



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYDENTILAA KARTOITTAVAT KOTIKÄYNNIT

Pilottihanke Lahden keskustan alueella

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Marleena Luhtasaari
Sami Pensasmaa
Hanna Piirainen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

LUHTASAARI MARLEENA, PENSASMAA SAMI & PIIRAINEN HANNA:

Ikääntyneiden terveydentilaa kartoittavat kotikäynnit –
Pilottihanke Lahden keskustan alueella

Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 50 sivua, 41 liitesivua

Kevät 2012

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö on osa Lahden kaupungin vanhusten avopalveluiden ja Lahden ammattikorkeakoulun yhteistyössä toteutettua Kartoittavat kotikäynnit- hanketta. Kohderyhmänä olivat vuonna 1930 syntyneet lahtelaiset, jotka eivät kuulu palveluiden piiriin. Kotikäynneillä kartoitettiin ikääntyneiden toimintakykyä, terveydentilaa ja palveluntarvetta. Haastateltavia henkilöitä oli yhteensä 69.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat kotona asuvien 1930 syntyneiden ikääntyneiden selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös arvioida Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit- hankkeen toteutustapaa ja nostaa esille aikasempien tutkimusten tuloksia soveltaen kehittämisajatuksia kotikäyntien toteutukseen liittyen.

Opinnäytetyö painottuu hankkeessa valmiiksi kerätyn aineiston analysointiin. Ensisijaisesti opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus, jossa aineistonkeruussa käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta. Laaja-alaisen käsittelyn saavuttamiseksi tutkimuksessa käytettiin myös triangulaatiota, jossa yhdistyy sekä määrällinen että laadullinen tutkimusmenetelmä. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS Statistics 19- ohjelmaa käyttäen ja laadullisen aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia.

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että lahtelaiset ikääntyneet kokevat pääosin terveydentilansa melko hyväksi ja selviävät päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti tai omaisten tuella. Lisäksi he kokivat tarvitsevansa lisätietoa itsenäisen asumisen tukemismahdollisuuksista.

Työssä tuodaan esille myös hankkeen jatkokehitysehdotuksia ja -keinoja, joilla tulevaisuudessa voidaan parantaa kartoittavien kotikäyntien luotettavuutta ja kuinka tehdä toiminnasta enemmän ikääntyneiden terveyttä edistävää.

Asiasanat: ehkäisevät kotikäynnit, ikääntyneen toimintakyky, monilääkitys, ikääntynyt, terveyden edistäminen.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing.

LUHTASAARI MARLEENA, PENSASMAA SAMI & PIIRAINEN HANNA:
Preventive home visits for elderly people-
Pilot project in Lahti central area.

Bachelor's Thesis in Nursing, 50 pages, 41 pages of appendices

Spring 2012

ABSTRACT

This thesis is a part Preventive home visits project carried out jointly by the department of home care services for elderly people of the City of Lahti and Lahti University of Applied Sciences. The target group was Lahti residents born in 1930 and who are not presently covered by the services. Functional capability, state of health, and need for services were studied during the visits to elderly people's homes. Altogether 69 persons were interviewed.

An objective of the thesis was to find out what are the factors which affect every day tasks of 81-year-olds living at private homes. Another objective was to evaluate implementation of Preventive home visits project and to make suggestions for further improvements combining the results from earlier studies.

In the data evaluation phase the emphasis was on the pre-collected material. Triangulation method was chosen to analyze the data. The thesis is primarily quantitative study using carefully structured interview form in data collection. Quantitative material was analyzed by using SPSS Statistics 19- programme.

The results of this study indicate that the majority of the elderly residents of Lahti consider their state of health fair and manage everyday tasks on their own or with help of their relatives. On the other hand they need more information about support alternatives for independent living.

The thesis proposes also ideas for further development of the project and means to improve the reliability of the project in the future, and how to direct the actions to improve the preventive health care of elderly people.

Key words: preventive home visits, functional ability of elderly, polypharmacy, health promotion, healthy ageing.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT	3
2.1	Ikääntyneiden hyvinvointiin liittyvät linjaukset ja strategiat	3
2.2	Ikääntyneiden ehkäisevät kotikäynnit Suomessa ja ulkomailla	4
3	IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	8
3.1	Ikääntyneiden lääkehoito	8
3.2	Ikääntyneiden ravitseminen	9
3.3	Ikääntyneet ja alkoholi	11
4	IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY	13
4.1	Fyysinen toimintakyky	14
4.2	Psyykinen toimintakyky	15
4.3	Sosiaalinen toimintakyky	17
5	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS	19
6	TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT	20
6.1	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	20
6.2	Tutkimusmenetelmä	21
6.3	Määrällisen aineiston analysointi	22
6.4	Laadullisen aineiston analysointi	22
7	TULOKSET	25
7.1	Ikääntyneiden terveydentila ja toimintakyky	25
7.2	Ikääntyneiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista	29
7.3	Ikääntyneiden kokema palveluntarve	30
8	POHDINTA	32
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	32
8.2	Tutkimuksen eettisyys	34
8.3	Tulosten tarkastelu	34
8.4	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	37
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy Suomessa nopeasti. Ikä on keskeisempiä sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön vaikuttavia asioita. Ikääntyneiden kotona selviytymisen tutkimuotojen kehittäminen on ajankohtaista, sillä ikääntyneet ihmiset haluavat asua kotonaan mahdollisemman pitkään. Kotona selviytymisellä tarkoitetaan kykyä suoriutua itsenäisesti arkipäivän toimista. Ikääntyneiden kotona selviytymistä voidaan tukea järjestämällä riittäviä ennaltaehkäiseviä avopalveluja. (Nivalainen & Volk 2002, 3; Holma 2003, 9.)

Päijät-Hämeen alueella on tehty valtakunnallisesti ainulaatuinen kymmenvuotinen seurantatutkimus, jossa ikääntyvien terveyttä, palveluiden käyttöä ja elämänlaatua on tutkittu. Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeesta on saatu paljon hyödyllistä tietoa vanhuspalveluiden kehittämiseen. (Haapola, Fogerholm, Heinonen, Karisto, Kullaa, Mäkelä, Niiranen, Nummela, Pajunen, Ritsilä, Seppänen, Töyli, Uutela, Valve & Väänänen 2008, 9-10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 julkaisemassa sosiaali- ja terveystalveluolitiikan strategiat 2015 on tehty linjauksia vanhuspolitiikkaan. Julkaisussa korostuu ikääntyneen toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen parantaminen, palveluiden monipuolisuus ja saumattomuus. Julkaisussa painotetaan myös uusien teknologioiden hyväksikäyttöä helpottamaan arkea ja ympäristön kehittäminen esteettömäksi liikkumisen helpottamiseksi. (Lehto 2007, 9.)

Iäkkäiden ihmisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on viime vuosikymmeninä huomattavasti pidentynyt. Suhteellisesti suurinta on ollut yli 80-vuotiaiden elinajan piteneminen. 60 -75-vuotiaiden toimintakyky on kohentunut ja lähes kaikki tämän ikäryhmän ihmiset elävät omissa kodeissaan itsenäisesti, vaikka pitkäaikaissairaudet ovatkin yleisiä. Ikääntyneiden sairauksia voidaan ehkäistä, edistää toimintakykyä ja kuntouttaa, ja siten tukea autonomisen elämän edellytyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Opinnäytetyö on osa Lahden kaupungin vanhusten avopalveluiden ja Lahden ammattikorkeakoulun yhteistyössä toteutettua Kartoittavat kotikäynnit- hanketta. Hanke toteutettiin pilottina aikavälillä 21.3.–5.6.2011. Hankkeen kohderyhmänä olivat vuonna 1930 syntyneet lahtelaiset, jotka eivät kuulu kotihoidon palvelujen piiriin. Hankkeen tuottama aineisto koostuu kotikäyntien yhteydessä tehdyistä haastatteluista ja testien antamista tuloksista. Haastateltavia henkilöitä oli yhteensä 69. Kotikäynneillä kartoitettiin ikääntyneiden toimintakykyä, terveydentilaa ja palveluntarvetta. Kotikäynnit tehtiin sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijapareina. Jokaisesta kotikäynnistä tehtiin yhteenvedo. Opinnäytetyö perustuu valmiiksi kerättyyn aineistoon, joten työssä keskitytään analysoimaan hankkeen tuottamaa aineistoa. Opinnäytetyön tekijöinä emme osallistuneet aineistonkeruuseen. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS Statisticstics 19- ohjelmaa. Laadullinen aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyöksi valitsimme ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit sen ajankohtaisuuden ja tärkeyden vuoksi. Haluamme olla mukana kehittämässä ja parantamassa ikääntyneiden palveluita. Erityisesti ennaltaehkäisevä vanhustyö ja sen periaatteiden ymmärtäminen sekä varhainen puuttuminen ongelmiin tulevat olemaan entistä tärkeämmässä roolissa tulevaisuuden terveydenhuollossa. Opinnäytetyöprosessin myötä saamme uusia työkaluja tulevaisuutta varten toimiessamme terveydenhuollon ammattilaisina ja ollessamme mukana eri-ikäisten terveyden edistämässä.

Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit- hankkeesta on aikaisemmin tehty kaksi opinnäytetyötä Lahden ammattikorkeakoulussa. Hoitotyön näkökulmasta valmistui opinnäytetyö keväällä 2011 otsikolla Kartoittavat kotikäynnit: ”Koti-Kaikilla Oikeus Turvalliseen Ikääntymiseen”. Kyseisessä opinnäytetyössä oli käytössä 19 kotikäynnin aineisto. Fysioterapian näkökulmasta valmistui myös opinnäytetyö syksyllä 2011 otsikolla Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit-pilottihanke Lahdessa: fyysisen toimintakyvyn ja ympäristön vaaratekijöiden peruseräraportti, jossa käytössä oli koko hankkeen toteutuksen aikana hankittu aineisto.

2 IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT

2.1 Ikääntyneiden hyvinvointiin liittyvät linjaukset ja strategiat

Maailman terveysjärjestö on julkaissut lukuisia toimintaohjeita, joita käytetään kansallisia strategioita ja linjauksia suunniteltaessa. Toimintaohjeissa korostetaan sosiaali- ja terveyspalveluiden eri tasojen saumattoman yhteistyön tärkeyttä ja painotetaan avopalveluiden kehittämistä. Maailman terveysjärjestö ohjaa maita tekemään pitkälle tulevaisuuteen tähtäviä kansallisia ohjeistuksia, joilla tuetaan kestävää kehitystä ja saadaan kansantaloudellisesti merkittäviä säästöjä aikaan. Niissä kehoitetaan terveyden edistämisen tukemiseen, millä pystytään helpottamaan terveydenhuollon kasvavia kustannuspaineita. (Coyte, Goodwin & Laporte 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015 - selvityksessä ikääntyneiden palveluiden ja hoidon tavoitteita on konkretisoitu ja täydennetty. Tavoitteita ovat ikääntyneiden itsenäisen kotona selviytymisen tukeminen ja toimintakyvyn parantaminen. Yhtenä tavoitteena on myös ikääntyneiden tasavertainen oikeus palveluihin sekä asuinolojen esteettömyyteen pyrkiminen. Ikääntyneiden käyttämistä palveluista on säädetty sosiaalihuolto- ja kansanterveyslaissa, mutta lait eivät luo riittäviä edellytyksiä terveyspalveluiden joustavaan käyttöön. Selvitys korostaa saumattoman yhteistyön merkitystä eri terveydenhuollon palveluiden ja muiden ikääntyneiden tarvitsemien tahojen välillä. (Lehto 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman ikäihmisten laatusuositusten mukaan kaikilla kunnilla pitäisi olla kunnanvaltuuston hyväksymä ajan tasalla oleva ikääntymispoliittinen strategia. Kunnat voivat toimia yhteistyössä muiden kuntien kanssa tuottaessaan palveluita ikääntyneille. Palvelut voidaan myös hankkia yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta. Ikääntymispoliittisen strategian perustana on palveluiden ja väestön hyvinvoinnin sekä terveyden nykytilan analysointi ja erilaisten muutosten ennakointi. Ikääntymispoliittisen strategian tulee ottaa huomioon ikääntyneiden erilaiset ja eritasoiset tarpeet ja voimavarat, koska ikääntyneillä avun tarpeen määrä vaihtelee suuresti. Osa ikääntyneistä

tarvitsee hyvin paljon apua ja neuvoja erilaisissa palveluissa ja osa ikääntyneistä on taas hyvinkin omatoimisia ja pärjää itsenäisesti. Ikääntynyt väestö pitää ottaa huomioon jo yhdyskuntasuunnittelussa, asunto- ja liikennepolitiikassa, kulttuuri- ja harrastustoiminnassa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä sekä monipuolisten palveluiden suunnittelussa. Ikääntyneelle väestölle tarjottavat palvelut voidaan jakaa lähipalveluihin, seudullisiin palveluihin ja laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Ikääntyneille tärkeimmässä asemassa ovat lähipalvelut, koska ne tuodaan kotiin tai kodin lähelle. Esimerkkejä lähipalveluista ovat erilaiset ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arvioinnit, kotihoito, omaishoidon tuki ja gerontologinen sosiaalityö. Ikääntymispoliittisen strategian linjaukset sisällytetään kuntastrategiaan ja muihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjelmiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008, 16-17.)

Lahden sosiaali- ja terveystoimialan strategisena linjauksena on kohdentaa palveluita tukemaan ikääntyneiden itsenäisesti selviytymistä arjessa. Tavoitteena on myös omaishoitajuuden tukeminen ja terveystieteiden laaja-alaisen yhteistyön kehittäminen. Lahti panostaa avopalveluiden kehittämiseen ja mahdollisuuksiin huomioida yksilölliset palvelutarpeet kansainvälisten linjausten mukaisesti. (Kukka, Peltomaa, Luhtanen, Jokinen, Kotala, Juhanila, Ylä-Sankola-Peltola, Rask, Mäkelä, Tuupainen, Nyman-Kaunomäki, Kuusinen-James, Hänninen & Nieminen 2011.)

2.2 Ikääntyneiden ehkäisevät kotikäynnit Suomessa ja ulkomailla

Opinnäytetyön taustalla olevassa hankkeessa ehkäisevistä kotikäynneistä käytetään nimitystä kartoittavat kotikäynnit. Opiskelijoiden hankkeessa toteuttamia kotikäynntejä pidetään enemmän luonteeltaan kartoittavina kuin ehkäisevinä. Opinnäytetyössä käytetään kuitenkin yleisemmin käytössä olevaa käsitettä ehkäisevät kotikäynnit. Ehkäisevät kotikäynnit ovat yksi iäkkäille suunnatun terveyden, itsenäisen kotona selviytymisen sekä toimintakyvyn edistämisen ja tukemisen työmuoto. Ehkäisevillä kotikäynneillä arvioidaan ikääntyneen fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä eri näkökulmista sekä kartoitetaan palveluntarvetta. Kotikäynnin suorittaa sosiaali- ja/tai terveydenhuollon työntekijä. Käynnin aikana keskustelun tukena käytetään

yleensä strukturoitua kyselylomaketta sekä toimintakykymittareita. Yleisesti käytettyjä toimintakykymittareita ovat esimerkiksi MMSE-testi, joka kuvaa henkilön kognitiivista toimintakykyä, MNA-ravitsemustesti sekä GDS15-depressioseula, jolla kartoitetaan masennuksen oireita. Käynnin yhteydessä annetaan yleensä ikääntyneelle tietopaketti kunnan palveluista. Kotikäynnin päätarkoituksena on tukea ikääntyneen kotona asumista. (Viippola 2007, 2.)

Suomessa toteutettaville ehkäiseville kotikäynneille haetaan mallia Tanskasta, jossa kotikäynnit ovat olleet lakisääteisiä vuodesta 1996 lähtien. Tanskassa laki määrää, että kuntien tulisi järjestää kaksi vuosittaista kotikäyntiä yli 75-vuotiaille. Ruotsissa kunnille on annettu taloudellista tukea ehkäisevien kotikäyntien järjestämiseksi. Ehkäiseviä kotikäyntejä ja niiden vaikuttavuutta ikääntyneiden terveydentilaan ja hyvinvointiin on tutkittu aktiivisesti sekä Tanskassa että Ruotsissa. Tutkimustyötä on tehty myös Australiassa ja Iso-Britanniassa. Tulokset ovat osittain ristiriitaisia ja heikosti verrattavissa, koska ehkäisevien kotikäyntien toteuttamiseen ei ole vielä kehitetty tarkkaa säädöstä tai protokollaa. Löfqvist, Eriksson, Svensson ja Iwarssonin (2011) ruotsalaisessa tutkimuksessa on aloitettu kehittämään näyttöön perustuvaa protokollaa kotikäyntien toteuttamiseksi. Tutkimuksessa todetaan, että tähän asti toteutetut kotikäynnit perustuvat lähinnä kokemukselliseen tietoon ja niiden tavoitteet, käytetyt mittarit sekä käytetty runko eroavat toisistaan. Tutkimuksessa korostetaan, että kotikäynteihin tulisi osallistua vähintään kahden eri ammattikunnan edustajan. Ehkäisevän kotikäynnin tulisi sisältää laaja-alaisesti eri näkökulmiin perustuvaa kartoitusta ikääntyneen elämäntilanteesta painottuen ikääntyneen sosiaalisiin suhteisiin, voimavaroihin ja aktiiviseen toimimiseen sairauksien riskikartoituksen lisäksi. Tutkimusten mukaan kohderyhmänä otollisin olisivat yli 80-vuotiaat ikääntyneet. Kehitettävässä protokollassa käytettiin strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä, jotka tekivät haastattelusta yksilöidymmän. (Löfqvist ym. 2011, 1-11.)

Vass, Avlund ja Hendriksenin (2007) Tanskassa toteuttaman pitkittäistutkimuksen mukaan kuolleisuus ja terveystalouden tarve oli suurempi niillä, jotka eivät vastaanottaneet ehkäiseviä kotikäyntejä verrattuna tutkimukseen osallistujiin. Kotikäyntien vaikuttavuuden tärkeänä osana oli tutkimuksen mukaan kotikäyntejä tekevien henkilöiden saama perehdytyskoulutus ennen kotikäyntien toteuttamista.

Ehkäisevien kotikäyntien positiivisista vaikutuksista on saatu näyttöä myös ruotsalaisten tutkijoiden taholta. Theander ja Edberg (2005) toteuttivat tutkimuksessaan vuosittaisen kotikäynnin kolmena peräkkäisenä vuotena ikääntyneille, jotka ensimmäisen käynnin aikana olivat 78-vuotiaita. Kotikäynnillä käytettiin strukturoitua haastattelua. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että ikääntyneiden fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä aktiivisuus paranivat todennäköisesti käyntien välillä. Ikääntyneiden turvallisuudentunne ja tietoisuus, esimerkiksi palveluista, kasvoivat tutkimuksen aikana. Tutkimuksessa kuitenkin painotetaan, että lisätutkimukset ovat tarpeen. Niin ikään Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund ja Lindholm (2006) toteavat Pohjois-Ruotsissa toteuttamassaan tutkimuksessa ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavan todennäköisesti odotettua elinikää pidentävästi. Tutkimuksessa tehtiin kaksi kotikäyntiä vuodessa kahden vuoden ajan. (Vass ym. 2007, 410-417; Sahlen ym. 2006, 1-9.; Theander & Edberg 2005, 392-400.)

Ehkäisevien kotikäyntien tavoitteena on myös saada kuntien käyttöön ikääntyneiden elinoloista, palveluntarpeista ja odotuksista tietoa, jota voidaan hyödyntää kunnan toiminnan ja palvelujen suunnittelussa sekä palveluntarpeen ennakoinnissa (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011a). Suomessa ehkäisevät kotikäynnit ovat lähteneet käyntiin Suomen kuntaliiton vuosina 2001-2003 tekemän ”Ehkäisevät kotikäynnit” kehittämishankkeen myötä. Kehittämishanke toteutettiin kymmenen eri suurusluokan kunnassa, joista osa oli niin sanottuja maaseutukuntia ja osa kaupunkeja. Hanke käynnisti useita vastaavanlaisia hankkeita monissa Suomen kunnissa. Kehittämishankkeessa korostettiin, että ehkäisevä kotikäynti tulisi olla osana kunnan ehkäisevää vanhustyötä ja sen tulisi näkyä osana kunnan vanhuspoliittista strategiaa. Toisaalta myös ehkäisevistä kotikäynneistä saadaan arvokasta tietoa kunnan strategioiden muodostamiseen ja palveluntarpeen ennakoimiseen sekä suunnitteluun. (Viippola 2007, 2.; Häkkinen & Holma 2004, 23-24, 65-66.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman Ikääntyneiden palvelut 2010- kuntakyselyn osaraportin mukaan ikääntyneiden hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestäminen on yleistynyt vuoteen 2007 verrattuna. Kuntakyselyssä saatiin vastauksia 233 kunnasta (vuonna 2010 kuntia yhteensä oli 342) ja vastanneista kunnista vajaa kaksi kolmesta järjesti

hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä vuonna 2010. Kyselyyn vastanneet kunnat käsittivät 82,9 % maan väestöstä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011b.)

Lahdessa on aikaisemmin toteutettu aikavälillä 1.10.2007-31.5.2008 yli 90-vuotiaille suunnattuja terveydentilaa kartoittavia kotikäyntejä. Kotikäynteihin oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä ja ikääntyneet kokivat esimerkiksi turvallisuuden tunteen lisääntyvän tietäessään minne ottaa yhteyttä apua tarvittaessa. Hyvin samanlaisia ovat myös Suomen kuntaliiton kehittämishankkeeseen osallistuneiden ikääntyneiden ajatukset ehkäisevistä kotikäynneistä. Ajantasainen informaatio tahosta, johon ottaa tarvittaessa yhteyttä, koettiin molemmissa raporteissa ehkäisevien kotikäyntien yhdeksi tärkeimmäksi anniksi. (Holopainen, Nevalainen, Olkkonen & Ratia 2008.; Häkkinen & Holma 2004.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Ikääntyneiden lääkehoito

Ahosen väitöskirjan mukaan Spinewine (2007) toteaa iäkkäiden lääkehoidon olevan kansanterveydellinen haaste kansainvälisesti ja kansallisesti.

Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksella on mahdollista kehittää iäkkäiden lääkehoitoa. Laaja-alainen yhteistyö ja tietojen saatavuus tulee taata koko hoitavalle henkilökunnalle. (Ahonen 2011, 59.)

Jyrkkä (2011) toteaa väitöskirjassaan iäkkäiden lääkkeiden käytön ja monilääkityksen lisääntyneen, vaikka kasvu ei enää 2000-luvulla ole ollut yhtä voimakasta kuin aiemmin. Monilääkitys lisää erityisesti iäkkäillä haitta- ja yhteisvaikutusten riskiä. Jyrkän tutkimuksen mukaan ei ole kuitenkaan yhtä ainoaa selittävää tekijää monilääkitykselle. Naisukupuoli, korkea ikä ja huono käsitys omasta terveydestä olivat yhteydessä merkittävään monilääkitykseen. Jyrkän tutkimuksen tulokset tukevat säännöllisten lääkitysarviointien ottamista osaksi iäkkäiden kokonaisvaltaista hoitoa, jota tulisi toteuttaa moniammatillisesti. (Jyrkkä 2011, 8.)

Lääkkeet, joita suositellaan vältettävän iäkkäillä, ja niiden yhteisvaikutukset aiheuttavat ennaltaehkäistävissä olevia haittavaikutuksia iäkkäillä. Näitä haittavaikutuksia ei tulisi hoitaa oireenmukaisesti uudella lääkkeellä.

Haittavaikutusten vähentämiseksi tulisikin pyrkiä valitsemaan turvallisia, mutta tehokkaita lääkkeitä. Iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä oli eniten käytössä henkilöillä, joiden liikunta- ja toimintakyky olivat alentuneet merkittävästi. Monimutkaiseksi asian tekee myös vähäinen olemassa oleva tutkimustieto yli 75-vuotiaiden lääkityksistä. Usein joudutaankin hyödyntämään hoitosuosituksia heitä nuoremmilla tehtyjen tutkimusten tulosten perusteella. (Ahonen 2011, 39-42; Kivelä & Rähä 2007, 9-12.)

Ikääntyneillä yleisimmin käytetyt lääkeryhmät ovat sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet. Antitromboottisten lääkkeiden, vitamiinien ja kivennäisaineiden käytön on havaittu lisääntyneen. Yhteisvaikutusten kannalta erityisen ongelmallinen lääke on varfariini, koska sen pitoisuutta voivat muuttaa muut lääkkeet. Jyrkkä

(2011) tuo julki Maailman terveysjärjestön asettamat ohjeet käytettävien lääkkeiden määrästä. Monilääkityksestä puhuttaessa henkilöllä on käytössä kuusi-yhdeksän [6-9] lääkettä ja merkittävä monilääkitys on yli kymmenen [10] lääkettä käytössä. Todellisuudessa pelkkä monilääkitys ei sinällään ole ongelma, mutta lääkitykseen liittyvistä riskeistä tulee olla tietoinen. Strandbergin ja Pitkälän (2012) mukaan tulisikin käyttää termiä hallittu monilääkitys. Artikkelissaan he toteavat hallitun monilääkityksen olevan kustannuksiltaan pienempi, jos sitä vertaillaan laitoshoidosta tai sairaanhoidosta johtuviin kuluihin. Lääkemäärää tulisikin arvioida yksilöllisesti, eikä yksinomaan kartoittaa käytössä olevaa lääkemäärää. Numeraalisesti vähäisen lääkemäärän tavoittelu voikin kirjoittajien mielestä johtaa asianmukaisen hoidon kuin myös ennaltaehkäisyyn puutteelliseen huomiointiin. Lääkityksen vähentäminen edellyttää hyvää hoitosuhdetta ja pitkäjänteisyyttä. (Standberg & Pitkälä 2012; Jyrkkä 2011.)

Lahdessa aikaisemmin toteutettujen yli 90-vuotiaiden terveydentilaa kartoittavien kotikäyntien (n=218) loppuraportissa todetaan, että useimmilla lääkitystä oli vähän ja 7 %:lla ei lainkaan. Vain 3,3 %:lla kotikäynneillä haastatelluista oli päällekkäisiä tai epätarkoituksenmukaisia lääkkeitä, jotka vaativat lisäselvittelyä. Suomen kuntaliiton kehittämishankkeessa todetaan myös, että ikääntyneet ovat mielestään saaneet riittävästi ohjausta lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Molemmissa loppuraporteissa todetaan, että erityisesti ikääntyneet kaipaavat lisätietoa lääkkeiden yhteensopivuudesta. (Holopainen ym. 2008.; Häkkinen & Holma 2004.)

3.2 Ikääntyneiden ravitseminen

Ravitsemustila on iäkkäiden ihmisten hyvän toimintakyvyn perusta. Hyvä ja tarkoituksenmukainen ravitseminen parantaa ikääntyneen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Vanheneminen ei yksinään ole syy huonoon ravitsemukseen, mutta sairaana ravitseminen saattaa jäädä vähemmälle huomiolle. Valtioneuvoston vuonna 2008 annetussa periaatepäätöksessä, joka koski ikääntyneiden liikuntaa ja ravitsemusta, annettiin tavoitteita ja kehittämisideoita. Periaatepäätöksessä esitetään, että ikääntyneille tulisi olla tarjolla riittävästi ja helposti saatavilla olevia laadukkaita ravitsemuspalveluja edullisin kustannuksin. Ravitsemussuosituksen

tavoite on, että kaikki terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset ymmärtävät ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvät asiat ja osaavat toteuttaa ravitsemushoitoa hyvällä ja tarkoituksenmukaisella tavalla. (Suominen, Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva & Soini 2010, 5-6.)

Etelä-Ruotsissa tehdyssä pitkittäistutkimuksessa tutkittiin aliravitsemuksen esiintymistä 75-80-vuotiailla itsenäisesti kotona asuvilla. Tutkimuksessa riskiryhmäksi todettiin ikääntyneet naiset, jotka ovat tyytymättömiä sosiaalisiin kontakteihinsa. Heillä esiintyi myös enemmän depression oireita. Kokonaisuudessa korkea ikä, alhaiset psyykkisen hyvinvoinnin pisteet ja heikko puristusvoima selittivät aliravitsemusta niin miehillä kuin naisillakin. Heikoksi arvioitu oma terveydentila ja masennuksen oireet ennustivat tutkimuksen mukaan riskiä aliravitsemuksen ilmenemiselle seuraavan vuoden aikana. (Johannson, Bachrach-Lindström, Carstensen & Ek 2008, 1357-1358.) Lahdessa tehtyjen yli 90- vuotiaiden terveydentilaa kartoittavien kotikäyntien yhteydessä haastatelluista hieman yli 80 % totesi ruokahalun olevan hyvä. Huonon ruokahalun taustalla syiksi paljastui esimerkiksi vatsantoiminnan ongelmat, ulkoilun vähyys, saman ruoan syöminen useampana päivänä peräkkäin sekä yksinäisyys. Lämpimän aterian päivittäin söi kuitenkin noin 97 % haastatelluista. Lähes kaikki haastatelluista kokivat, että tulevaisuudessa ateriapalvelun tarve tulee korostumaan. (Holopainen ym. 2008.)

Paljon liikkuva iäkäs ihminen voi kuluttaa melkein saman määrän energiaa kuin nuorempikin ihminen. Toisaalta iäkkäillä aineenvaihdunta kuitenkin hieman hidastuu, energian kulutus ja ravinnonsaanti pienenee viidenneksellä 70-80 vuoden iässä. Tarvittavaan ravintoaineiden määrään ikä ei kuitenkaan vaikuta, joten entistä enemmän pitää kiinnittää huomiota syödyn ruuan laatuun hyvän terveyden ja ravitsemustilan turvaamiseksi. Ruuan huono laatu ja yksipuolisuus tai alkoholin runsas käyttö heikentävät ravitsemustilaa. Ravitsemustilaa heikentää myös suun ja hampaiden hoitamattomuus ja huono hygienia. Suomen kuntaliiton kehittämishankkeen loppuraportissa todetaan, että suurin osa ikääntyneistä koki ruokahalunsa hyväksi. Ruokahalua heikentäviksi tekijöiksi ilmoitettiin ruokailuseuran puute sekä sairauksien mukanaan tuomat vaikeudet. Lisäksi

liikunnan vähäisyys koettiin ruokahalua alentavaksi tekijäksi. (Suominen ym. 2010, 21-22; Häkkinen & Holma 2004, 43.)

3.3 Ikääntyneet ja alkoholi

Ikääntyneiden alkoholin käyttöä tulisi arvioida riskikulutuksen näkökulmasta. Ikääntyneillä raja suurkulutukseen on valtaväestöä alhaisempi, ja alkoholin aiheuttamat haitat voidaan usein tulkita johtuvan normaalista vanhenemisesta tai ikääntyvillä tyypillisesti esiintyvistä sairauksista. Käypä hoito suositusten mukaan Yhdysvaltain geriatrinen yhdistys (2003) toteaa alkoholin suurkuluttajan olevan 65 vuotta täyttänyt, jonka viikkoannos alkoholia on seitsämän tai enemmän. Ikääntyneille alkoholi voi olla haitallista jo hyvinkin vähäisillä määrillä ikääntymisen myötä tapahtuvien fyysisten muutosten johdosta. Ikääntymisestä johtuvan elimistön kuivumisen, rasvoittumisen ja aineenvaihdunnan heikentymisen johdosta alkoholin jakautumistilavuus pienenee ja alkoholin poistuminen elimistöstä hidastuu merkittävästi. Toimintakykyä alentaa merkittävästi alkoholin käytöstä johtuvat tapaturmat, erilaiset pelkotilat, masentuneisuus ja lihasvoiman heikkeneminen. Runkas alkoholin käyttö kohottaa verenpainetta ja lisää riskiä sairastua parantumattomasti. (Poikolainen 2009.; Käypä hoito 2011.)

Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi - projekti on kehittänyt päihdetyönmuotoja ikääntyneille kahdella paikkakunnalla. Projektin loppuraportissa tuodaan ilmi, kuinka ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja on edelleen lisääntymässä. Ikäihmisten yleistyvä luontaisen lähiyhteisön puute ja siitä seuraava eristäytyminen hankaloittavat ikääntyneiden saamista tukipalveluiden piiriin. Sopivia päihdepalveluita ikääntyneille on hankala löytää ja vanhuspalveluissa todettiin olevan huutava pula henkilökunnan päihdeosaamisessa. Projektin loppuraportista selviää, että ikääntyneille kohdennettua päihdetyötä on tehty hyvin vähän koko maailmassa. Samankaltaisuutta on havaittavissa Ruotsin kansanterveyslaitoksen tekemässä selvityksessä, jossa todetaan tietoisuutta ikääntyneiden alkoholin haitallisuudesta olevan, mutta tutkittua tietoa olevan vähänlaisesti käytössä. Onkin usein hankala erottaa johtuuko ikääntyneen kaatuminen ikääntymisen tuomista muutoksista vai

ainoastaan nautitusta alkoholista. Ikääntyneellä, jonka juomatavat ovat olleet keski-ikäisenä kohtuulliset, voi ikääntymisen fyysisten muutosten myötä alkoholin käyttö olla runsasta, vaikka itse nautitun alholin määrässä ei ole tapahtunut muutosta. (Levo & Viljanen 2011, 4-10; Hallgren, Högberg & Andréasson 2009, 22-25.)

Ikihyvä Päijät-Häme tutkimuksessa todetaan tutkimukseen osallistuvien alkoholin käytön pysyneen määrällisesti samalla tasolla, mutta ongelmakäytön lisääntyneen seurantavuosien aikana. Raittiiden määrän lisääntymistä tutkimuksessa selvitetään enemmänkin ikäryhmän rakenteellisella muutoksella kuin varsinaisilla raitistuneilla. Yleisesti todetaan naisten alkoholinkäytön olevan kaikissa tutkituissa ikäluokissa miehiä vähäisempää. Lahden yli 90- vuotiaiden terveydentilaa kartoittavien kotikäyntien haastatelluista noin 50 % ei käytä koskaan alkoholia, viikoittain ja päivittäin alkoholia käyttäviä oli vain noin 2-5 % ja tällöinkin haastatellut arvioivat määrän lasilliseksi, korkilliseksi tai yömyssylliseksi. (Holopainen ym. 2008.; Haapola ym. 2008, 51-52.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY

Toimintakykyä käsitteenä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta.

Toimintakyvyn keskeisenä osana ikääntyneitä tutkittaessa on suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn käsite voidaan jakaa myös fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Toimintakykyä tutkittaessa ei tule keskittyä ainoastaan suoriutumiseen esimerkiksi fyysisestä raskuskokeesta. On oleellista huomioida, että toimintakykyä määrittävät myös ympäristön olot ja ihmisen yksilöllisten ominaisuuksien kokonaisuus. (Rissanen 2000, 2-3.)

Toimintakyky käsitteenä liittyy laajasti hyvinvointiin, josta sairaudet ovat vain osa. Toimintakyvyn arviointi mahdollistaa syvällisemmän näkemyksen henkilön elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista sekä ennen kaikkea yleisestä selviytymisestä toimintaympäristössä. Tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi riskiryhmien etsinnässä ehkäisevien interventioiden suuntaamiseksi. (Laukkanen 2008, 261-262.) Toimintakykyä tarkasteltaessa on tärkeää myös kartoittaa esimerkiksi ikääntyneen omaa kokemusta terveydentilastaan. Suomen Kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit- kehittämishankkeessa todettiin, että ikääntyneen tunne oman terveydentilan huonontumisesta voi vaikuttaa heikentävästi myös uskoon tulevaisuuden terveydentilan näkymästä ja näin ollen myös kotona selviytymiseen. (Häkkinen & Holma 2003, 37.)

Maailman terveysjärjestö (2011) suosittaa ikääntyneiden toimintakyvyn tarkastelussa keskittyttävän enemmän yksilöllisten tuntemusten huomioimiseen. Sairauksista tai niiden ilmenemättömyydestä tulisi ottaa huomioon yksilön oma tuntemus terveydentilastaan. Julkaisun mukaan on suuri joukko ikääntyneitä, joiden päivittäiseen toimintaan ei sairaus merkittävästi vaikuta. Tutkimuksen mukaan maiden sisäisiä terveyseroja selittäväksi tekijäksi on löydetty yksilön koulutuneisuus samaa ikäluokkaa tutkittaessa. Koulutuksella on yhteys korkeampaan elintasoon, elämäntapaan, työhön, elinoloihin ja mahdollisuuksiin toteuttaa unelmiaan. Ihmiset, jotka ovat liikkuneet aktiivisesti koko elämänsä, tulevat säilyttämään toimintakykynsä todennäköisemmin pidempään. Useissa tutkimuksissa on todettu, että väsymyksen tunne on yksi selkeimmistä merkeistä osoittamaan heikentyvää kykyä selviytyä päivittäisissä toiminnoissa. Onkin

tärkeää osata tunnistaa väsymys ja suhtautua siihen vakavuudella. (Ageing and health programme 2011, 1-4.)

Lahden yli 90- vuotiaiden terveydentilaa kartoittavien kotikäyntien haastatelluista noin 40 % koki oman terveydentilansa vähän huonommaksi haastatteluhetkellä verrattuna edelliseen vuoteen. Jokseenkin samanlaiseksi terveydentilansa koki noin 35 % haastatelluista. Paljon huonommaksi terveydentilansa kokevia haastatelluista oli noin 18 %. (Holopainen ym. 2008.) Ikääntyneiden terveyttä edistävien toimintojen ja työmuotojen puolesta puhuu myös Holsteinin, Duen, Almindin ja Avlundin teettämä tutkimus (2007), jossa selvitettiin 70-95 – vuotiaiden toimintakyvyn muutoksia kahden neljän vuoden seurantajakson aikana. Puolet tutkimusjoukosta sijoittui kumpanakin seurantakautena ryhmään, jossa toimintakyky pysyi ennallaan ja toisen vajaa puolet käsittävän ryhmän muodosti henkilöt, joiden toimintakyky selkeästi heikentyi. Vain noin kymmenesosalla toimintakyky parantui. Tutkimuksen mukaan toimintakyvyn heikkeneminen korostui etenkin yli 80- vuotiailla, minkä seurauksena esimerkiksi ehkäisevien kotikäyntien suuntaaminen tälle ikäryhmälle saattaa olla hyvinkin perusteltua. Yksin tai puolison kanssa asumisella ei todettu olevan vaikutusta toimintakykyyn. (Holstein ym. 2007, 243-249.)

4.1 Fyysinen toimintakyky

Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista on käytetty useissa tutkimuksissa mittaamaan ja kuvaamaan ikääntyneen fyysistä toimintakykyä. Fyysinen toimintakyky voidaan määritellä myös kykynä selviytyä perustarpeiden tyydyttämisestä. Päivittäisistä toiminnoista puhuttaessa käytetään yleisesti nimitystä Activities of Daily living eli ADL-toiminnot. ADL nimityksenä perustuu Katzin vuonna 1963 kehittämään ADL-indeksimenetelmään, josta kaikki käytössä olevat toimintakyvyn mittarit ovat saaneet alkunsa. Aluksi mittareita käytettiin vain laitoshoidossa olevien henkilöiden päivittäisen toimintakyvyn selvittämiseen. Myöhemmin laajennettiin mittariston käyttöä myös kotona asuvien kykyyn selviytyä asioiden hoitamisesta. (Heikkinen & Rantanen 2008, 294-295.) ADL-toiminnot on yhteisnimitys, joka sisältää päivittäisistä perustoiminnoista (PADL Physical Activities of Daily Living) ja asioiden hoitamisesta (IADL

Instrumental Activities of Daily Living) selviytymisen. PADL- toimintoihin sisältyvät peseytyminen, syöminen, wc-käynnit, pukeutuminen ja liikkuminen. IADL- toimintoihin sisältyvät esimerkiksi pankkiasioiden hoitaminen, ruoan valmistus ja siivous. Tutkijat ovat luokitelleet päivittäistoimintoja myös AADL- toimintoihin (Advanced Activities of Daily Living), jotka edustavat elämisen laatua, tahdonalaista ja yhteiskuntaan suuntautuvaa sosiaalista toimintaa. (Laukkanen 2008, 261-272.)

Ikihyvä Päijät-Häme- tutkimuksen osaraportista (2008) ilmenee, että naiset suoriutuvat lähes kaikissa arkiaskareissa miehiä huonommin. Eniten vaikeuksia tuottivat raskaat päivittäiset toiminnot, kuten painavien tavaroiden nostelu. Tutkimuksen vanhimmassa 78-82-vuotiaiden ikäryhmässä kolmanneksella naisista ja neljänneksellä miehistä oli ongelmia pukeutumisessa ja kylpemisessä. Vaikeudet ja rajoitukset eri toiminnoissa lisääntyvät iän myötä. Tutkimuksen tuloksissa havaittiin myös, että naisten toimintakyky heikentyi miesten toimintakykyä nopeammin tutkimuksen seuranta-aikana. Ikihyvä Päijät-Häme- tutkimuksen osaraportissa painotetaan, että liikunnan aktivoimistoimia tulisi kohdentaa erityisesti vanhempiin ikäryhmiin fyysisen toimintakyvyn turvaamiseksi. Liikuntaa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon erityisesti ikääntyneen elämäntilanne, henkiset voimavarat sekä kaatumisen pelko, joka saattaa oleellisesti vähentää liikkumista etenkin iäkkäiden naisten keskuudessa. Liikuntaan aktivoimisella voidaan vaikuttaa myös lihavuuteen, joka tutkimuksen mukaan vaikeuttaa arkitoiminnoista suoriutumista sekä nopeuttaa toimintakyvyn heikkenemistä erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä eli yli 70-vuotiailla. (Haapola ym. 2008, 53-64.)

4.2 Psykkinen toimintakyky

Psyykkistä toimintakykyä voidaan niin ikään tarkastella useasta näkökulmasta. Kognitiivisesta näkökulmasta tarkasteltaessa siihen voidaan liittää oppiminen, muisti, älykkyys, luovuus ja persoonallisuuden ominaisuudet. Psykkiseen toimintakykyyn voidaan yhdistää myös mielenterveys, psyykinen hyvinvointi sekä psykomotoriset toiminnot. Psykkinen toimintakyky vaikuttaa myös

fyysiseen toimintakykyyn, sillä esimerkiksi muistitoiminnot sekä itseluottamus vaikuttavat suoraan arkielämän toiminnoista suoriutumiseen. (Rissanen 2000.)

Määttä (2008) määrittelee tutkimuksessaan psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Merkittävimmiksi tekijöiksi tutkimuksessa nousivat harrastustoimintaan tyytyväisyys, turvallisuuden tunne ja koettu terveys. Määttä nimeää myös melko merkitseviksi tekijöiksi hoidon laadun, hyvän kohtelun, lähiympäristöön tyytyväisyyden ja sosiaalisen tuen. Määttä toteaa tutkimuksessaan, että psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa on oleellista huolehtia ikääntyneen riittävästä kontakteista muihin ihmisiin sekä kannustaa virikkeelliseen vapaa-ajan toimintaan. Myös Vallan (2008) tutkimuksen mukaan päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen oli parempaa henkilöillä, joilla ei ollut muistiongelmia ja kognitiivinen tila oli muutenkin hyvä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että henkilöt, joilla ei ollut virtsaamisvaikeuksia, suoriutuivat paremmin päivittäisistä toiminnoista. Niin ikään Valta toteaa, että hyvä sosiaalinen tukiverkosto on merkittävä osatekijä psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. (Määttä 2008, 61-66; Valta 2008, 59-72.)

Iäkkäät kokevat nimien muistamisen vaikeaksi. Muistihäiriön kokeminen onkin hyvin yksilöllinen kokemus ja vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn. Tällä hetkellä ei ole tarjolla aukotonta testiä muistihäiriöiden toteamiseksi. MMSE (Mini-Mental State Examination) on helppo ja nopea tapa kartoittaa henkilön kognitiivisia osa-alueita: orientaatio, muisti, laskeminen, nimeäminen, toistaminen, kirjoittaminen ja kuvion kopiointi. MMSE-testin pistemäärä 24/30 viittaa dementiaan, mutta pistemäärä 30/30 ei kuitenkaan poissulje kognitiivisen tilan heikkenemistä. Pistemäärään vaikuttaa henkilön koulutustausta ja korkeatkaan pisteet eivät poissulje lievää dementoivaa sairautta. Ikääntyneellä voi ilmetä muistin ja tiedon käsittelemisen vaikeuksia, mutta kuitenkin kellon hallinta säilyy. Kellotestiä käytetään MMSE-testin tukena muistihäiriöitä kartoittaessa. Kellotestillä voidaan seuloa sellaiset dementiapotilaat, joiden muistin tila vaatii lisäselvittelyjä. Kellon piirtäminen vaatii hyvää ajantajua ja hahmottamiskykyä. Opinnäytetyön taustalla olevissa kotikäynneissä käytettiin MMSE- testin tukena kellotestiä. (Kivipelto & Viitanen 2006.; Juby, Tench & Baker 2002.)

4.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on käsitteenä moniulotteinen muiden toimintakyvyn käsitteiden tavoin. Sillä voidaan tarkoittaa ihmisen edellytyksiä suoriutua elämässä toisten ihmisten kanssa, perheessä sekä työ- ja muissa yhteisöissä. Sosiaalisen toimintakyvyn voidaan katsoa käsittävän kaksi osa-tekijää, ihminen vuorovaikutussuhteessaan sekä ihminen aktiivisena toimijana ja osallistujana yhteisössään. Sosiaalista toimintakykyä tutkittaessa kiinnitetään yleensä huomiota läheissuhteiden määrään sekä kontaktien useuteen sukulaisten, ystävien ja naapurien kanssa. (Rissanen 2000, 13-14.)

Ikihyvä Päijät-Häme tutkimuksen (2008) osaraportissa todetaan, että valtaosa koko tutkimusjoukosta tuntee itsensä harvoin tai ei koskaan yksinäiseksi. Tulosten mukaan todetaan, että yksinäisyys on Päijät-Hämeen alueella ongelma vain harvoille, vaikka viime vuosina ikääntyvien yksinäisyys on noussut puheen ja huolen aiheeksi. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että sosiaalisilla suhteilla on suuri merkitys ikääntyneen hyvinvoinnille. Osaraportin mukaan toisissa tutkimuksissa on todettu yksinäisyyden ennakoivan heikentyvää toimintakykyä ja lisäävän terveystalvelujen käyttöä. Lisäksi tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneiden yksinäisyyden tunteita esiintyy eniten vanhimmassa vuosina 1926-1930 syntyneiden ikäryhmässä, erityisesti naisten keskuudessa.

Vanhimmassa ikäryhmässä lähes kolmasosa tuntee itsensä yksinäiseksi silloin tällöin tai useammin. Sukupuolten väliset erot yksinäisyyden kokemisessa ovat nähtävissä. Naisilla yksinäisyyden tunteet yleistyvät iän myötä. Miehillä tuntemuksia on lähes sama määrä nuorimman ja vanhimman ikäluokan välillä. Yksin asuminen ja leskeytyminen selittävät osaltaan yksinäisyyttä, mutta parisuhteessa eläminen ei toisaalta sulje pois yksinäisyyden kokemusta. Tutkimuksen mukaan myös taloudellinen tilanne on vaikuttavana tekijänä yksinäisyyteen. Hyvin toimeentulevista vain harva kokee yksinäisyyden olevan ongelma, kun taas pienituloisiksi itsensä luokittelevista joka viides kokee sen

ongelmaksi. Tutkimukseen vastaajista suurimmalla osalla on mahdollisuus olla yhteydessä itselle tärkeään ihmiseen viikottain. (Haapola ym. 2008, 28-34.)

Pohjois-Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin pitkässä parisuhteessa olevia ikääntyneitä ja miten he haluaisivat itseään hoidettavan. Tulosten mukaan ikääntyneet haluaisivat asua mahdollisimman pitkään kotona puolison kanssa terveyden niin salliessa ja kumppanin hoitaminen nähtiin itsestään selvyytenä. Tutkimuksen mukaan miehet hyväksyivät avun kotiin mieluummin kuin naiset. Kaikki tutkimukseen osallistuneet toivat esille kumppanuuden kysyttäessä, millainen hoito olisi parasta toimintakyvyn heikentyessä ja avuntarpeen lisääntyessä päivittäisissä toiminnoissa. Parit kokivat olonsa turvallisemmaksi yhdessä ollessaan ja kohdatessaan vaikeudet toisiaan tukien. Tilanteessa, jossa ei pystyisi auttamaan toista, kuitenkin pystyisi olemaan lähellä. Ikääntyneet olisivat valmiita käyttämään apuna teknologiaa heikentyneen toimintakyvyn tukena. Tutkimukseen osallistuneiden pahin pelko oli vakavasti sairastuminen ilman sosiaalista verkostoa ja sen myötä yksinäisyyden kokeminen. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös lasten osallistumista ikääntyneiden hoitoon. Tutkimuksen ikääntyneillä korostui kumppanin rooli avun tarpeessa kotona. On mahdollista, että tämä kuvastaa perhe arvoja Skandinaviassa kokonaisuudessaan. Lasten rooli koetaan tärkeäksi perheessä, mutta lasten ei odoteta huolehtivan ikääntyneistä vanhemmistaan. (Harrefors, Sävenstedt & Axelsson 2009, 353-360.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit-hankkeessa kerätyn aineiston avulla, mitkä tekijät vaikuttavat kotona asuvien 1930 syntyneiden ikääntyneiden selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi aineistosta kartoitetaan heidän kokemaansa palvelutarvetta nyt ja tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös arvioida Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit- hankkeen toteutustapaa ja nostaa esille aikaisempien tutkimusten tuloksia soveltaen kehittämisajatuksia kotikäyntien toteutukseen liittyen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Lahden kaupungille hyödyllistä tietoa kartoittavien kotikäyntien tuloksista sekä kotikäyntien mahdollisuudesta tukea ikääntyneiden kotona asumista ja olla osa ennaltaehkäisevää ikääntyneiden terveyden edistämistä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset pohjautuvat Lahden kaupungin vanhusten avopalveluiden esittämiin toiveisiin siitä, millaisia asioita Lahden kaupunki haluaa saada selville hankkeen tuottamasta aineistosta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Mitkä tekijät vaikuttavat kotona asuvien ikääntyneiden selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa?
- Mitkä ovat kotona asuvien ikääntyneiden palvelutarpeet nyt ja tulevaisuudessa?
- Miten kartoittavien kotikäyntien toteuttamista voitaisiin kehittää jatkossa?

6 TUTKIMUSMENETELMÄLLISET RATKAISUT

6.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Kartoittavien kotikäyntien kohderyhmänä olivat Lahden keskusta 1 alueella kotonaan asuvat vuonna 1930 syntyneet lahtelaiset, jotka eivät kuulu palvelujen piiriin. Palveluiden piiriin kuulumattomuudella tarkoitetaan, että henkilö ei vastaanota kotihoidon palveluja eikä asumismuotona ole palveluasuminen tai laitoshoidon. Kohderyhmään kuuluvia henkilöitä asuu alueella 116. Kirjeitä kotikäynteihin liittyen lähetettiin yhteensä 110 kappaletta. Yhtätoista henkilöä ei tavoitettu ja 30 kieltäytyi kotikäynnistä. Kotikäynnit tehtiin siis yhteensä 69 henkilölle, joista kaksi kielsi tietojensa käytön tutkimuksessa. Aineiston analyysissä käytetään 67 henkilön haastattelua. Tutkimusjoukosta miehiä oli 26 ja naisia 41. Kotikäyntien rajaamiseen keskustan alueelle osittaisena perusteena oli käytännöllisyys ja toteuttaminen, jolloin kotikäyntejä suorittavien opiskelijoiden oli mahdollista helposti liikkua kohteisiin. Tiedonkeruuvaiheessa hankkeessa toimi kuusi sairaanhoitaja- ja kuusi fysioterapeuttiopiskelijaa.

Opinnäytetyön valmis aineisto kerättiin aikavälillä 22.3.-25.5.2011. Tutkimuslupa saatiin Lahden kaupungin vanhusten avopalveluiden päälliköltä. Kohderyhmälle lähetettiin saatekirje viikolla 10 eli 2 viikkoa ennen ensimmäistä käyntiä. Kartoittavilla kotikäynneillä tieto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi 46 suljettua ja 35 avointa kysymystä. Lisäksi kohderyhmän henkilöille tehtiin MMSE- muistitesti, MNA- ravitsemustesti, GDS15- depressioseula, SPPB- fyysisen suorituksen testi sekä täytettiin ympäristön arviointilomake. Yhtä kartoittavaa kotikäyntiä varten oli varattu kaksi tuntia aikaa. Todellisuudessa käytetty aika kuitenkin vaihteli kahden tunnin molemmin puolin. Käynnillä asiakkaille annettiin PalveluSantran esite ja ravinto-opas. Opiskelijat tekivät myös jokaisesta käynnistä kirjallisen yhteenvedon kartoitusta varten suunnitellun yhteenvetopohjan mukaisesti. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Lahdessa aikaisemmin toteutetuilla 90- vuotiailla suunnatuissa kotikäynneissä käytettyä kyselylomaketta, jota muokattiin tiedonhankintaan sopivaksi.

Haastattelulomakkeen lähtökohta oli vertailukelpoisuus edelliseen Lahdessa toteutettuun 90-vuotiaiden kartoitukseen sekä Ikihyvä Päijät-Häme tutkimukseen. Kyselylomaketta oli testattu etukäteen koulun tiloissa suoritetuilla kahdella kartoittavalla haastattelulla. Vilkan (2007) mukaan on tärkeää testata lomaketta enemmän kuin yhden kerran. Esitestauksesta huolimatta kyselylomaketta muokattiin tarkoituksenmukaisemmaksi ensimmäisten kotikäyntien jälkeen. Syy lomakkeen muokkaamisesta ei käy ilmi hankkeen dokumentoinnista. Hankkeesta tuotettu kirjallinen materiaali on lähinnä kokousmuistioita. (Vilka 2007, 78.)

6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö painottuu aineiston analysointiin, joten tavoitteeksi muodostui aineiston mahdollisimman laaja-alainen käsittely. Ensisijaisesti opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus, jossa aineistonkeruussa käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta. Kvalitatiivinen aineisto haluttiin hyödyntää, jotta koko aineisto saatiin käsiteltyä mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti. Laaja-alaisen käsittelyn saavuttamiseksi tutkimuksessa käytettiin myös triangulaatiota, jossa yhdistyy sekä määrällinen että laadullinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyössä trianguloiva ote painottuu analyysitriangulaatioon, jolloin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset saatiin hyödynnettyä tilastoidun aineiston lisäksi. Kvantitatiivisen aineiston epäselvissä kohdissa varmistusta haettiin kvalitatiivisesti. Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän samanaikainen käyttö voidaan nähdä toisiaan täydentävänä kilpailuaseman sijaan. Parhaimmillaan laadullinen aineisto täydentää määrällistä aineistoa. Triangulatiivinen ote antaa tutkijalle myös mahdollisuuden tarkastella menetelmistä tai tietolähteistä johtuvia vinoumia ja mahdollisesti ilmeneviä ristiriitaisuuksia. Perusteltua onkin valita kvantitatiivinen tutkimusote pääasialliseksi lähestymistavaksi ja täydentää sekä varmistaa analyysiä kvalitatiivisesti. (Soininen & Merisuo-Storm 2009, 44-46.; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Metsämuuronen 2003, 207-208.)

6.3 Määrällisen aineiston analysointi

Opinnäytetyön määrällinen aineisto oli valmiiksi ajettuna SPSS Statistics 19-tilastointiohjelmaan ja tallennettuna muistitikulle tiedostoina. Määrällinen aineisto koostui kyselylomakkeen strukturoitujen kysymyksien vastauksista, jotka pystyttiin käsittelemään tilastollisesti. Analysointi aloitettiin haastattelulomakkeen läpikäymisellä ja valitsemalla tutkimuskysymyksiin vastauksia antavat kohdat. Ensimmäiseksi tarkasteltiin frekvenssijakaumia, joista ilmeni prosentteissa kysymykseen vastanneet. Tämän jälkeen pohdittiin mahdollisia ristiintaulukoitavia muuttujia. Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin kahden muuttujan välistä yhteyttä Khiin neliötestiä (χ^2) käyttäen. (Heikkilä 2008, 147-148.)

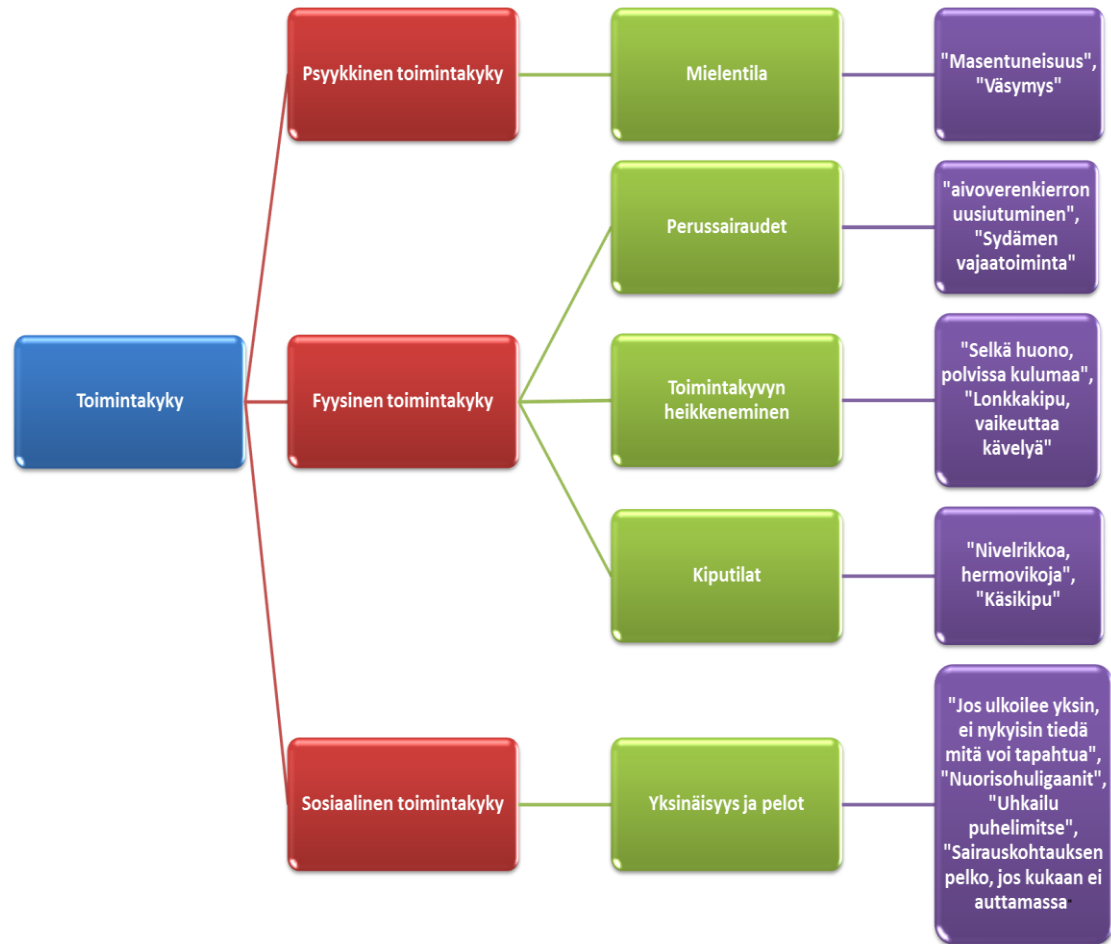
Tuloksien esittelyssä päädyttiin käyttämään lukumääriä prosenttien sijasta, koska tutkimusjoukko on pieni. Lisäksi kysymyksiin vastanneiden määrä vaihteli kysymyskohtaisesti. Näin ollen lukumääristä ilmenee vastauksien määrä prosenttiosuuksia selkeämmin ja realistisemmin. Liitteisiin (LIITE 2-6) ristiintaulukoinneista on esitetty ne ristiintaulukoinnit, jotka antoivat tilastollisesti merkitsevän tuloksen. (Kananen 2008b, 41-50.; Metsämuuronen 2000, 65-66.)

6.4 Laadullisen aineiston analysointi

Opinnäytetyön laadullinen aineisto koostui strukturoitujen kyselylomakkeiden avointen kysymysten vastauksista sekä laadituista yhteenvedoista. Laaja-alaisen aineistonkäsittelyn aikaansaamiseksi aluksi käytiin läpi kotikäynneistä laaditut kirjalliset yhteenvedot. Yhteenvedot luettiin huolellisesti läpi ja etsittiin niistä opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta oleellisia asioita ja niiden ilmenemistä. Analyysin aikana todettiin, että yhtenäisistä ohjeista huolimatta yhteenvedojen sisällöt poikkesivat suuresti toisistaan. Näin ollen päädyttiin rajaamaan yhteenvedot tämän opinnäytetyön aineistosta pois. (Kananen 2008a, 81-82.)

Opinnäytetyössä käytetty laadullinen aineisto analysoitiin käyttämällä deduktiivista sisällönanalyysiä. Analysointimenetelmän valitsemiseen vaikuttivat opinnäytetyön rajatut tutkimuskysymykset sekä tietoperusta, jotka määrittälvät

aineistosta huomioitavat kohdat. Analysointi aloitettiin kyselylomakkeiden (n=67) läpikäymisellä. Haastattelulomakkeesta valittiin tutkimuskysymysten kannalta oleelliset avointen kysymysten vastaukset. Valituista kysymyksistä muodostettiin opinnäytetyön tietoperustaan pohjautuvia yläluokkia, joiden vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litteroitu aineisto pelkistettiin omiin luokkiinsa, josta muodostettiin alaluokkia. Luokkien muodostamisen jälkeen aineistoa myös kvantifioitiin eli laskettiin samojen asioiden esiintymismääriä. (Metsämuuronen 2003, 198-200; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113-121.)



KUVIO 1. Laadullisen aineiston käsittelyn kuvaus-malli.

Oheisella kuviolla (KUVIO 1) havainnollistettiin sisällönaineiston käsittelyprosessia. Tuloksissa laadullinen aineisto on sidottu yhteen määrällisen aineiston tulosten kanssa. Strukturoidun haastattelulomakkeen avointen kysymysten autenttiset vastaukset liitettiin tuloksiin täydentämään määrällissä aineistossa ilmeneviä lukumääriä.

7 TULOKSET

7.1 Ikääntyneiden terveydentila ja toimintakyky

Tuloksia esitettäessä käytetään termistöä N ja n. N kuvastaa koko 67 henkilön muodostamaa tutkimusjoukkoa, kun taas pieni n- kirjain pienempää osaa tästä tutkimusjoukosta. Osassa kysymyksissä ei saatu vastauksia koko tutkimusjoukolta, jonka seurauksena tutkimusjoukon suuruus vaihtelee kysymyskohtaisesti.

Tutkimukseen osallistuneista (n=66) hieman vajaa puolet (30) kokee oman terveydentilansa melko hyväksi ja tyydyttäväksi terveydentilansa arvioivia oli vajaa kolmannes (19). Melko huonoksi tai huonoksi oman terveydentilansa kokevia oli vajaa viidennes (12) tutkimusjoukosta. Aineistosta löytyi kuitenkin myös pieni joukko, joka arvioi terveydentilansa erittäin hyväksi (5).

Ristiintaulukoidessa (LIITE 2) tuli ilmi melkein merkittävä ero terveydentilan arvioinnissa miesten ja naisten välillä Khiin neliötestillä todennettuna ($p=0.026^*$). Yleisesti ottaen naisten arvio omasta terveydentilastaan oli heikompi kuin miesten.

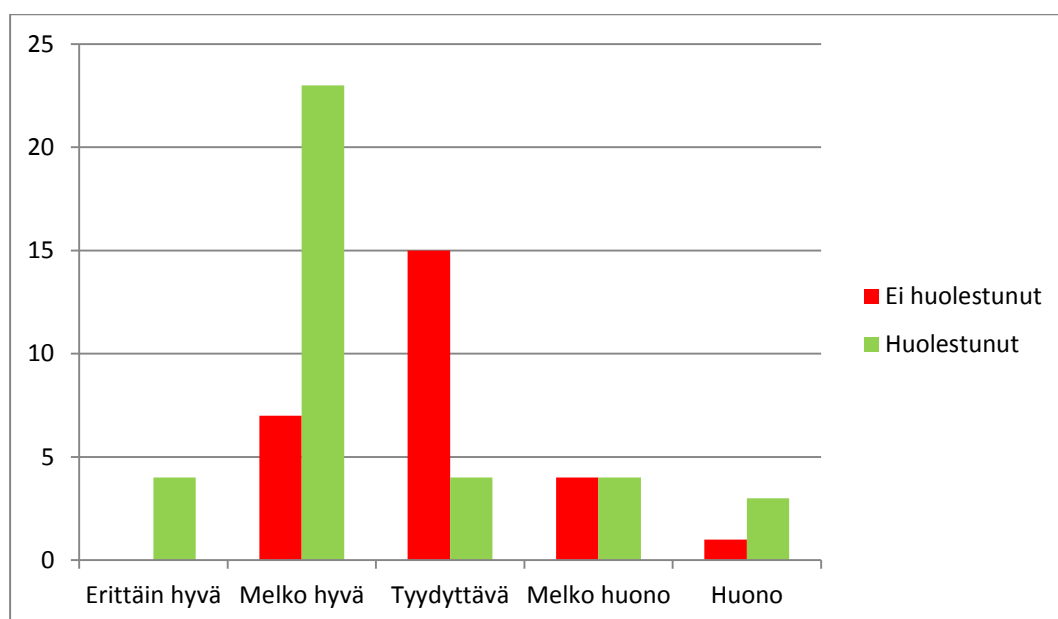
Tutkimusjoukosta (N=67) noin puolet (34) kokee terveytensä jokseenkin samanlaiseksi edellisvuoteen verrattuna ja vähän huonommaksi vajaa kolmannes (19). Vähän paremmaksi terveydentilansa verrattaessa edellisvuoteen koki kymmenesosa (7) tutkimusjoukosta. Kuitenkin aineistosta nousi esille myös viisi henkilöä, jotka kokivat terveydentilansa paljon huonommaksi verrattaessa edellisvuoteen. Tutkituista kukaan ei kokenut terveydentilaansa paljon paremmaksi verrattaessa edellisvuoteen. Tutkimusjoukon (n=64) arvioidessa terveydentilan muutosta lähivuosien aikana noin puolet (34) arvioi terveydentilan heikkenevän jonkin verran ja 23 henkilöä arvioi terveydentilan pysyvän ennallaan. Neljä henkilöä arvioi terveyden kohenevan tai jonkin verran kohenevan lähivuosien aikana. Kuitenkin aineistossa esiintyi myös kolme henkilöä, jotka arvioivat terveytensä heikkenevän paljon lähivuosina. Terveydentilan arvioinnissa edellisvuoteen tai tuleviin lähivuosiin verrattuna ei ilmennyt eroavaisuuksia miesten ja naisten välillä ristiintaulukoitaessa.

Ristiintaulukoitaessa (LIITE 3) osoittautui merkittävä yhteys oman terveydentilan arvioinnissa edellisvuoteen verrattuna ja terveydentilassa lähivuosina tapahtuvan muutoksen arvioimisen välillä Khiin neliötestillä todennettuna ($p=0.008^{**}$).

Valtaosa vastauksista kummassakin kysymyksessä sijoittui terveyden säilymiseen ennallaan tai terveyden heikkenemiseen jonkin verran. Tutkimusjoukon arvioidessa lähivuosien terveydentilaa vastaukset kuitenkin painottuivat arvioon terveyden heikkenemisestä jonkin verran.

Oman terveydentilan kokemisen ja liikunnan harrastamisen välillä todettiin merkitsevä yhteys ristiintalukoitaessa ja Khiin neliötestillä todennettuna ($p=0.002^{**}$). Mitä paremmaksi terveydentila koettiin, sitä todennäköisemmin liikuntaa harrastettiin päivittäin tai viikoittain. (LIITE 4)

Ristiintaulukoidessa oman terveydentilan arviota ja terveydentilasta huolestuneisuutta ilmeni merkitsevä yhteys Khiin neliötestillä (LIITE 4) todennettuna ($p=0.000^{***}$). Erittäin hyväksi ja melko hyväksi terveystensä arvioineista (35) valtaosa (27) oli kuitenkin huolissaan jostakin asiasta terveydentilassaan. Toisaalta terveydentilan tyydyttäväksi arvioineista (19) suurin osa (15) ei ollut huolissaan terveydentilastaan. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Oman terveydentilan arvio ja terveydentilasta huolestuneisuus (N=65).

Avoimilla kysymyksillä vastaajilta tiedusteltiin, mitkä ovat terveydentilassa huolestuttavia asioita. Huolestuttaviksi asioiksi koettiin esimerkiksi perussairauksien paheneminen, aistitoimintojen ja muistin heikkeneminen, tuki- ja liikuntaelimestön rappeutuminen sekä erilaiset kiputilat. Tutkimusjoukosta ($n=65$) 21 ilmoittaa toisinaan kärsivänsä kivuista ja säryistä ja 16 henkilöä ilmoittaa kärsivänsä niistä jatkuvasti. 28 henkilöllä kipuja esiintyi harvoin tai ei ollenkaan. Tutkimusjoukosta suurimmalla osalla (49) ei ole käytössä säännöllistä kipulääkitystä.

Pyydettyäessä tutkimusjoukkoa (N=67) kuvailemaan parhaiten tämänhetkistä näkökykyään valtaosa (49) ilmoitti näkevänsä sujuvasti silmälasien kanssa. Tutkimusjoukosta puolet ilmoitti kuulon olevan hyvä (36) ja puolet huono (31).

Suurimmalla osalla (59) tutkimusjoukosta (N=67) on käytössä jokin apuväline tai apuvälineitä. Yleisimpiä käytössä olevia apuvälineitä ovat näön apuvälineet, kävelysauvat ja kävelykeppi. Turvalaitteiden käytöstä kysyttäessä kuusi henkilöä tutkimusjoukosta (N=67) ilmoitti käyttävänsä niitä. Käytössä olevia turvalaitteita ovat turvaliesi, turvaranneke ja näkövammaisen turvapuhelin.

Kysyttäessä tutkimukseen osallistuneista (n=66) suurin osa (47) ei ollut tuntenut yksinäisyyttä juuri koskaan viimeisen vuoden aikana eikä myöskään turvattomuutta (57). Valtaosa (56) tutkimusjoukosta (n=66) ei ollut pelännyt juuri koskaan turvallisuutensa puolesta kotona tai kodin ulkopuolella viimeisen vuoden aikana. Kuitenkin löytyi pieni joukko (n=10), joka oli kokenut pelkoa ja epävarmuutta. Laadullisesta aineistosta ilmeni pelkoa ja epävarmuutta selittäviä asioita, kuten omaisten jaksaminen, kotirauhan häiritseminen, sairastuminen ja pimeällä liikkuminen.

Vajaa puolet tutkimukseen osallistuneista (n=66) oli tuntenut itsensä väsyneeksi melko usein (19) tai usein (10) viimeisen vuoden aikana. Aineistossa ilmeni myös joukko henkilöitä (16), jotka eivät olleet tunteneet itseään väsyneeksi viimeisen vuoden aikana. Kuitenkin verrattaessa nukutun yön määrää ja henkilön itse arvioimaa unentarpeen määrää laadullisesta aineistosta kvantifioimalla, ei niissä havaittu olevan merkittävää eroa. Suurin osa (57) koki nukkuvansa riittävästi.

Noin puolet (36) tutkimukseen osallistuneista (N=67) asuu yksin ja yhdessä puolison kanssa asuvia on 31 henkilöä. Sillä, asuivatko vastaajat yksin vai puolison kanssa, ei todettu ristiintaulukoitaessa olevan vaikutusta terveydentilaan eikä yksinäisyyden tai turvattomuuden kokemiseen. Valtaosa (61) tutkimukseen osallistuneista (N=67) oli yhteydessä omaisiin tai ystäviin puhelimitse päivittäin tai viikoittain. Vajaa puolet tapaa ystäviään tai omaisiaan viikoittain. Kysyttäessä tutkimusjoukolta (n=66) kanssakäymisestä lähinaapureiden kanssa 27 henkilöä on heidän kanssaan tekemisissä melko usein ja 17 henkilöä toteaa olevansa harvoin

tekemisissä lähinaapureiden kanssa. Miesten ja naisten välillä ei ilmennyt eroja sosiaalisten suhteiden määrässä.

Laadullista aineistoa kvantifioimalla tutkimusjoukosta (n=65) ilmeni 37 henkilöä, joilla oli merkkejä muistihäiriöstä MMSE- testin perusteella. Testin tulos oli normaali 28 henkilöllä, mutta heistä kuitenkin seitsemällä kellotestin tulos oli alentunut.

Kolme neljäsosaa (50) tutkimusjoukosta (N=67) arvioi oman mielialansa pääsääntöisesti hyväksi. Viidennes (15) tutkimusjoukosta arvioi mielialansa hieman alakuloiseksi, kun taas kaksi henkilöä koki mielialansa selvästi alakuloiseksi. Mielialansa hieman alakuloiseksi tai selvästi alakuloiseksi arvioineille henkilöille tehtiin depressioseula, jossa kolmen henkilön pistemäärä aiheutti depressioepäilyn. Ristiintaulukoinnissa miesten ja naisten välillä ei ilmennyt eroavaisuuksia itse koetussa mielialassa.

7.2 Ikääntyneiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista

Valtaosa (56) tutkimusjoukosta (n=64) selviytyi itse lääkehoidosta ja koki saaneensa riittävästi opastusta lääkkeiden käytöstä. Tutkimusjoukolla (N=67) oli reseptilääkkeitä käytössä keskimäärin 4 (ka 3,9) lääkettä. Alle kuusi reseptilääkettä oli käytössä 49 henkilöllä, 6-9 reseptilääkettä 15 henkilöllä ja yli 10 reseptilääkettä kolmella henkilöllä. Tutkimusjoukosta (N=67) kaksi kolmesosaa (44) ilmoitti käyttävänsä alkoholia. Heistä 16 käyttää alkoholia harvemmin kuin kerran kuussa. 16 henkilöä käyttää alkoholia 1-4 kertaa kuussa ja kahdeksan henkilöä 2-4 kertaa viikossa tai useammin.

Valtaosa (56) tutkimusjoukosta (N=67) selviytyy itse aterian valmistuksesta. Laadullisesta aineistosta kvantifioitiin, että tehdyistä MNA- ravitsemustilan arvioinneista (n=61) tulos oli normaali 49 henkilöllä ja aliravitsemusepäilyistä kolme oli hyvin ravittuja, aliravitsemusriskissä olevia seitsemän ja aliravittuja kaksi.

Kysyttäessä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta suurin osa (62) tutkimusjoukosta (N=67) selviytyy peseytymisen ja pukeutumisen kaltaisista

perustoiminnoista. 30 henkilöä käyttää apuvälineitä tai tarvitsee tukea jostain päivittäisestä toiminnosta suoriutumiseen. Kuitenkin aineistosta ilmeni myös pieni joukko (13), jotka eivät selviydy lainkaan esimerkiksi portaiden nousemisesta toiseen kerrokseen. Kysyttäessä IADL-toiminnoissa pärjäämisestä, kuten kevyistä kotitöiden tekemisestä, apteekissa ja kaupassa käynnistä sekä pankissa asioinnista, valtaosa kokee selviytyvänsä niistä itsenäisesti.

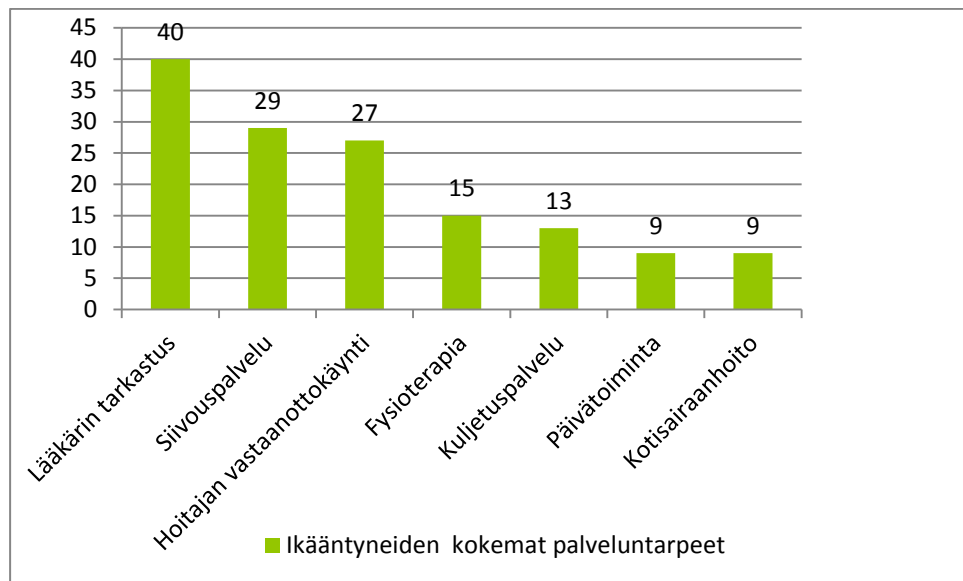
Ristiintaulukoidessa (LIITE 6) sukupuolen vaikutusta pienistä kodin korjaustöistä selviytymiseen ilmeni merkittävä ero miesten ja naisten välillä. Khiin neliötestillä todennettuna ($p=0.000***$) miehet selviytyivät niistä naisia paremmin. Sen sijaan raskaista kotitöistä selviytymisessä itsenäisesti ei ilmennyt eroa miesten ja naisten välillä. Reilu puolet sekä miehistä että naisista kokivat, etteivät he selviydy raskaista kotitöistä. Tutkimusjoukko ilmoitti tarvittaessa saavansa apua lapsilta (43), puolisolta (27), ystäviltä ja tuttavilta (21), muulta omaiselta (20) sekä yksityiseltä yrittäjältä (12).

7.3 Ikääntyneiden kokema palveluntarve

Tutkimuksen kohderyhmä asui Lahden keskustan alueella kerrostaloasunnoissa. Pyydettyäessä tutkimukseen osallistuneita ($N=67$) arvioimaan oman asunnon kuntoa kolme neljäsosaa arvioi asunnon kunnon hyväksi ja yksi neljäsosa kohtalaiseksi. Laadullisesta aineistosta kvantifioidessa kysyttäessä vastaajien arviota nykyisessä asunnossa pärjäämisestä ilmeni, että vastaajista kolmannes ei osannut arvioida aikaa ja 17 henkilöä vastasi pärjäävänsä toistaiseksi tai mahdollisimman kauan. 13 henkilön vastaus arvioitaessa asumista nykyisessä asunnossa sijoittuu 1-5 vuoden välille ja kuuden henkilön 6-10 vuoden välille.

Noin puolet (27) tutkimukseen osallistuneista ($n=57$) ilmoitti sopivimmaksi vaihtoehdoksi nykyisen asuntonsa kotihoidon avustuksella ja viidesosa (11) valitsisi oman kodin omaisten avustuksella tilanteen muuttuessa huonommaksi. Vastaajista yhdeksän valitsisi asumismuodokseen kaupungin palvelutalon ja vastaavasti yhdeksän yksityisen palvelutalon tilanteen muuttuessa huonommaksi. Kysyttäessä tutkimusjoukolta ($N=67$) heidän taloudellisesta tilanteestaan 42 henkilöä ilmoitti, että rahat riittävät sopivasti ja seitsemällä henkilöllä rahaa jää

säästöön. Yksi neljäsosa (16) tutkimusjoukosta ilmoitti rahojen riittävän jotenkuten ja kaksi henkilöä ilmoitti, etteivät rahat riitä välttämättömään kulutukseen. Valtaosalle (64) tutkimukseen osallistuneista ei juurikaan tai lainkaan synny taloudellisia ongelmia asumiskustannuksista.



KUVIO 3. Ikäntyneiden kokemat palveluntarpeet (N=67).

Tutkimusjoukosta (N=67) 37 ilmoitti heillä olevan henkilö, joka avustaa palveluiden järjestämisessä. Kuviossa 3 esitetään tutkimusjoukon kokemia palveluiden tarpeita, joita ovat muun muassa lääkärin tarkastus (40), siivouspalvelu (29), hoitajan vastaanottokäynti (27), fysioterapia (15), kuljetuspalvelu (13), päivätoiminta (9) ja kotisairaanhoido (9). Kolme neljäsosaa (48) tutkimusjoukosta (n=65) koki tarvitsevansa lisää tietoa tukiasioista, esimerkiksi Kelan hoitotuesta, toimeentulotuesta ja kuljetustuesta.

Tutkimusjoukko (n=59) nosti esille tärkeimmäksi kriteeriksi palveluja valittaessa iän lisääntyessä palvelujen saamisen kotiin (28) sekä palvelujen laadukkuuden (13). Lisäksi 12 henkilölle tärkein seikka oli ammattinsa osaava henkilökunta ja kuudelle palvelujen hinta.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko oli pieni ja tarkoin rajattu, jolloin tutkimusjoukko ei anna täydellistä kuvaa perusjoukosta. Näin ollen tutkimustulosten yleistettävyys kaikkiin vuonna 1930 syntyneisiin lahtelaisiin ei ole täysin perusteltua. Tutkimusjoukon tarkka rajausta vain keskustan alueella asuviin ikääntyneisiin ei välttämättä kuvaa muissa kaupunginosissa asuvien ikääntyneiden terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (Heikkilä 2008, 41-46.) Vaikka tutkimusjoukko ei anna täydellistä kuvaa perusjoukosta, tutkimuksen luotettavuutta lisää käytetty aineistonkeruumenetelmä.

Aineistonkeruu haastattelemalla tuo lisäarvoa siten, että siinä oltiin suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Ikääntyneiden toimintakykyä ja terveyttä tutkittaessa haastattelun käyttö, esimerkiksi postikyselyn sijasta, on perusteltua mahdollisten vanhuuden tuomien näkökyvyn ja kirjoittamistaidon heikkenemisen vuoksi. Kotikäynnillä tehtävät haastattelut eivät myöskään estäneet heikkokuntoisten osallistumista tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-204.) Tässä tutkimuksessa haastattelu kuitenkin tehtiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, mikä osittain saattoi estää todellisten tuntemusten esille tuomista. Lisäksi haastattelu saattaa luoda tilanteena paineita, jotka vaikuttavat haastateltavan antamiin vastauksiin.

Kyselylomakkeita oli osittain täytetty puutteellisesti tai kysymysten ulkopuolelle oli kirjoitettu haastattelijan omia tulkintoja haastateltavan vastauksista, joita tutkimuskäytössä ei voitu huomioida. Merkinnöistä ei voitu tietää, ovatko ne haastattelijan omia tulkintoja vai tutkittavan autenttisia sanontoja tai tekoja. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan todeta haastatteluita tehneiden opiskelijoiden kokemattomuus toteuttaa tutkimuksellista haastattelua ja mahdollinen perehdytyksen riittämättömyys. Tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuutta heikentää osaltaan myös epävarmoja vastauksia antaneet kysymykset. Kysyttäessä esimerkiksi päällekkäisistä lääkkeistä, ei voi täysin olla vakuuttunut siitä, olivatko haastattelijat tai tutkittavat tietoisia kaikista käytössä

olevista lääkkeistä ja niiden mahdollisista päällekkäisyyksistä. Tutkimukseen luotettavuutta tuo tilastoidun aineiston lisäksi täytettyjen haastattelulomakkeiden huolellinen läpikäyminen sekä mahdollisten eriäväisyyksien tiedostaminen. Tutkimuksessa pyrittiin hyödyntämään mahdollisimman laajasti haastattelulomakkeiden tuoma informaatio huomioimalla myös avointen kysymysten vastaukset. Kotikäynneistä tehdyt kirjalliset yhteenvedot jätettiin analysoinnin ulkopuolelle niiden epätasaisen laadun vuoksi. Tutkimuksessa huomioitiin kyselylomakkeen muokkaaminen aineistonkeruuprosessin aikana, mikä lähinnä hankaloitti tilastollisen aineiston tulkintaa. Apuna tulkinassa käytettiin täytettyjä kyselylomakkeita. Kysymysten numerointi oli muuttunut haastattelulomakkeen muokkauksen yhteydessä ja numerointia selventämään käytiin manuaalisesti läpi erityyppiset haastattelulomakkeet. Laadullisen ja määrällisen aineiston analysoinnin yhdistämisellä saatiin aineistosta luotettavampaa niiden täydentäessä toisiaan ja aineistotriangulaatiolla pyrittiin myös selittämään eroavaisuuksia. (Kananen 2008a, 118-120; Valta 2008, 40-41.)

Tutkimusaineisto antaa kuitenkin hyvän kokonaiskuvan tutkimusjoukosta, sillä haastattelulomake mahdollisti kokonaisvaltaisen terveydentilan kartoituksen puutteistaan huolimatta. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää hankkeen puuttellinen dokumentointi. Huolellinen hankkeen dokumentointi olisi tuonut esille hankkeen tutkimukselliset ratkaisut ja niiden perustelut. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään lähteitä, jotka eivät olleet kymmentä vuotta vanhempia. Teoriatietoa haettiin kotimaisista ja ulkomaisista elektronisista tietokannoista. (Metsämuuronen 2003, 13-15.) Ulkomaisista tutkimuksista suurin osa on peräisin EBSCO Academic Search Elite tietokannasta. Opinnäytetyössä on käytetty myös Maailman terveysjärjestön julkaisuja. Kotimaisia väitöskirjoja ja julkaisuja haettaessa on hyödynnetty Päijät-Hämeen koulutus konsernin tieto- ja kirjastopalvelujen tarjoamia hakukoneita. Osa käytetyistä lähteistä on saatu kaukolainana mikrofilmin muodossa ja ne on muutettu pdf-muotoon. Hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: ehkäisevät kotikäynnit, preventive home visits, ikääntyneen toimintakyky, functional ability, monilääkitys, polypharmacy, ikääntynyt ja ravitsemus.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkija on vastuussa omassa tutkimuksessaan tekemistä valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. Opinnäytetyö oli tavoitteiltaan sekä menetelmiltään eettisesti hyväksyttävä ja kunnioitti tutkittavien perusoikeuksia. Työskentely tutkimuksessa oli rehellistä, puolueetonta ja tutkimustulosten vääristelyä välttävää. (Vilka 2007, 90.) Opinnäytetyön taustalla olevassa Kartoittavat kotikäynnit- hankkeella on voimassa oleva tutkimuslupa, joka on saatu Lahden kaupungin vanhustenhuollon avopalveluiden päälliköltä. Tutkimuksen kohderyhmää lähestyttiin saatekirjeellä ennen puhelinyhteydenottoa, joissa molemmissa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä mihin tutkimustietoa tullaan käyttämään. Kotikäynnin alussa kohderyhmään kuuluvat allekirjoittivat halutessaan lomakkeen, jolla he antoivat luvan käyttää tietojaan tutkimuksessa. Hankkeessa toimineet henkilöt ohjeistettiin säilyttämään kotikäynnin yhteydessä täytetyt lomakkeet joko kotihoidon toimistolla tai koulun lukitussa kaapissa. (Kananen 2008a, 133-136.)

Kaikkia tutkimuksessa saatuja tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto säilytettiin lukitusta arkistokaapissa koulun tiloissa. Aineistoa käsiteltiin suljetussa tilassa, jolloin läsnä olivat ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Aineistoa käsiteltäessä tarkistettiin tutkimukseen osallistuneiden allekirjoittamat lomakkeet, joilla he antavat luvan käyttää tietojaan tutkimuksessa. Määrällinen aineisto oli tilastoitu numeraalisesti tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiä suojaten. Tilastoidun aineiston huolellinen läpikäyminen ja vertaaminen täytettyihin kyselylomakkeisiin herättivät ajoittain tutkimuseettisiä kysymyksiä, joita pohdittiin opinnäytetyöryhmän kesken. Käsittelyn jälkeen sekä kirjalliset kyselylomakkeet että elektroninen tilastoitu aineisto palautettiin työtä ohjaavalle opettajalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 172-179.)

8.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön avulla pyrittiin löytämään tekijöitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat kotona asuvien ikääntyneiden selviytymiseen päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi aineistosta etsittiin tietoa tutkimusjoukon palveluntarpeista.

Tuloksista ilmenee, että keskimäärin tutkimusjoukko arvioi terveydentilansa säilyneen samankaltaisena verrattaessa edellisvuoteen ja toisaalta myös säilyvän ennallaan tulevina lähivuosina. Arviot nykyterveydentilasta ovat pääsääntöisesti melko hyviä tai tyydyttäviä. Tulokset ovat hyvin samankaltaisia kuin Lahdessa aikaisemmin 90- vuotiaille toteutetuissa kartoitavissa kotikäynneissä ja Suomen kuntaliiton kehittämishankkeessa. 90- vuotiaiden arvioidessa terveydentilan muutosta edellisvuoteen verrattuna ilmenee kuitenkin suurempi joukko niitä, jotka arvioivat terveydentilan heikentyneen verrattuna vastaavasti 80- vuotiaiden arvioon. Tässä lieneekin taustalla toimintakyvyn heikkenemisen nopeutuminen 80 ikävuoden jälkeen. Suomen kuntaliiton kehittämishankkeessa todettiin myös erittäin merkitsevä yhteys terveydentilan kokemisen ja iän välillä. (Holstein ym. 2007.; Holopainen ym. 2008.; Häkkinen & Holma 2004.)

Oman arvion kysyminen terveydentilasta tuokin arvokasta tietoa ikääntyneen terveydentilasta ja mahdollisesta terveyspalveluiden tulevasta käytöstä erilaisten mittaristojen lisäksi. Mielenkiintoista on myös, että erittäin tai melko hyväksi terveydentilansa arvioivista valtaosa kuitenkin on huolissaan omasta terveydestään. Tämä herättää kysymyksen siitä, ovatko he valveutuneempia terveyteen liittyvistä asioista, sillä tyydyttäväksi terveytensä arvioivissa huolestuneita on suhteessa vähemmän. Toisaalta tulee myös pohtia, ovatko huolta aiheuttavat asiat normaalin ikääntymisen tuomia muutoksia. Ehkäiseviä työmuotoja kehitettäessä tulisikin ottaa huomioon myös se joukko ikääntyneitä, jotka eivät ole tietoisia keinoista edistää omaa terveyttään.

Tutkimukseen osallistuneet selviytyvät päivittäisistä arjen toiminnoista pääsääntöisesti hyvin. Perustoimintojen lisäksi valtaosa kykenee hoitamaan myös esimerkiksi kaupassa ja pankissa asioinnit ongelmitta. Toisaalta apua tarvitaan ennemminkin raskaissa kotitöissä ja kodin pienissä korjaustöissä.

Ymmärrettävästi tämä asia käy ilmi myös muissa tutkimuksissa yli 80- vuotiaiden keskuudessa. Tarvittaessa tutkimukseen osallistuneet saavat apua pääsääntöisesti lapsiltaan tai puolisoiltaan, mikä vastaavasti on todettu muissakin tutkimuksissa. Tämä on ilmiönä positiivinen, sillä yleisesti nykypäivän ajattelun mukaan lapsilla ei katsota olevan velvollisuutta huolehtia omista vanhemmistaan heidän ikääntyessä. Omaisten avun lisäksi ikääntyneiden tietoutta tulisi lisätä erilaisista

tukipalveluista. Osallistuneet kokivat asuinolonsa ja taloudellisen tilanteensa hyväksi, mikä osaltansa tukee arjessa selviytymistä. Mielenkiintoista olisi toistaa tutkimus maaseudulla asuville ikääntyneille. Voisi ajatella, että kaupunkiolosuhteet ja palvelujen läheisyys ovat oleellisia tekijöitä toimintakyvyn säilymiselle, mutta toisaalta maaseudulla arki on vaativampaa ja mahdollisesti fyysisesti kuormittavampaa ja näin ollen myös toimintakykyä hyvin ylläpitävää. Kuitenkin aikaisempien tutkimusten mukaan sekä maalla että kaupungissa asuvat ikääntyneet selviytyvät arjessa samankaltaisesti. Ehkä merkitsevä tekijä onkin ikääntyneiden oma tyytyväisyys asuinympäristöönsä, mikä voidaan kokea miellyttävänä ja hyvänä, vaikka sijainti olisi harva-asutusalueella. (Haapola ym. 2008.; Häkkinen ym. 2004.)

Aikaisempien tutkimusten pohjalta voidaan todeta, että hyvä kognitiivinen tila tukee itsenäisesti arjessa selviytymistä. Huomattavalla määrällä opinnäytetyön tutkimusjoukosta oli merkkejä muistihäiriöistä. Kuitenkin aina voi pohtia kuinka luotettavasti testit on onnistuttu tekemään. Muistihäiriöt lisääntyvät iän myötä jonkin verran verrattaessa 80- vuotiaiden tuloksia 90- vuotiaiden tuloksiin. (Valta 2008.)

Tutkimukseen osallistuneilla sosiaalisista kanssakäymistä oli pääsääntöisesti viikoittain tai päivittäin. Suurin osa ei tuntenut yksinäisyyttä tai turvattomuutta juuri koskaan. Niin ikään mieliala koettiin hyväksi. Tutkimusten mukaan edellä mainitut osatekijät vaikuttavat positiivisesti myös psyykkiseen hyvinvointiin ja näin ollen toimintakykyä parantavasti. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tulosten kanssa. Tosin opinnäytetyön tuloksissa ei tullut esille sukupuolten välisiä eroja yksinäisyyden kokemisessa. Yksin tai puolison kanssa asumisella ei opinnäytetyön tulosten mukaan ole vaikutusta yksinäisyyden tai turvattomuuden kokemiseen, toisin kuin ehkä voisi kuvitella. Myös Ikihyvä Päijät-Häme- tutkimuksessa todetaan, ettei parisuhde poissulje yksinäisyyden kokemista. Voidaan todeta, että yksinäisyyden tunteminen on hyvinkin subjektiivinen kokemus. (Haapola ym. 2008.; Määttä 2008.)

Tutkimuksessa huolestuttavaa oli väsymyksen tunteen yleisyys viimeisen vuoden aikana, vaikka kohderyhmän henkilöt kokivat yöunen riittäväksi. 90- vuotiaiden kartoittavien kotikäyntien yhteydessä todettiin vastaavanlainen tulos väsymyksen tuntemuksesta kysyttäessä. Tutkimustiedon pohjalta voitiin odottaa ilmenevän eroavaisuutta miesten ja naisten välillä väsymyksen tuntemuksen kokemisessa, mutta tätä ei kuitenkaan tuloksista ilmennyt. Tässä kohtaa lienee vaikutusta opinnäytetyön tutkimusjoukon pienuudella. Maailman terveysjärjestön julkaisussa ohjataan suhtautumaan väsymyksen tuntemukseen asian vaatimalla vakavuudella, sillä se vaikuttaa pidemmällä aikavälillä toimintakykyä alentavasti. Väsymyksen yleisyys herättää ihmetystä, sillä opinnäytetyön kohderyhmä ulkoilee pääsääntöisesti päivittäin tai viikottain, heidän ravitsemustilansa on valtaosalla hyvä ja he kokevat mielialansa hyväksi. Olisikin mielenkiintoista saada aiheesta lisäselvitystä kartoittamalla väsymykseen vaikuttavia tekijöitä. (Holopainen ym. 2008.; Häkkinen & Holma 2004.; Ageing and health programme 2011.)

Opinnäytetyön kohderyhmän käytössä oli keskimäärin neljä lääketta, joka on lukumääränä suositusten mukainen. Harmittavaksi puutteeksi jäi, että haastattelulomakkeesta ei saatu tietoa, mitä lääkkeitä käytössä on ja onko mahdollisia päällekkäisiä lääkkeitä. Tutkittavien lääkemäärissä oli suurta vaihtelua. Osalla lääkkeitä ei ollut käytössä lainkaan, kun taas osalla niitä saattoi olla peräti 11. Samankaltaisia tuloksia on saatu 90- vuotiaiden kartoittavista kotikäynneistä. Herääkin huoli lääkkeiden tarkoituksenmukaisuudesta henkilöillä, joilla niitä on runsaasti käytössä. Vaikka tutkittavat kokevat saaneensa tarpeeksi ohjausta lääkkeiden käytöstä, aistitoimintojen heikkeneminen voi kuitenkin vaikuttaa lääkkeiden kanssa selviytymistä. Lääkkeiden käyttöön liittyen huolenaiheeksi nousi myös tutkimusjoukon alkoholin käyttö. Suhteessa tutkimusjoukon määrään alkoholia vähänkin käyttävien määrä on huomattava ja erityisesti huomiota kiinnittää kymmenesosa, joka ilmoittaa käyttävänsä alkoholia lähes päivittäin. (Holopainen ym. 2008.; Häkkinen & Holma 2004.; Jyrkkä 2011.)

8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli aineiston käsittelyn lisäksi hankkeen jatkokehittämisideoiden pohtiminen. Jatkossa tulisi tarkkaan harkita mitä

ikäntyneiden kartoittavilla kotikäynneillä halutaan saavuttaa. Opinnäytetyön taustalla olevassa hankkeessa kotikäynneillä pyrittiin kartoittamaan ikäntyneiden terveydentilaa, mikä osaltaan tukee valtakunnallisten ja kunnallisten terveyden edistämistä ja ehkäisevää terveydenhuoltoa tukevia strategioita. (Häkkinen & Holma 2004, 23-25.; Viippola 2007.) Toimintakyvyn heikkenemistä ehkäisevä ja toisaalta toimintakyvyn tasoa ylläpitävä toiminta on tulevaisuudessa oleellisessa roolissa ikäntyneiden määrän lisääntyessä. Ikäntyneiden kartoittavat kotikäynnit- hanketta tulisikin jatkossa kehittää ehkäisevien kotikäyntien suuntaan, joilla entistä systemaattisemmin pyrittäisiin saamaan aikaan näkyviä tuloksia ikäntyneiden toimintakyvyssä. Toimintakyvyn pysyessä hyvällä tasolla, ikäntyneet pystyisivät asumaan kotona entistä pidempään ja ennen kaikkea elämään onnellista vanhuutta. Toisaalta taas löydettäisiin ne henkilöt, jotka tarvitsevat tukea tai esimerkiksi eri asumismuotoa.

Tulevissa kotikäynneissä voitaisiinkin ajatella, että ne samanaikaisesti kartoittaisivat ikäntyneiden terveydentilaa antaen kattavaa tietoa tutkimuksille ja kehittämishankkeille sekä ehkäisisivät toimintakyvyn alenemista tukemalla ikäntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia erilaisin tukimuodoin ja palveluin. Ehkäisevät kotikäynnit antavat kunnille arvokasta tietoa tulevasta ikäntyvän väestön palveluntarpeesta ja näin ollen auttavat myös resurssien kohdentamisessa oikeisiin asioihin. Tärkeää kotikäyntien yhteydessä olisi myös korostaa ikäntyvän omien olemassa olevien voimavarojen kartoittamista ja niiden hyödyntämistä, tukemista sekä aktivoimista.

Tavoiteltaessa luotettavaa tutkimustietoa kartoittamalla ikäntyneiden arjessa selviytymisestä tulisi huomio kiinnittää tutkimuksen kokonaisvaltaiseen organisointiin, jolloin tutkimukselle tulisi nimetä vastaava henkilö. Tutkimusvastaavan tulisi olla tietoinen eri tutkimusmenetelmistä ja – käytännöistä sekä vastata järjestelmällisestä tutkimuksen aikaisesta dokumentoinnista ja sen laadusta. Vaikuttavuuden kasvattamiseksi tulisi myös pohtia kotikäyntien kohderyhmää ja sitä kuka käynnin suorittaa. Kohderyhmä Ikäntyneiden kartoittavat kotikäynnit- pilottihankkeessa on varmasti oikeansuuntainen, sillä tutkimusten mukaan ikäntyneiden toimintakyvyn heikkeneminen nopeutuu 80-ikävuoden jälkeen.

Toisaalta vertailutiedon saamiseksi on mielenkiintoista kohdistaa kotikäyntejä eri ikäryhmille sekä eri asuinalueilla asuville, kuten Lahdessa on jo tehtykin aikaisempien yli 90- vuotiaille suunnattujen kotikäyntien myötä. On kuitenkin selvää, että luotettavan tutkimustiedon kannalta tutkimusjoukon tulee olla suurempi. Vaikuttavuuden kannalta kotikäynneissä tulisi jatkossakin panostaa holistiseen lähestymistapaan, jossa otetaan ikääntynyt huomioon psyykkisenä- fyysisenä- ja sosiaalisena kokonaisuutena. Voimavarojen löytäminen, niiden hyödyntäminen ja tukeminen on oleellinen osa ehkäisevää työtä. Tanskalaisten tutkimusten mukaan kotikäynneissä on syytä panostaa myös siihen, kuka kotikäynnin suorittaa. Tutkimusten mukaan parempiin tuloksiin päästään, kun kotikäynnit tekee hyvin perehdytetty ammattilainen moniammatillisessa yhteistyössä. Näin ollen tulevat kotikäynnit voisivat olla esimerkiksi osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen päivittäistä työtä.

Suomen kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit – hankkeessa kerättyjen kokemusten perusteellakin todettiin, että kotikäynnit olisi hyvä suunnata vakinaisen henkilöstön suoritettavaksi. Henkilökunnalle voitaisiin tarjota erityisesti ehkäiseviä kotikäyntejä käsittelevä lyhyt kurssi tai mahdollisuus työskennellä aluksi aikaisemmin kotikäyntejä tehneen työparin kanssa. Näillä keinoin pystyttäisiin nostamaan ehkäisevien kotikäyntien laatua. Kotikäynneillä olisi hyödyllistä tehdä myös tehtäväjako eri yhteistyötä tekevien ammattilaisten kesken. Esimerkiksi sosiaalityöntekijä keskittyisi enemmän taloudellisiin sekä tukimuotoihin liittyviin asioihin ja sairaan- tai terveydenhoitaja sairauksiin sekä terveydentilaan liittyviin asioihin.

Ehkäisevän kotikäynnin suorittaminen vaatii myös laaja-alaista kykyä havainnoida ikääntyneen tilannetta sekä tarvittaessa tehdä johtopäätöksiä. Onkin ymmärrettävää, ettei alan opiskelijoilla ole kaikkia vaadittavia valmiuksia toteuttaa ehkäiseviä kotikäyntejä. Tämän vuoksi heille tulisi tarjota kattava perehdytys aiheeseen opiskelijan henkilökohtaisen tarpeen mukaan. Lisäksi tulisi kartoittaa opiskelijan henkilökohtaista motivaatiota ikääntyneiden terveyden edistämiseen tähtäävässä toiminnassa ja poissulkea ainoastaan opintopisteiden vuoksi hankkeessa mukana olevat.

Ikääntyneiden kartoittavat kotikäynnit- hankkeessa käytetty kyselylomake oli muokattu jo aiempien yli 90- vuotiaille suunnattujen kotikäyntien yhteydessä käytetystä lomakkeesta. Kyselylomake oli osakseen melko pitkä, mutta toisaalta sillä haluttiin käsitellä mahdollisimman monipuolisesti ikääntyneiden eri elämän osa-alueita. Kuitenkin tarkoin strukturoitua kyselylomaketta voitaisiin keventää esimerkiksi kunkin aihepiirin avaavalla avoimella kysymyksellä, joka johdattaisi aiheeseen. Tällöin kyselylomake voisi tarjota myös runsaammin laadullista tutkimusaineistoa, jolla päästäisiin syvällisemmälle tasolle. Ikääntyneen orientoitumista helpottamaan voisi kyselylomakkeen lähettää jo etukäteen, mitä oli pohdittu jo Kartoittavat kotikäynnit- hankkeen yhteydessäkin.

Kyselylomaketta tulisi kehittää myös tarkemmaksi, esimerkiksi lääkehoitoon liittyvässä osiossa, jossa kartoitetaan päällekkäisiä lääkkeitä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyössä saavutettiin asetetut tavoitteet ja päästiin tutkimuskysymysten vastauksiin prosessin myötä. Aineiston laaja-alaisen käsittelyn myötä tarjoamme Lahden kaupungin vanhusten avopalveluille arvokasta tietoa heidän toimintansa kehittämiseen.

Jatkossa hedelmällistä olisi tutkia mitkä tekijät vaikuttavat ikääntyneiden itse kokemaan terveydentilaan. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten hyvinvoinnin eri osa-alueiden (psykkinen, fyysinen, sosiaalinen) merkitykset painottuvat ihmisillä kokonaisyhyvinvoinnin kannalta. Lisäksi olisi hyvin mielenkiintoista toteuttaa seurantatutkimus tässä tutkimuksessa mukana olleille ikääntyneille ja selvittää, kokivatko he kartoittavat kotikäynnit hyödyllisiksi. Tulevissa hankkeissa voisikin tehdä laadullista tutkimusta opiskelijoiden ja ammattilaisten kokemuksista kartoittavien kotikäyntien suhteen.

LÄHTEET

Ageing and health programme. 2011. The role of physical activity in healthy ageing. [viitattu 18.12.2011]. World Health Organization. Saatavissa: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/oms-role-01.pdf>

Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen yliopisto. [viitattu 12.1.2012]. Terveystieteiden tiedekunnan väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf

Coyte, P. C., Goodwin, N. & Laporte, A. 2008. How can the settings used to provide care to older people be balanced? Policy Brief. [viitattu 11.1.2012]. World Health Organization. Saatavissa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/73284/E93418.pdf

Haapola, I., Fogerholm, M., Heinonen, H., Karisto, A., Kullaa, A., Mäkelä, T., Niiranen, T., Nummela, O., Pajunen, E., Ritsilä, A., Seppänen, M., Töyli, P., Uutela, A., Valve, R & Väänänen, I. 2008. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. Iki-Hyvä Päijät-Häme -tutkimus. Perusraportti. [viitattu 20.11.2011]. Saatavissa: http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Ikihyva_perusraportti_2008_70.pdf

Hallgren, M., Högberg, P & Andréasson, S. 2009. Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Swedish National Institute of Public Health. [viitattu 12.4.2012] Saatavissa: <http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/Nyheter/Alcohol-Elderly-2009.pdf>

Harrefors, C., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. 2009. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Skandinavian journal of Caring Sciencis*. Vol. 24. 353-360. [viitattu 23.1.2012]. Saatavissa:

http://www.globalaging.org/elderrights/world/2009/care_perceptions.pdf

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkinen, E. & Rantanen T. 2008. Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

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

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen - suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Kuntatalon paino.

Holopainen, P., Nevalainen, P., Olkkonen, M. & Ratia, M. 2008. Yli 90- vuotiaiden terveydentilaa kartoittavat kotikäynnit 1.10.2007-31.5.2008. Loppuraportti. Lahden kaupunki. [Viitattu 2.11.2011]. Saatavissa:

<http://www.lahti.fi/www/bulletin.nsf/PFAArch/DCB98DF041ED48BEC22574E50036876A?opendocument>

Holstein, B., Due, P., Almind, G. & Avlund, K. 2007. Eight-year change in functional ability among 70- to 95-year-olds. *Scandinavian Journal of Public Health*. [viitattu 21.2.2012] 35/2007. Saatavilla EBSCO Search Elite tietokannassa: <http://sjp.sagepub.com/content/35/3/243.full.pdf+html>

Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti-tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen kuntaliitto. 1.painos. Helsinki:Hakapaino oy.

Johannson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J. & Ek, A.-C. 2008. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. Journal of Clinical Nursing. [viitattu 16.1.2012].

Saatavissa:

http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/eerstelij_n_thuiszorg/literatuur_en_achtergrondinformatie/Johansson__2009__malnutrition_in_home_living_older_population__prevalence_incidence_and_risk_factors.pdf

Juby, A., Tench, S. & Baker, V. 2002. The value of clock drawing in identifying executive cognitive dysfunction in people with a normal Mini-Mental State Examination score. Canadian Medical Association Oct.15, 167/8. [viitattu 14.2.2012]

Saatavissa: <http://www.cmaj.ca/content/167/8/859.full.pdf+html>

Jyrkkä, J. 2011. Lääkkeiden käyttö ja monilääkitys iäkkäillä. Itä-Suomen yliopisto. [viitattu 11.1.2011]. Terveystieteiden tiedekunnan väitöskirja.

Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0385-3/urn_isbn_978-952-61-0385-3.pdf

Kananen, J. 2008a. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2008b. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kivelä, S.-L. & Rähä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. [viitattu 12.11.2012]. Kapseli 35/2007. Saatavissa: <http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/Kapseli35.pdf>

Kivipelto, M & Viitanen, M 2006. Vanhus ja muisti. Vanhuudenhöperyyttä vai orastavaa Alzheimeria? Duodecim [viitattu 2.2.2012]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__tunnus=duo95805&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=usinnumero

Kukka, A., Peltomaa, P., Luhtanen, L., Jokinen, E., Kotala, R., Juhanila, A., Ylä-Sankola-Peltola, M., Rask, P., Mäkelä, T., Tuupainen, A., Nyman-Kaunomäki, S., Kuusinen-James, K., Hänninen, S., Nieminen, P. 2011. Lahden ikäihmisten hyvinvointisuunnitelma 2011-2020. Lahden kaupunki. [viitattu 13.1.2012]. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/AA2407584D9C5A93C22578AE003585CF/\\$file/hyvvointi_suun20070.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/AA2407584D9C5A93C22578AE003585CF/$file/hyvvointi_suun20070.pdf)

Käypä hoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. [viitattu 12.4.2012] Saatavissa:
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholiongelmaisen hoito#s10_5](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholiongelmaisen%20hoito#s10_5)

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsiteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen: Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. [viitattu 11.1.2012] Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3595.pdf&title=Tie_hyvaan_vanhuuteen__Vanhusten_hoidon_ja_palvelujen_linjat_vuoteen_2015_fi.pdf

Levo, T. & Viljanen, M. 2011. Pilotoinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa. [viitattu 12.1.2012]. Liika on aina liika - ikääntyminen ja alkoholi - projektin raportti 2005-2011. Saatavissa:
http://www.tippavaara.info/data/liitteet/sininauhaliitto_liika_on_aina_liikaa_1-10-5.pdf

Löfqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T. & Iwarsson, S. 2011. First steps towards evidence-based preventive home visits: experiences gathered in a Swedish municipality. Journal of Aging Research. Vol. 2012. 1-11 Saatavissa:
<http://www.hindawi.com/journals/jar/2012/352942/>

Metsämuuronen, J. 2000. Tilastollisen päättelyn perusteet. Viro: Jaabes Ou.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Määttä, M. 2008. Ikääntyneiden psyykinen hyvinvointi ja siihen liittyvät tekijät. Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.

Nivalainen, S. & Volk, R. 2002. Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030. Alueellinen tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Poikolainen, K. 2009. Alkoholin terveyshaitat. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. [viitattu 12.4.2012] Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/233-alkoholin-terveyshaitat>

Rissanen, L. 2000. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen.: Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. [viitattu 19.1.2012] Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston kirjaston elektronisessa tietokannassa. Saatavilla: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/html/c552.html>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 31.1.2012]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Sahlen, K.-G., Dahlgren, L., Hellner B.-M., Stenlund, H. & Lindholm L. 2006. Preventive home visits postpone mortality- a controlled trial with time-limited results. BioMed Central, 1-9. [viitattu 17.1.2012]. Saatavissa: EBSCO Academic Search Elite -tietokannassa:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=107&sid=57ae4643-0b15-4545-a1c0-b4c8e6244197%40sessionmgr104>

Soininen, M. & Merisuo-Storm, T. 2009. Kasvatustieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku:Uniprint.

Sosiaali -ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysalan julkaisuja 4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008, 16-17. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. [viitattu 16.2.2012] Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>

Strandberg, T. & Pitkälä, K. 2012. Vanhukset tarvitsevat lääkehoitoakin.[viitattu 17.1.2012] Gernet-Geriatrian kotisivut. Saatavissa:

<http://www.gernet.fi/artikkelit/vanhustenlaak06.html>

Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuosituksset ikääntyneille. 5-6. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [viitattu 17.1.2012].

Saatavissa:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011a. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit.
[viitattu 12.11.2011] Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011b. Ikääntyneiden palvelut 2010-
Kuntakyselyn osaraportti. [viitattu 14.11.2012] Saatavissa:

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr36_11.pdf

Theander, E. & Edberg, A.-K. 2005. Preventive home visits to older people in
Southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 33/2005. 392-400.

[viitattu 17.1.2012]. Saatavissa: EBSCO Academic Search Elite –tietokannassa:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=57ae4643-0b15-4545-a1c0-b4c8e6244197%40sessionmgr104>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Helsinki: Tammi.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli

iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja

iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. [viitattu

12.11.2011]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7521-4.pdf>

Vass, M., Avlund, K. & Hendriksen, C. 2007. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. [viitattu 12.11.2011] Scandinavian Journal of Public Health. 2007. Number 35, 410-417. Saatavissa: EBSCO Academic Search Elite -tietokannassa:

<http://web.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d82bffc1-54d5-48cf-a505-7f87749e11b2%40sessionmgr114&vid=4&hid=123>

Viippola, A. 2007. Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista. Selvitys ehkäisevien kotikäyntien nykytilanteesta Suomessa. Opinnäytetyö. Ylempi AMK. Helsingin ammattikorkeakoulu.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

LIITTEET

LIITE 1. Haastattelulomake. 36 sivua

LIITE 2. Taulukko terveyden tilan arvioinnista miesten ja naisten välillä.

LIITE 3. Taulukko oman terveyden tilan arvioinnista viime vuoteen verrattuna ja sen yhteydestä terveyden tilan muutoksen arviointiin lähivuosina.

LIITE 4. Taulukko oman terveydentilan kokemisesta ja liikunnan harrastamisesta.

LIITE 5. Taulukko tämän hetkisestä terveydentilasta ja terveydentilasta huolestuneisuudesta.

LIITE 6. Taulukko sukupuolen vaikutuksesta kodin pienistä korjaustöistä selviytymiseen.

LIITE 1



TERVEYDENTILAA KARTOITTAVA KOTIKÄYNTI

-HAASTATTELULOMAKE

Haastateltavan nimi	Henkilötunnus	Päivämäärä
Sukupuoli mies <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/>	Osoite, puhelin	
Lähiomainen	Osoite, puhelin	
Sotainvalidi <input type="checkbox"/>	Sotaveteraani <input type="checkbox"/>	

A. Asumis- ja elinolot

1. Miten asutte?

1.1 yksin

1.2 puolison kanssa

1.3 jonkun muun kanssa, kenen? _____

2. Asutteko:

2.1 omakotitalossa

2.2 rivitalossa

2.3 kerrostalossa

2.3.1 hissi käytössä

2.3.2 ei hissiä

3. Joudutteko käyttämään kotona päivittäin portaita kerrosten väliä kulkiessa?

kyllä

ei

4. Onko asunnossanne seuraavat mukavuudet?

4.1 vesijohto sisälle ja ulos

4.2 lämmin vesi

4.3 WC

4.4 suihku

4.5 sauna

4.6 ei mukavuuksia

5. Onko asunnossanne suositusten mukainen määrä palovaroittimia?

5.1 kyllä

5.2 ei, monta? _____

6. Pystytkö itse vaihtamaan paristot palovaroittimeenne?

6.1 kyllä

6.2 ei

7. Mikä on oma arvionne asunnon kunnosta?

7.1 hyvä

7.2 kohtalainen

7.3 heikko

8. Mitä muutostöitä tai korjauksia asunnossanne mielestänne tarvitaan?

8.1 kynnysten poisto

8.2 ammeen poisto

8.3 tukikaiteiden asennus

8.4 luiska portaiden tilalle/viereen

8.5 valaistuksen parantaminen

8.6 ovien levennys

8.7 muu, mikä?

8.8 en kaipaa muutoksia asuntooni

9. Käytättekö apuvälineitä?

9.1 kävelykeppi

9.2 rollaattori

9.3 pyörätuoli

9.4 kävelysauvat

9.5 kyynärsauvat

9.6 turvapuhelin

9.7 näön apuvälineet

9.8 kuulon apuvälineet

9.9 tukitangot ja kaiteet

9.10 ruokailun apuvälineet

9.11 peseytymisen apuvälineet

9.12 korotukset

9.13 muu apuväline, mikä? _____

9.14 en käytä apuvälineitä

Mitä mieltä olette tulevaisuudessa käytettävistä teknologista apuvälineistä kuten kännykkäpalveluista, television välityksellä annettavasta neuvonnasta sekä internet- palveluista? Onko Teillä jo jotain vastaavaa käytössä? _____

10. Miten tavallisesti liikutte?

10.1 omalla autolla

10.2 julkisilla kulkuneuvoilla

10.3 taksilla

10.4 omaisten / ystävän kyydillä

10.5 kävellen

10.6 helmi-taksi

10.7 muuten, miten?

11. Onko teillä käytössänne turvalaitteita? (Turvapuhelin, Turvaliesi ym.)

11.1 Ei ole

Kyllä, mitä? _____

11.2 Tarvitsetteko tietoa turvalaitteista?

12.2.1 kyllä

12.2.2 ei

12. Kauanko arvelette pärjääväne nykyisessä asunnossanne? _____ vuotta

en osaa sanoa

13. Jos tilanne muuttuu huonommaksi, mikä olisi sopivin vaihtoehto asumiseen?

13.1 oma koti omaisten avustuksella

13.2 oma koti kotihoidon avustuksella

13.3 kaupungin palvelutalo

13.4 yksityinen palvelutalo

13.5 vanhainkoti

13.6 joku muu, mikä? _____

14. Mikä on taloudellinen tilanteenne?

14.1 Rahaa jää säästöön

14.2 Rahat riittävät sopivasti

14.3 Rahat riittävät jotenkuten

14.4 Rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen

15. Syntyykö asumiskustannuksistanne teille taloudellisia ongelmia?

15.1 kyllä paljon

15.2 kyllä, jonkin verran

15.3 ei juurikaan

15.4 ei lainkaan

Jos asumiskustannuksistanne syntyy taloudellisia vaikeuksia, niin mistä kustannuksista erityisesti?

B. Sosiaaliset suhteet

16. Oletteko tunteneet itsenne viimeisen vuoden aikana?

	usein	melko usein	harvoin	melko harvoin	en juuri koskaan
16.1 Yksinäiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 Turvattomaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 Väsyneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Oletteko pelänneet turvallisuutenne puolesta viimeisen vuoden aikana?

	usein	melko usein	harvoin	melko harvoin	en juuri koskaan
17.1 kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2 kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos pelkätte, niin mitkä asiat luovat pelkoa/epävarmuutta?

18. Kuinka usein omaiset tai ystävät vierailevat/käyvät luonanne?

18.1 joka päivä

18.2 joka viikko

18.3 joka kuukausi

18.4 kerran kolmessa kuussa

18.5 kerran puolessa vuodessa

18.5 kerran vuodessa

18.5 harvemmin kuin kerran vuodessa

19. Oletteko puhelimitse yhteydessä omaisiinne/ystäviinne?

19.1 joka päivä

19.2 joka viikko

19.3 joka kuukausi

19.4 kerran kolmessa kuussa

19.5 kerran puolessa vuodessa

19.5 kerran vuodessa

19.5 harvemmin kuin kerran vuodessa

20. Kuinka usein osallistutte harrastetoimintaan kodin ulkopuolella?

20.1 Liikunta

joka päivä

joka viikko

joka kuukausi

kerran kolmessa kuussa

kerran puolessa vuodessa

kerran vuodessa

harvemmin kuin kerran vuodessa

20.2 Kulttuuri

joka päivä

joka viikko

joka kuukausi

kerran kolmessa kuussa

kerran puolessa vuodessa

kerran vuodessa

harvemmin kuin kerran vuodessa

kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa

harvemmin kuin kerran vuodessa

20.7 Matkustaminen

joka päivä

joka viikko

joka kuukausi

kerran kolmessa kuussa

kerran puolessa vuodessa

kerran vuodessa

harvemmin kuin kerran vuodessa

20.8 Muu, mikä? _____

joka päivä

joka viikko

joka kuukausi

kerran kolmessa kuussa

kerran puolessa vuodessa

kerran vuodessa

harvemmin kuin kerran vuodessa

21. Kuinka usein olette tekemisissä lähinaapureidenne kanssa?

21.1 Usein

21.2 melko usein

21.3 Harvoin

21.4 melko harvoin

21.5 en koskaan (ei ole lähinaapureita)

22. Millaiseksi itse koette pääsääntöisesti mielialanne?

21.1 hyväksi

21.2 hieman alakuloiseksi

21.3 selvästi alakuloiseksi

Jos haastateltava vastaa ”hieman alakuloinen” tai ”selvästi alakuloinen” niin tehdään GDS- 15 testi.

C. Terveydentila ja toimintakyky

23. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

22.1 erittäin hyvä

22.2 melko hyvä

22.3 tyydyttävä

22.4 melko huono

22.5 huono

24. *Millainen terveydentilanne on nyt viime vuoteen verrattuna?*

24.1 paljon parempi nyt kuin vuosi sitten

24.2 vähän parempi nyt kuin vuosi sitten

24.3 jokseenkin samanlainen

24.4 vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten

24.5 paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

25. Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

25.1 ei

25.2 kyllä, mikä?

26. Kuinka kauan teillä on aikaa edellisestä lääkärikäynnistä?

26.1 alle vuosi

26.2 1-3 vuotta

26.3 yli 3 vuotta

26.4 kauan sitten, en muista aikaa

27. Mitä terveysterveysten palveluita käytitte viimeisen vuoden aikana?

27.1 Vuosittainen influenssarokote kyllä ei satunnaisesti

27.2 hampaiden hoito

27.3 silmälääkäri

27.4 kuntoutus

27.5 fysioterapia

27.6 jalkahoito

27.7 muu, mikä? _____

28. Tupakoitteko?

28.1 en koskaan

28.2 silloin tällöin

28.3 päivittäin savuketta

28.4 olen lopettanut tupakoinnin

29. Käytättekö alkoholia?

29.1 kyllä

29.2 ei

Jos vastaus on kyllä, määritelkää alkoholin käyttönne. Laskekaa mukaan myös ne kerrat kun juotte edes tilkan viiniä, lasi olutta.

29.1.1 harvemmin kuin kerran kuussa

29.1.2 noin kerran kuussa

29.1.3 2-4 kertaa kuussa

29.1.4 2-3 kertaa viikossa

29.1.5 4 kertaa viikossa tai useammin

kerta-annosten määrä?

30. Kuinka usein viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana

	harvoin	melko harvoin	melko usein	jatkuvasti
teillä on ollut vaikeuksia herätä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut vaikeuksia nukahtaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut vaikeuksia nukahtaa uudestaan				
herättyänne kesken unen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut voimakasta väsymystä vapaa-aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Käytättekö unilääkkeitä?

31.1 kyllä, mitä ja kuinka usein? _____

en

32. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin vuorokaudessa? _____ h/vrk

(Lasketaan myös päiväunet)

33. Mikä olisi riittävä unen määrä jotta tuntisitte itsenne virkeäksi? _____ h/vrk

34. Ulkoiletteko? Ulkoilu voi tapahtua ilman apuvälinettä, apuvälineen kanssa. **(yliviivaa toinen)**

33.1 päivittäin

33.2 viikoittain (1-3 kertaa viikossa)

33.3 vähemmän kuin kerran viikossa

33.4 en ulkoile, miksi? _____

35. Kuinka paljon aikaa käytit keskimäärin istumiseen valveillaoloaikana arkipäivänä (arvioi kuluneen 7 päivän aikana)?

___ tuntia ___ minuuttia päivässä

36. Kuinka paljon aikaa käytit keskimäärin istumiseen valveillaoloaikana viikonloppuisin (arvioi kuluneen 7 päivän aikana)?

___ tuntia ___ minuuttia päivässä

37. Eritystoiminta

37.1 Onko virtsanpidätyskyvyssä ongelmia?

Ei

Kyllä, minkälaisia?

37.2 Onko vatsantoiminnassa ongelmia?

Ei

Kyllä, minkälaisia?

37.3 Onko teillä vaipat käytössä?

Kyllä

Ei

29.4 Selviydyn itse vaipan käytöstä

Kyllä

Ei

38. Onko tasapainonne?

38.1 hyvä

38.2 horjuva/huimaustaipumus

38.3 kaatuilua viimeisen vuoden aikana, kuinka usein? _____

39. Mikä vaihtoehto kuvaa parhaiten tämän hetkistä näkökykyänne?

39.1 sujuvasti ilman silmälaseja

39.2 sujuvasti silmälasien kanssa

39.3 suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä

39.4 vain lehden isot otsikot

39.5 en pysty lukemaan lehtiä heikentyneen näön vuoksi

39.6 olen näkövammaisen/sokea

40. Millainen kuulonne on?

40.1. hyvä

40.2. heikentynyt

37.2.1 käytän kuulolaitetta

37.2.2 kuulen hyvin kuulolaitteella

37.2.3 kuulen huonosti kuulolaitteella

37.2.4 en käytä, miksi _____

40.3 olen kuuro

37.3.1 tarvitsen tulkkia

41. Kuuletteko seuraavat äänet?

	kyllä	en	ei ole käytössä
41.1 ovikello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.2 puhelinsoitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.3 puhelinkeskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.4 TV, radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Onko Teillä kipuja ja särkyjä?

	kyllä	ei
42.1 jatkuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.2 toisinaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.3 harvoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.4 ei ollenkaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.5 minulla on säännöllinen kipulääkitys		<input type="checkbox"/>

43. Muisti sekä ravitsemustila

43.1 MMSE -pisteet: _____

43.2 Kellotesti: _____

43.2 MNA- pisteet: _____

43.3 GDS 15 -pisteet: _____ (tehdään tarvittaessa)

44. Mittaukset (haastattelija mittaa kohdat 1-6)

Hb: _____ (tarvittaessa)

RR istuen : _____

Tarvittaessa ortostaattinen RR: Maaten: _____ Seisten: _____

B-gluk: _____ Paastoarvo: kyllä ei

Käden puristusvoima: oikea _____ vasen _____

Paino: _____ (mahdollisuuksien mukaan)

45. Millaiseksi arvelette terveytenne muuttuvan lähivuosien aikana?

45.1 kohenee

45.2 jonkin verran kohenee

45.3 pysyy ennallaan

45.4 heikkenee jonkin verran

45.5 heikkenee paljon

D. Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista

46. Lääkehoito

46.1 selviydyttekö itse lääkehoidosta

46.2 tarvitsetteko apua, kuka avustaa?

46.3 lääkityksenne vaatii lisäselvittelyä, mitä? _____

Oletteko saaneet riittävästi opastusta lääkkeiden käytössä?

47.4 kyllä

47.5 en

47.6 en käytä lääkkeitä säännöllisesti

Reseptilääkkeiden määrä _____ kpl

Päällekkäisiä lääkkeitä kyllä ei

Mitä? _____

48. Aterian valmistus

48.5. selviydtekö itse aterian valmistuksesta

48.6. tarvitsetteko apua, kuka avustaa?

46. Selviydtekö seuraavista tilanteista?

	kyllä	apuvälinettä tai tukea käyttäen	en
49.1 Tuolilta/sängyltä ylös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.2 Liikkumisesta asunnossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.3 Kylvystä/suihkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.4 Saunaan menosta/saunomisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49.5 Ulos asunnosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.6 Portaat ylös toiseen kerrokseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.7 Pukeutuminen + Riisuutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.8.WC-asiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minkälaista apua tarvitsette? _____			

50. Selviydyttekö itsenäisesti seuraavista toiminnoista?

	kyllä	en
50.1 Apteekissa käynnistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.2 Kaupassa käynnistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.3 Pankkiasioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.4 Kevyistä kotitöistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(imurointi, tiskaus, pyykinpesu)		
50.5 Kodin pienet korjaukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.6 Raskaista kotitöistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ikkunan pesu, petivaatteiden tuuletus, mattojen tamppaaminen)		
Mitä apua tai apuvälineitä tarvitsette?		

51. Keneltä saatte apua tarvitessanne?

51.1 puolisolta

51.1 muulta omaiselta

51.2 lapselta/ lapsilta

51.3 ystäviltä/ tuttavilta

51.4 naapureilta

51.5 kunnan kotihoidosta

51.6 yksityiseltä yrittäjältä

51.7 muualta, keneltä? _____

51.8 *Millä tavalla otatte yhteyttä apua tarvitessanne?*

a. puhelimella b. käymällä c. muuten, miten?

52. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?

	säännöllisesti	silloin tällöin	en koskaan	ei ole käytössä
52.1 Lankapuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.2 Matkapuhelin (gsm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.3 Tietokone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.4 Sähköposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Oletteko kokenut jotain seuraavista viimeisen puolen vuoden aikana? (Voitte rastittaa useamman vaihtoehdon)

- 53.1 Muutto uuteen asuntoon / uudelle paikkakunnalle
- 53.2 Tapaturma (kaatuminen tms.)
- 53.3 Sairaus
- 53.4 Kuulon/Näön/Liikuntakyvyn nopea heikkeneminen
- 53.5 Lähiomaisen kuolema
- 53.6 Masentuminen
- 53.7 Omaisten/läheisten liiallinen puuttuminen asioihin
- 53.8 Pahoinpitely
- 53.8.1 henkinen
- 53.8.2 fyysinen

53.9 Mitään yllättävää ei ole tapahtunut

E. Kunnan palvelujen ja virkistystoiminnan tarpeet

54. Onko teillä henkilöä, joka avustaa palveluiden järjestämisessä?

54.1 kyllä , kuka? _____

54.2 ei

55. Mielenne palveluiden tarpeellisuudesta seuraavan vuoden aikana?

55.1 kotisairaanhoido

55.2 kotipalvelu

55.3 kauppapalvelu

55.4 ateriapalvelu

55.5 saunapalvelu

55.6 pyykkipalvelu

55.7 kuljetuspalvelu

55.8 siivouspalvelu

55.9 saatto/asiointiapu

55.10 turvapuhelin

55.11 senioriryhmät

55.12 päivätoiminta

55.12 lääkärin tarkastus

55.12 hoitajan vastaanottokäynti

55.12 fysioterapia

55.12 toimintaterapia

55.12 liikuntatoimi

55.12 hammashuolto

55.13 muu, mikä? _____

56. Oletteko tietoinen tukiasioista?

	kyllä	en
56.1 Kelan hoitotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.2 Asumistuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.3 Terveyspalv. asiakasmaksukatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.4 Kotitalousvähennys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.5 Toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.6 Kuljetustuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56.7 Koetteko tarvitsevanne lisää tietoa tukiasioita? Jos kyllä, niin millaista tietoa?

57. Mikä seuraavista seikoista on teille tärkein valitessanne palveluja, kun ikää tulee lisää?

(Rastittakaa vain yksi vaihtoehto)

57.1 Palvelujen hinta

57.2 Palvelujen laadukkuus

57.3 Ammattinsa osaava henkilökunta

57.4 Palvelujen saaminen kotiin

57.5 Joku muu, mikä _____

58. Haluatteko tuoda vielä jotain muuta esille?

Lahdessa _____ / _____ 20__

Haastateltavan allekirjoitus

Nimenselvennys

Haastattelijan allekirjoitus

Nimenselvennys

HAASTATTELIJAN HUOMIOT

Kartoittavalla kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

läheinen/omainen	haastateltava ottaa		haastatteliija ottaa	
	itse yhteyttä		yhteyttä	ottaa
yhteyttä				
4.1 lääkäriin ta:n aikuisvastaanotto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 kotihoitoon	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 kotihoidon fysioterapeuttiin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 tukipalveluihin		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				
4.5 apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 seurakuntaan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 Muuhun, mihin?				

Suositus lääkärin vastaanotolle: kyllä ei

Asiakkaat joilla on:

Hb alle 70

B-gluk 15 tai yli (varhainen aamu)

Lääkkeitä 15 tai yli

RR istuen yli 200/100, ei lääkitystä

Kaatuilevilla ja huimailevilla lisäksi ortostaattinen RR (ero yli 20)

ohje: maaten RR, seisotaan 2 min, seisten RR

Alle voi kirjata asiat joiden perusteella suositus laaditaan.

3. Kartoittavan kotikäynnin suorittaja ja puhelinnumero:

Kartoittavalla kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

<i>haastateltava ottaa itse yhteyttä</i>	<i>haastattelija ottaa yhteyttä</i>	<i>läheinen/omainen ottaa yhteyttä</i>
--	---	--

4.1 lääkäriin

4.2 ta:n aikuisvastaanotto

4.3 kotihoitoon

4.4 kotihoidon fysioterapeuttiin

4.5 tukipalveluihin

4.6 apuvälinetarpeen arviointiin

4.7 asunnon muutostöiden arviointiin

4.8 seurakuntaan

4.9 yksityiseen palveluntuottajaan

4.10 Muuhun, mihin? _____

Lämmin kiitos osallistumisestanne kartoittavien kotikäyntien ja samalla koko vanhustenhuollon kehittämiseen!

LIITE 2. Taulukko terveyden tilan arvioinnista miesten ja naisten välillä.

Määrä

Suku- puoli	Terveystila nyt?					Yht.
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Tyydyttävä	Melko huono	Huono	
mies	3	16	2	2	1	24
nainen	2	14	17	6	3	42
Yht.	5	30	19	8	4	66

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Khiin neliötesti	11.091 ^a	4	.026

LIITE 3. Taulukko oman terveyden tilan arvioinnista viime vuoteen verrattuna ja sen yhteydestä terveyden tilan muutoksen arviointiin lähivuosina.

Määrä		Terveydentila nyt verrattuna viime vuoteen					Yht.
		Paljon parempi	Vähän parempi	Jokseenkin samanlainen	Vähän huonompi	Paljon huonompi	
Kohenee	1	0	1	0	0	2	
Jonkin verran kohenee	0	0	0	1	1	2	
Pysyy ennallaan	0	4	15	4	0	23	
Heikkenee jonkin verran	1	3	16	12	2	34	
Heikkenee paljon	0	0	1	1	1	3	
Yht.	2	7	33	18	4	64	

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Khiin neliötesti	32.623 ^a	16	.008

LIITE 4. Taulukko oman terveydentilan kokemisesta ja liikunnan harrastamisesta.

Määrä

Liikunta	Oma terveydentila					Yht.
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Tyydyttävä	Melko huono	Huono	
Joka päivä	3	13	6	1	0	23
Joka viikko	2	11	8	2	0	23
Joka kuukausi	0	0	1	2	0	3
Kerran kolmessa kuussa	0	0	0	0	1	1
Harvemmin kuin kerran vuodessa	0	6	4	3	3	16
Yht.	5	30	19	8	4	66

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Khiin neliötesti	37.100 ^a	16	.002

LIITE 5. Taulukko tämän hetkisestä terveydentilasta ja terveydentilasta huolestuneisuudesta.

Määrä

Huolestuttaako jokin terveydentilassa?	Terveystila nyt					Yht.
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Tyydyttävä	Melko huono	Huono	
Ei	0	7	15	4	1	27
Kyllä	4	23	4	4	3	38
Yht.	4	30	19	8	4	65

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Khiin neliötesti	30.668 ^a	8	.000

LIITE 6. Taulukko sukupuolen vaikutuksesta kodin pienistä korjaustöistä selviytymiseen.

Määrä

		Kodin pienet korjaukset		Yht.
		kyllä	en	
sukupuoli	mies	21	4	25
	nainen	13	29	42
Total		34	33	67

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Khiin neliötesti	17.644 ^a	1	.000