

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Kaisa Eskola ja Noora Tiihonen

IKÄIHMISTEN KOTONA SELVIYTYMINEN JA PALVELUIDEN TARVE
ERÄÄN TAAJAMAN ULKOPUOLISELLA ALUEELLA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

ESKOLA, KAISA	Ikäihmisten kotona selviytyminen ja palveluiden tarve
TIIHONEN NOORA	erään taajaman ulkopuolisella alueella
Opinnäytetyö	57 sivua + 6 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Merja Laitoniemi
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy, Socom MontEri-hanke
Huhtikuu 2014	
Avainsanat	kotona selviytyminen, toimintakyky, elämänlaatu, palvelut, kolmas sektori

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä ei-hoidollisia palveluita erään Kaakkois-Suomen taajama-alueen ulkopuolella asuvat ikäihmiset kokevat tarvitsevansa selviytyäkseen kotona mahdollisimman pitkään. Tavoitteena oli tuoda esille tämän alueen ikäihmisten kotona selviytymistä ja palveluiden tarvetta sekä viedä heidän näkemyksiään eteenpäin kunnalle ja kolmannen sektorin palveluntuottajille.

Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimukseen osallistui kahdeksan kotona asuvaa ikäihmistä, jotka olivat iältään 75–88-vuotiaita. Heistä neljä oli miehiä ja neljä oli naisia. Tutkimusaineisto kerättiin loka–joulukuussa 2013. Aineiston analyysiin käytettiin sisällönanalyysiä.

Tuloksissa ilmeni, että asuntoon ja asuinympäristö oltiin pääasiassa tyytyväisiä ja olo koettiin turvalliseksi. Terveydentila ja liikuntakyky koettiin pääasiassa hyväksi. Tuloksissa tuli esille, että tutkittavat olivat aktiivisia liikkumaan ja he kokivat liikunnan edistävän terveydentilaansa ja toimintakykyään. Suurin osa tutkittavista suoriutui arkipäivän askareista itsenäisesti. Muutamat tarvitsivat kuitenkin apua tietyissä askareissa. Haastateltavilla oli hyvä sosiaalinen tukiverkosto, sillä he olivat säännöllisesti yhteydessä läheisiin tai tuttaviiin. Haastateltavien psyykinen toimintakyky oli pääasiassa hyvä ja he olivat tyytyväisiä elämäänsä. Tarvetta kolmannen sektorin palveluille ei koettu vielä olevan.

Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat yhteydessä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja selviytymiseen kotona. Tutkimuksen kohderyhmä oli hyväkuntoista eikä palveluille juurikaan ollut vielä tässä vaiheessa tarvetta. Palveluista on kuitenkin hyvä tiedottaa niille ikäihmisille, jotka eivät asu palveluiden läheisyydessä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

ESKOLA, KAISA

TIIHONEN, NOORA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

The Elderly's Daily Coping at Home and Requirement for

Services Outside one Urban Area

57 pages + 6 pages of appendices

Merja Laitoniemi, Senior Lecturer

the Centre of Expertise on Social Welfare in South-East,

Socom MontEri-Project

April 2014

Keywords

daily coping at home, ability to function, quality of life,

services, the third sector

The purpose of this study was to figure out what needs, other than nursing care, do the elderly living outside a certain urban area of southeast Finland require. The aim was to identify how the elderly living in this area cope with their daily life at home and what kind of need for services they have. The aim was also to forward their opinions to the municipal corporation and to the service providers of the third sector.

The study is a qualitative research and the research method used was a semi-structured theme interview. The data was collected by interviewing eight elderly people aged between 75 and 88, four of them were men and four were women. The material of the study was collected from October to December 2013. The data was analyzed by using content analysis.

The results revealed that the elderly were mainly satisfied with their apartments and their living area, in which they also felt safe. Their health and mobility were mainly good with the results showing that the examinees were physically active and that exercise helped them maintain their health. The majority of those questioned were able to cope with the daily activities, with few needing help with certain activities of daily living. The examinees had a good social network because they were regularly in contact with relatives and friends. The psychological functional capacity of the examinees was mainly good and they were satisfied with their lives. The research results suggest that there was not yet the need for services of the third sector.

The conclusion made is that the physical, psychological and social functional capacity is connected with the overall welfare and the daily coping at home. The study showed that the target group was in good health and there was not a need for the services of third sector at the current time. Nevertheless it is beneficial to provide information about services for the elderly who are not within reasonable reach of the services.

1	JOHDANTO	6
2	IKÄIHMISTEN KOTONA SELVIYTYMINEN	7
2.1	Toimintakyvyn vaikutus ikäihmisten kotona selviytymiseen	7
2.2	Fyysiset vanhenemismuutokset ja fyysinen elämänlaatu	10
2.3	Psyykkiset vanhenemismuutokset ja psyykinen elämänlaatu	14
2.4	Sosiaaliset vanhenemismuutokset ja sosiaalinen elämänlaatu	18
3	IKÄIHMISTEN ELÄMÄNLAATU JA ASUINYMPÄRISTÖN MERKITYS	22
3.1	Elämänlaadun näkökulmia	22
3.2	Ympäristön vaikutus elämänlaatuun ja kotona selviytymiseen	25
4	IKÄIHMISTEN PALVELUT JA KOLMAS SEKTORI	27
4.1	Palvelut ikäihmisten kotona asumisen mahdollistajina	27
4.2	Kolmas sektori käsitteenä	28
4.2.1	Vapaaehtoistyö	28
4.2.2	Sosiaali- ja terveysjärjestötoiminnan tärkeimmät tehtävät	29
4.2.3	Kuntien ja järjestöjen yhteistoiminnan muotoja	30
4.2.4	Kolmannen sektorin merkitys maaseudulla	31
4.3	Avun merkitys ikäihmisten hyvinvoinnille ja elämänlaadulle	32
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	33
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	34
6.1	Tutkimusmenetelmä ja haastattelulomakkeen laadinta	34
6.2	Kohderyhmä	36
6.3	Aineiston keruu	37
6.4	Aineiston analyysi	37
6.5	Tutkimuksen luotettavuus	39
7	TUTKIMUSTULOKSET	41
7.1	Asuminen ja ympäristö	41
7.2	Terveystila ja fyysinen toimintakyky	42
7.3	Kotona selviytyminen	42
7.4	Sosiaalinen verkosto	43

7.5 Psyykkinen toimintakyky ja elämänlaatu	44
7.6 Palvelut	45
8 POHDINTA	46
LÄHTEET	
LIITTEET	
Liite 1. Haastattelulomake	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteena on parantaa ikäihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyttä. Vanhustenhuollossa sekä ikääntyneiden kehitysohjelmissa ja strategioissa on päämääränä ikäihmisten kotona asumisen turvaaminen ja mahdollistaminen mahdollisimman pitkään. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan tavoitteeksi on asetettu, että kotona asuvien yli 75-vuotiaiden osuus on 91–92 prosenttia pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat. (STM 2008, 45.) Laitoksia puretaan ja kotona asumista pyritään tukemaan esimerkiksi kotihoidon ja muiden kotiin annettavien palvelujen kuten ateriapalvelun avulla. Palvelut keskittyvät yleensä kaupunkien keskustoihin, jolloin kauempana asuvat ihmiset ovat pitemmän matkan päässä palveluiden saatavuutta ajatellen. Taajama-alueen ulkopuolella ei yleensä ole niin paljon palveluita tarjolla ja välimatkat ovat monesti pitkät.

Ikääntyneiden määrä kasvaa seuraavien vuosikymmenten aikana. Tämän vuoksi kuntien poliittisten päättäjien ja johtajien on tunnistettava toimintaympäristön muutoksen suuntaa ja pohdittava keinoja, joilla ikääntyneille järjestetään palveluja laadukkaasti. Laatusuosituksella on tärkeä merkitys ikääntyneiden palvelujen kehittämisessä. Suositusten tavoitteena on, että ikäihmisten kokonaisvaltainen terveys ja hyvinvointi lisääntyisivät ja että palveluiden laatu sekä vaikuttavuus paranisivat. (STM 2008.) Ikäihmisten kokonaisvaltainen hyvinvointi koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Lisäksi kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin osana nähdään elämänlaadun osa-alueet ja asuinympäristö. Fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuu vanhenemismuutoksia kuten näön ja kuulon huononeminen, muistin heikkeneminen ja mielialan vaihtelut sekä muutokset ihmissuhteissa. Tyytyväisyys omaan asuntoon ja asuinympäristöön edistävät elämän mielekkyyttä. Nämä kaikki asiat vaikuttavat ikääntyneiden kotona selviytymiseen ja elämänlaatuun.

Kotona asumista edistettäessä kotona asumisen tuki- ja avopalvelut ovat tärkeitä. Kunnat ja yhteistoiminta-alueet ovat vastuussa siitä, että ikäihmisille järjestetään palveluita. Ne vastaavat palveluiden laadusta, joita ovat itse tuottaneet tai hankkineet muilta palveluntuottajilta. Suositusten avulla kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat kehittää ikäihmisten palveluita pitkäjänteisesti, paikkakohtaisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Yhteistyötä tehdään järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palveluntuottajien kanssa. Suositus korostaa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteis-

työtä ja pitää tärkeänä sitä, että lisätään kuntalaisten, asiakkaiden ja omaisten osallistumismahdollisuuksia. (STM 2008.)

Monien kuntien yhdistymisten myötä palvelut keskittyvät kuntien keskusta-alueille, minkä takia nähtiin tarpeelliseksi tutkia taajaman ulkopuolista aluetta. Välimatkat ovat pitkät ja siitä syystä palveluiden ja avun saanti on hankalampaa. Opinnäytetyön aihe tuli Kaakkois-Suomen osaamiskeskuksen (Socomin) kautta. Heillä oli suunnitelmissa käynnistää MontEri-hankkeeseen liittyvä vanhustyön pilotti, jossa tarkoituksena oli tutkia erään alueen ikäihmisten palveluiden tarvetta kolmatta sektoria hyödyntäen. Pilottia ei kuitenkaan käynnistetty käytännön tasolle, mutta opinnäytetyöaiheena se vaikutti mielenkiintoiselta ja erittäin ajankohtaiselta. Socom sekä eräs Kaakkois-Suomen kaupunki haluavat hyödyntää tutkimuksesta saatuja tuloksia palveluidensa kehittämiseen tulevaisuudessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä ei-hoidollisia palveluita erään taajama-alueen ulkopuolella sijaitsevan paikan yli 75-vuotiaat ikäihmiset kokevat tarvitsevänsä, jotta kotona asuminen mahdollisimman pitkään onnistuisi. Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille tämän alueen ikäihmisten kotona selviytymistä ja palveluiden tarvetta sekä viedä heidän näkemyksiään eteenpäin kunnalle ja kolmannen sektorin palveluntuottajille.

2 IKÄIHMISTEN KOTONA SELVIYTYMINEN

2.1 Toimintakyvyn vaikutus ikäihmisten kotona selviytymiseen

Toimintakyky käsitteenä voidaan määritellä monella tavoin eri tutkimuksista riippuen. Erään viitekehysten mukaan toimintakyky vaihtelee ikääntymismuutosten ohella muun muassa siten, miten toimintakyvyn eri osa-alueita kehitetään ja pidetään yllä toiminnan avulla. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään (Heikkinen, Heikkinen, Kauppinen, Laukkanen, Ruoppila & Suutama 1990, 2.) Maailman Terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan toimintakyky on yläkäsite, joka koostuu seuraavista asioista: kehon toiminnot, kehon rakenteet, suoritukset ja osallistuminen. Toimintakyky tarkoittaa yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien ympäristö- ja yksilötekijöiden välillä olevien vuorovaikutusten myönteisiä piirteitä. (WHO & Stakes 2004.)

Kotona asuminen on ikäihmisille nykypäivänä heidän oma tahtonsa. Moni ikäihminen haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään. Nykyinen vanhuskäsitys korostaa myös kotona asumista ja ennaltaehkäiseviä toimia sen tukemiseksi. Kotona asuessaan vanhus saa olla vapaasti ja kotiympäristössä korostuu itsemääräämisoikeus. Kotona selviytymisen tukeminen on hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite. (Vaarama 2002, 100; Voutilainen 2007, 29; STM 2008.) Terveyttä ja toimintakykyä pidetään kotona asumisen mahdollistajina ja muun muassa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista korostaa kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 13.§). Toimintakyky mahdollistaa ikäihmisen kotona asumisen, koska toimintakyvyn ylläpito niin fyysisestä psyykkisestä kuin sosiaalisesta näkökulmastakin tukee, vahvistaa ja luo edellytyksiä selviytyä kotona mahdollisimman pitkään (Välikangas, 2006, 26).

Ikäihmisten kotona selviytymiseen vaikuttaa heidän toimintakykynsä, johon liittyvät selviytyminen päivittäisistä askareista sekä toimintakyvyn fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli sekä ympäristö, mitkä ovat yhteydessä toisiinsa (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 154; Laatikainen 2009, 7). Kotona selviytymiseen kuuluu olennaisena osana selviytyminen päivittäisistä askareista, jotka on jaoteltu päivittäisiin perustoimintoihin ja asioiden hoitamiseen liittyviin toimintoihin. Päivittäisiä perustoimintoja, joita ikäihminen tarvitsee selviytyäkseen kotona, ovat syöminen, pukeutuminen, liikkuminen ja peseytyminen. Asioiden hoitamiseen liittyviin toimiin kuuluu kodin ulkopuoleinen asiointi ja kotiaskareet. (Voutilainen 2009, 125.)

Artikkelissa ”Eldstemann” 102-vuotias Roald kertoo itsestään. Hän asuu omassa huoneistossa toisessa kerroksessa neljän hengen asumisyksikössä. Roald syö ja nukkuu hyvin. Kotihoito käy aamuisin ja iltaisin häntä auttamassa. Hoitajat hoitavat haavat sekä pukevat ja riisuvat sukat. Kahden viikon välein kotihoito pesee lattiat. Lapset hoitavat ruokaostokset. Muuten hän pärjää itse. Roald on senioreiden oikeistopuolueen jäsen, hän laittaa itse ruokaa, siivoaa, ruokkii lintuja, pesee vaatteensa ja lukee sanomalehteä. Hän kertoo, ettei osaa olla paikoillaan, vaan touhuaa aamusta iltaan jotta-kin. (Wien 2014, 16–17.)

Fyysisen toimintakyvyn ongelmat kotona asumisessa liittyy fyysisiin rajoituksiin kuten huonoon liikuntakykyyn tai tasapainovaikeuksiin. Tasapainovaikeudet voivat joh-

taa kaatumisiin, mitkä ovat yhteydessä sairastuvuuteen ja laitostumiseen ja uhkaavat näin iäkkäiden kotona asumista. Myös näkö- ja kuulovaikeudet vaikuttavat ihmisen jokapäiväiseen elämään. Fyysisen toimintakyvyn ongelmista kivut ovat yksi selviytymistä vaikeuttava tekijä. Kivut voivat johtaa siihen, ettei ikääntynyt pysty huolehtimaan itsestään, tai jos tarvitsee paljon eri lääkkeitä, voi se aiheuttaa myös haittavaikutuksia mikä omalta osaltaan vaikeuttaa kotona selviytymistä. (Laatikainen 2009, 8.)

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä vaikutuksia kotona asumisessa ovat erilaiset negatiiviset tunteet kuten turvattomuus, toivottomuus ja yksinäisyys, jotka heikentävät mahdollisuuksia asua kotona. Negatiivisten tunteiden tunteminen ja yksinäisyys voivat johtaa masennukseen, joka voi johtaa fyysiseen passivoitumiseen ja sosiaalisten suhteiden vähenemiseen. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueista taas tukiverkoston puute ja sosiaalisten suhteiden vähyyt voivat ennakoita heikkoa kotona selviytymistä, koska silloin iäkkäiden on vaikea saada apua. Palveluiden tarvetta lisää iäkkäillä yksinasuminen ja omien tukihenkilöiden puute. (Laatikainen 2009, 9–10; Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31.) Laatikaisen tutkimuksessa 2009, jossa haastateltiin 16 kunnan SAS-ryhmän jäseniä vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta ilmeni, että yksinäisyys ja pitkät välimatkat ovat erityisesti maaseudun ongelmia. (Laatikainen 2009, 25).

Kotona selviytymiseen vaikuttaa fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä ympäristö. Laatikaisen tutkimuksen mukaan tekijät, jotka vaikeuttavat ikäihmisten kotona selviytymistä, voivat johtua sairauksista, psykososiaalisista ongelmista, asuinympäristöön liittyvistä ongelmista sekä muista ongelmista kuten heikosta ravitsemuksesta. Tutkimuksen mukaan nämä tekijät ovat yhteydessä toisiinsa. (Laatikainen 2009, 20.)

Marja Vaaraman tutkimuksessa vuonna 2004 tarkastellaan, miten 75 vuotta täyttäneiden koettu terveys, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä ympäristön esteettömyys edistää ja estää heidän kotona selviytymistä 21 kunnassa. Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden arkipäiväiselle selviytymiselle fyysisellä ja psyykkisellä terveydellä, sosiaalisilla verkostoilla ja asunnolla sekä lähiympäristöllä on merkittävä vaikutus. Saatujen tulosten mukaan hyvä elämänhalu kaksinkertaisti ja hyvä koettu terveys kolminkertaisti hyvän toimintakyvyn todennäköisyyden niihin, jotka kokevat

terveytensä huonoksi. Koettu yksinäisyys taas vähensi 71 prosenttia hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä. (Vaarama 2004, 140–146.)

2.2 Fyysiset vanhenemismuutokset ja fyysinen elämänlaatu

Fyysinen toimintakyky voi olla vain jonkin yksittäisen elimen ja elinjärjestelmien toimintaa. Fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen voidaan katsoa kuuluvan myös elimistön toiminnallinen kyky selviytyä tehtävistä, jotka edellyttävät fyysistä ponnistelua ja sille asetetut tavoitteet. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu hengitys- ja verenkiertoelimistö sekä tuki- ja liikuntaelimistö. (Rissanen 1999, 31.) Fyysinen toimintakyky koostuu ruumiillisista toiminnoista ja rakenteista ja myös niissä ilmenevistä tilapäisistä tai pysyvistä ongelmista. (WHO & Stakes 2004). Raution mukaan fyysisen toimintakyvyn osa-alueet ja niiden indikaattorit ovat: lihasvoima (esimerkiksi käden puristusvoima), hapenottokyky (esimerkiksi sydämen ja verisuoniston tehokkuus, lihasten kyky hapenkäyttöön), havaintomotoriikka (esimerkiksi reaktio- ja liikeaika, tasapaino), nivelliikkuvuus (esimerkiksi olkanivelen fleksio), kehon koostumus (lihasmassa, luun tiheys, rasvamassa) (Rautio 2006, 15).

Fyysisen toimintakyvyn vanhenemismuutoksista on paljon tietoa. Enemmistö tutkimuksista on poikittaistutkimuksia, jolloin eri-ikäisiä ihmisiä on tutkittu samana aikana. Tällöin tulokset eivät kuvaa aitoa vanhenemisprosessia, minkä takia pitkittäistutkimukset ovat tarpeen. Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että fyysisen toimintakyvyn vanhenemismuutokset vaihtelevat paljon eri ihmisten välillä. (Heikkinen 1997, 11.) Fyysisiä muutoksia tapahtuu verenkiertoelimistössä, hengityselimistössä, kuulossa, näössä, muissa aisteissa, havaintomotoriikassa, hermostossa, ruuansulatuselimistössä, luustossa, nivelissä ja lihaksissa. Lisäksi voidaan puhua hairaus-raihnausoireyhtymästä. (Pohjalainen 1995, 16–20.)

Sydämen maksimisykkeen aleneminen, iskuilavuuden pieneneminen ja sydänlihaksen supistusvoiman heikkeneminen ovat suurin vanhenemismuutos sydämessä ja verenkiertoelimissä. Näistä muutoksista seuraa sydämen suorituskyvyn aleneminen iän myötä. Yksi verisuonissa tapahtuva muutos vanhetessa on valtimoiden seinämien jäykistyminen. Tämä on seurausta muutoksista, joita valtimoiden seinämissä olevissa sidekudoksissa tapahtuu. Lisäksi ääreisverenkierto muuttuu huonommaksi ja verimäärä, jota eri elimet saavat, pienenee. (Pohjalainen 1995, 17–18.) Sydämen ja koko verenkiertoelimistön toiminnan heikkeneminen ei ole yhtä nopeaa heillä, jotka ovat koko

ikänsä ylläpitäneet kuntoaan ja olleet fyysisesti aktiivisia (Koskinen, Aalto, Hakonen, Päivärinta 1998, 94).

Hengityselimistön huomattava vanhenemismuutos on keuhkorakkuloiden pinta-alan pieneneminen. Sen lisäksi hiusverisuonet vähenevät, rintakehän joustavuus alenee ja hengityselimien voima heikkenee. Näiden muutosten seurauksena kaikki hengitystoiminta alenee. Vanhetessa hengitysteiden värekarvojen määrä vähenee ja toiminta heikkenee. Keuhkoputket eivät puhdistu enää niin kuin aiemmin. Ikäihmisillä maksimaalisen hapenkulutuksen mittaaminen on vaikeaa, sillä heillä voi olla sydänsairauksia tai alentunut sydämen suorituskyky. Luotettavia tutkimustuloksia hyvin vanhoilta ikäihmisiltä on saatu vähän. (Pohjalainen 1995, 18.)

Ikäkuulo tarkoittaa sellaisia kuuloaistin muutoksia, joita syntyy iän myötä ilman mitään erityisen sairautta. Ikäkuuloon kuuluu kuulokynnyksen huononemisen lisäksi muita kuuloaistin toimintaan liittyviä häiriöitä. (Sorri & Huttunen 2008, 159.) Kuulo-ongelmat kasvavat, kun ikää tulee. Kuulo vanhana heikkenee monesti hitaasti ja huomaamatta. Sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rappeutuminen ovat syynä huonokuuloisuuteen. (Eloranta & Punkanen 2008, 11.) Suomalaisessa tutkimuksessa (Uimonen ym., 1999) on tutkittu asiaa ja tutkimuksen mukaan joka kuudes 55-vuotias kärsii lievästä kuuloviasta. Noin kahdella viidestä 65-vuotiaista ja kahdella kolmesta 75-vuotiaista on myös lievää kuulo-ongelmaa. Ikäihmisen kuuloon vaikuttavat aikaisemmat korvasairaudet ja mahdolliset tekijät, jotka ovat vaurioittaneet sitä. (Sorri & Huttunen 2008, 159–160.) Huonokuuloisuus, joka liittyy ikään, alkaa korkeiden äänien kuulemisen vaikeutena. Lisäksi puheen erottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuu iän myötä. Ymmärtämisvaikeuksia esiintyy erityisesti silloin, kun monia ääniä kuuluu samaan aikaan. (Pohjalainen 1995, 20.)

Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksissa melkein joka toisen eläkeiässä olevan ihmisen kuulo oli heikentynyt. 75–84-vuotiaista yli puolet ja 85 vuotta täyttäneistä yli 90 % kärsivät heikentyneestä kuulosta. Kuulolaitteen yleisyys lisääntyi selvästi yli 75-vuotiailla. Joka neljäs 85 vuotta täyttänyt mies ja joka viides nainen kertoi omistavansa apuvälineen, joskaan kaikki eivät säännöllisesti sitä käyttäneet. (Aromaa & Koskinen 2002, 78,117.)

Tavallinen iän myötä ilmenevä näkömuutos on ikänäköisyys eli lähelle tarkentaminen vaikeutuu. Muutokset voivat liittyä silmien väliaineiden samentumiin, verkkokalvon

tai näköratojen vaurioihin tai jopa aivovaurioihin. Ikänäköisyyttä voidaan havaita 45 vuoden iän paikkeilla, joskus myös aiemmin tai myöhemmin. (Hyvärinen 2008, 170–171.) Silmän mykiön mukautumiskyky heikkenee. Myös hämäränäkö ja silmien hämärään tottumiskyky huononee. (Kan & Pohjola 2012, 29–30).

Terveys 2000 -tutkimuksessa havaittiin, että näköön liittyvät ongelmat kasvoivat huomattavasti 75. ikävuoden jälkeen. Näkövaikeudet hättäsivät muun muassa sanomalehdenlukua. Ongelmia kokivat varsinkin eläkkeellä olevat naiset. Syynä tähän saattaa olla riittämätön tai puutteellinen valaistus. Vaikeudet sanomalehden lukemisessa ovat kuitenkin vähentyneet 20 vuoden aikana paljon. Ihmisillä on oikeanlaiset silmälasit ja muita näön apuvälineitä. Lisäksi kaihileikkausten yleistymisen on ollut syynä ikäihmisten näön paranemiseen. (Aromaa & Koskinen 2002, 117.) Silmätautien professori Anja Tuulosen mukaan harmaakaihi, glaukooma, silmänpohjan rappeuma ja diabeettinen silmäsairaus lisääntyvät ikääntymisen myötä. (Seppänen 2009, 1433).

Ihminen kykenee aistimaan muutoksia, joita hänen omassa elimistössään tai ympäristössään tapahtuu. Ikääntymisellä on vaikutusta tähän. Kosketustunto ja värinätunto alenevat. Näiden lisäksi heikkenevät myös tasapainoaisti ja koordinaatio. (Koskinen ym. 1998, 93.) Hajuaisti heikkenee vanhetessa, mikä vaikuttaa ruoan maun aistimiseen. Lisäksi makuaistin kyky erottaa makuja vanhetessa kasvaa jonkin verran, mutta eri maut erotetaan siitä huolimatta. (Eloranta & Punkanen 2008, 11.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että havaintomotorisen järjestelmän toimintanopeus on iäkkäämmillä ihmisillä matalampi verrattuna nuorempiin. Tästä syystä havaintomotorisen nopeuden alenemisen on katsottu olevan yksi vanhenemismuutosten peruspiirteistä. Vanhenemiseen liittyvä hidastuminen liittyy jokaiseen havaintomotorisen tehtävän osavaiheeseen. Tällöin hidastumisen vaikutus on huomattava monimutkaisissa tehtävissä, joissa yksittäisten osavaiheiden määrä on suuri. Havaintomotorista nopeutta on tutkittu esimerkiksi tutkimalla kuinka nopea käden tai sormen liike on testiärsyksen havaitsemisen jälkeen. (Era 1997, 50.)

Keskushermosto ja ääreishermosto ovat hermoston osa-alueet. Hermosoluja ei muodostu enää syntymän jälkeen, mutta niitä tuhoutuu koko ajan. Seurauksena aivojen paino alkaa vähentyä 50 ikävuoden jälkeen. Myös aivojen tilavuus pienenee ja isojen aivojen kuorikerros ohenee. Välittäjäaineiden toiminnassa tapahtuu muutoksia. Nämä aineet ovat vastuussa viestien kuljettamisesta aivoissa hermosolusta toiseen. Muutok-

sia on havaittavissa ääreishermostossa. Hermojen kyky viestien kuljettamiseen heikkenee, minkä seurauksena reaktioaika pienenee. (Koskinen ym. 1998, 92–93.)

Ruuansulatuselimistön vanhenemismuutoksia ovat muun muassa suun limakalvon heikkeneminen ja syljen erityksen väheneminen. Limakalvojen haurastuminen voi vaikeuttaa varsinkin kuivan ruoan nielemistä. Ummetusta esiintyy ikääntyneillä paljon. (Koskinen ym. 1998, 94.) Mahalaukun tyhjeneminen hidastuu ja sen laajenemiskyky alenee, jonka seurauksena kylläisyyden tunne tulee nopeammin. Myös mahalaukun suolahapon erityks vähenee, mikä voi heikentää kalsiumin ja raudan imeytymistä. Lisäksi ohutsuolen imeytymispinnan väheneminen vanhetessa lisää tätä vaikutusta. (Eloranta & Punkanen 2008, 11–12.)

Luulle on tyypillistä luun määrän väheneminen ja rakenteen heikkeneminen iän myötä. Jo 35–40 vuoden iässä saattaa tätä muutosta tapahtua vähitellen. Muutokset ovat paremmin huomattavissa 50. ikävuoden jälkeen, varsinkin naisilla silloin kun estrogeenin tuotanto vähenee ja luun hajoaminen lisääntyy. Luun menetys vaikuttaa olevan naisilla yleisempää kuin miehillä. (Suominen 2008, 102–103.) Tyypillistä on myös nikamien kasaan puristuminen ja luiden murtuminen helpommin. Nivelet jäykistyvät vanhenemisen myötä. Tämä on seurausta nivelnesteeseen määrän vähenemisestä ja sidekudoksen määrän lisääntymisestä. (Pohjolainen 1995, 19.)

Lihasten rakenteessa tapahtuu huomattavia muutoksia ikääntyessä. Lihassoluihin kerääntyy solujen aineenvaihdunnan tuotetta, mikä haittaa solun toimintaa ja voi lopulta aiheuttaa sen kuoleman. Lihasmassan tilalle muodostuu rasvaa ja sidekudosta. Sidekudoksen määrä kasvaa niin soluissa kuin niiden välissäkin. Lisäksi lihasten supistusvoima alenee. (Pohjolainen 1995, 19.) Poikittaistutkimusten (Borkan ym. 1983, Young ym. 1984, 1985 ym.) mukaan lihasmassan huippu on 20–25-vuotiaana, jonka jälkeen se vähenee asteittain. Lihaksissa tapahtuvat muutokset rakenteessa ja massassa heikentävät lihasten suorituskykyä ikääntyessä. (Suominen 1997, 29–30.) Lihassoima heikkenee 50 ikävuoden jälkeen noin 1 %:n vuotta kohden. Toimintakyvylle siitä on haittaa vasta 80 vuoden iässä, koska alenema on silloin jo iso. Heikkeneminen voi joutua monesta tekijästä, mutta esimerkiksi sairauksilla ja hormonaalisilla muutoksilla on osuutta asiaan. Myös hermolihasjärjestelmässä tapahtuu muutoksia, joilla on lihasvoimaan alentava vaikutus. Lihasmuutoksia tutkitaan entistä enemmän. (Rantanen 2005, 200.)

Hairaus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) on vanhuusiän ongelma. Se on tila, jossa henkilön yleinen terveys on huono ilman, että sitä voisi suoraan liittää johonkin diagnosoi- tuun sairauteen. Monesti hairaus-raihnaus-oireyhtymässä on havaittavissa painonlas- kua ja laihtumista. Toimintakyky alenee, ja sen taustalla on useiden elinjärjestelmien reservien vähentyminen. Heikentynyt liikuntakyky ja alentunut lihasvoima ovat HRO:n tunnusmerkkejä. Hairaus-raihnaus-oireyhtymällä katsotaan olevan yhteyttä toiminnanvajavuuteen, sairastavuuteen ja laitoshoitoon. (Pohjolainen & Salonen, 237.)

Suurimmalla osalla 75–85-vuotiaista on kaksi tai kolme sairautta samaan aikaan, jotka ovat haitaksi toimintakyvylle ja vain harva 85-vuotias on säästynyt pitkäaikaissairau- delta. Sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja myös dementiasai- raudet ovat alle 85-vuotiailla ihmisillä ne sairaudet, jotka haittaavat yleisimmin toi- mintakykyä. (Niemelä 2011, 9.)

Fyysisen elämänlaadun ulottuvuus koostuu ihmisen oman toimintakyvyn ylläpitämi- sestä ja itsenäisestä selviytymisestä. Fyysisen elämänlaadun ulottuvuudessa korostuu, kuinka iäkkäät ihmiset käyttävät jäljellä olevia voimavarojaan jokapäiväisessä elämäs- sä. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja jäljellä olevien voimavarojen hyödyntä- minen ovat tärkeitä arjen sujumiselle ja sitä kautta elämänlaadulle. Iäkkään toiminta- kyvyn ylläpitäminen ja edistäminen kuten hyvän asumisen tukeminen ja liikuntakyvyn säilyminen vaikuttavat itsenäiseen selviytymiseen, omaan pystyvyyden tunteeseen se- kä elämänlaatuun. (Räsänen 2011, 75.) Luoman mukaan hyvää fyysistä elämänlaatua ylläpitävät hyvä terveys, kivuttomuus, tarmokkuus, hyvä liikuntakyky ja riittävä apu (Luoma 2009, 80).

2.3 Psykkiset vanhenemismuutokset ja psyykinen elämänlaatu

Käsitteenä psyykinen toimintakyky on moninainen (Rissanen 1999, 35). Käsitteen määrittely ei ole vielä vakiintunut. Psyykinen toimintakyky käsittää kaikki toiminnot, joita tarvitaan tiedon käsittelyssä (kognitiiviset toiminnot). Näitä toimintoja ovat ha- vaintotoiminnot, muistitoiminnot, esimerkiksi mieleen painaminen, mielessä säilyttä- minen ja mieleen palauttaminen, oppiminen, ajattelu, kielelliset toiminnot, ongelman- ratkaisu ja päätöksenteko. Kognitiivisten toimintojen lisäksi psyykkiseen toimintaky- kyyn kuuluvat metakognitiot, joilla tarkoitetaan yksilön omia käsityksiä, tietoja ja ar- viointeja omista havainto-, muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminnoista. (Ruoppila 2002, 119–120.) Myös toiminnan tavoitteet sekä tarpeet, arvostukset, asenteet, odotukset ja

normit, jotka ovat toiminnan tavoitteiden taustalla, kuuluvat psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen. Persoonallisuus, luonteenpiirteet ja minäkäsitys ovat lisäksi tärkeitä osatekijöitä. Yksilön psyykkinen hyvinvointi tai terveys on osa psyykkistä toimintakykyä. Kaikki edellä mainitut psyykkisen toimintakyvyn eri osa-alueet ovat jatkuvassa yhteydessä toisiinsa. (Ruoppila & Suutama 2003, 159.)

Seuruututkimusten mukaan kognitiivisten toimintojen vanhenemismuutokset alkavat eri aikoina ja niiden suuruudella on eroa sen mukaan, minkälaisesta tiedonkäsittelyn toiminnasta on kyse. Vanhenemismuutoksia näkyy ensimmäisenä tehtävissä, joissa vaaditaan uuden oppimista ja suoritusnopeutta. Vasta yli 70 vuoden iässä vanhenemismuutoksia näkyy esimerkiksi kielitaidossa. Kognitiiviset toiminnot voivat heikentyä monen sairauden seurauksena. Tällaisia sairauksia ovat mm. keskushermostosairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja mielialaongelmat. Lukuun ottamatta Alzheimerin tautia, ennaltaehkäisemällä ja hoitamalla tällaisia sairauksia pidetään yllä psyykkistä toimintakykyä sekä hidastetaan kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Siitä huolimatta, että tiedetään niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat kognitiivisten toimintojen heikentymistä, tunnetaan toistaiseksi vähän siitä, millaisia ehtoja on kyseisten toimintojen säilymiseen tai kehittymiseen myöhemmässä iässä. (Heikkinen 2002, 123–124.) Psyykkisten ja fyysisten toimintojen välinen vuorovaikutus on tiivis. Iäkkään ihmisen ollessa fyysisesti vaikeasti sairas, kärsii usein samalla psyykkinen toimintakyky. Myös päinvastaista voi esiintyä. Syvästä masennuksesta voi seurata toimintakyvyttömyyttä, minkä seurauksena fyysinen kunto heikkenee myös. (Koskinen ym. 1998, 102.)

Älykkyyttä ja iän välistä suhdetta on tutkittu poikkileikkaustutkimuksella ja pitkittäistutkimuksella. Tulokset voivat vaihdella riippuen siitä, kumpaa tutkimustapaa on käytetty. Poikkileikkaustutkimuksessa koottiin informaatiota monista alle 74-vuotiaista ihmisistä, jolloin älykkyyden huippu näytti sijoittuvan 20–25 ikävuoteen. Kun siirryttiin vanhempiin ikäryhmiin, tulokset heikkenivät merkittävästi, ja vanhempien suoritukset olivat jo huonoja. Myöhemmin tutkijat ovat tehneet pitkittäistutkimuksia, joissa samoja ihmisiä seurattiin monen vuoden ajan. Tällöin huomattiin, että suurin osa älyllisistä kyvyistä pysyi melko muuttumattomina pitkin aikuisiän, monissa kyvyissä huomattiin jopa parannusta aina myöhäiseen keski-ikään asti. Tänä päivänä ajatellaan, että älykkyys heikkenee vasta 75–80 ikävuoden jälkeen. Eri kykyjen välillä on myös

suuria eroavaisuuksia. Päätelykyky heikkenee, kun ikää tulee lisää. Kielellinen kyky sen sijaan kehittyy vielä vanhuudessakin. (Koskinen ym. 1998, 102–103.)

Tänä päivänä melko yleinen käsitys on, että muistin huomattava heikkeneminen on yksi olennainen osa vanhenemista. Toisen käsityksen mukaan taas viisautta lisääntyy iän myötä. Sensorista muistia (aistien avulla hankitun tiedon hetkellinen pitäminen varastossa ennen työstämistä muistikuvaksi tai katoamista) ja iän välistä suhdetta ei ole paljoa tutkittu eikä selviä yhteyksiä ole löytynyt. Primaari muisti (tietoa säilytetään muistissa vain vähän aikaa) ja työmuisti kuuluvat lyhytkestoiseen muistiin ja niiden yhteydellä ikään on eroa. Vaikutuksia, joita muistitoimintoja rappeuttavilla sairauksilla on, ei näy primaarissa muistissa. Sen sijaan työmuistissa, joka on ajallisesti ja määrällisesti erittäin rajallinen, ikääntymismuutokset ovat selkeämpiä. Työmuistin (jossa samanaikaisesti säilytetään ja prosessoidaan uutta sekä aiempaa tietoa) toiminta hidastuu ikääntyessä. Muistiin, jonka taidot ja tavat on käytettävissä ilman tietoista ponnistelua, normaali vanheneminen vaikuttaa vain vähän. Kielelliset- ja asiatiedot, jotka on nuoruudessa opittu hyvin ja tallennettu muistiin, säilyvät vanhemmiten sitä paremmin, mitä enemmän niitä käytetään. Episodinen muisti eli tapahtumamuisti heikkenee selvästi iän myötä. Tapahtumamuistin heikkenemisessä kuten muissakin muistin muutoksissa on isoja eroja yksilöiden välillä. Prospektiiviseen muistiin (ennakkomuistiin) iällä on vähemmän vaikutusta kuin episodiseen muistiin. (Suutama 2008, 193–194.)

Vanhetessa muistiin tallentaminen ja mieleen palauttaminen vaikeutuu. Se, miten vanheneminen vaikuttaa kaikkiin muistin eri puoliin, on samansuuntainen, vain sen voimakkuus vaihtelee merkittävästi. Muistissa tapahtuvat muutokset, jotka liittyvät normaaliin vanhenemiseen, eivät myöhäisemmissäkään ikävaiheissa tee mahdolliseksi arjessa selviytymistä. Vakavammassa heikentymisessä, joka iän mukana yleistyy, on kyse patologisten tilojen vaikutuksesta. (Suutama 2008, 195.)

Ikäihminen oppii erilalla kuin nuori. Asia on ymmärrettävä syvällisesti, jotta sen oppii. Eläkkeellä oleva ihminen oppii helpommin kokonaisuuksia kuin irrallisia yksityiskohtia. Uusi tieto täydentää aina aiemmin opittua. Vanhana oppiminen on sitä helpompaa, mitä enemmän on opiskellut ja käsitellyt tietoa nuorempaan. (Koskinen ym. 1998, 104.)

Kun yritetään ymmärtää vanhan ihmisen persoonallisuutta, on olennaista että ihmisen koko elämänsä otetaan huomioon tarkastelussa. Yksilön persoonallisuus kehittyy

yhteisvaikutuksella ympäröivään maailmaan ja toisiin ihmisiin. Ei voida sanoa, että iäkkään persoonallisuudelle olisivat tyypillisiä tietyt seikat. Ihminen on vanhana myös yksilöllinen ja ainutkertainen. Useat tekijät, jotka selittävät elämäntilannetta, ovat sen sijaan ikääntyville ihmisille yhteisiä. Ne ovat sellaisia muutoksia, joihin ihminen ei itse pysty vaikuttamaan. Persoonallisuuden kehitystehtävä, joka kuuluu vanhuuteen, on oppia hyväksymään fyysinen heikkeneminen ja löytää mieleisiä asioita, jota fyysinen heikkeneminen ei estä. (Koskinen ym. 1998, 107.) Aktiivisuus on mielenterveydelle suotuisampaa kuin passiivisuus. Kulttuurilla ja yhteiskunnalla on paljon vaikutusta siihen, minkälaiset yksilölliset ominaisuudet ja toimintamallit ovat mielenterveyden ylläpitämisen kannalta parhaimpia. Hyvän vanhenemisen taustalla on riittävä tyytyväisyys elettyyn sekä nykyiseen elämään, ei niinkään tietynlainen persoonallisuuden rakenne tai elämäntapa. (Saarenheimo 2003, 98–100.)

Psyykkinen elämänlaatu liittyy henkiseen hyvinvointiin ja kykyyn nauttia elämästä. Siihen liittyy myös toimintakyky ja psyykkinen ikääntyminen. Psyykkistä elämänlaatua ylläpitävät muun muassa sopeutuminen omaan ikääntymiseen, mielen voimavarat, joihin liittyy tunteiden hallinta, elämän tarkoituksellisuuden kokeminen, negatiivisten tunteiden vähyys, aktiivisuus ja tyytyväisyys hoitoon. (Luoma 2009, 79.) Psyykkisen elämänlaadun ulottuvuus korostaa, kuinka on tärkeää nauttia elämästä ja säilyttää hallinnan tunne (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Luoma 2009, 79). Hyvä psyykkinen toimintakyky sisältää tunteiden, ajatusten ja toiminnan hallinnan, jota voivat heikentää masennuksen, pelon ja ahdistuksen mukanaan tuomat oireet ja niihin liittyvät kielteiset tunteet. Jotta mieli- ja tunne-elämä ovat tasapainossa, on tärkeää kokea arvokkuutta, tyytyväisyyttä, hyvää oloa ja elämänhallintaa. (Räsänen 2011, 76.)

Ikäihmisten tunteiden kokemista on tutkittu vähän. Ikäihmisten tunteet saattavat olla intensiivisempiä ja pitkäkestoisempia kuin nuorempien tunteet. Jotkin empiiriset tutkimukset (esimerkiksi Diener, Sandvik & Larsen 1985; Levenson ym. 1991) ovat kuitenkin osoittaneet, että tunteiden intensiteetti vähenee iän myötä. Tutkijat ovat myös esittäneet olettamuksia, että vanhoilla ihmisillä tunne-elämää hallitsisivat enemmän negatiiviset kuin positiiviset tunteet. Voidaan todeta, että tunteiden kokeminen, ilmaiseminen ja tulkitseminen säilyvät vanhetessa melko muuttumattomana. (Saarenheimo 2003, 101–102.)

Ihmisen käsitys omasta itsestään on toiminnan sekä koko olemassaolon kannalta tärkeää. Kun ihminen on vuorovaikutuksessa ja toiminnassa toisten kanssa, syntyy minäkuva. Se, millainen minäkuva ihmisellä on, muodostuu nuorena ja se pysyy melko samana melkein läpi aikuisiän. Vanhuudessa sekä omassa itsessä tapahtuvat muutokset voivat vaikuttaa kielteisesti ihmisen käsitykseen itsestään. Myös sillä on vaikutusta ikääntyvän ihmisen minäkuvaan, miten kulttuuri vanhuuteen suhtautuu. Jos ajatellaan että ikäihmiset ovat hyödyttömiä, voi ikäihmisen olla vaikea säilyttää myönteinen minäkäsitys itsestään. (Koskinen ym. 1998, 108.)

Elämän tarkoituksellisuudella tarkoitetaan halua järjestää ja löytää tasapaino omalle olemassaololle. Se, että elämän kokee tarkoitukselliseksi, kehittyy vaihe vaiheelta elämän aikana. Merkityksellisyyden tunteen katsotaan olevan melko pysyvä. Eri ikäluokkien poikittaistutkimuksissa (Reker ym. 1987) havaittiin, että elämän merkityksellisyyden tunne kasvaa iän myötä, ja oli voimakkaimmillaan yli 75-vuotiaiden ryhmässä. Vanhemmiten elämän tarkoituksellisuuden kokeminen säilyy melko muuttumattomana. Kuitenkin sisältö ja myös yksilön arvo- ja uskomusmaailma muuttuu. (Lampinen 2004, 31.)

Ennen vanhuus on nähty menetyksinä, joiden seurauksena stressi ja avuttomuuden tunne lisääntyvät. Tuoreiden pitkittäistutkimusten myötä tämä käsitys on muuttunut. Ikääntyneiden elämänhallinta ei kärsi elämän merkittävien käännekohtien seurauksena. Ikääntyneiden elämänhallintakeinot ovat monipuolisempia ja yksilöllisempiä kuin mitä on aiemmin luultu. Ikäihmisillä on monia sekä sisäisiä (elämänkokemus, kypsyys, persoonallisuus) että ulkoisia (esimerkiksi korkea koulutustaso ja hyvä taloudellinen asema, sosiaalinen verkosto) voimavaroja, joita he käyttävät kohdatessaan raskaita elämäntilanteita. (Koskinen ym. 1998, 109–110.)

2.4 Sosiaaliset vanhenemismuutokset ja sosiaalinen elämänlaatu

Yhteisö, kyky olla vuorovaikutuksessa ja kyky toimia kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn käsitteeseen. Eri yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten ehtojen vaikuttaessa sekä ihmisen kasvun ja kehityksen aikana muotoutuu sosiaalinen toimintakyky. Jotta voi toimia sosiaalisessa kentässä, ei kukaan ihminen, joka elää yhteisössä, voi olla aivan ilman sosiaalista toimintakykyä. Sosiaalinen käsite koostuu ihmisen koko inhimillisestä olemassaolosta, hänen suhteestaan toisiin ihmisiin. (Heikkinen 1990, 45.) Sosiaalinen toimintakyky jakautuu kahteen osaan. Nämä kaksi osa-aluetta ovat ihminen vuo-

rovaikutussuhteessaan ja aktiivisena toimijana sekä osallistujana omassa yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Rissanen 1999, 40.) Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä toimia ja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Siihen kuuluvat paitsi henkilön ihmis-suhteet (omaiset ja ystävät) myös sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen. Tämän lisäksi käsitteeseen liittyvät vastuu läheisistä ihmisistä ja elämän mielekkyys. Myös kotona tai kodin ulkopuolella olevat harrastukset yksin tai muiden kanssa ovat osa sosiaalista toimintakykyä. (STM 2006.)

Sosiaalisen toimintakyvyn vanhenemismuutokset eivät ole yhtä tarkasti määriteltävissä kuin fyysinen ja psyykinen toimintakyky. Tarkasteltaessa vanhuutta ja vanhene-mista sosiaalinen toimintakyky laajentaa tarkastelua yksittäisestä ikääntyvästä ja erit-telee yksilön itsensä, hänen ympäristönsä ja yhteiskunnan välistä suhdetta. Sosiaalinen vanheneminen tarkoittaa sitä, että ihmisen asemassa yhteiskunnassa tapahtuu muutok-sia. (Kan & Pohjola 2012, 19.) Eläkkeelle päästyään ihminen vetäytyy työelämästä. Kun ikää tulee, luovutaan monesti erilaisista yhteiskunnallisista luottamustoimista se-kä järjestöistä. Perheessä muututaan vanhemmasta isovanhemmaksi ja isoisovanhem-maksi. Fyysisen kunnon heikkeneminen voi muuttaa harrastustottumuksia. Sosiaali-nen vanheneminen voi olla myös uusi mahdollisuus. Ikäihmisillä on hallussaan elä-mänkokemusta ja tietoa. Näin ollen niin henkisten kuin muiden voimavarojen vapau-tumisen mahdollisuudet kasvavat. Ikäihmisen viisaus, elämänkokemus, elämänhallinta ja muistot ovat merkittäviä voimavaroja. Ihminen kokee tärkeäksi myös sen, että hän jättää jotain itsestään jälkeensä. Erilaiset menetykset ja siirtymiset kuuluvat myös vanhuuteen. Se, että ihminen vanhenee ja elää vanhana yhteiskunnassa toisten kanssa vuorovaikutuksessa, luo raamit sosiaaliselle toimintakyvylle. Yhteiskunnallisilla asi-oilla on merkitystä siihen, minkälaiseksi vanheneminen ja vanhuus muodostuvat. Ikäihmisillä on vaikutusta ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan. (Koskinen ym. 1998, 118.)

Yksilön subjektiiviset käsitykset omasta käytöksestä eri tilanteissa kehittyvät, kun ikää tulee lisää. Lisäksi tietoisuus omasta pätevyydestä on osa persoonallisuuden kehitystä. Ikääntyessään ihminen oppii tuntemaan omia rajojaan ja mahdollisuuksiaan ja voi muuttaa käyttäytymistään näiden havaintojensa perusteella. Vanheneminen ei vähennä sellaisia sosiaalisia taitoja, jotka ovat pohjana muiden sietokyvylle, itsensä tuntemi-seen ja ihmistuntemukseen. (Heikkinen 1990, 46.) Minäkuva voi haavoittua helposti, jos ikäänäytynyt huomaa olevansa tarpeeton ja riippuvainen toisten mielipiteistä. Olo voi

tuntua epäpätevältä ja arvottomalta jos huomaa, ettei selviä arkielämässä yhtä hyvin kuin ennen. Heikentynyt itsetunto saa aikaan sen, että huonot sosiaaliset taidot tuntuvat vielä huonommilta. (Suni 1995, 45.)

Myös vanhoilla ihmisillä on monia tarpeita. Näitä tarpeita ovat mielekäs ja tarkoitukseenmukainen elämä, ystävyysuhteet ja virkistystoiminta, yksityisyys, oman elämän hallinta, ihmisarvoinen elämä sekä kuolema. Tärkeät ihmissuhteet, seksuaalisuuden ilmaiseminen sekä oman roolin toteuttaminen perheessä ja yhteisössä kuuluvat myös tarpeisiin. On tärkeää, että ikäihmisten ympärillä on ymmärtäväisiä, huomaavaisia ja kuuntelevia ihmisiä. Lisäksi vanhusten ihmisarvon kunnioitus, oikeus yksityisyyteen ja tarve itsemääräämisoikeuden säilyttämiseen ovat tärkeitä asioita. Ei tarvita välttämättä kuin yksi kielteinen kokemus, joka aiheuttaa sen, että ikäihminen vetäytyy omiin oloihinsa. (Suni 1995, 45.)

Ikääntynyt ihminen voi joutua lähes joka päivä huomaamaan, että yhteiskunnan vaatimukset ovat liian korkeat yksilöllisen selviytymisen kannalta. Sen takia ikääntynyt saattaa kohdata toistuvia, useita epäonnistumisen kokemuksia. (Suni 1995, 44.) Vanhenemiseen ja vanhuuteen vaikuttaa myös ihmisen ammatti. Sosiaalinen tausta näkyy esimerkiksi sairauksien eroissa ihmisen elämän loppuun asti. Oman sosiaaliryhmän ominaisuudet kulkevat ihmisen mukana. Keskustelun perusteella voi esimerkiksi päätellä, onko henkilön syntyperä karjalaista, savolaista, hämäläistä vai pohjalaista. Eri-alaisten sosiaalisten instituutioiden toiminta, normit ja odotukset ovat usealla tavalla määrittäviä ja jaksottavia tekijöitä siinä, millainen ikääntyneiden asema on ryhmänä. Lisäksi ne rakentavat yksittäisen vanhuksen elämäntulkua. Sosiaalisilla laitoksilla on sääntöjä esimerkiksi eläkeiästä ja työvoimaan kuulumisesta. Näillä säännöksillä muutetaan ihmisten oikeuksia, velvollisuuksia ja esimerkiksi eläke-etuuksia. Samalla syntyy rajoituksia. Yhteiskunnan laitokset erottelevat kansalaisia ikään, fyysiseen toimintakykyyn, ja sukupolveen perustuen. (Koskinen ym. 1998, 119–121.)

Hyvä sosiaalinen verkosto tukee ikääntyneen voimavaroja, lisää tunnetta yhteisyydestä ja turvallisuudesta. Sosiaalisen verkoston kautta tulee mahdolliseksi myös vastavuoroinen vuorovaikutus. Yksinäisyys ja fyysisen heikentymisen seurauksena muodostuva avuttomuuden tunne ovat syynä ikääntyneiden ihmisten mielenterveyden alenemiseen. Sosiaaliseen verkostoon kuuluvat perheenjäsenet, sukulaiset, ystävät, naapurit ja harrastustutut. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31). Jos ikääntynyt on hyvin

riippuvainen ulkopuolisesta avusta, kaventuu hänen elämänpiirinsä lähellä oleva ympäristöön, kotiin, omaan huoneeseen tai sänkyyn. Sekä virallinen (vanhuspalvelut) että epävirallinen (ystävät, sukulaiset) verkosto ovat ikääntyneelle yhä tärkeämpiä, kun toimintakyky heikkenee. (Kan & Pohjola 2012, 21.) Hyvät sosiaaliset suhteet siis edistävät terveyttä ja suojaavat riskeiltä. Hyvä psyykkinen ja fyysinen terveys ja alentunut kuolemanriski ovat toimivan sosiaalisen verkoston seurauksia. Ikääntyneen sosiaalisessa verkossa tapahtuu muutoksia. Ikäihmiset menettävät samanikäisiä ystäviään ja jäävät leskeksi. Perheenjäsenten määrä sen sijaan voi kasvaa. Ikäihmisen luotettuna henkilönä voi olla lapsi tai lapsenlapsi. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 71.)

Eri tutkimukset (Jylhä 1985; Heikkinen 1987; Heikkinen 1990) osoittavat, että ikääntyneiden sosiaaliset kontaktit vähenivät, kun toimintakyky ja terveys huonontuivat ja ikää tuli lisää (Rissanen 1999, 41). Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -hankkeessa (2001–2003) saatiin tuloksia sosiaalisesta verkostosta ja osallistumisesta: Tuttavia kävi kylässä joka päivä haastatelluista noin 7 % luona, viikoittain 38 % luona ja kuukausittain 22 % luona. Harvoin tuttavilla kävi kylässä 30 % luona haastateltavista ja ei koskaan 3,4 %. Naisten luona tuttavilla kävi hieman useammin kylässä kuin miesten. Useimmat haastatelluista olivat puhelimitse yhteydessä tuttaviansa päivittäin ja viikoittain. Naiset olivat miehiä useammin yhteydessä puhelimitse tuttaviin. Kolmannes haastateltavista tapasi läheisiään joka päivä ja vajaa puolet viikoittain. Kaksi haastateltavaa ei tavannut läheisiään koskaan ja 84 henkilöä tapasi harvoin. Kodin ulkopuolella tapahtuvaan vapaa-ajan toimintaan osallistui vain vähän haastatelluista päivittäin, reilu viidesosa viikoittain, vajaa viidennes kuukausittain, reilu neljäsosa harvoin ja vajaa neljännes ei koskaan. (Häkkinen & Holma 2004, 44–45.)

Sosiaalinen elämänlaatu liittyy vahvasti sosiaaliseen toimintakykyyn, mutta on myös yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisessa elämänlaadussa korostuu sosiaaliset suhteet, vuorovaikutus muihin ihmisiin, osallistuminen ja sosiaaliset roolit sekä aktiviteetit. (Luoma 2009, 80; Räsänen 2011, 77–78.) Sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa ikäihmisten elämän tyytyväisyyteen, hyvinvoinnin kokemukseen, henkiseen jaksamiseen ja elämänlaatuun (Räsänen 2011, 78).

3 IKÄIHMISTEN ELÄMÄNLAATU JA ASUINYMPÄRISTÖN MERKITYS

3.1 Elämänlaadun näkökulmia

Ikäihmisten hyvinvointia tarkastellaan nykyisin kokonaisvaltaisesti, johon liittyy toimintakyky, terveys, voimavarat sekä elämänlaatu. Ikäihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin osana elämänlaatu on tärkeä ottaa huomioon. Elämänlaadulla ei ole yhtä yksittäistä määritelmää, koska se merkitsee eri asioita eri ihmisille. Elämänlaatuun voidaan yhdistää tutkimusten mukaan elämän mielekkyys, terveys, sosiaaliset suhteet, aineellinen hyvinvointi, viihtyisä elinympäristö sekä suhtautuminen omaan toimintakykyyn, hoitoon ja palveluun. (Vaarama 2002, 11.)

Vaaraman (2002) mukaan elämänlaatua voidaan tarkastella neljän kokonaisuuden kautta, joita ovat elämän mahdollisuudet ja edellytykset, elämän mielekkyys ja omien voimavarojen käyttö, ihmisen sisäiset laatutekijät sekä elämän ulkoiset laatutekijät. Elämänlaatu on laaja käsite, joka sisältää kaiken tarpeellisen, jotta ihminen voi hyvin. (Vaarama 2002, 12.) Tutkimusten mukaan ikäihmisten elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä ovat hyvä terveys, fyysinen hyvinvointi, kognitiivinen toimintakyky, aktiivinen elämänote, elinympäristö, sosiaalinen verkosto ja osallistuminen sekä tyytyväisyys elämään. (Räsänen 2011, 47; Vaarama 2002, 12).

Samat tekijät nousivat tärkeiksi myös Vaaraman, Luoman ja Ylösen tutkimuksessa. He tutkivat vuosina 1998–2004 yli 65-vuotiaiden omia näkemyksiä terveydestään, toimintakyvystään, avun saannista ja tarpeista sekä elinoloistaan ja elämänlaadustaan. Tutkimus osoitti, että ikäihmiset kokivat elämänlaatuunsa vaikuttavan hyväksi koetun terveyden, fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten suhteiden. Myös ympäristöllä oli merkitystä elämänlaadulle. Tutkimuksessa suurin osa osallistuneista koki elämänlaatuunsa hyväksi. Tutkimuksessa valtaosa koki olevansa tyytyväinen asuntoonsa ja elinympäristöönsä. Tutkimuksen mukaan koettu terveys ja fyysinen toimintakyky ovat parantuneet vuosina 1998–2004, vaikka haittaava kipu on yleistä ja vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Psyykkinen hyvinvointikin oli valtaosalla hyvä, mutta joka kymmenes tunsu olonsa yksinäiseksi. Sosiaaliset suhteet koettiin tärkeiksi ja ne säilyvät korkeaan ikään. (Vaarama ym. 2006, 108–129.)

Elämänlaatu liitetään hyvän vanhenemisen käsitteeseen. Hyvän vanhenemisen resurssit ovat hyvä terveys, fyysinen hyvinvointi, kognitiivinen toimintakyky sekä aktiivi-

nen elämänote. Hyvään elämään sisältyneen elämänlaadun ulottuvuuksina nähdään terveys, ystävät, kokemus onnellisuudesta ja läheiset sekä turvattu toimeentulo. (Huusko & Pitkälä 2006, 9.) Vuoden 2004 tutkimuksen jälkeen iäkkäiden elämänlaatua tutkittaessa on satu selville, että olennaisia riskitekijöitä iäkkäiden elämänlaadulle ovat yksinäisyys, masennus, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, pienituloisuus sekä palveluiden saatavuuteen liittyvät ongelmat sekä tyytymättömyys palveluihin. (Vaarama ym. 2010, 163). Elämänlaatua kohentavista tekijöistä vanhemmissa ikäryhmissä (70–79 ja 80+) puolestaan korostuvat tyytyväisyys terveydentilaan ja läheisiltä sekä ystäviltä saatu tuki (Vaarama ym. 2010, 133).

Vaaraman (2004) tutkimuksessa on listattu asioita, joiden avulla ikääntyneiden hyvinvointia ja elämänlaatua on mahdollista tukea. Tutkimuksen mukaan kotona asumisen tukemisen avaimet ovat: *1) Yksinäisyyden lieventäminen, 2) terveyden edistäminen, 3) toimintakyvyn ja vireyden ylläpitäminen, 4) taloudellinen turvallisuus, 5) asuinympäristöjen esteettömyyden lisääminen, ja 6) julkisten palvelujen antaminen tarvetta vastaavasti.* (Vaarama 2004, 161.) Kotona asumisen tukemisessa ja itsenäisen elämän turvaamisessa tärkeitä asioita ovat myös toimiva asumis-, lähipalvelu- ja liikennepäristö, teknologian tuomat mahdollisuudet sekä ennaltaehkäisevä toiminta (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31).

Elämänlaadun käsite on moniulotteinen ja siihen liittyy subjektiivinen ja objektiivinen näkökulma. Ulkoisesti havaittavat tekijät ja muuttujat kuten tulotaso sekä terveys ja toimintakyky kuuluvat elämänlaadun objektiivisen näkökulman arviointiin. Subjektiivinen elämänlaatu eli koettu elämänlaatu rakentuu elämään tyytyväisyydestä, omien tarpeiden tyydyttämisestä, psyykkisestä hyvinvoinnista, ja siitä miten ihminen näkee oman itsensä sekä onnen tunteesta. Elämänlaadun kokemiseen voivat vaikuttaa myös psykologiset tekijät kuten masennus ja yksinäisyys. (Räsänen 2011, 70.)

Elämänlaadun subjektiivinen näkökulma korostaa henkilökohtaista tyytyväisyyttä omaan elämään kun taas objektiivinen elämänlaatu korostaa mitattavia hyvän elämän ehtoja. Elämänlaatu ei ilmenny vain terveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin kautta vaan sitä ilmentävät niin oma tyytyväisyys jokapäiväiseen elämään kuin ulkoiset aineelliset edellytyksetkin. (Heinola & Luoma 2007, 37.) Tämä tarkoittaa sitä, että yksilön elinympäristöä ja elinmahdollisuuksia muovaavista asioista riippumatta hänen elämänlaadun kokemustaan määrittävät oma arvio elämästään ja sosiaalisesta tilan-

teestaan. Näin ollen hänen elämänlaatunsa määräytyy hänen omien objektiivisten elinolojensa ja subjektiivisen arvionsa vuorovaikutuksesta. (Vaarama ym. 2010, 127–128; Räsänen 2011, 67.) Ihminen on tyytyväinen vähään ja sopeutuu olemassa olevaan todellisuuteen, jos objektiiviset elinolot ovat huonot (Huusko & Pitkälä 2006, 11). Vaaraman mukaan yksilö arvioi elämänlaatuaan seitsemän ulottuvuuden kautta, joita ovat terveys, tuottavuus, intiimiys, turvallisuus, materiaallinen hyvinvointi, yhteisöllisyys ja emotionaalinen hyvinvointi (Vaarama ym. 2010, 127–128; Huusko & Pitkälä 2006, 12).

Kun elämänlaatu määräytyy tyytyväisyydestä elämään ja toimintakyvyn ja ympäristön rajoitteista on tärkeä huomioida toimintakyvyltään huonokuntoiset ikäihmiset. Ikäihmisten elämämpiiri kapenee, mitä enemmän he tarvitsevat ulkopuolista apua. Ikäihmisten elämänlaadun tukemisessa ja edistämisessä tärkeitä tekijöitä ovat ihmisen kokonaistilanteen ja toimintakyvyn arviointi sekä säilyneiden voimavarojen ja kykyjen tunnistaminen sekä tukeminen. (Heinola & Luoma 2007, 42.)

WHO määritteli 1948 terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. WHO:n elämänlaatu käsite sisältää ihmisen oman kokemuksen terveydentilastaan sekä sairauksien ja hoidon vaikutuksen ihmisen omaan toimintakykyyn ja fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen hyvinvointiinsa. (Luoma 2009, 74; Huusko & Pitkälä 2006, 12.) WHO:n mallissa elämänlaatuun vaikuttaa yksilön, yhteiskunnan ja kulttuurin vuorovaikutus (Räsänen 2011, 71). WHO on kehittänyt myös elämänlaadun mittarit WHOQOL-100 -mittarin ja siitä lyhyen version WHOQOL-Bref. Mittareihin sisältyvät osa-alueina niin fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen kuin ympäristöulottuvuuskin. Mittareita voidaan käyttää tutkittaessa elämänlaatua väestötasolla ja kansainvälisesti. (Vaarama ym. 2010, 128–129.)

Elämänlaatu, joka liittyy terveyteen, määritellään yksilön oman terveydentilan ja sekä terveyden ja siihen liittyvän hyvinvoinnin kokemuksesta. Terveysteen liittyvää elämänlaatua tarkastellaan ihmisen omasta sairauden kokemuksesta ja sen vaikutuksista yksilöön. Hoidon ja vaikuttavuuden mittaaminen ja arviointi on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisen keskeinen tavoite ja näin ollen sairastavan ihmisen terveyteen pyritään vaikuttamaan lieventämällä ihmisten sairaudesta johtuvaa kärsimystä ja vähentää sairaudesta johtuvia oireita. (Huusko & Pitkälä 2006, 10–14.)

Powell Lawton kehitti elämänlaadun mallin. Powell Lawtonin elämänlaadun malli sisältää yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen. Lawtonin mukaan elämänlaatu muokkautuu vuorovaikutussuhteessa, koska toiminnan ja ympäristön välillä tulee olla tasapaino, ja näin ollen on tärkeää, että ikääntyneen ihmisen elinympäristö muuntuu ihmisen tarpeiden mukaiseksi. Lawtonin mallissa elämänlaatu käsittää ihmisen oman kokemuksen hyvinvoinnistaan ja terveydentilastaan. Lawton jakoi elämänlaadun ulottuvuudet psyykkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen sekä ympäristöön liittyvään ulottuvuuteen ja koettuun elämänlaatuun. (Luoma 2009, 74–75 ; Räsänen 2011, 71–73.)

3.2 Ympäristön vaikutus elämänlaatuun ja kotona selviytymiseen

Ympäristön merkitys ikäihmisten elämänlaatuun on merkittävä. Lawton (1991) korostaa mallissaan ympäristön ja yksilön välistä vuorovaikutusta. Lawtonin mukaan ympäristö on tärkeä elämänlaadun tuottajana, koska ikäihmisten jokapäiväiseen elämään, osallistumiseen ja asumiseen vaikuttavat ympäristötekijät kuten kodin turvallisuus ja hallittavuus. Tämän takia on tärkeää, että koti on tehty vastaamaan ikäihmisen yksilöllisiin tarpeisiin ja odotuksiin. (Räsänen 2011, 80–81.)

Vaaraman, Luoman ja Ylösen (2006) tutkimustulosten mukaan joka viidennen ikääntyneen itsenäistä selviytymistä vaikeuttavat puutteellinen asuinympäristö tai asunto. Ikäihmisten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä ja hyvän elämänlaadun todennäköisyyttä yli 80-vuotiailla lisää esteetön asuinympäristö ja asunto. (Vaarama ym. 2006, 127.) Myös Vaaraman, Siljanderin, Luoman ja Meriläisen tutkimuksessa (2010) käy ilmi ympäristön antaman tuen tärkeys ikäihmisille. Tutkimuksen mukaan ympäristön antama tuki koostuu siitä, että palvelut ovat saatavilla, niitä on riittävästi ja, että ne kohdentuvat oikein. Tärkeää on myös ympäristön esteettömyys, ympäristön sosiaalinen ja psyykinen tuki sekä hyvä taloudellinen tilanne. (Vaarama ym. 2010, 163.)

Samoja ympäristöön liittyvän elämänlaadun ylläpitämisen tärkeitä tekijöitä listaa teoksessaan myös Luoma (2009). Hän listaa teoksessaan ympäristöön liittyvän elämänlaadun ylläpitämisen tärkeiksi tekijöiksi asuinympäristön toimivuuden ja esteettömyyden, siisteyden ja hyvän ilmanlaadun, lähipalveluiden toimivuuden ja esteettömyyden, riittävän hoivan ja tukipalvelut sekä hoidon ja palvelun vastaavuuden ikäihmisten tarpeisiin. (Luoma 2009, 82.)

Merkittävin ympäristö kotona asuvan iäkkään hyvinvoinnin kannalta on ihmisen oma koti sekä palvelut ja toimintamahdollisuudet sisältävä lähiympäristö (Elo 2008, 94). Koti on ympäristönä fyysinen paikka, joka on osa ihmisen elettyä ja koettua elämää. Marinin mukaan koti on merkityksellinen paikka, jossa arjen rutiinit ovat osa ihmisen identiteettiä ja näin yhdistävät asunnon ja minän kodiksi, mikä edistää pysyvyyden ja jatkuvuuden tunnetta. (Marin 2003, 39–40.) Koti mahdollistaa ikääntyneiden omaehtoisesta ja yksilöllisestä elämästä yhteisöllisyyden kautta ja tässä korostuvat asumisratkaisut ja rakennettu ympäristö (Välikangas 2006, 39). Jotta ikäihmisen elinympäristö on toimiva, täytyy asumiseen liittyvissä ratkaisuissa huomioida elämäntavat, subjektiivinen hyvinvointi ja hallinnantunteen säilyminen sekä toimintakyvyn aleneminen (Välikangas 2006, 13). Vaaraman (2004) mukaan joka kolmannen ikääntyneen avun tarvetta voidaan vähentää asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyttä parantamalla ja korjaamalla puutteellisia asuntoja (Vaarama 2004, 185).

Asuinympäristön puutteet ovat yhteydessä kotona selviytymiseen. Kun ikääntyneen fyysinen toimintakyky huononee, korostuu asuinympäristön merkitys. Huonontunut fyysinen toimintakyky on suhteessa asuinympäristöön ja näin ollen iäkkään toimintakykyä arvioidessa on otettava huomioon elinympäristö. Maaseudulle tehtyjen tutkimusten mukaan liikenneyhteydet ovat ongelmana syrjäseuduilla. Syrjäseuduilla välimatkat ovat pitkät ja, jos esimerkiksi naapureita ei ole ollenkaan, iäkkäät voivat elää sosiaalisten kontaktien ulkopuolella. Syrjäseudulla asuminen voi myös olla raskasta kotitöiden tekemisen vuoksi ja vaatia hyvää fyysistä toimintakykyä. Näin ollen ympäristö voi asettaa erilaisia haasteita ikäihmisille. (Laatikainen 2009, 11.)

Vaaraman, Luoman ja Ylösen (2006) tutkimukseen osallistuneista esteettömissä asunnoissa ja asuinympäristöissä asui valtaosa eli 83 prosenttia. Tutkimuksen mukaan kuitenkin noin joka viides kokee asunnossaan olevan haittoja ja puutteita, jotka liittyvät yleisimmin hankaliin portaisiin, korkeisiin kynnyksiin ja puuttuviin hisseihin. Vajaa kymmenesosa kärsi pesutilojen puutteellisuudesta ja puutteellisista keittiöistä melkein yhtä moni. (Vaarama ym. 2006, 111.) Vaaraman (2004) tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan liikuntaesteitä sisältävissä asunnoissa elävillä toimintakyvyn ongelmien riski on kaksinkertainen verrattuna esteettömissä asunnoissa eläviin ja itsenäisten asioiden sekä kodin hoidon ongelmassa asuinympäristön liikuntaesteisyys on ensimmäinen tekijä, joka niihin altistaa (Vaarama, 2004, 185).

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostetaan turvallisuutta, esteettömyyttä ja viihtyvyyttä laadukkaan fyysisen ympäristön kriteereinä, mitkä edistävät ikäihmisten toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä. Esteettömyyttä ja turvallisuutta voidaan parantaa kodissa tehtävillä muutostöillä tai erilaisilla apuvälineillä erityisesti terveydentilan ja liikuntakyvyn heikentyessä. (STM 2008, 40; Elo 2008, 94–95). Apuvälineiden avulla ikäihminen voi asua kotonaan kauemmin, koska omatoimisuus, turvallisuus ja arkielämän jatkuvuus edistyy apuvälineiden avulla. Toimintakyvyn säilymistä tukee omatoiminen liikkuminen esimerkiksi tehden päivittäisiä askareita. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 29–30.) Laatusuositusten (2008) mukaan panostamalla turvallisuuteen ja esteettömyyteen mahdollistetaan itsenäinen suoriutuminen omien voimavarojen mukaan, omien elämäntapojen jatkuvuus sekä itsemääräämisoikeus ja osallisuus silloinkin kun saadaan palveluja kotiin (STM 2008, 40).

4 IKÄIHMISTEN PALVELUT JA KOLMAS SEKTORI

4.1 Palvelut ikäihmisten kotona asumisen mahdollistajina

Ikääntyvän kotona asumisen mahdollistaa itsenäinen tekeminen ja oma kyky itse määrätä omista asioistaan. Toimintakyvyn heikentyessä ihminen tarvitsee kotona asumisen tueksi palveluja, jotka mahdollistavat kotona asumisen ja tuen kotona asumiseen. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31.) Vaaraman, Luoman ja Ylösen (2006) tutkimukseen osallistuneista noin joka toinen 75 vuotta täyttäneistä oli erilaisten kotona asumista helpottavien tukipalvelujen tarpeessa. 80 vuotta täyttäneistä kodinhoitoon ja henkilökohtaisiin toimiin apua tarvitsi noin 30 prosenttia ja intensiivistä apua noin 20 prosenttia. (Vaarama ym. 2006, 128.)

Ympäristöministeriön rahoittaman selvityksen mukaan kotona asumisen tukemisessa ja asukaslähtöisen ympäristön kehittämisessä kunnilla ja yhdistyksillä on tärkeä tehtävä. Kotona asumisen mahdollisuuksia edistää kolmannen sektorin palvelut, joihin kuuluvat järjestö-, säätiö- ja organisoitu kansalaistoiminta. Sosiaalibarometrin (2003) mukaan julkisen sektorin ja järjestöjen yhteistyöllä on mahdollista kehittää palvelumuotoja kuten varhaisen tuen palveluita, ammatillista työtä, vapaaehtoistoimintaa ja vertaistuen muotoja. (Välikangas 2006, 11; Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31.)

Ikäihmisten kotona asumista tukee muun muassa sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen liittyvät palvelut kuten kyläyhdistysten järjestämät palvelut, jotka tukevat omaehtoista toimintaa ja ylläpitää sosiaalisia verkostoja. Julkinen sektori, yksityiset palveluntuottajat sekä kolmas sektori voivat järjestää myös erilaisia päivätoimintoja, jotka tukevat psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Myös erilaiset eläkeläisjärjestöt ja kuntien omat kulttuuri- ja liikuntapalvelut järjestävät toimintaa, mikä tukee ikääntyneiden toimintakykyä ja vireyttä heidän kanssaan toimien. Psyykkistä toimintakykyä tukee seurakunnissa järjestettävä hengellinen työ. Keskeisiä palveluita kotona asumisen kannalta ovat myös kauppa-, posti-, pankki-, apteekki-, sairaanhoito-, koti-, liikenne-, liikunta- ja kulttuuripalvelut. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31–33.)

4.2 Kolmas sektori käsitteenä

Laajassa kansainvälisessä Johns Hopkins -ryhmässä on määritelty kolmas sektori tai voittoa tavoittelematon sektori. Kolmannen sektorin määritelmä on rakenteellisesti operationaalinen. Tähän määritelmään kuuluu viisi peruskriteeriä, joita ovat: rakenteellisuus, yksityisyys, voittoa tavoittelematon jakaminen, itsehallinnollisuus ja vapaaehtoisuus. Kolmas sektori voidaan määritellä myös muulla tavoin. Kolmas sektori tarkoittaa jäännöstä niistä toiminnoista, joissa määrittävinä tekijöinä eivät toimi muodollinen pakko eivätkä taloudellisen voiton tavoittelu tavaroiden ja palvelujen vaihdossa. Vapaaehtoissektorit on muodostettu yhteisistä aatteista ja eduista. Tietynlainen julkinen luonne ja jonkinlainen organisaatiomuoto ovat niille ominaista. Niiden rakentamiseen ja purkamiseen ei tarvita viranomaisten päätöstä. Vapaaehtoinen jäsenliittyminen ja henkilöjäsenyys jossain muodossa ovat ominaista niiden perustalle. Yksityinen taloudellinen voitto ei ole tavoitteena. (Helander 1998, 53, 62–63.) Kolmas sektori asettuu julkisen ja yksityisen sektorin väliin (Hänninen, Kangas & Siisiäinen 2003, 38).

4.2.1 Vapaaehtoistyö

SPR:n ystäväpalvelu, seurakuntien lähimmäispalvelu ja vanhusjärjestöjen omaistointi ovat yleisimmät vapaaehtoistoiminnan muodot. Kunta, seurakunta tai järjestö on vastuussa vapaaehtoistoiminnan organisoimisesta. (Nyholm & Suominen 1999, 55.) Vapaaehtoistyöllä voidaan tukea ikäihmisten hyvinvointia. Tarvitaan tietoa siitä, minkälainen merkitys vapaaehtoistyöllä on vapaaehtoistyöntekijöille. Vapaaehtoistyö

on auttamis- ja tukitoimia, joita tehdään henkilön tai yhteisöjen hyväksi. Siitä ei makseta rahallista palkkiota. Vapaaehtoistyö on hyödyksi toimintaan osallistuville henkilöille, sitä ohjaavalle taholle, yhteisöille ja yhteiskunnalle. Vapaaehtoistyö lisää ikääntyneiden tyytyväisyyttä elämään. (Räihä, Äyräväinen, Rantakokko, Lyyra & Rantanen 2012, 224.)

Vapaaehtoistyöllä on uusia odotuksia. Näitä odotuksia ovat esimerkiksi erilaiset kotona selviytymistä tukevat tehtävät kuten pienet korjaukset, lumenluonti, asiointiapu ja ulkoiluttaminen. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sairaus vaikuttavat siihen, että apua tarvitaan. Ikäihminen voi tarvita apua esimerkiksi kotitöissä, liikkumisessa, asiainnissa, talon hoidossa, seurapidossa tai henkilökohtaisessa avustamisessa. Omaishoiva on monesti tärkein tuki ja apu, jonka ikääntynyt saa. Naapurit, sukulaiset, ystävät, kotipalvelun ja sairaanhoidon työntekijät sekä vapaaehtoiset auttajat ovat omaisten lisäksi sellaisia henkilöitä, joilta kotona asuva ikääntynyt saa tarvitsemansa avun. Organisoimaton, epävirallinen keskinäinen tuki ja vapaaehtoinen apu ovat omasta tahdosta olevaa naapurin tai ystävän auttamista. Aika, esimerkiksi tasavertaiseen keskusteluun, kahvitteluun tai ulkoiluun, on merkittävin asia mitä lähimmäinen, ystävä tai tukihenkilö voi tarjota ikääntyneelle. Epävirallisella avulla ja tuella on tärkeä tehtävä ikäihmisen mahdollisesti kokeman yksinäisyyden lievittäjänä. (Nyholm & Suominen 1999, 52, 55.)

4.2.2 Sosiaali- ja terveysjärjestötoiminnan tärkeimmät tehtävät

Sosiaali- ja terveysjärjestötoiminnan tärkeimpiä tehtäviä on lisätä sosiaalista pääomaa ja hyvinvointia, tarjota välittämisen ja jakamisen kanavia, tarjota identiteetin rakennusaineiksia, luoda osallisuuden väyliä, toimia äänettömien äänenä, tuottaa toivoa sekä toimia innovaatiomottoina (Möttönen & Niemelä 2005, 67–78). Kansalaisyhteiskunta joka toimii tuottaa sosiaalista pääomaa, mistä seuraa säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin. Sillä, että kansalaisyhteiskunta elää ja toimii on siis itseisarvon lisäksi nähtäviä taloudellisia hyötyjä kun ehkäistään ja vähennetään sairauksia ja sosiaalisia ongelmia. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarve vähenee kansalaisyhteiskunnan toiminnan myötä. Sosiaali- ja terveysministeriön kansalaisjärjestöstrategia (2003) painottaa, että kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet sekä niiden kehittäminen on tärkeää kansanterveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin parantamisessa. Vapaaehtoistoiminta lähtee omasta halusta, se on tasa-arvoista toisen

ihmisen auttamista ja tukemista eri elämäntilanteissa. Kirkoille kuuluu järjestöjen lisäksi vapaaehtoistyö ja diakonia. Lähimmäisenrakkauden, solidaarisuuden ja epäitsekkyyden toteutuminen ovat yksi sosiaali- ja terveysjärjestöjen keskeisistä tehtävistä. (Möttönen & Niemelä 2005, 67–69.)

Yhteisöillä on merkitystä identiteetin etsimisessä. Järjestöt auttavat asianomaisia ja heidän läheisiään, kun ilmenee sosiaalista vammaa tai sosiaalisia ongelmia. Lisäksi järjestöt auttavat uuden elämäntilanteen kohtaamisessa, sen mukanaan tuomissa muutoksissa ja vaikeuksissa sekä sopeutumaan tai voittamaan ne. Järjestöjen suuri merkitys korostuu siinä, että ne rakentavat identiteettiä uudelleen sekä vahvistavat sitä karsimyksiä ja koettelemuksia kohdatessa. Osalla kansasta ovat ongelmat tulleet vaikeammiksi tai monimutkaisemmiksi. Monesti huono terveys kulkee psykososiaalisten ongelmien rinnalla. Hyvinvointivaltio yrittää sosiaalista niin sanotusti normaaliyhteiskuntaan. Sen vuoksi niin kutsut vastayhteisöt, osakulttuurit ovat tärkeitä, sillä ne tavoittavat hetkellisesti tai pysyvästi sellaiset ihmiset, jotka ovat jääneet syrjään sosiaalisesti, taloudellisesti ja kulttuurisesti. Osallisuuden syntymisen täytyy tapahtua jokaisella rintamalla. Tässä on mm. järjestöillä tärkeä työsarka ja kehittymismahdollisuus. (Möttönen & Niemelä 2005, 69–72.)

Tilanteet, jotka ovat kohtuuttomia, ja lisäksi köyhyys ja syrjäytyminen ovat vielä järjestöjen asia, vaikka hyvinvointivaltio on luvannut poistaa köyhyyden. Sitä ei kuitenkaan ole pystytty tekemään. Sosiaali- ja terveysministeriö korostaa strategiassaan kansalaisjärjestöjen erityistehtävänä olevan tunnistaa köyhien ryhmät ja tehdä yhteistyötä muun muassa sosiaaliturvasta ja tukea antavista yhteisöistä syrjäytyneiden kanssa. Toivo on yksilölle ja yhteisölle erittäin tärkeä. Toivon ansiosta yksilön identiteetti ja sen eheys vahvistuvat. Yhteisöön kuulumisen mahdollistaa muun muassa identiteetin rakentumisen, hyvän elämän ja uskon tulevaisuuteen. Järjestötoiminta on ollut jo kauan luonteva innovaatioalusta. Palvelujen käyttäjien ääntä kuunnellaan järjestöissä. Innovaatiotoiminta, joka on kansalais- tai asiakaslähtöistä, on nousemassa merkittäväksi sosiaali- ja terveysalalla. (Möttönen & Niemelä 2005, 74–78.)

4.2.3 Kuntien ja järjestöjen yhteistoiminnan muotoja

Sosiaali- ja terveysjärjestöt ja kunnat voivat järjestää yhteistyönsä usealla eri tavalla. Järjestön toiminta voi olla osa kansalaisyhteiskuntaa ilman, että sillä on muodollista suhdetta kuntaan. Järjestöjen ja julkisen sektorin odotukset yhteistyöstä ovat erilaiset.

Järjestöjen toivotaan helpottavan painetta, joka kohdistuu julkiseen palvelujärjestelmään. Järjestöt pitävät perustehtävänä muun kuin palvelutehtävän. Järjestöt siis korostavat enemmän etujen valvomista, yhteisöllisyyden ylläpitämistä, vapaaehtoistointaa ja tehtäviä, jotka liittyvät vertaistukeen. Järjestöillä on useita tehtäviä ja sen takia kunnan on hyvä miettiä yhteistyösuhteitaan järjestöihin niiden tehtävien pohjalta. (Möttönen & Niemelä 2005, 151–153.)

Anna Pylkkänen kirjoittaa artikkelissa ”Gurut kehiin” siitä, kuinka Suomessa ei osata hyödyntää vapaaehtoistyön mahdollisuuksia niin hyvin kuin voisi. Tarve siihen olisi suuri. Mari Savion mukaan paikalliset yritykset, yhdistykset sekä mitkä tahansa toimijat olisi saatava haastamaan ikääntyneet vapaaehtoistyöhön. Artikkelissa kehoitetaan kuntia ryhtymään rakentamaan niin sanottua vapaaehtoistyön pankkia. Tämä tehtäisiin yhteistyössä erilaisten yhdistysten kanssa ja vapaaehtoistyön pankki koostuisi vapaaehtoisista, jotka lisäksi etsisivät uusia jäseniä. Jokin vapaaehtoisryhmä voisi olla vastuussa pankin ylläpidosta. Vapaaehtoistyön pankki voisi välittää apua vanhustyön organisaatioille sekä vanhuksille jotka sitä tarvitsevat. Se voisi tarjota vanhuksille apua esimerkiksi autokyydityksiin kauppa-, kylä- ja harrastusreissuille. Lisäksi se voisi tarjota lukupiirejä, sanomalehtituokioita sekä saada taiteilijoita eri aloilta esiintymään. (Airas, Savio & Pylkkänen 2012, 37–40.)

Sosiaalialan osaamiskeskusten yhtenä päätehtävänä on alueellisten toimijoiden verkostoituminen. Osaamiskeskusten tavoitteena on alueellisen yhteistyörakenteen luominen sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi sekä alan tutkimus- ja opetustoiminnan ja kuntien käytännön välille. Osaamiskeskustoiminnan avulla halutaan, että kunnilla olisi edellytyksiä turvata esimerkiksi riittävät ja korkeatasoiset sosiaalihuollon erityispalvelut koko maassa. (Laamanen, Ala-Kauhaluoma ja Nouko-Juvonen 2002, 14.)

4.2.4 Kolmannen sektorin merkitys maaseudulla

Ritva Pohjolan tekemässä tutkimuksessa selvitetään, minkälaisia rooleja ja tehtäviä kolmannella sektorilla ja järjestöillä on maaseutumaisissa kunnissa. Kolmas sektori nousee nykyään enemmän esille siinä, kun puhutaan miten maaseudun asukkaille turvataan heidän tarvitsemansa palvelut jatkossa. Palvelujen tuottamiseen ja rahoittamiseen olisi löydettävä maaseutukunnissa uusia ratkaisuja kunnan tuottamien palvelujen rinnalle. Ikääntyneiden määrä kasvaa, minkä takia omatoimisuus ja läheisapu nouse-

vat tärkeäksi asiaksi. Maaseudulla olevat pitkät välimatkat ja harvaan asutus eivät houkuttele palvelua tuottavia yrityksiä samalla tapaa kuin isommat taajamat. Järjestötoiminnan merkitys maaseudulla on tänä päivänä hyvin huomattava. Kansalaisten hyvinvointi koostuu myös pitkälti osallisuudesta, asuin- ja elinympäristöstä, sosiaalisista suhteista ja vapaa-ajanviettomahdollisuuksista. Tässä on kolmannella sektorilla mahdollisuus tarjota apua. (Pihlaja 2010, 12–14, 39.)

Pihlajan tutkimuksen havaintojen mukaan maaseutukunnat odottavat kolmannelta sektorilta ja järjestöiltä panostusta. Ihmisten aktivoiminen, liikkeelle laittaminen ja yhteen saattaminen nousivat esille. Myös sosiaalisten verkostojen, niitä vahvistavan ihmisten kanssakäyminen ja yhteisöllisyyden rakentaminen katsottiin olevan kolmannen sektorin tehtävä. Tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että kolmannen sektorin roolin kasvua hidastavat epävarmuus järjestöjen toiminnan rahoituksesta sekä se, että nuoria aktiivisia toimijoita on liian vähän. Lisäksi järjestöillä ei ole tarpeeksi osaamista palvelujen tuottamiseen eikä kunnilla ole sellaisia järjestöjä, joilla olisi kiinnostusta palvelujen tuottamiseen. Tutkimustuloksista huomaa selvästi, ettei kolmannen sektorin palvelutuottajaroolin vahvistuminen eritoten pienissä maaseutukunnissa ole realistinen ja kaikkialla toimiva mahdollisuus. (Pihlaja 2010, 39, 69, 93.)

4.3 Avun merkitys ikäihmisten hyvinvoinnille ja elämänlaadulle

Riittävällä ja ikäihmisten tarpeet tyydyttävällä avulla voidaan tukea ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua. Ikäihmisten hoidon ja hoivan näkökulmasta niiden tavoitteena on ikäihmisten terveyden, toimintakyvyn ja voimavarojen tukeminen, mikä vaikuttaa myös ihmisten elämänlaatuun. Vaaraman (2002) mukaan varsinkin silloin kun ikäihmisten elämänpiiri kapenee ikäihmisten elämänlaadun tukevana ja ylläpitävänä keinona korostuu hoidon ja palvelun laatu. (Vaarama 2002, 13.) Vaaraman, Luoman ja Ylösen tutkimuksen mukaan 80 vuotta täyttäneille avun koettu riittävyys ja tyytyväisyys saatuun apuun kaksinkertaistavat hyvän elämänlaadun todennäköisyyden. Tulos vahvistaa palveluiden tärkeyden ikäihmisille hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukemisessa. (Vaarama ym. 2006, 126.)

Suomalaisilla 80 vuotta täyttäneillä iäkkäillä, on tutkimuksien mukaan todettu olevan myönteinen yhteys palvelujen käytön ja koetun elämänlaadun välillä. Jotta iäkkäiden koettu elämänlaatu on hyvä, on tärkeää, että palvelu kohdentuu oikein ja näin ollen

apu on riittävää, mikä johtaa siihen, että palvelun laatu on hyvä ja asiakas on tyytyväinen. (Vaarama ym. 2006, 126; Vaarama ym. 2010, 139.)

Myös Lawton (1983 ja 1991) korostaa elämänlaadun mallissaan ympäristön tuen merkitystä, kun ikäihmisten toimintakyky heikkenee ja omat voimavarat vähenee. Lawtonin mallissa ympäristöulottuvuuteen kuuluvat fyysinen ja psyykkinen ympäristö sekä palveluiden saatavuus ja niiden antama tuki sekä kyky kompensoida toimintakyvyn puutteita. Lawton sisällyttää ympäristöön myös aineelliset elinolot eli tarvittavat aineelliset asiat suhteessa ihmisen tarpeisiin. (Vaarama ym. 2010, 151.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Teimme sopimuksen opinnäytetyöstä 3.4.2013 Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Socomin kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia mitä ei-hoidollisia palveluita erään Kaakkois-Suomen taajaman ulkopuolisen alueen ikäihmiset kokevat tarvitsevansa kotona selviytymisen tueksi, jotta he voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Tavoitteena oli, että Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja eräs Kaakkois-Suomen kaupunki voivat hyödyntää saatuja tuloksia palveluidensa kehittämiseen tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten tyytyväisiä ikäihmiset ovat asuinympäristöönsä?
2. Miten ikäihmiset kokevat oman terveydentilansa ja fyysisen toimintakykynsä ja miten se vaikuttaa kotona selviytymiseen?
3. Minkälainen sosiaalinen verkosto ikäihmisillä on ja miten se vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun?
4. Minkälaisia ei-hoidollisia palveluita ikäihmiset kokevat tällä hetkellä ja tulevaisuudessa tarvitsevansa selviytyäkseen kotona mahdollisimman pitkään?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä ja haastattelulomakkeen laadinta

Kylmä ja Juvakka listaavat teoksessaan Laadullinen terveystutkimus laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä, joita ovat muun muassa: induktiivisuus, osallistujien näkökulman ymmärtäminen, osallistujien tarkoituksenomainen valinta ja pieni otanta, läheinen kontakti tutkimukseen osallistuvien kanssa, luonnollisten olosuhteiden merkityksellisyys ja tiedon kontekstuaalisuus (Kylmä & Juvakka 2007, 31).

Laadullisessa tutkimuksessa lähestytään ihmistä hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvien merkitysten kautta. Ihmisen asema ja osuus laadullisessa tutkimuksessa on merkittävä koska ihminen nähdään tutkimuksen toimijana ja osallistujana, ei tutkimuksen kohteena. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 20.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan todellista elämää. Tarkoitus on kohteen kokonaisvaltainen tutkiminen ja aineiston kerääminen tapahtuu todenmukaisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään ja paljastamaan tosiasioita sen sijaan, että todennetaan jo olemassa olevia väittämiä. Aineiston hankinnassa käytetään toimintatapoja, joissa tutkittavien omat mielipiteet ja ääni pääsevät esille. Näihin toimintatapoihin kuuluu muun muassa teemahaastattelu. Kohderyhmän valinta tehdään tarkoituksenmukaisesti. Jokainen haastattelu on ainutlaatuinen, mikä otetaan huomioon aineiston tulkinnassa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2010, 161–164.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska haluttiin saada tutkittavasta asiasta kokonaisvaltaisempi ja syvempi käsitys kuin mitä määrällinen tutkimus olisi antanut. Laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska koettiin tärkeäksi olla läheisessä kontaktissa haastateltavien kanssa ja saada totuudenmukaisia vastauksia, jotka toivat heidän omat näkemyksensä esiin. Haluttiin tuoda esille ikäihmisten todellista tilannetta. Lisäksi haluttiin tehdä haastattelutilanne luonnolliseksi toteuttamalla haastattelut ikäihmisten kotona. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä korostuu jokaisen yksittäisen henkilön mielipiteiden tärkeys, koska otanta on pieni.

Tutkimus toteutettiin teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun avulla. Teemahaastattelu sijoittuu lomake- ja avoimen haastattelun väliin. Se koostuu sekä avoimista kysymyksistä että kysymyksistä, joihin on annettu vaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2010, 208.) Teemahaastattelun avulla tutkitaan erilaisia ilmiöitä ja haetaan vasta-

uksia erilaisiin ongelmiin. Keskeistä on tietyt etukäteen valitut teemat ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Teemat ovat ennalta valittuja, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelussa korostuu, miten ihmiset tulkitsevat asioita ja niiden merkityksiä sekä merkitysten syntymistä vuorovaikutuksessa. Tuomen ja Sarajärven mukaan teemahaastattelussa on viitekehys, johon tutkimuksen valitut teemat perustuvat. Tutkimuksen tarkoitukseen, ongelmanasetteluun ja tutkimustehävään yritetään löytää merkityksellisiä vastauksia teemahaastattelun avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75; Hirsjärvi & Hurme 2001, 48; Hirsjärvi ym. 2010, 208.)

Haastattelu on tutkimusmenetelmänä hyvä, koska se on joustava ja siinä ollaan tutkitavan kanssa suorassa vuorovaikutuksessa. Haastattelu mahdollistaa kysymysten toistamisen, väärinkäsitysten oikaisemisen, ilmausten sanamuodon selventämisen ja tiedonantajan kanssa käytävän keskustelun. Ihminen nähdään subjektina, jolla on mahdollisuus kertoa vapaasti omista asioistaan ja olla aktiivinen sekä tutkimukselle merkittävä. Haastattelussa oleellista on, että tutkitusta asiasta saadaan mahdollisimman paljon tietoa, jota voidaan syventää ja selventää haastattelutilanteessa. Haastattelun kannalta on tärkeää, että haastateltavat saisivat tietää tutkimuksen tarkoituksen etukäteen, esimerkiksi haastatteluajasta sovittaessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 204–205; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73–74; Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–35.)

Haastattelulomaketta (liite 1) laadittaessa otettiin huomioon tutkimusongelmat, jotta niihin saataisiin vastauksia. Tutkittiin samanlaisista aiheista tehtyjä tutkimuksia (Risänen 1999; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010; Pihlaja 2010). Haastattelulomakkeen teemat ja niiden pohjalta tehdyt kysymykset muodostettiin siten, että saataisiin mahdollisimman monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta.

Haastattelulomake koostui eri osa-alueista. Nämä osa-alueet olivat asuminen ja ympäristö, terveydentila ja fyysinen toimintakyky, kotona selviytyminen, sosiaalinen verkosto, psyykinen toimintakyky ja elämänlaatu sekä palvelut. Aluksi kysyttiin ikä ja siviilisääty. Seuraava osio oli asuminen ja ympäristö, missä selvitettiin ihmisten asumista ja tyytyväisyyttä asuntoon sekä kylään asuinpaikkana. Terveydentila ja fyysinen toimintakyky-osio sisälsi kysymyksiä, jossa selvitettiin ihmisen omia kokemuksia terveydentilastaan ja liikuntakyvystään. Kotona selviytyminen osiossa kysyttiin kotona liikkumisesta ja päivittäisistä askareista selviytymisestä. Lisäksi siinä selvitettiin mah-

dollisten (puhe, liikkuminen, näkö, kuulo, sairaus) vaikutusta kotona selviytymiseen sekä turvallisuuden kokemista kotona ja kodin ulkopuolella.

Sosiaalinen verkosto -osiossa selvitettiin, kuinka tiheää yhteydenpitoa sukulaisiin, läheisiin ja tuttaviiin oli. Osiossa kysyttiin myös kodin ulkopuolisesta asioimisesta, harrastuksista ja liikkumisesta kodin ulkopuolella. Psykkinen toimintakyky ja elämänlaatuosiossa selvitettiin ihmisten tunnetiloja (yksinäisyys, turvattomuus) ja syitä elämäniloon. Osiossa oli myös kysymyksiä muistista ja sen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Viimeisessä osiossa selvitettiin kolmannen sektorin palveluiden tarvetta, jotta ihmiset voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään.

6.2 Kohderyhmä

Kohderyhmänä olivat erään Kaakkois-Suomen taajaman ulkopuolisen alueen yli 75-vuotiaat ikäihmiset. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan, joista neljä oli miehiä ja neljä naisia. Alun perin tarkoituksena oli haastatella kymmentä henkilöä. Kuitenkin otanta jäi vain kahdeksaan haastateltavaan, koska muut henkilöt, joihin otettiin yhteyttä, eivät halunneet tai kokeneet tarvetta osallistua tutkimukseen. Haastateltavat olivat iältään 75–88-vuotiaita.

Ensiksi oltiin sähköpostitse ja puhelimitse yhteydessä Maistraattiin, josta saatiin 30 ikäihmisen yhteystiedot alueelta, jossa tutkimus toteutettiin. Otanta tehtiin satunnaisesti tietty alue ja ikä rajaten. Maistraatti lähetti valitut yhteystiedot postitse. Sen jälkeen selvitettiin saatujen yhteystietojen perusteella numerotiedustelun kautta ihmisten puhelinnumerot. Kaikkiin 30 henkilöön, joista kolmea ei tavoitettu, oltiin yhteydessä puhelimitse. Puhelimessa kerroimme, keitä olemme, mistä tutkimuksessa on kyse, ja selvitettiin ihmisten halukkuutta osallistua tällaiseen tutkimukseen. Ihmisille annettiin aikaa miettiä tutkimukseen osallistumista, jos he niin halusivat. Heille soitettiin uudelleen noin viikon kuluttua ensimmäisestä soitosta. Puhelimessa sovittiin myös haastattelun ajankohdasta ja paikasta.

Yhteydenotto haastateltaviin päätettiin tehdä puhelimitse, koska ajateltiin että näin heidät tavoitettaisiin nopeasti. Tätä pidettiin hyvänä vaihtoehtona sillä siinä mahdollistuu henkilökohtainen kontakti haastateltaviin. Henkilökohtainen kontakti haastateltaviin vaikuttaa siihen, että varsinainen haastattelu on vaivattomampaa aloittaa. Kaikki haastateltavista asuivat omakotitalossa. Haastateltavista viisi asui puolisonsa kanssa.

Kohderyhmästä kolme oli leskiä. Heistä yhdellä poika asui samassa pihapiirissä, toisella poika vaimoineen samassa taloudessa ja kolmas asui yksinään.

6.3 Aineiston keruu

Haastattelut toteutettiin loka–joulukuussa 2013. Haastattelihoita oli kaksi. Haastattelut tapahtuivat ihmisten kotona. Koti valittiin haastattelupaikaksi, koska sen ajateltiin olevan rauhallinen ja haastateltavalle tuttu ympäristö. Kodin katsottiin olevan paikka, jossa haastattelija ja haastateltava pystyvät hyvään vuorovaikutukseen toistensa kanssa. Yksi haastatteluista tapahtui haastateltavan läheisessä kahvilassa. Häntä ei haastateltu kotona, koska hän luuli haastattelun koskevan puolisoaan, jonka kuullen ei halunnut vastata kysymyksiin.

Ensiksi haastateltaville kerrottiin, mistä tutkimuksessa on kyse ja mistä yhteystiedot on saatu. Heille selvennettiin, ettei henkilöllisyyteen liittyviä tietoja luovuteta eteenpäin. Haastattelun alussa kerrottiin haastattelun aihealueista, jotta haastateltavan oli helpompi valmistautua kysymyksiin. Haastatteluja tehdessä ei ollut käytössä tallentavaa nauhuria. Teemahaastattelut toteutettiin niin, että toinen kävi haastattelulomaketta läpi haastateltavan kanssa ja samalla toinen havainnoi ja teki muistiinpanoja. Kolmella oli puoliso tai lähiomainen seuraamassa haastattelua, minkä ei kuitenkaan koettu vaikuttavan haastattelutilanteeseen. Haastatteluihin varattiin riittävästi aikaa, koska niiden kesto ei voitu tietää etukäteen. Lisäksi haluttiin antaa haastateltaville aikaa tuoda mielipiteensä esiin ilman kiirettä, minkä koettiin olevan tärkeää ollessa vuorovaikutuksessa ikäihmisten kanssa. Haastattelut kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelut olivat kestoaltaan eripituisia, koska kaikki haastateltavat olivat erilaisia ja he vastasivat kysymyksiin omien kokemustensa kautta.

6.4 Aineiston analyysi

Laadullista aineistoa analysoitaessa käytetään sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi kuvaa analyysin kohteena olevaa tekstiä. Tutkimuksessa saatu aineisto kuvataan tutkittavan ilmiön näkökulmasta ja analyysin avulla luodaan tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. Aineistosta yritetään saada tiivis ja selkeä kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston laadullisessa käsittelyssä korostuu looginen päättely ja tulkinta. Aineistoa analysoitaessa aineiston osia käsitteellistetään ja niistä pyritään ko-

koamaan looginen kokonaisuus. Koko tutkimusprosessin aikana tehdään laadullisen aineiston analyysia. (Kylmä & Juvakka 2007, 112; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Tuomen ja Sarajärven mukaan laadullinen analyysi voidaan jaotella kolmeen: aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä on tarkoitus saada aikaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Aineistolähtöisen eli induktiivisen analyysin vaiheet voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämävaihteessa haastattelun aineisto kirjoitetaan auki karsien tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimustehtävälle olennaisten tietojen ja ilmausten tiivistämistä sekä niiden pilkkomista osiin. Aineiston ryhmittelyssä käsitteistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Seuraavaksi käsitteet ryhmitellään ja yhdistellään sisältöjen mukaan luokiksi esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuuksien, piirteiden tai käsitysten mukaan. Luokittelussa aineistoa tiivistetään sisällyttämällä yksittäisiä tekijöitä yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn avulla saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä ja pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Aineiston käsitteellistämävaiheessa valikoidaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä, joita yhdistellään ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Käsitteellistämävaiheessa uutta tietoa ja johtopäätöksiä verrataan vanhaan tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.)

Haastattelujen jälkeen jokainen haastattelu kirjoitettiin puhtaaksi karsien tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Haastattelujen muistiinpanojen puhtaaksikirjoitus tapahtui jokaisen haastattelun jälkeen loka–joulukuussa 2013. Sen jälkeen haastattelut ja niistä saatu tieto koottiin haastattelulomakkeen teemojen avulla teemoittain yhdeksi kokonaisuudeksi saaden selkeä yleiskuva aineistosta. Nämä teemat ja käsitteet olivat: Asuminen ja ympäristö, terveydentila ja fyysinen toimintakyky, kotona selviytyminen, sosiaalinen verkosto, psyykkinen toimintakyky ja elämänlaatu ja palvelut. Jako teemoihin ja käsitteisiin perustui haastattelulomakkeen aiheiden jaotteluun. Jakamalla tieto teemoihin ja käsitteisiin haastatteluista saatu tietoa saatiin tiivistettyä niin, että tutkimukselle olennainen tieto tuli esiin. Haastatteluista saaduista tiedosta etsittiin ja yhdisteltiin vastausten samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineistoa analysoitaessa tutkimuksesta saatu tieto liitettiin käsitteisiin ja aineistoa kuvaaviin teemoihin, minkä jälkeen teemojen sisältö kuvattiin tuloksissa yksityiskohtaisemmin. Tuloksia ana-

lysoidessa saatuja vastauksia verrattiin aiempaan teorian tietoon ja tutkimuksiin. Haastatteluista saadut vastaukset sisällytettiin tutkimuskysymyksiin niin, että saatiin kokonaisvaltainen näkemys tutkimustehtävään.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmien yhteydessä puhutaan käsitteistä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on tarkoitus tutkia. Reliabiliteetti liittyy tutkimustulosten toistettavuuteen siten, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksessa pyritään siihen, että virheitä ei synny. Kuitenkin tulosten luotettavuus ja pätevyys eivät pysy samana. Tästä syystä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erilaisten mittaus- ja tutkimustapojen avulla. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Olosuhteet, joissa tutkimuksen aineisto kerätään, pyritään kertomaan selvästi ja totuudenmukaisesti. Haastattelututkimuksessa tulee ilmi aineistonkeruun olosuhteet ja paikat, haastatteluihin kulunut aika, häiriötekijöiden mahdollisuus, haastattelun virhetulkinnat sekä tutkijan oma tilannearvio. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Tuomen ja Sarajärven mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena. Luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon muun muassa seuraavia asioita: tutkimuksen kohde ja tarkoitus eli mitä ollaan tutkimassa ja miksi, tutkijan omat sitoumukset eli tutkimuksen tärkeys tutkijalle ja tutkijan olettamukset tutkimusta aloittaessa. Tärkeää ovat myös aineistonkeruuseen liittyvät asiat, kuten menetelmä, tekniikka ja aineiston keruun erityispiirteet, mahdolliset ongelmat ja muut olennaiset asiat sekä haastateltaviin liittyvät seikat kuten henkilöiden valinta, yhteydenotto ja henkilöllisyyden salassapito. Lisäksi huomiota tulee kiinnittää tutkimuksen kesto, aineiston analyysiin, tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen sekä tutkimuksen raportointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Tutkimuksen luotettavuus on otettu huomioon heti alusta alkaen pitämällä mielessä tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Tutkimalla samankaltaisia aikaisempia tutkimuksia (Rissanen 1999; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010; Pihlaja 2010) saatiin viitteitä sekä tutkimusmenetelmään että koko tutkimuksen tekemiseen. Luotettavuutta lisää myös monipuoliset lähteet joita on käytetty työssä. Lähteinä käytimme muita tutkimuksia, artikkeleita, väitöskirjoja, vanhuspal-

veluiden strategioita ja suosituksia sekä ammattialan teoksia. Tutkimuksessa on käytetty sekä uusia että vanhoja tietolähteitä. Luotettavuutta on pyritty lisäämään niin, että uutta ja vanhaa tietoa on verrattu keskenään. Siten on nähty tietojen yhteensopivuus sekä niiden sopivuus tutkimuksen lähteiksi.

Luotettavuutta on pyritty parantamaan selostamalla tarkasti ja rehellisesti koko tutkimuksen etenemistä ja siihen liittyviä vaiheita. Yhteydenottovaiheessa saatekirje olisi voinut lisätä tutkimuksen luotettavuutta, koska haastateltavat olisivat saaneet tietää tutkimuksesta ja sen aiheesta aiemmin. Saatekirje olisi voinut lisätä myös tutkimuksen arvoa haastateltavien silmissä. Luotettavuutta edisti se, että haastattelijoita oli kaksi. Haastattelutilanteessa kaksi haastattelijaa pystyy tekemään samat päätelmät, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Koko tutkimuksen ajan luotettavuutta lisäsi se, että otettiin huomioon omat toimintatavat. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, ettei haastatteluissa käytetty tallentavaa nauhuria. Haastattelujen tallentamattomuus voi vaikuttaa niin, että omia päätelmiä saatetaan tehdä jo vastauksia kirjoitettaessa. Haastattelutilanteessa pyrittiin siihen, etteivät haastattelijat tehneet omia johtopäätöksiä vastauksia kirjoitettaessa. Haastattelutilanteessa pyrittiin huolellisuuteen siinä, että kaikki saadut vastaukset kirjoitettiin totuudenmukaisesti ja etteivät haastateltavien omat mielipiteet vaikuttaneet. Haastateltavien vastauksia ei johdateltu tiettyyn suuntaan vaan heidän annettiin kertoa asia omien mielipiteidensä pohjalta. Tutkimukselle luotettavuutta antoivat myös nimikyltit, joita käytettiin haastattelutilanteessa. Haastattelun laatua parantaa se, että haastattelu kirjoitettiin puhtaaksi heti haastattelujen jälkeen.

Tutkijan on syytä ottaa huomioon tutkimuksentekoon liittyvät eettiset kysymykset. Eettisyys vaikuttaa tutkimuksen laatuun. Jotta tutkimus olisi laadukas, on pidettävä huolta muun muassa tutkimussuunnitelman laadusta, tutkimusasetelman sopivuudesta ja hyvin tehdystä raportoinnista. Tutkimusaiheen valinta liittyy eettisyyteen, sillä tutkimuksen aiheita valittaessa on pohdittava kenen ehdoilla ja miksi tutkimusta aletaan tehdä. Ihmisarvon kunnioittaminen muodostaa tutkimuksen eettisen perustan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127–129; Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Tuomi ja Sarajärvi listaavat teoksessaan tutkittavien suojaan liittyviä eettisiä lähtökohtia. Näitä ovat tutkimuksen tavoitteiden, menetelmien ja mahdollisten riskien selittäminen ymmärrettävästi osallistujille, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä sekä tutkimuksen tarkoituksen selventäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimuksen aiheeksi valittiin ikäihmisten kotona selviytyminen, koska aihe on ajan-kohtainen. Nykyään pyritään siihen, että ikäihmiset pystyisivät asumaan mahdollisimman pitkään kotona ja palveluita tarjotaan kotiin. Tutkimuksen haastateltaville soittaessa otettiin huomioon eettisyys kertomalla mistä tutkimuksessa on kyse. Puhelinoiton yhteydessä kerrottiin haastateltaville tutkimusmenetelmästä, joka oli teema-haastattelu. Lisäksi heille annettiin mahdollisuus suostua tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Haastattelut tapahtuivat ihmisten kotona, jossa ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen korostuu. Haastatteluja tehtiin vuorovaikutuksessa, jossa kunnioitettiin ihmisten omia näkemyksiä asiasta.

Tutkittavien tietojen suojaamisessa on tärkeää luottamuksellisuus eli se, että tietoja ei käytetä muualla kuin tutkimuksessa ja ne hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Henkilöiden identiteettiä on suojattava. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Luottamuksellisuutta pyrittiin lisäämään kertomalla haastateltaville, ettei henkilöllisyystietoja käytetä muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Yksityisyyden suojaamiseksi haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään kohtaa, koska lomakkeet pidetään nimettöminä ja hävitetään asianmukaisella tavalla. Tuloksissa tulee ilmi ikä ja sukupuolijakauma. Tarkkaa aluetta, jossa tutkimus tapahtui, ei kerrottu, koska haastatteluihin osallistuneiden ikäihmisten henkilöllisyyttä haluttiin suojata.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Asuminen ja ympäristö

Seitsemän haastateltavaa oli hyvin tyytyväisiä nykyiseen asuntoonsa ja yksi oli melko tyytyväinen, koska sanoi talon olevan harva ja kylmä. Kylästä asuinpaikkana oltiin montaa mieltä. Kylään asuinpaikkana oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Kylän sanottiin olevan hiljainen ja normaali maalaiskylä. Lisäksi sitä pidettiin pienenä, sopivana, rauhallisena ja kivana. Haastatteluista kävi ilmi, että pitää olla ajokortti, jotta pääsee liikumaan. Pari oli sitä mieltä, että yhteistoiminta on loppunut ja porukka hajonnut:

”Kylä on ihan hyvä asuinpaikkana. Kylä on muuttunut sellaiseksi, ettei toisista oikein tiedetä, mutta kyllä täällä on hyvä olla.”

7.2 Terveydentila ja fyysinen toimintakyky

Kolme koki terveydentilansa tyydyttäväksi ja neljä hyväksi. Yksi ei osannut sanoa terveydentilaansa tarkasti, vaan oli sitä mieltä, että terveydentilassa ei ole valittamista, vaikka polvi välillä vaivaa. Haastateltavat mainitsivat terveydentilaansa vaikuttavan selkämurtuma, munuaisten vajaatoiminta, verenpainetauti ja huimaus. Yhdellä haastateltavista oli tehty lonkkaleikkaus, ja hänellä oli käytössään lonkkanivel. Eräällä haastateltavista oli sydäntahdistin, koska hänelle oli tehty ohitusleikkaus. Haastateltavien mielestä heidän terveyttään ja toimintakykyään edistivät hyötyliikunta, ympärillä olevat ihmiset, jumpassa käynti, lenkkeily, sotaveteraanikuntoutus, seurakuntayhteys ja vanhustenkerhot sekä vapaus tehdä mitä haluaa. Viisi koki liikuntakykynsä hyväksi, yksi tyydyttäväksi ja yksi huonoksi. Yksi haastateltava ei osannut sanoa vaan totesi, että nykyään ei pysty liikkumaan niin paljon ja hyvin kuin ennen. Kolme harrasti liikuntaa päivittäin, kaksi viikoittain ja kaksi harvemmin. Yksi mainitsi kesällä ulkoilevansa päivittäin ja muulloin harvemmin.

7.3 Kotona selviytyminen

Seitsemän haastateltavaa pystyi liikkumaan kotona itsenäisesti. Yksi pystyi liikkumaan kotona pieniä matkoja itsenäisesti. Hän käytti keppiä apuna sisällä liikkuessaan. Seitsemän selviytyi päivittäisistä askareista itsenäisesti, yksi selvisi päivittäisistä askareista rollaattorin avulla, mikä toi hänelle turvaa. Hänellä oli myös turvaranneke käytössä.

Haastateltavista kaikki kahdeksan selvisivät tuolilta tai sängystä ylös. Kaikki kahdeksan pystyivät liikkumaan asunnossa itsenäisesti. Portaista selviytyi kuusi haastateltavaa, loput kaksi selviytyivät portaista tuen avulla. Peseytymisestä selviytyi kaikki kahdeksan. Kuusi selviytyi ulkona liikkumisesta itsenäisesti, ja kahdella oli ulkona liikkumisen apuvälineinä rollaattori ja keppi.

Kaikki kahdeksan selviytyvät pukeutumisesta. Ruokailusta selviytyi seitsemän haastateltavaa, yhdelle tuli ruokapalvelu kolme kertaa viikossa. Kaikki kahdeksan selviytyivät tiskaamisesta. Siivoamisesta selviytyi itsenäisesti viisi, kaksi selviytyi kevyestä siivouksesta ja yksi ei lainkaan. Siivousapuna henkilöillä olivat tyttäret ja siivouspalvelu. Kuusi selviytyivät vaatehuollosta, kaksi eivät selviytyneet itse. Näistä toisella apuna oli tytär, joka vei vaatteet pesulaan, ja toisella poika ja miniä, jotka pesivät tai

silittivät vaatteet. Raskaista kotitöistä selviytyi itsenäisesti kuusi haastateltavaa, kaksi tarvitsivat apua raskaissa kotitöissä. Toisella näistä auttoi tyttärenpoika ja toisella poika tai miniä. Viisi hoiti pankki-asiat itse. Kolme tarvitsi apua niiden hoitamisessa. Kahdella heistä pankkiasioissa auttoi poika ja yhdellä tytär. Kauppa-asioista selviytyi itsenäisesti kuusi, kaksi tarvitsi apua. Toisella näistä tytär tai tyttärenpoika kävi hänelle kaupassa ja toisella poika auttoi kauppa-asioissa.

Kenelläkään kahdeksasta haastateltavasta puhe ei vaikeuttanut kotona selviytymistä. Seitsemällä ei ollut ongelmia liikkumisen kanssa kotona selviytymisen kannalta. Yhdellä liikkuminen oli hankalaa ja vaikeutti kotona selviytymistä. Kuudella haastateltavista ei ollut ongelmia näön suhteen, kahdella näkö häiritsi hieman kotona selviytymistä. Toisella näkö oli sumea ja toiselle oli tehty silmäleikkaus helpottamaan selviytymistä. Neljällä ei ollut ongelmia kuulon kanssa, neljällä huono kuulo vaikeutti kotona selviytymistä. Näistä neljästä kolmella oli käytössään kuulolaite ja yhdellä huono kuulo vaikutti puheen ymmärtämiseen. Kuudella haastateltavista ei ollut sairauksia, jotka olisivat vaikeuttaneet kotona selviytymistä. Kahdella oli sairaus, joka vaikutti jokapäiväiseen elämään. Toisella heistä oli munuaissairaus, joka vaati sairaalassa käyntiä tietyin väliajoin ja toisella oli käytössään sydänlääkitys, jonka vuoksi hän väsyi helposti.

Viisi haastateltavista ei pelänneet turvallisuutensa puolesta kotona tai kodin ulkopuolella. Kaksi haastateltavista ei kokenut oloaan turvattomaksi kodin ulkopuolella. Kumpikin pelkäsi turvallisuutensa puolesta kotona, jos olivat yksin, toinen myös jos oli pimeää. Eräs haastateltavista ei pelännyt turvallisuutensa puolesta kotona. Hän kuitenkin mainitsi erään henkilön pelottavan häntä, koska on ollut yhteenottoja. Myös kaupustelijat aiheuttivat turvattomuutta.

7.4 Sosiaalinen verkosto

Kolme haastateltavaa oli yhteydessä sukulaisiin, läheisiin tai tuttaviiin päivittäin. Neljä oli yhteydessä sukulaisiin, läheisiin tai tuttaviiin viikoittain. Yksi haastateltavista oli päivittäin tai viikoittain yhteydessä läheisiin, sukulaisiin tai tuttaviiin. Kaikki kahdeksan haastateltavaa olivat yhteydessä lapsiinsa ja heidän perheisiinsä. Neljä heistä oli yhteydessä sisaruksiin ja muihin sukulaisiin. Yksi haastateltavista kertoi yhteydenpidon olleen vähäistä veljen ja sisaren perheisiin. Viisi oli yhteydessä ystäviinsä. Naapureihin oli yhteydessä kuusi haastateltavaa. Seitsemän koki, että oli ystäviä tai sukulai-

sia joille voi puhua asioista. Yksi kertoi, ettei halunnut puhua vaikeimmista asioistaan ystäville tai sukulaisille.

Kuusi haastateltavista kertoi käyvänsä kodin ulkopuolella, esimerkiksi kaupassa tai harrastuksissa useita kertoja viikossa. Yksi haastateltavista kävi kodin ulkopuolisilla asioilla viikoittain ja yksi harvemmin. Kuudella haastateltavista oli harrastuksia. Näitä olivat sotaveteraanikokoukset, kuntosali, vanhustenkerho, marttakerho, lenkkeily, vesiliikunta ja uinti, hirvijahti, hiihto, metsätyöt, traktorilla ajo, hengelliset jumalanpalvelukset ja raamattupiiri, soutaminen, melominen, kalastaminen, senioritoiminta, television katselu, radion kuuntelu, hyötyliikunta, kuten puutarhanhoito ja roskien vienti. Neljä haastateltavista liikkui kodin ulkopuolella autolla. Yksi heistä myös liikkui kävellen tai pyöräillen kesäisin. Kahdelle haastateltavista kyydin järjestivät lapset ja sukulaiset. Yksi haastateltavista kertoi liikkuvansa kodin ulkopuolella autolla ja rollaattorilla. Eräs haastateltava kertoi saaneensa avun puhelimitse kodin ulkopuolella liikkumiseen ja asioimiseen.

7.5 Psykkinen toimintakyky ja elämänlaatu

Haastateltavista viisi eivät tunteneet itseään yksinäiseksi tai turvattomaksi. Väsyneiksi he kokivat itsensä joskus. Kaksi haastateltavista ei tunteneet itseään yksinäiseksi, turvattomaksi tai väsyneeksi. Yksi tunsi itsensä joskus yksinäiseksi, mutta ei kokenut oloaan turvattomaksi. Hän koki heikentyneen toimintakyvyn olevan syynä yksinäisyyteen, sillä silloin oli huonommat mahdollisuudet päästä järjestettäviin tilaisuuksiin. Väsymystä hän tunsi päivittäin.

Kaikki kahdeksan haastateltavaa olivat tyytyväisiä elämäänsä ja yksi mainitsi pärjänneensä mielestään kivasti. Hän mainitsi sota-ajan vaikuttaneen elämäänsä tyytyväisyyteen, sillä näki hyviäkin ystäviä menehtyvän. Haastateltavien elämään toivat iloa lapset ja lapsenlapset, puoliso, ystävät, musiikki- ja kuorotilaisuudet, hengellinen toiminta, lukeminen, kirjastoautossa käynti, television katselu ja liikunta:

”Ei mikään erityisesti, hyvät asiat tuntuu hyviltä, huonot huonoilta.”

Neljä haastateltavista koki, että muisti ei ole heikentynyt. Heistä yksi kertoi nimien saattavan välillä unohtua. Kolme koki muistinsa heikentyneen, mutta heikentynyt muisti ei vielä vaikuttanut heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Yksi koki muistinsa hei-

kentyneen niin, että välillä joutui tarkistamaan, mikä päivä on. Muistiaan hän pyrki ylläpitämään muun muassa ristisanatehtävien ja sudokujen avulla.

7.6 Palvelut

Kuusi haastateltavista ei kokenut palveluille olevan vielä tarvetta. Yksi haastateltavista kertoi selviytyvänsä pojan ja miniän avulla hyvin kotona. Eräs haastateltava koki palvelujen olevan saatavilla puhelimen päässä kun niitä tarvitsee:

”Ruokaa on pöydässä niin mitä muuta sitä tarvitsee”

”koskaan ei voi tietää”

”En koe tarvitsevani tänään mitään palveluita, mutta huomisesta ei koskaan tiedä.”

Kaksi koki palveluille olevan tarvetta tällä hetkellä. Toinen haastateltavista koki tarvitsevänsä päivittäisiä palveluita, kuten kotiapua, jotta kotona asuminen mahdollisimman pitkään onnistuisi. Toinen haastateltavista koki tarvitsevänsä siivouspalveluita, ja ihmetteli sitä, että siivouspalvelut oli otettu pois veteraaneilta.

Haastateltavat toivat esille palveluja, joita saattaisivat tarvita tulevaisuudessa. Näitä palveluita olivat kyyditys, talonmiesapu, henkilökohtainen avustaja, myymäläautot, lääkintäajoneuvo ja siivousapu sekä ateriapalvelu, jonka yhteydessä korostettiin aterian monipuolisuuden tärkeyttä. Kyyditykset esimerkiksi kauppaan koettiin tärkeäksi sitten kun ei pääse enää autolla liikkumaan tai pysty kantamaan kauppakasseja. Korostettiin välimatkojen olevan pitkiä esimerkiksi bussipysäkille. Haastatteluissa kerrottiin, että paikkoja liikunnan harrastamiseen voisi olla enemmän. Esimerkkeinä mainittiin, että urheilukenttä ja valaistut ladut eivät ole enää kaikkien käytössä. Talonmiesapu ja henkilökohtainen avustaja palvelu koettiin tärkeäksi, koska kylällä on paljon yksinäisiä ja iäkkäitä vanhuksia, joiden luona olisi hyvä käydä katsomassa, että kaikki on kunnossa. Myymäläautot olisivat hyviä siksi, että palvelut olisivat lähempänä. Ennen myymäläautoista sai peruselintarvikkeita. Lääkintäajoneuvojen katsottiin olevan hyödyllisiä, siksi että ne toisivat apteekkitavarat kotiin.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä ei-hoidollisia palveluita erään Kaakkois-Suomen taajaman ulkopuolisen alueen ikäihmiset kokivat tarvitsevansa. Tarkoituksena oli myös ottaa selvää ikäihmisten kotona selviytymisestä ja siitä, mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Kohderyhmään kuului kahdeksan henkilöä, jotka kaikki asuivat vielä omassa kodissaan joko yksin, puolison tai omaisen kanssa.

Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä kasvaa huomattavasti nykyiseen verrattuna. Laitoksia puretaan ja ikäihmisten palvelut muuttuu siten, että palveluja tarjotaan kotiin kotona selviytymisen tueksi. Näiden muutosten myötä kotihoidon merkitys palvelutuotannossa korostuu. Opinnäytetyömme aihe oli hyvin ajankohtainen, sillä halusimme selvittää juuri sitä, mitä ikäihmiset kokevat tarvitsevansa, jotta kotona asuminen mahdollistuisi niin pitkään kuin mahdollista

Asuinympäristön merkitys ikäihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun osana on merkittävä. Powell Lawtonin (1991) mukaan ikäihmisten jokapäiväiseen elämään, osallistumiseen ja asumiseen vaikuttavat ympäristötekijät kuten kodin turvallisuus ja hallittavuus. Kodin ja asuinympäristön on vastattava ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin ja odotuksiin. (Räsänen 2011, 80–81.) Tutkimuksemme osallistuneista suurin osa oli hyvin tyytyväisiä asuntoonsa. Kylä asuinympäristönä nähtiin mielekkäänä paikkana asua. Kodin turvallisuuteen oltiin varsin tyytyväisiä ja vain kaksi haastateltavista mainitsi pelkäävänsä turvallisuutensa puolesta kotona ollessaan yksin tai jos on pimeää. Myös kaupustelijoiden mainittiin aiheuttavan turvattomuutta. Voidaan sanoa, että tutkimustulosten perusteella tutkittavat eivät kokeneet turvattomuutta ja olivat tyytyväisiä elämäänsä kotona ja asuinalueella.

Terveydentilaan ja fyysiseen toimintakyvyn ongelmat vaikeuttavat kotona selviytymistä. Niemelän (2011) tutkimustulosten mukaan useimmilla 75–85-vuotta täyttäneistä on kaksi tai kolme sairautta yhtäaikaaisesti. Sairaudet, jotka ovat useimmiten haitaksi alle 85-vuotiaiden toimintakyvylle, ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä dementiasairaudet. (Niemelä 2011, 9.) Fyysisen toimintakyvyn ongelmista kotona asumista rajoittaa muun muassa huono liikuntakyky ja tasapainovaikeudet (Laatikainen 2009, 11). Saatujen tulostemme perusteella neljän terveydentila oli hyvä ja kolmen terveydentila oli tyydyttävä. Terveydentilaan vaikuttivat erilaiset sairaudet. Tutkittavien liikuntakyky oli pääasiassa hyvä, ja heillä oli monia harrastuk-

sia kuten lenkkeily, vesiliikunta, kuntosali ja kalastaminen, joilla he ylläpitävät liikuntakykyään.

Fyysisistä vanhenemismuutoksista parhaiten huomataan näön ja kuulon muutokset. Kuulo-ongelmat yleistyvät iän myötä. Kuulon huononeminen etenee vähitellen. (Elo-ranta & Punkanen 2008, 11.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan lähes puolella eläkeikäisistä oli heikentynyt kuulo. Yli 75-vuotiailla kuulolaitteen yleisyys lisääntyi huomattavasti. Tavallinen näön muutos ikääntyessä on lähelle tarkentamisen vaikeus eli ikänäköisyys. Ongelmat näössä lisääntyivät merkittävästi 75. ikävuoden jälkeen Terveys 2000-tutkimuksen perusteella. Näkö-ongelmat vaikuttivat muun muassa sanomalehden lukuun. (Aromaa & Koskinen 2002, 78, 117.) Tutkimukseemme osallistuneista kolmella oli kuulolaite käytössä ja yhdellä kuulo-ongelmat vaikuttivat puheen ymmärtämiseen. Muuten tutkittavilla ei ollut kuulossa havaittavia ongelmia. Näkö haittasi kahta tutkittavista, joista toiselle oli tehty silmäleikkaus ja toinen näki sumeammin toisella silmällä. Tutkimustulokset osoittivat, että kuulo- ja näkö-ongelmien esiintyminen tutkimukseemme osallistuneilla ikääntyneillä vaikuttivat jokapäiväiseen elämään ja sitä kautta kotona selviytymiseen.

Päivittäisistä askareista suoriutuminen on edellytys kotona selviytymiselle. Päivittäisiin askareisiin sisältyy arkipäiväiset perustoiminnot kuten syöminen, pukeutuminen ja peseytyminen sekä asioiden hoitaminen kotona ja kodin ulkopuolella. (Voutilainen 2009, 125.) Tutkimustulostemme mukaan suurin osa selviytyivät päivittäisistä askareista itse. Muutama tarvitsi apua siivouksessa ja pankkiasioiden hoitamisessa. Kahdella haastateltavista oli muita huomattavasti enemmän avun tarvetta arjen askareissa kuten raskaissa kotitöissä, vaatehuollossa ja kauppa-asioissa. Tuloksista kävi ilmi, että jokainen pääsi liikkumaan kodin ulkopuolisille asioille joko itse tai avun kanssa. Asioilla ja harrastuksissa käytiin useita kertoja viikossa. Tästä voidaan päätellä, että kotona selviytymistä tukee askareiden omatoiminen tekeminen ja niihin saatu apu sekä mahdollisuus liikkua kodin ulkopuolella.

Sosiaalisessa toimintakyvyssä ikääntyessä korostuvat sosiaaliset suhteet ja osallistuminen eri harrastus- ja virkistystoimintaan. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy voimavaroja kuten viisaus, elämäkokemus, elämänhallinta ja muistot, joita sosiaalinen verkosto tukee. Toimintakyvyn heikentyessä sosiaalisen verkoston merkitys korostuu, koska sillä on terveyttä edistävä vaikutus ja se suojaa riskeiltä. (Suni 1995, 45; Lyyra

ym. 2007, 71.) Tutkimustuloksissamme ilmeni, että kaikki olivat usein yhteydessä lähisukulaisiin ja ystäviin. Haastateltavat kokivat voivansa puhua asioistaan ystäville tai sukulaisille. Ikääntyessä korostuu se, että ikäihmisen ympärillä on ihmisiä joihin hän voi turvautua ja jotka ymmärtävät häntä. Tutkimustuloksista näkyy se, että elämään tyytyväisyys, hyvinvoinnin kokeminen, henkinen jaksaminen ja elämänlaatu ovat olennainen osa sosiaalista toimintakykyä.

Psyykkisen toimintakyvyn vanhenemismuutoksiin kuuluu muun muassa muistin heikkeneminen ja mielen voimavarat. Nykyään ajatellaan, että olennaisena osana vanhenemiseen kuuluu huomattava muistin heikkeneminen. Ikääntyessä on vaikeampaa tallentaa asioita muistiin ja palauttaa niitä mieleen. Normaaliin vanhenemiseen liittyvät muistiongelmien eivät estä kotona selviytymistä. (Suutama 2008, 193–195.) Psyykkisen toimintakykyyn liittyy muun muassa sopeutuminen omaan ikääntymiseen ja tunteiden hallinta, elämän tarkoituksellisuus, negatiivisten tunteiden vähyys, aktiivisuus ja tyytyväisyys hoitoon (Luoma 2009, 79). Haastateltavista kolme koki muistinsa heikentyneen, mutta he eivät kokeneet sen haittaavan normaalia elämää. Yhdellä heistä on todettu Alzheimer. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista eivät koe itseään yksinäiseksi eikä turvattomaksi. Haastateltavien ilon lähteitä olivat muun muassa ihmissuhteet, musiikki- ja kuorotilaisuudet, hengellinen toiminta, liikunta ja lukeminen. Kaikki haastateltavista olivat tyytyväisiä elämäänsä. Tutkimustulostemme perusteella voidaan sanoa, että läheiset ihmissuhteet ja aktiviteetit ovat syynä ikäihmisten hyvään oloon, tasapainoiseen tunne-elämään ja elämänlaatuun. Näillä kaikilla asioilla oli osuutta tutkittavien elämänmyönteisyyteen.

Vaaraman vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu 21 eri kunnan ikäihmisten kotona selviytymistä ja sitä, mikä vaikutus toimintakyvylle ja asunnon esteettömyydellä on arjessa selviytymiseen. Tutkimustulosten perusteella kyseisillä tekijöillä on merkitystä siihen, kuinka ikäihmiset kotona pärjäävät. (Vaarama 2004, 140–146.) Voidaan siis sanoa, että tutkimustulostemme perusteella ikäihmisten kotona selviytymiseen vaikuttavat monet tekijät. Fyysisessä, psyykkisessä sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuvat ikääntymismuutokset ovat merkittävä tekijä kotona selviytymiselle.

Jotta ikäihmisen kotona asuminen mahdollistuu, on hänen kyettävä itse tai avustettuna suoriutumaan askareistaan ja olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. Palve-

lut tekevät mahdolliseksi sen että kotona voidaan asua ja saada tukea toimintakyvyn heikentyessä. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31.) Tutkimuksestamme saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että kyseinen otanta oli sen verran hyväkuntoista, että tarvetta palveluille ei vielä juurikaan ollut. Monella haastateltavista ei ollut tarvetta palveluille juuri tässä hetkessä, mutta he toivat esille mahdollisia palveluita, joita saattaisivat tulevaisuudessa tarvita. Haastatelluilla oli vielä autot, joilla he pääsivät liikkumaan, tai sitten oli läheisiä tai omaisia, joiden apu oli lähellä. Nämä ihmiset olivat myös sen verran virkeitä, että heillä oli vielä suhteellisen paljon harrastuksia. Voidaan siis päätellä, että tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä on keinonsa, joilla he pärjäävät vielä kotona.

Taajaman ulkopuolisilla alueilla on palveluita saatavissa vähemmän kuin ihan keskustan alueella. Siksi on tärkeää ottaa selvää, minkälaisia palveluita ne ikäihmiset tarvitsevat, jotka eivät asu palveluiden lähellä. On olennaista, että palveluiden saanti turvataan myös taajaman ulkopuolisille alueille. Tutkimuksessamme tuodaan esille taajaman ulkopuolella asuvien ihmisten palvelujen tarvetta ja viedään heidän näkemyksiään tiedoksi kunnan sekä kolmannen sektorin palveluntuottajille. Näin pyritään edistämään sitä, että taajaman ulkopuolella asuvat ikäihmiset saisivat tietoa olemassa olevista palveluista sekä pystyisivät hyödyntämään niitä. Tutkimusta tehdessä havaitsimme, että ikäihmisillä ei ollut juurikaan tietoa mahdollisista kolmannen sektorin tuottamista palveluista. Tutkimuksemme avulla edistämme ikäihmisten omia vaikutusmahdollisuuksia palveluiden kehittämiseen.

Tutkimuksessamme olisimme voineet tehdä asioita myös toisin. Alkuperäinen aikataulumme oli, että työ olisi saatu valmiiksi vuoden 2013 loppuun mennessä. Meistä ja meistä riippumattomista syistä aikataulu kuitenkin siirtyi myöhemmäksi. Yksi syy oli hankaluus yhteystietojen saamisessa, sillä siinä kesti odotettua kauemmin. Teoriaan olisimme voineet paneutua enemmän ennen tutkimuksen aloittamista, jolloin olisimme voineet saada enemmän tietoa. Näin olisi voinut olla helpompi aloittaa tutkimusta ja miettiä omia toimintatapoja. Jos meillä olisi ollut vielä enemmän aikaa, olisimme voineet ottaa tutkimukseemme suuremman kohderyhmän, jolloin olisimme saaneet enemmän tuloksia. Tällöin tutkimukseemme valitun alueen ikäihmisten tämän hetkestä palveluiden tarpeesta olisi voitu saada enemmän tietoa. Olisimme voineet myös puhelinsoiton lisäksi lähettää saatekirjeen, jotta ihmiset olisivat ehtineet miettiä

enemmän tutkimuksen kannalta tärkeitä asioita. Vastaukset olisivat tällöin voineet olla vielä kattavampia kuin nyt saadut vastaukset.

Tutkimuksessamme oli myös hyvää. Tutkimuksemme aikana saimme kohdata erilaisia ikäihmisiä heidän kotiympäristössään ja olla vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Koimme tärkeänä, että saimme antaa ikäihmisille aikaa niin itse haastattelutilanteessa kuin ylipäänsä. Osasta tutkimukseen osallistuneista huomasi sen, että käyntimme oli heille mieluinen. Lisäksi he olivat kiitollisia siitä, että heidän pärjäämisensä ja mielipiteensä koettiin tärkeiksi. Tämä oli antoisaa tutkimuksen kannalta sekä meille itsellemme. Koimme hyvänä asiana, että pystyimme hyödyntämään opiskelujen myötä kasvanutta ammatti-identiteettiämme ja viemään taajaman ulkopuolella asuville ikäihmisille tietoa eri kolmannen sektorin palveluiden mahdollisuuksista sekä viemään ikäihmisten näkemyksiä eteenpäin.

Olisi hyvä tehdä jatkotutkimus siitä, miten ihmiset kokevat palveluiden auttavan siinä kohtaa, kun heillä on niitä käytössä. Voisi olla tarpeellista tehdä myös laajemman otannan tutkimus samasta aiheesta, jotta saataisiin myös niiden huonokuntoisten ikäihmisten mielipiteitä, jotka eivät niin hyvin pääse liikkumaan. Meidän tekemäämme tutkimukseen kuuluvat ihmiset olivat enimmäkseen hyväkuntoisia, jotka pärjäsivät kotona vielä ilman mitään suurempaa palveluiden tarvetta. Teimme tutkimuksen 75 vuotta täyttäneille, mutta voisi olla parempi tehdä tutkimus vanhemmalle ikäryhmälle, koska tutkittavalla alueella tehdään jo hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä 75-vuotiaille. 75-vuotiaista osa ei kokenut tarvetta osallistua tutkimukseemme, koska heille oli tehty hyvinvointia edistäviä kotikäynnit, joissa kartoitettiin heidän kotona selviytymistä ja palveluiden tarvetta.

Vanhustyön kehittämisen kannalta kotona selviytymisen tutkiminen ja edesauttaminen eri keinoin on tärkeää, jos pyritään siihen, että kotona asutaan mahdollisimman pitkään. Jotta ikäihmiset pystyvät asumaan itsenäisesti kotona, tarvitaan tietoa ikäihmisten arjesta ja siitä, miten ikäihmiset itse kokevat oman arkensa ja siihen liittyvät avun tarpeet. On panostettava vapaaehtoistoimintaan, ja kuntien on tehtävä yhteistyötä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Kotona asumisen tukemiseksi tarvitaan ennaltaehkäisevän työn kehittämistä ja ikäihmisten toimintakyvyn edistämistä. Geronomi voi olla edistämässä ikäihmisten toimintakykyä ja kotona pärjäämistä auttamalla juuri ennaltaehkäisevästi. Geronomi voi kartoittaa ikäihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosi-

aalista toimintakykyä esimerkiksi ottamalla selvää ikäihmisen sosiaalisesta verkostosta ja ohjaamalla tarvittaessa esimerkiksi erilaisiin ryhmiin, jossa ikäihminen tapaa muita ihmisiä. Geronomi ohjaa ikäihmisiä niiden palveluiden pariin, joita he tarvitsevat. Tulevaisuudessa ikäihmisten palveluissa korostuu yksilöllisyys, koska jokaiselle on saatava omaan tarpeeseen sopivat palvelut. Ikäihmisten neuvontaa ja palveluista tiedottamista on tärkeä kehittää ja edistää eri toimijoiden kesken.

LÄHTEET

- Airas, M., Savio, M. & Pylkkänen, A. 2012. Gurut kehiin! Proud Age -lehti 3/2012, s. 37–40.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78355/b3.pdf?sequence=1> [viitattu 10.2.2014].
- Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Tammi.
- Era, P. 1997. Havaintomotoriikan ja kehon asennonhallintakyvyn muutokset vanhe-
tessa ja liikunta. Teoksessa: Era, P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja
kansanterveyden julkaisuja 108. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäatiö: Jy-
väskylä, s. 50.
- Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teok-
sessa: Era, P. Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108.
Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäatiö: Jyväskylä, s.11.
- Heikkinen, E., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. & Suu-
tama, T. 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät -projekti. Osa 1. Sosi-
aali- ja terveysministeriö. Helsinki: Suunnitteluosaston julkaisuja 1.
- Heinola, R., Luoma, M.-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Heinola,
R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaaja-
koski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helander, V. 1998. Kolmas sektori. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, H. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja
käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15–16.painos. Helsinki: Tammi.
- Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa: Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. (toim) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hyvärinen, L. 2008. Näön vanheneminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Duodecim, s. 170.
- Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti: tuki vanhuksen kotona selviytymiselle: valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Hänninen, S., Kangas, A. & Siisiäinen, M. (toim.) 2003. Mitä yhdistykset välittävät. Tutkimuskohteena kolmas sektori. Jyväskylä: Atena.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laamanen, E., Ala-Kauhaluoma M. & Nouko-Juvonen, S. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektiyhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemuksia ja kehittämisajatuksia. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina - 65–84-vuotaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Luoma, M.-L. 2009. Elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen P.(toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Marin, M. 2003. Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa: Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Möttönen, S. & Niemelä, J. 2005. Kunta ja kolmas sektori: yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Nyholm, S. & Suominen, H. 1999. Palveluverkossa yötäpäivää. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.

Olsbo-Rusanen, L. & Väänänen-Sainio, R. 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Helsinki: Ympäristöministeriö. Asunto- ja rakennusosasto. Edita Prima Oy.

Pihjala, R. 2010. Kolmas sektori ja julkinen valta. Tutkimus. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.

Pohjolainen, P. 1995. Fyysisten vanhenemismuutosten erityispiirteitä. Teoksessa: Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P.-L., Lanér, A., Pohjolainen, P., Ruth, J.-E., Sihvola, T. & Suni, A. Ikäänny viisaasti: gerontologiaa ikäihmisille. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Rantanen, T. 2005. Vanhuuden toimintakyky tutkimuksen kohteena. Gerontologia-lehti 4/2005, s. 200.

Rautio, N. 2006. Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Kotipalvelu kotihoidon kivijalka. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H., Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruoppila, I. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa. E. Heikkinen & M. Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Ruoppila, S. & Suutama, T. 2003. Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa: (toim.) Hietanen, A. & Lyyra, T.-M. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, s. 159.

Räihä, K., Äyräväinen, I., Rantakokko, M., Lyyra T.-M. & Rantanen, T. Toiminnan mielekkyys vapaaehtoistyössä. Gerontologia-lehti 4/2012, s. 224.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Tampere: Juvenes Print.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Helsinki: WSOY.

Seppänen, A. 2009. Näkyvissä harmaakaihia ja glaukoomaa. Suomen lääkäri-lehti 15–16/2009 vsk 64, s. 1433. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL152009-1430.pdf> [viitattu 15.2.2014].

Sorri, M & Huttunen, K. 2008. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Duodecim, s. 159–160.

STM. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palveluntarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saata-

vissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf [viitattu 10.2.2014].

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:3.

Suominen, H. 1997. Kehon rakenteen ja fyysisen suorituskyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa: Era, P.(toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja, s. 29–30.

Suominen, H. 2008. Luuston kunto. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Duodecim, s. 102–103.

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Duodecim, s. 193–195.

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

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H., Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vaarama, M., Luoma, M.-L. & Ylönen, L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M.-L. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden kokema elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> [viitattu 15.2.2014].

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M.-L. & Meriläinen, S. 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> [viitattu 31.1.2014].

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim) Gerontologinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palveluiden kehittämisessä. Helsinki: Edita Prima Oy.

WHO & Stakes. 2004. ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes.

Wien, H. 2014. Eldstemann. Budstikka. 31.1.2014, s. 16–17.

HAASTATTELULOMAKE

Sukupuoli

nainen

mies

Syntymävuosi_____

Siviilisäät

naimisissa

naimaton

eronnut

leski

ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ

Miten asutte?

yksin

puolison

jonkun muun kanssa, kenen?_____

Missä asutte?

omakotitalossa

rivitalossa

kerrostalossa (hissi)

kerrostalossa (hissitön), kerros____

muu, mikä?_____

Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoonne?

Hyvin tyytyväinen

Melko tyytyväinen

Melko tyytymätön

Hyvin tyytymätön

Millainen kylänne on asuinpaikkana?

TERVEYDENTILA JA FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Millaiseksi koette oman terveydentilanne?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Huono

Mitkä asiat edistävät omasta mielestänne toimintakykyänne/terveyttänne?

Millaiseksi koette oman liikuntakykyynne?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Tyydyttävä
- Huono

Kuinka useasti harrastatte liikuntaa?

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin

KOTONA SELVIYTYMINEN**Miten pystytte liikkumaan kotona?**

- itsenäisesti
- apuvälineen avulla, minkä? _____
- jonkun avustamana
- en lainkaan

Miten selviätte päivittäisistä askareista?

- itsenäisesti
- apuvälineen avulla, minkä? _____
- jonkun avustamana
- en lainkaan

Selviydtekö?**Kyllä****Ei****Mitä apua tarvitsette?**

Tuolilta/sängystä ylös

Liikkumisesta asunnossa

Portaista

Peseytymisestä

Ulkona liikkumisesta

Selviydtekö seuraavista askareista?**Kyllä****Ei, kenen avulla?**

pukeutuminen

ruokailu

tiskaaminen

siivoaminen	_____	_____
vaatehuolto	_____	_____
raskaat kotityöt	_____	_____
(ikkunoiden pesu, mattojen ravistelu)		
pankkiasiat	_____	_____
kauppa-asiat	_____	_____

Vaikeuttaako jokin seuraavista kotona selviytymistänne?

- puhe
- liikkuminen
- näkö
- kuulo
- sairaus

Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta?

Kyllä, miksi?

Ei

Kotona

Kodin ulkopuolella?

SOSIAALINEN VERKOSTO

Kuinka usein olette yhteydessä sukulaisiin, läheisiin tai tuttaviiin?

- päivittäin
- viikoittain
- kuukausittain
- harvemmin

Kehen?

- lapset
- sisarukset/muut sukulaiset

- ystävät
- naapurit

Koetteko, että teillä on ystäviä/sukulaisia joille voitte puhua asioistanne?

- Kyllä, kuka?_____
- Ei

Kuinka usein käytte kodin ulkopuolella esim. kaupassa, harrastuksissa ym?

- päivittäin
- useita kertoja viikossa
- viikoittain
- kuukausittain
- harvemmin

Onko teillä kodin ulkopuolisia harrastuksia(kulttuuri, kerhotoiminta, liikunnallisia)?

Miten tavallisesti liikutte ja pääsette asioille kodin ulkopuolella?

PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY JA ELÄMÄNLAATU

Tunnetteko itsenne?	Kyllä	Joskus	Ei
yksinäiseksi	_____	_____	_____
turvattomaksi	_____	_____	_____
väsyneeksi	_____	_____	_____
elämään tyytyväiseksi			

Jos koette itsenne yksinäiseksi, minkä koette olevan sen syynä?

- puolison kuolema
- läheisten omaisten/ystävien puuttuminen

- asuinolot
- oma sairaus ja heikentynyt toimintakyky
- jokin muu syy, mikä? _____

Mikä/mitkä asiat tuovat iloa elämäänne?

Koetteko että muistinne on heikentynyt?

Kyllä Ei

Miten heikentynyt muisti vaikuttaa jokapäiväiseen elämäänne?

PALVELUT

Kotona asumisen mahdollisuuksia lisää se, että tarjolla on eri palveluita(kunnallinen, yksityinen ja 3.sektori) Joilla voidaan lisätä ikäihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia. Minkälaisia palveluita koette tarvitsevanne, jotta voisitte asua kotona mahdollisimman pitkään?
