

Milla Salonen

Ikäihmisten depressiivisyys ja sen yhteydet sosiaaliseen hyvinvointiin

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksia Seinäjoen alueella

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja Terveysala

Sosionomi (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosionomi (AMK)

Tekijä: Milla Salonen

Työn nimi: Ikäihmisten depressiivisyys ja sen yhteydet sosiaaliseen hyvinvointiin. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksia Seinäjoen alueella.

Ohjaaja: Katariina Perttula

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 76

Liitteiden lukumäärä: 2

Tämä opinnäytetyö käsittelee depressiivisyyttä ja sen yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin. Työn tavoitteena oli tutkia seinäjokelaisten ikäihmisten kokemuksia omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan depressiivisyyden näkökulmasta, sekä sen yhteyksistä sosiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuskysymykset olivat; miten haastatellut kokivat oman psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa, missä määrin depressioriskiä esiintyi haastatelluilla sekä onko depressioriskillä yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin.

Tutkimus on kahden toisiaan lähellä olevan toimintakyvyn osa-alueen aineistotriangulaatio, sillä tutkimusmateriaali perustuu sekä avoimiin että suljettuihin kysymyksiin. Tutkimusmateriaalina on hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomakkeet vuodelta 2016. Tutkimuksessa on hyödynnetty tutkimuskäyttöön luvan antaneiden lomakkeet, joita oli 130. Aineisto on analysoitu aineistopohjaisena sisällönanalyysinä.

Opinnäytetyön ensimmäisessä teorialuvussa käsitellään ikäihmistä ja hänen asemaansa suomalaisessa yhteiskunnassa sekä kolmatta, neljättä ja viidettä ikää. Toisessa teorialuvussa käsitellään ikäihmisten mielenterveyttä ja sen ominaispiirteitä, depressiivisyyttä sekä mielenterveyden riski- ja suojaaviatekijöitä sekä depressiivisyyden tunnistamista. Kolmannessa teorialuvussa käsitellään sosiaalisen hyvinvoinnin käsitettä sekä sosiaalisia verkostoja sen osana, toimintakyvyn yhteyksiä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä sosiaalista hyvinvointia ikääntymisen tukena.

Tutkimustulokset osoittavat, että ikäihmiset kokevat oman psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa keskimäärin hyvänä. Seinäjokisten ikäihmisten riski sairastua depression on matala. Depressiivisyydellä ja depressioriskillä on yhteyksiä koettuun sosiaaliseen hyvinvointiin. Myös sosiaalisen hyvinvoinnin subjektiivinen kokemus korostuu, sillä sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutuksen määrä ei korreloi sosiaalisen hyvinvoinnin kanssa.

Avainsanat: depressiivisyys, ikäihminen, sosiaalinen hyvinvointi, depressio, hyvinvointia edistävä työ

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Social Services

Specialisation: Bachelor of Social Services

Author: Milla Salonen

Title of thesis: Depressiveness in elderly and its connections to social welfare. Results of welfare preventing home visits in Seinäjoki area.

Supervisor: Katariina Perttula

Year: 2018

Number of pages: 76

Number of appendices: 2

This thesis addresses depressiveness and its connection to social welfare. The aim for this thesis is to study mental welfare from the depressiveness point of view and its connection to social welfare experiences among elderly people in Seinäjoki area. The research questions are: 1. how the interviewees experience their own mental and social welfare, 2. to what extent the depression risk appeared and 3. does depression have any connection to social welfare or not.

The thesis is a study of two performance divisions using triangulation, because the study substance is based on open and close questions. The focus on this thesis is on welfare preventing home visit interview forms from 2016. 130 interviews were used, the ones who had interviewees' permissions to be used in the study. The material has been analysed using a material based content analysis.

The first theory section is about elderly people and their status in Finnish society and third, fourth and fifth about age. The second theory section deals with mental health among the elderly, depressiveness and the risk and protective factors and how to recognize depressiveness. The third theory section is about social welfare concept and social connections as part of it, performance connections to mental and social welfare in favour of aging.

The study results show that elderly experience their own mental and social welfare as good on average. The Elderly's risk of depression is low in Seinäjoki. Depressiveness and risk for depression have connections to social welfare. Social welfare's subjective experience is also emphasized, because the amount of social relationships and interaction is not correlated with social welfare.

Keywords: Depressiveness, elder, social welfare, depression, welfare preventing work

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä..... | 2 |
| Thesis abstract..... | 3 |
| SISÄLTÖ..... | 4 |
| Kuvio -ja taulukkoluetelo..... | 6 |
| 1 JOHDANTO | 7 |
| 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT..... | 9 |
| 2.1 Opinnäytetyön tausta..... | 9 |
| 2.2 Aiemmat hankkeet | 9 |
| 2.3 Seinäjoen Ikäkeskus -ikäihmisten asiakasohjausyksikkö..... | 10 |
| 2.4 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille | 11 |
| 3 IKÄIHMINEN SUOMALAISESSA YHTEISKUNNASSA..... | 13 |
| 4 IKÄIHMISTEN MIELENTERVEYS | 17 |
| 4.1 Mielenterveys ja hyvinvointi ikääntyessä | 17 |
| 4.2 Depressiivisyys | 19 |
| 4.3 Ikäihmisen mielenterveyden riskitekijät sekä suojaavat tekijät ja depressiivisyyden tunnistaminen..... | 20 |
| 5 SOSIAALINEN HYVINVOINTI | 23 |
| 5.1 Sosiaalisen hyvinvoinnin käsite sekä sosiaaliset verkostot sen osana | 23 |
| 5.2 Toimintakyvyn yhteys psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin | 25 |
| 5.3 Sosiaalinen hyvinvointi ikääntymisen tukena | 26 |
| 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 29 |
| 6.1 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus | 29 |
| 6.2 Kyselylomake..... | 30 |
| 6.3 Eettisyys ja luotettavuus | 31 |
| 7 TUTKIMUSTULOKSET | 33 |
| 7.1 Vastaajien rakenne | 33 |
| 7.2 Sosiaalisia suhteita mittaavat kysymykset | 33 |
| 7.3 Ilon ja mieliharmin aiheet | 36 |
| 7.4 Yksinäisyyttä ja osallisuutta sekä osallistumista mittaavat kysymykset | 37 |

| | |
|---|----|
| 7.5 Depressioseulan tulokset..... | 40 |
| 7.6 Raja-arvot ylittävät vastaukset | 44 |
| 8 JOHTOPÄÄTÖKSET | 46 |
| 9 POHDINTA | 52 |
| LÄHTEET | 55 |
| LIITTEET..... | 60 |

Kuvio -ja taulukkoluetelo

| | |
|--|----|
| Kuvio 1. Suosituimmat tavat kuluttaa aikaa..... | 35 |
| Kuvio 2. Henkilöt ja tahot, kenen kanssa vastaajat keskustelevat arjestaan ja tunteistaan..... | 37 |
| Kuvio 3. Sosiaaliset aktiviteetit..... | 40 |
| Taulukko 1. Depressioseulan kysymykset ja prosentuaaliset vastaukset..... | 42 |

1 JOHDANTO

Vanhuus on elämänvaihe, jossa psyykkisen hyvinvoinnin kysymyksiin on perusteltua kiinnittää huomiota (Heimonen & Pajunen 2012, 11–17.) Myös Haarni (2014, 7) korostaa mielenterveydestä huolehtimisen tärkeyttä ikäihmisillä osana yhteiskunnan kokonaisvaltaista hyvinvoinnin edistämistä. Psyykkinen hyvinvointi on osa psyykkistä toimintakykyä sekä osittain sen tulos (Eloranta & Punkanen 2008, 12–16) ja toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Ihalainen, Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä 2009, 9–20.) Tasapainoinen vanheneminen on tärkeää yksilön kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa (Kivelä 2009, 18).

Koska sosiaalinen ja psyykkinen hyvinvointi ovat eri toimintakyvyn osa-alueiden tuloksia, ovat ne riippuvaisia toisistaan. Ne ovat myös yhteyksissä toisiinsa siksi, että ne eivät ole vain yksilön ominaisuuksia, vaan niissä on kyse vuorovaikutussuhteista yksilön ja toimintaympäristön välillä. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä on tarkasteltava suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin, odotuksiin ja ehtoihin. (Kan & Pohjola 2012, 13). Näiden kahden hyvinvoinnin osa-alueen yhteyksien tutkiminen mahdollistaa kokonaiskuvan muodostamisen seinäjokisten ikäihmisten hyvinvoinnista ja mahdollisista tuen tarpeista, sekä antaa kattavaa tietoa nykyhetken tilanteesta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tutkia seinäjokisten ikäihmisten kokemuksia omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan depressiivisyyden näkökulmasta, sekä sen yhteyksistä sosiaaliseen hyvinvointiin. Depression ja depressiivisyyden on tutkittu olevan ikääntyneiden yleisin mielenterveydellinen häiriö (Heikkinen 1998, 21–32; Saarenheimo 2003, 59–68; Suomen mielenterveysseura 18.4.2018; Baldwin 2010, 1), mutta ikäihmisten masennuksen ja masennusoireilun tunnistaminen on vaikeampaa kuin työikäisten, oireiden somatisoinnin vuoksi (Saarenheimo 2003, 59–67; Suomen mielenterveysseura 18.4.2018). Siksi ikäihmisten depressiivisyyden ja depression tunnistaminen ja hoidon saaminen ajoissa on tärkeää.

Ikääntymisen käsite ja sen tulkinta ovat aina yhteydessä yhteiskuntaan, kulttuuriin, yhteisöön ja yksilön omiin kokemuksiin (Aiken 1995, 1–4.) Tällä hetkellä suomalais-

sessä yhteiskunnassa ikääntymisen käsite on kokemassa muutoksia eliniänodotteen nousun ja kolmannen, neljännen ja viidennen iän käsitteiden yleistymisen ja eri elämänvaiheiden pitenemisen vuoksi (Heimonen & Sarvimäki 2010, 14–32; Saarenheimo 2012, 18–21; Saarenheimo 2017, 38–43.) Ikääntymisen elämänvaiheen haavoittuvuus ja muutoksellisuus tulee huomioida ikäihmisiä ja heidän ongelmiaan kohdatessa (Sarvinen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 5–7). On tärkeää tunnistaa depressiivisyyttä ja depressiota suojaavia- ja riskitekijöitä, joiden avulla ikäihmisten depressiivisyyttä ja depressiota voidaan tulkita ja hoitaa (Salokangas 1993, 195–213; Heikkinen 1998, 21–26; Noppari & Leinonen 2005, 61–64; Kivelä 2009, 105–109; Hietaharju & Nuuttila 2010; 14–15; Saarela 2011, 371–374; Saarenheimo 2013, 373–380; Haarni 2014, 15: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 5.12.2014; Suomen mielenterveysseura 17.4.2018).

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Opinnäytetyön tausta

Opinnäytetyöni sai alkunsa, kun suoritin sosiaalialan ammattityön nykykäytännön harjoittelun Seinäjoen Ikäkeskuksella. Harjoittelun aikana ohjaajani ehdotti opinnäytetyön tekemistä Ikäkeskukselle sekä 75 vuotta täyttävien hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomakkeiden hyödyntämistä tutkimusmateriaalina. Tästä syntyi ajatus opinnäytetyöstä, jossa aion tutkia Seinäjoen alueella asuvien ikäihmisten kokemuksia psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista, depressiivisyyttä sekä sen mahdollisia yhteyksiä heidän sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Rajaan aiheeni koskien Seinäjoen alueella asuvia vuonna 1941 syntyneitä, sillä heistä on kerättyä ajankohtaisiin ja viimeisiin tietoa. Tämän ikäpolven tutkiminen mahdollistaa ajankohtaisen, nykyhetken tilanteen selvittämisen Seinäjoen alueella.

Ikääntyneiden mielen hyvinvointi ja sosiaalinen hyvinvointi vanhuudessa ovat ajankohtaisia teemoja. Usein ikääntyminen ja vanhuus ikävaiheena haastavat tarkastelemaan mielen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä (Laine 2013, 1–2.) Mielen hyvinvoinnista ja mielenterveydestä myös keskustellaan paljon, tuen muotoja kehitetään ja näistä tuotetaan jatkuvasti uutta tietoa. Itsensä kehittämisen taitoja, mielen hyvinvointia ja henkisen kasvun kurssseja on tarjolla runsaasti, joten aihe on myös laajalaisemmin vaikuttava ja ajankohtainen. (Fried & Heimonen 2015, 24). Myös koko Suomen kattavat hankkeet, kuten ikäihmisten hyvinvointia käsittelevä Eloisa Ikä -hankekokonaisuus (Eloisa ikä 18.4.2018), ovat nostaneet ikäihmisten mielenterveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin ja niistä huolehtimisen julkiseksi keskustelun aiheeksi.

2.2 Aiemmat hankkeet

Aiempiä hankkeita ikäihmisten mielen hyvinvoinnista ja depressiivisyyteen vaikuttavista tekijöistä on tehty muun muassa 1980- ja 1990-luvuilla, mutta myös 2000- ja 2010-luvuilla. Näitä ovat esimerkiksi Ikävihreät-projekti (1985) sekä 2000- ja 2010-

luvuilla tehty Eloisa Ikä-hankekokonaisuus (Eloisa Ikä 18.4.2018) sekä Ikäinstituutin Vanhuuden mieli- hanke (Vanhuuden mieli 18.4.2018).

Ikäinstituutin ja entisen raha-automaattiyhdistys RAYn tukema Vanhuuden mieli-hankkeen (2011–2015) tarkoituksena oli vahvistaa ikäihmisten mielen hyvinvointia voimavaralähtöisesti logoterapeuttisesta näkökulmasta. Hanke tuotti muun muassa erilaisia oppaita ja materiaaleja, kuten Mielen Voimaa -oppaan (Laine 2013) sekä Vanhuuden Mieli -hankekirjan (Fried & Heimonen 2015).

Eloisa ikä- hankekokonaisuus on suunnattu ikäihmisille, ja niiden teemat vaihtelevat. Hankekokonaisuuteen kuuluu myös mielenterveyteen liittyviä hankkeita, joita on ollut useita ympäri Suomea. Seinäjoen alueella toimii mielenterveydellisiin asioihin vaikuttanut Eloisa ikä -hankeketjuun kuuluva VIOLA -hanke (2014–2017), jonka toteuttajan on FinFami -Etelä-Pohjanmaa. VIOLA -hankkeen päämääränä on ollut ikääntyvien omaisten hyvinvointikartoitusten tekeminen ja jatkotyöskentely muiden alueellisesti ikäihmisten parissa vaikuttavien tahojen kanssa. (VIOLA Voimaa ikääntyvän omaisen liikkumiseen ja arkeen – hanke 2014-2017.)

Mirakle -hankkeen (2012–2016), eli mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville-hankkeen, päämääränä on ollut levittää tietoisuutta mielenterveyden vaikutuksista hyvinvointiin ja elämään koko Suomen laajuisesti. Hanke on suunnattu ikäihmisille sekä heidän kanssaan työskenteleville. Hanke on tuottanut ja kehittänyt muun muassa materiaaleja, joita voi hyödyntää käsiteltäessä mielenterveyden ongelmia ikääntyessä. Myös erilaisia tapahtumia on järjestetty ympäri Suomea, joissa on tiedotettu ja käsitelty ikääntyvien mielenterveyden ongelmia ja niiden yleisyyttä. Mirakle -hankkeen toteuttajana on toiminut Suomen mielenterveysseura. (Mirakle 1.2.2017).

2.3 Seinäjoen Ikäkeskus -ikäihmisten asiakasohjausyksikkö

Opinnäytetyöni yhteistyötahona on Seinäjoen Ikäkeskus. Seinäjoen Ikäkeskus on ikäihmisten asiakasohjausyksikkö, jonka tavoitteena on edistää ikääntyvien hyvinvointia sekä tukea itsenäistä kotona asumista mahdollisimman pitkään (Ikäkeskus - Ikäihmisten asiakasohjausyksikkö 18.4.2018.) Ikäkeskuksen palveluita ovat yleinen

hyvinvointia edistävä ohjaus ja neuvonta. Ikäkeskuksen palveluihin kuuluvat myös hyvinvointia edistävät ryhmät, ikääntyvien omaishoidon asiat, palvelutarpeen selvitys, lyhytaikaishoidon järjestelyt sekä palveluasumisen järjestelyt, palvelukokonaisuuksien suunnittelu ja päätösten tekeminen, ikäihmisten sosiaalityöntekijän palvelut, muistikoordinaattorin palvelut, fysioterapeutin palvelut kotona asumisen tukena sekä erilaisten tukipalveluiden sekä turvateknologian tarjoaminen, esimerkiksi turvapuhelinpalvelut. (Ikäkeskus -Ikäihmisten asiakasohjausyksikkö 18.4.2018).

Seinäjoen Ikäkeskuksen toiminta sekä sen tarjoamat palvelut ikäihmisille ja heidän läheisilleen ovat aina maksutonta palvelua, sillä Ikäkeskuksen palvelut kuuluvat laissa määriteltyihin ilmaisiin sosiaalipalveluihin (L 3.8.1992/734.) Ikäkeskuksen toimintaa määritteleviä muita lakeja ovat muun muassa laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (2012), laki omaishoidon tuesta (2005), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) sekä sosiaalihuoltolaki (2014). Myös Seinäjoen kaupungin omaishoidon tuen palkkiot ja myöntämisperusteet vuodelle 2017 (2017) sekä Seinäjoen kaupungin ikääntymispoliittinen strategia: Yhteisellä työllä hyvään ikääntymiseen: Tavoite- ja toimenpideohjelma vuoteen 2017 (2012) määrittelevät Ikäkeskuksen toimintaa.

Seinäjoen kaupungissa yli 65-vuotiaiden osuus on noin 16 %. On arvioitu, että vuonna 2020 ikäihmisten osuus on noin 21 % ja vuonna 2040 noin 24 %. 75–84-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu ja yli 85-vuotiaiden määrä lähes nelinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. Tämä luo suuria haasteita myös palvelujärjestelmälle. (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 3). Tämä tarkoittaa tulevaisuudessa siis asiakasryhmän kasvua, johon Seinäjoen kaupungin tulee osata vastata ammattitaitoisella ja toimivalla työskentelyllä.

2.4 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille

Vuonna 2007 Suomen hallitus kehitti Terveysten edistämisen politiikkaohjelman, jonka tavoitteena oli väestön terveydentilan parantaminen, terveyserojen kaventaaminen sekä ennaltaehkäisevän työn kasvattaminen (Andersson, Heinola & Seppänen 2009, 5.) Hallitusohjelmaan sisältyi myös hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestäminen 75- ja 80-vuotiaille, joita on toteutettu hajanaisesti Suomessa jo 2000-

luvun alusta lähtien joissakin kunnissa (Andersson ym. 2009, 7). Terveystieteiden laaki (30.12.2010/1326) velvoittaa kuntia järjestämään ja huolehtimaan terveyden edistämistä ja hyvinvointia tukevasta toiminnasta. (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 72.)

Ikäihmisten palveluissa Seinäjoella hyvinvointia edistävää työtä on tehty vuodesta 2004 alkaen (Seinäjoki, hyvinvointipäivät 18.4.2018.) Seinäjoella on toteutettu 75 -vuotiaiden hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, joko haastatteluina kotona tai Ikäkeskuksen tiloissa tai ryhmäkokoontumisina Seinäjoen Ikäkeskuksella. Haastatteluista ja ryhmäkokoontumisista on kerätty vuosittain arkistoitua, ajankohtaista tietoa, 75 -vuotiaista osallistujista.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tarkoituksena on edistää toimintakykyä ja terveyttä, arvioida palveluntarpeita, kartoittaa ja ennakoida ikäihmisen voimavaroja, sekä niiden mahdollisia muutoksia. Kotikäynneillä on kartoitettu ikäihmisen elämäntilanteen kokonaisuutta strukturoitujen haastattelulomakkeiden avulla sekä erilaisia toimintakykytestejä käyttäen. (Andersson ym. 2009, 8). Kotikäynneillä tuetaan kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä, kartoitetaan kodin turvallisuutta ja toimivuutta sekä apuvälineiden tarvetta, annetaan tietoa palveluista ja etuuksista sekä suunnitellaan yksilöllisiä palveluita ikäihmisille (Andersson ym. 2009, 3.)

Seinäjoen kaupungin tavoitteena on se, että mahdollisimman monella ikäihmisellä olisi mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 61.) Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat yksi keino edistää tätä tavoitetta.

3 IKÄIHMINEN SUOMALAISESSA YHTEISKUNNASSA

Ikääntyminen eli vanheneminen on ihmisen elämänsäkuun kuuluva vaihe, jota voidaan määritellä usean eri näkökulman kautta (Saarenheimo 2003, 19.) Ikääntymisen käsite ja sen tulkinta ovat aina yhteydessä yhteiskuntaan, kulttuuriin, yhteisöön ja yksilön omiin kokemuksiin. Ikääntyminen ja ikä ovat aina myös subjektiivisia kokemuksia. (Aiken 1995, 1–4). Vanheneminen on osa ihmisen elämänkaarta. Se ei ole äkillinen tapahtuma, jossa tapahtuisi jotain yllättävää tai dramaattisia käännteitä (Heikkinen 1998, 7–9.) Petter Portin (2013, 113–124) määrittelee Heikkisen, Jyrkämän ja Rantasen kirjassa Gerontologia vanhenemisen alkavan silloin, kun yksilön kelpoisuus lisääntymisarvolla mitattuna ei ole maksimissaan. Tämä ajattelumalli sijoittaa vanhenemisen prosessin alkavan siis 50–60-vuotiaana.

Siltala (2013, 12) puolestaan korostaa sitä, että vanhuutta ei enää nähdä muuttumattomana ja kiinteänä elämänvaiheena, vaan muuntuvana, subjektiivisena ja vastavuoroisena tilana. Vanhuus viittaa Siltalan mukaan sekä samuuksiin että erityisyyksiin, joita pystyy määrittelemään vain yksilö itse. Myös Heikkinen (1998, 7–9) tuo esille haastateltaviensa iäkkäiden ihmisten määrittelevän ikääntymisensä enemmän vaivojen ja vastaantulevien ongelmien ja menetysten kautta kuin kalenteri-ikä perusteella. Myös Alkien (1995, 1–4) toteaa ikääntymisen olevan enemmänkin subjektiivisesti koettua. Hän kirjoittaa, ettei kronologinen kalenteri-ikä pidä aina paikkaansa verrattuna esimerkiksi henkilön subjektiivisesti tuntemaan sosiaaliseen, biologiseen tai psykologiseen ikään.

Näkökulmia, joiden avulla ikääntymistä voidaan tutkittaessa lähestyä ovat muun muassa lääketieteellinen terveen vanhenemisen malli, tilastollisesti tavanomaisen vanhenemisen malli, normien mukaisen vanhenemisen malli sekä toimintakyvyn mittaamisen malli (Saarenheimo 2003, 19–22.) Terveen vanhenemisen malli keskittyy kroonisten sairauksien ja vammojen puuttumisen tutkimiseen ja sen avulla ikääntymisen tulkittamiseen. Tilastollinen malli keskittyy määrittelemään ikääntymistä ikääntyvää väestöä koskevien keskiarvojen avulla. Esimerkiksi tilastollisesti Suomessa noin 80 prosentilla yli 65-vuotiaista on yksi tai useampi krooninen sairaus, jolloin tilastollisesti ikääntyessä on tavanomaisempaa sairastaa kuin olla terveenä. (Saarenheimo 2003, 19–22).

Normien mukaisessa vanhenemisen mallissa tarkastellaan yhteisön ja yhteiskunnan olettamuksia ikääntymisestä, jonka avulla määritellään ikääntymistä. Esimerkiksi yhteiskunnassa voidaan ajatella jonkin tietyn toimintatavan tai sairauden ”kuuluvan” ikääntymiseen, jolloin tästä toimintatavasta tai sairaudesta tulee ikääntymisen ja vanhuuden normi. Tämä ajatus on Saarenheimon (2003, 19–22) mukaan olemassa, vaikka se tulee näkyviin vain tietyissä konteksteissa esimerkiksi silloin, kun ihmetellään ikääntyneen hyvää muistia.

Neljäs Saarenheimon (2003, 19–22) mainitsema tapa ajatella ikääntymistä on toimintakyvyn mittaamisen malli. Saarenheimo (2003, 19–22) korostaa ikäihmisen tulkitsevan omaa toimintakykyänsä usein positiivisena, sillä ikäihminen näkee oman toimintansa kyvyt, kun taas toimintakyvyn arvioija keskittyy enemmän olemassa oleviin puutteisiin, minkä perusteella suunnitellaan usein ikäihmisen palveluiden tarvetta. Toimintakykyä mitatessa on kuitenkin aina muistettava se, mitä pidetään normaalina ja viitekehysten sisäpuolella ja mitä taas poikkeavana. Nämä määritelmät saattavat vaihdella eri konteksteissa, jolloin toimintakyvyn arviointi ei aina ole luotettava tapa määritellä ikääntymistä.

Saarenheimon neljä ikääntymisen mallin tulkintaa eivät silti ole yksiselitteisiä tai ainoita tapoja tulkita ja mitata ikääntymistä. Kivelä (2009, 18) korostaa ikääntymisen tarkastelua fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn näkökulmista, sillä vanhetessa ihminen hidastuu ja haurastuu. Kivelä tuo esille tasapainoisen vanhenemisen tärkeyden yksilön kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. Aiken (1995, 223–224) taas toteaa ikääntymisen olevan kuoleman jälkeen traumatisoivin ajanjakso ihmisen elämässä. Tämä ajattelumalli on hänen mukaansa johtanut ikuisen nuoruuden tavoitteluun sekä nuoruuden korostamiseen ja ihailuun, mitkä osaltaan vaikuttavat asenteisiin, joita ikääntyminen ja ikäihminen joutuvat kohtaamaan.

Kuten jo Alkienkin (1995, 223–224) totesi, on ikääntyminen ja vanheneminen nähty usein kielteisenä asiana ja elämänvaiheena. Vaikka ikääntyminen ja ikä, sekä näiden merkitykset ovat vaihdelleet paljon, on ikä kuitenkin edelleen Heimosen ja Pajusen (2012, 21–25) mukaan monessa mielessä tärkeä elämänvalintoja mahdollistava ja rajaava tekijä. Ikä määrittelee heidän mukaansa monia oikeuksia, velvollisuuksia sekä sosiaalisia odotuksia ja rooleja. Myös Alkien (1995, 224–227) kertoo

ikäntymiseen liittyvien stereotyyppisten roolien vaikuttavan paljon ikääntymisen kohtaamiseen ja siihen liitettyihin odotuksiin.

Vanheneminen on siis osittain ennalta määrättyä stereotypiaa, mutta myös yksilöllistä muutosta ja toimintaa. Vanhenemisen reunaehtoihin kuuluvat kuitenkin Heikkisen (1998, 7) mukaan usein heikkenevä terveys, huononeva näkö ja kuulo, muistin ongelmat, heikkouden tunteet ja erilaiset menetykset, kuten puolison tai lapsen kuolema. Tämä korostaa ikääntymisen objektiivista näkemistä kielteisenä asiana. Toisaalta Ikääntyvä väestö ja ikääntyminen voidaan nähdä myös voimavarana, jossa sekä yhteiskunta että yksilö hyötyvät ikäihmisen tuomasta taloudellisesta panoksesta sekä vielä jäljellä olevista resursseista, taidoista ja lisääntyneestä vapaaajasta. (Heimonen & Sarvimäki 2010, 14–32.)

Laissa (L 28.12.2012/980) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista määritellään ikääntyvä väestö vanhuuseläkkeeseen oikeutettuna väestönä ja iäkäs henkilö eli ikäihminen henkilönä, jonka fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky on laskenut tai heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi. Ikäihminen nähdään laissa lääketieteellisessä mielessä heikentyneenä yksilönä, mutta yhä useammin ikäihminen, ikääntyminen ja vanhuus nähdään subjektiivisena kokemuksena, johon vaikuttavat yksilön omat mielikuvat ja tulkinnat.

Ikääntymistä elämänvaiheena tarkastellessa on huomattu toistuvia tapahtumia ja asioita, jotka vaikuttavat onnistuneeseen, subjektiiviseen kokemukseen ikääntymisestä (Kivelä 2009, 11–45.) Näitä asioita ovat Kivelän mukaan muun muassa kehon muutokset, fyysiset sairaudet, elämänmuutokset ja menetykset, kuten esimerkiksi puolison tai lapsen kuolema, uusien tehtävien ja roolien sisäistäminen, muuttunut aikaperspektiivi, valmistautuminen kuolemaan, kielteiset käsitykset vanhuudesta sekä itsenäisyyden ja riippuvuuden tasapainottelu. Nämä pääkäsitteet pitävät sisällään ikääntymisen käsitteeseen vaikuttavia asioita ja tapahtumia, jotka vaikuttavat kokemukseen ikääntymisestä elämänvaiheena. Kivelä (2009, 11-45) korostaa, että tasapainosesti vanhenevat ihmiset hyväksyvät fyysiset, kognitiiviset ja ulkonäön muutokset, joiden avulla he sopeutuvat uuteen elämänvaiheeseen.

Ikääntyminen voidaan nähdä myös haavoittuvuuden ajankohtana, sillä elämänvaiheen muutokset ovat usein suuria ja vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Heimonen, Sarvinen ja Mäki-Petäjä-Leinonen (2010, 5–7) kertovat, että vanhuuden tuomat toimintakyvyn heikentymät, sairaudet sekä muutokset ja menetykset tekevät ikäihmisistä erityisen haavoittuvia.

Ikääntymistä voidaan tarkastella myös jaottelemalla vanhuusikä erilaisiin luokituksiin, sillä keskimääräisen elinajanodotteen nousun vuoksi eri elämänvaiheet ovat pitkittyneet. Koska ikääntyneen väestön määrä kasvaa Suomessa ja elinajanodote nousee, on vanhuuden ja ikääntymisen ajanjaksoa jaettu useampaan elämänvaiheeseen; kolmanteen, neljänteen ja viidenteen ikään (Heimonen & Sarvimäki 2010, 14–32).

Myös Saarenheimo (2012, 18–21; 2017, 38–43) tuo esille kolmannen, neljännen ja viidennen iän elämänvaiheen sekä niihin kuuluvat odotukset ja elinajanodotteen nousun myötä tapahtuvan ajanjaksojen pilkkomisen. Näiden uusien jaotteluiden avulla pyritään ymmärtämään vanhuuden elämänvaiheen monimuotoisuus sekä sen eri vaiheiden erilaisuus.

4 IKÄIHMISTEN MIELENTERVEYS

4.1 Mielenterveys ja hyvinvointi ikääntyessä

Mielenterveys eli psyykinen tasapaino on ihmisen luontainen toimintakyvyn osa-alue. Mielenterveys on harvoin yksiselitteinen ja helposti kuvattava asia (Heikkinen 1998, 11–13.) Mielenterveyttä voi Windlen (2009, 9–30) mukaan selittää monien eri tekijöiden ja näkökulmien avulla, eikä sitä tulisi tulkita vain mielenterveydellisten ongelmien puuttumisena. Mielenterveys tutkitusti sisältää yksilöllisen, yhteisöllisen, yhteiskunnallisen ja kulttuurisen ulottuvuuden, kertoo Kivelä (2009, 11–13). Myös Haarni (2014, 9–15) tuo esiin edellä mainittujen ulottuvuuksien lisäksi sosiaalisen vuorovaikutuksen ulottuvuuden.

Mielenterveyden ja mielen hyvinvoinnin määrittelemiseen vaikuttavat siis niin yksilölliset, yhteisölliset, yhteiskunnalliset, sosiaaliset kuin kulttuurilliset tekijät. Nämä tekijät ovat vaikuttavat myös mielenterveyden eli psyykkisen tasapainon säilymiseen ja horjumiseen (Kivelä 2009, 11–13). Tästä syystä on tärkeää tarkastella psyykkistä hyvinvointia ja sen sisältämää mielenterveyttä ja siihen liittyviä ongelmia monitasoisena ja monisyisenä ilmiönä (Saarenheimo 2012, 42–45). Haarni (2014, 9–15) korostaa Saarenheimon tapaan mielenterveyden kokonaisuutta ja monimuotoisuutta, jolloin eri osa-alueiden muutokset vaikuttavat kokonaisuuteen.

Saarenheimo (2003, 85–86) korostaa mielenterveyden subjektiivista puolta, koska mielenterveys on aina henkilökohtaisella tasolla subjektiivinen kokemus. Siihen, että mielenterveys käsitetään muuttuvana, liittyy jatkuvan tasapainon etsiminen ja ylläpitäminen. Psyykkistä hyvinvointia uhkaavien haasteiden ja ihmisen käytössä olevien yksilöllisten ja kollektiivisten voimavarojen käyttö korostaa subjektiivisen kokemuksen roolia, kertoo Saarenheimo (2003, 85–86). Riittävät valmiudet käsitellä vaikeitakin tilanteita ja kriisejä mahdollistaa ihmisen tasapainoisen elämisen.

Mielenterveyden voidaan ajatella olevan ihmisen erilaisten toimintojen riittävää itsenäistä toteutusta, esimerkiksi ihmissuhteiden luomista ja ylläpitämistä, riittävien aktiviteettien kuten työn ja harrastusten toteuttamista (Hietaharju & Nuutila 2010, 12–

15). Hietaharju ja Nuutila konkretisoivat, että mieleltään terve ihminen toimii yhteiskunnan normien ja yleisesti hyväksytyjen mallien mukaisesti. Haarni (2014, 9–15) perustelee mielenterveyden olevan mielen voimavaroja ja hyvinvointia, tila jossa yksilö pystyy toimimaan, toteuttamiseen sekä vuorovaikutukseen yhdessä ja yksin. Mielenterveys liittyy siis yksilöön, mutta se rakentuu yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksessa.

WHO määrittelee mielenterveyden olevan tila, jossa ihminen pystyy toimimaan itsenäisesti, olemassa osallinen ja näkemään omat kykynsä (Suomen mielenterveysseura 17.4.2018), kun taas psykologisesta näkökulmasta katsottuna mielenterveys rakentuu Saarenheimon (2012, 42–45) mukaan yksilöllisten elämäkokemusten, biologisten tekijöiden sekä sosiaalisten ja yhteisöllisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Mielenterveyden ja sen hyvinvoinnin voidaan ajatella myös olevan heijastuma elämänlaadusta, kuten Windle (2009, 9–30) kertoo.

Kaikilla ihmisillä on Heikkisen (1998, 10–13) mukaan kyky vastata jollain tavalla elämän tuomiin haasteisiin ja ongelmiin. Heikkinen kertoo, että ihmisen mielen maisema on vaihteleva. Ajan sekä olosuhteiden vuoksi voimavarat vastata elämän tuomiin haasteisiin ja ongelmiin joko kasvavat tai vähenevät riippuen siitä, millaiseksi elämä muotoutuu. Heikkinen toteaa, että myönteisesti vanhuuteen ja omaan vanhenemiseen suhtautuvat yksilöt lienevät mieleltään terveimpiä ja vahvimpia meidän yhteiskunnassamme. Mielenterveyden termin sijaan tulisikin hänen mukaansa käyttää termiä mielen eheys, koska mielenterveyteen liittyviin kysymyksiin liittyy aina normatiivisia kysymyksiä.

Mielenterveyteen vaikuttavat Hietaharjun ja Nuutilan (2010, 12–15) mukaan perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot. He korostavat myös mielenterveyden näkemistä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota ihminen käyttää ja kerää jatkuvasti. Hyvä mielenterveys auttaa ikääntyneitä elämään aktiivista, laadukasta ja tervettä elämää (Terveystieteiden tutkimuskeskus 5.12.2014.)

Vanhuus on elämänvaihe, jossa psyykkisen hyvinvoinnin kysymyksiin on Heimosen ja Pajusen (2012, 11–17) mukaan perusteltua kiinnittää huomiota. Myös Haarni

(2014, 7) korostaa mielenterveydestä huolehtimisen tärkeyttä ikäihmisillä osana yhteiskunnan kokonaisvaltaista hyvinvoinnin edistämistä. Haarni (2014, 9) tuo esille, että ikääntymiseen liittyvät elämäntilanteet ja -tapahtumat voivat heikentää ja haurastuttaa mielen hyvinvointia. Psykkiset ongelmat ja mielen tasapainoa uhkaavat olosuhteet ovat vanhustenhuollon ja koko ikääntyvän yhteiskunnan keskeisimpiä haasteita (Saarenheimo 2003, 11; Haarni 2014, 6–8).

Vanhuus voi Pajusen (2012, 228–233) mukaan olla merkittävimmin eriarvoistava vaihe. Cattan (2009, 1) kuitenkin korostaa, että vaikka ikääntyminen usein lisää tai kasvattaa riskejä sairastua tiettyihin mielenterveydellisiin ongelmiin, ne eivät kuitenkaan suoraan liity ikääntymiseen ja vanhuuteen. Saarenheimo (2003, 29) arvioikin, että ikääntyneiden psyykkisten häiriöiden puhkeamisen taustalla on haavoittuvuutta, joka liittyy aiempiin elämäkokemuksiin, ristiriitoihin ja traumoihin.

4.2 Depressiivisyys

Yksi opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä liittyy ikäihmisten depressiivisyyteen eli masennusoireiluun. On tärkeää osata tunnistaa ero masennuksen ja masennusoireilun välillä (Baldwin 2010, 3.) Masennuksen eli depression tunne on yksi perustunteistamme, ja sitä kokee jokainen jossain elämänsä vaiheessa (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 8–15.) Depressiivisyys taas eli masennusoireilu on ihmisen normaalia mielialan laskua, johon vaikuttavat monet elämäkokemukset, ristiriidat sekä traumat (Heikkinen 1998, 13–14.) Masennusoireilu vaikuttaa arkipäiväisiin toimintoihin häiritsevästi, mutta se ei estä kohtalaisen elämän elämistä (Baldwin 2010, 5.) Hetkellinen masennuksen tunne on normaaliin tunne-elämään kuuluva reaktio, kun taas masentuneessa mielialassa on kyse pitkään jatkuneesta tunnevireestä (Isometsä 2011, 19).

Heikkisen (1993, 13–14) mukaan depressiivisyys on useimmiten monen eri tekijän tai niiden yhteisvaikutuksen tulos. Depressio eli masennus taas on pitkään jatkuneen depressiivisyyden eli masennusoireilun tulos ja se on sairaus, josta lääkäri voi tehdä virallisen diagnoosin (Hietaharju & Nuutila 2010, 40–52.) Depressiot ovat vakavia sairaustiloja, jotka useimmiten vaativat hoitoa (Heikkinen 1998 13–14), sillä

noin 5-6 prosenttia suomalaisista kärsii vakavasta depressiosta (Hietaharju & Nuuttila 2010, 40–52).

Vaikka iäkkäiden ihmisten masennustilat diagnosoidaan samoilla perusteilla kuin muun aikuisväestön masennustilat (Kivelä 2009, 63–69), voi iäkkään väestön depressiivisyyden ja depression tunnistaminen olla hankalaa (Saarenheimo 2003, 59–67, Suomen mielenterveysseura 18.4.2018.) Myös Baldwin (2010, 3) toteaa ikäihmisten masennuksen ja depressiivisyyden diagnosoinnin olevan vaikeaa, sillä usein oireita vähätellään tai niihin ei kiinnitetä huomiota. Tämä johtuu siitä, että usein iäkkäiden ihmisten masentuneisuus ilmenee ruumiillisina vaivoina eikä iäkäs itse ei tunnista masentuneisuuden oireilua, mikä vaikeuttaa diagnosointia (Saarenheimo 2003, 29–67, Suomen Mielenterveysseura 18.4.2018.) Joskus masentuneisuus tai masennus voi johtua myös lääkkeiden sivuvaikutuksista (Hietaharju & Nuuttila 2010, 40–52.)

Depressiivisyyden on todettu olevan vanhuusiän yleisin psyykinen ongelma (Heikkinen 1998, 21–32; Saarenheimo 2003, 59-68; Baldwin 2010, 1; Suomen mielenterveysseura 18.4.2018.) Eläkeikäisistä noin 12–13 prosentilla esiintyy masentuneisuutta (Saarela 2011, 372.) Lievä masentuneisuus iäkkäillä on noin viisi kertaa yleisempää kuin vakava depressiosairaus (Heikkinen 1998, 21–32.) Kuitenkaan vakavaa masennusta ei vanhusväestön keskuudessa ole sen enempää kuin muissa ikäryhmissä (Saarenheimo 2003, 59–68.) Vaikka depressiivisyys ja depressio ovat yleisiä vanhuusiässä, eivät ne kuitenkaan kuulu normaaliin vanhenemiseen, kertoo Saarela (2011, 371.) Sen vuoksi on tärkeää pitää huolta, ettei lievänkään masennustilan toteaminen saa johtaa hoidon puutteeseen (Kivelä 2009, 70–88.)

4.3 Ikäihmisen mielenterveyden riskitekijät sekä suojaavat tekijät ja depressiivisyyden tunnistaminen

Ikäihmisten depressiivisyydellä on tiettyjä erityispiirteitä, jotka liittyvät ikääntymisen elämänvaiheeseen. Näitä tekijöitä voidaan kutsua riskitekijöiksi, sillä ne altistavat ikäihmisen mielenterveyden muutoksen tilaan. Hietaharju ja Nuuttila (2010, 14–15) kertovat riskitekijöiden, eli mielenterveyttä haavoittavien tekijöiden lisäävän yksilön mahdollisuutta sairastua mielenterveydellisiin ongelmiin sekä vähentävän yksilön

hyvinvointia ja terveyttä. Saarenheimo (2013, 373–380) näkee riskitekijöiden olevan depression laukaisevia tekijöitä.

Depressiivisyydelle ja masennukselle altistavia riskitekijöitä, jotka liittyvät ikääntymisen elämänvaiheeseen on useita. Näitä riskitekijöitä ovat useat eri tutkijat (Esim. Salokangas 1993, 195–213; Heikkinen 1998, 21–26; Noppari & Leinonen 2005; 61–64; Kivelä 2009, 105–109; Saarela 2011, 371–374; Saarenheimo 2013, 375–376; Haarni 2014, 15; Terveystieteiden tutkimuskeskus 5.12.2014; Suomen mielenterveysseura 17.4.2018) todenneet teoksissaan. Ikääntymiseen sidottuja tekijöitä heidän mukaansa ovat muun muassa muistiongelmien, toimintakyvyn aleneminen, perinnölliset tekijät. Myös pitkäaikainen stressi, fyysisen olomuodon muutos ja heikkeneminen, yksinäisyys, kuoleman kohtaaminen ja läheisten ihmisten menetykset, keskushermostonmuutokset ja lääkehoidot ovat kaikki sidoksissa ikääntymisen elämänvaiheeseen.

Myös sosiaalisen aseman ja sosiaalisen roolin menetys, yhteiskunnan ulkopuolelle jäämisen tunne, ulkopuolisuuden tunne, somaattiset sairaudet, tunne-elämän sekä kognitioiden muutokset, voimattomuuden tunne muita ihmisiä kohtaan, autonomian puute, minuuden käsitykset sekä taloudellinen tilanne ovat ikääntymisen elämänvaiheessa ja ikääntyessä toistuvia vaiheita. Nämä edellä mainitut ovat yleisiä ikäihmisten depressiivisyyden aiheuttajia, mutta usein depressiivisyyden syntyyn tarvitaan useampi kuin yksi yllä mainituista tekijöistä. Yksi ainoa tekijä ei voi olla depression tai depressiivisen käytöksen syynä. (Kivelä 2009, 105).

Koska mielenterveys nähdään voimavarana, joka ylläpitää psyykkisiä toimintoja, sillä on myös suojaavia tekijöitä riskitekijöiden rinnalla (Kivelä 2009, 109–110; Hietaharju & Nuutila 2010, 14–15.) Näitä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa riittävät läheissuhteet ja ihmisverkostot, uskonnollisuus, hyvä ravitsemus sekä suoja, riittävä fyysinen kunto, sairauden riittävä hoito ja riittävän hyvä itsetunto, Myös hyväksytyksi ja kuulluksi tulemisen tunne, huumori, mahdollisuus toteuttaa itseään, riittävä toimeentulo, turvallinen elinympäristö ja toimiva yhteiskuntarakenteen suojaavat ikäihmisten mielenterveyttä. Persoonallisilla ominaisuuksilla, kuten positiivisella elämäntavalla on myös vaikutusta mielenterveyden ylläpitämisessä. (Kivelä 2009, 109–110; Hietaharju & Nuutila 2010, 14–15).

Depressiivisyydellä on siis sekä erilaisia suojaavia että haavoittavia tekijöitä. Koska depressiivisyys on subjektiivinen tunne, ovat sen ilmenemismuodotkin hyvin erilaisia. Yleisesti ottaen ikäihmisen depressiivisyyden tunnistaa Salokankaan (1993, 198–204), Heikkisen (1993, 21–26), Saarelan (2011, 373–374) sekä Kivelän (2009, 89–90) mukaan näistä piirteistä: unen muutoksista, alakuloisuudesta, ruokahalun muutoksista, motivaation puutteesta, seksuaalisuuden muutoksista, keskittymisen ja päätöksen teon vaikeuksista, levottomuudesta tai hidastumisesta, muistiongelmista, vetäytymisestä sekä jatkuvista negatiivisten tunteiden ilmaisusta. Depressiiviseen oireiluun voi liittyä myös muun muassa ärtyneisyyttä, yksinäisyyden tunnetta ja somaattisten sairauksien lisääntymistä sekä tunnetilojen muutoksia. Myös hoidosta tai lääkkeitä kieltäytyminen voi olla merkki depressiivisyydestä.

5 SOSIAALINEN HYVINVOINTI

5.1 Sosiaalisen hyvinvoinnin käsite sekä sosiaaliset verkostot sen osana

Ennen sosiaalisen hyvinvoinnin käsitettä on hyvä perehtyä yleiseen hyvinvoinnin käsitteeseen, jonka kautta muovautuu myös sosiaalisen hyvinvoinnin yhteys kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Yksi yleisimmistä yleisen tason hyvinvoinnin määrittelmistä on Forssin & Vatula- Pimiän (2014, 21) teoksessakin esitetyn Erik Allardtin (1976) luoma pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksessa luotu käsite siitä, että hyvinvointi koostuu kolmesta ulottuvuudesta: elinoloista ja elintasoista, yhteisöstä ja siihen liittyvistä suhteista sekä mahdollisuuksista toteuttaa itseään ja olla arvostettu. Eli hyvinvointi koostuu sekä yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasoista että fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toiminnasta.

Sosiaalinen hyvinvointi on yksilöllistä hyvinvointia, joka on silti sidoksissa yhteisöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalinen hyvinvointi on sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisten verkostojen tulos, joka muodostaa yhdessä muiden hyvinvoinnin osa-alueiden, kuten fyysisen, psyykkisen, yhteisöllisen, yhteiskunnallisen ja yksilöllisen hyvinvoinnin kanssa hyvinvoinnin kokonaisuuden. Koettua hyvinvointia mitataan usein elämänlaadulla, joka muodostuu edellä mainitusta kokonaisuudesta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 07.12.2015.)

Sosiaalinen hyvinvointi on siis sosiaalisen toimintakyvyn ja verkostojen tulos. Koska ihminen tarvitsee toisia ihmisiä, läheisyyttä ja yhteisöllisyyttä, on sosiaalisten suhteiden, hyvinvoinnin, sosiaalisen tuen ja aktiivisuuden merkitys suuri ikäihmisen terveydelle (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86). Tähän toteamukseen yhtyvät myös Kan ja Pohjola (2012, 19–27), joiden mukaan hyvät ja toimivat ihmissuhteet näyttävät edistävän ikäihmisten terveyttä ja elämän tarkoituksellisuuden tunnetta. Myös Forte (2009, 84–111) toteaa sosiaalisten suhteiden tukevan ikääntymisen tuomien muutoksien hyväksymistä sekä niiden kanssa selviämistä. Sosiaalisten verkostojen tarkoituksena on tuottaa apua ja tukea, edistää tervettä käyttäytymistä ja mahdollistaa erityisesti kiintymystä luovat vuorovaikutussuhteet (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86).

Sosiaaliset verkostot mahdollistavat Kanin ja Pohjolan (2012, 23–26) mukaan osallistumisen ja sosiaalisen sitoutumisen, joiden avulla yksilö voi toteuttaa ja vahvistaa omia sosiaalisia roolejaan, sekä kokea merkityksellisyyttä. Sosiaalinen osallistuminen vaikuttaa tutkitusti niin koettuun kuin todelliseenkin terveyteen, ja riittävä osallistuminen sosiaaliseen toimintaan vähentää monien sairauksien ja ongelmien, kuten masennuksen puhkeamista, kertovat Lyyra & Tiikkainen (2007, 69–86.) He myös toteavat, että huonot verkostot ja sosiaalisen tuen puute voivat johtaa masennukseen, joka osaltaan myös heikentää sosiaalista hyvinvointia ja vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin. Myös Alkien (1995, 248–250) kertoo ikäihmisten sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitävän osallisuuden ja kuuluvuuden tunnetta, merkityksellisyyden kokemusta sekä arvokkuutta. Alkienin mukaan erityisen tärkeitä sosiaalisia suhteita ovat saman ikäluokan väliset suhteet.

Kan ja Pohjola (2012, 19–21) kuitenkin korostavat sitä, että sosiaalisuus ei ole aina kaikille luontainen olemus. Tämä nostaa esille sosiaalisuuden, sosiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin subjektiivisen luonteen. Lyyra ja Tiikkainen (2007, 69–86) kertovat että vaikka yleisesti ajatellen ulospäin suuntautuneilla ihmisillä on laajempi sosiaalinen verkosto, ei se tarkoita sitä, etteikö sisäänpäin kääntyneellä ikäihmisellä olisi hyviä ihmissuhteita.

Koska sosiaalinen hyvinvointi on sosiaalisten verkostojen tulos, vaatii hyvinvoinnin kokeminen siis jonkinlaisia ihmissuhteita. Ikääntyneiden ihmisten sosiaalisten verkostojen koon on todettu olevan noin 5-7 henkeä (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86.) Sosiaalinen verkosto tukee Elorannan ja Punkasen (2008, 134–137) mukaan sosiaalista selviytymistä ja vastavuoroisesti selviytyminen sosiaalisista tehtävistä antaa mahdollisuuden säilyttää toimiva sosiaalinen verkosto. Vuorovaikutuksellinen toiminta siis vahvistaa myös ikäihmisen sosiaalisen vuorovaikutuksen taitoja.

Vaikka ikääntymisen tuomat muutokset saattavat aiheuttaa sosiaalisten suhteiden aktiivisuuden vähenemistä, on silti huomioitava sosiaalisen osallistumisen merkitys terveyteen (Lyyra & Tiikkainen, 2007 69–86.) Kan ja Pohjola (2012, 19–27) tuovat esille sen, miten iäkkäiden ihmisten sosiaalisia verkostoja tuettaessa ja toimintakykyä harjoittaessa on tärkeää, että iäkäs saa kokea olevansa sairauksista, toimintakyvyn rajoituksista ja iästä riippumatta täysivaltainen kansalainen. Koska ikääntyessä autonomisuus heikkenee ja muiden ihmisten tarjoaman avun tarve lisääntyy,

on tärkeää, että ikäihminen kokee sosiaalisissa suhteissaan olevan tasavertainen yksilö (Forte 2009, 84–111.) Tasavertaiseksi koetut suhteet lisäävät Forten mukaan ikäihmisten hyvinvointia sekä edistävät mielenterveyttä ja mielenhyvinvointia.

5.2 Toimintakyvyn yhteys psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin

Ikääntyneen ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa vahvasti Lyyran (2007, 15–38) mukaan se, miten ikääntynyt selviää jokapäiväisestä elämästä. Tätä kutsutaan Lyyran mukaan toimintakyvyksi, jota tarkastellaan yleensä joko toiminnanvaiteiden näkökulmasta tai jäljellä olevan toimintakyvyn näkökulmasta. Kan ja Pohjola (2012, 32–33) liittävät taas toimintakyvyn vahvasti elämänlaatuun ja siihen, miten ikäihminen itse kokee oman toimintakykynsä ja sen merkityksellisyyden. Vuori (2016, 14–16) lähestyy toimintakykyä tieteellisemmästä näkökulmasta, painottaen toimintakyvyn olevan ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien tai voimavarojen riittävyyden aste suhteessa hänen toimintoihinsa kohdistuviin tai hänen itsensä asettamiin tavoitteisiin. Toimintakyvyn monimuotoinen määritelmä riippuu siis näkökulmasta ja sen tarkoituseristä. Olennaisinta kuitenkin näiden edellä mainittujen määritelmienkin mukaan on toimintakyvyn kokonaisvaltaisuus. (Ihalainen ym. 2009, 9–20).

Fyysisen toimintakyvyn määritelmässä korostuvat fyysiset ominaisuudet, kuten verenkierto- ja hengityselimet, tuki- ja liikuntaelimet sekä niiden toimivuus (Lyyra 2007, 15–28.) Fyysisellä toimintakyvyllä ja sen tarkastelulla tarkoitetaan myös selviämistä esimerkiksi fyysisestä kuntoa vaativista tehtävistä, motorisia taitoja ja tasapainoa (Kan & Pohjola 2012, 13).

Psyykinen toimintakyky voidaan ymmärtää kykyä selviytyä älyllisistä ja henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä, sekä tiedon käsittelytoiminnoista kertovat Noppari ja Leinonen (2005, 46–50.) Tähän yhtyvät myös Kan ja Pohjola (2012, 13), jotka lisäävät psyykkiseen toimintakykyyn myös muistamisen, oppimisen, ajattelun ja kielenkäytön, eli kognitiiviset toiminnot. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy myös mielenterveys sekä psyykinen hyvinvointi kuten Eloranta ja Punkanen toteavat (2008, 12–16).

Sosiaalinen toimintakyky eroaa muista toimintakyvyn osa-alueista siinä, että sitä ei voida tutkia vain yksilön ominaisuutena (Tiikkainen 2013, 284–290). Sosiaalinen toimintakyky voidaan määrittellä olevan vuorovaikutussuhteiden ylläpitämistä ja luomista sekä erilaista toimintaa yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Kan & Pohjola 2012, 13.) Kan ja Pohjola määrittelevät sosiaalisen toimintakyvyn olevan kykyä toimia ja olla toisten kanssa vuorovaikutussuhteissa. Tätä samaa määritelmää käyttävät myös Lyyra (2007, 15–28) sekä Eloranta ja Punkanen (2008, 16–18).

Eloranta ja Punkanen lisäävät sosiaalisen toimintakyvyn määritelmään myös yksilötason omien mahdollisuuksien oppimisen sekä itsensä hahmottamisen suhteessa ympäristöön. He myös avaavat yhteiskunnan tasolla sosiaalisen toimintakyvyn tarkoittavan ihmisten osuutta sosiaalisissa organisaatioissa. Sosiaalinen toimintakyky tuottaa sosiaalista hyvinvointia (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 07.12.2015) ja ikääntyneiden laaja sosiaalinen verkko vaikuttaa positiivisesti myös fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (Eloranta & Punkanen 2008, 16–18).

Opinnäytetyössäni tutkin lähekkäin olevien toimintakyvyn osa-alueiden, psyykkisen ja sosiaalisen yhteyttä. Noppari ja Leinonen (2005, 46–50) kertovat, että sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä on vaikea erottaa toisistaan, koska ne ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä. Myös Ihalainen ym. (2009, 9–20) korostavat sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn riippuvuutta toisistaan, ja tuovat esille psykososiaalisen toimintakyvyn käsitteen, jossa sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky ovat yhdessä.

Kan ja Pohjola (2012, 13) selittävät psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn riippuvuuden toisistaan sillä, että ne eivät ole vain yksilön ominaisuuksia, vaan niissä on kyse vuorovaikutussuhteista yksilön ja toimintaympäristön välillä. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä on tarkasteltava heidän mukaansa suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin, odotuksiin ja ehtoihin.

5.3 Sosiaalinen hyvinvointi ikääntymisen tukena

Sosiaalinen hyvinvointi, eli sosiaalisten verkostojen ja sosiaalisen toimintakyvyn tulos (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 07.12.2015) on hyväksi koetun elämän perusominaisuus. Koska ihminen tarvitsee toisia ihmisiä, läheisyyttä ja yhteisöllisyyttä

(Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86), on sosiaalisilla suhteilla ja niiden tuomalla sosiaalisella hyvinvoinnilla suuri merkitys. Sosiaalisen hyvinvoinnin perustuessa sosiaalisiin verkostoihin ja sosiaaliseen toimintakykyyn, korostuvat näiden kahden toimivuus tavoitellessa ikääntyneiden hyvinvointia. Myös sosiaalinen osallisuus korostuu, jolloin ikääntyvä kokee olevansa osa sosiaalista yhteisöä. (Sarvimäki & Stenboc-Hult 2010, 46.)

Lyyra ja Tiikkainen (2007, 69–86) korostavat sitä, miten monipuolinen sosiaalinen verkosto auttaa ylläpitämään toimivia suhteita, mahdollistaa tuen saantia ja terveys-hyötyjä. Heidän mukaansa hyväksi koetut sosiaaliset suhteet auttavat selviytymään erilaisista ikääntymiseen liittyvistä menetyksistä, sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Myös Forten (2009, 84–111) mukaan sosiaaliset verkostot ja niiden tuomat positiiviset vaikutukset lisäävät tutkitusti hyvinvointia. Jo aiemmin mainittu Elorannan ja Punkasen (2008, 134–136) toteamus siitä, että sosiaalinen verkosto tukee sosiaalista selviytymistä, joka edistää sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä, on tärkeä huomio ikäihmisen sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Eloranta ja Punkanen (2008, 16–18) kertovat myös, että ikääntyvien laaja sosiaalinen verkko vaikuttaa positiivisesti sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen tukee myös ikäihmisen minäkuvaa ja sen säilymistä sekä merkityksellisyyden tunnetta, kertoo Forte (2009, 84–111.)

Sosiaalinen hyvinvointi, eli sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot tukevat ikäihmisten muita toimintakyvyn osa-alueita, koska toimintakyvyn osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan ja muodostavat kokonaisuuden (Ihalainen ym. 2009, 9–20.) Näin ollen riittävä sosiaalinen hyvinvointi tukee ikäihmistä myös muilla elämän ja vanhuuden osa-alueilla. Riittävä sosiaalinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot, parantavat elämänlaatua, joka Kanin ja Pohjolan (2012, 32–33) mukaan muodostuu fyysisestä terveydestä, psyykkisestä hyvinvoinnista, riippumattomuudesta, sosiaalisista suhteista ja ympäristöstä.

Kan ja Pohjola (2012, 19–21) korostavat, että hyvää terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävät antoisat ihmissuhteet ylläpitävät elämän mielekkyyttä vielä ikääntyessäkin. Myös Eloranta ja Punkanen (2008, 134–136) tähdentävät sosiaalisen verkoston ylläpitämisen vaikuttavan sosiaalisen toimintakyvyn säilyttämiseen. Koska sosiaalinen hyvinvointi koostuu sosiaalisista verkostoista ja toimintakyvystä, nostaa Kanin

ja Pohjolan sekä Elorannan ja Punkasen mainitsemat toteamukset esille sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksen hyväksi koetun ikääntymisen kulmakivenä, joka edesauttaa ikäihmistä kokemaan elämänsä merkityksekkääksi.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteutus

Tutkimuskysymykset tutkimuksessa olivat: miten haastatellut kokivat oman psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa, missä määrin depressioriskiä esiintyi haastatelluilla sekä onko depressioriskillä yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin. Näiden kysymysten avulla tutkittiin sitä, miten ikäihmiset kokevat oman depressiivisyytensä sekä onko sillä yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin.

Opinnäytetyö on laadullisen ja määrällisen tutkimuksen aineistotriangulaatio. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten aineistojen yhdistämistä tutkimuksessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksessa esiintyy osittain myös metodologisen triangulaation piirteitä, koska haastattelulomakkeissa yhdistyvät erilaiset laadulliset ja määrälliset tutkimuskysymykset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75–76.) Haastattelulomakkeet sisältävät niin avoimia kuin suljettuja kysymyksiä. Osasta kysymyksistä sai hyvinkin tarkkoja, prosentuaalisia tuloksia kun taas osasta kysymyksistä vastaukset olivat laajoja ja avoimia.

Tutkimuksessa on kyseessä poikittaistutkimus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56.) Kvantitatiivisen tutkimuksen eli määrällisen tutkimuksen piirteistä tämä tutkimus täyttää numeerisen mittaamisen ja tilastollisten menetelmien käytön lisäksi muuttujien välisten yhteyksien tarkastelun, tässä tapauksessa depressiivisyyden yhteyksien tutkimisen sosiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa korostuu myös tiettyjen kysymysten kautta kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä haastattelulomakkeessa kysytään myös vastaajien omia kokemuksia, käsityksiä ja tulkintoja, joita tulkitaan tässä tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 79).

6.2 Kyselylomake

Haastattelulomake, johon opinnäytetyö perustuu, on hyvinvointia edistävä kysely 75-vuotiaille. Haastattelulomake lähetettiin kaikille Seinäjoen asukkaille, jotka täyttivät 75 vuotta vuonna 2016 ja olivat säännöllisten palveluiden ulkopuolella. Halukkaiden kanssa järjestettiin kotikäynti, jolloin Ikäkeskuksen työntekijä kävi läpi lomakkeen vastaajan kanssa. Haastateltavat olivat joko itse täyttäneet lomakkeen etukäteen, tai lomake täytettiin yhdessä Ikäkeskuksen työntekijän kanssa. Myös ryhmätapaamisia järjestettiin, mutta silloin haastattelulomakkeiden läpikäyminen ei ollut yksilöityä, vaan haastattelulomakkeen teemat käytiin läpi yhdessä keskustellen. Opinnäytetyössä hyödynnetään 130 lomaketta, joiden vastaajat ovat antaneet suostumuksensa lomakkeen tutkimukselliseen käyttöön.

Seinäjoen kaupungin tavoitteena hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on se, että mahdollisimman monella ikäihmisellä olisi mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 61.) Nämä hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat yksi Seinäjoen kaupungin keino tukea asukkaitaan ja huomata varhaisella puuttumisella mahdolliset tulevaisuuden ongelmat.

Haastattelulomake on kokonaisuudessaan 14 sivun lomake, joka sisälsi niin strukturoituja kuin avoimia kysymyksiä. Haastattelulomake on liitteenä (Liite 2.) tässä opinnäytetyössä. Lomakkeen teemoja ovat taustatiedot, asuminen ja ympäristö, arjen toiminta, terveydentila ja toimintakyky, sosiaalinen verkosto ja osallistuminen, toimeentulo sekä tulevaisuus. Opinnäytetyössä hyödynnettiin kysymyksiä terveydentilan ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen verkoston ja osallistumisen kokonaisuuksista. Tutkimukseen poimittiin kysymykset 43-52. Nämä kysymykset sisälsivät myös häisiän depressioseulan, GDS-15 sekä huolta ja iloa tuottavat kysymykset. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin yhteydenpidosta ja sen laajuudesta sekä riittävydestä, arjesta ja tunteista keskustelemisen mahdollisuuksista, yksinäisyyden kokemuksista, ajankulusta sekä osallisuudesta ja osallistumista.

Nämä valitut teemat mahdollistavat sen tutkimisen, missä määrin vastaajilla oli havaittavissa koettua depressiivisyyttä sekä depressiota sekä niiden yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin. Hyödynnetyt kysymykset olivat sekä avoimia että suljettuja,

strukturoituja kysymyksiä. Ne antoivat myös kattavasti tietoa vastaajien kokemuksista valittujen näkökulmien kautta.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyydessä on kyse siitä, mikä on hyvä ja oikea tapa elää, toimia ja kohdata muita ihmisiä ja eläviä olentoja (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 43.) Sosiaalialan arvoihin kuuluvat ihmisarvo ja ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, osallisuuden edistäminen, asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen sekä voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, syrjinnän ehkäiseminen, erilaisuuden ja monimuotoisuuden tunnistaminen, epäoikeudenmukaisen politiikan ja käytäntöjen vastustaminen sekä yhteisvastuullisuus (Niemelä 2016, 103–105; Talentia 2017.) Nämä eettiset raamit muotoilevat myös tutkimuksellisen työn etiikkaa.

Eettinen ja asiakasta arvostava työskentelytapa joko toteutuu tai sulkeutuu pois kaikessa sosiaalityössä ja tämä pohjautuu sosiaalityössä tapahtuvaan arvo-osaamiseen, joka on sosiaalityön asiantuntijuuden ydin (Laitinen & Kemppainen 2010, 138–139.) Koska ikäihminen ja hänen ihmisarvonsa on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti helposti haavoittuvassa tilanteessa, voidaan vanhustenhoitoa pitää eettisesti erityisen haastavana (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 44).

Näitä arvoja käsitellään myös depressiivisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin tutkimisen kautta. Tarkoituksena on parantaa ikääntyvän väestön eettistä kohtelua ja kohtaamista mielenterveysongelmien kanssa, kokonaisvaltaisena toimintakykyisenä yksilönä. Tutkimuksessa myös huomioidaan sosiaalialan näkökulmasta sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueen merkityksiä muihin hyvinvoinnin osa-alueisiin. Opinnäytetyö on paikallista tietoa tuottava, jolloin Seinäjoen kaupungilla ja alueella on mahdollisuutta hyödyntää tutkimuksen johtopäätöksiä ja kehittää toimintaansa. On oleellista, että ikäihmisen omaa ääntä kuullaan, kun määritellään heidän hyvää elämänsä ja palveluita (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 45).

Opinnäytetyön anonymiteetti säilyi vahvana koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyön tutkimusmateriaalina hyödynnettävät Ikäkeskuksen haastattelulomakkeet ovat anonymoituja. Tutkimuksessa hyödynnetään vain sellaista materiaalia, jossa vastaajat

ovat antaneet luvan haastattelunsa nimettömään tutkimuskäyttöön. Haastattelulomakkeissa ei ole nimiä, vaan vastaajan voi tunnistaa haastattelulomakkeeseen merkityn asiakasnumeron perusteella. Nämä asiakasnumerot ja nimet ovat salassa pidettäviä, joten haastattelulomakkeita tutkiessa ei niitä pysty näkemään, jolloin vastaajien anonymiteetti säilyy vahvana. Vastaajia tai heidän tietojään ei pysty tutkimuksen aikana näkemään missään. Tutkimuksessa ei hyödynnetä haastattelulomakkeiden muita osioita, mikä lisää osaltaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

Haastattelulomakkeet säilytettiin virallisesti arkistoituina Ikäkeskuksen varastotiloissa, eikä niihin ollut mahdollista päästä käsiksi ilman virallista tutkimuslupaa. Tutkimusluvan myönsi Seinäjoen kaupungin ikäihmisten tulosaluejohtaja. Haastattelulomakkeita tutkittiin vain Ikäkeskuksen tiloissa, sen aukioloaikoina. Jokaisen tutkimuskerran jälkeen lomakkeet varastoitiin uudestaan.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien rakenne

Haastattelulomakkeita oli tutkimuksessa 130. Vastaajista naisia oli 58 % ja miehiä 42 %. Haastateltavat oli jaettu alueittain, Seinäjoen kotihoidon aluejakoa mukaillen. Nämä alueet olivat Itäinen, Pohjoinen, Eteläinen ja Kaakkoinen.

Alueittain jaettujen vastaajien määrä ja sukupuolijakauma erosivat jonkin verran. Itäiseltä alueelta vastaajia oli 35 %, Pohjoiselta 17 %, Eteläiseltä 19 % ja Kaakkoi- selta 29 %. Itäisellä ja Kaakkoisella alueella vastaajien sukupuolirakenne oli hyvin tasainen. Pohjoisen ja Eteläisen alueen vastaajissa oli enemmän eroja. Pohjoisen alueen vastaajista naisia oli jopa 72 % kun taas miehiä oli vain 28 %. Eteläisen alueella puolestaan 68 % vastaajista oli naisia ja 32 % miehiä. Kaikkia vastaajia tarkasteltaessa tulee esille se, että naiset ovat vastanneet miehiä useammin haas- tatteluihin.

7.2 Sosiaalisia suhteita mittaavat kysymykset

Vastaajien sosiaalisia suhteita kartoitettiin hyvinvointia tukevien kotikäyntien haas- tattelulomakkeessa kysymyksillä ”Onko yhteydenpito muiden ihmisten kanssa muuttunut viimeisen vuoden aikana?” sekä ”Onko yhteydenpito mielestänne riittä- vää?”.

Vastaajat olivat suhteellisen tyytyväisiä sosiaalisiin suhteisiinsa. 86 % vastaajista kertoi, että yhteydenpito on pysynyt samana. 2 % vastaajista kertoi, että yhteyden- pitoa on enemmän kuin edellisenä vuotena ja 12 % vastaajista kertoi yhteydenpidon vähentyneen. Vaikka vajaa viidennes vastaajista kertoi yhteydenpidon vähentyneen ei sen vaikutus näkynyt suoraan yhteydenpidon riittävyyttä mittaavassa kysymyk- sessä. Vastaajista 89 % piti yhteydenpitoa muihin ihmisiin riittävänä ja vain 8% riit- tämättömänä. Esimerkiksi näin oli vastattu sosiaalisia suhteita koskeviin kysymyk- siin:

Oma vointi rajoittaa yhteydenpitoa, mutta on riittävää

Toivoisin lasten ja lastenlasten arvostavan enemmän

Olen aina ollut huono kyläilemään

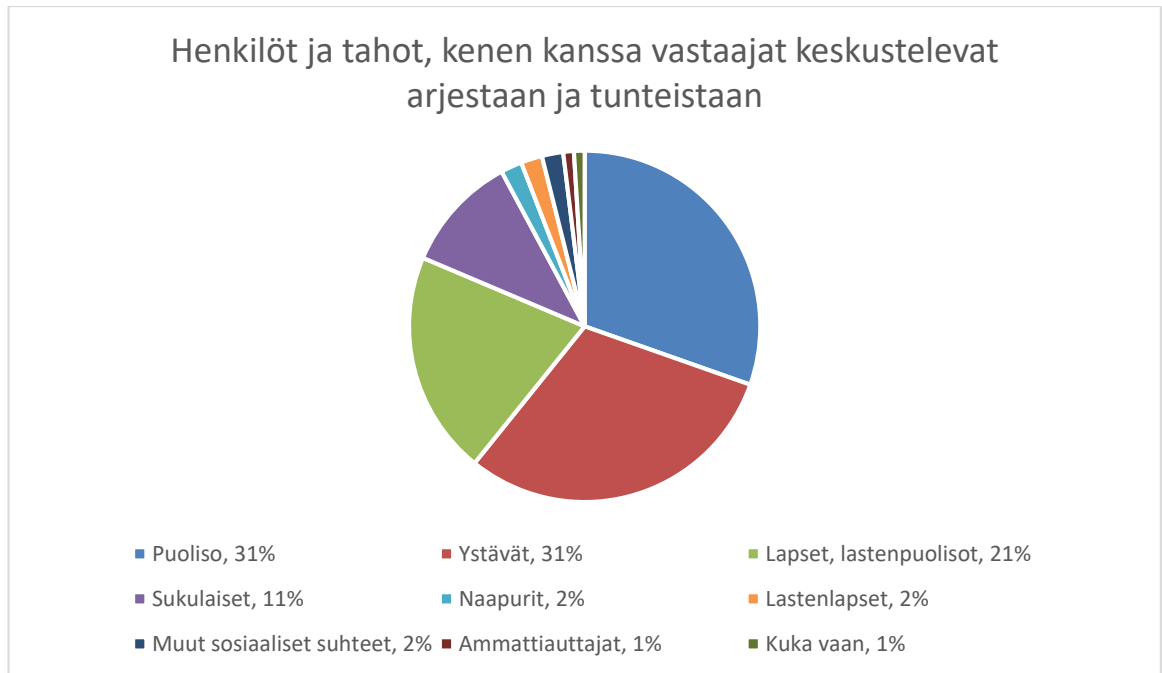
Ystävyys-suhteita tulisi hoitaa paremmin

Tyttären perheen kanssa erimielisyyksiä, ystävien poismeno

Ystäviä on nukkunut pois viime vuosina

Lomakkeessa tiedusteltiin, onko iäkkäällä joku, jonka kanssa hän voi keskustella tunteistaan ja arjestaan. Vastaajista vain 9 % vastasi, että heillä ei ole ketään, kenen kanssa keskustella tunteista ja arjesta. 90 % vastaajista kertoi, että heillä on joku, jonka kanssa keskustella.

Kysymyksen yhteydessä kysyttiin jatkokysymyksenä, että jos on joku kenen kanssa keskustella, kuka hän on. Liitteenä opinnäytetyössä on kuvio haastateltavien vastauksista (Kuvio 1). Mainittuja tahoja kenen kanssa vastaajat keskustelevat arjestaan ja tunteistaan kertyi 190. Useimmin mainittu vastaus henkilöstä, jonka kanssa voi keskustella arjesta ja tunteista, oli puoliso ja ystävät. Molemmat saivat 31 % vastauksista. Toiseksi nimetyin henkilö oli lapset ja lasten puoliset 21 %. Kolmanneksi nimetyin oli sukulaiset, 11 %. Muita mainittuja henkilöitä olivat muun muassa naapurit, lastenlapset ja muut sosiaaliset suhteet, jotka kaikki saivat 2 % vastauksista. Lisäksi mainittuja tahoja ja henkilöitä, kenen kanssa vastaajat keskustelevat arjestaan ja tunteistaan olivat ammattiauttajat, 1 % sekä kuka vain henkilö, 1 %:lla vastaajista.



Kuvio 1. Henkilöt ja tahot, kenen kanssa vastaajat keskustelevat arjestaan ja tunteistaan (Salonen 2018).

Ikäihmisiltä tiedusteltiin myös, että toivoisivatko he, että heillä olisi mahdollisuus keskustella arjesta ja tunteista useammin. Vastaajista 13 % jätti vastaamatta tähän kysymykseen, mutta 9 % vastasi, että he toivoisivat mahdollisuutta keskustella asioista lisää. 78 % vastaajista eivät toivoneet keskustelumahdollisuutta. Niille vastaajille ketkä vastasivat kyllä, oli jatkokysymyksenä, kenen kanssa he haluaisivat keskustella asioista. Vaihtoehtoina olivat vapaaehtois-/järjestötyöntekijä, seurakunnan vanhustyön diakonissa, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan edustaja ja joku muu, johon sai itse kirjoittaa vaihtoehtoisen keskustelutahon. Vastaajista vain 10 nimesi vaihtoehtoista jonkun, kenen kanssa he haluaisivat keskustella asioista lisää.

Keskusteluvaihtoehtoista suosituin oli sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan edustajan kanssa keskusteleminen, tämän vaihtoehdon valitsi 5 vastaajaa. Seuraavaksi suosituin vaihtoehto oli vapaaehtois-/järjestötyöntekijän kanssa keskusteleminen, jonka valitsi 2 vastaajaa. Yksi vastaajista valitsi seurakunnan vanhustyön diakonissan kanssa keskustelemisen. Kaksi vastaajaa valitsivat vaihtoehdon ”joku muu”. He kirjoittivat vaihtoehtoiksi keskustelukumppaneiksi terapeutin ja ystäväpalvelun työntekijän.

7.3 Ilon ja mieliharmin aiheet

75-vuotiailta kysyttiin myös, mitkä asiat tuottavat heille huolta ja mieliharmia. Ensin kysyttiin mieliharmin tuottajia, jossa 60 vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Tähän kysymykseen tuli siitä huolimatta selkeästi toistuvia vastauksia. Useat vastaajat olivat maininneet useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.

Usein mainittuja huolen ja mieliharmin tuottajia olivat oma terveys, puolison sekä läheisten terveys ja hyvinvointi, lastenlapsien terveys ja hyvinvointi, läheisten kuolemat, raha-asiat sekä Suomen poliittinen ja yhteiskunnallinen tilanne. Useat vastaajat vastasivat myös, että normaalia arkea suurempaa mieliharmia tai huolta ei heillä ole. Muita vähäisesti mainittuja huolen ja mieliharmin tuottajia olivat muun muassa naapurit, maatalouden ongelmat, kodin erilaiset ongelmat, viranomaiset, tulevaisuus ja ympäristö, julkinen terveydenhuolto, ajan riittämättömyys, sisarukset sekä puolison liiallinen huolehtiminen. Selkeästi oma sekä läheisten ihmisten terveys ja hyvinvointi toistuivat vastauksissa. Tämä kertoo terveyden merkityksestä.

Kysymys ”Mitkä asiat tuottavat Teille iloa?” sai enemmän vastauksia kuin mieliharmin tuottajia kartoittava kysymys. Vain 8 vastaajaa jätti vastaamatta. Kuten edellisessäkin, tässäkin kysymyksessä nousi esille selkeästi toistuvia vastauksia. Useimmiten mainittuja ilon tuottajia olivat vastaajilla lapset ja lastenlapset, muu perhe, puoliso ja läheiset, ystävät ja muut sosiaaliset suhteet, harrastukset ja työ, oma terveys sekä puuhastelu ja kotityöt. Nämä toistuivat useiden eri vastaajien vastauksissa. Muita mainittuja ilon tuottajia olivat muun muassa koti, suurempien huolien puute, eläimet, luonto, urheilun seuraaminen, vuoden ajat, merkityksellisyyden ja osallisuuden tunne, seurakunta, onnistumiset, itsenäinen arki ja vakaa talous.

Vaikka huolta ja mieliharmia kartoittavassa kysymyksessä useimmin toistuva vastaus huolen ja mieliharmin tuottajana oli oma terveys, oli se vasta viidenneksi suosituin vastaus ilon tuottajana. Tämä viittaa siihen, että terveyden tilaa ja terveyttä osataan arvostaa vasta sitten, kun se menetetään tai sen kanssa esiintyy ongelmia.

Koko tutkimuksen laajin kysymys oli kysymys, jossa kartoitettiin ikäihmisten mieluisia ja mukavaa ajankulun tapoja. Kysymykseen vastasi 126 vastaajaa ja mainintoja

vastauksiksi kertyi 346. Usea vastaaja mainitsi useamman aktiviteetin tai toiminnan. Näistä vastauksista on liitteenä kuvio. (Kuvio 2.)

Suosituimpia tapoja kuluttaa aikaa olivat lukeminen, käsityöt, ja kotityöt ja muut työt. Myös television katselu ja ristisanatehtävien tai sudokujen tekeminen olivat suosituja vastauksia. Laulaminen ja musiikki, ystävien tapaaminen ja yhteydenpito sekä perheen ja läheisten kanssa vietetty aika nousivat myös selkeästi esille. Loppujen vastauksien hajonta vaihteli suuresti.



Kuvio 2. Suosituimmat tavat kuluttaa aikaa (Salonen 2018).

7.4 Yksinäisyyttä ja osallisuutta sekä osallistumista mittaavat kysymykset

Haastattelulomakkeessa kartoitettiin ikäihmisten yksinäisyyden kokemuksia kolmella eri kysymyksellä. Ikäihmisiltä tiedusteltiin, tuntevatko he itsensä yksinäiseksi ja jos he tuntevat itsensä yksinäiseksi, minkä he ajattelevat olevan siihen syynä. Lisäksi kysyttiin, että mitä he toivovat yksinäisyyden vähentämiseksi.

84 % vastaajista vastasi, että he tuntevat itsensä yksinäiseksi harvoin tai eivät koskaan. Kuitenkin 15 % haastatelluista ikäihmisistä vastasi, että he tuntevat itsensä

toisinaan yksinäiseksi ja yksi vastaaja vastasi tuntevansa itsensä yksinäiseksi usein tai aina. Suurin osa vastaajista siis ei tuntenut itseään yksinäiseksi juuri koskaan tai vain harvoin. Viidennes vastaajista tunsu itsensä toisinaan yksinäiseksi, ja vain 1 henkilö koki yksinäisyyttä usein tai aina.

Koettuja yksinäisyyden syitä kysyttiin myös ja vaikka yksinäisyyttä koki 20 vastaajaa, jätti 7 heistä vastaamatta yksinäisyyden syihin. Osa vastaajista mainitsi samoja asioita. Mainittuja yksinäisyyden kokemuksen aiheuttajia, joita vastaajat kertoivat, olivat muun muassa:

Liikuntakyvyn rajoittuneisuus

Puolison kuolema

Asia on Ok

Vähentynyt toiminta

Pitkät välimatkat

Itsestä kiinni

Oma vointi

Alakuloisuus, yhteydenpidon vähyyt

Puolison sairaus rajoittaa toimintaani

Ikä, väsymys, suuri kotitöiden määrä

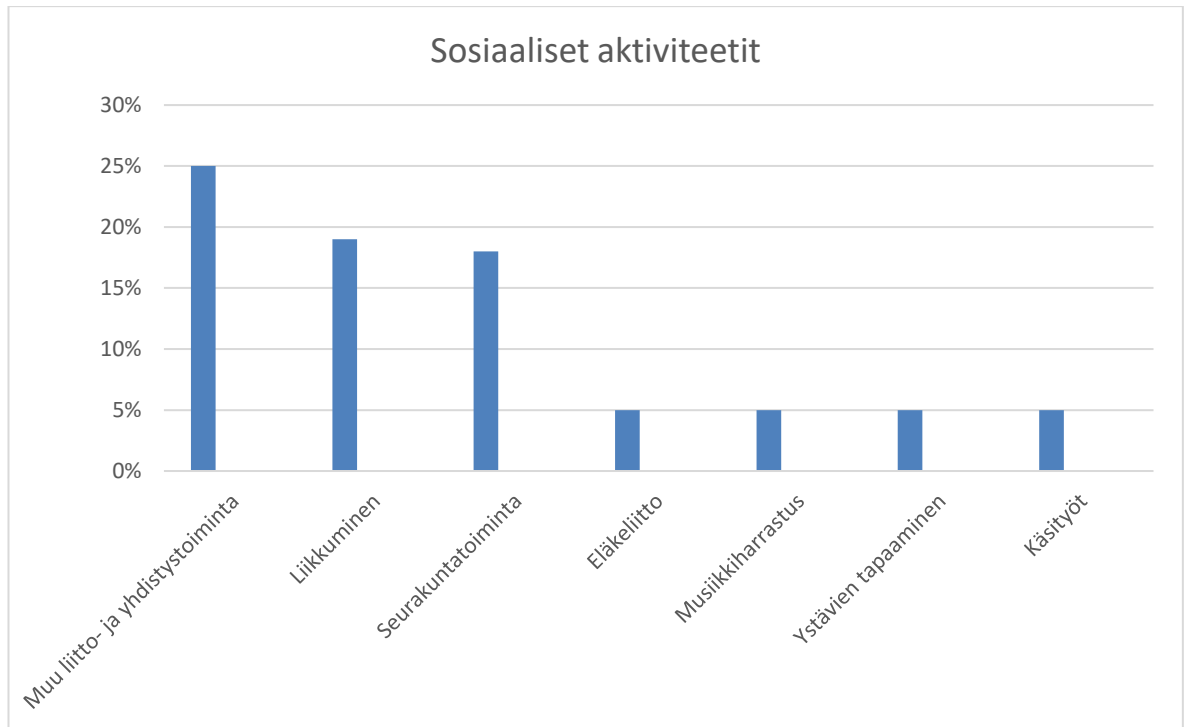
Osallistumisen vaikeus, väsymys

Osa vastauksista oli samaa tarkoittavia mutta eri keinoin ilmaistuja, joten vastauksia näihin esimerkkeihin on yhdistelty. Ikäihmisiltä kartoitettiin myös toiveita yksinäisyyden vähentämiseksi, jos he kokivat yksinäisyyttä. Melko harva oli kuitenkaan vas-

tannut toiveita yksinäisyyden vähentämiseksi, sillä jopa 16 vastaajaa 20:stä yksinäisyyttä kokevasta jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Ne, jotka vastasivat, toivat esille yksinäisyyden vähentämisen keinoina toiminnan lisäämisen, oman olon tasa-painottamisen, sisarusten ja ystävien käynnit, kodin ulkopuolelle pääsemisen sekä ystäväpalvelun mahdollisuuden.

Kysymys ”Osallistutteko johonkin toimintaan tai harrastuksiin, joissa tapaatte muita ihmisiä?” sai kaikilta vastaajilta vastauksen. 67 % vastaajista kertoi osallistuvansa johonkin toimintaan tai harrastukseen, jossa tapaa muita ihmisiä. 33 % vastaajista ei osallistunut mihinkään sosiaalisia kontakteja sisältävään aktiviteettiin. Lisäkysymyksenä heille, jotka vastasivat osallistuvansa, oli, että mihin toimintaan tai harrastuksiin he osallistuvat. Tämä lisäkysymys sai 137 vastausta, sillä jotkut vastaajista mainitsivat useamman kuin yhden harrastuksen tai toiminnan. Liitteenä kuvio, jossa tuotu esille haastateltavien vastaukset. (Kuvio 3.)

Liitto- ja yhdistystoiminta oli kaikkein suosituin sosiaalinen aktiviteetti vastaajien keskuudessa. Se sai osakseen 25 % vastauksista. Tähän vastaukseen liitettiin hajanaisesti vastauksia saaneet erilaiset liitto- ja yhdistystoiminnat, kuten ammattiliitot, harrastusyhdistykset ja hyväntekeväisyysjärjestöt. Toiseksi suosituin sosiaalinen aktiviteetti oli yhdessä liikkuminen, joka sai 19 % vastauksista. Tähän yhdessä liikkumiseen tutkimuksessa liitettiin kaikki liikunnallinen toiminta, kuten kuntosali, pallopelit, lenkkeily, uinti tai kävely. Kolmanneksi suosituin aktiviteetti oli seurakuntatoiminta ja hengellinen toiminta, joka sai 18 % vastauksista. Loppujen vastauksien hajonta oli 0,7–5 %, välillä. Näihin vastauksiin sisältyivät muun muassa ystävien tapaaminen, käsityöt, musiikkiharrastukset sekä eläkeliiton toiminta.



Kuvio 3. Sosiaaliset aktiviteetit (Salonen 2018).

Hyvinvointia tukevissa lomakkeissa tarkasteltiin myös ikäihmisten kokemuksia siitä, voivatko he osallistua mielestään riittävästi. Tähän kysymykseen vastasi 121 vastaajaa. Vastaajista 80 %, vastasi, että he voivat osallistua mielestään riittävästi. 12 % vastaajista vastasivat, että heidän osallistumisensa ei ole mielestään riittävä. Osallistumisen esteiksi vastaajat ilmaisivat monenlaisia asioita. Suurin syy, miksi osallistuminen oli vastaajien mielestä vähäistä, oli terveydelliset rajoitukset. Monet vastaajista olivat kirjoittaneet selän, jalkojen, yleisen huonovointisuuden, huonon kunnon ja väsymyksen rajoittavan osallistumista.

7.5 Depressioseulan tulokset

Psykkistä hyvinvointia ja mahdollista depressioriskiä kartoitettiin haastattelulomakkeessa myöhäisiän depressioseulalla. Myöhäisiän depressioseula eli GDS-15, on suunniteltu helpottamaan ikäihmisten depressiivisyyden ja depressioiden tunnistamista (Muistiasiantuntijat 18.4.2018.) Depressioseula sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan KYLLÄ tai EI. Vastausvaihtoehdoista osa on merkitty isoilla kirjaimilla, osa pienillä. Isoilla kirjaimilla merkityistä vastausvaihtoehdoista saa yhden pisteen.

Liitteenä opinnäytetyössä taulukko depressioseulasta ja haastateltavien prosentuaalisista vastauksista (Taulukko 1.). Jos seulan loputtua pistemäärä ylittää kuuden pisteen rajan, on syytä epäillä depressiota tai depressiivisyyttä. Seula on kuitenkin vain suuntaa antava, joka tulee myös huomioida seulaa tehdessä ja tuloksia arvioitaessa (Muistiasiantuntijat 18.4.2018).

Yksittäisinä kysymyksinä voidaan depressioseulan kautta kartoittaa ikäihmisen yleistä tyytyväisyyttä elämäänsä ja sen eri osa-alueisiin. Kastautuessaan vastaukset heijastavat mahdollista riskiä sairastua depression. Depressioseulassa kysyttiin tyytyväisyyttä elämään, harrastuksista luopumisesta, elämän tyhjältä tuntumisesta, ikävystymisestä, mielialasta, oman turvallisuutensa pelosta, tyytyväisyydestä, avuttomuudesta sekä ulos lähtemisestä ja uusien asioiden tekemisestä. Seulassa kysyttiin, kokivatko haastateltavat, että heillä olisi aiempaa enemmän muistihäiriöitä. Depressioseulassa kysyttiin myös elämänlaadusta ja arvon tunteesta, energisyydestä sekä toivottomuuden tunteista. Tutkimuksessa on alempana liitteenä taulukko depressioseulasta, sen kysymyksistä ja tutkimukseen vastaajien vastausprosentteista eri vastausvaihtoehtojen välillä.

Suurimmassa osassa kysymyksissä hyvin monet valitsivat vaihtoehdon, joka ei viitanut depressiivisyyteen tai depression. Nämä kysymykset käsittelivät muun muassa tyytyväisyyttä elämään, mielialan positiivisuutta, avuttomuuden tunnetta, muistihäiriöiden kokemuksia, elämänlaatua ja pelkotiloja. Näihin kysymyksiin vastattiin positiivissävytteisesti, sillä suurin osa vastaajista vastasi vastauksen, joka ei kerryttänyt pistemäärää.

Tulosten mukaan vain harvat 75-vuotiaat seinäjokiset kärsivät depressiosta. Haastatelluista ikäihmisistä vain 3 % sai huolestuttavat pistemäärät ja vain 7 % sai korkeat. On tutkittu, että eläkeikäisistä noin 12-13 prosentilla eläkeikäisistä esiintyy masentuneisuutta (Saarela 2011, 372). Seinäjokelaisten tulokset ovat siis alhaiset verrattuna aiempiin tutkimustuloksiin.

Taulukko 1. Depressioseulan kysymykset ja prosentuaaliset vastaukset (Salonen 2018).

| | | |
|--|------------------------|----------------------|
| 1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne? | kyllä (98%) | EN (2%) |
| 2. Oletteko luopunut monista toimistanne ja harrastuksistanne? | KYLLÄ (27%) | en (73%) |
| 3. Tuntuuko elämänne tyhjältä? | KYLLÄ (7%) | ei (93%) |
| 4. Ikävystyttekö usein? | KYLLÄ (2%) | en (98%) |
| 5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella? | kyllä (93%) | EN (7%) |
| 6. Pelkäätekö, että teille voi tapahtua jotain pahaa? | KYLLÄ (10%) | en (90%) |
| 7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi? | kyllä (98%) | EN (2%) |
| 8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi? | KYLLÄ (5%) | en (95%) |
| 9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähдете ulos ja teette uusia asioita? | KYLLÄ (53%) | en (47%) |
| 10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä? | KYLLÄ (3%) | ei (97%) |
| 11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää? | kyllä (99%) | EI (1%) |
| 12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi? | KYLLÄ (6%) | en (94%) |
| 13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa? | kyllä (74%) | EN (26%) |
| 14. Pidättekö tilannettanne toivottomana? | KYLLÄ (0%) | en (100%) |
| 15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä? | KYLLÄ (7%) | ei (93%) |

Depressiivisyyteen viittavia vastauksia ilmeni selvimmin kysymyksissä, joissa kysyttiin toimien ja harrastusten luopumisesta, ulos menemisestä ja uusien asioiden tekemisestä ja tarmokkuudesta. Depressioseulan 2. kysymykseen ”Oletteko luopunut monista toimistanne ja harrastuksistanne?” 27 % vastaajista valitsi vaihtoehdon, joka kerrytti depression viittaavia pisteitä. Toisaalta 73 % vastaajista kertoi, että he eivät ole joutuneet luopumaan monista toimistaan tai harrastuksistaan. Myös kysymyksessä 9. ”Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?” vastaajat valitsivat muita kysymyksiä useammin vaihtoehdon kyllä, mikä kerrytti depressiopisteitä. Vastaajista 53 % oli mieluummin kotona kuin lähtevät ulos ja tekevät uusia asioita.

Depressioseulan 13. kysymys ”Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?” oli kolmas kysymys, jossa osa vastaajista valitsi pisteitä kerryttävän vaihtoehdon. Vastaajista 74 % koki olonsa tarmokkaaksi, kun taas 26 % vastaajista vastasi tähän kysymykseen kielteisesti.

Kaiken kaikkiaan jonkin asteisesta depressioriskistä kärsii 3 % vastaajista. Opinnäytetyössä depressioseulan pistemäärät jaettiin huolestuttaviin (yli kuusi pistettä), korkeisiin (4–5 pistettä), keskimääräisiin (2–3 pistettä) sekä alhaisiin (0–1 pistettä) pistemääriin.

Vastanneista huolestuttavan pistemäärän, yli kuusi pistettä, sai 3 % kaikista vastaajista. Korkean pistemäärän sai 7 % vastaajista. Keskimääräisen pistemäärän sai puolestaan noin kolmasosa (31 %) vastaajista. 56 % eli hiukan yli puolet kaikista vastaajista saivat alhaisen pistemäärän.

Tutkimuksessa jaettiin myös depressioseulan tulokset alueittain yhteistyökumppanin toiveesta, jotta voitaisiin tarkastella aluekohtaisia ja eroja, sekä mahdollisesti kehittää palveluita kohdistetusti näille alueille Ikäkeskuksen toiveesta. Jotain aluekohtaisia eroja depressioseulassa löytyi. Itäisellä alueella, jolla depressioseulaan vastasi 42 vastaajaa, sai huolestuttavan pistemäärän 2 % koko alueen vastaajista. Korkean pistemäärän sai 9 % vastaajista. Keskimääräisen pistemäärän sai 31 % alueen vastaajista. Alhaisen pistemäärän Itäisellä alueella hiukan yli puolet vastaajista.

Kukaan Pohjoisella alueella ei saanut huolestuttavaa pistemäärää, mutta korkean pistemäärään sai 9 % alueen vastaajista. Keskimääräisen pistemäärän sai 23 % vastaajista ja alhaisen pistemäärän sai yli puolet Pohjoisen alueen vastaajista 64 %. Pohjoinen alue oli ainut alue, jossa kukaan vastaajista ei saanut huolestuttavaa pistemäärää.

Huolestuttavan pistemäärän Eteläisellä alueella sai 4 % vastaajista. Korkean pistemäärän sai 8 %, ja keskimääräisen pistemäärän sai 24 % vastaajista. Alhaisen pistemäärän sai 64 % vastaajista.

Kaakkoisella alueella 5 % sai huolestuttavan pistemäärän. Korkean pistemäärän sai Kaakkoisella alueella 3 %, kun taas keskimääräisen pistemäärän sai noin 39 % alueen vastaajista. Alhaisen pistemäärän sai 53 % vastaajista.

Näillä luvuilla voidaan todeta, että alueet muistuttavat vastauksissaan paljon toisiinsa. Jokaisella alueella yli puolet vastaajista sai alhaisen pistemäärän. Suurin eroavaisuus löytyy keskimääräisen pistemäärän saajissa, mutta lukuja tarkasteltaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että vasta korkeat ja huolestuttavat pistemäärät ovat sellaisia, jotka voivat tuoda esille mahdollisesti olemassa olevaa depressiota tai depressiivisyyttä.

7.6 Raja-arvot ylittävät vastaukset

Depressioseulaan vastaajista 4 vastaajaa ylitti 6 pisteen rajan, jonka vuoksi on syytä epäillä depressiivisyyttä tai depressiota. Raja-arvon ylittävät vastaajista oli naisia kolme ja miehiä yksi.

Pistemäärät, joita 6 pisteen rajan ylittäjät saivat, olivat 6–10 pistettä. Vastaajien välinen haastattelukysymysten vastauslaajuus vaihteli. Korkeimman pistemäärän saanut sai 10 pistettä depressioseulan kyselystä. Hänen vastauksiensa laajuus oli keskitasoa, ja hän oli vastannut jokaiseen kysymykseen. Toiseksi suurimman pistemäärän saanut sai depressioseulasta 9 pistettä. Hänen vastauksensa olivat hyvin suppeita, ja osa kysymyksistä oli ohitettu. Kolmas vastaaja sai depressioseulasta 7 pistettä. Hänen vastauksensa olivat myös suppeita, mutta kaikkiin kysymyksiin oltiin

vastattu. Neljäs vastaaja sai 6 pistettä depressioseulasta ja hän vastasi jokaiseen kysymykseen hyvin laajasti.

Jokainen raja-arvojen ylittäjästä koki yhteydenpidon olevan vähentynyt viimeisen vuoden aikana. Vain yhdellä heistä yhteydenpito oli riittävää, vaikka hänellä ei ollut ketään kenen kanssa keskustella tunteista ja arjesta. Kolme vastaajista kertoi halukkuudestaan saada keskusteluapua, mutta vain yksi vastaaja ilmaisi kenen kanssa tätä keskusteluapua toivoisi.

Yksinäisyyden tunnetta vastaajat kokivat toisinaan. Yksi vastaaja koki yksinäisyyttä usein tai aina. Vain kaksi vastaaja kertoivat kuitenkin yksinäisyyden syitä. Vastaajat kertoivat yksinäisyyden takana olevan puolison kuolema sekä liikuntakyvyn rajoittuneisuus.

Vaikka kaikki vastaajat kokivat yksinäisyyttä, oli heistä osalla myös aktiviteetteja, joissa he tapasivat muita ihmisiä. Nämä eivät kuitenkaan antaneet riittävyden tuntoa osallistua tarpeeksi. Kaksi vastaajaa kertoivat, että he osallistuvat useisiin erilaisiin sosiaalisia kontakteihin sisältäviin harrastuksiin ja toimiin. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan kokenut osallistumisen olevan riittävää, mikä osaltaan vaikuttaa yksinäisyyden kokemuksiin. Vastaajat mainitsivat muun muassa huonon kunnon, kipujen, väsymyksen, liikuntakyvyn rajoittuneisuuden ja oman laiskuuden olevan syitä, miksi kokevat olevan syitä osallistumisen riittämättömyydelle.

Vaikka nämä raja-arvot ylittävät vastaajat olivat ilmaisseet alakuloisuutensa, oli heistä suurin osa nimennyt myös iloa tuottavia asioita, kuten perhe ja läheiset, seurakunta, käsityöt ja lemmikit, kulttuurillinen toiminta, lukeminen ja harrastukset. Vain yksi vastaaja ei ollut nimennyt iloa tuottavia asioita, mutta luultavasti Iäkkeskuksen työntekijä on asiasta keskustellut vastaajan kanssa haastattelutilanteessa.

Varsinaisessa haastattelutilanteessa Iäkkeskuksen työntekijä on huomionnut jokaisen raja-arvon ylittäjän ja tarjonnut mahdollista keskusteluapua depressiohoitajalle tai seurakunnan työntekijälle. Jokainen vastaaja on kohdattu ja heidän huolensa ja terveytensä on huomioitu osana kokonaisuutta, sillä haastattelutilanne on aina laaja elämäntilanteen kartoitus.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten seinäjokelaiset 75-vuotiaat kokivat oman psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa, missä määrin depressioriskiä esiintyi haastatelluilla sekä onko depressioriskillä yhteyksiä sosiaaliseen hyvinvointiin. Hyvinvointi koostuu sekä yksilö-, yhteisö-, yhteiskuntatasoista että fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toiminnasta, kuten Forss ja Vatula-Pimiä (2014, 21) teoksessaan viittaavat Allardtin (1976) luomaan hyvinvointimalliin.

Mielenterveys eli psyykkinen tasapaino on osa psyykkistä hyvinvointia. Se on ihmisen luontainen toimintakyvyn osa-alue (Heikkinen 1998, 11–13) ja se sisältää yksilöllisen, yhteisöllisen, yhteiskunnallisen ja kulttuurisen ulottuvuuden (Kivelä 2009, 11–13) lisäksi myös sosiaalisen vuorovaikutuksen ulottuvuuden (Haarni 2014, 9–15.) Mielenterveys on mielen voimavaroja ja hyvinvointia, tila jossa yksilö pystyy toimimaan, toteuttamiseen sekä vuorovaikutukseen yhdessä ja yksin (Haarni 2014, 9–15.) Erityisesti vanhuus on elämänvaihe, jossa psyykkisen hyvinvoinnin kysymyksiin on Heimosen ja Pajusen (2012, 11–17) mukaan perusteltua kiinnittää huomiota.

Depressiivisyys eli masennusoireilu (Heikkinen 1998, 13–14) on osa mielen hyvinvointia ja näin yhteyksissä muihin hyvinvoinnin osa-alueisiin. Sosiaalinen hyvinvointi taas on sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisten verkostojen tulos, joka muodostaa yhdessä muiden hyvinvoinnin osa-alueiden, kuten fyysisen, psyykkisen, yhteisöllisen, yhteiskunnallisen ja yksilöllisen hyvinvoinnin kanssa hyvinvoinnin kokonaisuuden (Terveystieteiden tutkimuskeskus 07.12.2015.) Sosiaalisten suhteiden, hyvinvoinnin, sosiaalisen tuen ja aktiivisuuden merkitys on tutkitusti suuri ikäihmisen terveydelle (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86) ja Forte (2009, 84–111) toteaa sosiaalisten suhteiden tukevan ikääntymisen tuomien muutoksien hyväksymistä sekä niiden kanssa selviämistä. Huonot verkostot ja sosiaalisen tuen puute voivat johtaa puolestaan masennukseen, joka osaltaan myös heikentää sosiaalista hyvinvointia ja vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86.)

Onnistunut ikääntyminen turvataan tukemalla osallisuutta ja ylläpitämällä sosiaalisia verkostoja (Näslindh-Ylispangar 2012, 123.) Saarenheimo (2017, 264–268) kertoo, että tasapainoinen vanheneminen koskee mielen ja kehon yhteyden lisäksi sosiaa-

lisiä suhteita. Ikäihmisten mielenterveys liittyy sosiaaliseen hyvinvointiin, koska molemmat käsitteet liittyvät toimintakykyyn ja sen alakäsitteisiin (Lyyra 2007, 15–28; Eloranta & Punkanen 2008, 8–28; Kan & Pohjola 2012, 12–32.) Myös Heikkinen (2003, 94) toteaa, että mielen hyvinvointi on vahvasti yhteydessä sosiaaliseen ympäristöön ja sen dynamiikkaan. On siis tärkeää tarkastella näitä käsitteitä kokonaisuuden palasina, joilla on vaikutusta toisiinsa.

Psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin yhteyksien tutkiminen on siis hyvin perusteltua, sillä ne liittyvät vahvasti toisiinsa. Tutkimustulokset toivat esille sen, mitä jo aiemmat tutkijatkin ovat todenneet, mutta kertoi myös uutta, alueellisesti merkittävää tietoa ikäihmisistä ja heidän hyvinvoinnistaan.

Seinäjoen alueen tutkimuksen tulokset olivat suurilta osin positiivisia, verrattuna valtakunnan tasolla tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Seinäjokelaiset 75-vuotiaat ovat tyytyväisiä elämäänsä, osallistumiseensa, sosiaalisiin suhteisiinsa ja mielenterveyteensä. Tutkimuksessa haastatelluista suurempi määrä vastasi ilon tuottajia kysyttäessä kuin huolen ja mieliharmin tuottajia kysyttäessä. Ystävät, läheiset ja perhe tuottivat eniten iloa vastaajille, kun taas mieliharmia tuotti oma tai läheisten terveydentila ja raha-asiat.

Yhteydenpito oli suurilta osin pysynyt vastaajilla samana kuin edellisvuonna ja yli 80 % vastaajista koki yhteydenpidon olevan riittävää. 90 %:lla vastaajista oli myös joku, kenen kanssa keskustella tunteista ja arjesta. Näitä henkilöitä olivat muun muassa puoliso, lapset ja lasten puoliset, lastenlapset, ystävät ja muut sukulaiset. Alle 10 % vastaajista toivoa mahdollisuutta keskustella arjestaan ja tunteistaan useammin jonkun, esimerkiksi ammattihenkilön, kanssa.

Yksinäisyyttä koki noin viidennes vastaajista ja usein sen vastattiin johtuvan omasta halusta, jaksamisesta tai terveydestä. Vain muutama yksinäisyydestä kärsivä vastaaja esitti kysyttäessä toiveita yksinäisyyden vähentämiseksi.

Mieluisan ajankulun kysymys oli laajin ja suosituin kysymys haastattelulomakkeessa. Suosittuja ajankulun viettotapoja olivat muun muassa lukeminen, television katselu, käsi- ja kotityöt sekä erilaiset ristosana- ja aivopulmatehtävät. Vaikka vain 67 % vastaajista kertoi osallistuvansa johonkin sosiaalista kanssakäymistä sisältävään aktiviteettiin, koki kuitenkin 80 % vastaajista osallistumisensa riittävänä. Vain

12 % vastaajista ei pitänyt osallistumisestaan riittävänä, ja tähän mainittuja syitä olivat muun muassa pitkät välimatkat, oma terveys ja toimintakyky sekä puolison sairaudet.

Tutkimuksen depressioseulaan vastanneista vain 3 % vastaajista sai pistemäärän, joka ylitti depressiorajan. Tämä tarkoittaa, että nämä 3 % sairastavat tai heillä on riski sairastua depression. Vaikka depressiivisyyden on todettu olevan vanhuusiän yleisin psyykinen ongelma (Heikkinen 1998, 21–32; Saarenheimo 2003, 59–68; Baldwin 2010, 1; Suomen mielenterveysseura 18.4.2018) ja eläkeikäisistä noin 12–13 prosentilla esiintyy masentuneisuutta (Saarela 2011, 372) ei depressio tai depressiivisyys ole seinäjokisilla ikäihmisillä kovin yleistä. Tutkimuksessa tulee kuitenkin huomioida se, että osa vastaajista on voinut vastata haastattelussa siten, kuten on uskonut, että hänen odotetaan vastaavan.

Lievä masentuneisuus iäkkäillä on noin viisi kertaa yleisempää kuin vakava depressiosairaus (Heikkinen 1998, 21–32), joka osaltaan tuli esiin tutkimuksessa korkeiden pistemäärän saajien kohdalla, sillä heidän pistemääränsä viittaa ajoittaiseen depressiiviseen käytökseen tai suurentuneeseen riskiin sairastua masennukseen. Tutkimuksessa kaksinkertainen määrä verrattuna pisterajan ylittäneisiin sai seuralassa korkean pistemäärän. On kuitenkin muistettava, että vastaajat ovat voineet vastata tavalla, jolla he uskovat, että heidän kuuluisi vastata. Tämä saattaa vaikuttaa tuloksiin, etenkin depressioseulassa.

Sosiaalisten suhteiden yhteys depressiivisyyteen tuli esille pisterajan ylittäneiden vastauksissa. Jokainen pisterajan ylittäneistä vastaajista koki yhteydenpidon olevan vähentynyt viimeisen vuoden aikana. Silti yksi heistä koki, että yhteydenpito oli riittävää. Kolme vastaajista kertoi halukkuudesta saada keskusteluapua, mutta vain yksi ilmaisi kenen kanssa tätä keskusteluapua toivoisi. Koska Eloranta ja Punkanen (2008, 16–18) kertovat, että ikääntyvien laaja sosiaalinen verkko vaikuttaa positiivisesti sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin, on tärkeää huomioida yhteydenpidon ja keskustelumahdollisuuksien merkitys psyykkisen hyvinvoinnin tukena.

Pisterajan ylittäneet vastaajat kaikki kokivat yksinäisyyttä. Heistä osalla oli myös aktiviteetteja, joissa he tapasivat muita ihmisiä. Nämä eivät kuitenkaan antaneet riittävyyden tuntua osallistua tarpeeksi. Kaksi vastaajaa kertoivat, että he osallistuvat

useisiin erilaisiin sosiaalisia kontakteihin sisältäviin harrastuksiin ja toimiin. Kukaan depressioriskivastaajista ei kuitenkaan kokenut osallistumisen olevan riittävää, joka osaltaan vaikuttaa yksinäisyyden kokemuksiin.

Koko tutkimuksessa vastaajien yksinäisyys oli ainut, jonka tulokset eroavat yleisellä tasolla tutkittuun tietoon negatiivisessa valossa. Saarenheimo (2003, 103) sekä Suni (2010, 107) kertovat toisinaan tunnettuna yksinäisyydestä kärsivän noin 10 % ikäihmisistä. Tutkimuksessa kuitenkin vastaajista 15 % kertoi kokevansa yksinäisyyttä toisinaan. Tämä on huomattavan suuri luku suhteutettuna vastaajien määrään. Vaikka yksinäisyys voi olla myönteistä sekä kielteistä, tulisi kielteiseen yksinäisyyteen kiinnittää huomiota (Näslindh-Ylispangar 2012, 20–25) ja luoda ikäihmiselle mahdollisuuksia lievittää yksinäisyyden tuntemuksia.

Tätä ikäjoukkoa tutkiessa tulee kuitenkin kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että useasti yksin oleminen on myönteinen asia ja monet ikäihmisten harrastuksista ja ajanvieton tavoista ovat yksin tehtäviä tai toteuttavia asioita (Näslindh-Ylispangar 2012, 20–25.) Nämä nousivat esille myös tutkimuksessa, sillä suosituimmat vastaukset ajan kuluna olivat yksin tehtäviä asioita, kuten television katselua, lehtien lukua sekä käsitöiden ja kotitöiden tekemistä. On kuitenkin tärkeää, että vanhuksella on tieto siitä, että halutessaan hänellä on mahdollisuus sosiaalisiin kontakteihin ja kanssakäymiseen. (Näslindh-Ylispangar 2012, 20–25.)

Tutkimuksen näkökulmana oli depressiivisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin yhteyden tutkiminen tutkimuskysymysten avulla. Ihalainen ym. (2009, 9–20) korostavat sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn riippuvuutta toisistaan, ja tuovat esille psykososiaalisen toimintakyvyn käsitteen, jossa sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky ovat yhdessä. Tutkimustuloksista selviää, että depressiivisyydestä kärsivät tai sen riskisairastajat kokevat monesti sosiaalisten suhteidensa olevan riittämättömiä, vaikka vastaajilla olisi sosiaalisia kontakteja ja kanssakäymistä.

Depressiivisyyden tunne ei siis ole sidoksissa täysin siihen, onko ihmisellä sosiaalista kanssakäymistä ollenkaan elämässään vai ei. On muistettava, että sosiaalinen hyvinvointi on kuitenkin sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisten verkostojen tulos, joka muodostaa yhdessä muiden hyvinvoinnin osa-alueiden, kuten fyysisen, psyyk-

kisen, yhteisöllisen, yhteiskunnallisen ja yksilöllisen hyvinvoinnin kanssa hyvinvoinnin kokonaisuuden (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 07.12.2015.) Sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus nähdään myös depressiivisyyttä ja depressiota suojaavina tekijöinä (Kivelä 2009, 109–110; Hietaharju & Nuutila 2010, 14–15), mutta tulee kuitenkin muistaa sosiaalisten suhteiden subjektiivinen kokemuksellisuus.

Saarenheimo (2003, 36) ja Heikkinen (2003, 88) toteavat, että vaikka usein on tutkittu depression ja depressiivisyyden elämänhistoriallista taustaa ja biologisia tekijöitä, on erityisesti ikäihmisten kohdalla huomattu mielenterveydellisten ongelmien olevan yhteydessä yhteisön kautta koettavaan ja sosiaalisesti jaettavaan elämän ja sosiaalisen ympäristön merkitykseen. Syitä tähän ovat Saarenheimon (2003, 34–36) muun muassa ulkopuoliseksi itsensä tunteminen, sekä nopeasti muuttuvassa maailmassa eläminen. Heikkinen (2003, 94) toteaa ihmissuhteiden sujuvuudella ja niiden tuomalla yhteisyyden tunteella olevan yhteys mielihyvän tuotantoon ja psyykkiseen hyvinvointiin. Saarenheimo (2017, 169–173) korostaa myös sosiaalisten suhteiden olevan yhteydessä kognitioon, joka on osa psyykkistä toimintakykyä ja hyvinvointia.

On myös tutkittu, että ikääntyessä sosiaalisten suhteiden painopiste muuttuu, ja laatu käy määrää tärkeämmäksi (Saarenheimo 2017, 169–173). Vaikka sosiaalisten suhteiden määrä vähenisi, ei se tarkoita, että niiden merkitys heikkenisi, vaan päinvastoin. Sosiaalisten suhteiden merkitys kasvaa, joka tuli esille myös tutkimuksessa. Sosiaalinen kanssakäyminen oli suurin ilon tuottaja ja yli 60 % vastaajista oli sosiaalisia aktiviteetteja.

Tutkimuksen tuloksiin perustuen voidaan siis todeta sosiaalisella hyvinvoinnilla ja depressiivisyydellä olevan yhteyksiä. Depressiivisyys ja depressio nousevat esiin silloin, kun sosiaalisten kontaktien määrä tai laatu vähenee, niitä ei koeta riittäviksi tai kun terveydentila ja toimintakyky rajoittavat sosiaalisten kontaktien toteuttamista.

Depressiota ja depressiivisyyttä voi kokea, vaikka sosiaalisia kontakteja ja kanssakäymistä olisi paljonkin, koska depressio on aina subjektiivinen kokemus (Saarenheimo 2003, 85; Suni 2010, 90.) Sosiaalinen hyvinvointi, eli sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot tukevat ikäihmisten muita toimintakyvyn osa-alueita, koska

toimintakyvyn osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan ja muodostavat kokonaisuuden (Ihalainen ym. 2009, 9–20.)

9 POHDINTA

Hyvän ikääntymisen turvaaminen, terveyden edistäminen, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen ylläpitäminen ja hyvinvoinnin tukeminen ovat laissa määritellyjä tavoitteita (L 28.12.2012/980.) Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat ehkäisevää ja varhaisen puuttumisen työtä, joilla on suuri merkitys, sillä on tutkittu, että kotikäynneillä voidaan vähentää kuolleisuutta ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2003, 54–56.) Näillä hyvinvointia edistäväillä kotikäynneillä on suuri merkitys myös ikäihmisten depressiivisyyden tunnistamisessa sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä ja edistämisessä.

Tutkimuksen aikana nousi esille muutamia problemaattisia asetteluja haastattelulomakkeessa ja vastauksissa. Yksi näistä oli terveydentilan ongelmallisuus. Tutkimuksessa nousi esille huoli joko omasta tai läheisten terveydentilasta, jos niissä oli ongelmia tai rajoitteita. Terveydentilaa ei kuitenkaan nostettu iloa aiheuttavaksi asiaksi. Tämä viittaa siihen, että terveydentilaa osataan arvostaa vasta sitten kun se menettää. Toisaalta vaikka sairaudet ovat yleisiä kokee suurin osa iäkkäistä terveytensä hyväksi tai kohtalaiseksi (Heikkinen ym. 2003, 43–62.) Terveys ja hyvinvointi merkitsevät vanhukselle eri asioita (Näslindh-Ylispangar 2012, 113), joten tämä osaltaan selittää vastauksien ristiriidan.

Haastattelulomakkeissa kartoitettiin myös erilaisia riskitekijöitä muun muassa yksinäisyydelle ja depressiolle. Depressiivisyydelle ja depressiolle olevia riskitekijöitä on tärkeä tunnistaa ajoissa. Näitä riskitekijöitä on tutkittu paljon (Salokangas 1993, 195–213; Heikkinen 1998, 21–26; Noppari & Leinonen 2005, 61–64; Kivelä 2009, 105–109; Saarela 2011, 371–374; Saarenheimo 2013, 375–376; Haarni 2014, 15; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 5.12.2014; Suomen mielenterveysseura 17.4.2018.) On tutkittu, että iäkkäiden depressioiden hoito on tuloksellisempaa kuin työikäisten (Ruoho 2012, 124–129) ja riskien varhainen tunnistaminen sekä lievien masennuksen muotojen huomioiminen mahdollistavat hoidon aloittamisen ajoissa, jolloin se on myös tehokasta (Suomen mielenterveysseura 18.4.2018).

Sosionomin näkökulmasta tutkimuksen tulokset ovat positiivissävytteisiä, mutta silti osalla vastaajista nousi esille depressioriskiä, yksinäisyyttä, sosiaalisten suhteiden

vähyyttä ja tyytymättömyyttä omaan sosiaaliseen elämään. Sosionomin kompetensseina on sosiaalialan eettinen osaaminen, asiakastyön osaaminen, sosiaalialan palvelujärjestelmäosaaminen, kriittinen ja osallistava yhteiskuntaosaaminen, tutkimuksellinen kehittämis- ja innovaatio-osaaminen sekä työyhteisö- johtamis- ja yrittäjyysosaaminen (Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit 29.4.2016). Siksi on tärkeää, että myös pienien riskimahdollisuuksien kohdalla sosionomi ammattilaisena osaa ottaa asiakkaaseen kontaktin ja estää isompien ongelmien synty-
misen.

Kehittämisen näkökulmasta tulevaisuudessa Seinäjoella tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota ikäihmisten sosiaalisten suhteiden tärkeyteen osana kokonaisvaltaista hyvinvointia ja luoda mahdollisuuksia tukea ja lisätä sosiaalisia suhteita. Sosiaalinen hyvinvointi, eli sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot tukevat ikäihmisten muita toimintakyvyn osa-alueita, koska toimintakyvyn osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan ja muodostavat kokonaisuuden. (Ihalainen ym. 2009, 9–20.) Sosiaalisten kontaktien ja suhteiden tukeminen pitkällä aikavälillä saa aikaan hyvinvoivia ikäihmisiä, ja vähentää näin osaltaan muiden ongelmien syntyä tai jopa hillitsee niiden kasvua. Riittävä sosiaalinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot parantavat elämänlaatua, kertovat Kan ja Pohjola (2012, 32–33.)

Seinäjoen kaupungin tavoitteena on se, että mahdollisimman monella ikäihmisellä olisi mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 61). Nämä tavoitteet korostavat varhaisen puuttumisen menetelmiä. Vuonna 2020 ikäihmisten osuus Seinäjoella on noin 21 % ja vuonna 2040 noin 24 %. Tällä hetkellä 16 % Seinäjoen asukkaista on yli 75-vuotiaita. (Seinäjoen ikääntymispoliittinen strategia 2012, 3). Varhaisen puuttumisen menetelmät, kuten hyvinvointia edistävät kotikäynnit, edesauttavat tämän asiakasmäärän kontrolloimista ja mahdollistavat varhaisen puuttumisen, esimerkiksi tässä opinnäytetyössä tutkittuihin depressiivisyyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Vaikka Seinäjoen tutkimukseen osallistuneilla ikäihmisillä hälyttävien tulosten määrä oli pientä, on silti syytä huomioida ikäihmisten masentuneisuusoireilu, sen tuomat somaattiset oireet (Saarenheimo 2003, 59–67; Ruoho 2012, 124–129; Suomen mielenterveysseura 18.4.2018) ja niiden yhteydet sosiaaliseen hyvinvointiin.

On tärkeää tunnistaa, että hyvää terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävät antoisat ihmissuhteet ylläpitävät elämän mielekkyyttä vielä ikääntyessäkin (Kan & Pohjola 2012, 19–21.) Sosiaalisten verkostojen tarkoituksena on tuottaa apua ja tukea, edistää tervettä käyttäytymistä ja mahdollistaa erityisesti kiintymystä luovat vuorovaikutussuhteet (Lyyra & Tiikkainen 2007, 69–86.) Depressiivisyydestä kärsivän ikäihmisen kohdalla tulee kiinnittää erityisesti huomiota näihin sosiaalisiin kiintymyssuhteisiin ja niiden tuomiin positiivisiin vaikutteisiin.

Riittävä sosiaalinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot parantavat elämänlaatua (Kan & Pohjola 2012, 32–33) ja hyvä mielenterveys auttaa ikääntyneitä elämään aktiivista, laadukasta ja tervettä elämää (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 5.12.2014.) Tästä syystä on tärkeää, että ikäihmiset saavat tukea sosiaalisten suhteidensa säilyttämiseksi, ja sitä kautta mielenterveyden tueksi, esimerkiksi päivätoiminnan tai ystäväpalveluiden avulla. Psykkiset ongelmat ja mielen tasapainoa uhkaavat olosuhteet ovat vanhustenhuollon ja koko ikääntyvän yhteiskunnan keskeisimpiä haasteita (Saarenheimo 2003, 11; Haarni 2014, 6–8), jonka vuoksi on äärimmäisen tärkeää kiinnittää niihin ja niiden osa-alueisiin huomiota.

LÄHTEET

- Alkien, L. R. 1995. Aging. An Introduction to Gerontology. Thousand Oaks, California: Sage.
- Andersson, A., Heinola, R. & Seppänen, M. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 25.8.2017]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79968/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352.pdf?sequence=1>
- Baldwin, R. 2010. Depression in Later Life. [Verkkokirja]. Oxford: OUP Oxford. [Viitattu 25.4.2017]. Saatavilla: <http://libts.seamk.fi:2483/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzQwNjAwMI9fQU41?sid=f7b49a53-abb6-42a9-b21d-fde1fe85201a@sessionmgr4009&vid=0&format=EB&rid=1> Vaatii käyttöluvan.
- Cattan, M. 2009. Mental Health and Well-Being in Later Life. [Verkkokirja]. Maidenhead, UK: McGraw-Hill Education. [Viitattu 25.8.2017]. Saatavana: https://seamk.finna.fi/Record/nelli18_seamk.1000000000807660 Vaatii käyttöluvan.
- Eloisa Ikä -vuosista viis!. [Verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskus STEA. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <https://www.eloisaika.fi/>
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Forte, D. 2009. Relationships. Teoksessa M. Cattan (toim.) Mental Health and Well-Being in Later Life. [Verkkokirja]. UK: McGraw-Hill Education, 84–111. [Viitattu 28.8.2017]. Saatavana: https://seamk.finna.fi/Record/nelli18_seamk.1000000000807660 Vaatii käyttöluvan.
- Forss, P. & Vatula-Pimiä, M-L. 2014. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. Edita: Bookwell Oy.
- Fried, S. (toim.) & Heimonen, S. 2015. Vanhuuden mieli. [Verkkojulkaisu]. Trinket Oy: Ikäinstituutti. [Viitattu 11.5.2017]. Saatavana: http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Vanhuuden_mieli_kirja_final.pdf
- Haarni, I. 2014. Ikääntyvä mieli: mielen hyvinvointia vanhetessa. [Verkkojulkaisu]. Turenki: Suomen mielenterveysseura. [Viitattu: 20.4.2017]. Saatavana: http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyva_mieli_final.pdf
- Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2003. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa A. Hietanen & T-M. Lyyra. Iäkkään väestön

terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö, 43–62.

Heikkinen, R-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Helsinki: Kirjayhtymä.

Heikkinen, R-L. 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa A. Hietanen & T-M. Lyyra. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö, 83–98.

Heimonen, S. & Pajunen, H. 2012. Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita.

Heimonen, S. & Sarvimäki, A. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhustenpalvelujen nykytila. Teoksessa A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus: kohtaaminen vanhustyössä. Helsinki: Edita, 14–32.

Heimonen, S., Sarvimäki, A. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Ihalainen J., Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. & Vuori-Kemilä, A. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro

Ikäkeskus- ikäihmisten asiakasohjausyksikkö. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantuvienpalvelut/ikakeskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko.html>

Isometsä, E. 2011. 2.10 Masentunut tunnetila, mieliala ja masennusoireyhtymä. Teoksessa T. Heiskanen, M.O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Hämeenlinna: Duodecim, 19.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanompa Pro.

Kivelä, S. 2009. Depressiosta tasapainoon: Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.

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

L 3.8.1992/734. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.

- Laine, M. 2013. Mielen voimaa: logoterapeuttisia näkökulmia mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen: opas ikääntyville ihmisille. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 15–28.
- Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 69–86.
- Mirakle. 1.2.2017. Mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville. [Verkkosivu]. In-nokylä. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/web/hanke159255>
- Muistiasiantuntijat. Myöhäsiän depressioseula GDS-15. [Verkkajulkaisu]. Lundbeck. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavilla: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf>
- Niemelä, P. 2016. Hyvinvoinnin edistäminen sosiaalityön eetoksena. Teoksessa M. Törröinen, K. Hänninen, P. Jouttimäki, T. Lehto-Lundén, P. Salovaara & M. Veistilä (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus, 97–123.
- Noppiari, E. & Leinonen, S. 2005. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa E. Noppiari P. Koistinen (toim.) Laatus vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 36–91.
- Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.
- Ruoho, R. 2012. Mielenterveys ja sen horjuminen. Teoksessa E. Hautala (toim.) Seniori-opas. Helsinki: Nord Print Oy, 124–129.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. Triangulaatio. [Verkkosivu]. Kvali-MOTV. [Viitattu 14.3.2018]. Saatavilla: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html
- Saarela, T. 2011. Vanhusten masennustilat. Teoksessa T. Heiskanen, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Hämeenlinna: Duodecim, 371–380.
- Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Saarijärvi: Duodecim, 373–380.
- Saarenheimo, M. 2017. Vanhenemisen taito. Tampere: Vastapaino.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys: arkielämän näkökulmia. Helsinki: WSOY.

- Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa S. Heimonen & H. Pa-junen (toim.) Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita, 18–55.
- Salokangas, R. 1993. Toiminnalliset mielenterveyden häiriöt. Teoksessa M. Iso-hanni, P. Tienari & K. Achté (toim.) Vanhuus ja Mielenterveys. Juva: Edita, 195–232.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eetti-syys. Teoksessa A. Sarvimäki, S. Heimonen, A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33–56.
- Seinäjoki. Hyvinvointipäivät. [Verkkosivu]. Seinäjoki. [Viitattu 18.4.2018]. Saata-vana: <https://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyvienpalvelut/ika-keskus-ikaihminenasiakasohjausyksikko/hyvinvointiaedistavatkotikaynnitjaryh-mat.html>
- Seinäjoen kaupunki: Seinäjoen kaupungin ikääntymispoliittinen strategia. 2012. Yhteisellä työllä hyvään ikääntymiseen: Tavoite- ja toimenpideohjelma vuoteen 2017.[Verkkojulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 18.4.2018]. Saa-tavilla: <https://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/sosiaalijater-veys/ikaantyvienpalvelut/6JLjSqYej/ikastrategia.pdf>
- Siltala, P. 2013. Vanhuus: elämä haluaa tulla eletyksi. Helsinki: Kirjapaja.
- Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen kompetenssit. 29.4.2016. [Verkkojulkaisu]. Sosiaalialan AMK-verkostokokous. Innokylä. [Viitattu 25.3.2018]. Saatavana: <https://www.innokyla.fi/documents/1167850/5e8f1ef1-7a5b-4dfb-a629-0ea09dbfe904>
- Suni, A. 2010. Masentuneet vanhukset haavoittuvana ikäryhmänä. Teoksessa A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoit-tuvuus. Helsinki: Edita, 90–126.
- Suomen mielenterveysseura. Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomen mielenterveysseura. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/masennus-yleisin-ik%C3%A4ihmisten-mie-lenterveysongelma>
- Suomen mielenterveysseura. Mitä mielenterveys on? [Verkkosivu]. Helsinki: Suo-men mielenterveysseura. [Viitattu 17.4.2018]. Saatavilla: <http://www.mielenter-veysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strate-gia/mit%C3%A4-mielenterveys>
- Talentia. 2017. Arki, arvot ja etiikka: sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. Talentia: PunaMusta Oy.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 5.12.2014. Ikääntyneiden mielenterveys. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 7.12.2015. Hyvinvointi. [Verkkosivu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>
- Vanhuuden mieli. Tietoa ja välineitä vanhuksen mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi. [Verkkosivu]. Ikäinstituutti. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <http://www.ikainstituutti.fi/ikainstituutti/aikaisemmat-hankkeet/vanhuuden-mieli/>
- VIOLA. Voimaa ikääntyvän omaisen liikkumiseen ja arkeen – hanke 2014-2017. [Verkkosivu]. FinFami Etelä-Pohjanmaa. [Viitattu 18.4.2018]. Saatavana: <http://www.finfamiep.fi/omaistoiminta/ikaantyvien-viola-hanke/>
- Windle, G. 2009. What is Mental Health and Well-being? Teoksessa M. Cattan (toim.) Mental Health and Well-being in Later Life. [Verkkokirja]. UK: McGraw-Hill Education, 9-30. [Viitattu 27.8.2017]. Saatavana: https://seamk.finna.fi/Record/nelli18_seamk.100000000807660 Vaatii käyttöluvan.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Hyvinvointia edistävä haastattelulomake

Liite 1 Tutkimuslupa



PÄÄTÖS / tulosaluejohtaja

Päivämäärä 31.05.2017 Pykälä 15/2017

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Asia | Tutkimuslupa, Salonen Milla | |
| | <p>Sosionomi (AMK) –opiskelija Milla Salonen anoo tutkimuslupaa tutkimukseensa <i>"Ikäihmisten depressiivisyys ja sen yhteydet sosiaaliseen hyvinvointiin Seinäjoen alueella"</i>. Tutkimuksen tarkoituksena on Seinäjoen alueen ikäihmisten mielenterveyden, depressiivisyyden sekä sen yhteyksien sosiaaliseen hyvinvointiin tutkiminen.</p> <p>Aineistona hyödynnetään 75 vuotta täyttävien hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomakkeiden aineistomateriaaleja vuodelta 2016. Tutkimustyö tapahtuu syksyllä 2017.</p> | |
| Päätös | <p>Päätän myöntää tutkimusluvan edellyttäen, että</p> <ul style="list-style-type: none"> – asiakkaiden tutkimukseen osallistuminen on ehdottoman vapaaehtoista – haastatteluissa ja havainnoinneissa saatujen tietojen osalta noudatetaan salassapitovelvollisuutta – tutkimuksessa yksittäiset henkilöt eivät saa olla tunnistettavissa – yksi kappale tutkimuksesta luovutetaan maksutta sosiaali- ja terveyskeskukselle | |
| Allekirjoitus | <p>Riitta Kulmala, tulosaluejohtaja, p. 06 416 2150, riitta.kulmala@seinajoki.fi</p> | |
| Oikaisu-vaatimusohje | <p>Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen osoitteella: Sosiaali- ja terveyslautakunta, PL 229, 60101 Seinäjoki, neljäntoista (14) päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.</p> | |
| Julkisesti nähtävänä | <p>5.6.2017</p> | |
| Tiedoksianto | <p>Kenelle milla.salonen@seinajoki.fi</p> | <p>Päivämäärä 31.05.2017</p> |
| | <p>Miten <input type="checkbox"/> Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan</p> | <p><input type="checkbox"/> Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Lähetetty sisäisessä postissa</p> | |
| | <p><input type="checkbox"/> Luovutettu</p> | |
| | <p>Vastaanottajan allekirjoitus</p> | |
| | <p><input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty sähköpostissa</p> | |
| | <p>Jaana Uotila, johdon sihteeri, p. 06 416 2152 jaana.uotila@seinajoki.fi</p> | |



Tutkimuslupa-anomus

| | |
|--|--|
| Tutkimusluvan anoja/anojat | Milla Salonen |
| Yhteystiedot (osoite, puhelin, s-posti) | Vehkakuja 2 b 13 40700 Jyväskylä 0409641033 milla.salonen@seamk.fi |
| Oppilaitos, jossa tutkimuksen ohjaus tapahtuu ja ohjaajan nimi | SeAMK Seinäjoen ammattikorkeakoulu Katariina Perttula |
| Tutkimuksen nimi | Ikäihmisten depressiivisyys ja sen yhteydet sosiaaliseen hyvinvointiin Seinäjoen alueella |
| Tutkimuksen tarkoitus | Seinäjoen alueen ikäihmisten mielenterveyden, depressiivisyyden sekä sen yhteyksien sosiaaliseen hyvinvointiin tutkiminen |
| Aineiston keruu ja arvioitu ajankohta | Aineistona hyödyntäisin 75 vuotta täyttävien hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomakkeiden aineistomateriaaleja vuodelta 2016. Materiaalien tutkiminen tapahtuisi syksyllä 2017. |
| Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika | 31.12.2017 |
| Päiväys ja allekirjoitus | 24.5.2017 Milla Salonen |

Päätösnumero:

Päätän myöntää tutkimusluvan edellyttäen, että

- asiakkaiden tutkimukseen osallistuminen on ehdottoman vapaaehtoista
- haastatteluissa ja havainnoinneissa saatujen tietojen osalta noudatetaan salassapitovelvollisuutta
- tutkimuksessa yksittäiset henkilöt eivät saa olla tunnistettavissa
- yksi kappale tutkimuksesta luovutetaan maksutta sosiaali- ja terveyskeskukselle

Tutkimuslupahakemus hylätään

Seinäjoella 29.5 2017


Riina Kulkka
allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkimussuunnitelma on liitettävä anomuksen mukaan.

Postitusosoite: Sosiaali- ja terveyskeskus, Hallintopalvelut, Alvar Aallon katu 9 C, PL 229, 60101 Seinäjoki tai sosiaali.terveys@seinajoki.fi.

Liite 2 Hyvinvointia edistävä haastattelulomake



SEINÄJOKI

HYVINVOINTIA EDISTÄVÄ KYSELY 75 VUOTIAILLE

1

Päivämäärä _____ Asiakasnumero _____

Tietoja saa hyödyntää nimettömänä tutkimuskäyttöön

1. Kyllä 2. Ei

A. TAUSTATIEDOT

1. Väestövastuualue, jossa asutte (vanha kuntajako)

1. Kantakaupunki 3. Ylistaro
2. Nurmo 4. Peräseinäjoki

2. Sukupuoli

1. nainen 2. mies

3. Siviilisäätty

1. naimaton
2. naimisissa / avoliitossa
3. leski, kuinka kauan ollut leskenä _____
4. eronnut

4. Onko Teillä lapsia?

1. kyllä 2. ei

4.1 Asumatko lapsenne

1. samalla paikkakunnalla
2. muulla paikkakunnalla
3. ulkomailla

5. Ammatillinen koulutuksenne

1. ei ammatillista koulutusta
2. lyhyt ammatillinen koulutus, ammattikurssi tai vastaava
3. koulutasoinen ammattikoulutus (ammattikoulu)
4. opisto- tai ammattikorkeakoulu (esim. teknillinen opisto)
5. yliopistotasoinen ammatillinen koulutus

6. Mitä olette tehneet työksenne? _____

B. ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ**7. Kenen kanssa asutte?**

1. yksin
2. puolison kanssa
3. jonkun muun kanssa, kenen _____

8. Asuntonne on

1. omakoti- tai maalaistalo
2. rivi-, luhti- tai paritalo
3. kerrostalo, hissi
4. kerrostalo, ei hissiä, _____ asuinkerros

9. Onko asuinympäristössänne portaita?

1. ei
2. kyllä, missä _____

10. Liittyykö portaiden käyttöön ongelmia?

1. ei
2. kyllä, millaisia? _____

11. Onko asunnossanne (sisällä) seuraavat mukavuudet?

| | Kyllä | Ei |
|----------------------------|-------|----|
| 1. vesijohto sisälle | 1 | 2 |
| 2. lämmin vesi | 1 | 2 |
| 3. sisä WC | 1 | 2 |
| 4. suihku- / kylpyhuone | 1 | 2 |
| 5. kylpyamme | 1 | 2 |
| 6. sauna sisällä asunnossa | 1 | 2 |

12. Pitäisikö asuntoonne tehdä seuraavia asumista helpottavia muutostöitä?

1. kynnysten poisto
2. ammeen poisto
3. tukikaiteiden asennus
4. luiska portaiden tilalle / viereen
5. valaistuksen parantaminen
6. ovien levennys
7. muu, mitä _____
8. ei ole tarvetta muutostöihin

13. Oletteko tyytyväinen asuntoonne?

1. kyllä
2. en, miksi _____

14. Pelkäätekö oman turvallisuutenne puolesta?**14.1 kotona**

1. en
2. kyllä, miksi _____

14.2 kodin ulkopuolella

1. en
2. kyllä, miksi _____

14.3 Liikutteko yksin kävellen kodin ulkopuolella iltasin / pimeän aikana?

1. kyllä
2. en, miksi _____

C. ARJEN TOIMINTA

15. Hoidatteko itsenäisesti alla olevat arjen toiminnot?

| | kyllä, itsenäisesti | kyllä, saan apua | en, saan apua | en, en saa apua | kuka auttaa / kommentit |
|---|------------------------|---------------------|------------------|--------------------|-------------------------|
| Varpaankynsien leikkaaminen | | | | | |
| Ruoan valmistus | | | | | |
| Kevyet kotiaskareet (esim. imurointi, tiskaus, pyykinpesu) | | | | | |
| Raskaat kotiaskareet (esim. mattojen pudistelu, ikkunoiden pesu, lumen luonti) | | | | | |
| Raha-asioiden hoito | | | | | |
| Julkisten kulkuneuvojen käyttö | | | | | |
| Kaupassakäynti | | | | | |
| Pienet korjaustyöt (esim. lampun vaihto) | | | | | |

16. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?

| | Kyllä | En |
|---------------------------|-------|----|
| 1. lankapuhelin | 1 | 2 |
| 2. matkapuhelin | 1 | 2 |
| 3. internetin käyttö | 1 | 2 |
| 4. muu tietokoneen käyttö | 1 | 2 |

16.1 Aiheuttaako näiden käyttö vaikeuksia? Jos aiheuttaa, millaisia?

17. Onko Teillä tällä hetkellä käytössä seuraavia apuvälineitä?

1. kävelykeppi / kyynärsauvat tms.
2. rollaattori / potkupyörä / potkukelkka tms.
3. pyörätuoli
4. turvapuhelin
5. näön apuvälineet (esim. suurennuslasi, **ei pelkästään silmälasit**)
6. kuulon apuvälineet
7. ruokailun apuvälineet
8. peseytymisen apuvälineet
9. korotukset (esim. sänky, wc-istuin)
10. muu apuväline, mikä _____
11. en käytä apuvälineitä

18. Tarvitsetteko apuvälineen (edellä mainittujen lisäksi)

1. en
2. kyllä, millaisen _____

19. Miten asioitte kodin ulkopuolella?

1. itsenäisesti
2. toisen henkilön avustamana
3. en käy lainkaan, miksi _____

20. Miten yleensä kuljette asioillanne (esim. kaupassa, apteekissa, pankissa)?

1. kävellen (ilman apuvälineitä)
2. kävellen (apuvälineen avulla), minkä _____
3. polkupyörällä
4. henkilöautolla, itse ajaen
5. henkilöautolla, toinen ajaa
6. yleinen julkinen liikenne (linja-auto, taksi)
7. kuljetuspalvelu yli 65-vuotiaille (Seili/Nopsa/taksi)
8. vaikeavammaisen kuljetuspalvelu
9. muulla tavoin, miten _____

21. Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana?

1. en
2. kyllä, kerran
3. kyllä, kaksi kertaa
4. kyllä, kolme kertaa tai enemmän

21.1 Satutitteko itsenne viimeksi kaatuessanne?

1. en yhtään
1. vähäinen vamma, ei lääkärikäyntiä
2. vähäinen vamma, kävin lääkärissä
3. vakava vamma, kävin lääkärissä

21.2 Missä viimeksi kaaduitte?

1. sisällä, missä _____
2. ulkona, missä _____

21.3 Oma arvionne viimeisimmän kaatumisen syystä?

22. Pelkäätekö kaatumista

1. en
 2. kyllä, miksi _____
-

D. TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY**23. Kuinka usein harrastatte ripeää ja reipasta liikuntaa?**

(Liikunta on ripeää ja reipasta, kun se aiheuttaa ainakin jonkin verran **hikoilua ja hengityksen kiihtymistä**.)

1. päivittäin
2. viikoittain (1-3 krt / viikko)
3. vähemmän kuin kerran viikossa
4. en harrasta koskaan liikuntaa

24. Minkälaista liikuntaa harrastatte? _____

25. Oletteko viime aikoina vähentänyt liikunnan harrastamista?

1. en
2. kyllä, miksi _____

26. Millainen on mielestänne oma terveytenne?

1. erittäin hyvä
2. melko hyvä
3. tyydyttävä / kohtalainen
4. melko huono
5. erittäin huono

27. Millainen terveytenne on nyt verrattuna edellisvuoteen?

1. paljon parempi
2. vähän parempi
3. jokseenkin samanlainen
4. vähän huonompi
5. paljon huonompi

28. Oletteko huolissanne terveydestänne?

1. en
2. kyllä, miksi _____

29. Milloin viimeksi olette käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla?

1. kuukauden sisällä
2. vuoden sisällä
3. yli vuosi sitten

29.1 Mikä oli lääkärissä tai hoitajalla käynnin syy?

30. Onko Teillä pysyviä sairauksia ja/tai vammoja?

1. ei

2. kyllä, mitä _____

31.1 Rajoittavatko yllä olevat sairaudet tai vammat elämäänne?

1. ei

2. kyllä, miten _____

31. Onko Teillä lääkärin määräämä säännöllinen lääkitys?

1. ei

2. kyllä

32.1 Onko Teillä käytössänne lääkeannostelija?

1. ei

2. kyllä

32. Kuinka usein syötte lämpimän aterian?

1. päivittäin

4. harvemmin

2. lähes päivittäin

5. en koskaan

3. kerran viikossa

33. Millainen ruokahalunne on yleensä?

1. hyvä

2. huono, miksi _____

34. Juotteko yli 5 lasia / kuppia nestettä vuorokaudessa?

1. kyllä

2. en

35. Kuinka usein juotte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä alkoholijuomia?

35.1 Kuinka monta annosta alkoholia nautitte kerralla? _____
(annos = pullollinen keskialutta, lasi viiniä, viinaryyppy)

36. Tupakoitteko?

1. en
2. kyllä

Jos tupakoitte, kuinka kauan olette polttanut _____
kuinka monta savuketta päivässä _____ / pvä
haluatteko apua ja tukea tupakoinnin lopettamiseen _____

37. Huolehditteko hampaiden ja suun puhtaudesta säännöllisesti?

1. kyllä
2. en, miksi _____

38. Kuinka kauan aikaa on edellisestä hammashoidossa käynnistäne?

1. alle 3 vuotta
2. yli 3 vuotta
3. kauan sitten, en muista aikaa

39. Miten näette joko silmälaseilla tai ilman?

1. hyvin
2. heikosti
3. olen näkövammaisen

41. Milloin silmänne on viimeksi tarkastettu?

1. alle 2 vuotta sitten
2. 2 – 4 vuoden sisällä
3. yli 4 vuotta sitten
4. ei koskaan

40. Millainen kuulonne on?

1. hyvä
2. heikentynyt
 - 2.1 minulla ei ole kuulolaitetta
 - 2.2 minulla on kuulolaite
 - 2.2.1 kuulen hyvin kuulolaitteella
 - 2.2.2 kuulen huonosti kuulolaitteella
 - 2.2.3 en käytä kuulolaitetta, miksi _____
3. olen kuuro _____
 - 3.1 tarvitsen tulkkia

41. Nukutteko omasta mielestänne riittävästi?

1. kyllä
 2. en
- Millaiset asiat häiritsevät yöuntanne? _____
- _____

42. Oletteko huomannut muistinne heikentyneen niin, että se haittaa jokapäiväistä toimintaanne?

1. kyllä
2. en

42.1 Jos olette huomannut muistinne heikentyneen, niin millaisissa asioissa?

1. sovitut tapaamiset unohtuvat toistuvasti
 2. tärkeät esineet katoavat päivittäin
 3. uusien asioiden oppiminen on lähes mahdotonta
 4. puhuessa joudutte hakemaan sanoja
 5. eksytte helposti vieraammissa paikoissa
 6. omainen on ilmaissut huolensa muistinne muutoksista
 7. jossakin muussa asiassa, _____
- _____

43. Mielialaa mittaavat kysymykset: (ympyröi sopiva vaihtoehto)

| | | |
|---|-------|----|
| 1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne? | kyllä | EN |
| 2. Oletteko luopunut monista toimistanne ja harrastuksistanne | KYLLÄ | en |
| 3. Tuntuuko elämänne tyhjältä? | KYLLÄ | ei |
| 4. Ikävystyttekö usein? | KYLLÄ | en |
| 5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella? | kyllä | EN |
| 6. Pelkäätekö, että teille voi tapahtua jotain pahaa? | KYLLÄ | en |
| 7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi? | kyllä | EN |
| 8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi? | KYLLÄ | en |
| 9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita? | KYLLÄ | en |
| 10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä? | KYLLÄ | ei |
| 11. Onko teidän tällä hetkellä hyvä elää? | kyllä | EI |
| 12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi? | KYLLÄ | en |
| 13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa? | kyllä | EN |
| 14. Pidättekö tilannettanne toivottomana? | KYLLÄ | en |
| 15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin teillä? | KYLLÄ | ei |

pisteet yhteensä _____

44. Mitkä asiat tuottavat Teille huolta ja mieliharmia? _____

45. Mitkä asiat tuottavat Teille iloa? _____

E. SOSIAALINEN VERKOSTO JA OSALLISTUMINEN**46. Onko yhteydenpito muiden ihmisten kanssa muuttunut viimeisen vuoden aikana?**

1. yhteydenpitoa on enemmän
2. yhteydenpitoa on saman verran kuin aikaisemmin
3. yhteydenpitoa on vähemmän

50. Mikä on Teille mieluista ja mukavaa ajankulua? _____

51. Osallistutteko johonkin toimintaan tai harrastuksiin, jossa tapaatte muita ihmisiä?

1. en
 2. kyllä, mihin _____
-

52. Voitteko osallistua mielestänne riittävästi?

1. kyllä
 2. en, miksi _____
-

F. TOIMEENTULO

53. Riittävätkö tulonne elämiseen?

1. hyvin
2. kohtalaisesti
3. huonosti

54. Mistä tulonne muodostuvat?

1. eläke ja / tai puolison eläke
2. eläke ja jokin muu rahallinen tuki
3. eläke ja muita tuloja

55. Tunnetteko, että Teillä on tarpeeksi tietoa seuraavista asioista?

| | Kyllä | Ei |
|--------------------------------|-------|----|
| 1. eläkkeensaajien asumistuki | 1 | 2 |
| 2. eläkettä saavien hoitotuki | 1 | 2 |
| 3. kotitaloustyön verovähennys | 1 | 2 |
| 4. omaishoidon tuki | 1 | 2 |

G. TULEVAISUUS

56. Onko Teillä tällä hetkellä asioita, jotka mielestänne heikentävät mahdollisuuksianne asua kotona? _____

57. Missä haluaisitte asua tulevaisuudessa, mikäli nykyinen asumismuoto ei enää olisi mahdollista _____

58. Uskotteko, että lapsellanne / lapsillanne on mahdollisuus olla tukenanne vanhuudessa?

1. kyllä
2. ei
3. ei lapsia