



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mira Kolehmainen

IKÄIHMISTEN MIELENTERVEYS

Sosiaali- ja terveysala
2011

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on tilaustyö Vaasan kaupungilta, koti- ja laitoshoidosta. Työ on tehty Vaasan ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan yksikön hoitotyön koulutusohjelmassa osana terveydenhoitajan ammattitutkintoa. Opinnäytetyön ohjaajana on toiminut Paula Hakala Vaasan ammattikorkeakoulusta. Tilaajan ja työelämän edustajana on ollut Hannele Laaksonen Vaasan koti- ja laitoshoidosta.

Haluan kiittää opinnäytetyöni ohjaajia sekä Ikäkeskuksen tutkimusassistenttia, joka tallensi minulle tarvittavat tiedot analysointia varten SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmaan. Haluan kiittää myös kaikkia niitä, jotka ovat edesauttaneet työni valmistumista ja olleet mukana kannustamassa opinnäytetyöni eri vaiheissa.

Lopuksi haluan erityisesti kiittää aviomiestäni ja lapsiani kärsivällisyydestä ja kannustuksesta tämän työni aikana.

Vaasassa 5.4.2011

Mira Kolehmainen

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Tekijä | Mira Kolehmainen |
| Opinnäytetyön nimi | Ikäihmisten mielenterveys |
| Vuosi | 2011 |
| Kieli | suomi |
| Sivumäärä | 69+ 7 liitettä |
| Ohjaaja | Paula Hakala |

Tämä tutkimus oli osa laajempaa tutkimushanketta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa vaasalaisten ikäihmisten mielenterveydestä sekä mahdollisista eroista tutkimus- ja kontrolliryhmän tai naisten ja miesten välillä.

Tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin valmiita strukturoituja kyselykaavakkeita Depressioseula GDS-15- sekä Elämänlaatumittari 15D -kaavaketta. Aineisto kerättiin 1.9.2010–15.1.2011välisenä aikana. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena poikkileikkaustutkimuksena Vaasan Ikäkeskuksessa. Tutkimukseen osallistui 172 vastaajaa, jotka olivat iältään 70–96 vuotta. Vastaajat jaettiin tutkimus- (n=95) ja kontrolliryhmään (n=77). Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 -tilasto-ohjelmalla keväällä 2011.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että suurin osa (68,8 %) ikäihmisistä koki terveydentilansa kohtalaiseksi sekä noin puolet (50,9 %) vastaajista koki itsensä hiukan uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi. Tuloksista oli kuitenkin havaittavissa, että hiukan yli puolet vastaajista ei ollut lainkaan ahdistunut (54,9 %) tai masentunut (56,1 %). Naisista hieman alle puolet tunsi itsensä hieman masentuneeksi (40,2 %) ja ahdistuneeksi (42,1 %). Vastaavasti miehistä masentuneeksi itsensä tunsi 25,4 % ja ahdistuneeksi 29,9 % vastaajista.

Tutkimusryhmäläisistä melkein kaikki (83 %) pitivät terveydentilaansa kohtalaiseena. Kontrolliryhmäläisistä samoin koki noin puolet (55,4 %) vastaajista. Yllättävä ero ryhmien välillä oli, että kontrolliryhmäläisistä 37,8 % piti omaa terveyttään hyvänä, kun vain 7,4 % tutkimusryhmäläisistä arvioi samoin. Huomattava ero ryhmäläisten välillä oli myös se, että kontrolliryhmäläisistä 8,7 % tunsi itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi kun tutkimusryhmäläisistä vain 1,1 % tunsi samoin.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää kuinka paljon ikäihmisten alkoholin kulutus sekä lääkkeiden käyttö vaikuttaa mielenterveyteen, niin fyysiseen kuin sosiaaliseenkin elämänlaatuun.

| | |
|------------|---|
| Avainsanat | ikäihminen, vanheneminen, henkinen hyvinvointi, henkisen hyvinvoinnin tukeminen, masennus, uni, unettomuus, vaivat, oireet, hoito |
|------------|---|

ABSTRACT

| | |
|--------------------|-------------------------------------|
| Author | Mira Kolehmainen |
| Title | The Mental Health of Elderly People |
| Year | 2011 |
| Language | Finnish |
| Pages | 69 + 7 Appendices |
| Name of Supervisor | Paula Hakala |

This bachelor's thesis is a part of a larger research project. The aim of the thesis was to get information about the mental health of elderly people living in Vaasa and about the possible differences between the research group and the control group and also between women and men.

Prepared structured questionnaires, depression scale (GDS-15) and a general method of measurement of life quality (15D), were used to collect the research material. The information was gathered between 1.9.2010–15.1.2011. The research was a quantitative average inquiry at Vaasa Ikäkeskus (a centre for elderly people). The study was participated by 172 respondents at the age of 70–96. The respondents were divided into a research group (n=95) and a control group (n=77). The gathered material was analysed with a statistical programme (SPSS 17.0) in the spring of 2011.

The results of the research showed that a great part of the elderly people (68,8 %) felt that their state of health was fairly good and about a half of the respondents (50,9 %) experienced themselves to be a bit exhausted, tired or weak. Still the results showed that a half of the respondents didn't experience any anxiety (54,9 %) or depression (56,1 %). A half of the women felt a bit depressed (40,2 %) and anguished (42,1 %), whereas 25,4 % of the male respondents felt depressed and 29,9 % anguished.

In the research group almost all (83 %) experienced their health to be fairly good. In the control group about a half of the respondents (55,4 %) experienced the same. A surprising difference between the groups was that in the control group 37,8 % of the respondents experienced their health to be good, while only 7,4 % experienced the same in the research group. A noticeable difference between the groups was that 8,7 % respondents in the control group felt fairly or very anguished while only 1,1 % in the research group felt the same.

An interesting topic for further research could be to examine how alcohol consumption and use of medicine among elderly people affect their health and the quality of their physical and social life.

| | |
|----------|---|
| Keywords | Elderly person, ageing, mental wellbeing, supporting mental wellbeing, depression, sleep, insomnia, troubles, symptoms, treatment |
|----------|---|

ABSTRAKT

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Författare | Mira Kolehmainen |
| Lärdomsprovets titel | Åldringarnas mentala hälsa |
| År | 2011 |
| Språk | finska |
| Sidantal | 69 + 7 bilagor |
| Handledare | Paula Hakala |

Denna undersökning är en del av ett större forskningsprojekt. Syftet med undersökningen var att få kunskap om åldringars mentala hälsa, samt om eventuella skillnader mellan undersöknings- och kontrollgruppen, samt mellan kvinnor och män.

Som datainsamlingsmetoder användes färdiga strukturerade frågeformulär, depressionskalan GDS-15 och en allmän mätare av livskvalitet (15D). Datamaterialet samlades in under tiden 1.9.2010–15.1.2011. Undersökningen utfördes som en kvantitativ genomsnittundersökning i Vasa Seniorcenter. I undersökningen deltog 172 respondenter, 70–96 år gamla. Respondenterna indelades i en undersökningsgrupp (n=95) och i en kontrollgrupp (n=77). Datamaterialet analyserades med SPSS 17.0 programmet under våren 2011.

Undersökningsresultaten visade, att den största delen åldringarna (68,8 %) upplevde sitt hälsostillstånd som måttligt, och ca hälften (50,9 %) av respondenterna upplevde sig en aning utmattade, trötta eller kraftlösa. Undersökningsresultaten visade ändå att över hälften av respondenterna inte upplevde någon ångest (54,9 %) eller depression (56,1 %). Av kvinnorna kände sig under hälften av respondenterna en aning deprimerade (40,2 %) och ångestfyllda (42,1 %). Av männen kände sig 25,4 % deprimerade och 29,9 % ångestfyllda.

I undersökningsgruppen upplevde nästan alla (83 %) sitt hälsotillstånd som måttligt. I kontrollgruppen upplevde cirka hälften (55,4 %) detsamma. En överraskande skillnad mellan grupperna var, att i kontrollgruppen uppfattade 37,8 % sin hälsa som god, medan endast 7,4 % i undersökninggruppen upplevde detsamma. En märkbar skillnad mellan grupperna var att i kontrollgruppen kände 8,7 % sig rätt så mycket eller mycket ångestfyllda medan endast 1,1 % i undersökningsgruppen kände likadant.

Som följdundersökning vore det intressant att undersöka hur åldringars alkoholkonsumtion samt bruk av läkemedel påverkar deras mentala hälsa samt fysiska och sociala livskvalité.

| | |
|----------|---|
| Ämnesord | Åldring, åldrande, mentala välmående, stöd till mentala välmåendet, depression, sömn, sömnlöshet, besvär, symptom, vård |
|----------|---|

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 9 |
| 2 | IKÄIHMINEN JA TERVE VANHENEMINEN..... | 11 |
| | 2.1 Näkökulmia vanhenemiseen..... | 11 |
| | 2.2 Toimintakyvyn ylläpitäminen..... | 12 |
| 3 | HENKINEN HYVINVOINTI..... | 15 |
| | 3.1 Henkinen hyvinvointi ja sen tukeminen..... | 15 |
| | 3.2 Masennus..... | 16 |
| | 3.3 Ahdistuneisuus..... | 19 |
| | 3.4 Tapaturmien vaikutus hyvinvointiin..... | 21 |
| 4 | UNEN VAIKUTUS MIELENTERVEYTEEN..... | 24 |
| | 4.1 Unen merkitys..... | 24 |
| | 4.2 Unettomuus..... | 25 |
| | 4.3 Normaalin unen ja unettomuuden ero..... | 27 |
| 5 | IKÄIHMISTEN VAIVAT JA OIREET..... | 28 |
| | 5.1 Oireiden ja vaivojen erityispiirteet..... | 28 |
| | 5.2 Ikäihmisten hoidon haasteita..... | 30 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT..... | 33 |
| | 6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite..... | 33 |
| | 6.2 Tutkimusongelmat..... | 33 |
| 7 | TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄT..... | 34 |
| | 7.1 Tutkimusryhmä..... | 34 |
| | 7.2 Kontrolliryhmä..... | 34 |
| 8 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN..... | 36 |
| | 8.1 Tutkimusmenetelmä..... | 37 |
| | 8.1.1 Depressioseula GDS-15-mittari..... | 38 |
| | 8.1.2 Elämänlaatumittari 15D..... | 38 |
| | 8.2 Aineiston analysointi..... | 39 |
| 9 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 40 |

| | | |
|-------|---|----|
| 9.1 | Tutkimukseen osallistujien taustatiedot | 40 |
| 9.2 | Vastaajien terveydentila | 41 |
| 9.3 | Tulokset 15D-elämänlaatumittarista | 42 |
| 9.3.1 | Nukkuminen | 42 |
| 9.3.2 | Vaivat ja oireet | 44 |
| 9.3.3 | Masentuneisuus | 46 |
| 9.3.4 | Ahdistuneisuus | 48 |
| 9.3.5 | Energisyys | 50 |
| 9.4 | Tulokset Depressioseula GDS-15 | 52 |
| 9.4.1 | Positiiviset tulokset..... | 53 |
| 9.4.2 | Negatiiviset tulokset..... | 53 |
| 10 | JOHTOPÄÄTÖKSET | 55 |
| 11 | POHDINTA..... | 57 |
| 11.1 | Tulosten pohdinta..... | 57 |
| 11.2 | Tutkimuksesta saatava hyöty | 61 |
| 11.3 | Ikäihmisten saama hyöty tutkimuksesta | 63 |
| 11.4 | Tutkimuksen luotettavuus | 64 |
| 11.5 | Tutkimuksen eettisyys..... | 65 |
| 11.6 | Jatkotutkimusaiheet..... | 67 |
| | LÄHTEET..... | 69 |
| | LIITTEET | |

KUVIOLUETTELO

| | |
|--|----|
| Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma ryhmittäin (N=172)..... | 40 |
| Kuvio 2. Kontrolli- ja tutkimusryhmäläisten koettu terveydentila (%), (n=168). | 41 |
| Kuvio 3. Uniongelmien esiintyvyys (%) sekä vastaajien määrä (n). | 42 |
| Kuvio 4. Uniongelmien esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=169).. | 44 |
| Kuvio 5. Vaivojen ja oireiden esiintyvyys (%) sekä vastaajien lukumäärä (n). | 45 |
| Kuvio 6. Vaivojen ja oireiden esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=160)..... | 46 |
| Kuvio 7. Itse koetun masentuneisuuden esiintyvyys (%) sekä vastaajien lukumäärä (n). | 47 |
| Kuvio 8. Itse koetun masentuneisuuden esiintyvyys, kontrolli- ja tutkimusryhmissä (n=164). | 48 |
| Kuvio 9. Itse koetun ahdistuneisuuden esiintyvyys (%), vastaajien lukumäärä (n)... | 49 |
| Kuvio 10. Itse koettu ahdistuneisuus kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=162).. | 50 |
| Kuvio 11. Energisyyden esiintyvyys (%) sekä vastaajien määrä (n). | 51 |
| Kuvio 12. Energisyyden esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=162).. | 52 |
| Kuvio 13. Vastaajien arvio omasta mielialastaan (%), (n=162). | 54 |

1 JOHDANTO

Vaasassa on laadittu Ikääntymispoliittinen ohjelma, joka ulottuu vuoteen 2015 asti. Sen lähtökohtana on Vaasan ja Vaasan lähialueella tapahtuvat muutokset muun muassa ikärakenteissa. 20 vuoden aikana 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu Vaasan seudulla. Keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavien määrä tulee kaksinkertaistumaan myös tulevaisuudessa. Tällä hetkellä 85 vuotta täyttäneissä keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastaa 35 %. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 2.) Tämä tuo haasteita terveydenhoito-organisaatiolle ja hoitohenkilökunnalle sekä omaisille, kuten myös jokaiselle ikääntyvälle yksilölle itselleen.

Ikääntymispoliittisessa ohjelmassa laadittuja tavoitteita ovat muun muassa ikäihmisten huolehtiminen omasta terveydestään ja toimintakyvystään vieläkin paremmin. Tavoitteisiin pyritään ennaltaehkäisemällä ikäihmisillä esiintyviä sairauksia sekä varhaisella puuttumisella terveydentilan ja toimintakyvyn mahdollisiin ongelmiin. Näillä keinoilla vaikutetaan heidän mahdollisimman pitkään itsenäiseen elämiseensä. Sosiaalisten ongelmien varhainen tunnistaminen sekä fyysisen kunnon parantaminen ja liikuntamahdollisuuksien lisääminen ovat hyvin tärkeitä iäkkäiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ajatellen. Tavoitteisiin kuuluu myös heidän tukemisensa turvalliseen ja virikkeelliseen elämään. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 6–10.) Mielenterveys on keskeinen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia tuettaessa ja parannettaessa.

Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveystalvelujen tarve kasvaa. Seuraavina vuosikymmeninä varsinkin yli 80-vuotiaiden, pitkäaikaishoitoa vaativien henkilöiden määrä kasvaa voimakkaasti. Von Bonsdorffin tutkimuksessa todettiin, että ikäihmisenäkin aloitettu fyysinen aktiivisuus tai aktiivisuuden lisääminen lykkää arjen vaikeuksia sekä sairaala-, laitos- ja kotihoidon tarvetta myöhempään ikään. (von Bonsdorff 2009, 77.)

Terveyspalveluissa tulee kehittää sairauksien ehkäisyä sekä sairauksien varhaista toteamista ja hoitoa. Moniammatillista yhteistyötä julkisten, yksityisten ja 3. sektorin toimijoiden kanssa tulee kehittää entisestään. (Inattiniemi & Tervaskanto Mäentausta 2008, 434–435; Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 6–7.)

Ikäihmisen terveyttä tulisi edistää kokonaisvaltaisesti, siinä tulisi ottaa huomioon yksilön omat resurssit, hänen tavoitteensa sekä huomioida sosiaalinen ja fyysinen ympäristö, jossa hän toimii ja elää. Ihmisen voimavarojen heiketessä tulisi yhdistellä erilaisia keinoja, joilla pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään voimavaroja. Näitä keinoja ovat muun muassa kuntouttaminen, sosiaalisen tuen lisääminen sekä fyysisen elinympäristön tarkistaminen, tarvittaessa parannetaan niitä, muuttamalla ikäihmisen tavoitteita tai yhdistelemällä näitä eri keinoja. (Lyyra 2007, 17.)

Masennuksen yleisyyttä kuvaa se, että ennen 70 ikävuotta lähes puolet naisista ja noin neljännes miehistä sairastuu masennukseen. Yksi tämänsuuntaisen ilmiön mittari on myös masennuksen perusteella maksettujen sairauspäivärahojen laajuus. Vuonna 2001 Suomessa maksettiin sairauspäivärahoja liki 67 miljoonaa euroa, mikä on 2/3 kaikista psykiatristen häiriöiden vuoksi maksetuista sairauspäivärahoista. (Wik 2004, 51–53.) Masentunut mieliala huomataan nykyään helpommin kuin aikaisemmin ja siihen kiinnitetään enemmän huomiota. Masentuneisuutta diagnosoidaan myös herkemmin tänä päivänä. (Lyyra 2007, 19.)

Tämä tutkimus oli osa laajempaa tutkimushanketta, jossa seurataan ikäihmisten terveyttä ja siinä tapahtuvia muutoksia. Tämä tilaustyö toteutettiin Vaasassa, Ikäkeskuksessa, jossa tutkimukseen osallistui vajaa 200 henkilöä. Tutkimukseen osallistujat jaettiin tutkimus- ja kontrolliryhmiin. Tässä tutkimuksessa perehdyttiin ikäihmisten mielenterveyteen, ei kuitenkaan fyysiseen tai sosiaaliseen terveyteen, vaikka kaikki asiat vaikuttavat toisiinsa. Jos prosessissa käy ilmi, että ikäihmiset voivat henkisesti huonosti, heillä esiintyy masennusta tai ahdistusta niin sitä tulisi tarkastella lähemmin. Tutkijan hypoteesi oli, että kovin masentuneet ihmiset eivät jaksaisi osallistua pitkään tutkimushankkeeseen, joten oletettavasti suurin osa tutkimukseen osallistujista voi henkisesti hyvin.

2 IKÄIHMINEN JA TERVE VANHENEMINEN

Tervettä vanhenemista tai normaalia vanhenemista voidaan tarkastella eri näkökulmista, riippuen siitä määritelläänkö vanheneminen kroonisten sairauksien vai sairauksien puuttumisen kautta. Tilastollisessa mielessä iäkkään ihmisen on normaalimpaa sairastaa kuin olla täysin terve. Suomessa noin 80 %:lla ikäihmisistä on yksi tai useampi sairaus yli 65-vuotiaana. (Saarenheimo 2003, 19–20.)

2.1 Näkökulmia vanhenemiseen

Vanheneminen voidaan jakaa myös primaari ja sekundaariseen vanhenemiseen. Primaarin vanhenemisen kohtaa jokainen ihminen vanhetessaan. Sen nopeus ja tapa riippuu ihmisen perinnöllisyydestä, ulkoisista tekijöistä, yksilön omasta terveyskäyttäytymisestä sekä ympäristöstä ja sattumakin vaikuttaa siihen. Primaaria vanhenemista ei voi muuttaa eikä sen etenemiseen voi vaikuttaa, se päättyy kuolemaan. Sekundaarinen vanheneminen on toissijaisen tekijän aiheuttamaa vanhenemista, eikä se välttämättä kohtaa jokaista yksilöä. Tällä sekundaarisella vanhenemisellä tarkoitetaan muun muassa sitä, että luusto heikkenee kaikilla ikääntyvillä jossakin vaiheessa, mutta vain osa iäkkäistä sairastuu osteoporoosiin. Primaarista ja sekundaarista vanhenemista on vaikea erottaa toisistaan. (Inattiniemi ym. 2008, 420–421.)

Vanheneminen on monimuotoinen prosessi, jonka voi kokea vain vanhetessaan. Pystymme kuvittelemaan minkälaista on olla iäkäs, mutta todellisen tunteen siitä saamme vasta kun olemme iäkkäitä. Vanheneminen on yksilöllinen kokemus. (Heikkinen R-L 2003, 193–194.) Inhimilliset perustarpeet säilyvät vanhetessa. Ikäihminen tarvitsee turvallisuutta, hänen tulee saada toteuttaa itseään, seksuaalisuuttaan sekä hänen tulee saada tuntea itsensä rakastetuksi. Näihin perustarpeisiin tulee kiinnittää huomiota iäkkäiden lähiyhteisöissä sekä palvelujärjestelmissä. (Haukka, Kivelä, Medina Vallejo, Pyykkö & Vehviläinen 2005, 11–12.)

Vanhenemisen tunteeseen vaikuttaa historia eli aiemmin eletty elämä, historialliset tapahtumat, jotka ovat värittäneet elämää sekä perhe, johon on syntynyt ja perheen varallisuus. Vanhenemisen tunteeseen vaikuttaa myös kaikki se mikä rakentaa ja vaikuttaa tunne-elämäämme ja tapaamme reagoida asioihin, ihmisiin ja tapahtumiin sekä kulttuuri, jossa elämme. (Heikkinen 2003, 193–200.)

Kaikki edellä mainitut asiat vaikuttavat myös siihen, kuinka reagoimme ikääntymiseen sekä ikääntymisen mukana tuomiin haasteisiin. Vanhenemisen kokemukseen vaikuttaa myös yksilön tunne omasta terveydestään. Vanhenemiseen liitetään usein tunne terveyden sekä aistien heikentymisestä, heikkouden tunne, huonontunut muisti sekä menetykset, erityisesti puolison menetys. Ikäihmiset voivat tuntea itsensä aivan terveiksi ja hyvinvoiviksi, vaikka se olisi lääkkeiden avulla saatua hyvinvointia. (Heikkinen 2003, 193–200.)

Vanhenemistä voidaan tarkastella myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta, mitä yhteiskunnassa pidetään tällä hetkellä hyväksyttävänä ja hyvänä vanhenemisena. Yhteiskunnan ajatellessa, että ”kolotukset” kuuluvat ikääntymiseen, niin ikäihmisten erilaiset fyysiset sekä lievät psyykkiset, että mahdollisesti vielä sosiaaliset ongelmat mielletään kuuluvan vanhenemiseen. Tämä ajattelumalli saattaa näkyä silloin, kun ihmisen muisti, ajatuksen juoksu ja kognitiivinen toiminta ovat pysyneet hyvänä. (Saarenheimo 2003, 20.)

2.2 Toimintakyvyn ylläpitäminen

Ikäihmisten elintapoja parantamalla voidaan tukea tervettä vanhenemistä. Toimintakyvyn paranemista ja säilymistä edistävät muun muassa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen aktiivisuus. Kun kehitetään aktiivisesti ikäihmisten hoitoa ja kuntoutusta se tulee vaikuttamaan myönteisesti terveyteen ja toimintakykyyn. Fyysinen aktiivisuus, esimerkiksi kävely-, voima- ja kestävyysharjoittelu ehkäisee myös kaatumisia sekä se vaikuttaa positiivisesti mielenterveyteen. Ikäihmisiä tulee valistaa entistä enemmän liikunnan hyödyistä, sillä moni iäkäs kuvittelee liikkuvansa tarpeeksi, vaikka valitettavan moni heistä ei harrasta liikuntaa. (Inattiniemi ym. 2008, 422–424.)

Leena Timosen väitöskirjasta käy ilmi, kuinka tärkeitä kuntoutus ja ryhmäliikunta ovat ikäihmisille. Sairaalajaksojen aikana heidän kuntonsa ja yleistilansa heikkenivät entisestään. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ryhmäliikuntakuntoutuksen vaikutuksia ikäihmisten fyysiseen suoriutuskykyyn ja mielialaan. Tutkimuksessa oli kaksi ryhmää, joista toinen ryhmä (n= 34) sai kuntoutusta fysioterapeutilta ja toinen ryhmä (n =34) kuntoutui omatoimisesti kotonaan. Harjoittelu aloitettiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Ohjelmaan kuului muun muassa lihaskunto-, kävelynopeus-, tasapaino ja mielialatestejä niillä iäkkäillä, joiden liikuntakyky oli heikentynyt sairaalassa olon aikana. Tutkimukseen osallistui 68 joensuulaista naista, joiden ikä oli yli 75 vuotta. Keski-ikä fysioterapiaryhmässä oli 83,5 vuotta ja kotitreeneriryhmässä 82,6 vuotta. Kriteereinä oli, että osallistujat olivat joutuneet akuutin sairauden takia hoitoon ja heidän liikuntakykynsä heikkeni sairaalahoidon aikana entisestään. Heillä esiintyi myös liikkumisvaikeuksia, tasapainon häiriötä tai heillä oli taipumusta kaatuiluun ilman tukea. Tulokset osoittivat, että kuntosaliharjoittelu paransi mielialaa, tasapainoa, lihasvoimaa enemmän kuin yksinään kotona tehdyt harjoitukset. Tuloksista kävi myös ilmi, että fysioterapiaryhmä paransi tuloksia selvästi esimerkiksi lihaskunnan ja tasapainon osalta verrattuna kotitreeneriryhmään. Tuloksista pystyi myös päättämään, että julkisen terveydenhuollon kulut olivat aavistuksen pienemmät fysioterapiaryhmällä. (Timonen 2007, 15–61).

Kuopion yliopistossa Karttusen tekemässä tutkimuksessa selvitettiin ryhmäkuntoutuksen vaikutuksia kotona asuvien 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämänlaatuun ja terveystalvelujen kustannuksiin. Tutkimukseen osallistui yhteensä 136 henkilöä. Tutkimus tehtiin ryhmäliikunta interventioilla, siihen osallistui varsin hyväkuntoisia ikäihmisiä ja seuranta-aika oli kaksi vuotta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että erityyppisillä interventioilla pystytään merkittävästi parantamaan ikäihmisten elämänlaatua sekä liikunta- ja toimintakykyä. Kuitenkin interventioiden vaikutuksista ahdistuneisuuden ja depression vähenemiseen on vähän näyttöä ja tästä aiheesta tarvitaan vielä lisätutkimuksia. (Karttunen 2009, 40–92.)

Tutkimuksessa todettiin, että intervention osuus oli tutkimuksessa tehokas, sillä fyysisiä harjoitteluita tehtiin kaksi kertaa viikossa viiden kuukauden ajan. Tutkimuksessa ei todettu merkittävää vähentymistä terveystalouden suhteen, mutta interventioryhmässä todettiin kuitenkin suuntaus terveystaloudellisten vähenemiseen verrattuna verrokkiryhmään. (Karttunen 2009, 40–92.)

Gerontologian tutkimuskeskuksesta, Jyväskylän yliopistosta, tutkija Janne Sallinen toteaa, että ikäihmisten voimaharjoittelu on kuin lääke, joka vaikuttaa sitä enemmän, mitä heikommassa peruskunnossa ikäihminen on. Hän viittaa australialaiseen tutkimukseen, jossa laitoksissa asuvien 90-vuotiaiden maksimivoima jaloissa saatiin kahden viikon voimaharjoittelulla jopa yli kaksinkertaiseksi. Kuntosaliharjoittelussa tulisi kiinnittää huomiota monipuolisen toimintakyvyn ylläpitämiseen eikä vain keskittyä lihasvoiman kohentamiseen. Ikäihmisten tehdessä kuntosaliharjoituksia, heitä tulisi opastaa samalla syömään ja juomaan riittävästi, sillä energiaa tarvitaan sekä palautumiseen kuin harjoitteluun. (Ruokatieto 2009.)

Terveellinen ruokavalio ja hyvä ravitsemus auttavat pitämään tasapainossa henkistä hyvinvointia sekä fyysistä kuntoa. Se myös tukee ikäihmisten tervettä vanhenemista ja pärjäämistä omatoimisuutensa kodeissaan mahdollisimman pitkään. (Ruokatieto 2009.)

3 HENKINEN HYVINVOINTI

Positiivista mielenterveyttä tarkasteltaessa puhutaan mielenterveyden dynaamisesta ja vaihtelevasta luonteesta. Mielenterveys on prosessi, joka elää ja muuttuu koko ajan. Siinä ihmisen toimintaa tarkastellaan arkielämän yhteydessä sekä sosiaalisissa tapahtumissa. Siinä nähdään, että ikäihmisen käyttäytymisellä on aina jokin tarkoitus ja mielekkyys. Erilaiset kriisit kuuluvat elämiseen ja ovat jopa tarpeellisia mielenterveyden kannalta. Dynaaminen mielenterveyskäsitelmä ei siis pidä psyykkisiä ongelmia pysyvinä sairauksina, vaan ne nähdään erilaisina prosessin osina ja vaiheina. Niitä ei myöskään nähdä persoonallisuusrakenteisiin kuuluvana ilmiönä. Ihminen pyrkii ylläpitämään psyykkistä hyvinvointiaan kaiken aikaa sekä etsimään tasapainoista mielenterveyttä uhkaavienkin haasteiden keskellä sekä yksilöllisten resurssien välillä. (Saarenheimo 2003, 85–86.)

3.1 Henkinen hyvinvointi ja sen tukeminen

Henkisen hyvinvoinnin kohentuminen mielletään yhdeksi vaikuttavammaksi ennaltaehkäisyksi, hoidon ja kuntoutuksen päämäärinä ikäihmisten keskuudessa (Vaapio 2009, 5).

Ikäihmisen mielen tasapainoon vaikuttavat taloudelliset tekijät, turvallisuuden tunne, yksinäisyyden tunne ja yhteisöllisyyden tunne sekä monet muut seikat (Heikkinen R-L 2007, 139–140). Vaapion tekemän tutkimuksen perusteella ikäihmiset kokivat henkistä hyvinvointia tukevinä asioina muun muassa oman terveyden, vapauden, arvostuksen iäkkäitä kohtaan sekä turvallisuuden. Fyysinen kunto koettiin peruspilariksi henkiselle hyvinvoinnille sekä sosiaaliselle käyttäytymiselle. Ikäihmiset kokivat fyysisen kunnon kohotuksen erittäin tärkeäksi ja mielekkääksi asiaksi, mutta siitä kaivattiin yksilöllisempää ohjausta ja opastusta. Ikäihmiset toivovat fyysisen kuntonsa säilyvän mahdollisimman pitkään hyvänä, se lisää turvallisuuden ja riippumattomuuden tunnetta. (Vaapio 2009, 49.)

Ikäihmisiä tulisikin tukea elämisen jokaisella osa-alueella yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Kaikki haluavat vaikuttaa oman elämänsä kulkuun sekä kuulua yhteisöön tasa-arvoisina jäseninä iästään tai vaivoistaan huolimatta. Ihmisen turvan ja läheisyyden tarpeisiin on vastattava ja niitä on kunnioitettava. Ikäihmisiä tulisi rohkais- ta sosiaaliseen kanssakäymiseen läheistensä kanssa, sillä perhesuhteiden sekä ystävyyssuhteiden ylläpitäminen tai uusien hankkiminen tukevat mielen hyvinvoin- tia. Yhteydenpitojen jatkuvuus ja varmuus tuo merkitystä ikäihmisille, he tuntevat itsensä tärkeiksi ja merkityksellisiksi toisille ihmisille. Tämä vaikuttaa ikäihmis- ten itsetuntoon sekä mielialaan positiivisessa mielessä. (Heikkinen R-L 2007, 139–140.)

Vanheneminen ei automaattisesti tarkoita huonoa toimintakykyä tai syrjäytymistä. Ikäihminen saa uusia mahdollisuuksia kehittyä haluamallaan alueilla. Vanhenemi- sen mukana tulee luopumista jostakin, mutta se saattaa myös tuoda uutta sisältöä, hyvinvoinnin lisääntymistä ja uudenlaisia toimintoja ikäihmisen arkeen. (Haukka ym. 2005, 11.)

Ikäihmisen fyysinen ja psyykkinen aktiivisuus tukevat mielenterveyttä samoin kuin lähiympäristöltä saatu tuki ja yleinen terveyden edistäminenkin (Lönngqvist 2006). Mielenterveyttä vahvistavat myös ystäväverkostot, erilaisiin yhdistyksiin kuuluminen, harrastukset sekä ikäihmisten keskinäiset luottamukselliset suhteet. Positiiviset lapsuuden muistot ovat myös ikäihmisten tärkeäksi luokittelema hen- kinen voimavara (Iinattiniemi ym. 2008, 426).

3.2 Masennus

Ikäihmisten yleisin mielenterveysongelma on masennus (Iinattiniemi ym. 2008, 425). Masennuksen taustalta löytyy monia eri tekijöitä biologisia, psykologisia ja sosiaalisia (Haukka ym. 2005, 305). Näitä tekijöitä ovat muun muassa ikäihmisillä tapahtuvat biologiset muutokset aivoissa, perintötekijät, persoonallisuus, jopa var- haislapsuuden menetykset sekä yhteisön tai yhteiskunnan kielteinen asennoitumi- nen ikäihmisiin. Masennukselle altistaa myös pitkäkestoiset vaikeudet elämässä sekä erilaiset sairaudet muun muassa aivoinfarkti, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti (Haukka ym. 2005, 305–306).

Masennuksen syntyyn vaikuttaa myös psyykkinen kuormittuminen. Vanhetessa psyykkistä kuormittumista lisäävät tunne ja ajatukset terveyden sekä aistien heikentymisestä, huonontunut muisti, puolison sairastuminen tai menetys. Tunteet ja ajatukset ovat hyvin yksilöllisiä. (Heikkinen R-L 2003, 193–200.)

Masennus alkaa monesti jostakin menetyksestä, lähimmäisen, työpaikan tai terveyden menetyksestä ja niiden aiheuttamista kärsimyksistä ja kivuista. Masennuksen voivat myös laukaista alkoholiongelma, perheenjäsenen avioero, perheväkivalta sekä ikäihmisellä muutto palvelutaloon tai laitoshoitoon. Arkikielessä masennus on jokaiselle tuttu. Jokaisella on joskus mieli maassa, on alakuloinen ja kohtaa vastoinkäymisiä, mutta niistä tunteista päästään useimmiten pian ohi. (Kopakkala 2009, 9; Haukka ym. 2005, 305–306.)

Masennukseen liittyy alemmuuden tunnetta, syyllisyyttä, häpeää, toivottomuutta ja huonommuutta. Masennus on usein pitkäaikainen ja sitkeä seuralainen. Elämässä ei tunnu olevan mitään hyvää, ei iloa eikä elämä tunnu elämisen arvoiselta, mieli on maassa sekä keho tuntuu raskaalta. Masentuneella esiintyy usein univaikeuksia. Käyttäytymisessä saattaa ilmetä rauhattomuutta, jännittyneisyyttä ja pelokkuutta. Masentuneen tunne-elämä ja ajatukset muuttuvat, tuskaisuus, ahdistus ja syyllisyys ovat läsnä. Elämä tuntuu vieraalta, eikä itseäänkään tunne enää samaksi ihmiseksi kuin aikaisemmin. (Kopakkala 2009, 8–11.) Masennus heikentää myös monista vakavista sairauksista toipumista (Kopakkala 2009, 13).

Naisten riski sairastua masennukseen on kaksin-kolminkertainen miehiin verrattuna. Tälläkin hetkellä suomalaisista noin 200 000 ovat masentuneita, mutta heistä vain joka kolmas kuuluu hoidon piiriin. (Lundbeck 2011.) Noin 2–3 % yli 64 vuotiaista miehistä ja 3–5 % naisista sairastaa vakavaa masennusta Suomessa. Luku nousee 12–13 %:iin kun mukaan lasketaan myös lievemmin oireilevat ikäihmiset. (Duodecim 2011. Kts. myös Win, Parakh, Eze-Nlia, Gottdiener, Kop & Ziegelstein 2011.)

Sairaanhoitajalehdessä 3/2000 käsiteltiin Seija Arven tekemää väitöskirjaa ”Miten yleistä masennuksen ja muistihäiriöiden esiintyminen eri-ikäisillä vanhuksilla on”. Lehtiartikkelista kävi ilmi, että 70- ja 75-vuotiaina miehet ovat masentuneempia kuin naiset. Miesten masentuneisuutta lisää heidän yleinen sairastuvuutensa. Heillä esiintyy runsaasti esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia tässä iässä. Naiset masentuvat 80-vuotiaina. Masennusoireiden väheneminen edistää fyysistä toimintakykyä. Näin ollen ikäihmisen elämänlaatu kohenee ja hän kykenee ja jaksaa pitää sosiaalisia suhteitaan yllä. (Katajarinne 2000, 40–41.)

Toimintakyvyn heikkeneminen on altistava tekijä ikäihmisten masennukselle, sillä se vähentää ikäihmisen osallistumista sosiaalisiin tapahtumiin. Riskiryhmään kuuluvat sosiaalisesti heikko-osaiset, vähän koulutetut, sairaat, toimintarajoitteiset ja yksinäiset ikäihmiset. Heikkenevään toimintakykyyn vaikuttavat muun muassa masennus, tarpeettomuuden tunne, heikentyneet aistit sekä tasapainohäiriöt. (Iinattiniemi ym. 2008, 425.)

Ikäihmisillä masentuneisuus ilmenee monesti monina somaattisina oireina. Tyypillistä on, että ikäihminen valittaa monenlaista kipua ja väsymystä. Kykenemättömyys hidastaa ja olla tekemättä mitään saattaa kätkeä taakseen ikäihmisen masentuneisuuden. (Haukka ym. 2005, 96.) Masentuneisuus vaikuttaa myös ikäihmisen ruokahaluun sekä yöuneen ja tätä kautta myös somaattiset oireet tuntuvat vakavammilta. Ikäihminen saattaa tuntea itsensä masentuneeksi, koska hänellä on monia sairauksia. Kun perussairaus hoidetaan hyvin, masennuskin saattaa vähentyä, sillä ikäihmisen hyvinvointi kohenee. (Katajarinne 2000, 40–41.)

Tuore tutkimus osoittaa, että masentuneiden ikäihmisten riski kuolla sydän- ja verisuonitauteihin on korkeampi kuin valtaväestön. Tutkimuksen mukaan suuri riski selittyy ikäihmisten vähäisellä liikkumisella. Tutkimukseen osallistuneista noin 73-vuotiaista omassa kodissa asuvista joka viidennellä oli masennusoireita. Tutkimukseen osallistui lähes 6 000 ikäihmistä, joista 2 900 kuoli kymmenvuotisen seurannan aikana. Kuolemista viidesosa johtui sydän- ja verisuonitaukeista. Sydänsairauksiin kuoleminen riski oli melkein 70 % suurempi masennusoireisilla kuin terveillä ikäihmisillä, riippumatta monista sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä. Riskistä neljännes selittyi vähäisellä liikunnalla. Masennus ja liikunnan vähyys altistavat kummatkin toisilleen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vähiten liikkuvat kokivat itsensä kolme kertaa masentuneemmiksi kuin aktiivisesti liikkuvat ikäihmiset. Liikunta näin ollen parantaa ikäihmisten mielenterveyttä sekä voisi hyvinkin pidentää monen masentuneen ikäihmisen elämää. (Duodecim 2011.)

Masennus sairautena ei ole yleistynyt, vaikka ennen aikaiset eläkkeellesiirtymiset ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi noin 4 600 suomalaista vuonna 2007. Suurin osa heistä oli naisia. Vuoden 2007 lopussa noin 37 000 suomalaista oli masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä. (STM 267/2008.)

3.3 Ahdistuneisuus

Masentuneisuuden yksi tärkeimmistä oireista on ahdistus. Ahdistus on pelon ja tuskan tunne, jolle ei löydy kohdetta. Ahdistushäiriö saattaa ilmetä paniikkioireina, pelkotiloina, tuskaisuutena tai erilaisina somaattisina tuntemuksina. Ahdistuneisuus lisää masentuneen ihmisen itsemurhariskiä. (Kopakkala 2009, 22–23.)

Ikäihminenkin saattaa tuntea itsensä ahdistuneeksi päätöksiä tehdessään tai joutuessaan valintatilanteisiin ilman, että voidaan puhua mielenterveyshäiriöstä. Tällöin ahdistuneisuuden tunne syntyy sisäisestä ristiriidasta sekä valinnan väistämättömyydestä. Ahdistuneisuuden tunne liittyy vastuuseen omasta elämästä, vastuuseen itsestä ja toisista ihmisistä. Ahdistuneisuuden tunnetta tarvitaan minuuden kehittymiseen. Läheisiltä saatu tuki auttaa kestämään ahdistusta aiheuttavia tunteita kuten pelkoa ja paniikkia. (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 75–76).

Mielenterveydenhäiriöstä voidaan puhua jos ahdistuneisuus rajoittaa liikaa sosiaalista elämää tai ikäihmisen toimintakykyä sekä pelontunne on voimakas, pitkäkestoinen ja rajoittaa psyykkistä elämää. Sopimattomaan lääkitykseen, dementiaan, masennukseen tai muuhun psyykkiseen sairauteen saattaa liittyä rinnakkaisoireena ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuushäiriö altistaa myös masennukselle. (Kiiltomäki ym. 2007, 75–76.)

Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan muun muassa paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Pakkotoiminnot ja pelonsekaiset ajatukset, liittyvät usein myös ahdistukseen. Paniikkihäiriöllä tarkoitetaan voimakasta ahdistustilaa, johon liittyy muun muassa kauhun tunnetta, sekoamisen ja kuoleman pelkoa. Paniikkihäiriö on masennustilan oire, joka helpottuu usein masennuksesta toivuttuaan. Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy pelko yhtä tai useaa sosiaalista tilannetta kohtaan. Tällöin ilmenee ohimenevää ahdistuneisuutta, pelkoa tulla nöyryytetyksi tai joutua naurunalaiseksi oman käyttäytymisensä vuoksi tuntemattomien ihmisten seurassa tai uudessa sosiaalisessa tilanteessa tai paikassa. (Kiiltomäki ym. 2007, 75–80.)

Vanhustyön keskusliitto on tehnyt tutkimuksen vuonna 2002 ”Suomalaisten ikääntyneiden yksinäisyydestä”. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kotona tai palvelutalossa asuvien ikäihmisten kokemaa turvattomuuden tunnetta ja mitä yhteyttä sillä on yksinäisyyden kokemisen, psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen eristäytymisen sekä sosiaalisten kontaktien määrään ja tyydyttävyyteen. Tutkimukseen otettiin satunnaisotannalla 75 vuotta täyttäneitä ihmisiä. Vastauksia saatiin 4 113 osallistujalta. Tutkimus osoitti, että vastaajista 9 % tunsivat itsensä turvattomaksi. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että naiset kokivat miehiä enemmän turvattomuutta, mutta vastaajan iällä ei ollut niinkään merkitystä. Vastaajista ne, jotka kokivat itsensä sairaiksi, kokivat yleistä turvattomuutta enemmän kun taas vastaavasti itsensä terveiksi tuntevat ikäihmiset eivät kokeneet turvattomuutta. Turvalliseksi elämänsä kokivat vastaajat, jotka olivat sosiaalisesti aktiivisia. He kävivät teattereissa ja osallistuivat kerhotoimintoihin. Yleistä turvattomuuden tunnetta kokenut ikäihminen oli usein tyytymätön elämäänsä ja koki itsensä hyödyttömiksi sekä yksinäisiksi. (Pitkälä, Savikko, Routasalo & Tilvis 2002, 198–206.)

3.4 Tapaturmien vaikutus hyvinvointiin

Turun yliopistolla Vaapion tekemässä väitöskirjassa, iäkkäiden elämänlaadusta ja kaatumisen ehkäisystä kävi ilmi, että kaatumisten ehkäisy vaikutti positiivisesti ikäihmisten elämänlaatuun niin yksilöllisellä kuin yhteisölliselläkin tasolla. Ikäihmisten fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, energisyys, mielenterveys sekä ympäristöllinen ulottuvuus kohenivat. Kaatumisten ehkäisyn vaikutuksesta mäsennusoireet ja ahdistuneisuus vähenivät miehillä ja arkipäivän toiminnoista suoriutuminen, seksuaalinen aktiivisuus sekä puhelimella puhuminen lisääntyivät. Naisilla arkitoimet ja sosiaalinen käyttäytyminen lisääntyi. Kattavalla kaatumisen ehkäisyohjelmalla voidaan vaikuttaa kotona asuvien ikäihmisten oman arjen sisältöön, turvallisuuden tunteeseen, elämänlaatuun sekä fyysisiin toimintoihin. Tutkimuksessa käytettiin metodologista triangulaatiota. Eli tutkimuksessa oli sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen osio. Kvalitatiiviseen elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden osioon osallistui (n=19) omassa kodissaan asuvia ikäihmisiä. Tiedot saatiin teemahaastatteluin. Kvantitatiivinen kaatumisten ennaltaehkäisy tutkimuksen osio oli laajempi, siihen osallistui (n=591) kotonaan tai palvelutalossa asuvaa ikäihmistä, joilla oli kohonnut vaara kaatua. Tähän osioon tiedot kerättiin Elämänlaatu 15D -mittarilla sekä strukturoidulla kyselykaavakkeella. (Vaapio 2009, 5.)

Ikäihmisten yleisimpään tapaturmaryhmään kuuluvat kaatumiset. Vaapion tutkimuksesta kävi ilmi, että kaatumiselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa huono näkö, lihasvoimien ja liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen. Ennaltaehkäisemällä pystyttäisiin vähentämään noin kolmannes kaatumisista. Ennaltaehkäisy tulisi kohdistaa niihin ikäihmisiin, joilla on suurin riski kaatua. Suurin hyöty ennaltaehkäisystä saavutettaisiin eri menetelmiä soveltaen. Niihin kuuluvat muun muassa kaatumisvaaraa lisäävien sairauksien hoito, yksilölliset liikuntaohjelmat sekä ikäihmisen oikean lääkityksen tarkistaminen. (Vaapio 2009, 11–12.)

Vaasassa on laadittu turvallisuus suunnitelma vuosille 2009–2010, suunnitelman tavoitteena on asuinympäristön esteettömyys, turvallisuus ja toimivuus. Suunnitelmassa huomioidaan muun muassa hiekoituksesta ja valaistuksesta lähiympäristössä, mikä tukee iäkkäiden omatoimista liikkumista paremmin ja näin pyritään myös osaltaan ehkäisemään kaatumisia. Liikkumismahdollisuuksien lisääminen ovat hyvin tärkeitä ikäihmisten kokonaisvaltaista hyvinvointia ajatellen. (Ikään-tymispoliittinen ohjelma 2010, 17.)

Oulun yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että ikäihmisten fyysisen toiminnan rajoittamiselle laitoshoidossa altisti muun muassa ikäihmisen fyysinen ja psyykinen turvattomuus, ikäihmisen ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen, miessukupuoli sekä omaisen toivomus tai vaatimus liikkumisen rajoittamisesta. Fyysisiä rajoitteita ei tarvittaisi niin paljon laitoshoidossa, jos pyrittäisiin ikäihmisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen jo silloin, kun he pärjäävät vielä kodissaan itsenäisesti. (Saarnio 2009, 55–66.)

Von Bonsdorffin Jyväskylässä tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, että ennustaako ikäihmisen toimintakyky ja fyysinen aktiivisuus sairaala- ja laitoshoidon kotona asuvilla henkilöillä. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia liikuntaintervention vaikutuksia päivittäiseen elämään liittyviin toimintoihin, toimintavajauksen ja kotihoidon käyttöön kotona asuvilla, liikuntaa harrastamattomilla ikäihmisillä. Tutkimuksen pohjana oli kolme aiemmin kerättyä tutkimusaineistoa. Ikivihreät-projektin seuranta-aika oli 10–16 vuotta. Tutkimuksessa käytettiin lisäksi SCAMOB intervention aineistoa, johon osallistui 632 keskustassa asuvaa henkilöä. SCAMOB oli 2-vuotinen satunnaisesti kontrolloitu interventio, johon kuului fysioterapeutin liikuntaohjaus, jonka jälkeen sama fysioterapeutti soitti osallistujille 4 kuukauden välein kahden vuoden ajan. Lisäksi osallistujia seurattiin 1,5 vuotta intervention jälkeen ja heidän kotihoitotietonsa kerättiin koko tutkimuksen ajalta Jyväskylän kaupungin rekisteristä. (von Bonsdorff 2009, 36.)

Von Bonsdorffin tutkimuksesta kävi ilmi, että laitoshoidon riski oli merkittävästi suurempi niillä kotona asuvilla henkilöillä, joilla oli vaikeuksia kävelyssä ja kognitiivisessa toiminnassa verrattuna henkilöihin, joilla oli vain yksi vaikeus tai ei ollenkaan vaikeuksia kävelyssä tai kognitiossa. Tutkimus osoitti myös, että sairaalahoito väheni ja laitoshoido lisääntyi iäkkäillä henkilöillä elämän loppuvaiheessa. Keski-ikästä lähtien säännöllistä liikuntaa harrastaneilla miehillä oli merkittävästi pienempi riski sairaalahoitoon viimeisenä elinvuotena verrattuna miehiin, jotka olivat harrastaneet liikuntaa satunnaisesti tai ei ollenkaan. Sama tulos näkyi myös naisten kohdalla. Tutkimus osoitti myös, että liikuntainterventiolla ei ollut vaikutusta päivittäiseen elämään liittyvään toiminnanvajauteen. Sen sijaan alaryhmä-analysit osoittivat, että niillä joilla ei ollut päivittäisen elämän toiminnanvajautta tutkimuksen alussa, oli merkittävästi pienempi riski toiminnan vajauksen ilmaantumiseen intervention lopussa. Toiminnanvajauksista toipumiseen ei liikuntainterventiolla ollut vaikutusta. Tulokset osoittivat kuitenkin sen, että liikuntainterventio oli vähentänyt kodinhoidon käyttöä 2 vuoden intervention ja 1,5 vuoden seurantaajakson aikana. Tutkimuksessa todettiin vielä, että ikäihmisenäkin aloitettu fyysinen aktiivisuus siirtää toiminnanvajauden ilmaantumista myöhempään vaiheeseen sekä sairaala- ja laitoshoidon tarpeen vähenemiseen vanhana. (von Bonsdorff 2009, 76.)

4 UNEN VAIKUTUS MIELENTERVEYTEEN

Unen riittävä määrä sekä laadultaan hyvä yöuni auttavat ylläpitämään toimintakykyä, vireyttä sekä on perusta psyykkiselle hyvinvoinnille. Kun uni on ollut riittävä, olo tuntuu virkeältä, keskittyminen eri asioihin on helpompaa, muisti toimii sekä elämä tuntuu kaikin puolin mielekkäältä. (Kivelä 2007, 13–14.)

4.1 Unen merkitys

Uni koostuu REM-unesta ja NREM-unesta (non-REM-unesta) sekä näiden erivaiheista. REM-unta kutsutaan vilkeuneksi, tämän unen aikana silmäluomet liikkuvat. NREM-unta kutsutaan perusuneksi. Nämä unet seuraavat toisiaan tietyssä järjestyksessä läpi yön. (Kivelä 2007, 15.) Ikäihmisen univaiheiden ja unijaksojen säännöllisyys muuttuu epäsäännöllisemmäksi ja rikkonaisemmaksi. Syvä NREM-uni vähenee ikääntyessä. (Kivelä 2007, 23–24.) Syvää unta iäkäs nukkuu tavallisesti iltayön tunteina. Tämäkin voi olla syynä siihen, että ikäihmiset kokevat nukkuvansa iäkkäänä huonommin kuin nuorempana. (Kivelä 2007, 30.)

Unen määrän tarve vaihtelee eri ikäkausina hyvinkin paljon sekä yksilölliset erot unentarpeen suhteen ovat suuria. Ikääntyessä unen tarve vähenee sekä unen rakenne on jo muuttunut. Unen rakenteen muutokset alkavat jo keski-iällä. Ne etenevät hitaasti ja ovat hyvin yksilöllisiä. Noin 70-vuotiaana voi havaita unen rakenteen muutokset selkeämmin. Keveän unen määrä on tällöin lisääntynyt ja syvän unen määrä on vähentynyt. Nämä asiat vaikuttavat siihen, että uni muuttuu pinnallisemmaksi. Tällöin esiintyy myös usein lyhytkestoista yönaikana tapahtuvaa heräämistä. Unen rakenteelliset muutokset liittyvät normaaliin vanhenemiseen. (Kivelä 2007, 21–25.)

Univaje sekä unen määrän vähyys saattaa aiheuttaa ikäihmisen muistin ja keskittymiskyvyn heikkenemistä, ärtyneisyyttä sekä väsymystä. Unella on monia tehtäviä, eikä niiden merkitys vähene ihmisen ikääntyessä. Uni palauttaa muun muassa fyysiset voimat sekä se auttaa asioiden mieleen painumisessa. Uni, kehon lepotalana sekä unien näkeminen tukevat psyykkistä hyvinvointia. Riittävän laadullisella unella on myös merkitystä tartuntatautien torjunnassa sekä lihomisen ehkäisyssä. (Kivelä 2007, 13–14.)

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että ikäihmisten käsitykset omista uniongelmistaan ja nukutun ajanjakson pituudesta eivät ole luotettavia. Ikäihmisillä unilääkkeiden käyttö on yleistä, mutta se sekoittaa ikääntymisen, unen pituuden ja vanhenemismuutosten välisten yhteyksien tutkimista. (Heikkinen E. 2003, 327.) Kevyen unen määrän lisääntyminen sekä yölliset valvehetket voivat johtaa siihen, että ikäihminen kokee unenlaadun muuttuneen katkonaiseksi, huonoksi ja pinnalliseksi. (Kivelä 2007, 25–26.) Ikäihmisten unessa tapahtuvat muutokset altistavat unettomuuden synnylle. Ikäihmisten, joilla esiintyy pinnallista sekä katkonaista unta, tulisi kiinnittää huomiota unen laadun sekä keston säilymiseen. (Kivelä 2009, 13.)

4.2 Unettomuus

Unettomuuteen vaikuttavat tekijät voidaan ikäihmisillä jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa unen rakenteen muutokset sekä erilaiset sairaudet (Haukka ym. 2005, 114). Näihin luetaan muun muassa erilaiset fyysiset oireet tai puutteellisesti hoidetut fyysiset sairaudet, tihentynyt virtsaamistarve yöaikaan, keuhko- ja sydänsairaudet, matala verenpaine sekä aivojen rakenteelliset muutokset, esimerkiksi dementia ja muistisairaudet sekä erilaiset psyykkiset sairaudet. (Kivelä 2009, 13.) Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi ympäristö, jossa ikäihminen saattaa tuntea itsensä turvattomaksi (Haukka ym. 2005, 114). Esimerkiksi ikäihmisen joutuessa hoitolaitokseen hänen untaan saattavat heikentää turvattomuuden tunne, erilaiset äänet hoitolaitoksessa, henkilökunnan käveleminen käytävillä, ovien avaaminen sekä yölliset hoitotoimenpiteet (Kivelä 2007, 140).

Unettomuudelle yleisimmin altistavia tai aiheuttavia tekijöitä ihmisen kaikissa ikävaiheissa ovat erilaiset murheet, surut, vaikeudet sekä elämänmuutokset. Näin syntynyt unettomuus on yleensä lyhytkestoista unettomuutta sekä uniryhti normalisoituu itsestään, mutta jaksamattomuus, elämän vaikeudet sekä valvominen saattavat johtaa kuitenkin unettomuuden pitkittymiseen. Masennustilat sekä muut psyykkiset ongelmat ja sairaudet saattavat myös edesauttaa unettomuuden synnylle. Tällöin ikäihminen saattaa herätä keskellä yötä ja murehtia erilaisia asioita tai hän herää aikaisin aamulla eikä pysty nukahtamaan uudelleen. Tällaisesta unettomuudesta kärsivällä ikäihmisellä esiintyy myös masennusoireita päivisin. (Kivelä 2009, 13.) Yksinäisyys ja sosiaalisen elämän puute vaikuttavat negatiivisesti uneen sekä altistavat unettomuudelle (Kivelä 2007, 46–47).

Unettomuus on hyvin henkilökohtaista, ihmisen itsensä kokema oire siitä, kuinka uni on laadultaan huonoa tai/ja kestoltaan lyhyttä. Unettomuutta on erilaista riippuen ikäihmisen omasta tunteesta sekä siitä kuinka hankalaksi hän tilanteensa kokee. Unettomuudeksi voidaan kokea vaikeus nukahtaa iltaisin, yölliset heräämiset ja valvomiset kuin myös toisaalta liian varhainen herääminen. Unettomuuden hoito perustuu syyn selvittämiseen, sillä unettomuuden taustalla on yleensä aina jokin syy. (Kivelä 2007, 32.) On huomioitava kuitenkin, että kukaan ei aina nuku hyvin. Muutaman yön valvomiset sekä huonolaatuinen uni kuuluu joka ikäryhmän normaaleihin sekä verrattain yleisiin tuntemuksiin. Tällaisesta ilmiöstä ei tarvitse vielä hermostua ja huolestua. Unen ollessa huonoa, katkonaista tai kestoltaan lyhyttä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan sekä henkilön ollessa väsynyt päiväsaikaan, voidaan puhua unettomuudesta. Tällöin tulisi selvittää unettomuuteen johtavat syyt, jotta henkilö saisi oikeanlaista hoitoa oireisiinsa sekä unettomuuteensa. (Kivelä 2009, 12–13.)

4.3 Normaalin unen ja unettomuuden ero

Normaalin unen ja unettomuuden välinen tärkeä ero on ikäihmisen päivittäinen virkeys ja toimintakyky. Unettomuus tuo mukanaan väsymystä, voimattomuutta ja toimintatarmon puutetta. Unettomuudesta kärsivä saattaa olla ärtynyt ja jopa muistin sekä keskittymiskyvyn heikkenemistä saattaa esiintyä päiväsaikaan. Iäkään ollessa tavanomaisesti virkeä ja tarmokas päivisin, sekä hänen muistaessaan asioita, eikä hän koe itseään ärtyneeksi tai hermostuneeksi niin pinnallinen ja katkonainen uni ei ole unettomuutta. (Kivelä 2007, 30–31.)

Unettomuutta esiintyy sekä lyhyt- että pitkäkestoista. Kun unettomuus on häirinnyt ikäihmistä kahdenkolmen kuukauden ajan tai kauemmin, tätä pidetään jo kroonisena unettomuutena eli puhutaan pitkäkestoisesta unettomuudesta. Pitkäkestoiseen unettomuuteen liittyy usein ikäihmisillä virheellisiä nukkumistottumuksia sekä unen laatua heikentäviä elämäntapoja päivisin. (Kivelä 2009, 12–13.) Näihin elintapoihin kuuluu muun muassa sosiaalisten toimintojen vähyys, harrastusten, liikunnan ja ulkoilun vähyys tai niiden puute sekä pitkäaikainen sängyssä makaaminen päivällä (Kivelä 2007, 140). Unen laatua heikentäviä syitä ovat myös kahvin juonti iltaisin, oman yönunen murehtiminen jo etukäteen ennen sänkyyn menoa, huono sänky ja liiallinen melu (Kivelä 2009, 13).

Unettomuus aiheuttaa päivisin väsymystä, toimintakyvyn huononemista, voimattomuutta, ärtyisyyttä sekä keskittymiskyvyn heikkenemistä, jopa muistin heikkenemistä. Unettomuuden syytä tulisi tutkia tarkemmin, jos ikäihminen itse kärsii siitä. (Kivelä 2007, 30–31.) Unettomuus lisää ikäihmisen tyytymättömyyttä nukkumiseensa. Se saattaa aiheuttaa käsien vapinaa, puuromaista puhetta sekä se saattaa vaikuttaa myös kipuherkkyyden kokemiseen. Unettomuus lisää ikäihmisten infektioalttiutta sekä laskee glukoosinsietokykyä. (Haukka ym. 2005, 114.)

5 IKÄIHMISTEN VAIVAT JA OIREET

Ikäihmisten taudinmääritys on monitahoista, sillä sairas ihminen on monioireinen ja hänellä saattaa olla useita eri sairauksia. Kliinisessä lääketieteessä oire tai oireiden yhdistelmä on merkki sairaudesta. Iäkkäiden omat tulkinnat ja tuntemukset oireista ja niiden määrästä, määräävät oleellisesti sen miten ja kuinka paljon oire haittaa esimerkiksi hänen päivittäisiä toimintoja. (Haukka ym. 2005, 95.)

5.1 Oireiden ja vaivojen erityispiirteet

Oireet ja vaivat vaikuttavat siihen kuinka ikäihminen hakeutuu hoitoon oireidensa vuoksi. Ihmiset sietävät kipua ja erilaista oireilua hyvin yksilöllisesti. He ilmaisevat sekä lievittävät kokemiaan kipuja ja oireitaan eritavalla, tähän vaikuttavat muun muassa elämäkokemus ja aikaisemmat sairaudet. (Haukka ym. 2005, 95.)

Iäkkäiden Ihmisten oireita tulee tarkastella heidän kokemuksista ja tulkinnoista käsin, kuin myös ulkoapäin, mitattavista ja todennettavista tapahtumista. Ihminen saattaa peitellä tai jopa vähätellä oireitaan, jolloin ulkopuolisen havainnointi on kokonaisvaltaista hoitoa ajatellen tärkeää. (Haukka ym. 2005, 95.)

Oirehdinta voi olla jopa päinvastaista kuin mitä sairauteen normaalisti kuuluisi. Esimerkiksi kilpirauhasen liikatoiminnasta kärsivän ikäihmisen ei välttämättä tarvitse olla touhukas, hän voi yhtä hyvin olla väsynyt ja masentuneen oloinen. Tai sairaalta henkilöltä saattaa puuttua jonkin sairauden tyypilliset oireet, esimerkiksi keuhkokuumetta sairastava ikäihminen ei välttämättä kuumeile lainkaan, vaan oireina voi olla vain epämääräinen väsymys. (Haukka ym. 2005, 95–96.)

Ikääntyvillä on vaarana infektioiden eteneminen kuumeettomana pitkälle, ennen kuin ne huomataan, sillä ikääntyessä kiputunto alenee. Henkilöillä saattaa esiintyä moninaisia yleisoireita, jotka eivät sinänsä viittaa mihinkään yksittäiseen sairauteen, esimerkiksi sekavuus, jonka taustalla voi olla vakavia hoitoa vaativia häiriötiloja tai lääkkeiden sivuvaikutuksia. Iäkäs ihminen ei välttämättä osaa ilmaista tuntemuksiaan tai oireitaan ymmärrettävällä tavalla, siksi on äärimmäisen tärkeää huomioida ihminen kokonaisvaltaisesti. (Haukka ym. 2005, 95–96.)

Iäkkäillä saattaa esiintyä erilaisia kipuja. Kipu on aina epämiellyttävä tuntemus. Kipukokemuksen taustalla saattaa olla elimellinen kudosvaurio, hermovaurio, kärsimyskokemus, joka saatetaan tulkita kipuna. Kivun tunteeseen vaikuttaa opittu reagointi, virheelliset käsitykset ja tiedot sekä pelot ja erilaiset tunnereaktiot. Kipuja saattaa esiintyä lääkkeiden sivuvaikutuksena, esimerkiksi statiinit (kolesterolia alentava lääke) saattavat aiheuttaa lihaskipuja. Ikäihmisen kivut voivat olla monen elimellisen syyn, yksilöllisen elämän sekä elinympäristön yhteissumma. (Haukka ym. 2005, 108.) Monet ihmiset saavat apua kipuihinsa vitamiineista ja hivenaineista. Erityisesti diabeetikkojen jalkasärkyyn ja puutumisoireisiin ikäihmiset ovat saaneet apua B-ryhmän vitamiineista. (Haukka ym. 2005, 113–114.)

Ikäihmisten valittamista oireista huimaus on särkyjen jälkeen toiseksi yleisin oire. Kaatumistapaturmat ja huimaus liittyvät vahvasti yhteen. Huimaus koetaan epämiellyttävänä tunteena, jolloin henkilö kokee olevansa hallitsemattomassa liikkeessä tai ympäristö hänen ympärillään tuntuu liikkuvan. He kuvaavat huimausta muun muassa maailman pyörimisenä, silmien sumenemisena, epätodellisena olona sekä epätasapainon tunteena. Huimausta voi esiintyä jatkuvana tai se voi liittyä ohimenevästi joihinkin tilanteisiin. Huimausoireille altistavat normaalit vanhenemismuutokset tasapainoa ylläpitävissä järjestelmissä. (Haukka ym. 2005, 118–120.)

Ikääntyvän ihmisen aistit hidastuvat, jolloin niiden kautta saattaa tulla vääristynyttä tietoa sekä vähemmän informaatiota. Huimausoireet voidaan luokitella korva-peräiseksi, näkörataperäiseksi tai aivoperäiseksi. Iäkkään huimaukselle on monia eri syitä, esimerkiksi heikko näkö, sisäkorvan rappeuma, heikentynyt asentotunto tai aivoverenkierronhäiriöt voivat aiheuttaa huimausta. Huimauksen taustalla saattaa olla myös erinäisiä sairauksia kuten verenpaineauti, sydämen rytmihäiriöt, diabetes, Parkinsonin tauti, anemia, hapetusvaje, yleiskunnon lasku, stressi, väsymys sekä psyykkiset sairaudet. Huimausta saattaa esiintyä myös psykosomaattisena oireena. (Haukka ym. 2005, 118–120.)

5.2 Ikäihmisten hoidon haasteita

Ikäihmisten hoidon järjestäminen sekä työntekijöiden vanheneminen ja eläkkeelle jääminen ovat suuria haasteita tänä päivänä ja tulevaisuudessa vanhustenhoidossa. Työssäkäyvät ihmiset vanhenevat, jolloin vanhusväestö kasvaa ja samanaikaisesti työssäkäyvä väestö vähenee. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 2.)

Heidän monioireisuus sekä monien sairauksien sairastavuus on suuri haaste terveydenhuoltohenkilökunnalle. Se johtaa usein ikäihmisten runsaaseen lääkitsemiseen, erilaisten lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja sitä kautta heidän toimintakyvyn heikkenemiseen tai jopa sen menettämiseen. Lääkkeet saattavat aiheuttaa erilaisia sivuoireita, kuten väsymystä, huimausta, kaatuilua, pahoinvointia, ummetusta, ripulia, kaksoiskuvia, muistin heikkenemistä, käytöshäiriöitä ja sekavuutta. (Haukka ym. 2005, 95–96.)

Hoidon haasteena on nykyään vastata kasvavan vanhusväestön sosiaalisiin, fyysisiin, psyykkisiin ja terveydellisiin tarpeisiin. Gerontologista ja geriatriasta tietoa tulee lisätä kaikissa hoitopaikoissa sekä henkilökunnan asiantuntemusta tulee syventää. Yhteistyötä eri yritysten ja 3. sektorin kanssa tulee lisätä iäkkäiden toimintakyvyn sekä tarpeiden pohjalta niin, että ikääntyneellä säilyy itsemääräämisoikeus sekä hänellä on mahdollisuus valita palveluntuottajansa. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 7–10.)

Iäkkäiden sairaudet ja oireet ovat moninaisia, se lisää hoidon haastavuutta (Haukka ym. 2005, 95). Dementiaa sairastava ihminen saattaa kärsiä masennuksesta, ahdistuksesta tai levottomuudesta, sillä dementia laskee ihmisen henkistä suoriutuskykyä, vaikuttaa muistiin ja tarkkaavaisuuteen (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 10). Tämä vaikuttaa dementiaa sairastavan avun- ja hoidontarpeeseen, esimerkiksi kuinka hyvin dementiaa sairastava henkilö pärjää kotonaan ja minkälaisista apua hän tarvitsee.

Sairaanhoitajalehdessä 3/2000 käsiteltiin Seija Arven tekemää väitöskirjaa, joka käsitteli vanhusten masennuksen ja muistihäiriöiden esiintymisen yleisyyttä. Artikkelissa kerrottiin hoitohenkilökunnan keskittyvän enemmänkin hoitamaan iäkkäiden potilaiden somaattisia oireita. Hoitohenkilökunta tunnisti artikkelin mukaan huonosti heidän lievät masennusoireet. Vakavasti masentuneet iäkkäät tunnistettiin helpommin. Kuitenkin tulisi pyrkiä tunnistamaan myös lieväoireiset, näin ennaltaehkäistäisiin heidän eri hoitolaitoksiin hakeutumisen ilman vakavaa syytä sekä heitä pystyttäisiin tukemaan hoidollisesti paremmin ja heidät saataisiin ohjattua oikeaan hoitoon ajoissa, kun lievä masennus tunnistettaisiin nopeammin. Tällöin ennaltaehkäistäisiin myös toimintakyvyn aleneminen. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, että ikäihmisten sosiaalisissa suhteissa tapahtuvat muutokset ovat usein merkki alakuloisuudesta ja lievästä masennuksesta. Tällaisia muutoksia saattavat olla muun muassa ystävien puute, aiempaa heikompi osallistuminen harrastuksiin tai muihin sosiaaliin tapahtumiin. (Katajarinne 2000, 40–41.)

Ikäihmisten hoidon haasteeksi ja tavoitteeksi voidaan luokitella myös omatoimisen kunnon ylläpitäminen. Iäkkäiden tulisi paremmin tutustua heille tarkoitettuihin tukiverkostoihin sekä liikuntamuotoihin ja heille tulisi lisätä entisestään uusia palveluja. Iäkkäitä aktivoimalla tuetaan kotonaan asuvien turvallista ja laadukasta elämää moneksi vuodeksi eteenpäin. Samalla ehkäistään yksin asuvien laitoksiin joutuminen. Pitkällä aikavälillä siitä hyötyy sekä yksilö itse että yhteiskunta. (Karttunen 2009, 40.)

Ikääntyneiden hoitoon tuovat omat haasteensa lääkitykset. Heidän lääkkeiden käyttö on lisääntynyt, etenkin mieliala- ja masennuslääkkeitä sekä uni- ja rauhoittavia lääkkeitä käytetään yhä enemmän. Samalla on lisääntynyt iäkkäiden alkoholin kulutus. Syynä tähän saattaa olla muun muassa yksinäisyys, masentuneisuus ja toimettomuus. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 12.)

Kaitasuon (2007) mukaan ikäihmiset käyttävät alkoholia yksinäisyyteen sekä pakokeinona mielenterveysongelmissa ja ahdistuksessa. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista iäkkäät tietävät vähän. Alkoholin käyttö lisää muun muassa kaatumisia, huimausta sekä verensokerin laskua. Ikäihmiset kestävät alkoholia ja sen seurauksia huonommin kuin nuoremmat, koska heidän aineenvaihduntansa on hitaampaa. Kuitenkin tämänkaltaiset oireet liitetään monesti ikääntymiseen tai johonkin sairauteen liittyväksi eikä alkoholista aiheutuvaksi. (Kaitasuo 2007.)

Vanhuspsykiatri Pirjo Juhelan kirjoittamassa artikkelissa tuodaan esille, että amerikkalaisten tutkimusten mukaan yli 60-vuotiaista 1–4 %:lla esiintyy alkoholiriippuvuutta sekä 10–15 %:lla esiintyy ongelmajuomista. Hän toteaa samassa artikkelissa, että Suomessa ikääntyvien alkoholiongelmien odotetaan merkittävästi lisääntyvän suurten ikäluokkien saavuttaessa eläkeiän muutaman vuoden sisällä. (Juhela 2007.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vaasalaisten ikäihmisten mielenterveydestä. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa vaasalaisten ikäihmisten tämänhetkisestä mielenterveydestä, jota Vaasan kaupunki pystyisi tulevaisuudessa hyödyntämään ikäihmisille suunnatussa viriketoiminnassa. Tulosten perusteella oli tarkoitus saada lisätietoa minkälaista tukea ikäihmiset tarvitsevat mielenterveytensä kohentamiseksi. Näin ollen tarkoituksena oli, että Vaasan kaupunki pystyisi tukemaan ikääntyneitä turvalliseen ja omatoimiseen sekä virikkeelliseen elämään entistäkin paremmin. Yhtenä tavoitteena oli myös tutkijan oman ammattitaidon kasvu sekä mahdollisuus syventää tietotaitoa ikäihmisten mielenterveyden osalta. Tutkimuksesta saaduilla tuloksilla voidaan kehittää myös terveydenhoitajien sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa ikäihmisten mielenterveysongelmia sekä antaa tukea ja tietoa mielenterveysongelmista kärsiville ikäihmisille.

6.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Paljonko ikäihmisillä esiintyi uniongelmiä?
2. Miten paljon uniongelmiä esiintyi tutkimus- ja kontrolliryhmien sekä sukupuolten välillä?
3. Paljonko edellä mainituissa ryhmissä esiintyi vaivoja ja oireita?
4. Paljonko ikäihmisillä esiintyi itse koettua masennusta?
5. Kuinka paljon itse koettua masennusta esiintyi ryhmien ja sukupuolten välillä?
6. Paljonko ahdistuneisuutta esiintyi edellä mainittujen ryhmien edustajilla?
7. Miten paljon ikäihmisillä esiintyi energisyyttä ja mikä tilanne oli ryhmien ja sukupuolten välillä?
8. Kuinka suuri joukko molemmissa ryhmissä oli riskissä masentua?

7 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄT

Tutkimukseen valittiin vapaaehtoisia ikäihmisiä Vaasan keskustan alueelta. Tutkimukseen osallistujia oli yhteensä 172 kappaletta. Heidät jaettiin tutkimus- ja kontrolliryhmiin. Kohderyhmään hyväksymisen kriteereinä oli, että henkilöt olivat vuoden 2010 tammikuun alusta elokuun loppuun mennessä täyttäneet vähintään 70 vuotta. Tutkimus- ja kontrolliryhmään kuuluvat ikäihmiset olivat omassa kodissaan pärjääviä ja asuvia eläkeläisiä.

7.1 Tutkimusryhmä

Tutkimusryhmään valittiin vapaaehtoisia vaasalaisia. Tutkimusryhmän (N=95) yhtenä kriteerinä oli, että ryhmäläiset osallistuivat ohjattuun kuntosalitoimintaan koko tutkimusjakson ajan.

Tutkimusryhmään kuuluvat osallistuivat kuntosaliharjoitteluun Ikäkeskuksessa kaksi kertaa viikossa intervallityyppisesti. He harjoittelivat salilla kaksi ja puoli kuukautta ja sen jälkeen oli samanpituisen tauko harjoittelusta. Tutkimusjakso oli yhteensä 15 kuukautta, jona aikana tutkimusryhmäläiset osallistuivat kuntosaliharjoitteluun kolme kertaa kahden ja puolen kuukauden jaksoissa.

Tutkimusryhmäläiset pystyivät tutkimushankkeen aikana harrastamaan lisäksi omatoimista liikuntaa, esimerkiksi uintia tai sauvakävelyä. Omatoimista liikuntaa ei kontrolloitu tai tutkittu tässä tutkimuksessa lainkaan.

7.2 Kontrolliryhmä

Kontrolliryhmään (N= 77) kuuluvien kriteereinä oli muun muassa, että he kykenivät asua omassa kodissa. Osallistujat eivät myöskään saaneet kuulua Ikäkeskuksen kuntosalitoimintaan entuudestaan.

Kontrolliryhmäläiset täyttivät ainoastaan kuntosalin hakulomakkeen soveltuvin osin, jotta lähtötilanne olisi ollut sama kuin tutkimusryhmäläisillä. Kontrolliryhmäläisille ei tarjottu intervalliharjoittelua Ikäkeskuksen kuntosaleilla. He saivat harrastaa liikuntaa omaehtoisesti niin paljon kuin halusivat, mutta heille ei ollut järjestetty ohjattua kuntosalitoimintaa. Heidän liikuntaharrastustaan ei myöskään kontrolloitu tai tutkittu mitenkään.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksesta oli informoitu vaasalaisia ikäihmisiä jo kesäkuussa 2010. Tällöin tutkimuksen aineiston keruu käynnistyi muun muassa radiomainoksin sekä lehti-ilmoituksin. Tutkimuksesta pidettiin myös vapaaehtoinen, kaikille avoin ja maksuton informaatiotilaisuus Ikäkeskuksen seniori-infossa toukokuussa 2010, jossa kerrottiin Ikäkeskuksen toiminnasta. Radio- ja lehtimainoksissa ja seniori-infossa kerrottiin Ikäkeskuksessa toimivasta kuntosalitoiminnasta, tutkimushankkeesta sekä siitä, miten tutkimukseen pystyi osallistumaan. Näiden toimenpiteiden pyrkimyksenä oli saada mahdollisimman moni ikäihminen hakeutumaan kuntosalitoiminnan piiriin. Hakukaavakkeita ikäihmiset saivat kansalaisinfosta Vaasan pääkirjastosta sekä Ikäkeskuksen kaikista toimipaikoista.

Tutkimushankkeesta vastaava henkilö Hannele Laaksonen keräsi tutkimusryhmään ja kontrolliryhmään osallistujat. Kontrolliryhmään sopivien osallistujien perustiedot saatiin Vaasan kaupungin kaupunkisuunnittelusta. Kontrolliryhmän aineisto kerättiin systemaattisena otantana aakkojärjestyksessä. Systemaattinen otanta tarkoittaa sitä, että esimerkiksi joka kuudes mahdollisista tutkittavista valitaan otokseen ja aloituskohta arvotaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79). Alun perin kontrolliryhmään kutsuttiin 210 henkilöä, mutta siihen osallistui vain 77 miestä ja naista.

Tutkimusryhmäläiset (n=95) valittiin kuntosalille hakeneiden joukosta. Valinnan perusteena oli hakijan toive saada osallistua kuntosaliharjoitteluun kaksi kertaa viikossa. Kuntosaliharjoitteluun tuli sitoutua koko tutkimuksen ajaksi. Elokuussa 2010 päätettiin tutkimusryhmään osallistujat.

Kysely toteutettiin Vaasan Ikäkeskuksessa pienissä ryhmissä, jotka kutsuttiin paikan päälle tiettyinä aikoina. Tutkittavat vastasivat kyselyyn, jonka tutkimushankkeesta vastaava jakoi heille. Ennen kyselyyn vastaamista tutkimushankkeesta vastaava henkilö esitteli ryhmille tutkimuksen tarkoituksen. Tutkittaville kerrottiin myös, että kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavat täyttivät ”Hakemus kuntosalin liikuntaryhmään” -lomakkeen, jossa selvitettiin muutamia taustatekijöitä muun muassa nimi ja ikä (LIITE 1).

Tutkittaville korostettiin, että nimi ja osoitetiedot tulevat vain tutkimushankkeesta vastaavan henkilön tietoon ja tutkijalle kaikki tiedot tulevat anonymieinä niin, että ketään ei pystytä tunnistamaan missään tutkimuksen vaiheessa. Lisäksi ryhmille kerrottiin, että aineistosta tehdään myös osatutkimus.

Kyselykaavakkeet käytiin myös yhdessä läpi ja tarvittaessa tutkittavilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä mikäli he eivät ymmärtäneet kysymyksiä. Vastaajia kehoitettiin rehellisesti vastaamaan kyselykaavakkeissa oleviin kysymyksiin.

Tutkimukseen osallistujat saivat rauhassa täyttää kyselykaavakkeet ja palauttaa ne tutkimushankkeesta vastaavalle henkilölle. Tutkimusryhmäläisten sekä kontrolliryhmäläisten tiedot kerättiin 1.9.2010–15.1.2011.

8.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena poikkileikkaustutkimuksena. Tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin valmiita strukturoituja kyselykaavakkeita. Depressioseula GDS-15 sekä Elämänlaatumittari 15D -kaavaketta. (LIITE 1). Tutkija sai poikkileikkausaineiston maaliskuussa 2011.

Tässä opinnäytetyössä saatiin tietoa alkutilanteesta, jolloin tutkimusryhmä ja kontrolliryhmä aloittivat tutkimus- ja seurantajakson sekä tutkimusryhmä aloitti ohjatun kuntosaliharjoittelun.

8.1.1 Depressioseula GDS-15-mittari

GDS-15 kyselykaavake on tarkoitettu ikääntyneen ihmisen mielialan ja masentuneisuuden tutkimiseen. GDS kyselykaavakkeessa on 15 kysymystä, johon vastataan vaihtoehtoilla kyllä tai ei. Kaavakkeen täytön yhteydessä vastaajia kehoitetaan rehellisesti vastaamaan millaisia oireita heillä on esiintynyt viimeisen kuukauden aikana. Depressioseula-kaavakkeella tutkitaan vastaajien mahdollisia depression-oireita. Vastaukset ovat pisteytettyjä ja yli kuusi pistettä antava tulos antaa aiheutta depression epäilyyn. Tällä mittarilla saadaan selvyyttä siitä, kuinka suuri riski ikäihmisillä on masentua. Käytettäessä asteikkoa dementiaoireisella tulee huomioida hänen mahdollinen kyvyttömyytensä arvioida omaa tilannettaan. GDS-kyselykaavakkeen voi täyttää joko vastaaja itse tai esimerkiksi hoitaja. (Hyttinen 2003, GDS-mittari 2005 & Koponen 2006).

8.1.2 Elämänlaatumittari 15D

Elämänlaatumittari 15D on yleinen, kokonaisvaltainen, moniulotteinen (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen) standardoitu ja itse täytettävä kysely. Elämänlaatumittarissa on 15 erilaista monivalintakysymystä, jotka ovat: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot (päivittäiset toiminnot), henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. (Sintonen 2009, 288.) Tämä mittari on validi eli sitä on testattu ja käytetty erilaisissa tutkimuksissa niin paljon, että esitestausta ei tarvinnut suorittaa ennen tätä tutkimusta.

Tässä kyselykaavakkeessa vastaajia kehoitetaan rehellisesti vastaamaan tuntemuksistaan viimeisen kuukauden ajalta. Vastaaja ympyröi kunkin kysymyksen kohdalta terveyttään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon.

15D-Elämänlaatukselykaavakkeesta tässä tutkimuksessa käytettiin niitä kysymyksiä, jotka antoivat tietoa mielenterveydestä eli nukkuminen, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus sekä energisyys.

8.2 Aineiston analysointi

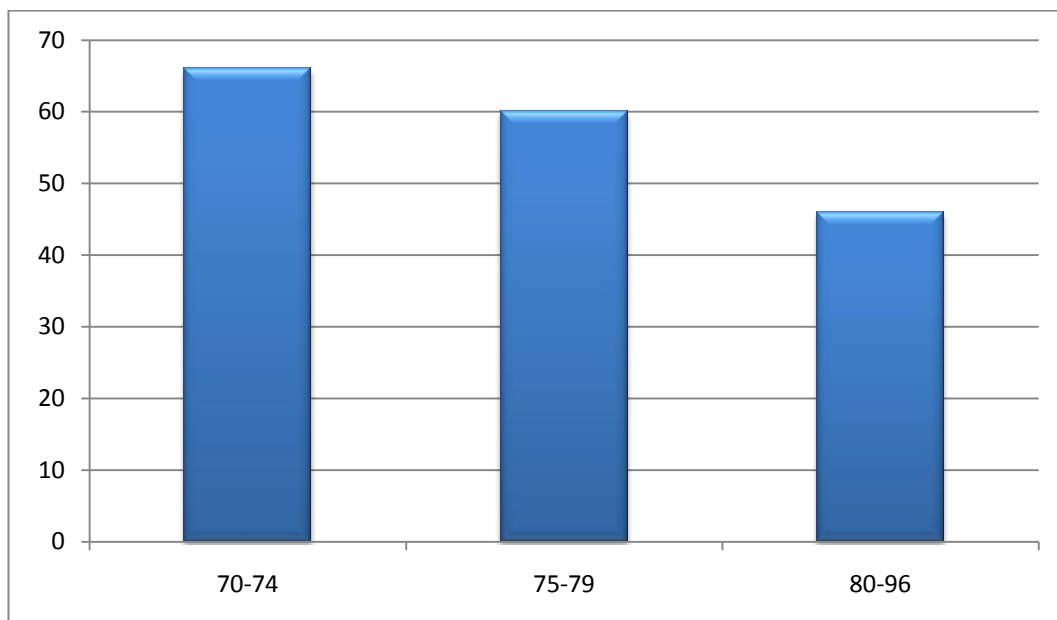
Valmis aineisto saatiin analysoitavaksi SPSS 17.0 -tiedostoon tallennettuna maaliskuussa 2011. Tallennustyön oli tehnyt Ikäkeskuksen tutkimusassistentti. Kvantitatiivinen tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 -tilastointiohjelmalla. Tulokset olivat valmiiksi koodattuja numeerisessa muodossa tilastointiohjelmassa muuttajaluettelona. Näistä muuttujista laskettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia sekä tehtiin ristiintaulukointeja. Tulokset kirjoitettiin auki ja niitä havainnollistettiin tekstin yhteydessä kuvioilla.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 172 vastaajaa. Tutkimusryhmäläisiä oli yhteensä 95 ja kontrolliryhmäläisiä oli yhteensä 77 henkilöä.

Tutkimukseen osallistujista yli puolet (58,4 %) oli naisia ja miehiä oli vastaavasti 41 %. Yksi vastaaja jätti kertomatta sukupuolensa. Vastaajien ikäjakauma oli 70–96 vuotta. Vastaajista suurin osa (38 %) oli 70–74 -vuotiaita ja 75–79 -vuotiaita oli 35 % vastaajista. (Kuvio 1) Vähän yli puolet vastaajista (53,2 %) kertoi asuvansa yksin ja alle puolet (45,1 %) kertoi asuvansa avio-/avopuolison kanssa.



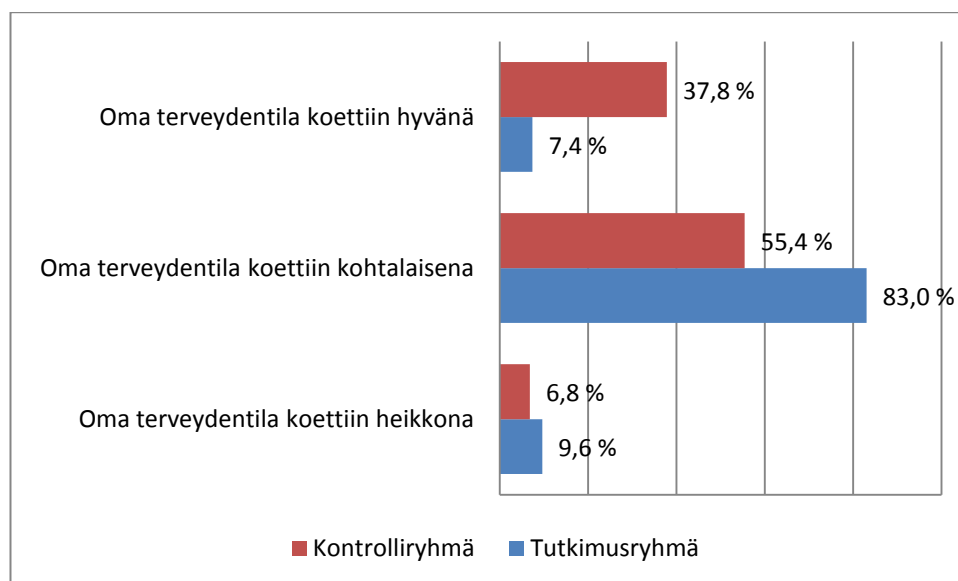
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma ryhmittäin (N=172).

9.2 Vastaajien terveydentila

Suurin osa vastaajista (68,8 %) arvioi oman terveydentilansa kohtalaiseksi. Vastaajista viidesosa (20,2 %) koki terveytensä hyväksi ja vain 8,1 % koki terveydentilansa heikoksi.

Suurin osa naisista (78 %) ja miehistä (60,3 %) koki oman terveytensä kohtalaiseksi. Hyvänä omaa terveyttään piti miehistä 26,5 % ja naisista 17 %. Miehistä 13,2 % koki terveytensä heikoksi, naisista vain 5 %.

Tutkimusryhmäläisistä melkein kaikki eli 83 % tunsivat terveytensä kohtalaiseksi. Kontrolliryhmäläisistä kohtalaiseksi oman terveydentilansa koki puolet (55,4 %) vastaajista. Kontrolliryhmäläisistä piti omaa terveyttään hyvänä 37,8 %, kun vain 7,4 % tutkimusryhmäläisistä arvioi samoin. Heikoksi oman terveydentilansa luokitteli 9,6 % tutkimusryhmäläisistä ja 6,8 % kontrolliryhmäläisistä. (Kuvio 2) Kysymykseen jätti vastaamatta 5 henkilöä.



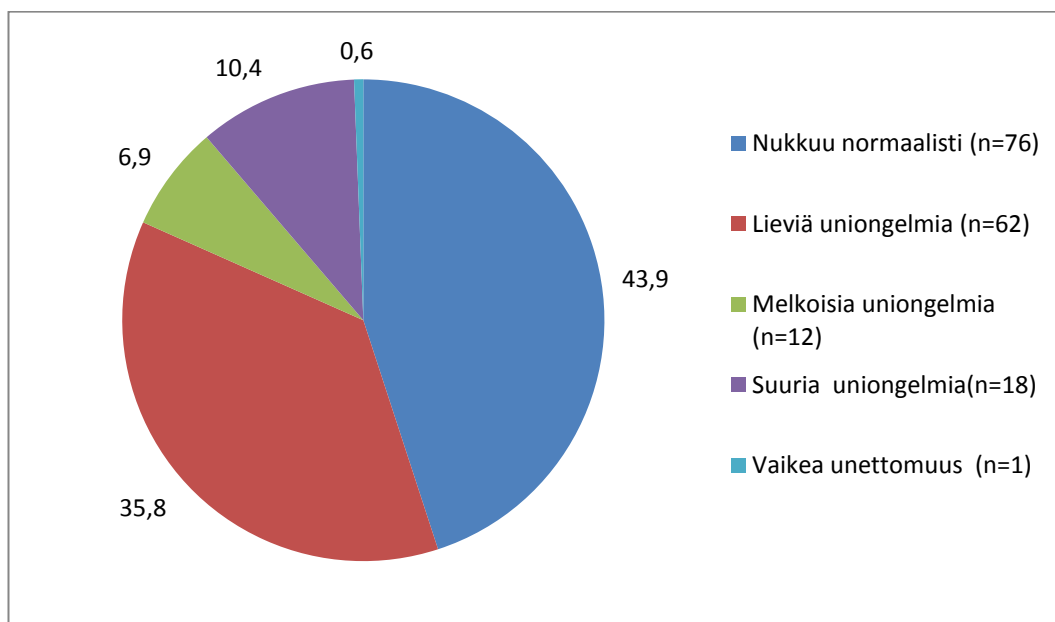
Kuvio 2. Kontrolli- ja tutkimusryhmäläisten koettu terveydentila (%), (n=168).

9.3 Tulokset 15D-elämänlaatumittarista

Tässä tutkimuksessa käytettiin Elämänlaatumittarista osioita: nukkuminen, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja energisyys.

9.3.1 Nukkuminen

Suurin osa vastaajista (43,9 %) kertoi nukkuvansa normaalisti, eikä heillä esiintynyt minkäänlaisia uniongelmia. Lieviä uniongelmia, esimerkiksi nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä, esiintyi vastaajista noin joka kolmannella (35,8 %). Suuria uniongelmia esiintyi 10,4 % vastaajista. Tämän ryhmän vastaajat joutuivat käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkkeitä ja siitäkin huolimatta he heräilivät säännöllisesti öisin ja/tai aamuisin liian aikaisin. Vastaajista 6,9 %:lla ilmeni melkoisia uniongelmia, esimerkiksi he nukkuivat levottomasti tai uni ei tuntunut heistä riittävältä. Vaikeasta unettomuudesta kärsi 0,6 % eli yksi vastaajista. Unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen tuntui jopa lähes mahdottomalta ja vastaaja valvoi suurimman osan yöstä. (Kuvio 3) Koko tutkimusryhmästä 4 henkilöä (2,3 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

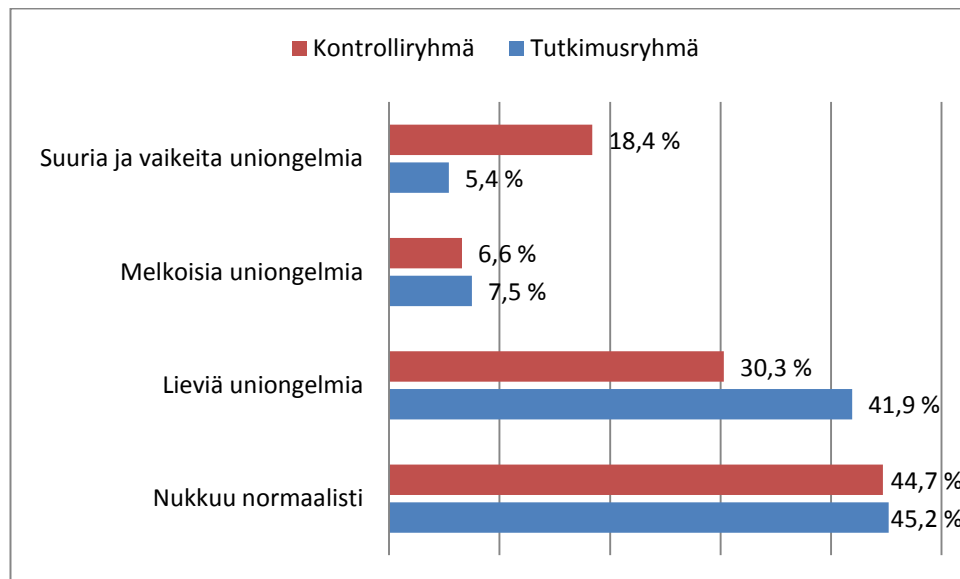


Kuvio 3. Uniongelmien esiintyvyys (%) sekä vastaajien määrä (n).

Miehistä puolet (50 %) nukkui normaalisti, eikä heillä esiintynyt minkäänlaisia uniongelmia, naisilla vastaava luku oli 41,4 %. Lieviä uniongelmia eli nukahtamisvaikeuksia tai satunnaisia yöheräilyjä esiintyi lähes yhtä paljon miehillä (37,1 %) kuin naisillakin (36,4 %). Suurista tai vaikeista uniongelmissa naiset kärsivät (14,1 %) miehiä useammin (7,1 %). Tämän ryhmän vastaajat käyttivät usein tai säännöllisesti unilääkettä, heräsivät säännöllisesti yöllä ja/tai aamulla liian varhain. Melkoisia uniongelmia esiintyi naisilla (8,4 %) lähes puolet enemmän kuin miehillä (5,7 %). Tämän ryhmän vastaajista uni ei tuntunut riittävältä tai nukkuminen oli levotonta.

Lähes puolet molempien ryhmien edustajista (tutkimusryhmä 45,2 %, kontrolliryhmä 44,7 %) kertoi nukkuvansa normaalisti, eivätkä he kärsineet minkäänlaisista uniongelmissa. Ryhmien välillä ei esiintynyt suuria eroja myöskään lievästä unioireista kärsivien kohdalla (tutkimusryhmä 41,9 %, kontrolliryhmä 30,3 %).

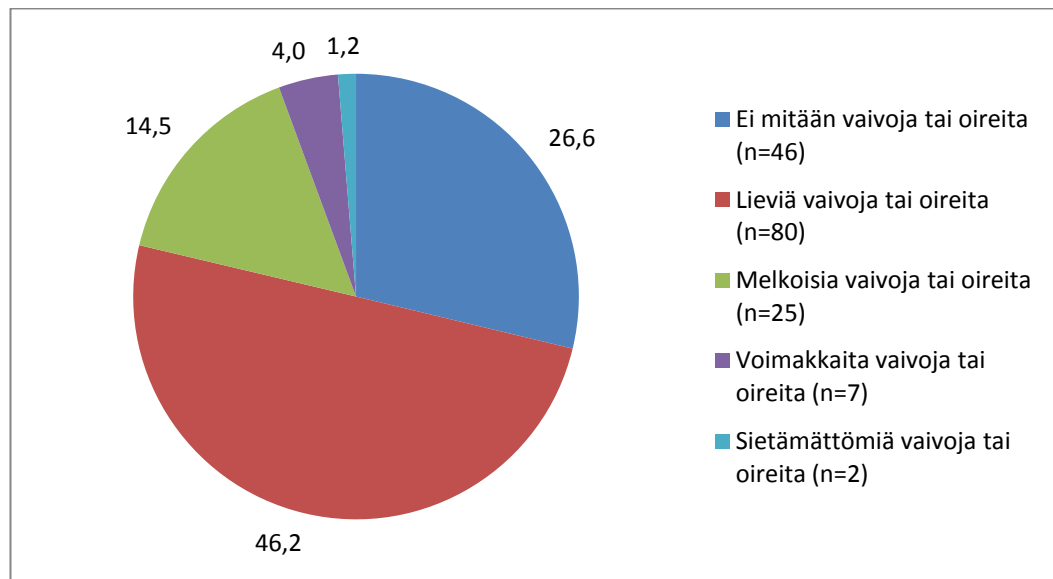
Merkittävä ero ryhmien välissä oli niiden vastaajien kohdalla, jotka kokivat kärsivänsä suuresta ja vaikeasta unettomuudesta. Heillä esiintyi suuria uniongelmia unilääkkeiden useasta tai säännöllisestä käytöstä huolimatta sekä he heräilivät säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain. Kontrolliryhmäläisistä 18,4 % kertoi kärsivänsä suuresta tai vaikeasta unettomuudesta, mikä on lähes joka viides kontrolliryhmäläinen, kun vastaavasti tutkimusryhmästä vain 5,4 % arvio samoin. Melkoisia uniongelmia esiintyi molemmilla ryhmillä lähes yhtä paljon, kontrolliryhmällä (6,6 %) hieman tutkimusryhmää (7,5 %) harvemmin. Tämän ryhmän vastaajat nukkuivat levottomasti tai uni ei tuntunut heistä riittävältä. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Uniongelmien esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=169).

9.3.2 Vaivat ja oireet

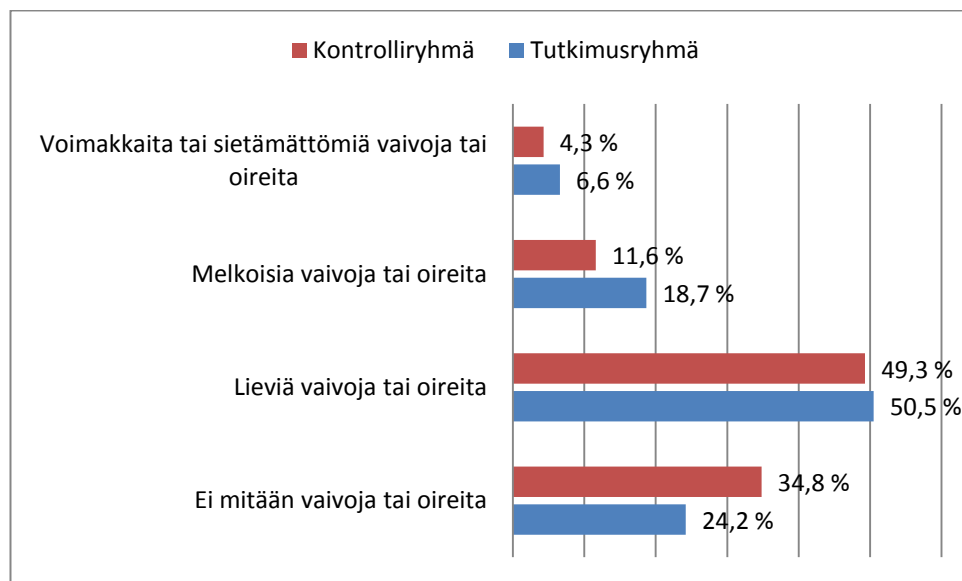
Lähes puolet vastaajista (46,2 %) kärsi lievistä vaivoista ja oireista, esimerkiksi heillä esiintyi lievää kipua, särkyä, pahoinvointia tai kutinaa. Kuitenkin lähes neljännes vastaajista (26,6 %) kertoi, että heillä ei esiintynyt mitään edellä mainituista oireista. Melkoisista vaivoista kärsi joka kuudes vastaaja eli 14,5 %. Vastaajista 4 %:lla esiintyi voimakkaita vaivoja tai oireita, esimerkiksi voimakasta kipua ja vain 1,2 % eli vain kahdella henkilöllä esiintyi sietämättömiä vaivoja ja oireita. (Kuvio 5) 13 osallistujaa jätti vastaamatta tähän osioon.



Kuvio 5. Vaivojen ja oireiden esiintyvyys (%) sekä vastaajien lukumäärä (n).

Noin puolet miehistä (50,8 %) ja melkein saman verran naisista (49,5 %) kertoi kärsivänsä lievistä oireista eli heillä esiintyi esimerkiksi lievää kipua tai särkyä. Miehistä 32,3 % ja naisista 26,2 % kertoi, ettei heillä esiintynyt minkäänlaisia oireita tai vaivoja. Melkoisia oireita eli kipua, särkyä, pahoinvointia ja niin edelleen esiintyi naisilla lähes viidenneksellä vastanneista (17,9 %) kun vastaava luku miehillä oli hiukan pienempi (12,3 %). Voimakkaista tai sietämättömistä kivuista kärsi vastanneista 6,4 % naisista ja hieman pienempi määrä miehistä (4,6 %).

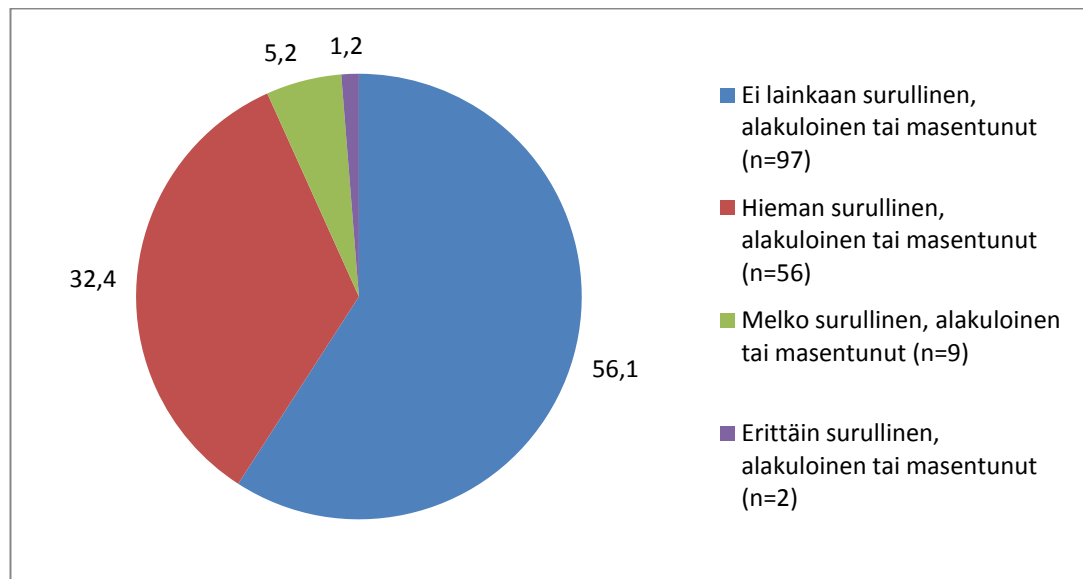
Tutkimus- (50,5 %) ja kontrolliryhmällä (49,3 %) esiintyi lähes puolella vastaajista lieviä oireita tai vaivoja. Kuitenkin 34,8 %:lla kontrolliryhmän vastaajista ei esiintynyt mitään vaivoja tai oireita. Vastaava luku tutkimusryhmäläisillä (24,2 %) oli pienempi. Tutkimusryhmäläisillä esiintyi melkoisia oireita ja vaivoja eli melkoisia kipuja ja särkyjä 18,7 %:lla vastaajista, kun taas kontrolliryhmän vastaava luku oli alempi (11,6 %). Voimakkaita ja sietämättömiä oireita ja vaivoja esiintyi tutkimusryhmäläisillä 6,6 % ja kontrolliryhmäläisillä 4,3 %. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Vaivojen ja oireiden esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=160).

9.3.3 Masentuneisuus

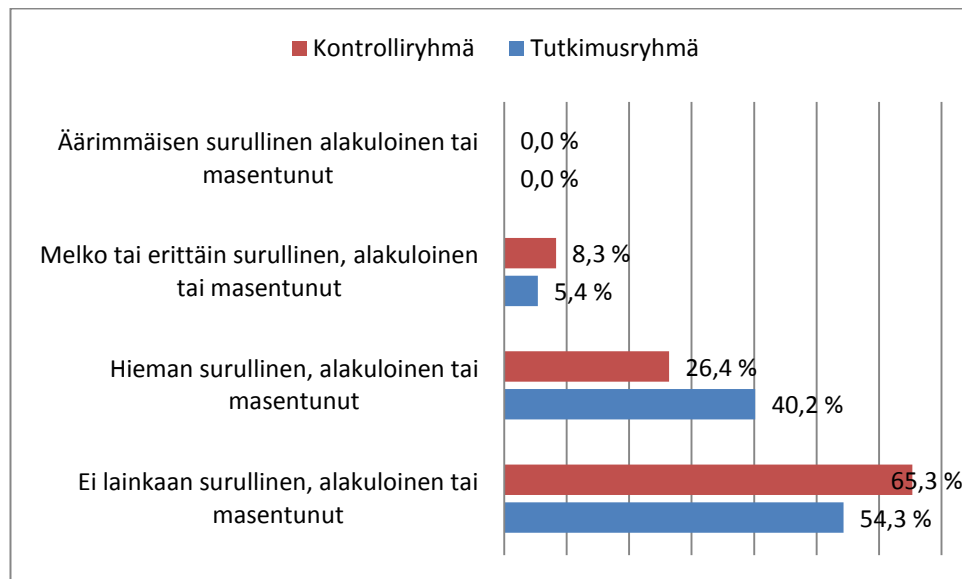
Yli puolet vastaajista (56,1 %) ei tuntenut itseään lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Vastanneista joka kolmas (32,4 %) koki itsensä hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi vastaajista itsensä koki 5,2 %. Kun taas erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi vastaajista koki itsensä 1,2 % eli kaksi vastaajaa. Vastaajista yksikään ei kokenut itseään äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. (Kuvio 7) Yhdeksän henkilöä jätti vastaamatta tähän kysymykseen eli 5,2 % koko ryhmästä.



Kuvio 7. Itse koetun masentuneisuuden esiintyvyys (%) sekä vastaajien lukumäärä (n).

Miehistä suurin osa (68,7 %) ei tuntenut itseään lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Vastaavasti naisista hieman yli puolet (52,6 %) tunsivat samoin. Naisista 40,2 % tunsivat itsensä hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi kun vastaava luku miehillä oli 25,4 %. Melko tai erittäin surulliseksi, alakuloiseksi ja masentuneeksi tunsivat naisista 7,3 % ja miehistä hieman harvempi eli 6 %. Naisista eikä miehistä kukaan tuntenut itseään äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

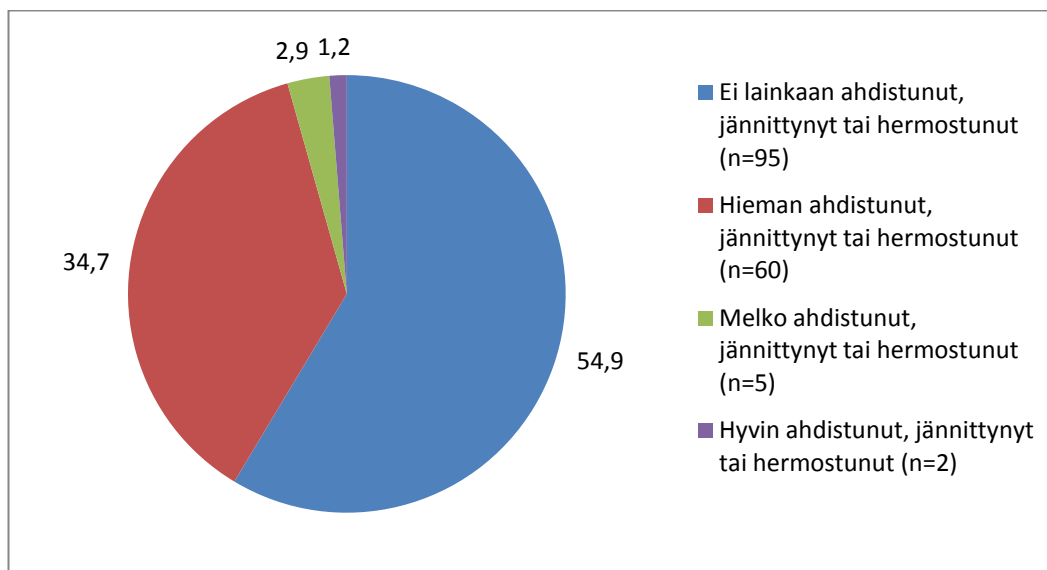
Kontrolliryhmäläisistä yli puolet (65,3 %) ei tuntenut itseään lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Tutkimusryhmäläisistä noin puolet tunsivat samoin (54,3 %). Hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi tutkimusryhmäläisistä tunsivat itsensä 40,2 % kun taas kontrolliryhmäläisten luku oli huomattavasti pienempi eli 26,4 %. Melko tai erittäin surulliseksi itsensä tunsivat 8,3 % kontrolliryhmäläisistä ja 5,4 % tutkimusryhmäläisistä. Kummassakaan ryhmässä ei esiintynyt henkilöitä, jotka olisivat tuntenut itsensä äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Itse koetun masentuneisuuden esiintyvyys, kontrolli- ja tutkimusryhmissä (n=164).

9.3.4 Ahdistuneisuus

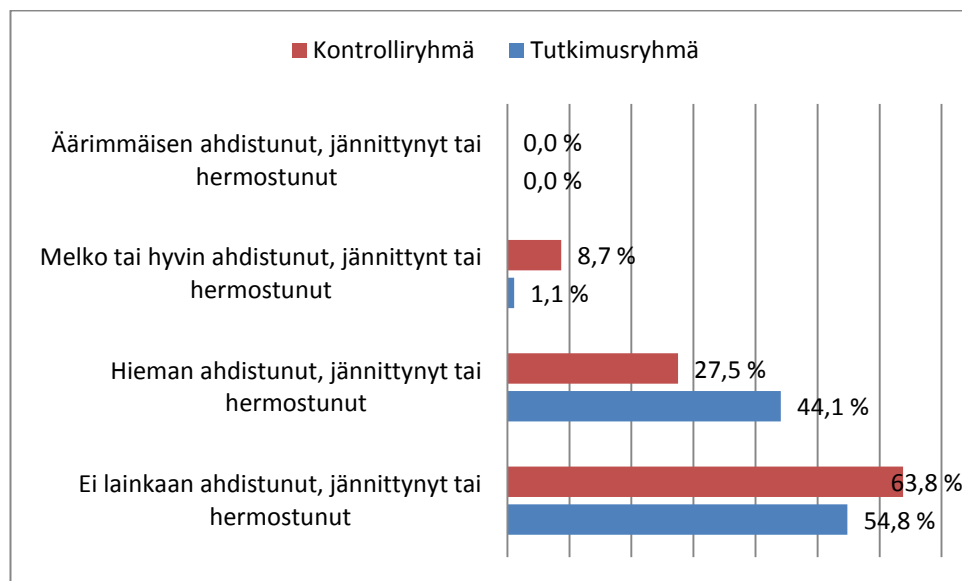
Hieman yli puolet vastaajista (54,9 %) ei tuntenut itseään lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. Kuitenkin vastaajista joka kolmas (34,7 %) tunsi itsensä hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. Itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi tunsi 4,1 %. Kukaan vastaajista ei kokenut itseään äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. (Kuvio 9) Ahdistuneisuuskysymykseen jätti vastaamatta 11 osallistujaa.



Kuvio 9. Itse koetun ahdistuneisuuden esiintyvyys (%), vastaajien lukumäärä (n).

Miehistä yli puolet (63,8 %) ei tuntenut itseään lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. Naisilla luku oli pienempi (52,6 %). Hieman ahdistuneiksi itsensä tunsivat naisista vajaa puolet (42,1 %) kun vastaava luku oli miehillä pienempi (29,9 %). Melko tai hyvin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi itsensä tunsivat naisista 5,3 %. Miehistä samoin tunsivat vain 3 %. Äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi ei kokenut itseään kukaan miehistä tai naisista.

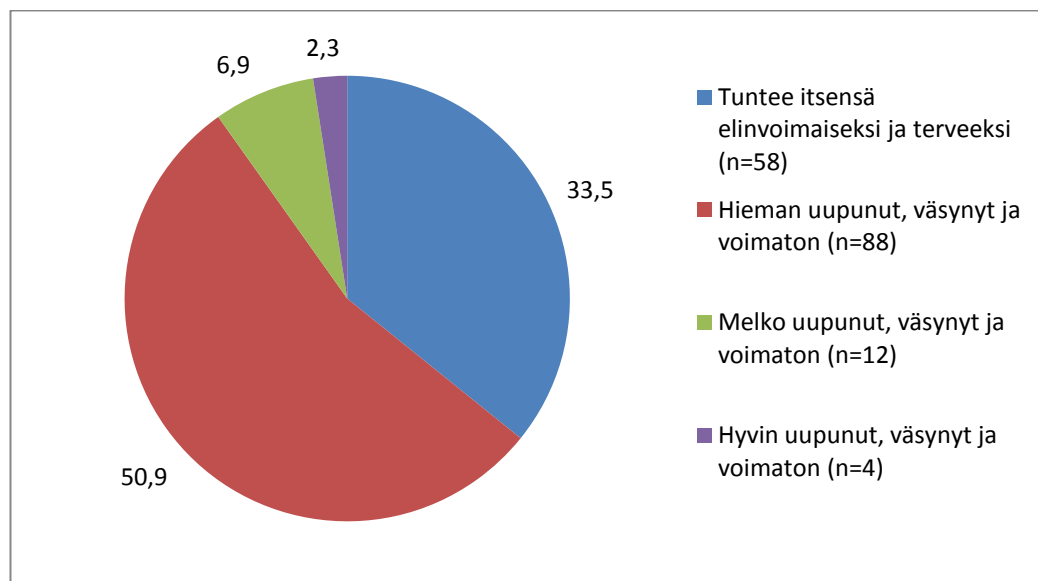
Kontrolliryhmäläisistä suurin osa (63,8 %) ei tuntenut itseään lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi. Tutkimusryhmäläisistäkin yli puolet (54,8 %) tunsivat samoin. Tutkimusryhmäläisistä kuitenkin melkein puolet (44,1 %) tunsivat itsensä hieman ahdistuneeksi, vastaava luku kontrolliryhmäläisillä oli huomattavasti alempi (27,5 %). Huomattava ero ryhmäläisten välillä syntyi itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi tuntevien välillä. Kontrolliryhmäläisistä 8,7 % tunsivat itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi kun tutkimusryhmäläisistä vain 1,1 % tunsivat samoin. Äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi ei kokenut itseään kukaan kummassakaan ryhmässä. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Itse koettu ahdistuneisuus kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=162).

9.3.5 Energisyyys

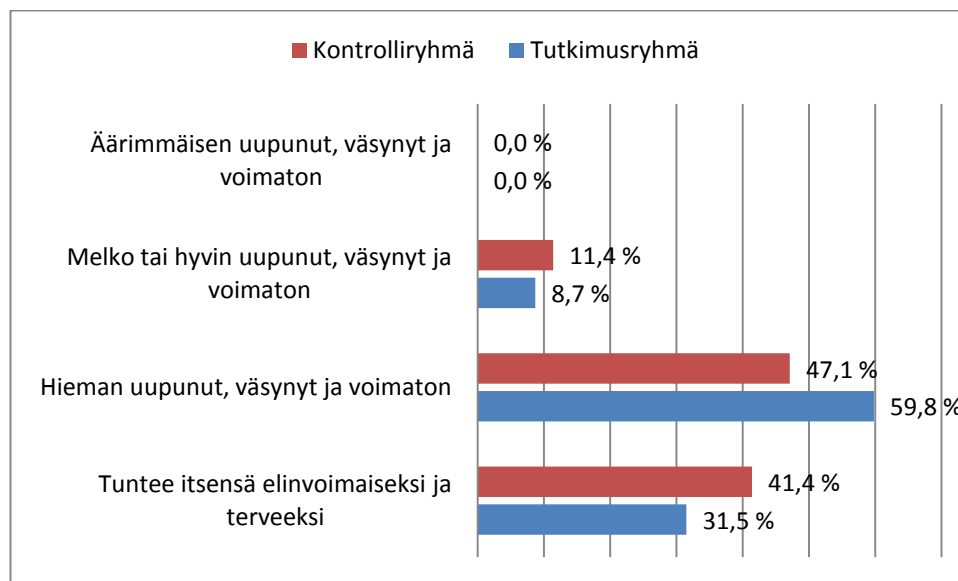
Puolet vastaajista (50,9 %) tunsivat itsensä hieman uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi. Joka kolmas ikäihminen (33,5 %) koki itsensä kuitenkin terveeksi ja elinvoimaiseksi. Kaikista vastaajista itsensä melko uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi tunsivat 6,9 %. Lähes ”loppuun palaneeksi” eli hyvin uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi tunsivat itsensä 2,3 % vastaajista. Kuitenkaan kukaan vastaajista ei kokenut itseään äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, täysin ”loppuun palaneeksi”. (Kuvio 11) Vastaajista 11 ikäihmistä jätti vastaamatta tähän osioon.



Kuvio 11. Energisyyden esiintyvyys (%) sekä vastaajien määrä (n).

Naisista yli puolet (56,3 %) tunsi itsensä hieman uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi. Miehistä samoin tunsi lähes yhtä moni eli 51,5 %. Miehistä 42,4 % tunsi itsensä terveeksi ja elinvoimaiseksi, naisista samoin tunsi hieman harvempi (31,3 %). Melko tai hyvin väsyneeksi, uupuneeksi, lähes ”loppuun palaneeksi” tunsi itsensä 12,5 % naisista ja 6 % miehistä. Naisista eikä miehistä yksikään tuntenut itseään äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin ”loppuun palaneeksi”.

Tutkimusryhmäläisistä tunsi itsensä hieman uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi yli puolet (59,8 %) vastaajista. Kontrolliryhmäläisistä vajaa puolet (47,1 %) tunsi samoin. Terveeksi ja elinvoimaiseksi tunsi itsensä 41,4 % kontrolliryhmäläisistä ja 31,5 % tutkimusryhmäläisistä. Kontrolliryhmäläisistä 11,4 % tunsi itsensä melko tai hyvin uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, lähes ”loppuun palaneeksi”. Vastaavasti tutkimusryhmäläisistä tunsi samoin hieman harvempi eli 8,7 % vastaajista. Äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, täysin ”loppuun palaneeksi” ei tuntenut itseään kukaan kummastakaan ryhmästä. (Kuvio 12)



Kuvio 12. Energisyyden esiintyvyys kontrolli- ja tutkimusryhmissä (%), (n=162).

9.4 Tulokset Depressioseula GDS-15

Myöhäisiän depressioseulakyselykaavakkeeseen vastasi 97,7 % osallistuneista eli 169 henkilöä. Depressioseulatutkimuksesta saatiin positiivisia sekä negatiivisia tuloksia.

Myöhäisiän depressioseulakaavakkeessa oli pisteytettynä ei- ja kyllä-vastaukset. Pisteet laskettiin yhteen jokaisen vastaajan kohdalla. Mikäli pisteitä kertyi yli kuusi, depressioseulan mukaan henkilö oli riskissä masentua. Pisteiden jäädessä alle kuuden, henkilöllä ei ollut tätä riskiä. Lähes 90 % vastanneista ei olleet riskissä masentua. Vastaukset osoittivat myös, että 8,1 % vastaajista oli riski masentua.

Naisista lähes 95 % ja miehistäkin lähes 90 % ei ollut riskissä masentua. Kuitenkin miehistä 12,7 %:lla ja naisista 5,1 %:lla oli olemassa riski masentua. Kysymykseen jätti vastaamatta 4 osallistujaa.

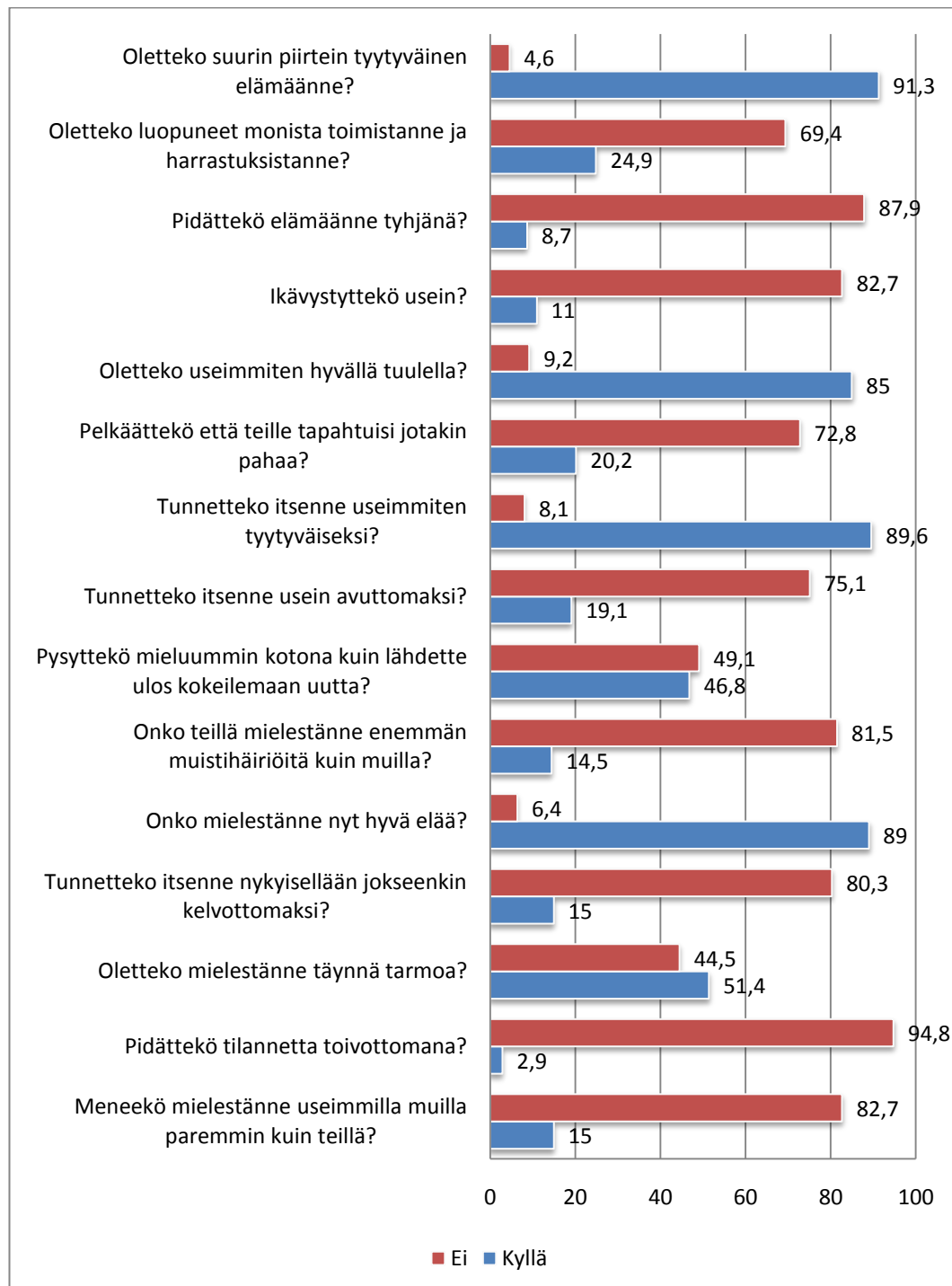
Tutkimusryhmästä 93,5 % ei ollut masennusriskissä, kun vastaava luku kontrolliryhmäläisillä oli hiukan alempi (89,5 %). Riski masentua oli korkeampi kontrolliryhmäläisillä, joka oli 10,5 % kun taas vastaavasti tutkimusryhmäläisten luku oli 6,5 %.

9.4.1 Positiiviset tulokset

Myöhäisiän depressioseulakyselykaavakkeeseen vastanneista lähes 95 % ei pitänyt tilannettaan toivottomana. Lähes kaikki (91,3 %) depressioseulaan vastanneista olivat elämäänsä suurin piirtein tyytyväisiä, sekä lähes 90 % tunsivat itsensä useimmiten tyytyväiseksi. Lähes 90 % vastaajista koki, että nyt on hyvä elää. 87,9 % vastaajista piti omaa elämäänsä merkityksellisenä juuri nyt sekä 85 % vastaajista koki olevansa useimmiten hyvällä tuulella. Vastausten perusteella voidaan päätellä, että suurin osa tutkimukseen vastanneista ikäihmisistä kokevat elämänsä hyväksi, ovat tyytyväisiä elämäänsä ilman, että heidän on tarvinnut luopua monista harrastuksistaan tai toiminnoistaan. (Kuvio 13)

9.4.2 Negatiiviset tulokset

Depressioseulasta saatiin esille myös negatiivisia ilmiöitä. Lähes 50 % vastaajista pysyisi mieluummin kotonaan kuin lähtisi kokeilemaan uutta. Vastaajista 44,5 % koki, että he eivät olleet täynnä tarmoa. 25 % vastaajista oli luopunut monista toimistaan ja harrastuksista ja noin joka viides (20,2 %) vastaaja pelkäsi, että heille tapahtuisi jotakin pahaa. (Kuvio 13)



Kuvio 13. Vastaajien arvio omasta mielialastaan (%), (n=162).

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

Vastaajat kokivat pääasiallisesti terveydentilansa tutkimuksen alussa kohtalaiseksi. Miehet kokivat terveydentilansa heikoksi kaksi kertaa useammin kuin naiset. Yllättävää oli, että kontrolliryhmäläiset pitivät terveyttään hyvänä viisi kertaa useammin kuin tutkimusryhmäläiset.

1. Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista ei kärsinyt uniongelmista. Kuitenkin lieviä uniongelmiä esiintyi reilulla kolmanneksella, suurista uniongelmista kärsi joka kymmenes vastaaja.
2. Lieviä uniongelmiä esiintyi naisilla ja miehillä lähes yhtä paljon. Naisilla esiintyi suuria tai vaikeita uniongelmiä lähes puolet useammin kuin miehillä. Lähes puolet kontrolli- ja tutkimusryhmäläisistä nukkui normaalisti kärsimättä uniongelmista. Kontrolliryhmäläiset kärsivät suuresta tai vaikeasta unettomuudesta yli kolme kertaa useammin kuin tutkimusryhmäläiset.
3. Vastaajista sekä miehistä että naisista lähes puolet kärsi lievistä vaivoista ja oireista. Kaikista vastaajista vain pienellä osalla esiintyi voimakkaita oireita ja kipuja. Voimakkaista tai sietämättömistä vaivoista ja oireista kärsi naisista lähes puolet useampi kuin miehistä. Melkoisista oireista kärsi useampi tutkimus- kuin kontrolliryhmäläinen.
4. Vastaajista joka kolmas koki itsensä hieman masentuneeksi tai ahdistuneeksi. Kuitenkaan yksikään ei tuntenut itseään äärimmäisen masentuneeksi tai ahdistuneeksi. Naiset kokivat itsensä ahdistuneemmiksi ja masentuneemmiksi kuin miehet. Tutkimusryhmäläisistä suurempi osa tunsi itsensä hieman masentuneeksi ja ahdistuneeksi kuin kontrolliryhmäläisistä, kun taas melko tai erittäin masentuneeksi tai ahdistuneeksi tunsi itsensä kontrolliryhmäläisistä useampi. Tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset olivat suurimmalta osin tyytyväisiä elämäänsä. Heidän henkinen hyvinvointinsa oli kaiken kaikkiaan hyvä.

5. Joka kolmas ikäihminen tunsi itsensä terveeksi ja elinvoimaiseksi. Naisista ja miehistä itsensä hiukan uupuneiksi tunsi puolet vastaajista, kun taas melko tai hyvin uupuneeksi naisista tunsi itsensä puolet useampi kuin miehistä. Tutkimusryhmäläisistä itsensä hieman uupuneeksi tunsi useampi kuin kontrolliryhmäläisistä.
6. Suurin osa naisista ja miehistä ei ollut riskissä masentua. Kuitenkin miehillä riski masentua oli suurempi. Kontrolliryhmäläisten riski masentua oli vain hiukan suurempi kuin tutkimusryhmäläisten.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että suurin osa koko tutkimusryhmästä on voinut tutkimuksen alussa henkisesti hyvin. Henkisesti huonoimmin voivat ikäihmiset eivät olisi jaksaneet lähteä mukaan näin intensiiviseen tutkimukseen. Tämä voi hieman vääristää mielenterveyden tutkimustuloksia positiivisemmiksi verrattuna perusjoukkoon eli kaikkiin vaasalaisiin ikäihmisiin. Naiset kantavat huolta asioista todennäköisesti myös iäkkäänä miehiä enemmän tai miesten on vaikeampi tunnustaa omaa uupumustaan sekä ahdistustaan edes itselleen. Saattaa olla mahdollista, että miehet eivät myöskään tunnista masennuksen oireita itsessään.

Interventiotutkimukset ovat erittäin tärkeitä ja hyödyllisiä tutkimuksia, joista hyötyvät tutkittava, tutkija ja yhteiskunta. Kiinnitettäessä huomiota ikäihmisten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä kohentamiseen saavutetaan ikäihmisten mahdollisimman itsenäinen elämä. Tämä mahdollistaa sen että he kykenevät asumaan pidempään omassa kodissaan.

11 POHDINTA

Tutkimuksessa perehdyttiin ikäihmisten mielenterveyteen, ei niinkään fyysiseen tai sosiaaliseen terveyteen, vaikka kaikki asiat vaikuttavat toisiinsa. Hypoteesina oli, että tutkimukseen osallistuvat ikäihmiset voivat henkisesti hyvin sekä ovat omatoimisia ja sosiaalisia. Vakavasta masennuksesta kärsivä ihminen ei todennäköisesti jaksaisi osallistua tutkimushankkeeseen, eikä hän jaksaisi olla sosiaalinen. Tätä kautta vähenisi myös hänen omatoimisuutensa. Samansuuntaisia asioita nousi esille kirjallisuudesta: oikein masentunut ihminen ei jaksaa olla sosiaalinen ja pitkäjänteinen.

11.1 Tulosten pohdinta

Tutkimustuloksista selvisi, että suurin osa ikäihmisistä, sekä naisista että miehistä, voi henkisesti hyvin ja he kokivat oman terveydentilansa kohtalaiseksi. Miehet kokivat terveydentilansa heikoksi useammin kuin naiset. Syynä tähän saattoi olla miesten huono huolehtiminen omasta terveydestään tai kriittisyys itseään kohtaan. Yllättävää oli, että kontrolliryhmäläisistä lähes joka kolmas piti terveyttään hyvänä, kun tutkimusryhmäläisistä noin joka kymmenes tunsin samoin. Olisi ollut odotettavissa, että suhde olisi ollut juuri toisin päin ryhmien välillä. Hypoteesina ajattelin, että tutkimusryhmäläiset voisivat hieman paremmin joka osa-alueella, sillä he olivat sitoutuneet pitkään harjoitteluun koko tutkimushankkeen aikana.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että lähes puolet miehistä ja naisista nukkui normaalisti. Tämä on erittäin hyvä asia, sillä unen rakenne muuttuu ikääntymisen myötä ja on täysin normaalia nukkua pinnallisemmin kuin aikaisemmin (Kivelä 2007, 23–24). Ikääntyvillä esiintyi kuitenkin lieviä uniongelmia reilulla kolmanneksella, mutta suurista ja vaikeista uniongelmissa kärsi joka kymmenes vastaaja. Unettomuus on hyvin henkilökohtainen tunne (Kivelä 2007, 32). Se puolestaan vaikuttaa siihen, kuinka vastaajat ovat tulkinneet oman nukkumisensa. Tähän vaikuttaa myös ikäihmisten tieto normaalista unesta ja unettomuudesta.

Nukkumisessa ei esiintynyt suuria eroja miesten ja naisten välillä. Suurista ja vaikeista uniongelmistä naiset kärsivät enemmän kuin miehet. Tämän ryhmän vastaajat käyttivät usein tai säännöllisesti unilääkkeitä, heräilivät säännöllisesti yöllä ja/tai aamulla varhain tai unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen tuntui mahdottomalta. Yksinäisyys ja sosiaalisen elämän puute vaikuttavat negatiivisesti uneen sekä altistavat unettomuudelle. (Kivelä 2007, 46–47.) Tämän perusteella voi päätellä naisten tuntevan itsensä yksinäisemmiksi kuin miehet. Naiset jäävät leskeksi yleensä miehiä aikaisemmin, jolloin heillä on aivan uusi elämäntilanne, joka saattaa altistaa unettomuudelle ja masentuneisuudelle.

Tutkimustuloksista on havaittavissa, että ikäihmisillä on lieviä vaivoja ja oireita, mutta tähän kysymykseen vastattiin heikosti. Vastausprosentin perusteella voidaan siis olettaa, että ikäihmiset eivät halunneet tuoda julki kaikkia ongelmiaan tai kysymys oli jäänyt heille liian epäselväksi. Tuloksista voidaan päätellä, että vaivoja ja oireita esiintyi sekä miehillä että naisilla lähes yhtä paljon. Selkeä ero miesten ja naisten välillä oli, että naisilla esiintyi melkoista kipua, särkyä ja pahoinvointia huomattavasti enemmän kuin miehillä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että lieviä vaivoja ja oireita esiintyi puolella tutkimusryhmäläisistä ja lähes puolella kontrolliryhmäläisistä. Melkoisia oireita ja vaivoja esiintyi joka viidennellä tutkimusryhmäläisistä ja puolet harvemmallalla kontrolliryhmäläisistä. Voimakkaita tai sietämättömiä oireita esiintyi myös hieman enemmän tutkimusryhmäläisillä kuin kontrolliryhmäläisillä. Pääosin oireita ilmeni enemmän tutkimusryhmäläisillä kuin kontrolliryhmäläisillä, mikä oli hieman yllättävää. On erittäin mielenkiintoista nähdä miltä juuri tämän osa-alueen tutkimustulokset näyttävät kun koko tutkimusjakso eli 15 kuukautta on takanapäin. Olisi oletettavaa, että tutkimusryhmäläisten vaivat ja oireet pienenisivät jakson aikana, kun he saavat ohjattua liikuntaa. Ohjatun liikuntatuokion oletetaan parantavan heidän fyysistä kuntoaan, toimintakykyään sekä elämänlaatuaan.

Itse koetun masentuneisuuden tuloksista kävi ilmi, että suurin osa vastaajista ei tuntenut itseään surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Tämä tulos ei yllättänyt lainkaan. Tähän osioon jätti kuitenkin 9 henkilöä vastaamatta.

Kuitenkin lähes 40 % koki itsensä hieman, melko tai erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi. Tähän lukuun on nyt toki yhdistetty kaikki lievästä erittäin masentuneeksi tunteet vastaajat. Tuloksista voidaan todeta, että lähes joka kolmas vastaajista tuntee itsensä jossain määrin masentuneeksi. Samansuuntainen tulos tuli myös depressioseulasta. Lähes puolet vastaajista pysyisi mieluummin kotonaan kuin lähtisi kokeilemaan jotakin uutta sekä lähes 45 % vastaajista koki, että he eivät olleet täynnä tarmoa. Mielenkiintoinen ristiriita näkyi tässä osiossa, sillä lähes puolet vastaajista pysyisi mieluummin kotonaan, mutta silti he ovat jaksaneet osallistua ja kiinnostua tästä tutkimushankkeesta, mikä on mielestäni erittäin hyvä asia. Tällä tavalla olemme saaneet heidät liikkeelle, vaikka he mieluummin olisivatkin kotonaan. Ehkä he saivat elämäänsä merkityksellisyyttä tätä kautta lisää, joka parantaa heidän henkistä hyvinvointiaan sekä ehkäisee masentuneisuutta.

Vastauksista voidaankin todeta, että molemmilla mittareilla on saatu samanlaisia vastauksia koskien masentuneisuutta ja alakuloisuutta. Äärimmäisen masentuneeksi ei kuitenkaan tuntenut itseään kukaan, mutta äärimmäisen masentunut henkilö ei jaksaisi myöskään osallistua tutkimukseen. Samansuuntaisia tuloksia on noussut esille kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista, vaikkakin liikuntaintervention vaikutuksesta ahdistuneisuuteen ja depression on vielä nykyään vähän näyttöä. Kuitenkin naisista 40 % tunsivat itsensä hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi, kun miehistä joka neljäs tunsivat samoin. Lähes samansuuntainen tulos saatiin ahdistuneisuuden kohdalla. Hämmästyttävänä tuloksena pidän sitä, että naiset tunsivat itsensä hieman masentuneemmiksi ja ahdistuneemmiksi kuin miehet, kuitenkin depressioseulakaavakkeen tuloksista kävi ilmi, että miehet ovat suuremmassa riskissä masentua kuin naiset, mikä viittaa siihen, että naiset tunnistavat masennuksen merkit miehiä paremmin. Naisten on myös usein miehiä helpompi ilmaista tunteitaan.

Kirjallisuudesta kävi ilmi, että masennus on ikäihmisten yleisin mielenterveysongelma. Tässä tutkimuksessa hieman masentuneiksi tunsivat itsensä joka kolmas, mutta mielestäni se ei kuitenkaan tullut selkeästi esille. Tutkimuksesta pois jääneet olisivat voineet mahdollisesti olla alakuloisempia ja masentuneempia kuin juuri tässä tutkimusryhmässä olevat ihmiset ovat.

Seija Arven tutkimuksen mukaan 70- ja 75-vuotiaista miehet ovat masentuneempia kuin naiset heidän sairastavuutensa vuoksi, kun taas naiset masentuvat 80-vuotiaina (Katajarinne 2000, 40–41). Myöhäisiän depressioseulakavakkeen perusteella tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että miehillä oli kuitenkin puolet suurempi riski masentua kuin naisilla.

Tuloksista kävi ilmi, että miehet tuntevat itsensä hieman terveemmiksi ja elinvoimaisemmiksi kuin naiset. Naiset tunsivat itsensä uupuneemmiksi kuin miehet. Tutkimusten tulosten perusteella voidaan päätellä, että miehet voivat henkisesti hieman paremmin kuin naiset.

Myöhäisiän depressioseulavastauksista kävi ilmi, että 8 %:lla kaikista vastaajista oli riski masentua. Vastaus ei ollut yllättävä, sillä todella masentunut ihminen ei jaksaisi osallistua erilaisiin tutkimushankkeisiin ja olla sosiaalinen ja pitkäjänteinen. Ryhmien välillä havaittiin, että kontrolliryhmäläisistä joka kymmenes oli riskissä masentua kun taas tutkimusryhmäläisistä 7 %:a vastaajista. Tällaista tulosta oli odotettavissakin, sillä tutkimusryhmäläisten piti olla aktiivisia koko tutkimusjakson ajan. On oletettavaa, että heidän henkinen vointinsa on hieman parempi kuin kontrolliryhmäläisten. Kontrolliryhmäläisten osallistumisprosentti koko tutkimushankkeeseen jäi alle puoleen. Heidän osallistumattomuutensa taustalla saattoi olla masennusta ja jaksamattomuutta.

Tutkimustuloksista kävi yllättävästi ilmi, että kontrolliryhmäläiset tunsivat itsensä energisemmiksi, terveemmiksi ja elinvoimaisemmiksi kuin tutkimusryhmäläiset. Tutkimusryhmäläiset tunsivat itsensä myös hieman ahdistuneemmiksi kuin kontrolliryhmäläiset. Nämä tulokset hämmästyttivät hieman, sillä myöhäisiän depressioseulavastauksista kävi ilmi juuri päinvastaista, mikä on selkeä ristiriita tutkimustulosten välillä. Kuitenkin kontrolliryhmäläisistä huomattavasti useampi tunsi itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi kuin tutkimusryhmäläisistä. Depressioseulavastauksista kävi ilmi, että kontrolliryhmäläiset ovat suuremmassa riskissä masentua kuin tutkimusryhmäläiset. Selvää syytä tähän ristiriitaan ei löytynyt, mutta siihen voi mahdollisesti vaikuttaa kyselykaavakkeiden eritavalla muotoillut kysymykset. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että millään osa-alueella ei miesten ja naisten välillä ollut huomattavia eroja.

11.2 Tutkimuksesta saatava hyöty

Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, joka antoi Ikäkeskukselle arvokasta tietoa tutkimusryhmään ja kontrolliryhmään osallistuneiden terveydestä ja mielenterveydestä sekä mahdollisista eroista tutkimushankkeen alkuvaiheessa. Tutkimus antaa arvokasta tietoa ikäihmisten henkisestä hyvinvoinnista tulevaa seurantatutkimusta ajatellen. Seurantatutkimuksen jatkosta vastaa toinen tutkija.

Tutkimus lisäsi myös yleistä tietoutta 70 vuotta täyttäneiden ikäihmisten mielenterveydestä Vaasassa. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että ikäihmisillä esiintyy jonkin verran uniongelmia sekä vaivoja ja oireita. Ikäihmisten lievä alakuloisuus ja masentuneisuus eivät tulleet selvästi esille, niiden ennaltaehkäisyyn iäkkäiden keskuudessa tulee kiinnittää entistäkin enemmän huomiota. Todennäköisesti samansuuntaisia tuloksia saataisiin valtakunnallisessakin tutkimuksessa, sillä kirjallisuudesta sekä aikaisemmista tutkimuksista on noussut esille samansuuntaisia tuloksia.

Ikäkeskuksen palvelun lähtökohtana ovat ikäihmisten yksilölliset tarpeet sekä voimavarat (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 6). Tutkimuksesta saadun tiedon avulla Ikäkeskus ja koko Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimet voivat kehittää omaa toimintaansa tukemaan entistä kokonaisvaltaisemmin ikäihmisiä. Kokonaisvaltaisessa toimintakyvyn vahvistamisessa huomioidaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus yksilölliset tarpeet huomioiden. Tarkoituksena on, että ikäihmiset pärjäisivät kauemmin kotonaan. Tähän toimintaan kuuluvat muun muassa päivä- ja kuntoutustoiminta ja erilaiset ryhmätuokiot. Ohjattujen liikuntaryhmien lisääminen ikäihmisille edesauttaa toimintakyvyn hyvänä pysymistä sekä edistää omatoimisuutta. Tällä ehkäistään myös yksinäisyyttä, joka puolestaan lisää iäkkään ihmisen riskiä masentua. Tutkimuksesta kävi ilmi, että miehillä on suurempi riski masentua kuin naisilla. Tähän asiaan pystytään tulevaisuudessa kiinnittämään enemmän huomiota.

Vaasan kaupungin liikuntaosaston tavoitteena oli vuoteen 2010 mennessä lisätä erilaisten ohjattujen liikuntaryhmien määrää sekä saada ikääntyneiden toimintakyky pysymään mahdollisimman pitkään hyvänä (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010, 9). Tämä edesauttaa ylläpitämään ikäihmisten henkistä hyvinvointia, joka taas vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ikäihmisen hyvinvointiin.

Ikäkeskus voi tulevaisuudessa jakaa mahdollisesti enemmän mainoksia ja kutsukirjeitä Ikäkeskuksen muihinkin aktivoiviin ryhmiin, jotta ikäihmiset tulisivat paremmin tietoiseksi Ikäkeskuksen toiminnasta. Tällä tavalla pyritään myös ehkäisemään ikääntyvien ihmisten syrjäytymistä yhteiskunnasta. Tutkimuksesta saadulla tiedolla voidaan kehittää myös hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa ikäihmisten mielenterveysongelmia sekä antaa tukea ja tietoa mielenterveysongelmista kärsiville ikäihmisille. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää hoitotyössä sen laatua kehitettäessä.

11.3 Ikäihmisten saama hyöty tutkimuksesta

Tutkimusaihe on ajankohtainen ja se antaa tärkeää tietoa ikäihmisten mielenterveydestä. Tutkimushankkeeseen osallistujat saivat elämäänsä lisää sisältöä ja merkityksellisyyttä jo vain osallistumalla tähän hankkeeseen. Sosiaalinen ja fyysinen elämä mahdollisesti vilkastui ja tämä puolestaan vaikuttaa ikäihmisten mielenterveyteen ja hyvinvointiin. He kokevat itsensä tarpeellisiksi.

Tästä tutkimuksesta hyötyivät myös konkreettisesti tutkimusryhmään osallistuvat. He hyötyivät intervallijaksoista, jolloin he osallistuivat Ikäkeskuksen kuntosalitoimintaan kaksi ja puoli kuukautta kerrallaan. Harjoittelujaksojen jälkeen oli aina samanpituisen tauko, jonka jälkeen harjoitukset alkoivat taas ohjatusti kaksi kertaa viikossa kahden ja puolen kuukauden ajan.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suosituksia ikäihmisten liikunnasta. Ohjatussa kuntosalitoiminnassa keskitytään kokonaisvaltaisesti ikäihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseen. Ikääntyneille suunnattu ohjattu kuntosaliliikunta on oikein toteutettuna turvallista ja laadukasta. Se on ikäihmisten toimintakykyä kehittävä ja itsenäisyyteen kannustavaa. Lisäksi siitä saa rohkeutta ja hyvää mieltä. Toimintakykyä edistävän liikunnan tulee olla toistuvaa, määrältään ja kuormittavuudeltaan sopivaa sekä riittävää ikäihmisten yksilölliset erot huomioiden. (STM.2004:6, 13)

Tutkimusryhmäläinen sai arvokasta tietoa omasta terveydentilastaan ja fyysisestä kunnostaan. Hän huomasi myös itse mahdollisesti edistyvänsä kuntosalilla. Tutkimukseen osallistuja hyötyi myös tästä palvelusta siinä mielessä, että hänellä ei välttämättä muuten olisi ollut mahdollisuutta osallistua kuntosalitoimintaan. Tutkimusryhmään osallistuvat saivat sisältöä päiviinsä, kun heillä oli ohjattua ohjelmaa. He saivat harjoitella yhdessä muiden samanikäisten kanssa. He saattoivat saada uusia ystäviä ja heidän fyysinen kuntosensa todennäköisesti koheni. Tutkimuksen aikana heillä saattoi herätä kiinnostus myös omaehtoiseen liikkumiseen tulevaisuudessa.

Olisi erittäin tärkeää, että saataisiin moni ikäihminen mahdollisesti liikkumaan tulevaisuudessa enemmän, sillä iäkkäistä moni kokee liikkuvansa tarpeeksi, vaikka asia ei ole näin todellisuudessa. Fyysinen aktiivisuus, esimerkiksi kävely-, voima- ja kestävyys harjoittelu ehkäisee myös kaatumisia ja se vaikuttaa positiivisesti mielenterveyteen. (Inattiniemi ym. 2008, 422–424.)

Kontrolliryhmäläiset tutustuivat Ikäkeskuksen toimintaan, joten heidän on mahdollista myös liittyä kuntosalitoimintaan tutkimuksen jälkeen. He saavat myös arvokasta tietoa henkisestä hyvinvoinnistaan tutkimushankkeen päätyttyä.

Tulevaisuudessa tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää ikäihmisten mielenterveyden edistämässä sekä mielenterveysongelmien ehkäisemisessä.

11.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla voidaan arvioida kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetilla viitataan siihen, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisikin mitata. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan puolestaan sitä, kuinka varmasti tutkimuksen tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuolelle jääneeseen perusjoukkoon. (Kankkunen ym. 2009, 152.) Tässä tutkimuksessa ulkoinen validiteetti tarkoittaa muita vaasalaisia ikäihmisiä.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata ei-sattumanvaraisia tuloksia, eli jos eri aineistoissa samalla mittarilla mitatut tulokset ovat samansuuntaisia, voidaan mittaria tällöin pitää reliaabelina. (Kankkunen ym. 2009, 152.) Tästä tutkimuksesta voidaan todeta mittareiden olleen reliaabeleita ja valideja. Molempia tässä tutkimuksessa käytettyjä mittareita on käytetty aikaisemmin monissa muissakin tutkimuksissa myös kansainvälisesti, joten se lisää vastausten ja tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tutkijan kokemattomuus voi heikentää validiteettia.

Tutkimukseen osallistui vaasalaisia ikäihmisiä kaiken kaikkiaan 172. Tutkimusryhmään osallistui 95 henkilöä, siinä ryhmässä vastausprosentti oli hyvä. Kontrolliryhmään kutsuttiin yli 200 vaasalaista ikäihmistä, joista tutkimukseen osallistui vain 77 henkilöä. Kontrolliryhmän osalta osallistumisprosentti jäi alle puoleen (36,7 %). Tutkimustuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa-antavina koko ryhmää ajatellen. Tutkimusryhmään oli helpompi saada osallistujia, sillä he saivat osallistua aktiivisesti kuntosalitoimintaan. Kontrolliryhmäläisiltä puuttui ”porkkana” kokonaan, joten heitä saattoi olla vaikeampi motivoida osallistumaan tutkimukseen. Tämä saattoi olla yksi syy miksi osallistumisprosentti jäi alhaiseksi. Kontrolliryhmästä poisjääneet saattoivat olla henkilöitä, jotka kokivat itsensä liian uupuneiksi ja alakuloisiksi osallistuakseen ja sitoutuakseen tutkimushankkeeseen.

11.5 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen ym. 2009, 172; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3). Tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden yksi edellytys on, että tutkimuksessa on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvältä tieteelliseltä käytännöltä edellytetään muun muassa, että tutkijat ja asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprojektin kaikissa eri vaiheissa. Näitä ovat esimerkiksi tulosten tallentaminen, esittäminen sekä arvioiminen. Tutkimuksessa tulee noudattaa tieteellisen tutkimuksen mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja analyysimenetelmiä sekä avoimuutta tutkimusta julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3). Tässä tutkimuksessa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeita välttämällä plagiointia ja epärehellisyyttä. Tässä tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja analyysimenetelmiä tutkijan ammattitaidon puitteissa.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös vaaran eliminoiminen eli tutkimus ei saa tuottaa missään tutkimuksen vaiheessa vaaraa tutkittaville. Tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa eikä kenenkään ihmisen tai ihmisryhmän moraalista arvoa. (Kankkunen ym. 2009, 172–173.) Tutkimuksien eettisiä puolia voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Yksi keskeisin ja tunnetuin lääketieteellisen tutkimuksen eettinen ohje on Helsingin julistus (1964), joka on uusittu 19.10.2000. Helsingin julistuksen tarkoituksena oli ennen kaikkea suojella ja pyrkiä parantamaan tutkittavan asemaa. Julistuksen eettiseen perustaan kuuluu, että tutkittavan hyvinvointi on aina tärkeämpi kuin tieteen tai yhteiskunnan etu. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös tutkittavan yksityisyys. Tutkittavalle on kerrottava tarkasti tutkimuksen tavoite, menetelmät, tutkimuksesta odotettavissa oleva hyöty sekä mahdolliset riskit ja rasitukset. Julistus on laadittu lääketieteellisiä tutkimuksia varten, mutta soveltuu myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. (Suomen lääkäriliitto 2011; Kankkunen ym. 2009, 173–174.)

Nämä tutkimuseettiset periaatteet huomioitiin tutkimusta tehtäessä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista eikä osallistujia ole pakotettu tai manipuloitu osallistumaan. Osallistujille kerrottiin tutkimuksesta muun muassa vapaaehtoisessa ja maksuttomassa informaatiotilaisuudessa Ikäkeskuksen niin sanotussa seniori-infossa.

Kyselykaavakkeisiin vastattiin nimettöminä eli tutkimus tehtiin luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa tietoja kerätessä ja käsiteltäessä. Lomakkeen täyttämiseen kului noin 15 minuuttia. Ikäihmiset tulivat kutsuttuina ryhminä Ikäkeskukseen, jossa kyselykaavakkeet täytettiin. Kyselykaavakkeen täyttöön annettiin ohjeita paikan päällä ja kaavakkeet palautettiin heti täytettyinä tutkimushankkeesta vastaavalle henkilölle. Näin vastaaminen pyrittiin tekemään mahdollisimman helpoksi, vaivattomaksi ja mukavaksi.

Tutkimus toteutettiin kyselykaavakkeilla suuren osallistujamäärän vuoksi. Kyselykaavakkeisiin vastaaminen oli helppo tapa kerätä tietoa useilta vastaajilta, kaiken lisäksi näin saatiin nopeasti runsas määrä uutta tietoa. Toisessa kyselykaavakkeessa oli 15 eri kysymystä, johon vastattiin kyllä tai ei -vaihtoehdoilla. Toinen kyselykaavake sisälsi myös 15 monivalintakysymystä, joista vastaaja pystyi valitsemaan itselleen parhaiten häntä kuvaavan vaihtoehdon.

Tutkija ei ole käsitellyt kyselykaavakkeita eikä vastaajien henkilötietoja, vaan tutkijalle vastaukset tulivat anonyymeinä ja valmiina tiedostona. Kun opinnäyte-työtä varten saadut tiedot oli käsitelty, aineisto tuhottiin. Projektin missään vaiheessa ei vastaajien henkilöllisyys tullut esille.

11.6 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen pohjalta nousi esille jatkotutkimusaiheita. Tässä tutkimuksessa ikäihmiset voivat pääosin hyvin, eikä heillä esiintynyt merkittävää masennusta tai uupumusta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että miehet voivat naisia paremmin henkisesti. Heillä esiintyi vähemmän masennusta ja ahdistusta kuin naisilla. Olisi erittäin mielenkiintoista jatkotutkimuksien avulla selvittää, mistä tämä johtuu, sillä kuitenkin tutkimustulosten mukaan miehet ovat suuremmassa riskissä masentua kuin naiset.

Olisi tärkeätä tutkia myös ”ei niin aktiivisia” ikäihmisiä, eli niitä, jotka eivät jaksaneet sitoutua näin pitkään tutkimusjaksoon. Ikäihmisille voitaisiin tehdä kvalitatiivinen haastattelututkimus, jossa selvitettäisiin heidän kokemuksiaan mielenterveydestä ja sitä tukevista tekijöistä. Kvalitatiivisella tutkimuksella saataisiin syvällisempää tietoa ikäihmisten mielenterveydestä.

Jatkotutkimusta olisi erittäin tärkeä tehdä niille henkilöille, jotka jostakin syystä jättivät osallistumatta tähän tutkimushankkeeseen. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka he voivat henkisesti, vai olisiko juuri heillä ollut suurempi riski masentua.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että pienellä osalla vastaajista (8 %) oli riski masentua. Tutkijan mielestä olisi mielenkiintoista selvittää jatkotutkimuksen avulla, mistä heidän masennusriskinsä johtuu. Aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu, esimerkiksi yksinäisyyden, huonontuneen fyysisen kunnon ja vähentyneiden sosiaalisten suhteiden vaikuttavan mielialaan negatiivisesti. Olisi mielenkiintoista selvittää, nousisiko alakuloisuuden syiksi muitakin indikaattoreita, kuten ikäihmisten lisääntynyt alkoholinkäyttö.

Tutkija jäi pohtimaan, kuinka paljon ikäihmisten huimaukset, verensokerin heitellyt, masennus ja kaatuilut johtuvat oikeasti runsaasta alkoholin käytöstä ja/tai lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Asiantuntijoiden artikkeleista kävi ilmi ikäihmisten alkoholinkäytön lisääntyminen. Siksi olisi erittäin tärkeätä tutkia lisää myös alkoholin ja lääkkeiden vaikutusta masennukseen ja yksinäisyyteen.

LÄHTEET

von Bonsdorff Mikaela B. 2009. Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. [Viitattu 24.2.2011], [Viitattu 13.4.2011]. Saatavilla www-muodossa:

URL:<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21763/9789513936747.pdf?sequence=1>

GDS-testi 2005. Saatavilla www-muodossa: URL:>

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/><

Duodecim 2011. Masennus ja vähäinen liikunta vaarallinen yhdistelmä.[Viitattu 28.2.2011]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.poliklinikka.fi/masennuskanava/uutiset/masennus-ja-vahainen-liikunta-vaarallinen-yhdistelma-6541613> >

Haukka Ulla-Maija, Kivelä Sirkka-Liisa, Medina Vallejo Aila, Pyykkö Virpi & Vehviläinen Sirpa 2005. Vanhustenhoito. Vanhuksen sairausoireet ja niiden hoito. 1. painos, 2006. WSOY. Helsinki.

Heikkinen Eino 2007. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.), Gerontologia, 327. Kustannus Oy Duodecim. Tampere.

Heikkinen Riitta-Liisa 2003. Kokemuksellinen vanheneminen. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.), Gerontologia, 193–201. Kustannus Oy Duodecim. Tampere.

Heikkinen Riitta-Liisa 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra Tiina-Mari, Pikkarainen Aila & Tiikkainen Pirjo (toim.), Vanheneminen ja terveys, 139–140. Tampere. Hoitotieto. Edita.

Hyttinen H 2003. GDS-testi. Saatavilla www-muodossa:

URL:http://scholar.google.fi/scholar?hl=fi&q=Hyttinen+2003+GDS&btnG=Haku&as_ylo=&as_vis=0> Testi saatavilla www-muodossa: URL:>
<http://www.gernet.fi/ohjeet/depseula.html><

Linattiniemi Sari & Tervaskanto-Mäentausta Tiina 2008. Eri-ikäiset terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa Haarala Päivi, Honkanen Hilikka, Mellin Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta Tiina, Terveydenhoitajan osaaminen, 420–421. 1. painos. Helsinki. Edita Prima.

Ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010–2015. 2010 Ikääntymispoliittinen toimikunta Vaasa. [viitattu 17.01.2011] Esite on ladattavissa Internetistä URL:<http://seniorinetti.vaasa.fi/>

Juhela Pirjo 2007. Vanhuspsykiatri, HYKS Peijas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen ja alkoholi- puuttumattomuuden ongelma. [Viitattu 5.4.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL://
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/ikaantyminen_ja_alkoholi__puuttumattomuuden_ongelma/>

Kaitasuo Krista 2007. Utain. 4/22.3.2007. Vanhukset tissuttelevat yhä enemmän. [Viitattu 5.4.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:[http://](http://utain.uta.fi/2007k/4/37565.html)>
<http://utain.uta.fi/2007k/4/37565.html>>

Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. WSOY.

Karttunen Jorma 2009. Ryhmäkuntoutuksen vaikutus 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämänlaatuun ja terveystalvelujen kustannuksiin. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio. [Viitattu 6.4.2011]. Saatavilla www-muodossa:<URL:
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1213-7/urn_isbn_978-951-27-1213-7.pdf>

Katajarinne, Outi 2000. Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan nro 3/2000. Vol.73.

Kiiltomäki Aliisa, Noppari Eija & Pesonen Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Tammi. Vammala.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2007. Voimavaroja unesta. Hyvä uni iäkkäänä. Kirjapaja.1. painos. Helsinki.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2009. Iäkkäiden uni ja unettomuus. STHLry, Terveystietä nro 7/2009, 12–14.

Kopakkala, Aku 2009. Masennus. Mieli-sarja. Edita. Helsinki.

Koponen 2006. GDS-testi. Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=cRLteT4mj7cC&oi=fnd&pg=PA126&dq=koponen+2006+GDS&ots=CfOOHPpMaL&sig=Ja_aqSbEdtK9FNlcN1ylPQdcbyE#v=onepage&q&f=false>

Lundbeck 2011. Erityisosaamista psykiatria ja neurologiaan. Terveysklinikat. Masennusklinikka. [Viitattu 28.2.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.tohtori.fi/?page=8581646&id=6529210>>

Lyyra Tiina-Mari 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra Tiina-Mari, Pikkarainen Aila & Tiikkainen Pirjo (toim.), Vanheneminen ja terveys, 16-26. Hoitotieto. Edita. Helsinki.

Lönnqvist, Jouko 2006. Vanhuuden masennus. Mielenterveyspoliittinen neuvottelukunta. Eduskunta. Kansanterveyslaitos. [Viitattu 24.2.2011]. Saatavilla www-muodossa: www.ktl.fi/attachments/vanhuuden_masennus-2.ppt

Pitkälä Kaisu, Savikko Niina, Routasalo Pirkko & Tilvis Reijo 2002. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006: 43, 198–206. Artikkelin nimi: Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. [Viitattu 1.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/1896/1733>>

Ruokatieto 2009. Voimaharjoittelu tekee hyvää iäkkäälle. Tiede. Päivitetty 23.3.2009. [Viitattu 1.3.2011]. Saatavilla www-muodossa:
URL:http://www.verkkouutiset.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=340:voimaharjoittelu-tekee-hyvaeae-huonokuntoiselle&catid=5:tiede&Itemid=7

Saarenheimo, Marja 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. WSOY. Helsinki.

Saarnio Reetta 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. 55–66. [Viitattu 2.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.saunalahti.fi/elsil/blogi/reetta%20saarnio_rajoiitteet%20vanhusten%20laitoshoidossa.pdf>

Sintonen, Harri 2009a. Elämänlaatu 15D-mittari. [Viitattu 1.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: URL:<http://www.15d-instrument.net/15d>

Sintonen, Harri 2009b. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Elämänlaatumittari 15D. 2009: 46, 285–297. Katsaus: ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. [Viitattu 1.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/2606/3685>.>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:6. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Tekijät: Karvinen Elina, Moisio Päivi & Rantanen Taina. Helsinki. Saatavilla www-muodossa:
URL:<http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/05/pr1084342368724/passthru.pdf>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Hanke: Toimintaohjelma masennusperäisten eläkkeiden vähentämiseksi. Tiedote 267/2008. Saatavilla www-muodossa: <URL:
<http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/16384/index.htm>>

Suomen lääkäriliitto 2011. Tiedotteet. Lääketieteellistä tutkimusetiikkaa koskeva Helsingin julistus uusittu 19.10.2000. [Viitattu 2.4.2011] Saatavilla www-muodossa:<URL:

http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news_id=498/news_db=web_sl2005/type=2>

Timonen Leena 2007. Group-Based Exercise Training in Mobility Impaired Older Women. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio. [Viitattu 6.4.2011] Saatavilla www-mudossa:<URL:

<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/treinofunc35.pdf>>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. [Viitattu 2.4.2011]. Saatavilla www-muodossa:<URL: <http://www.tenk.fi/julkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>>

Vaapio, Sari 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Väitöskirjatutkimus. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. [viitattu 1.3.2011]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf?sequence=1>>

Wik, Tor 2004. Moniulotteinen hyvinvointi. Hyvinvointikertomus. Vaasan kaupungin hyvinvointipoliittinen ohjelma osa 1. Vaasan kaupunginkanslia. Vaasa. [Viitattu 24.02.2011]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:www.vaasa.fi/Link.aspx?id=1030562>

Win Sithu, Parakh Kapil, M Eze-Nlia Chete , S Gottdiener John , J Kop Willem & C Ziegelstein Roy. Depressive Symptoms, Physical Inactivity and Risk of Cardiovascular Mortality in Older Adults: the Cardiovascular Health Study 2011.

[Viitattu 16.3.2011] Saatavilla www-muodossa:

URL:<http://heart.bmj.com/content/97/6/500.abstrac>

MIELIALATESTI

Pvm__/_20__

NIMI _____ Sotu _____

Rengastakaa tai rastittakaa teitä parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto.

| | | |
|--|-------|----|
| | | |
| 1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne? | Kyllä | En |
| 2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne? | Kyllä | En |
| 3. Pidätkö elämäänne tyhjänä? | Kyllä | En |
| 4. Ikävystyttekö usein? | Kyllä | En |
| 5. Oletteko useimmiten hyvällä tuulella? | Kyllä | En |
| 6. Pelkäätkö että teille tapahtuisi jotakin pahaa? | Kyllä | En |
| 7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi? | Kyllä | En |
| 8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi? | Kyllä | En |
| 9. Pysyttekö mieluummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta? | Kyllä | En |
| 10. Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla? | Kyllä | En |
| 11. Onko mielestänne nyt hyvä elää? | Kyllä | En |
| 12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin kelvottomaksi? | Kyllä | En |
| 13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa? | Kyllä | En |
| 14. Pidätkö tilannetta toivottomana? | Kyllä | En |
| 15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä? | Kyllä | En |

HAKEMUS KUNTOSALIN LIIKUNTARYHMÄÄN

Nimi _____ Ikä _____

Osoite _____ Puhelin _____

Asumismuoto

(asuuko yksin vai jonkun kanssa)Itse koettu terveydentila Hyvä Kohtalainen Heikko

Perussairaudet _____

Apuvälineet

Näkö Hyvä Kohtalainen HeikkoKuulo Hyvä Kohtalainen Heikko

| ARVIO TOIMINTAKYVYN VAJAUKSESTA | EI | KYLLÄ | Jonkin verran | Paljon |
|---|----|-------|---------------|--------|
| Onko ulkona liikkumiseen vähentynyt? | | | | |
| Onko tuolista ylösnousu vaikeutunut? | | | | |
| Otatteko tukea käsinojista noustessanne tuolista? | | | | |
| Onko kävely hidastunut? | | | | |
| Onko rappusissa ongelmia? | | | | |
| Onko väsymys lisääntynyt? | | | | |

Yhtäjaksoisen kävelymatkan pituus _____ km tai _____ metriä

Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana? kyllä _____ kertaa enPelkäätekö kaatumista? kyllä en

Mikäli teidät valitaan kuntosaliryhmään, mikä ajankohta (viikonpäivä ja klo) sopii teille kuntosaliharjoitteleluun? _____

%%%%%%%%%

Hakemus Hyväksytään, aloittaa ___/___ 20___ Otetaan jonoon Hylätään, perustelu _____

Pvm ___/___ 20___ Käsittelijä _____

ympyröi kunkin kysymyksen kohdalla asiakkaasi terveyttä ja toimintakykyä parhaiten koskeva vaihtoehto.

15D-lomakkeen kysymykset (Arinen ym.1998)

1. Liikuntakyky

1. pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
2. pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia
3. pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
4. pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana
5. olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

2. Näkö

1. näen normaalisti lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman)
2. näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
3. näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
4. en näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen (näkinsin) kulkea ilman opasta
5. en näe (näkinsi) kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea

3. Kuulo

1. kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeen kanssa tai ilman)
2. kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin
3. kuulen normaalia puheääntä melkoisin vaikeuksin, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä
4. kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro
5. olen täysin kuuro

4. Hengitys

1. pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia
2. minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai lievässä ylämäessä
3. minulla on hengenahdistusta kävellessä muitten samanikäisten vauhtia tasamaalla
4. minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa
5. minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa

5. Nukkuminen

1. nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen
2. minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai heräilen satunnaisesti yöllä
3. minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti, uni ei tunnu riittävältä
4. minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain
5. kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä

6. Syöminen

1. pystyn syömään normaalisti eli ilman mitään vaikeuksia
2. pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelästi, vavis-ten tai erityisapuneuvoin)
3. tarvitsen hieman toisen apua syömisessä
4. en pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää
5. en pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää joko letkulla tai suonen sisäisellä ravintoliuksella

7. Puhuminen

1. pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti
2. puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta
3. pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen
4. muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani
5. pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein

8. Eritystoiminta

1. virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta
2. virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa
3. virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli
4. virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti ”vahinkoja” tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
5. en hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista

9. Tavanomaiset toiminnot (päivittäisiä toimintoja)

1. pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. pyykinpesu, ruuanlaitto, kaupassa käynti, henkilökohtainen hygienia)
2. pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin
3. pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi
4. pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieniltä osin
5. en pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista
Missä tarvitsen apua _____

10. Henkinen toiminta

1. pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti
2. minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini ei toimi täysin moitteettomasti
3. minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti ja minulla on jonkin verran muistinmenetystä
4. minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
5. olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan ja paikan tajua

11. Vaivat ja oireet

1. minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
2. minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
3. minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
4. minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
5. minulla on sietämättömiä vaivoja tai oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

12. Masentuneisuus

1. en tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
2. tunnen itseäni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
3. tunnen itseäni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
4. tunnen itseäni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
5. tunnen itseäni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi

13. Ahdistuneisuus

1. en tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
2. tunnen itseäni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
3. tunnen itseäni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
4. tunnen itseäni hyvin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
5. tunnen itseäni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi

14.Energisyys

1. tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi
2. tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi
3. tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi
4. tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, lähes ”loppuun palaneeksi”
5. tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, täysin ”loppuun palaneeksi”

15.Sukupuolielämä (TÄTÄ KYSYMYSTÄ EI KYSYTÄ SUORAAN tähän voi kirjata kuitenkin aihepiiriin liittyviä huomioita tai tietoja)

1. terveydentilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni
2. terveydentilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni
3. terveydentilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni
4. terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi
5. terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi