

**KUNTOUTTAVAN PÄIVÄTOIMINNAN VAIKUTUKSET
FYYSISEEN TOIMINTAKYKYYN, KIPUUN JA ELÄMÄN-
LAATUUN**

Tutkimuskohteena määräaikaiset asiakkaat

Kanta-Hämeen hyvinvointialue

Meritie Anni

Opinnäytetyö

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Fysioterapeutti YAMK

2025

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Fysioterapeutti YAMK

Tekijä	Anni Meritie	Vuosi	2025
Ohjaaja	Milla Immonen		
Toimeksiantaja	Kanta-Hämeen hyvinvointialue		
Työn nimi	Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun. Tutkimuskohteena määräaikaiset asiakkaat.		
Sivumäärä	45 + 0		

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksia määräaikaisille asiakkaille. Toimeksiantajana oli Kanta-Hämeen hyvinvointialue. Opinnäytetyössä arvioidaan Kanta-Hämeen hyvinvointialueen ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksia määräaikaisten asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun analysoiden kerättyjä mittaustuloksia. Tavoitteena oli havainnollistaa mittaustulokset ja tutkitut vaikutukset tilastollisten tunnuslukujen ja kuvaajien avulla. Toisena tavoitteena oli, että koostetuja tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä.

Tämän opinnäytetyön lähestymistapana käytettiin määrällistä tapaustutkimusta ja tutkimusmenetelmänä kuvailevaa tilastoanalyysia. Aineistona käytettiin Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kuntouttavan päivätoiminnan työntekijöiden keräämiä testituloksia määräaikaisilta asiakkailta fyysisestä toimintakyvystä, kivusta ja elämänlaadusta. Aineistona saatujen testituloksien alku- ja lopputuloksia vertailtiin ja tästä saatiin tieto tapahtuneista muutoksista. Muutoksia tarkasteltiin myös huomioiden eri tekijöitä, joita olivat ikä, sukupuoli, kotihoidon asiakkuus ja muistisairauden sairastaminen.

Tämän tutkimuksen perusteella kuntouttava päivätoiminta näyttää vaikuttavan joidenkin ikääntyneiden asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun positiivisesti. Fyysiseen toimintakykyyn kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa parhaiten positiivisesti muistisairailta, ei-kotihoidon asiakkailta, naisilla sekä 70–79-vuotiailla. Kivun osalta parhaiten kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa positiivisesti erityisesti 70–89-vuotiailla, muistisairailta sekä kotihoidon asiakkailta. Elämänlaadun osalta parhaiten kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa positiivisesti 90–99-vuotiailla, ei-kotihoidon asiakkailta ja muistisairailta. Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutusten tutkiminen ei ole kuitenkaan yksinkertaista asiakasryhmän ollessa monimuotoinen. On monta eri asiaa, jotka vaikuttavat asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun, ja siksi asiakkaiden kaikki yksilölliset tekijät ja ympäristötekijät tulisi ottaa paremmin huomioon vaikutuksia arvioitaessa.

Avainsanat kuntouttava päivätoiminta, ikääntyneet, fyysinen toimintakyky, elämänlaatu, kipu

Master of Well-Being Analytics
Master of Health Care

Author	Anni Meritie	Year	2025
Supervisor	Milla Immonen		
Commissioned by	Kanta-Häme wellbeing services county		
Title	The effects of rehabilitative day activities on physical functioning, pain and quality of life. Research target: fixed-term clients.		
Number of pages	45 + 0		

In this thesis, the effects of rehabilitative day activities on elderly fixed-term clients were investigated. The commissioning party was Kanta-Häme wellbeing services county. The effects of day activities on the physical functioning, pain and quality of life were assessed by analysing various measurements.. The goal was to visualize the measurement results and the examined effects by statistical indicators and graphs. Another goal was that the results could be utilized in the development of the day activities.

The approach used in this thesis was quantitative case study and the research method was descriptive statistical analysis. The data consisted of test results collected by the employees of the rehabilitative day activities in the Kanta-Häme wellbeing services county from fixed-term clients regarding physical functioning, pain and quality of life. The initial and final results of the test data were compared and this provided information on the changes that occurred. Changes were also examined considering different factors such as age, gender, home care client status and the presence of memory disorder.

Based on this study, the rehabilitative day activities on elderly people appear to positively affect the physical functioning, pain, and quality of life of some elderly clients. Daytime activities that rehabilitate physical functioning have the most positive effect on people with dementia, non-home care clients, women and people in the age group 70-79. In terms of pain, rehabilitative day activities have a particularly positive impact on individuals aged 70–89 years, those with memory disorders, and home care clients. In terms of quality of life, the most rehabilitative day activities have a positive effect especially on individuals aged 90–99 years, non-home care clients, and those with memory disorders. However, studying the effects of rehabilitative day activities is not straightforward due to the diversity of the client group. There are many different factors that affect a client's physical functioning, pain, and quality of life. Therefore, all individual and environmental factors should be more thoroughly considered when assessing the impacts.

Keywords rehabilitative day activities, elderly, physical functioning, quality of life, pain

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 FYYNINEN TOIMINTAKYKY, KIPU JA ELÄMÄNLAATU SEKÄ NIIDEN MITTAAMINEN	6
2.1 Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen	6
2.2 Kipu ja sen mittaaminen	8
2.3 Elämänlaatu ja sen mittaaminen	10
3 VAIKUTUKSET JA VAIKUTTAVUUS SEKÄ NIIDEN MITTAAMINEN	13
3.1 Vaikutukset ja vaikuttavuus sekä niiden mittaamisen tarve	13
3.2 Kuntouttavan päivätoiminnan ja ryhmätoiminnan vaikutukset ja vaikuttavuus	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISEN TOTEUTUKSEN KUVAUS	18
5.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja tutkimuksen kohderyhmä	18
5.2 Lähestymistapa	19
5.3 Aineistonkeruu.....	20
5.4 Aineiston analyysi.....	20
6 TULOKSET.....	22
7 POHDINTA	34
7.1 Tulosten tarkastelu	34
7.2 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn .	34
7.3 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset kipuun	36
7.4 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset elämänlaatuun	37
7.5 Johtopäätökset	38
7.6 Eettisyys ja luotettavuus	38
7.7 Jatkotutkimusaiheet.....	39
LÄHTEET.....	41

1 JOHDANTO

Kanta-Hämeen hyvinvointialue järjestää useita palveluita, joista yksi on ikäihmisten kuntouttava päivätoiminta (Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2024a). Kuntouttavan päivätoiminnan toimintamallia kehitettiin ja päivitettiin vuoden 2023 aikana. Toimintamallia kehitettäessä nousi esille tarve mitata palvelun vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Vaikuttavuus onkin yksi Kanta-Hämeen hyvinvointialueen arvoista (Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2024b). Toimintamallia kehitettäessä päätettiin mitata määräaikaisten asiakkaiden fyysistä toimintakykyä, kipua ja elämänlaatua palvelun alkaessa ja loppuessa erilaisin mittarein. Tarve nousi kuitenkin vielä testituloksista saatujen tietojen analysoinnille ja koostamiselle sekä tätä kautta mahdollisuudelle hyödyntää tietoa. Kuntouttavan päivätoiminnan lähijohtaja ehdotti tästä opinnäytetyöaihetta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida Kanta-Hämeen hyvinvointialueen ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksia määräaikaisten asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun analysoiden kerättyjä mittaustuloksia. Tavoitteena oli havainnollistaa mittaustulokset ja tutkitut vaikutukset Excel-kuvaajina. Toisena tavoitteena oli, että koostettuja tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimusta ohjasivat tutkimuskysymykset, joilla selvitettiin vaikuttaako kuntouttava päivätoiminta, ja miten se vaikuttaa määräaikaisten asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun. Lähestymistavaksi valittiin tapaustutkimus, sillä tutkimuksessa tutkittiin yhtä tapausta. Menetelmällisenä suuntauksena on määrällinen tutkimus. Aineistona käytettiin koostetiedostoja asiakkaiden alku- ja lopputestauksien testituloksista. Tutkimuksessa tarkastellaan alku- ja lopputilanteen välisiä eroja sekä sitä, kuinka eri muuttujat näihin vaikuttivat. Huomioitavia muuttujia tutkimuksessa olivat ikä, sukupuoli, muistisairauden sairastaminen sekä mahdollinen kotihoidon tai omaishoidon asiakkuus.

2 FYYSINEN TOIMINTAKYKY, KIPU JA ELÄMÄNLAATU SEKÄ NIIDEN MITTAAMINEN

2.1 Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen

Toimintakyky on tärkeä terveydentilan indikaattori (Pohjolainen 2009, 18). Toimintakyky on käsitteenä moniulotteinen ja sitä voidaankin jäsentää monin eri tavoin. Yleisesti toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä kykyjä pärjätä itselle tärkeissä tai kuuluvissa toiminnoissa siinä ympäristössä missä hän elää. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2023) mukaan toimintakyky jaetaan neljään osa-alueeseen, fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.) Ruoppilan (2002) mukaan toimintakyky jaetaan taas vain kolmeen osa-alueeseen, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Tässä työssä keskitytään toimintakyvyn osa-alueista vain fyysiseen toimintakykyyn.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen elimistön toiminnallista kykyä suorittaa fyysistä ponnistelua vaativista arjen toiminnoista. Fyysinen toimintakyky koostuu hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminnasta. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia elimistön fysiologisia toimintoja ovat esimerkiksi kestävyyskunto, nivelten liikkuvuus, lihasvoima- ja kestävyys, kehon asennon ja liikkeiden hallinta sekä näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.) Ikäihmisten näkökulmasta fyysinen toimintakyky on oleellisessa roolissa kotona pärjäämisen ja itsenäisen selviytymisen kannalta (Sainio, Valkeinen, Stenholm, Vaara & Rinne 2020, 7).

Suomessa toimintakyvyn tutkimista gerontologiassa on alettu toteuttamaan alun perin kolmella eri osa-alueella. Ensimmäinen oli työkyvyn osalta, kun oli haluttu selvittää, millaista suorituskykyä tarvitaan tiettyihin ruumiillisesti raskaisiin töihin ja miten ikä vaikuttaa suorituskykyyn. Toinen oli urheilijoiden suorituskykytestien soveltamisessa ikäihmisille, jonka lisäksi psykomotoriikan, aistien ja tasapainon osalta kehitettiin ikäihmisille soveltuvia mittaamenetelmiä ja laitteita. Kolmantena oli ikäihmisten hoidon ja tuen tarpeen arviointi. (Rantanen, Kokko, Sipilä, Aromaa & Viljanen 2023.)

Ikäihmisten terveyden arviointiin tarvitaan sairauksien diagnosoinnin lisäksi toimintakykymittauksia (Pohjolainen 2009, 18). Toimintakykyä arvioimalla pystytään ennustamaan toimintakyvyn ja terveydentilan muutoksia, henkilön suorituskykyä esimerkiksi sairaalasta kotiuttamisen jälkeen, avuntarvetta, toipumista ja kuntoutumista sekä sairauksien vakavuutta ja elämänlaatua. (Rantanen, Kokko, Sipilä, Aromaa & Viljanen 2023.) Toimintakykymittauksia tehdään kuntoutuksessa, lääketieteessä ja hoitotyössä. Haasteena toimintakykymittauksissa on, että suosituksia on useita erilaisia, joiden sovellutukset poikkeavat toisistaan. Mittareita on erilaisia, ja käytännöt eri kuntoutus-, hoito- ja tutkimuslaitoksissa vaihtelevat. Tällöin eri tutkimustulosten vertailu on hankalaa. (Pohjolainen 2009, 18.) Suositeltavaa onkin käyttää tutkimuksissa sellaisia fyysisen toimintakyvyn mittareita, jotka ovat vertailukelpoisia, päteviä ja joiden käytettävyydestä on näyttöä (Sainio ym. 2020, 7).

Vuonna 2001 Maailman terveysjärjestö WHO hyväksyi toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health). ICF kuvaa väestön toimintaedellytyksiä ja sen avulla voidaan kuvata yksilön arjessa selviytymistä eri ympäristöissä laaja-alaisesti. ICF:n tarkoituksena on tarjota yhtenäinen malli eri ammattiryhmien välille yksilön toimintakyvyn kuvaamiseen. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF 2004.) Fyysisen toimintakyvyn arviointi ICF-luokituksessa tapahtuu arvioimalla kehon toimintoja ja yksilön suorituksia. Suorituksia taas voi arvioida suoritustasona tai suorituskykynä. Suorituskyvystä puhuttaessa tarkoitetaan yksilön maksimaalista tasoa suorittaa jokin toiminto tietyssä ympäristössä ilman tukea tai apuvälineitä. Suoritustaso taas kuvaa mitä yksilö tekee omassa ympäristössään. ICF ei ole itsessään toimintakyvyn mittari vaan toimii kuvaajana, miten sairauden tai vamman vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä. (Sainio ym. 2020, 9.)

Fyysisen toimintakyvyn mittareita on useita. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen aineistossa on käytetty fyysisen toimintakyvyn mittarina lyhyttä fyysisen suorituskyvyn testistöä eli SPPB:tä. SPPB-testillä mitataan ikääntyneiden tasapainoa, kävelynopeutta sekä alaraajojen lihasvoimaa. Testin avulla pystytään havaitsemaan henkilöt, joiden kaatumisvaara on suurentunut. Testin 3 eri osiota pisteytetään siten, että jokaisesta osa-alueesta voi saada maksimissaan 4 pistettä. Mitä

suuremmat pisteet henkilö saa, sitä parempi alaraajojen suorituskyky hänellä on. Terveystieteiden tutkimuskeskus (2023a).)

Useat eri tutkimukset osoittavat fyysisen toimintakyvyn tärkeyden ikääntyneille ja miksi sen tasoa on hyvä mitata ja seurata. Suikkasen ym. (2021) tutkimuksessa tutkittiin säännöllisen liikuntaharjoittelun vaikutusta ikääntyneiden toimintakykyyn. Tuloksien mukaan säännöllisellä liikunnalla, ja nimenomaisesti ohjatulla harjoittelulla voidaan parantaa ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä. Samalla kaatumisten todettiin vähentyneen, avuntarpeen päivittäisissä toiminnoissa vähentyneen ja elämänlaadun parantuneen. (Suikkanen ym. 2021.) Tattarin, Suhoisen ja Stoltin (2021) tutkimuksessa taas haluttiin kuvata, millainen merkitys fyysisellä toimintakyvyllä ikääntyneille on ja millaisia keinoja heillä on fyysisen toimintakyvyn ja itsenäisyytensä ylläpitämiseksi. Tuloksien mukaan suurimpana toiveena oli ikääntyminen toimintakykyisenä. Fyysisen toimintakyvyn todettiin myös olevan hyvinvoinnin perusta ja mahdollistavan arjen toiminnan. Hyvän fyysisen toimintakyvyn todettiin myös nostavan mielialaa. Sosiaalisten suhteiden sekä osallistumisen harrastuksiin ja eri aktiviteetteihin todettiin lisäävän hyvinvointia.

2.2 Kipu ja sen mittaaminen

Kalson ym. (2018) mukaan Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmässä kipu on kuvattu epämiellyttäväksi sekä sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio, tai jota kuvataan samalla tavalla. Luomajoki ym. (2020, 29) sen sijaan korostavat, ettei kipu ole vain yksittäinen oire, tuntemus tai aistimus eikä se sijaitse jossakin kohtaa ihmisessä. Kipu on kokemus, joka on koko ihmisessä, kehossa ja mielessä. Kipu vaikuttaa koko ihmisen elämään, hyvinvointiin, toimintaan ja elämänlaatuun. (Luomajoki ym. 2020, 29.) Kipu on jokaisen henkilökohtainen tuntemus ja kokemus, eikä sitä tule kyseenalaistaa. Kipuaistimuksen tehtävänä on varoittaa vaarasta ja varmistaa vaurion paraneminen. Kipuaistia voidaankin pitää elossa pysymisen edellytyksenä. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 49–51.) Kipu voidaan määritellä sen keston mukaan joko akuutiksi, subakuutiksi tai krooniseksi kivuksi. Akuutti kipu on kestoltaan alle 1 kuukauden, subakuutti 1–3 kuukautta ja krooninen kipu yli 3 kuukautta. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Ihmisen ikääntyessä lisääntyvät useat eri sairaudet, jotka altistavat erilaisille kiputiloille. Näitä ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joista erityisesti nivelrikko ja lihasreuma. (Tilvis 2004.) Lihavaisen (2012) väitöskirjatutkimuksessa todettiin tuki- ja liikuntaelimestön kipujen vaikuttavan ikääntyneiden ihmisten liikkumiskykyyn ja tasapainonhallintaan. Ikääntyneet ketkä kokivat kohtalaista tai voimakasta kipua, suoriutuivat liikkumiskykytesteissä ja tasapainon hallinnassa heikommin kuin kivuttomat ikääntyvät. Luomajoki ym. (2020, 29) sekä Tilvis (2004) mainitsevat kivun huonontavan ikääntyneiden elämänlaatua, aiheuttavan masennusta, heikentävän toimintakykyä, lisäävän sosiaalista eristäytymistä, lisäävän terveyspalvelujen käyttöä ja pahimmillaan aiheuttavan sekavuustilan. Karjalaisen (2021, 9–10) väitöskirjatutkimuksen mukaan kotona asuvista ikääntyneistä noin puolella ilmenee usein kipua.

Rapo-Pylkön (2019) väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin kroonisen kivun esiintyvyyden määrää, kivun piirteitä ja seurauksia 75-, 80- ja 85-vuotiailla ikääntyvillä ihmisillä. Lisäksi tutkimuksessa tutkittiin eri kipumittareiden käytön helppoutta. Yksi tutkittavista mittareista oli numeerinen kipuasteikko NRS (numeric rating scale). Tutkimuksen mukaan NRS-mittarin käyttö oli ikääntyneiden mielestä kohtalaisen helppokäyttöinen. Kroonisista kivuista kärsineet ikääntyneet kokivat kivun huonontavan heidän terveydentilaansa ja liikkumiskykyään sekä lisäävän yksinäisyyttä, surullisuutta ja väsyneisyyttä. Tästä huolimatta keskimäärin elämänlaatu ja tyytyväisyys elämään pysyi samanlaisena seurantajakson aikana ja kroonisista kivuista kärsineet ikääntyneet olivat yhtä tyytyväisiä elämäänsä kuin kivuttomat ikääntyneet. Yksilötasolla eroja toki havaittiin.

Luomajoen ym. (2020, 29, 193) mukaan kivun määrää ei varsinaisesti voi mitata. Kivun tutkimuksessa tulee keskittyä enemmänkin, miten kipu vaikuttaa elämään ja miten henkilö sen kokee. Kivun ollessa emotionaalinen kokemus, joka voi liittyä kudосvammaan, jo parantuneeseen vammaan tai vammaan, jota ei olisikaan, on parhainta mitata kipua kysymällä. Kysymällä saadaan selville esimerkiksi kivun voimakkuus, kesto ja sen aiheuttama haitta. Voimakkuuden mittaamiseen on käytettävissä esimerkiksi NRS-mittari, jossa henkilö arvioi kivun voimakkuuden asteikolla 0–10. (Luomajoki ym. 2020, 29, 193.) Tämän opinnäytetyön aineistoissa on käytetty kyseistä mittaria.

Ikääntyneiden henkilöiden kivun arvioinnissa ja mittaamisessa tulee huomioida, etteivät ikääntyneet aina välttämättä kerro kivuistaan. Jotkut voivat pitää kiputiloja luonnollisena ikääntymiseen kuuluvana asiana ja eivät täten pidä kipujaan mainitsemisen arvoisina. Ikääntyneet, jotka taas sairastavat muistisairautta tai jotakin psykiatrista sairautta, eivät välttämättä kykene tunnistamaan kipujaan. Erilaisten kipumittareiden lisäksi tulisi havainnoida ikääntyneen käytöstä, ilmeitä, eleitä, äännähdyksiä sekä liikkumisen poikkeavuuksia. (Finne-Soveri 2015.)

2.3 Elämänlaatu ja sen mittaaminen

Elämänlaadun käsite ei ole yksiselitteinen vaan sille on erilaisia määritelmiä. Yleismääritelmänä pidetään, että elämänlaatu on ihmisen kokemus omasta elämästään ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Elämänlaatu on yhteydessä myös ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja hengelliseen terveyteen ja sitä voidaan tarkastella osana kokonaisterveyttä. Elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat läheiset ihmiset, sosiaaliset verkostot sekä miten henkilö kokee pystyvänsä toteuttamaan itselleen merkityksellisiä asioita ja tyydyttämään itselleen tärkeitä tarpeitaan. (Kangasniemi, Pietilä & Saarto 2015.)

Elämänlaatu yhdistetään hyvään elämään. Koska ei ole yhtä vastausta mitä hyvä elämä on, on yksittäisen ihmisen hyvän elämänlaadun määrittäminen henkilökohtaista. On olemassa kuitenkin jokaisella aikakaudella yhteisiä käsityksiä, millaista arvoista hyvä elämä koostuu. Näitä ovat esimerkiksi tasa-arvo, vapaus, oikeudenmukaisuus ja käsitykset ihmisarvosta. Elämänlaatua arvioitaessa on ymmärrettävä yksilön kokemuksia ja elämän monimuotoisuutta. (Kangasniemi ym. 2015.) Strandberg (2021) mainitseekin ulkopuolisen olevan hankala arvioida toisen ihmisen elämänlaatua, koska ihminen on hyvin sopeutuvainen.

Vaikka elämänlaadun mittaamisen ja määrittämisen osalta keskiössä on henkilökohtainen kokemus, voidaan elämänlaatua lisäksi arvioida objektiivisesti mitattavilla tekijöillä. Näitä ovat taloudellinen ja sosiaalinen asema, fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä koulutuksellinen ja ammatillinen tausta. Nämä tekijät kuvaavat elämänlaatua epäsuorasti. Havaintojen ja kokemusten perusteella erilaisten mitattavien tekijöiden ja koetun elämänlaadun välillä on vahva yhteys. Elämänlaatua kohentaa erilaiset resurssit. (Kangasniemi ym. 2015.)

Vaarama (2021) kertoo artikkelissaan 2021 julkaistun väestötutkimuksen tulosraporteista käyvän ilmi, että 75-vuotta täyttäneet ihmiset kokevat elämänlaatunsa yhtä hyväksi kuin muukin väestö. Eroa muuhun väestöön on kuitenkin fyysisen terveyden ja sosiaalisen osallistumisen osalta. Yksinäisyyttä kokee noin joka kymmenes yli 75-vuotiaista. Yli 80-vuotiailla elämänlaadun heikentymisen riski kasvaa terveys- ja toimintakykyongelmien lisääntyessä. Riskiä heikentyneeseen elämänlaatuun lisäävät myös yksinäisyys, masennus, ahdistuneisuus, köyhyys, asunnon liikuntaesteet, pitkät lähipalvelumatkat, riittämättömäksi koetut terveyspalvelut, riittämätön apu tarpeisiin nähden sekä julkisten liikenneyhteyksien ja harrastusmahdollisuuksien puute. Tutkimuksen mukaan joka viides 85–89-vuotias ja lähes joka kolmas 90-vuotiaista kokee itsensä yksinäiseksi usein tai jatkuvasti. Kokonaisuudessaan 20–30 % 80-vuotta täyttäneistä kotona asuvista ihmisistä on syrjäytynyt yleisestä hyvinvoinnista sairauksien, köyhyyden, heikentyneen toimintakyvyn, yksinäisyyden ja palvelujen riittämättömyyden takia. (Vaarama 2021.)

Strandbergin (2021) mukaan elämänlaatu voidaan käsitteenä erottaa kahdeksi laajaksi käsitteeksi, elämänlaaduksi sekä terveyteen liittyväksi elämänlaaduksi. On oleellista huomioida, että terveyteen liittyvä elämänlaatu kuvaa vain osan ihmisen kokonaiselämänlaadusta. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitataan, arvioidaan ja kuvataan paljon lääketieteessä. Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamiseen on kehitetty useita kysymyksistä koostuvia mittareita. Kansainvälisiä, suomeksi käännettyjä ja paljon käytettyjä mittareita ovat esimerkiksi fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua mittaavat SF-36 ja EQ-5-mittarit sekä Suomessa yleistynyt 15D, jossa esitetään 15 eri kysymystä terveyteen ja toimintakykyyn liittyen. Terveyteen liittyvät elämänlaatumittarit antavat hyödyllistä tietoa esimerkiksi sairaanhoidon vaikuttavuudesta, mutta niiden käyttöä on kritisoitu, koska niissä painottuvat vain elämän kielteiset asiat. Myönteisten asioiden huomiointi ikääntyneiden elämänlaatua mitattaessa on tärkeä ja oleellinen asia elämänlaadun kokonaisarviointin kannalta. Ikääntyneille on usein ominaista kyky sopeutua erilaisiin rajoitteisiin ja vajavuuksiin ja jos myönteisiä tekijöitä elämänlaatua selvittäessä ei huomioida, näyttäytyy elämänlaatu huonompana kuin todellisuudessa on. Ikääntyneet muodostavat hyvin monimuotoisen ryhmän ja heidän elä-

mänlaatunsa sekä siihen vaikuttavat tekijät vaihtelevat huomattavasti. Vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi elinympäristö, toimintakyky ja sairaudet sekä niiden hoito. Sairauksista yhtenä esimerkkinä mainittakoon muistisairaat. Muistisairaille kehitettyjä elämänlaatumittareita on kehitetty keskivaikeaan sairauteen asti. Tämän jälkeen elämänlaadun arvioiminen tapahtuu hoitohenkilökunnan tai omaisten toimesta, jolloin tulokset eivät ole välttämättä kovin luotettavia. (Strandberg 2021.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen aineistossa on käytetty elämänlaatumittarina EUROHIS-8-mittaria. Se on WHOQOL-BREF-mittarin tiivistetty versio, joka on suunniteltu nopeaksi ja käyttäjäystävälliseksi työkaluksi väestön terveydentilan arvioimiseen ja seuraamiseen. Mittari on suunniteltu työikäisille ja iäkkäille. Tiedonkeruumenetelminä toimii haastattelu ja itse täytettävä kyselylomake. Mittarin käyttö ei vaadi erityistä koulutusta ja toteutukseen kuluu noin 3–5 minuuttia. Mittari sisältää 8 eri kysymystä liittyen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristöön. Mittarin kysymyksiin vastaaja valitsee itselleen parhaiten sopivan vaihtoehdon välillä 1–5 olevalta Likert-asteikolta. Lopuksi vastauksien pistemäärä lasketaan yhteen. Mitä korkeammat pisteet vastaaja saa, sen paremmaksi hänen elämänlaatunsa voidaan arvioida. Kokonaispistemäärän avulla voidaan laskea myös keskiarvo jakamalla kokonaispistemäärä vastattujen kysymyksien määrällä. Keskiarvoa ei voida kuitenkaan laskea, jos vastauksia puuttuu enemmän kuin yksi. Tuloksien viitearvoina voi käyttää suomalaisten 30 vuotta täyttäneiden väestöä koskevan Terveys 2011 -tutkimuksen aineistoa, josta löytyy kooste Toimia:sta EUROHIS-8 mittarin sivuilta. Keskiarvo +75-vuotiailla naisilla ja miehillä on ollut edellä mainitussa tutkimuksessa 3,8. (Korpilahti 2024.)

3 VAIKUTUKSET JA VAIKUTTAVUUS SEKÄ NIIDEN MITTAAMINEN

3.1 Vaikutukset ja vaikuttavuus sekä niiden mittaamisen tarve

Vaikutukset ja vaikuttavuus ovat kaksi eri käsitettä, vaikka ne liittyvät toisiinsa ja käsittelevät usein samoja ilmiöitä. Käsitteitä käytetään myös jonkun verran ristiin. Tärkeintä tästä huolimatta on ymmärtää, mitä halutaan arvioida. (Anoschkin, n.d.) TEPA-termipankin määritelmän mukaan vaikutukset ovat muutoksia, jotka syntyvät tarkasteltavan toiminnan tai muun tekijän vaikutuksesta, joko itsenäisesti tai yhdessä muiden tekijöiden kanssa (TEPA-termipankki 2024a). Vaikutus viittaa kaikkiin seurauksiin tai muutoksiin, jotka jokin toiminta, päätös tai ilmiö aiheuttaa. Vaikutukset voivat olla positiivisia tai negatiivisia, suoria tai epäsuoria sekä lyhyt- tai pitkäaikaisia. Vaikutukset ovat kaikki toimenpiteen aikaansaamat muutokset, riippumatta siitä olivatko ne toivottuja vai eivät. (Linna & Suhonen 2022.)

Vaikuttavuus taas voidaan määritellä toiminnan piirteeksi, joka kuvaa sitä, millä tavoin ja millaisia vaikutuksia toiminta on saanut tai voi saada aikaan tarkasteltavassa ilmiössä tai kohteessa verrattuna valittuun vertailukohtaan (TEPA-termipankki 2024b). Vaikuttavuus arvioi erityisesti tulosten ja tavoitteiden suhdetta, eli toiminnan tehokkuutta ja hyödyllisyyttä. Vaikuttavuudesta puhuttaessa muutos on pitkäkestoinen tai pysyvä positiivinen muutos asian tilassa. Muutoksen on oltava merkittävä ja lisäarvoa tuottava ja se vaikuttaa kohderyhmälle, ympäristölle ja yhteiskunnalle tärkeään haasteeseen. Monimutkaisissa ilmiöissä, kuten hyvinvoinnissa, painotetaan, että muutos ei koskaan synny yksittäisen toimenpiteen tuloksena. Vaikuttavuutta tulisi sen sijaan tarkastella kokonaisuutena, joka muodostuu useiden toimijoiden ja toimenpiteiden yhteisvaikutuksesta. (Anoschkin, n.d.)

Vaikuttavuuden mittaamisessa keskitytään ihmisten hyvinvoinnissa tapahtuvaan muutokseen, kun taas palvelut ja resurssit nähdään ainoastaan keinoina tämän tavoitteen saavuttamiseksi. (Anoschkin n.d.) Vaikuttavuuden tarkasteluun on olemassa erilaisia teoreettisia lähestymistapoja, mutta käytännössä vaikuttavuutta

mitataan vain harvoin. Tämä johtaa siihen, että monien yhteiskunnallisten haasteiden ratkaisemiseen tähtäävien toimien osalta ei lopulta tiedetä, saavutetaanko niiden avulla alun perin asetetut tavoitteet. (Aistrich 2014.) Aistrichin (2014) mukaan voidaan ajatella vaikuttavuuden muodostuvan logiikkaketjusta, jossa edetään panoksesta tuotokseen, tuotoksesta vaikutuksiin ja vaikutuksista vaikuttavuuteen. On tyypillistä, että tulosten mittaaminen jää liian varhaiseen vaiheeseen logiikkaketjua, ja tällöin varsinainen vaikuttavuus ei tule ilmi. Tällöin ei pystytä pätevästi arvioimaan, oliko tehty toimenpide hyödyllistä. (Aistrich 2014.)

Eryteisesti julkisen sektorin rahoitus on rajallista ja siksi halutaankin tietää ja varmistua, että rahat kohdistuvat vaikuttaviin toimenpiteisiin. Tähän tarvitaan vaikuttavuuden ja vaikutuksien mittauksia ja arvioiteja. Vaikuttavuuden arvioimisessa ja mittaamisessa puhutaan myös vaikuttavuusinvestoimisesta. Vaikuttavuusinvestoiminen tarjoaa keinon edistää yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin tehokasta yhteistyötä erilaisten hyvinvointiin ja ympäristöön liittyvien ongelmien ehkäisyssä ja ratkaisussa. Sen avulla on mahdollista toteuttaa tarkkaan suunniteltuja, pitkäkestoisia ja ennakoivia investointeja. (Kilpi 2019; Sitra 2025.)

Vaikka opinnäytetyössä avataan myös termiä vaikuttavuus, tämän opinnäytetyön tutkimuksessa verrataan tapahtuneita muutoksia asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä, kivussa ja elämänlaadussa, eli tutkitaan kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksia, ei vaikuttavuutta. Termit on haluttu avata niiden toisiinsa kytkeytymisen takia.

3.2 Kuntouttavan päivätoiminnan ja ryhmätoiminnan vaikutukset ja vaikuttavuus

Ikääntyneiden kuntouttava päivätoiminta on suunnitelmallista ja ennaltaehkäisevää ryhmätoimintaa, jonka tavoitteena on edistää ja ylläpitää ikääntyneiden terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä tukea heidän mahdollisuuksiaan asua kotona itsenäisesti. Tietoa kuntouttavasta päivätoiminnasta Suomessa on vielä vähän. (Luonsinen, Forsius & Ilmarinen 2024.) Pääministeri Orpon hallitusohjel-

massa (2023) hyvinvointialueita rohkaistaan kehittämään ja laajentamaan iäkkäiden ryhmämuotoista päivätoimintaa. Ikääntyneille suunnatut ennaltaehkäisevät toimenpiteet sekä kotona asumista tukevat palvelut ovat keskeisessä asemassa myös kansallisissa linjauksissa, laatusuosituksissa ja toimintaohjelmissa (Valtioneuvosto 2022; Sosiaali- ja terveysministeriö 2024).

Sosiaalihuoltolain 19 §:n (1301/2014) mukaan päivätoiminta luokitellaan tukipalveluksi, joka voi toimia itsenäisenä palveluna tai täydentää muita sosiaalipalveluita, kuten kotihoitoa ja omaishoitoa. Tukipalvelut tulee järjestää iäkkäille henkilöille heidän tarpeidensa mukaisesti riippumatta siitä, saavatko he kotihoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024). Lisäksi päivätoiminta voi tarjota omaishoitajille mahdollisuuden vapaapäiviin sekä tukea heidän jaksamistaan. Joissakin tapauksissa päivätoimintaan osallistuminen mahdollistaa myös omaishoitajan osa-aikaisen työssäkäynnin. Suuri osa kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaista ovat muistisairaita. (Luonsinen, Forsius & Ilmarinen 2024.)

Kuntouttavan päivätoiminnan kustannusvaikuttavuudesta ei ole vielä riittävästi tietoa, mutta toiminnan parantaessa ikääntyneiden toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvointia voidaan mahdollisesti vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Parhaimmillaan kuntouttavasta päivätoiminnasta saadut hyödyt voivat viivästyttää tai vähentää ikääntyneiden raskaampien palveluiden tarvetta. (Luonsinen, Forsius & Ilmarinen 2024.)

Muistiliitto ja Hoitotyön tutkimussäätiö ovat tehneet kattavan selvityksen muistisairaiden päivätoiminnasta, sen järjestämisen nykytilanteesta, kehittämistarpeista sekä tutkituista hyödyistä. Selvityksessä on hyödynnetty kansainvälisiä tutkimuksia kattavasti. Selvityksen tulosten mukaan päivätoiminta vaikuttaa kokonaisuudessaan positiivisesti hyvinvointiin, koettuun elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Hamari ym. 2023.)

Päivätoiminnassa säännöllisesti järjestetyt aktiviteetit ovat merkittäviä muistisairaiden fyysiselle, psyykkiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnille. Erilaiset päivätoiminnan ohjelmat voivat edistää muun muassa muistia, keskittymiskykyä, tasapainoa ja elämänlaatua. Lisäksi on viitteitä siitä, että päivätoiminnan yhteydessä voidaan tukea esimerkiksi hyvää ravitsemusta. (Hamari ym. 2023.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että päivätoimintaan osallistuminen voi vahvistaa muistisairaiden kokemusta osallisuudesta yhteiskuntaan, vähentää yksinäisyyttä sekä parantaa kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. Myös yllättävien sairaalajaksojen määrä on vähentynyt, ja elämänlaatu on parantunut. Erityisesti sosiaalisella vuorovaikutuksella ja yhteisöllisillä aktiviteeteilla on todettu olevan myönteinen vaikutus muistisairaiden tunne-elämään. Lisäksi ulkona toteutettuihin aktiviteetteihin osallistumisen on havaittu olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun. Myös toimintaympäristöllä on merkitystä, sillä se vaikuttaa fyysiseen aktiivisuuteen, ulkona vietettyyn aikaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Hamari ym. 2023.)

Muistisairaat itse ovat tuoneet esille aktiviteettien ja niihin liittyvän sosiaalisen vuorovaikutuksen tärkeyden. He kokevat, että osallistuminen eri toimintoihin vahvistaa itsetuntoa ja itsevarmuutta, edistää hyvinvointia, tarjoaa mahdollisuuksia haastaa itseään sekä lisää ymmärrystä muistisairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Lisäksi aktiviteetit tuovat vaihtelua ja iloa arkeen, tarjoavat tilaisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta. Muistisairaiden mukaan heille järjestetyt aktiviteetit ovat myös osoitus siitä, että heitä arvostetaan. (Hamari ym. 2023.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida Kanta-Hämeen hyvinvointialueen ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksia määräraikaisten asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun analysoiden kerättyjä mittaustuloksia. Tavoitteena oli havainnollistaa mittaustulokset ja tutkitut vaikutukset tilastollisten tunnuslukujen ja kuvaajien avulla. Toisena tavoitteena on, että koostettuja tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Millaisia vaikutuksia kuntouttavalla päivätoiminnalla on määräraikaisten asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun?
- Onko kuntouttavan päivätoiminnan vaikutus erilainen eri ikäryhmissä, eri sukupuolilla, muistisairailla, kotihoidon asiakkailla ja omaishoidon asiakkailla?

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISEN TOTEUTUKSEN KUVAUS

5.1 Opinnäytetyön toimeksiantaja ja tutkimuksen kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Kanta-Hämeen hyvinvointialue, joka muodostuu 11 Kanta-Hämeen kunnasta. Näitä ovat Forssa, Hattula, Hausjärvi, Humppila, Hämeenlinna, Janakkala, Jokioinen, Loppi, Riihimäki, Tammela ja Ypäjä. Asukkaita maakunnassa on noin 170 000. Työntekijöitä Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on noin 7100 henkilöä. Kanta-Hämeen hyvinvointialue järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut Kanta-Hämeessä. (Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2025.)

Kanta-Hämeen hyvinvointialue järjestää ikäihmisten kuntouttavaa päivätoimintaa, joka on toimintakykyä tukevaa ryhmätoimintaa. Se sisältää esimerkiksi kuntosaliharjoittelua, kädentaitoja, yhteisen ruokailun ja erilaisia keskusteluryhmiä. Toimintaan voi osallistua kerran viikossa. Päivätoimintapäivän kesto on 5 tuntia. Kuntouttavaa päivätoimintaa myönnetään joko määräaikaisena tai toistaiseksi voimassa olevana palveluna. (Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2025.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olivat ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan eri yksiköissä käyvät asiakkaat, joille palvelu on myönnetty määräaikaisesti. Kuntouttavan päivätoiminnan yksiköitä Kanta-Hämeen hyvinvointialueella oli aineistonkeruun aikana 12, joista aineisto saatiin 11 yksiköstä. Sittenkin yksiköitä on vähennetty ja tällä hetkellä niitä on 10. Aineistonkeruun aikana määräaikaiset asiakkaat kävivät kuntouttavassa päivätoiminnassa yhden kerran viikossa, kolmen kuukauden ajan.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue päivitti kuntouttavan päivätoiminnan myöntämisperusteita opinnäytetyön toteuttamisen aikana ja aineistonkeruun jälkeen. Jatkossa kuntouttavan päivätoiminnan palveluita myönnetään vain pääsääntöisesti määräaikaisena palveluna. Päivätoimintajaksoja voi olla yhteensä kaksi jaksoa 12 kuukauden aikana. Yhden jakson pituus on neljä kuukautta. Toistaiseksi voimassa olevana palvelu voidaan myöntää omaishoidettavalle tai muistioireiselle kotona asumisen tukipalveluna. Lisäksi jatkossa ensisijaisena palvelumuotona käytetään etäpäivätoimintaa, jota tarjotaan ennaltaehkäisevänä, toimintakykyä tukevana ja edistävänä palveluna asiakkaille. (Niskanen 2025.)

5.2 Lähestymistapa

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön lähestymistapana käytetään määrällistä tapaustutkimusta. Tapaustutkimuksessa tutkitaan yhtä tai useampaa tapausta. Päämääränä on tutkitun tapauksen tai tapauksien määrittely, analysointi ja ratkaisu. Tapauksen ratkaisemista ohjaa tutkimuskysymys. Tapaustutkimus sopii lähestymistavaksi, kun miten-, miksi- ja mitä-kysymykset ovat keskeisessä roolissa, aiheesta ei ole paljoa empiiristä tutkimusta, tutkijalla ei ole paljoa kontrollia tapahtumiin ja/tai kun tutkimuskohde on tässä ajassa elävässä elämässä oleva ilmiö. Edellä mainituista ehdoista kaikkien ei tarvitse täytyä. (Eriksson & Koistinen 2014, 1–7.)

Tapaustutkimuksessa hyödynnetään monipuolisia tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä ja siksi sitä ei voida pitää pelkästään aineistonkeruumenetelmänä. Tapaustutkimus ei siis rajoitu tiettyihin menetelmällisiin valintoihin, vaan siinä voidaan soveltaa sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia lähestymistapoja. Tapaustutkimuksen tavoitteena on syventää ymmärrystä tietystä ilmiöstä ilman pyrkimystä yleistettävään tietoon. Tämä tutkimusmenetelmä valitaan usein silloin, kun halutaan tarkastella kohdetta perusteellisesti ja ottaa huomioon sen taustatekijät sekä konteksti, kuten olosuhteet ja taustavaikuttajat. Vaikka tutkimuksen kohteena on yksittäinen tapaus, on arvioinnissa hyödyllistä pohtia sen laajempia vaikutuksia: mitä kyseinen tapaus voi opettaa samankaltaisille tutkimuksille? Miten saatuja tuloksia voitaisiin soveltaa muihin yhteyksiin? Voiko yksittäistapauksen pohjalta suunnitella laajempia tutkimuksia? Vaikka tapaustutkimus ei tähtää yleistyksiin, huolellinen analyysi voi silti tarjota arvokasta tietoa, joka ylittää yksittäisen tapauksen rajat. Tulosten merkitystä ja luotettavuutta voidaan vahvistaa esittämällä kattava kuvaus aineistosta ja sen analyysiprosessista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 43–45.)

5.3 Aineistonkeruu

Kuntouttavan päivätoiminnan työntekijät tekevät määräaikaisille asiakkaille palvelun alkaessa ja loppuessa testaukset. Testeinä ovat EuroHIS-8-elämänlaatumittari, numeraalinen kipumittari NRS ja lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi SPPB. Työntekijät koostavat alku- ja lopputestien tulokset erilliselle Excel-tiedostolle. Tiedostoon merkitään myös tieto asiakkaan iästä, sukupuolesta, onko henkilö kotihoitoon asiakas tai omaishoidettava sekä onko asiakkaalla muistisairautta.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa käytettiin aineistona edellä mainittuja tiedostoja, jotka olivat ilman tunnistetietoja. Opinnäytetyön tekijälle tiedostot toimitettiin Kanta-Hämeen hyvinvointialueelta salatulla sähköpostilla. Aineistoa kerätään kuntouttavan päivätoiminnan vaikutuksista ilman opinnäytetyön tutkimustakin. Tutkimuksessa hyödynnettiin kerättyjä ja koostettuja aineistoja ajalta 22.1.2024-31.8.2024. Näin saatiin riittävä otanta tutkimukseen. Aineistoa kerättiin 12 eri yksiköstä, mutta tiedot oli täytetty 11 yksiköstä. Aineistona toimi 11 eri Excel-tiedostoa ja 11 eri taulukkoa.

5.4 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön lähestymistapana on määrällinen tapaustutkimus ja tutkimusmenetelmänä on kuvaileva tilastoanalyysi. Määrällisen tutkimuksen ajatuksena on, että oikealla tavalla mittaamalla, koettelemalla ja kokeilemalla saadaan todellinen, yksilöistä riippumaton tieto. Määrällisessä tutkimuksessa hyödynnetään numeraalista analyysia. Määrällisessä tutkimuksessa tavoitteena on saada vastauksia kysymyksiin, kuinka paljon ja miten usein jokin asia ilmenee sekä miksi asiat ilmenevät tutkimustulosten kuvaamalla tavalla. (Vilka 2021.) Kuvaileva tilastoanalyysi keskittyy esittelemään ja tiivistämään yksittäisten määrällisten muuttujien jakaumia tai useamman muuttujan välisiä yhteyksiä ilman, että pyritään tekemään yleistyksiä laajempaan populaatioon. Kun analysoidaan vain yhtä muuttujaa, sen ominaisuuksia voidaan havainnollistaa esimerkiksi keskiarvojen ja hajontalukujen avulla. (Tietoarkisto 2025.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa käytettiin määrällistä aineistoa. Aineistoa analysoitiin Microsoft Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Aineistot olivat alkuun

11 eri tiedostossa. Aineistot yhdistettiin yhdeksi tiedostoksi, koska yksikkökohtaisia eroavaisuuksia ei nyt tarkasteltu. Testituloksien keskiarvot oli ilmoitettu osittain kolmen desimaaliluvun tarkkuudella. Kaikki keskiarvot muutettiin yhden desimaaliluvun tarkkuudeksi. Tämän jälkeen Excel-tiedostoon muokattiin laskukaavat tuloksien saamiseksi. Niiden perusteella tehtiin kuvaajat. Kuvaajina käytettiin pylväsdiagrammeja ja taulukoita. Tulokset esitettiin kuvioissa ja taulukoissa prosentuaalisena. Kuvioissa ja taulukoissa on myös ilmoitettu prosentuaalista määrää vastaava asiakasmäärä lukuina. Tutkimuksessa tarkasteltiin alku- ja lopputilanteen välisiä eroja sekä sitä, kuinka eri muuttujat näihin vaikuttivat. Huomioitavia muuttujia tutkimuksessa olivat ikä, sukupuoli, muistisairauden sairastaminen sekä mahdollinen kotihoidon tai omaishoidon asiakkuus. Muutokseksi huomioitiin alku- ja lopputestien välillä kaikki kokonaispistemäärissä tapahtuneet pistemuutokset. Testissä käytetyt mittarit sisältävät pisteytyksen kokonaisina pistemäärinä ja vaativat selkeän muutoksen asiakkaan suorituksessa tai vastauksissa, jotta pistemäärä muuttuu.

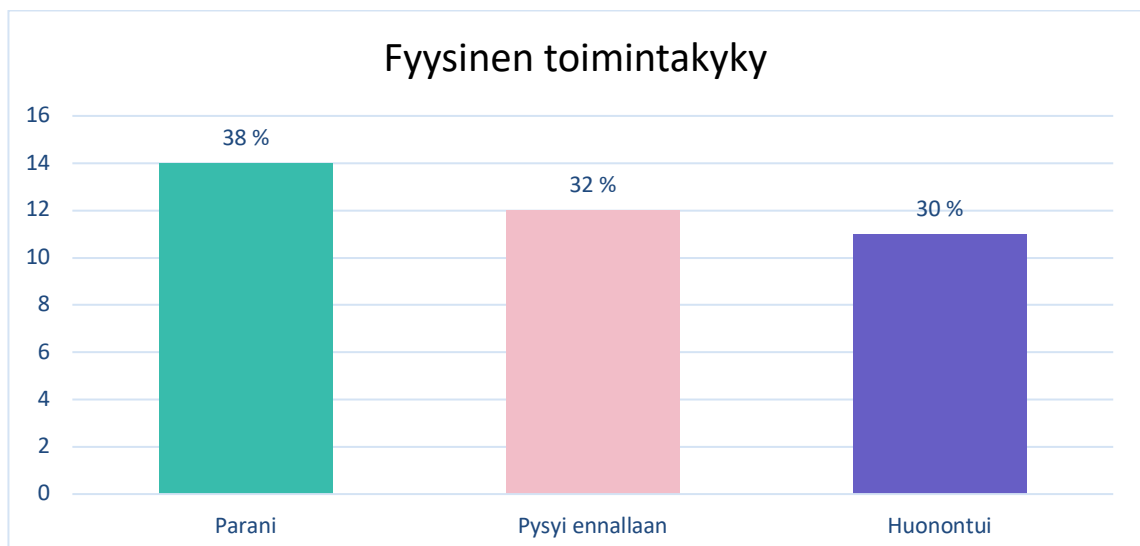
Saaduille testituloksille tehtiin myös T-testi ja laskettiin keskihajonta. T-testi on yleisesti hyödynnetty tilastollinen menetelmä, jolla vertaillaan kahden ryhmän keskiarvoja, ja jolla voidaan tutkia havaitun tuloksen tilastollista merkitsevyyttä. T-testillä voidaan tutkia, onko havaittu tulos aidosti olemassa vai selittyykö se vain satunnaisvaihtelulla. Mitä pienempi saatu p-arvo on, sitä enemmän tulosta voidaan pitää tilastollisesti merkitsevänä. Yleisenä rajana tilastolliseen merkitsevyyteen pidetään alle 0,05 arvoa. (Tilastokeskus 2025.) Keskihajontaa käytetään kertomaan arvojen vaihtelusta keskiarvon ympärillä. Mitä suurempi keskihajonta on, sen kauempana arvot ovat keskiarvosta. (Taanila 2022.)

6 TULOKSET

Opinnäytetyön tutkimuksen aineisto koostui 61 määräaikaisen asiakkaan taustatiedoista sekä testituloksista. Näistä miehiä oli 19 ja naisia 42. Kaikki pyydetyt taustatiedot sekä testitulokset saatiin 27 asiakkaalta. Lopuilta osa testituloksista tai taustatiedoista puuttuivat. Asiakkaat olivat iältään 61–96-vuotiaita. Kotihoidon asiakkaita oli 30 ja muistisairautta sairastavia 11. Omaishoidettavia ei määräaikaisissa asiakkuuksissa ollut tutkimuksen aineistossa lainkaan.

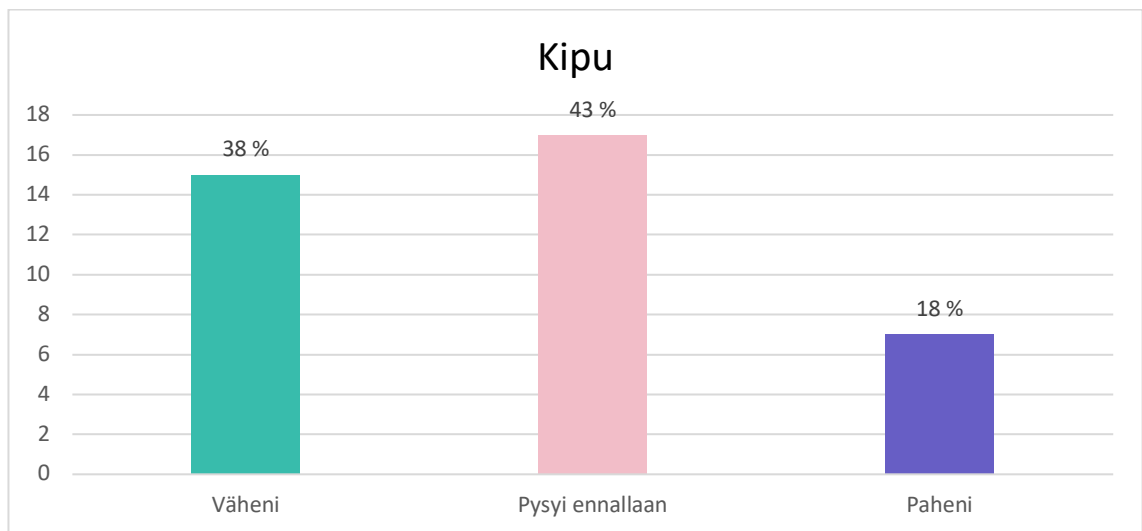
Asiakkaat jaettiin ikäryhmiin 60–69-vuotiaat, 70–79-vuotiaat, 80–89-vuotiaat ja 90–99-vuotiaat. 60–69-vuotiaita oli 3, 70–79-vuotiaita oli 16, 80–89-vuotiaita oli 25 ja 90–99-vuotiaita oli 16. Yhden asiakkaan ikää ei ollut merkitty.

Fyysisen toimintakyvyn alku- ja loppumittaukset olivat tehtynä 37 asiakkaalle. Fyysinen toimintakyky parani 14 asiakkaalla (38 %), pysyi ennallaan 12:lla (32 %) ja huonontui 11:lla (30 %). Jakautuminen oli siis melko tasaista. Fyysistä toimintakykyä mitattiin SPPB-testillä, jossa pisteytys on 0–12 välillä. Mitä suuremmat pisteet asiakas saa, sitä parempi on hänen fyysinen toimintakykynsä. Pisteiden keskiarvo SPPB-testissä oli alussa 7,86 ja lopussa 6,79. Keskiarvoja tarkasteltaessa fyysinen toimintakyky huononi asiakkailla. Keskihajonta alussa oli 2,82 ja lopussa 2,56. T-testin tuloksena oli $P=0,61$, joka tarkoittaa, etteivät muutokset olleet tilastollisesti merkitseviä. Asiakaskohtaisesti muutoksia tarkasteltaessa fyysinen toimintakyky suurimmalla osalla parani. (Kuvio 1).



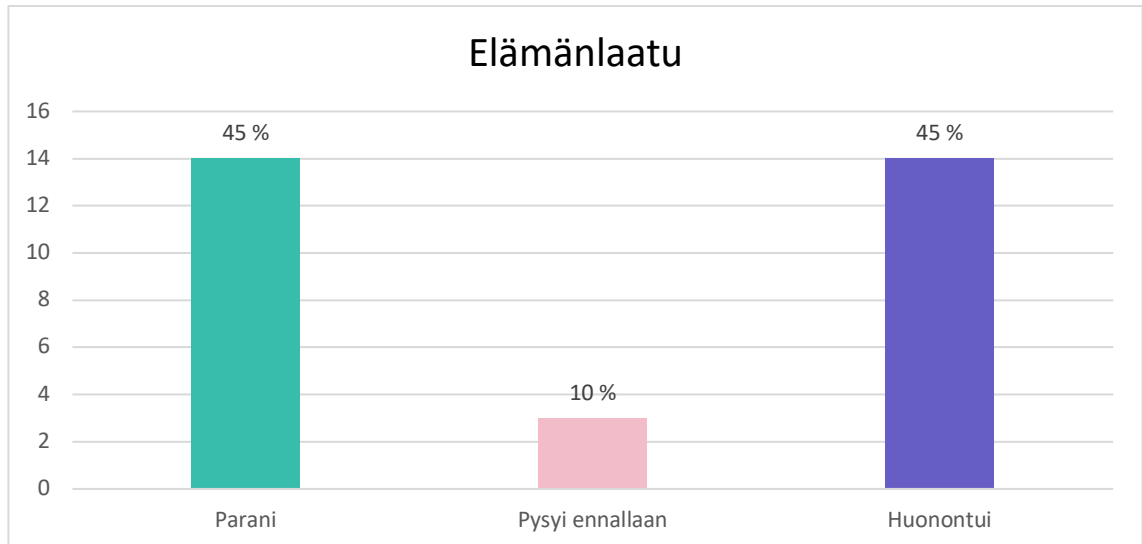
Kuvio 1. Fyysisen toimintakyvyn muutokset

Kipua oli kysytty sekä alussa että lopussa 39 asiakkaalta. Kipu väheni 15 asiakkaalla (38 %), pysyi ennallaan 17 asiakkaalla (43 %) ja paheni 7 asiakkaalla (18 %). Asiakkaat arvioivat kipua numeraalisena 0–10 väliltä, jolloin 0 tarkoitti ei kipua ja 10 pahinta mahdollista kipua. Keskiarvo kivulle alussa oli 3,79 ja lopussa 3,15. Keskiarvoa tarkasteltaessa kivun määrä väheni. Keskihajonta alussa oli 2,61 ja lopussa 2,35. T-testin tuloksena oli $P=0,55$, joka tarkoittaa, etteivät muutokset olleet tilastollisesti merkitseviä. Asiakaskohtaisesti tarkasteltaessa suurimmalla osalla kivun määrä pysyi ennallaan. (Kuvio 2).



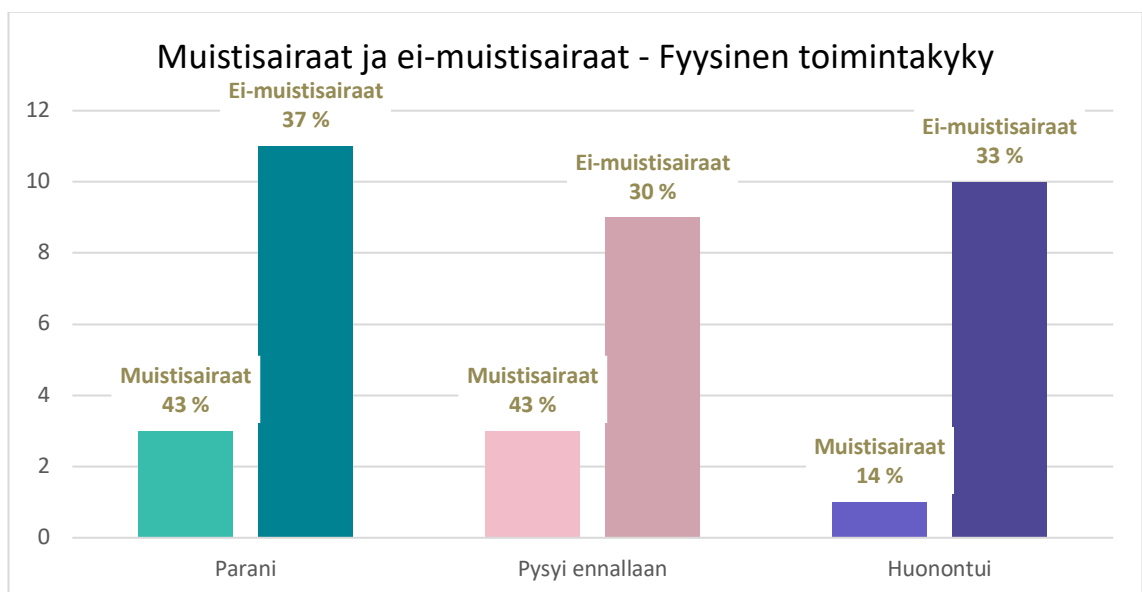
Kuvio 2. Kivun muutokset

Elämänlaatumittari oli toteutettu sekä alussa että lopussa 31 asiakkaalle. Elämänlaatu parani 14 asiakkaalla (45 %), pysyi ennallaan 3:lla (10 %) ja huononi 14:lla (45 %). Elämänlaatua mitattiin EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla, jossa pisteytys on 0–40 välillä. Mitä suuremmat pisteet asiakas sai, sitä parempi hänen elämänlaatunsa on. Pisteiden keskiarvo alussa oli 31,52 ja lopussa 31,71. Keskiarvoja tarkasteltaessa elämänlaatu parani asiakkailla. Keskihajonta alussa oli 4,01 ja lopussa 4,60. T-testin tuloksena oli $P=0,93$, joka tarkoittaa, etteivät muutokset olleet tilastollisesti merkitseviä. Asiakaskohtaisesti muutoksia tarkasteltaessa elämänlaatu hieman parani yhtä monella kuin se huononi. (Kuvio 3).



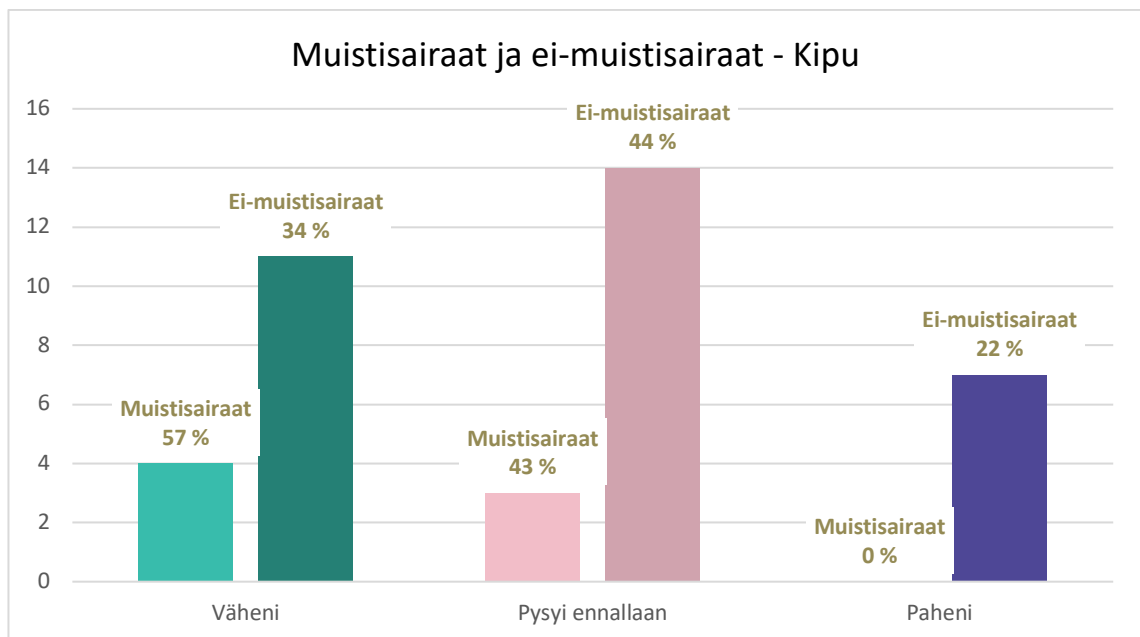
Kuvio 3. Elämänlaadun muutokset

Fyysisen toimintakyvyn muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä muistisairauden sairastaminen. Muutoksien eroja verrattiin muistisairaiden ja ei muistisairaiden välillä. Muistisairaita asiakkaita, joilta oli mitattu fyysinen toimintakyky sekä alussa että lopussa, oli 7. Ei muistisairaita, joilta oli mitattu fyysinen toimintakyky sekä alussa että lopussa, oli 30. Muistisairailta yhtä monella parani ja pysyi ennallaan fyysinen toimintakyky. Huonontumista tapahtui vain yhdellä. Ei muistisairaiden osalta fyysinen toimintakyky parani suurimmalla osalla, ennallaan pysyi vähiten ja toiseksi eniten huononi. (Kuvio 4).



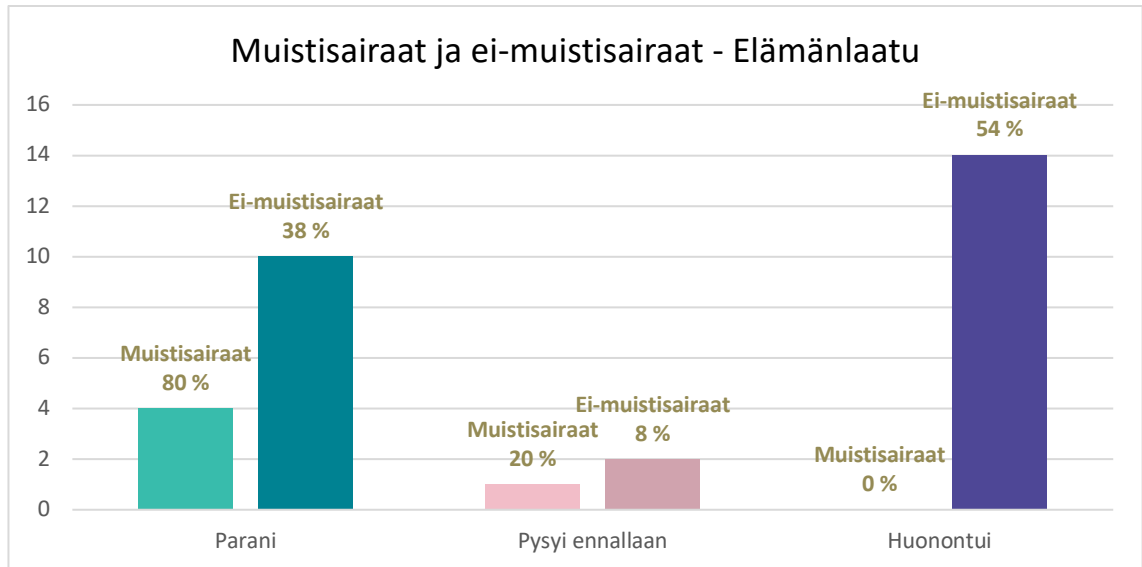
Kuvio 4. Muistisairaiden ja ei-muistisairaiden fyysisen toimintakyvyn muutokset

Kivun muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä muistisairauden sairastaminen. Kipu mitattiin muistisairailta alussa ja lopussa 7 asiakkaalta. Ei muistisairautta sairastavilta kipu mitattiin sekä alussa että lopussa 32 asiakkaalta. Muistisairailta kipu väheni 4:llä (57 %), pysyi ennallaan 3:lla (43 %) ja ei pahentunut yhdelläkään. Ei-muistisairailta kipu väheni 11:sta (34 %), pysyi ennallaan 14:sta (44 %) ja paheni 7:llä (22 %). Tämän perusteella muistisairailta kivun vähene mistä tapahtui suuremmalla osalla ja kipu ei lisääntynyt kenelläkään. Ei-muistisairailta suurimmalla osalla taas kipu pysyi ennallaan ja kipu lisääntyi suuremmalla osalla kuin se väheni. (Kuvio 5).



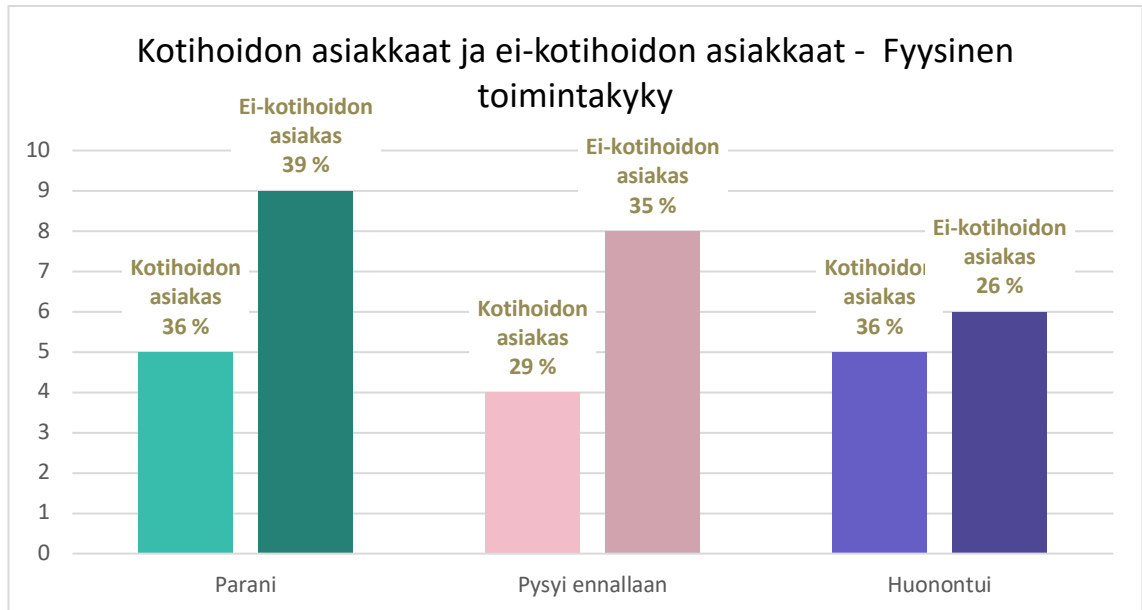
Kuvio 5. Muistisairaiden ja ei-muistisairaiden kivun muutokset

Elämänlaadun muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä muistisairauden sairastaminen. Elämänlaatua mitattiin muistisairailta sekä alussa että lopussa 5:ltä asiakkaalta. Ei muistisairautta sairastavilta elämänlaatu mitattiin sekä alussa että lopussa 26 asiakkaalta. Muistisairaista kukaan elämänlaatu ei huonontunut. Elämänlaatu parani 4:llä (80 %) ja pysyi ennallaan 1:llä (20 %). Ei-muistisairailta elämänlaatu parani 10:llä (38 %), pysyi ennallaan 2:lla (8 %) ja huononi 14:sta (54 %). Tämän perusteella elämänlaatu parani paremmin muistisairailta kuin ei-muistisairailta. (Kuvio 6).



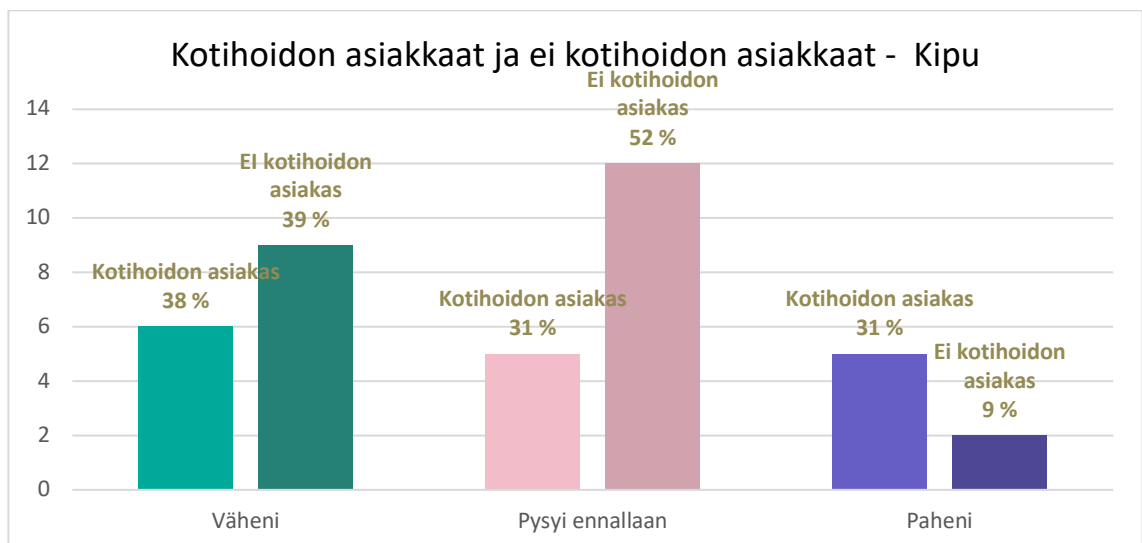
Kuvio 6. Muistisairaiden ja ei-muistisairaiden elämänlaadun muutokset

Fyysisen toimintakyvyn muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä kotihoidon asiakkuus. Fyysinen toimintakyky mitattiin kotihoidon asiakkaana olevilta alussa ja lopussa 19 asiakkaalta. Ei-kotihoidon asiakkaista fyysinen toimintakyky mitattiin alussa ja lopussa 23:lta asiakkaalta. Kotihoidon asiakkaista fyysinen toimintakyky parani 5:llä (36 %), pysyi ennallaan 4:llä (29 %) ja huonontui 5:llä (36 %). Ei-kotihoidon asiakkailla fyysinen toimintakyky parani 9:llä (39 %), pysyi ennallaan 8:lla (35 %) ja huonontui 6:lla (26 %). Tämän perusteella kotihoidon asiakkailla fyysisen toimintakyvyn paranemista ja huononemista tapahtui yhtä monella. Ei-kotihoidon asiakkailla fyysisen toimintakyvyn paranemista tapahtui suurimmalla osalla ja huononemista vähiten. (Kuvio 7).



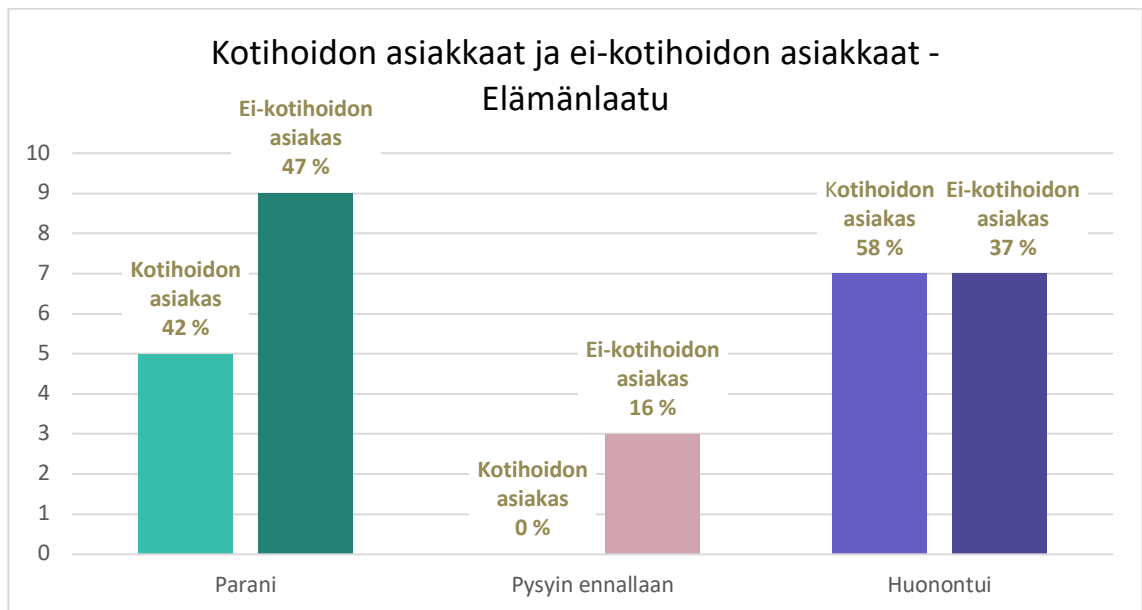
Kuvio 7. Kotihoidon asiakkaiden ja ei-kotihoidon asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muutokset

Kivun muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä kotihoidon asiakkuus. Kipu mitattiin kotihoidon asiakkailta alussa ja lopussa 16 asiakkaalta ja ei-kotihoidon asiakkailta 23 asiakkaalta. Kotihoidon asiakkailta kipu väheni 6:lla (38 %), pysyi ennallaan 5:llä (31 %) ja paheni 5:llä (31 %). Ei-kotihoidon asiakkailta kipu väheni 9:llä (39 %), pysyi ennallaan 12:lla (52 %) ja paheni 2:lla (9 %). Tämän perusteella kotihoidon asiakkailta suurimmalla osalla kipu väheni ja ei-kotihoidon asiakkailta suurimmalla osalla kipu pysyi ennallaan. (Kuvio 8).



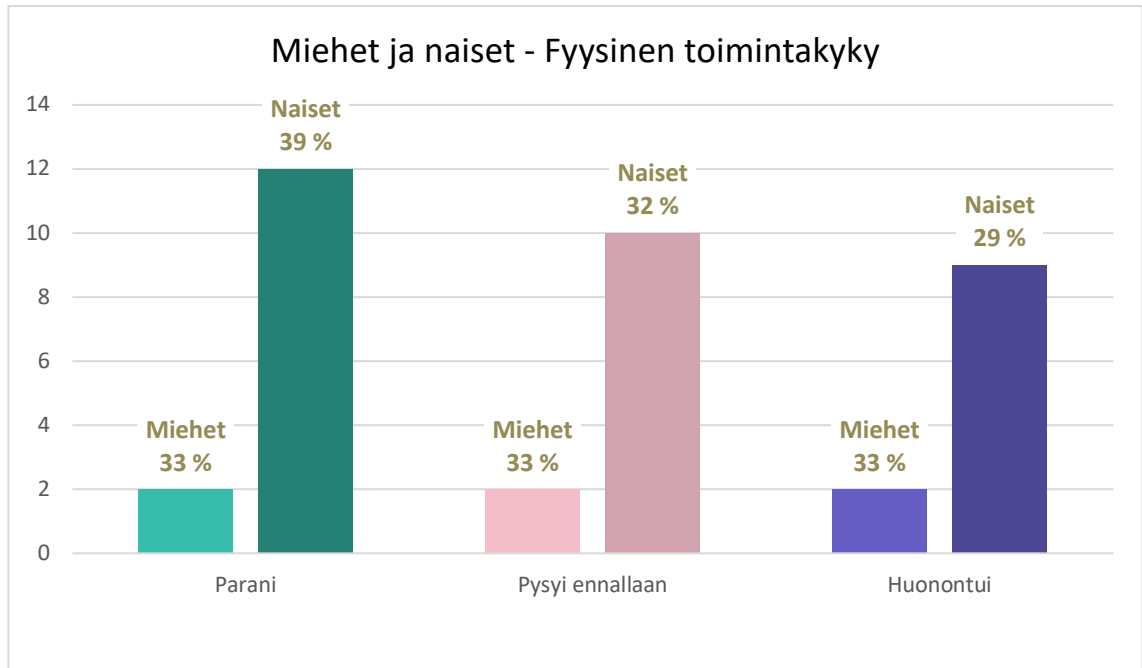
Kuvio 8. Kotihoidon asiakkaiden ja ei-kotihoidon asiakkaiden kivun muutokset

Elämänlaadun muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä kotihoidon asiakkuus. Elämänlaatu mitattiin kotihoidon asiakkaana olevilta alussa ja lopussa 12:lta. Ei-kotihoidon asiakkaita kella elämänlaatu oli mitattu alussa ja lopussa oli 19. Kotihoidon asiakkaista elämänlaatu parani 5:llä (42 %), pysyi ennallaan 0:lla (0 %) ja huonontui 7:llä (58 %). Ei-kotihoidon asiakkailla elämänlaatu parani 9:llä (47 %), pysyi ennallaan 3:lla (16 %) ja huonontui 7:llä (37 %). Tämän perusteella kotihoidon asiakkailla huonontumista tapahtui suurimmalla osalla, kun taas ei-kotihoidon asiakkaista paranemista tapahtui suurimmalla osalla. (Kuvio 9).



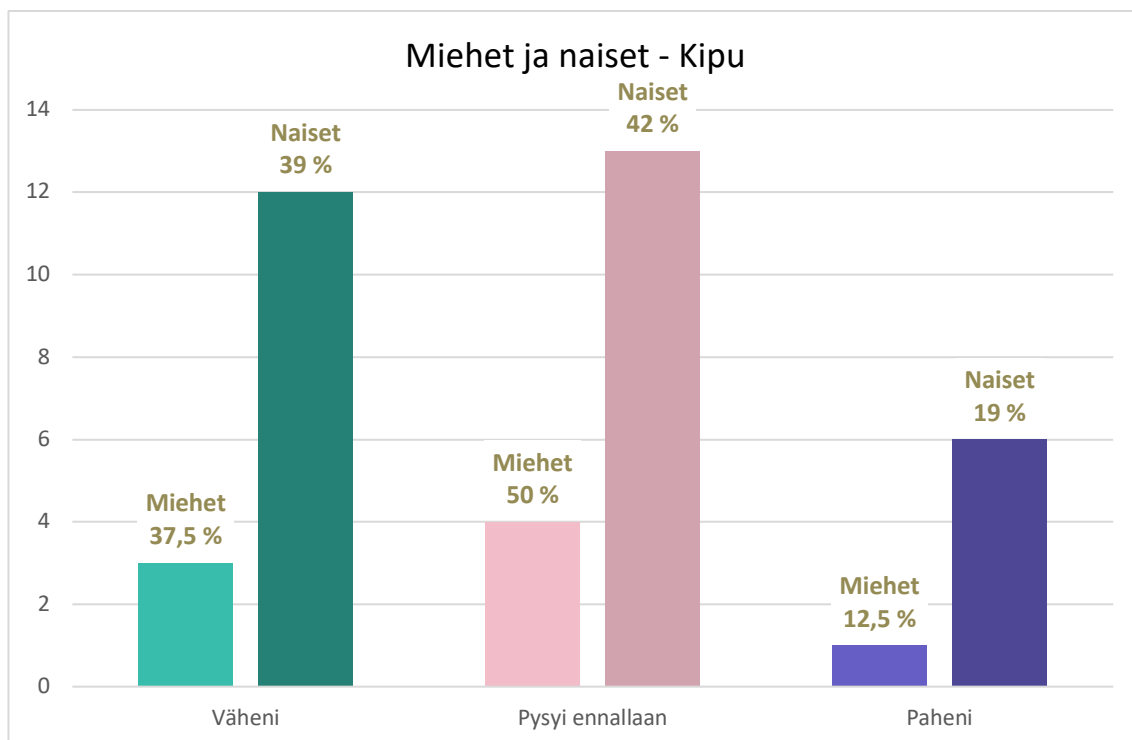
Kuvio 9. Kotihoidon asiakkaiden ja ei-kotihoidon asiakkaiden elämänlaadun muutokset

Fyysisen toimintakyvyn muutoksien eroja tarkasteltiin miesten ja naisten välillä. Miehiä, joilla fyysinen toimintakyky oli mitattu sekä alussa että lopussa, oli 6 ja naisia 31. Miehillä muutokset jakaantuivat tasan ja yhtä monella tapahtui paranemista, pysyi ennallaan ja huonontui. Naisilla paranemista tapahtui suurimmalla osalla. Tämän perusteella naisilla fyysisen toimintakyvyn paraneminen oli parempaa kuin miehillä. (Kuvio 10).



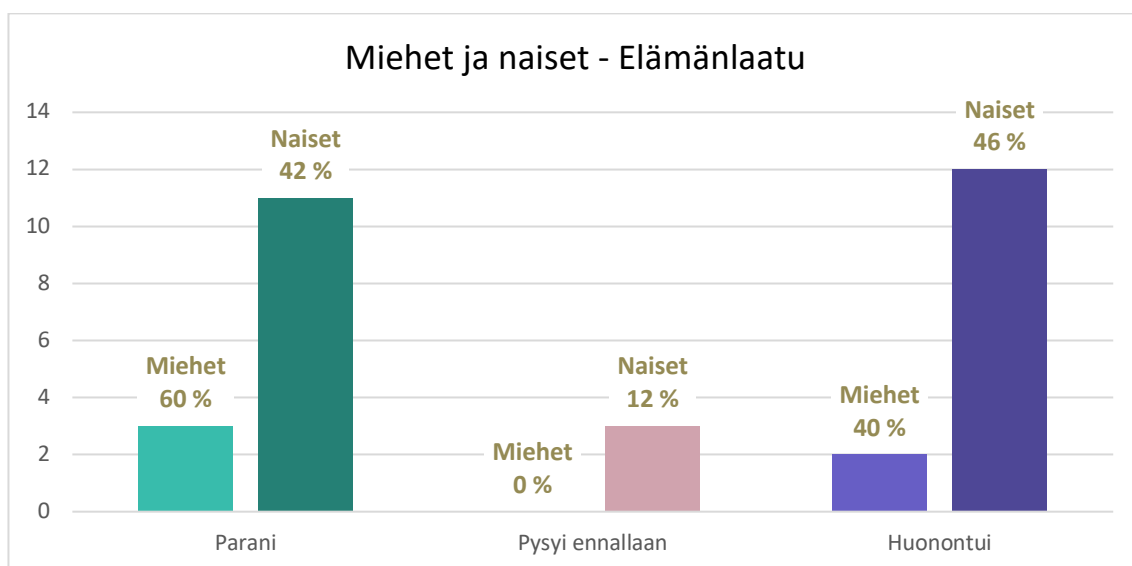
Kuvio 10. Miesten ja naisten fyysisen toimintakyvyn muutokset

Kivun muutoksien eroja verrattiin miesten ja naisten välillä. Miehiä, joilla kipu oli mitattu sekä alussa että lopussa, oli 8 ja naisia 31. Miehillä kipu pysyi suurimmalla osalla ennallaan (50 %) ja toiseksi suurimmalla osalla väheni. Naisilla kipu pysyi myös suurimmalla osalla ennallaan (42 %) ja lähes yhtä monella kipu väheni (39 %). Molemmilla sukupuoliryhmillä muutokset olivat hyvin samankaltaisia. (Kuvio 11).



Kuvio 11. Miesten ja naisten kivun muutokset

Elämänlaadun muutoksien eroja verrattiin miesten ja naisten välillä. Miehiä, joilla elämänlaatu oli mitattu sekä alussa että lopussa, oli 5 ja naisia 26. Miehillä suurimmalla osalla elämänlaatu parani, kellekään ei pysynyt ennallaan ja toiseksi suurimmalla osalla huonontui. Naisista suurimmalla osalla elämänlaatu huonontui ja toiseksi suurimmalla osalla parani. Ero näiden välillä oli kuitenkin vain 1 asiakas. (Kuvio 12).



Kuvio 12. Miesten ja naisten elämänlaadun muutokset

Fyysisen toimintakyvyn, elämänlaadun ja kivun muutoksia tarkasteltiin vaikuttavana tekijänä ikä. Asiakkaat jaettiin neljään ikäryhmään. Paranemista fyysisessä toimintakyvyssä tapahtui prosentuaalisesti eniten 70–79-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Tässä huomioitava on, että asiakasmäärät eri ikäryhmissä ovat erit. Ennallaan fyysinen toimintakyky pysyi eniten prosentuaalisesti 60–69-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Huonontumista tapahtui eniten prosentuaalisesti 90–99-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Tämän perusteella 70–89-vuotiailla tapahtui eniten fyysisen toimintakyvyn paranemista ja 90–99-vuotiailla parantumista tapahtui yhtä paljon kuin huonontumista. 60–69-vuotiaiden ikäryhmässä otanta oli vain 1 asiakas, jolla fyysinen toimintakyky pysyi ennallaan. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Fyysisen toimintakyvyn muutokset ikäryhmittäin

Fyysinen toimintakyky ikäryhmittäin			
Ikäryhmä	Parantui	Pysyi ennallaan	Huonontui
90-99	43 %	14 %	43 %
	3	1	3
80-89	33 %	39 %	28 %
	6	7	5
70-79	45 %	27 %	27 %
	5	3	3
60-69	0 %	100 %	0 %
	0	1	0

Kipu väheni eniten prosentuaalisesti ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Ennallaan kipu pysyi eniten prosentuaalisesti 70–79-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Kipu paheni eniten prosentuaalisesti 60–69-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 90–99-vuotiailla. Tässä kuitenkin huomioitava, että 60–60-

vuotiaita oli vain 1. Tämän perusteella 70–89-vuotiailla kivun väheneminen ja ennallaan pysyminen oli lähes yhtä yleistä. Kaikista iäkkäimmillä asiakkailla taas kivun paheneminen ja ennallaan pysyminen olivat yhtä yleistä. Nuorimmasta ikäryhmästä otanta on niin pieni (1), että sen yleistettävyys on haastavaa. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kivun muutokset ikäryhmittäin

Kipu ikäryhmittäin			
Ikäryhmä	Väheni	Pysyi ennallaan	Paheni
90-99	14 %	43 %	43 %
	1	3	3
80-89	47 %	42 %	11 %
	9	8	2
70-79	42 %	50 %	8 %
	5	6	1
60-69	0 %	0 %	100 %
	0	0	1

Paranemista elämänlaadussa tapahtui prosentuaalisesti eniten 90–99-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Ennallaan elämänlaatu pysyi eniten sekä prosentuaalisesti että asiakasmäärällisesti 70–79-vuotiailla. Huonontumista tapahtui prosentuaalisesti eniten 70–79-vuotiailla ja asiakasmäärällisesti 80–89-vuotiailla. Elämänlaatua ei ollut mitattu sekä alussa että lopussa keneltäkään 60–69-vuotiaalta. Tämän perusteella iäkkäimmillä asiakkailla elämänlaadun paraneminen on suurempaa. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Elämänlaadun muutokset ikäryhmittäin

Elämänlaatu ikäryhmittäin			
Ikäryhmä	Parantui	Pysyi ennallaan	Huonontui
90-99	71 %	0 %	29 %
	5	0	2
80-89	47 %	7 %	47 %
	7	1	7
70-79	22 %	22 %	56 %
	2	2	5
60-69	0 %	0 %	0 %
	0	0	0

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Testien toteutumisessa ja tulosten kirjaamiskäytännöissä ilmeni vaihtelua ja sen vuoksi kaikilta 61 asiakkaalta ei saatu kaikkia pyydettyjä tietoja. Osan asiakkaan kohdalla on mahdollista myös jakson keskeytyminen esimerkiksi terveydellisistä syistä. Näiden lukumäärä ei ole kuitenkaan tiedossa.

Tuloksia tulkitessa on tärkeä huomioida asiakasryhmän monimuotoisuus. Ikähaarukka oli laaja, nuorin asiakas oli 61-vuotias ja vanhin 96-vuotias. Asiakkaiden toimintakyvyt lähtötilanteessa olivat myös hyvin erilaisia. Tähän vaikuttaa esimerkiksi eri sairaudet. Tutkimuksessa ei tarkasteltu eri sairauksien tai terveydentilan muutosten vaikutuksia. Tutkimuksen aineistossa ei ollut myöskään tietoa asiakkaiden osallistumiskertojen määristä. Jotkut asiakkaista voivat olla esimerkiksi sairastaneet jakson aikana infektion, joka on vaikuttanut asiakkaan osallistumismäärään ja/tai suorituskykyyn. Jollakin asiakkaista taas voi olla ollut etenevä neurologinen sairaus, joka vaikuttaa jo lähtökohtaisesti esimerkiksi asiakkaan fyysisen toimintakyvyn kehittymiseen, ja tällöin fyysisen toimintakyvyn pysyminen ennallaan on jo merkittävää.

7.2 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Koko asiakasryhmää tarkasteltuna kuntouttava päivätoiminta näyttäisi tulosten perusteella vaikuttavan myönteisesti kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn. Tulokseen tulee kuitenkin suhtautua kriittisesti otoskoon ja muutosten pienuuden vuoksi. Muistisairailta fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja ennallaan pysyminen oli parempaa kuin ei muistisairailta. Tätä tukee Muistiliiton ja hoitotyön tutkimussätiön tekemä kattava selvitys, jossa hyödynnettiin useita eri kansainvälisiä tutkimuksia ja jossa mainittiin päivätoiminnan parantavan muistisairaiden fyysistä hyvinvointia ja fyysistä toimintakykyä (Hamari ym. 2023). Kotihoidon asiakkuuden vaikutus näkyi siten, että kotihoidon asiakkailla fyysisen toimintakyvyn paranemista ja huononemista tapahtui yhtä monella, kun taas ei-kotihoidon asiakkailla paranemista tapahtui suurimmalla osalla. Todennäköistä onkin, että asiakkaat, joilla ei ole kotihoidon palveluita, omaavat jo

lähtökohtaisesti paremman fyysisen toimintakyvyn ja heidän voimavaransa ovat paremmat fyysisen toimintakyvyn kehittämiseksi. Miesten ja naisten välisiä eroja tarkasteltaessa on havaittavissa naisilla fyysisen toimintakyvyn parantuneen paremmin kuin miehillä. Suuria tai merkittäviä eroja ei kuitenkaan ollut. Huomioitava on myös, että naisten otanta oli huomattavasti suurempi kuin miesten. Fyysisen toimintakyvyn muutokset eri ikäryhmissä näyttäytyivät niin, että parhaiten fyysinen toimintakyky parani 70–79-vuotiailla. Otanta eri ikäryhmissä oli kuitenkin erisuuruinen ja esimerkiksi 60–69-vuotiaita oli vain 1. Otannan ollessa vaihteleva ja melko pienikin ei tuloksista voida tehdä päteviä johtopäätöksiä.

Näitä tuloksia tukee Suikkasen ym. (2021) tutkimus, jossa todettiin säännöllisen liikunnan ja nimenomaisesti ohjatun harjoittelun parantavan ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä. Samaisessa tutkimuksessa kaatumisten todettiin vähentyneen, elämänlaadun parantuneen ja avuntarpeen päivittäisissä toiminnoissa vähentyneen.

Fyysisen toimintakyvyn mittauksessa käytetyn testin pistemäärien keskiarvo oli alussa suurempi kuin lopussa, joka antaa ristiriitaisen kuvan fyysisen toimintakyvyn paranemisesta suuremmalla osalla asiakkaista. Tämän voi selittää kuitenkin se, että ero asiakasmäärissä parantumisen, ennallaan pysymisen ja huonontumisen välillä ei ollut iso. Myös yksittäinenkin selvä pisteiden laskeminen tai se, että lähtötilanne asiakkailla, joilla fyysinen toimintakyky huononi, on ollut jo lähtökohtaisesti heikko, vaikuttaa herkästi keskiarvoon. Tällöin pistemäärät ovat laskeneet huonontuessaan lähelle 0 pistettä. Testissä pisteytysväli on 0–12 välillä.

Pohjolainen (2009, 18) mainitsee tutkimuksen tuloksien vertailun esimerkiksi eri alueiden vastaavanlaiseen toimintaan ja niihin tehtyjen tutkimuksien tuloksiin olevan haastavaa, koska eri kuntoutus-, hoito- ja tutkimuslaitokset käyttävät erilaisia mittareita, ja käytännöt saattavat poiketa toisistaan. Sainio ym. (2020,7) suosittelee käyttämään sellaisia fyysisen toimintakyvyn mittareita, jotka ovat vertailukelpoisia, päteviä ja joiden käytettävyydestä on näyttöä. Tutkimusaineistossa käytetty fyysisen toimintakyvyn mittari on yleisesti käytetty ja täten helpommin vertailukelpoinen useiden eri tutkimusten ja asiakasryhmien välillä.

7.3 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset kipuun

Kaikkien asiakkaiden tuloksia tarkastellessa havaittiin, että kuntouttavan päivätoiminnan asiakkailta suurimmalla osalla kipujen voimakkuus pysyi ennallaan. Kipu parani toiseksi suurimmalla osalla ja asiakasmäärän erotus ennallaan pysyneiden kanssa oli vain 2. Kivun voimakkuuden keskiarvo kaikilla oli alussa suurempi kuin lopuksi. Kivun voimakkuuden keskiarvo ei myöskään ollut asiakkailta kovin suuri vaan asettui alussa ja lopussa 3–4 arvosanan väliin. Kipujen voimakkuuden asiakkaat arvioivat numeraalisesti 0–10 välillä. Asiakasryhmä huomioi on yleistä, että jonkinlaisia kipuja ja erityisesti kroonisia kipuja esiintyy. Näihin vaikuttavat tuki- ja liikuntaelimestön muutokset sekä erilaiset sairaudet, jotka lisääntyvät ihmisen ikääntyessä (Tilvis 2004). Karjalaisen (2021, 9–10) väitöskirjatutkimuksessa todettiin kipua esiintyvän jopa noin puolella kotona asuvista ikääntyneistä.

Finne-Soveri (2015) korostaa että ikääntyneet, jotka sairastavat muistisairautta tai jotakin psykiatrista sairautta, eivät välttämättä kykene tunnistamaan kipujaan. Numeraalisen kipumittarin lisäksi olisikin ollut hyvä havainnoida myös ikääntyneen käytöstä, ilmeitä, eleitä, äännähdyksiä sekä liikkumisen poikkeavuuksia. Tässä tutkimuksessa käytettiin vain numeraalista kipumittaria ja sen antamien tuloksien perusteella kuntouttava päivätoiminta vähensi muistisairailta suurimman osan asiakkaiden kipua. Ei muistisairailta suurimmalla osalla kivut pysyivät ennallaan ja toiseksi suurimmalla osalla väheni.

Kotihoidon asiakkaista suurimmalla osalla kivut vähenivät ja ei-kotihoidon asiakkailta suurimmalla osalla kivut pysyivät ennallaan. Miesten ja naisten välillä ei havaittu eroja. Molemmilla suurimmalla osalla kivut pysyivät ennallaan ja toiseksi suurimmalla osalla kivut vähenivät. Sukupuolten välisiä eroja kivun vaikutukseen ei siis havaittu.

Kivun muutokset eri ikäryhmissä näyttäytyivät niin, että kaikista iäkkäimmillä kipu pysyi yhtä monella ennallaan ja paheni, ja kaikista pienimmällä osalla väheni. Kaikista nuorimmilla kipu vain paheni, mutta tässä otantana oli vain 1 henkilö, joten tulokset eivät ole päteviä kyseisen ikäryhmän osalta. 70–89-vuotiailla keskimäärin suurimmalla osalla kivut pysyivät ennallaan tai paranivat.

Kivun, elämänlaadun ja fyysisen toimintakyvyn muutoksia suhteessa toisiinsa ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu. Lihavainen (2012), Luomajoki ym. (2020, 29) sekä Tilvis (2004) mainitsevat kuitenkin kivun vaikuttavan oleellisesti ikääntyneiden liikkumis- ja toimintakykyyn, elämänlaatuun ja terveyspalvelujen käyttöön. Tutkimusaineiston perusteella lähes jokaisella asiakkaalla ilmeni kipua ja tämän voikin olettaa heijastuvan täten myös fyysisen toimintakyvyn mittausten ja elämänlaadun mittausten tuloksiin.

7.4 Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutukset elämänlaatuun

Yleisesti tarkasteltuna elämänlaatu parani ja huononi yhtä monella asiakkaalla. Elämänlaatumittarissa pisteytys on 0–40 välillä. Alkumittauksien keskiarvo alussa oli pienempi kuin lopussa. Testituloksien keskiarvojen perusteella elämänlaatu parani asiakkailla kuntouttavan päivätoiminnan myötä. Keskiarvoon vaikuttaa kuitenkin yksittäisten asiakkaiden pistemäärien välinen ero herkästi, koska otanta on pieni.

Muistisairailta elämänlaadun paranemista tapahtui suurimmalla osalla, kun taas ei-muistisairailta elämänlaatu huononi suurimmalla osalla. Tuloksien perusteella kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa myönteisemmin muistisairaiden elämänlaatuun kuin ei-muistisairaiden elämänlaatuun. Huomioitava on, että muistisairaiden asiakasmäärä oli huomattavasti pienempi kuin ei-muistisairaiden. Elämänlaadun muutoksia tarkasteltaessa on huomioitava, ettei tutkimuksen aineiston perusteella tiedetä muistisairautta sairastavien asiakkaiden muistisairauden tilannetta. Strandbergin (2021) mukaan muistisairaille kehitetyt elämänlaatumittareita on kehitetty vain keskivaikeaan muistisairauteen asti, jonka jälkeen arvioiminen tapahtuu hoitohenkilökunnan toimesta. Tällöin tulokset eivät ole välttämättä kovin luotettavia. Tässä tutkimuksessa ei kerättyä tietoa asiakkaan muistisairauden tilanteesta ja hoidosta, eikä siitä osallistui hoitohenkilökunta tai omaiset arvioimiseen asiakkaan puolesta.

Kotihoidon asiakkailla elämänlaatu huononi suurimmalla osalla, kun taas ei-kotihoidon asiakkailla elämänlaatu parani suurimmalla osalla. Elämänlaatu parani paremmin miehillä kuin naisilla. Määrällisesti kuitenkin erot huonontuneiden ja parantuneiden välillä oli sekä miehillä että naisilla vain 1 asiakas. Kuntouttavan

päivätoiminnan vaikutus miesten ja naisten elämänlaatuun oli lähes yhtä tasaisesti elämänlaatua parantavaa kuin huonontavaa. Merkittäviä sukupuolieroja ei havaittu. Miesten ja naisten välisiä eroja vertailtaessa elämänlaadun muutoksissa on huomioitava, että miesten otanta oli huomattavasti pienempi kuin naisten. Elämänlaatu parani parhaiten kaikista iäkkäimmillä. Mitä nuorempi asiakas oli, sitä vähemmän kuntouttava päivätoiminta vaikutti positiivisesti asiakkaan elämänlaatuun.

7.5 Johtopäätökset

Kuntouttavan päivätoiminnan vaikutusten tutkiminen ei ole yksinkertaista asiakasryhmän ollessa monimuotoinen. On monta eri asiaa, jotka vaikuttavat asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun, ja siksi asiakkaiden kaikki yksilölliset tekijät ja ympäristötekijät tulisi ottaa paremmin huomioon vaikutuksia arvioitaessa. Tämä tutkimusmenetelmä ei myöskään ole riittävä näiden vaikutusten arviointiin, vaan siihen tarvittaisiin laajempi tutkimus vertailuryhmän kanssa.

Tämän tutkimuksen perusteella kuntouttava päivätoiminta näyttää vaikuttavan ikääntyneiden asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn, kipuun ja elämänlaatuun positiivisesti. Fyysisen toimintakyvyn osalta parhaiten kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa positiivisesti muistisairailla, ei-kotihoidon asiakkaila, naisilla sekä 70–79-vuotiailla. Kivun osalta parhaiten kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa positiivisesti erityisesti 70–89-vuotiailla, muistisairailla sekä kotihoidon asiakkaila. Elämänlaadun osalta parhaiten kuntouttava päivätoiminta vaikuttaa positiivisesti 90–99-vuotiailla, ei-kotihoidon asiakkaila ja muistisairailla.

7.6 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa-ohjetta, johon myös Lapin ammattikorkeakoulu on sitoutunut (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019, 3). Tutkimus ei vaatinut eettistä ennakoarviointia Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaan (Ihmi-

seen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa 2019, 18). Tutkimuksessa noudatettiin aineistonhallintasuunnitelmaa, joka on laadittu Arene Ry:n vaatimusten mukaisesti. Aineisto oli pseudonymisoitu, joten henkilötietoja ei käsitelty. Opinnäytetyön tuloksia ei eritelty yksikkökohtaisesti tai asiakaskohtaisesti, joten yksittäiset asiakkaat eivät ole millään tavalla tunnistettavissa. Tutkimuksessa käytetty aineisto säilytettiin suojatulla tietokoneella. Aineistoa käsiteltiin ja säilytettiin huolellisesti sekä luottamuksellisesti, tietoturvariskit huomioiden.

Opinnäytetyön tutkimusta varten haettiin Kanta-Hämeen hyvinvointialueelta tutkimuslupa ja tutkimuksen aineisto saatiin vain tutkimusluvassa sovitulta ajanjaksolta. Tutkimuksen aineisto hävitettiin sovitusti tutkimuksen loputtua. Aineiston analysoinnissa käytettiin huolellisuutta ja tarkkuutta ja Excel-tiedostoja muokattaessa säilytettiin aina alkuperäinen tiedosto sekä jokainen tiedosto merkittiin tarkasti, mitä tietoa se sisälsi. Tietoja kopioitaessa uusiin taulukoihin varmistettiin useammalla tarkastuksella, ettei tiedot muuttuneet.

Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt se, että aineiston asiakasmäärä ja saatujen testituloksien määrä olisi ollut suurempi. Vain noin puolelta asiakkaista saatiin kaikkien osa-alueiden testien alku- ja loppumittauksien tulokset. Tähän on voinut vaikuttaa esimerkiksi työntekijöiden resurssit, asiakkaiden vointi ja asiakkaiden poissaolot. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt kattavammat tiedot asiakkaiden sairauksista, läsnäoloista ja asiakkaan määrälläisen jakson ajankohta ja kesätauon sijoittuminen siihen nähden.

7.7 Jatkotutkimusaiheet

Jo ennen opinnäytetyön tutkimuksen aloittamista toimeksiantajan kanssa keskusteltaessa heräsi esiin toimeksiantajan kiinnostus tietää kuntouttavan päivätoiminnan palvelun vaikutuksista muiden ikäihmisten palveluiden määrään ja asiakkaan hoidon tarpeeseen. Tämä vaatisi laajemman tutkimuksen toteuttamisen ja vertailuryhmän asiakkaista kenellä ei kuntouttavan päivätoiminnan palveluita ole. Tällaisella tutkimuksella pystyttäisiin kuitenkin tutkimaan paremmin kuntouttavan päivätoiminnan vaikuttavuutta ja tämä olisi jatkotutkimusaiheena erittäin ajankohdainen ja mielenkiintoinen.

Nykyistä tutkimusta voisi myös laajentaa keräämällä enemmän tietoa asiakkaiden osallistumismääristä, osallistumiseen vaikuttavista tekijöistä kuten esimerkiksi sairastetuista infektioista sekä asiakkaan sairauksista. Nämä tekijät ovat oleellisesti tuloksiin vaikuttavia tekijöitä. Olisi myös mielenkiintoista kokeilla erilaisia mittareita vaikutusten arvioimiseen. Vaikutusten arviointia voisi laajentaa esimerkiksi lisäämällä palvelun alkuun ja loppuun kyselyn/haastattelun.

LÄHTEET

- Aistrich, M. 2014. Kannattaako vaikuttavuutta yrittää mitata? Sitra. Viitattu 19.1.2025 <https://www.sitra.fi/artikkelit/kannattaako-vaikuttavuutta-yrittaa-mitata/>
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry. Viitattu 30.1.2024 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>.
- Anoschkin, K. N.d. Vaikuttavuuden ABC – Mitä, miksi, miten? Opetushallitus. Viitattu 4.1.2025 https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/Vaikuttavuuden%20ABC_Anotchkin_24012023pdf.pdf
- Arajärvi, P., & Thesleff, P. 2020. Suorituskyvyn psykologia: Tieto- ja taitokirja korkeaa suorituskykyä ja hyvinvointia rakentaville. Lahti: VK-Kustannus Oy
- Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Eriksson, P. & Koistinen, K. 2014. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 2014:11. Kuluttajatutkimuslaitos. Viitattu 7.2.2024 <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/fecd7913-7363-4d9f-9e2e-2d9f3e597230/content>.
- Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. Sic! Lääketietoa Fimeasta 4/2015. Viitattu 18.11.2024 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130102/4_15%2032-35%20Vanhuksen%20pitkäaikaisen%20kivun%20hoito.pdf;sequence=1
- Hallitusohjelma 2023. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Viitattu 2.2.2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>
- Hamari, L., Marin, K., Siltanen, H., Parisod, H., Eskolin, S-E., Heikkilä, K. & Holopainen A. 2023. Muistisairautta sairastavien päivätoiminta Suomessa. Hoitotyön tutkimussäätiö ja Muistiliitto. Viitattu 2.2.2025 https://muistiliitto.fi/wp-content/uploads/2024/09/MuistisairauttaSairastavienPaivatoiminta_B5_saavutettava.pdf
- Heimonen, S. 2009. Psykykinen toimintakyky. Teoksessa P. Pohjolainen & S. Heimonen (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti, 56–64. Viitattu 24.10.2023 https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraita_1-2009-pdf.pdf.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 29.1.2024 https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf.

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. & Aho, H. 2018. Kipu. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. & Saarto, T. 2015. Elämänlaatu ja palliatiivinen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2024a. Ikäihmisten kuntouttava päivätoiminta. Viitattu 29.1.2024 <https://omahame.fi/kuntouttava-paivatoiminta>.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2024b. Oma Hämeen arvot. Viitattu 29.1.2024 <https://omahame.fi/strategia-ja-arvot>.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue. 2025. Viitattu 2.2.2025 <https://omahame.fi/tietoa-meista>

Karjalainen, M. 2021. Pain and pain medication among home-dwelling older people with and without diabetes. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Viitattu 14.11.2024 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3777-3>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kilpi, T. 2019. Näyttöön perustuvia vaikuttavuusinvestointeja, kiitos! Sitra. Viitattu 19.1.2025 <https://www.sitra.fi/blogit/nayttoon-perustuvia-vaikuttavuusinvestointeja-kiitos/>

Korpilahti, U. 2024. EuroHIS-8-elämänlaatumittari. TOIMIA-tietokanta – Duodecim Terveysportti. Viitattu 4.1.2025 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00135/search/eurohis%208>

Käypä hoito -suositus 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.11.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Lihavainen, K. 2012. Mobility Limitation, Balance Impairment and Musculoskeletal Pain among People Aged ≥ 75 Years: A Study with a Comprehensive Geriatric Intervention. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.11.2024 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4620-3>

Linna, P. & Suhonen, M. 2022. Vaikutus vai vaikuttavuus? Valtiokonttori. Viitattu 8.1.2025 <https://www.valtiokonttori.fi/blogi/vaikutus-vai-vaikuttavuus/>

Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J. P. 2020. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus Oy.

Luonsinen M., Forsius P. & Ilmarinen K. 2024. Ikääntyneiden kuntouttavan päivätoiminnan nykytila hyvinvointialueilla - määrää tulisi lisätä nykyisestä. Tutkimuksesta tiiviisti 51/2024. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 2.2.2025 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-424-6>

Niskanen, A-M. 2025. Oma Häme tarjoaa vanhuksille jatkossa ensisijaisesti kuntouttavaa etäpäivätoimintaa. Yleisradio 28.2.2025 viitattu 2.2.2025 <https://yle.fi/a/74-20139858>

Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 9.1.2024 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa P. Pohjolainen & S. Heimonen (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti, 18–30. Viitattu 24.10.2023 https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf

Rantanen, T., Kokko, K., Sipilä, S., Aromaa, A. & Viljanen, A. 2023. Gerontologia. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rapo-Pylkkö, S. 2019. Chronic pain and neuropathic pain among community-dwelling older adults in primary health care settings. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Viitattu 12.11.2024 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5475-0>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen Tietovaranto KvaliMOTV: Kvalitatiivisten Menetelmien Verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto Tampereen yliopisto. Viitattu 9.2.2025 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>.

Sainio, P., Valkeinen, H., Stenholm, S., Vaara, M. & Rinne, M. 2020. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. Viitattu 4.11.2024 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020092375554>

Simonen, M. 2009. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa P. Pohjolainen & S. Heimonen (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti, 65–74. Viitattu 24.10.2023 https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf

Sitra. 2025. Vaikuttavuusinvestoiminen. Viitattu 19.1.2025 <https://www.sitra.fi/aiheet/vaikuttavuusinvestoiminen/>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 2.2.2025 https://www.finlex.fi/fi/Toimintakyvyn_toimintarajoitteiden_ja_terveyden_kansainvalinen_luokitus:_ICF_laki/ajantasa/2014/20141301

Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2024:4. Viitattu 2.2.2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>

Suikkanen, S., Soukkio, P., Aartolahti, E., Kääriä, S., Kautiainen, H., Hupli, M. T., Pitkälä, K., Sipilä, S., & Kukkonen-Harjula, K. 2021. Effect of 12-month supervised, home-based physical exercise on functioning among persons with signs of frailty: Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(12), 2283-2290. Viitattu 11.11.2024 <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.017>

Strandberg, T. 2021. Elämänlaatu vanhuusiässä – ei pelkkää terveyttä tai sen puuttumista. Teoksessa Strandberg, T. & Heikkinen, E. (toim.) *Suomiko onnellisen vanhuuden maa?* Helsinki: Into.

Taanila, A. 2022. Keskiarvo ja keskihajonta. Akin menetelmäblogi 18.5.2022. Viitattu 16.5.2025 <https://tilastoapu.wordpress.com/keskiarvo/>

Tattari, M., Suhonen, R., & Stolt, M. 2021. Kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden kokemukset fyysisen toimintakykynsä ja itsenäisyytensä ylläpitämisestä. *Gerontologia*, 35(1), 51–62. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.87844>

TEPA-termipankki 2024a. Vaikutus. Viitattu 14.12.2024 <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/vaikutus>

TEPA-termipankki 2024b. Vaikuttavuus. Viitattu 14.12.2024 <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/vaikuttavuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023a. Liikkumis- ja toimintakyvyn testaaminen. Viitattu 8.11.2024 <https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/iakkaiden-tapaturmat/kaatumiset-ja-putoamiset/liikkumis-ja-toimintakyvyn-testaaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b. Mitä toimintakyky on? Viitattu 23.10.2023 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Tietoarkisto 2025. Tilastollinen päättely. Viitattu 5.5.2025 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/paattely/paattely/>

Tilastokeskus 2025. T-testi. Viitattu 16.5.2025 https://stat.fi/meta/kas/t_testi.html

Tilvis, R. 2004. Vahusten kivut. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2004;120(2):223-227. Viitattu 14.11.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo94056>

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF. 2004. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Maailman terveysjärjestö & Stakes. Helsinki: Stakes.

Vaarama, M. 2021. Suhtautuminen iäkkäisiin – onko yhteiskunnassamme ikäsyrijntää? Teoksessa Strandberg, T. & Heikkinen, E. (toim.) *Suomiko onnellisen vanhuuden maa?* Helsinki: Into.

Valtioneuvosto 2022. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Periaatepäätös. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:70. Viitattu 2.2.2025 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-535-1>

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS.kustannus.