan. Esimerkkeinä mainitakseni iäkkäille ja heidän omaisilleen ja läheisilleen suunnattu Palvelutori sekä ohjaus- ja neuvontapuhelin. Hyvinvointikysely on osa Rauman kaupungin vanhuspalveluiden palveluohjaus- ja neuvontapalveluita. Hyvinvointikyselyä käytetään sekä 75

vuotta että 80 vuotta täyttäneillä. Hyvinvointikysely tuottaa monipuolisesti tietoa iäkkäiden hyvinvoinnista. Hyvinvointikyselyn yhteydessä mahdollisesti annetut suostumukset potilastietojärjestelmään auttavat kokonaisarvioinnin tekemisessä.

Hyvinvointikyselylomaketta varten luodut riskipisteet kertovat omalta osaltaan iäkkäiden riskeistä mahdollisen toimintakyvyn alenemiseen sekä itsenäisen kotona selviytymisen heikentymiseen. Riskipistearvioinnissa ei ole tällä hetkellä olemassa selkeää pisterajaa esimerkiksi kotikäyntien toteuttamiseksi. Pelkkä luku ei ole peruste kotikäyntien tekemiselle tai tekemättä jättämiselle. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien toteuttamiset perustuvat hyvinvointikyselyn vastauksiin, riskipisteisiin, mahdollisesti Effica-potilastietojärjestelmästä saatuihin terveystietoihin, mutta myös työntekijän henkilökohtaiseen arviointiin kotikäynnin toteuttamisesta. Vuonna 2016 80 vuotta täyttäneille toteutettiin kaiken kaikkiaan 165 kotikäyntiä.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni hyvinvointikyselyn tuottamat tiedot jäivät joidenkin kysymysten osalta puutteellisiksi. Ilman kotikäyntien toteuttamista tai puhelin kontaktia vastauksiin ei ole mahdollista saada täydentävää tietoa. Avovastausten osalta naisten ja miesten antamia vastauksia ei ole eroteltu, joka olisi kuitenkin kannattanut tehdä tarkempien tietojen saamiseksi. Tämän vuoksi avokysymysten vastaukset voivat edustaa joidenkin kysymysten osalta vain tiettyä sukupuolta. Hyvinvointikyselyä on kehitetty vuoden 2016 aikana. Hyvinvointikyselyn kysymyksiä on osittain laajennettu antamaan tarkempia vastauksia muun muassa iäkkään toimintakyvystä sekä sosiaalisesta osallistumisesta. Laajennetut kysymykset on toteutettu vastaajan kannalta mahdollisimman yksinkertaisesti eli rastittamalla vastaajan kannalta lähin vaihtoehto. Uusi hyvinvointikyselylomake otettiin käyttöön 1.1.2017 vuonna 1937 syntyneille.

Jatkotutkimusaiheita nousee tämän opinnäytetyön pohjalta useita, kuten hyvinvointia edistävien kotikäyntien vaikuttavuus. Kuitenkin tämän hyvinvointikyselyn tulosten valossa jää epäselväksi miten iäkkäät kokevat palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden varsinkin asuttaessa taajamassa tai taajaman ulkopuolella. Tämä on tärkeää tietoa, jotta pystyisimme tulevaisuudessa tarjoamaan palveluita tasavertaisesti jokaiselle kunnassa asuvalle ikääntyvälle.

LÄHTEET

Concept Based Nursing www-sivut. 2016. Viitattu 7.9.2017. <http://conceptbasednursing.org/concepts/functional-ability/>

Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2015. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-60.

Government of the Netherlands www-sivut. Viitattu 24.9.2017. <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Teoksessa A. Hannuksela-Svahn, M. Huttunen, H. Jalanko, J. Lumio, P. Mustajoki, O. Saarelma, M. Teikari & A. Tiitinen (toim.) Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomen terveyskirjasto. Viitattu 25.9.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Hakala, S. & Id-Korhonen, A. 2016. Omassa kodissa- Ikääntyneiden asuinolojen arviointimalli. Helsinki: Ympäristöministeriö. Raportti 6/2016.

Hallikainen, M. 2016. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyyn mahdollisuudet. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.9.2017. <http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/pit/koti>

Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H. & Sirvio, K. 2015. Tiivistelmä. Teoksessa H. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) Terve suu. 2. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 148.

Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 393-405.

Henriksson-Leivo, T., Laine, S. & Ämmälä, H. 2013. Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012- juurruttamishanke 2012 – 2013. Rauman kaupunki. Viitattu 24.9.2017. www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus.../Ikä%202013%20Rauman%20loppu-raportti.pdf

Helldan, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 15/2014. Viitattu 7.9.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf

Heloma, a., Helakorpi, S., Heliövaara, M. & Ruokolainen, O. 2012. Tupakointi. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 44-46. Raportti 68/2012.

- Hietikko, J. 2017. Koskaan ei ole myöhäistä aloittaa. Raumalainen 23.9.2017.
- Hurnasti, T., Sainio, P., Aromaa, A. & Koskinen, S. 2012. Toimintakykyä rajoittavat ja edistävät asuinympäristön ominaisuudet. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 149-151. Raportti 68/2012.
- Huttunen, J. 2015. Alkoholit ja terveys. Teoksessa A. Hannuksela-Svahn, M. Huttunen, H. Jalanko, J. Lumio, P. Mustajoki, O. Saarelma, M. Teikari & A. Tiitinen (toim.) Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 24.9.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>
- Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on. Teoksessa A. Hannuksela-Svahn, M. Huttunen, H. Jalanko, J. Lumio, P. Mustajoki, O. Saarelma, M. Teikari & A. Tiitinen (toim.) Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 24.9.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>
- Itä-Suomen yliopiston www-sivut. Viitattu 26.7.2017. <https://www.uef.fi/-/promoteq-hanke-etsii-ikaihmisia-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamista-kasittelevaan-tutkimukseen>
- Juhila, K., Jolanki, O. & Vilkkonen, A. 2016. Siirtymät ja valinnat vanhojen ihmisten ja asunnottomien asumispoluilla. Teoksessa K. Juhila & T. Kröger (toim.) Siirtymät ja valinnat asumispoluilla. Jyväskylä: SoPhi, 11-39.
- Jylhä, M. & Leinonen, R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 381-389.
- Jyväskylä, S., Havas, A., Urtamo, A. & Karvinen, E. 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitsemus: opas ohjaustyöhön. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Jyväskylän yliopiston www-sivut. Viitattu 15.10.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Karlsson, M. 2013. Elämänlaatu mittariin. Viitattu 1.10.2017. <https://tesso.fi/artikkeli/elamanlaatu-mittariin>
- Keskinen, H. & Remes-Lyly, T. 2015. Iän vaikutus suun terveyteen ja siitä huolehtimiseen. Teoksessa H. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) Terve suu. 2.uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 148-150.
- Kivelä, S-L. 2013. Lääkkeet. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 339-350.
- Kivelä, S-L. 2007. Voimavaroja unesta: Hyvä uni iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, S-L. 2013. Uni. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364-371.

Kohti parempaa iäkkäiden suunterveyttä 2015. 2015. Suomen Hammaslääkäri-seura Apollonia Suugeriatrian jaosto. Viitattu 24.9.2017. [https://www.apollonia.fi/Apollonia/www.nsf/0/D7D20047710162C7C2257704003CE363/\\$FILE/Suugeriatria_konsensuslausuma.pdf](https://www.apollonia.fi/Apollonia/www.nsf/0/D7D20047710162C7C2257704003CE363/$FILE/Suugeriatria_konsensuslausuma.pdf)

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Toiminta- ja työkyky. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 119. Raportti 68/2012.

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Aromaa, A. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 77-81. Raportti 68/2012.

Koskinen, S., Sainio, P., Tiikkainen, P. & Vaaramaa, M. 2012. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 137-140. Raportti 68/2012.

Käypä hoito www-sivut. Viitattu 1.10.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6/2017. Viitattu 24.9.2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980.

Lallukka, T., Kronholm, E., Partonen, T. & Lundqvist, A. 2012. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 59-61. Raportti 68/2012.

Laukkanen, P. 2010. Toimintakyky ja ikääntyminen käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia 2.-3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 261-278.

Leinonen, R. & Havas, E. 2008. Lukijalle. Teoksessa R. Leinonen & E. Havas (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. 9. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212.

Martikainen, J., Alha, P. & Rajaniemi, S. 2012 Lääkkeiden käyttö. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 186-188. Raportti 68/2012.

Melkas, T., Lehto, J., Saarinen, M. & Santalahti, P. 2005. Terveys- ja yhteiskuntapolitiikka. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) Suomalaisen terveys. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja STAKES

Mustajoki, P. 2016. Tahaton laihtuminen. Teoksessa A. Hannuksela-Svahn, M. Huttunen, H. Jalanko, J. Lumio, P. Mustajoki, O. Saarelma, M. Teikari & A. Tiitinen (toim.) Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomen terveystieteiden seuran julkaisu. Viitattu 24.9.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Mäkelä, M., Vilkkonen, A., Blomgren, J., Sainio, P., Koskinen, S. & Noro, A. 2012. Toimintakykyä rajoittavat ja edistävät asuinympäristön ominaisuudet. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 199-201. Raportti 68/2012.

Mäkelä, P., Alho, H., Knekt, P., Männistö, S. & Pena, S. 2012. Alkoholien käyttö. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 47-50. Raportti 68/2012.

Mäkinen, T., Valkeinen, H., Borodulin, K. & Vasankari, T. 2012. Fyysinen aktiivisuus. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 55-58. Raportti 68/2012.

Mönkäre, R. 2016. Muistisairauden varhainen tunnistaminen, tutkiminen ja varhainen kuntoutussuunnitelma. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.9.2017. <http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/dtk/pit/koti>

Naiset ja miehet Suomessa 2016. 2016. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 23.9.2017. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_namisu_201600_2016_16132_net_p4.pdf

Nieminen, T., Martelin, T. & Vaarama, M. 2012. Sosiaalinen pääoma. Fyysinen aktiivisuus. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 155-158. Raportti 68/2012.

Nguyen, L., Sauni, R., Koponen, P., Alha, P. & Häkkinen, U. 2012. Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 170-175. Raportti 68/2012.

Näslindh-Ylispaangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Oulun yliopiston www-sivut. Viitattu 1.10.2017. <http://www oulu.fi/gasel/elaman-laatu%20ja%20hyvinvointi>

Paajanen, T. & Remes, A. Muistioireet. 2015. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29-34.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystieteissä. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 22-32. Raportti 14/2013. Viitattu 23.9.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110333/URN_ISBN_978-952-245-909-1.pdf

Parkkinen, M. 2015. Ikääntyminen, yksinäisyys ja toimintakyky: yli 75-vuotiaiden suomalaisten yksinäisyyttä määrittävät tekijät ja toimintakyky yhteydessä yksinäisyyteen. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 26.9.2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/155285/Parkkinen_Sosiologia.pdf

Patja, K. 2016. Tupakka ja sairaudet. Teoksessa A. Hannuksela-Svahn, M. Huttunen, H. Jalanko, J. Lumio, P. Mustajoki, O. Saarela, M. Teikari & A. Tiitinen (toim.) Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Suomen terveystieteiden kirjasto. Viitattu 24.9.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015. Unentaidot: löydä uni ilman lääkkeitä. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2016. Vanhusten lääkehoito. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 366-376.

Puska, P. & Vaarama, M. 2012. Esipuhe. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 9. Raportti 68/2012.

Puukka, J. 2017. Yksinäisyys syö vanhusten elämänlaatua. Satakunnan kansa. 18.9.2017.

Rantanen, T. & Sakari, R. 2013. Toimintatellit. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 315-321.

Rintala, J. 2015. Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Kiianmaa & Lindroos, L. (toim.) Alkoholi riippuvuus. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 153-159.

Saari, S., Luoma, M-L., Koskinen, S. & Vaarama, M. 2012. Elämänlaatu. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 159-160. Raportti 68/2012.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestöterveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50-64.

Sainio, P., Stenholm, S., Vaara, M., Rask, S., Valkeinen, H. & Rantanen, T. 2012. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 120-127. Raportti 68/2012.

Seppänen, M. 2014. Sosiaalinen toimintakyky. Lapin yliopisto 16.12.2014. Viitattu 25.9.2017. http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuk-sia/16-12-marjaana-seppanen

Siitonen, T. 2013. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 534-548.

Sotkanet, ikääntyneet www-sivut. Viitattu 23.9.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?indicator=s073BgA=®ion=szaJAgA=&year=sy4rAwA=&gender=t>

Sotkanet, väestö www-sivut. Viitattu 14.10.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?indicator=s7YMBQA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=f>

Sulkava, R. 2016. Muistisairaudet. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109-125.

Sulkava, R. 2016. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 110-111.

Suominen, M. & Jyväkorpi, S. 2012. Ikääntyneen ravitsemus: suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto & Suomenmuistiasiantuntijat ry.

Suominen, L., Vehkalahti, M. & Nguyen L. 2012. Suun terveydenhuolto. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 181-183. Raportti 68/2012.

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, kotona asumisen ratkaisuja www-sivut. Viitattu 7.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/asunnot-ja-ymparistot-esteettomiksi>

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, iäkkäiden fyysinen toimintakyky www-sivut. Viitattu 7.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/fyysinen-toimintakyky>

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, toimintakyky www-sivut. Viitattu 7.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyskylä, apuvälineet www-sivut. Viitattu 7.9.2017. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet>

The Amazing Village in The Netherlands Just for People with Dementia 2015. Twister sifted 4.2.2015. Viitattu 24.9.2017. <http://twistedifter.com/2015/02/amazing-village-in-netherlands-just-for-people-with-dementia/>

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset: opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284-290.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa. Viitattu 23.9.2017. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 454-465.

Tilastokeskuksen www-sivut. Viitattu 1.10.2017. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html

Tilvis, R. 2016. Kaatuileva vanhus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 334-338.

Toivonen, K. & Suhonen, R. 2013. Ikääntyneiden kielteinen yksinäisyys. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Ikääntyneiden ihmisten terveysongelmat ja niiden arviointi: esimerkkejä keskeisistä terveysongelmista. Turku: Turun yliopisto, 53-63. Raportti 65/2013.

Vaarama, M., Mikkilä, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa M. Vaarama, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 40-56.

Valanne, J., Petäjävaara, T. & Koivuniemi, U. 2016. Apuvälineet. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 470-477.

Verma, I., Kurkela, T., Sanaksenaho, P., Suominen, J., Taegen, J. & Vauramo, E. 2017. Palvelukorttelin toimintamalli. Teoksessa I. Verma (toim.) Palvelukortteli: konseptin kuvaus ja soveltaminen erilaisiin taajamiin. Helsinki: Ympäristöministeriö, 60-67. Raportti 3/2017.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi. Viitattu 14.10.2017. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus

Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35-43.

Wuorela, M. 2016. Virtsainkontinenssi. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 292-295.

Ympäristöministeriö, ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma www-sivut. Viitattu 24.9.2017. http://www.ym.fi/fi-fi/asuminen/ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma

IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIKYSELY

Täyttäkää lomake joko rastittamalla sopivat vaihtoehdot tai kirjoittamalla vastauksenne avoimille riveille. Tarkistakaa lopuksi, että olette vastannut kaikkiin niihin kysymyksiin, joihin olette aikonut vastata.

Mikäli koette, että Teillä ei nyt ole tarvetta vastata hyvinvointianne koskeviin kysymyksiin, olkaa ystävällinen ja palauttakaa yhteystiedoillanne varustettu tyhjä lomake palautuskuoressa.

Nimi:				
Syntymäaika:				
Osoite:				
Puhelin:				
Nykyinen siviilisääty:	<input type="checkbox"/> avio-/avoliitto	<input type="checkbox"/> naimaton	<input type="checkbox"/> leski, mistä lähtien _____	<input type="checkbox"/> eronnut
Päiväys ja allekirjoitus:	_____ / _____ 20_____			

Tällä hetkellä en koe tarpeelliseksi vastata kyselyyn.
Perustelkaa tähän, miksi ette koe tarvetta vastaamiseen:

Hyvinvointikyselyn liitteenä on **SUOSTUMUS** – lomake. Sosiaalitoimen asiakastiedot ja terveydenhuollon potilastiedot ovat lain mukaan salassa pidettäviä tietoja. Lisäksi lain mukaan sosiaalihuollon asiakastiedot ja terveydenhuollon potilastiedot tulee säilyttää eri rekisterissä. Siksi tarvitaan teidän suostumukseenne, jotta *terveydenhuollon ammattihenkilönä* voin tarvittaessa kirjata ja katsoa tietoja sekä tarpeelliset asiakas- ja potilastiedot liikkuvat joustavasti hoitoon osallistuvien sosiaali – ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Pyydän teitä ystävällisesti tutustumaan mukana olevaan *Tiedotteeseen asiakas- ja potilastietojen käsittelystä*. Palauttakaa mukana oleva SUOSTUMUS – lomake allekirjoitettuna ja rastitettuna sekä Ikääntyneiden hyvinvointilomake (myös tyhjä) palautuskirjekuoressa. Toivon kyselyn palautusta kahden viikon kuluessa.

KIITOS VASTAUKSESTANNE

1. ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ

1.1. Miten asutte?

Yksin Puolison kanssa Jonkun muun kanssa, kenen _____

1.2. Asumismuotonne?

- Omakotitalo
 Rivitalo
 Kerrostalo
 Kerrostalo, hissitön
 Muu, mikä _____
 Onko asunnossanne portaita, jotka vaikuttavat kulkemiseen?
 Ei Kyllä

1.3. Vaikuttaako nykyinen asumismuotonne päivittäisistä toimista selviytymiseenne?

Ei Kyllä

Miten? _____

1.4. Tarvitaanko asuntoonnes esim. luiskien asentamista, kynnyksien poistamista, tukikahvojen asentamista.

- Ei
 Kyllä, ne helpottaisivat arjen sujumista

Millaisia muutoksia tarvitsette asuntoonnes?

1.5. Selviydtekö omin voimin seuraavista toiminnoista?

a) Kodin ulkopuolisista asioinneista mm. kaupassa käynnistä, jne

Kyllä Tarvitsen apua, en selviydy yksin

b) Kodin pienistä korjauksista (sähkölampun, sulakkeen tai palovaroit-
timen patterin vaihto jne.)

Kyllä Tarvitsen apua, en selviydy yksin

c) Kevyistä kotitöistä (tiskaus, pyykinpesu, ruuan laitto jne.)

Kyllä Tarvitsen apua, en selviydy yksin

d) Raskaista kotitöistä (imurointi, ikkunoiden pesu, mattojen tamppaa-
minen, puulämmitys jne.)

Kyllä Tarvitsen apua, en selviydy yksin

e) Jos asutte omakoti- tai rivitalossa selviydyttekö eri vuodenaikoihin
liittyvistä pihatöistä (nurmikon leikkuu, haravointi, lumen luonti, hiekoi-
tustus jne.)

Kyllä Tarvitsen apua, en selviydy yksin

Keneltä tarvitessanne saatte apua?

- Puolisolta
- Lapsilta
- Muulta sukulaisilta
- Naapurilta
- Ystäviltä
- Palveluyrittäjältä
- En keneltäkään

**1.6.Miten tavallisesti liikutte? Voitte rastittaa useamman vaihto-
ehdon.**

- Kävelen
- Pyörällä
- Omalla autolla itse ajaen
- Puolison kyydillä
- Sukulaisten/tuttavien kyydillä
- Julkisilla kulkuvälineillä, taksilla
- Palveluliikenteen avulla
- Muulla tavoin, miten _____

2. TERVEYS JA TOIMINTAKYKY

2.1. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Huono

2.2. Millainen terveydentilanne on nyt verrattuna viime vuoteen?

- Parempi kuin vuosi sitten
- Jokseenkin samanlainen
- Huonompi kuin vuosi sitten

Jos huonompi, niin millaisia muutoksia terveydentilassanne on tapahtunut? _____

2.3. Käytättekö lääkkeitä?

- Kyllä
- En

Mitä lääkkeitä on käytössä?

2.4. Onko teillä vaivoja tai sairauksia, jotka haittaavat päivittäistä selviytymistänne? (esimerkiksi portaiden käyttöä)

- Ei
- Kyllä

Miten vaivanne rajoittaa selviytymistänne?

2.5. Oletteko käyneet viimeisen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla tai muun terveydenhuoltohenkilön tarkastuksessa?

- Kyllä, 1 kertaa **vuodessa** tai useammin
- Kyllä, **useammin** kuin 1 kertaa **kuukaudessa**
- En

2.6. Oletteko käynyt hammashoidossa viimeisen viiden vuoden aikana?

Kyllä

Ei

2.7. Onko virtsanpidätyskyvyssä ilmennyt ongelmia, kuten tahatonta kastelua viimeisen kuuden kuukauden aikana?

Ei

Kyllä, toisinaan

Kyllä, jatkuvasti

2.8. Oletteko ollut huolissanne muistiinne liittyvistä asioista viimeisen kuuden kuukauden aikana?

En

Kyllä

Mikä on aiheuttanut huolestumisenne? _____

Koetteko tarvetta muistinne testaamiselle?

En

Kyllä

2.9. Pystytkö kävelemään (apuvälineen avulla tai ilman) vähintään 500 m pysähtymättä?

Kyllä

En

2.10. Käytättekö apuvälineitä?

En tarvitse

Kävelykeppi

Rollaattori

Pyörätuoli

Turvapuhelin

Tukitangot

WC-istuimen korotus

ja kaiteet

Suihkutuoli

Ruokailun

apuvälineet

Kuulon tai näön apuvälineet, mikä? _____

Koetteko, että tarvitsisitte selviytyäksenne muita apuvälineitä? _____

2.11. Oletteko kaatunut viimeisen kuuden kuukauden aikana?

- En Kyllä, sisällä
 Kyllä, ulkona

Miten _____

Kuinka usein _____

Mikä on oma arvionne kaatumisen
syistä? _____

2.12. Liikutteko esim. kävellen, pyöräillen tai harrastatteko hyötyliikuntaa, kuten portaissa kulkemista tai pihatöitä?

- Lähes päivittäin
 Viikoittain (1 – 3 krt / viikko)
 Vähemmän kuin kerran viikossa
 En harrasta liikuntaa, miksi? _____
-

3. HYVINVOINTI

3.1. Nukutteko yleensä hyvin?

- Kyllä En
 Käytän unilääkettä, mitä? _____

3.2. Tupakoitteko?

- En Kyllä,
kuinka monta savuketta päivässä? _____ kpl

3.3. Käytättekö alkoholia? (Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullo keskiolutta tai lasi viiniä.)

- En koskaan
 Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 2 - 4 kertaa kuukaudessa
 2 – 3 kertaa viikossa
 4 kertaa viikossa tai useammin

4. RAVITSEMUS

4.1. Millainen ruokahalunne on yleensä?

Hyvä

Huono

4.2. Syöttekö yleensä päivittäin varsinaisen aterian?

Kyllä

En

4.3. Onko painonne laskenut tahattomasti viimeisen kuuden kuukauden aikana?

Ei

Kyllä, kuinka paljon
_____kg

Mikä on oma arvionne laihtumisen syistä?

4.4. Onko käytössänne tällä hetkellä vitamiini- tai hivenaineita?
(esim. Kalkki tai D-vitamiini valmistetta)

Kyllä, mitä _____

Ei

5. SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

5.1. Osallistutteko joihinkin kodin ulkopuolisiin vapaa-ajan toimintoihin/harrastuksiin?

Kyllä

En

Jos ette osallistu, niin miksi ette? _____

Millaiseen kodin ulkopuoliseen toimintaan haluaisitte osallistua, jos se olisi mahdollista _____

5.2. Harrastatteko kotona jotain (esim. käsitöitä, lukemista, kirjoittamista, elokuvia, sanaristikoita, maalaamista, opiskelua...)?

Kyllä

En

Mitä? _____

5.3. Kuinka usein tapaatte tai olette muuten yhteydessä (esimerkiksi puhelimitse) muihin ihmisiin sosiaalisen kanssakäymisen merkeissä?

Päivittäin

Viikoittain

Kuukausittain

Harvoin

En koskaan

Koetteko olevanne

	Kyllä	En
elämään tyytyväinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Koetteko olevanne usein...

yksinäinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
murheellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvaton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peloissanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4. Arvionne nykyisestä elämäntilanteestanne

Hyvä

Tyydyttävä

Huono

5.5. Täytittekö lomakkeen

Yksin

Läheisen tai ystävän kanssa

HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT

Arvoisa vastaanottaja

Rauman kaupungin vanhuspalvelut tarjoaa ikäihmisille neuvontapalveluja, jotka tukevat ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia antamalla erilaista ikääntymiseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa.

Neuvontapalveluihin liittyy Hyvinvointikysely, joka on kohdennettu 80-vuotiaille raumalaisille.

Toivon, että ystävällisesti täyttäisitte liitteenä olevan ikääntyneiden hyvinvointikyselylomakkeen. Vastaustenne perusteella tulen **tarvittaessa** ottamaan Teihin yhteyttä myöhemmin kotikäyntiajankohdan sopimiseksi.

Mahdollisella kotikäynnillä kartoitetaan arkipäivän askareista ja tehtävistä selviytymistä sekä pyritään ennakoimaan niissä mahdollisesti tapahtuvia muutoksia. Käynnillä kartoitetaan mm. päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä mahdollisten apuvälineiden tarvetta. Selvitämme myös, miten turvallisuutta kodissanne ja omia keinojanne selviytyä arjen askareissa voidaan lisätä. Samalla saatte tietoa ja opastusta tarjolla olevista palveluista ja apuvälineistä.

Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti niin, että yksittäisen ihmisen henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa.

Teidän vastauksenne on meille tärkeä, jotta saisimme tietoa 80-vuotiaiden Raumalaisten tämän hetkisestä terveydestä ja toimintakyvystä. Vastaustenne perusteella voimme paremmin kehittää ikäihmisten palvelujen ohjausta ja neuvontaa.

Ystävällisin terveisin

Anu Pulliainen
Perushoitaja
Palvelukeskus Mansikkapaikka, Palveluohjaus- ja arviointi
Steniuksenkatu 6, 26100 Rauma
p. 044 4036271

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
7.3.2017

28/2017

Muut asiat
/0//0

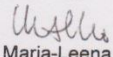
Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:
Hyvinvointikysely 80-vuotiaille raumalaisille

Anu Pulliainen, Köydenpunojankatu 21, 26100 Rauma

Päätös	Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.		
Liitteet	Hakemus		
Päätöksen allekirjoitus	 Marja-Leena Alho Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja		
Pöytäkirja nähtävillä	15.3.2017		
Tiedoksi	Hakijat, yhteyshenkilö		
Tiedoksianto asianosaiselle	Tämä päätös on [x] lähetetty tiedoksi mainituille	Tämä päätös on [] annettu tiedoksi mainituille	Päiväys 8.3.2017
	Tiedoksiantaja	Terttu Grönvall	
Otto-oikeus Oikaisuvaatimusohjeet	Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.		
	Oikaisuvaatimusviranomaisen Sosiaali- ja terveyslautakunta, PL 283, 26101 Rauma		

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon viimeistään seitsemäntenä (7) päivänä päätöksen postituspäivän jälkeen. Kunnan jäsenen, joka ei ole asianosainen, katsotaan saaneen tiedon silloin, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Vaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusviranomaiselle postitse, henkilökohtaisesti tai lähettin välityksellä. Toimitustavasta riippumatta vaatimuksen on oltava oikaisuvaatimusviranomaisella ennen aukioloajan päättymistä viimeistään neljäntenätoista (14) päivänä päätöksen tiedoksiantipäivästä mainittua päivää lukuunottamatta.