

Toimintakyvystä toimijuuteen

Tavoitteena ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden hyvä elämänlaatu

Minna Kari
Kirsi Saarelainen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





| | | |
|---|--------------------------------|---|
| Tekijä(t) KARI, Minna SAARELAINEN, Kirsi | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 07.1.2013 |
| | Sivumäärä 55 | Julkaisun kieli Suomi |
| | | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi TOIMINTAKYVYSTÄ TOIMIJUUTEEN Tavoitteena ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden hyvä elämänlaatu | | |
| Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) WALDEN, Pirjo; RÄSÄNEN, Riitta | | |
| Toimeksiantaja(t) | | |
| Tiivistelmä Opinnäytetyö tarkastelee ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien asiakkaiden elämänlaadua ja heidän toimijuutensa toteutumista arjessa. Tavoitteena oli selvittää iäkkään omaa kokemusta arjen tekemisen riittävyydestä ja subjektiivista kokemusta hoitohenkilöstön ymmärrystä heidän tarpeistaan. Tuomme esiin näkökulmia, kuinka kuntoutuksen ohjauksella tuetaan toimijuutta, keskiössä ovat iäkkään omat voimavarat. Tutkimus on kvantitatiivinen ja se on tehty Care kays mittaristolla tehdyllä post-doc –tutkimuksen aineistosta. Kysymyksistä muodostuu neljä ulottuvuutta, jotka mittaavat elämänlaadun fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja ympäristöulottuvuutta. Lomakkeen 51 kysymyksen tuloksena syntyy elämänlaadun profiili. Lisäksi jokaiselta osa -alueelta voi laskea erilliset pisteet, jolloin muodostuu kuva henkilön kokemasta elämänlaadusta kullakin ulottuvuudella. Elämän-laatupisteet saadaan laskemalla vastausten antamat pisteet yhteen. Tulosten perusteella haastateltujen vanhusten koettu elämänlaatu voidaan todeta kohtuulliseksi. Toimintakyky ja sen käyttömahdollisuudet ovat yhteydessä vanhuksen kokemaan elämänlaatuun. Elämänlaadua tuotti riittävä tekeminen arjessa. Vanhan ihmisen toimijuus tarvitsee tukea toimiakseen hyvin. Toimijuus ei pääse toteutumaan, jos aika käytetään vain välttämättömien hoitotoimenpiteiden suorittamiseen vaan tulee ottaa huomioon vanhuksen kyky ja halu päivittäisiin toimiin. Opinnäytetyössä pohdimme myös uudenlaista kuntoutuksen ohjaajan roolia vanhusten ympärivuorokautisessa hoivassa. Toimijuuden tukemiseksi tarvitaan aktiivista panostusta vanhuksen voimavarojen kartoitukseen sekä keskittymistä ja seuranta aktuaalisen toimintakyvyn toteutumiseen. Tuommekin esille mahdollisuuksia asiakkaan toimijuuden tukemiseen ympärivuorokautisen hoivan palveluissa. | | |
| Avainsanat (asiasanat) Elämänlaatu, ikääntynyt, ympärivuorokautinen hoiva, toimintakyky, toimijuus, kuntoutuksen ohjaaja | | |
| Muut tiedot | | |



| | | |
|---|--|--|
| Author(s) KARI, Minna SAARELAINEN, Kirsi | Type of publication Bachelor's Thesis | Date 07.01.2013 |
| | Pages 55 | Language Finnish |
| | | Permission for web publication (X) |
| Title FROM FUNCTIONAL CAPACITY TO HUMAN AGENCY | | |
| Degree Programme Rehabilitation counseling and guidance | | |
| Tutor(s) WALDEN, Pirjo; RÄSÄNEN, Riitta | | |
| Assigned by | | |
| <p>Abstract</p> <p>This thesis examined the quality of life of clients in round-the-clock assisted living and the implementation of their human agency in everyday life. The aim was to study elderly individuals' personal experiences of the adequacy of their everyday activities as well as their subjective perceptions of the care personnel's understanding of their needs.</p> <p>The thesis present perspectives on how rehabilitation guidance can support human agency by focusing on the elderly people's personal resources. The study was conducted with a quantitative approach based on the research data a post-doctoral study in which the Care Keys scorecard was used. The issues constitute four dimensions that measure the quality of life: physical, psychological, social and environmental dimensions. The result of the form's 51 questions is a quality-of-life profile. In addition, in each of these areas it is possible to count separate scores so as to form a picture of the subjects' personal experiences of their quality of life in each dimension. The quality of life score is calculated by adding together the scores of the responses.</p> <p>According to the results, the interviewed elderly persons' perceived quality of life could be considered reasonable. The respondents' functional capacity and the possibilities of its use correlated with their perception of the quality of their life. The quality of life was a result of a sufficient number of meaningful activities in everyday life. Aging individuals' human agency needs support in order to function well. Human agency cannot be implemented if the time is used only for carrying out the necessary care procedures. Elderly persons' ability and willingness to participate in daily activities should also be taken into account.</p> <p>In this thesis discusses a new kind of rehabilitation counselor role in the assisted living for the elderly. The support of human agency needs an active investment in the charting of elderly people's resources as well as the monitoring of and concentration on the realization of an actual functional capacity in elderly individuals. This thesis highlights the opportunities for supporting elderly individuals' human agency in assisted care services.</p> | | |
| Keywords Quality of life, elderly, round-the-clock assisted living, functional capacity, agency, a rehabilitation counselor | | |
| Miscellaneous | | |

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| 1 ARVOKAS ELÄMÄ..... | 3 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE | 5 |
| 3 IKÄÄNTYMINEN JA ELÄMÄNLAATU | 5 |
| 3.1 Ikääntyminen elämänvaiheena..... | 5 |
| 3.2 Elämänlaatu..... | 7 |
| 3.3 Hoiva..... | 9 |
| 4 KOHTI TOIMIJUUTTA..... | 11 |
| 4.1 Toimijuus..... | 11 |
| 4.2 Toimintakyvyn ulottuvuudet | 15 |
| 5 KUNTOUTUKSEN OHJAUS TOIMIJUUDEN TUKEMISESSA | 23 |
| 5.1 Kuntoutus..... | 23 |
| 5.2 Ikääntynyt kuntoutujana..... | 24 |
| 5.3 Kuntoutuksen ohjaajan rooli..... | 28 |
| 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 30 |
| 6.1 Aineisto ja menetelmä..... | 30 |
| 6.2 Tutkimuksen etiikka, validiteetti ja reliabiliteetti | 32 |
| 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET..... | 34 |
| 7.1 Asiakkaiden kuvaus..... | 34 |
| 7.2 Koetun elämänlaadun tulokset..... | 34 |
| 7.3 Toimijuuden toteuminen | 36 |
| 7.4 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset..... | 38 |
| 8 POHDINTA..... | 42 |
| LÄHTEET | 45 |
| LIITTEET | 49 |
| Liite 1 haastattelulomake..... | 49 |

KUVIOT

| | |
|--|----|
| KUVIO 1 Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)..... | 13 |
| KUVIO 2 Toimintakyvyn osa-alueet (Lähdesmäki ym. 2009, 22.)..... | 17 |
| KUVIO 3 Riittävästi tekemistä arjessa..... | 36 |
| KUVIO 4 Asukkaan kokemus ymmärretyksi tulemisesta..... | 37 |

TAULUKOT

| | |
|---|----|
| TAULUKKO 1 Koetun elämänlaadun pisteet..... | 35 |
|---|----|

1 ARVOKAS ELÄMÄ

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (2002) esitettiin yhdeksi kuntoutuksen kehittämisen linjaukseksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitäminen. Selonteossa korostetaan, että vanhusväestön hoidon ja hoivan tulee myös laitoshoidossa perustua kaikkien toimijoiden kuntouttavaan työotteeseen ja yhteistyöhön. Myös sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on väestön ikärakenteen muuttuessa edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta (STM 2008). Opinnäytetyössämme tarkastelemme ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden ihmisten kokemuksia elämänlaadusta ja toimijuuden toteutumista.

Valitsimme aiheeksi ikääntyneiden elämänlaadun tarkastelun, koska huomiomme, opintojen edetessä, on kiinnittynyt vilkkaaseen keskusteluun eri medioissa vanhusten hoidon tilasta ja vanhusten asemasta yhteiskunnassamme. Tässä työssä ikääntynyt tai vanhus on ympärivuorokautisessa hoivassa asuva ihminen ottamatta kantaa ikään. Työskentely vanhusten parissa kiinnostaa molempia tulevaisuudessa ja tulevaisuutta ajatellen opinnäytetyö edistää ammatillista tietämystämme. Ikääntyneiden ihmisten hoidon ja palvelujen järjestäminen laadukkaasti on jo nyt ja tulevaisuudessa koko yhteiskunnassa merkittävä haaste. Pidentyneestä elinajasta johtuen myös vanhuusaika on nykyisin pidentynyt ja siitä aiheutuu erilaisia tarpeita palvelujärjestelmään (Sarvimäki & Heimonen 2010,17). Lähtökohtana työssämme on ajatus, että elämänlaatu kuuluu kaikille, iästä ja kunnosta riippumatta.

Hyvässä elämänlaadussa merkittävänä tekijänä voidaan nähdä toimintakykyisyys (Räsänen 2011). Perinteistä toimintakyvyn tarkastelua enemmän keskitymme opinnäytetyössämme ikääntyneen henkilön toimintakyvyn käyttömahdollisuuksien eli toimijuuden tarkasteluun ympärivuorokautisessa hoivassa. Toimijuus on noussut 2000-luvulla vahvasti ikääntymisen tutkimukseen (Jyrämä 2007, 195). Opinnäytetyö on meille itsellemme ammatillisesti hyvin ke-

hittävä työ. Tällä hetkellä ympärivuorokautisessa hoivassa ei kuntoutuksen ohjaajia toimi, mutta haastattelukokemustemme perusteella haluamme luoda uutta kuntoutusohjauksen mallia vanhojen ja hauraiden ihmisten arkeen ympärivuorokautisessa hoivassa. Pohdimmekin työssä kuinka kuntoutuksen ohjauksella voidaan käytännön tasolla edistää toimijuutta, sen vuoksi tuomme jo teoriaosuudessa esiin kuntoutuksen ohjaajan koulutuksen pätevyysalueet. Kuntoutusohjaus voisi olla yksi menetelmä ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden voimavarojen ja vahvuuksien tunnistamisessa ja toimijuuden tukemisessa.

Jatkotutkimus, johon osallistuimme, on osa post-doc –tutkimusta ja toteutettiin haastatteluina ja havainnointina. Osallistuimme haastattelujen tekemiseen. Elämänlaatua on eri tutkimuksissa käsitelty paljonkin, mutta ympärivuorokautisessa hoivassa elävien ikääntyneiden elämänlaadusta ei vielä kovin paljon tiedetä (Räsänen 2011, 47).

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ikääntyneiden, ympärivuorokautisessa hoivassa elävien, ihmisten koettua elämänlaatua. Käytännöllisenä tavoitteena on rakentaa kuva ympärivuorokautisen hoivan asukkaan toimijuudesta. Opinnäytetyö selvittää haastattelukysymysten avulla toteutuuko toimijuus vanhan ja hauraan ihmisen arjessa ympärivuorokautisessa hoivassa. Pohdimme myös kuinka kuntoutuksen ohjauksella voidaan tukea toimijuutta.

Tutkimuskysymykset

1. Mikä on ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien ikääntyneiden kokemus elämänlaadusta?
2. Toteutuuko toimijuus ympärivuorokautisessa hoivassa?

3 IKÄÄNTYMINEN JA ELÄMÄNLAATU

3.1 Ikääntyminen elämänvaiheena

Perinteisesti ihmisen elämänkaari on jaettu kolmeen osaan: lapsuuteen ja nuoruuteen, aikuisuuteen ja vanhuuteen. Aikuisuus oli pisin osa elämänvaiheista. Lapsuus ja nuoruus saattoivat aikaisemmin jäädä hyvinkin lyhyiksi elämänvaiheiksi, kun oli lähdettävä töihin ja perustettava perhe. Näin ollen aikuisuus alkoi aikaisemmin ja oli elämänvaiheista pisin. Ennen ihmiset elivät lyhyemmän aikaa kuin nykyään, jolloin vanhuuskin jäi lyhyemmäksi. Nykyään taas aikuisuus jää usein lyhyimmäksi vaiheeksi, kun työ- ja perhe-elämään siirrytään opiskelujen pitkittymisen vuoksi myöhempään kuin ennen. Vanhuusaika taas saattaa kestää jopa vuosikymmeniä pidentyneen elinajan seurauksena. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17.)

Vanhuusvaiheen pidentymisen vuoksi on alettu puhua kolmannesta, neljännestä ja viidennestä iästä. Nämä eri iät eroavat toisistaan ennemminkin toimintakyvyn ja palvelutarpeen perusteella kuin numeroihin perustuvan iän perusteella. (Mts. 2010, 17.) Sarvimäen ym. (2010,17) mukaan Rajaniemi (2007) kuitenkin luokittelee kolmannen iän käsittävän 60-74 –(tai 79) –vuotiaat, neljäs ikä 75-85 –vuotiaat ja viides 86-vuotiaat ja vanhemmat, koska ikääntymisen myötä palvelutarve kasvaa ja toimintakyky heikkenee. (Sarvimäki ym. 2010, 17.)

Haastattelemamme ikääntyneet edustivat neljättä ja viidettä ikää, jossa palvelutarve on kasvanut toimintakyvyn ja terveyden heikkenemisen myötä jo sen verran, että ei pysty enää asumaan kotona tukijärjestelmän puuttuessa tai siitä huolimatta. Tällöin asumisvaihtoehtoiksi jää esimerkiksi tehostettu palveluasuminen tai vanhainkoti, ympärivuorokautinen hoiva. (Mts. 2010, 18.)

Paasivaaran (2004, 20) mukaan suomalaiselle väestölle olennaista ja omaileimaistakin on väestön ”kaksoisvanheneminen”. Tämä tarkoittaa sitä, että samalla, kun koko väestö vanhenee, niin vanhusväestön sisäinen ikärakenne vanhenee. (Paasivaara 2004, 20.) Vuoteen 2040 mennessä 65 –vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan nousevan 900 000:sta 1.6 miljoonaan. Samaan aikaan 85 –vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien määrän ennustetaan lähes nelinkertaistuvan nykyisestä. (Rapo 2009.)

län mukana sairastavuus lisääntyy ja vanhenemisprosessit sekä elämäntavan muutokset vähitellen heikentävät toimintakykyä sekä lisäävät toiminnanvaja-
vuutta ja näin ollen avun tarvetta. Ikääntymiseen liittyvät muutokset ja niiden ilmaantuminen näkyvät vaihtelevasti toimintakyvyn osa-alueesta ja yksilöstä riippuen. (Heikkinen 2005.)

3.2 Elämänlaatu

Ikääntyneitten kohdalla puhutaan nykyään paljon paitsi toimintakyvystä, terveydestä ja voimavaroista niin myös elämänlaadusta. Elämänlaadulla tarkoitetaan tavallisesti arkista hyvää elämää. Hyvä elämä ja mistä tekijöistä se koostuu, on jokaiselle ihmiselle erilainen. Niinpä myös elämänlaatu käsitteenä on moniulotteinen eikä sille ole olemassa yhtä yksittäistä määritelmää. Elämänlaadun kokonaisuus muodostuu eri ulottuvuuksista ja osatekijöistä, joista kukin nousee aina tilanteen mukaan tärkeimmäksi. (Luoma 2009, 74.)

Yhteinen ymmärrys käsitteiden eroista huolimatta vallitsee kuitenkin siitä, että elämänlaatu on moniulotteista ja koskee kaikkia ihmisiä ja se on objektiivista ja subjektiivista. Elämänlaadun objektiivisuus tarkoittaa ulkoisesti havaittaviin tekijöihin perustuvaa arviointia eli havaittua elämänlaatua. Subjektiivinen elämänlaatu tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta siitä millaista on hyvä elämä ja elämänlaatu. Elämän aikana käsitys siitä mikä on hyvää elämää ja mikä ei voi vaihdella. (Räsänen 2011, 70.)

Sekä objektiiviseen että subjektiiviseen elämänlaatuun liittyviä tekijöitä ovat terveys ja toimintakyky. Lisäksi havaitun elämänlaadun keskeisiin tekijöihin kuulu tulotaso, joka taas iäkkäillä ihmisillä voi olla yhteydessä mm. terveyteen, asumistasoon, ravitsemukseen ja sosiaaliseen osallistumiseen. Objektiiviseen hyvinvointiin vaikuttavat vahvasti sosioekonomiset tekijät. Kokemukseen hyvästä elämästä ja elämänlaadusta vaikuttavat terveyden ja toimintakyvyn lisäksi yleinen tyytyväisyys elämään ja millainen kuva henkilöllä on omasta itsestä sekä psyykinen hyvinvointi ja onni. Myös yksilöllisten tarpeiden tyydyttäminen muokkaa koettua elämänlaatua. (Räsänen 2011, 70.)

Jo vuonna 1948 WHO määritteli terveyden ”täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, ei pelkästään sairauden puuttumisena”. Terveysteen liittyvä elämänlaatu sisältää koetun terveydentilan ja sairauden ja hoidon vaikutukset hyvinvointiin ja toimintakykyyn. (Luoma 2009, 74.) Luoman

(2009) mukaan iäkkäiden elämänlaatua koskevaan käsitykseen on keskeisesti vaikuttanut Powel Lawton (1999), joka korostaa vuorovaikutusta yksilön ja ympäristön välillä. Lawtonin (1999) mallissa yksilön tekemien valintojen ja toiminnan ja ympäristön suomien edellytysten välillä tulee olla tasapaino. Näin elämänlaatu voidaan ymmärtää käsitteenä, joka muotoutuu vuorovaikutussuhteissa. Lawtonin (1999) käsityksen mukaan elämänlaadussa ei ole kyse vain terveydestä tai muusta yksittäisestä tekijästä vaan sen määrittymiseen vaikuttaa kulttuuri ja sosiaalinen ympäristö, jossa ihminen elää. Ulkopuoliset aineelliset edellytykset ja toisaalta koettu tyytyväisyys omaan elämään ilmentävät iäkkään ihmisen elämänlaatua. Iäkkään ihmisen hoidolla ja hoivalla tavoitellaan paitsi ihmisen terveyden, toimintakyvyn ja voimavarojen tukemista niin myös elämänlaadun tukemista. (Luoma 2009, 74.)

Powel Lawton (1991) hyödynsi WHO:n vuonna 1948 tekemää elämänlaadun mallia omassa mallissaan ja kehitti sitä edelleen jakaen elämänlaadun neljään eri ulottuvuuteen, jotka menevät osin päällekkäin sekä lisäksi koettuun elämänlaatuun. WHO lisäsi määrittelyyn vuonna 1998 ympäristön. Jaottelussa korostuu toimintakyvyn merkitys elämänlaadulle. Neljä ulottuvuutta: fyysinen-, psyykinen-, sosiaalinen- ja ympäristöulottuvuus ovat samat kuin toimintakyvyn ulottuvuudet. (Räsänen 2011, 71, 74-78.)

Räsänen (2011) tutkimuksessa, ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden elämänlaadusta, vahvistui käsitys kaikkien neljän elämänlaadun ulottuvuuden merkityksestä elämänlaadun kokonaisuudelle. Tutkimuksessa ei-muistisairaiden elämänlaatu oli kohtalainen ja vanhukset arvostivat asumista ja riittävää hoivaa, joka tarkoitti, että perustarpeet tulivat tyydyttyiksi ja ihmisuhteita oli riittävästi, vanhus koki itsensä tärkeäksi ja tunsu tulevansa kuulluksi ja nähdyksi eli sai osallistua päivittäisiin toimintoihin. Sukupuoli, ikä tai asuinpaikka ei vaikuttanut näihin kokemuksiin. Hoivan merkitys nousi tässä tutkimuksessa suureksi vanhuksille ja heidän elämänlaadulle. (Räsänen 2011, 169-170.)

Vaaraman, Siljanderin, Luoman ja Meriläisen (2010) tutkimuksen mukaan ikäryhmästä riippumatta elämänlaatuun voimakkaasti vaikuttavia tekijöitä ovat fyysiset tekijät eli työ- ja toimintakyky sekä psyykkiset tekijät kuten riittävä tarmo arkipäivän toimiin ja kyky nauttia elämästä. Iäkkäiden elämänlaatua kohentavat myös tyytyväisyys terveydentilaan ja läheisiltä ja ystäviltä saatuun tukeen sekä kunnon yöuni. Erityisesti 70-ikävuoden jälkeen liikuntakyvyn merkitys korostuu ja 80 –ikävuoden jälkeen terveyden ohella tarmo ja tieto arkipäivää varten korostuu. Tässä vaiheessa korostuu osallisuus tarmoa ja sosiaalisia suhteita tukevaan arjen toimintaan. Tutkimuksen mukaan hyvälle elämänlaadulle tärkeiksi koetut tekijät vaihtelevat elämänkulun mukaan. Myös sosio-ekonominen asema täytti vaikuttavan elämänlaadun kokemiseen. Iäkkäiden joukosta kaikkein heikoimmaksi elämänlaadun kokivat yli 80-vuotiaat naiset, jotka olivat useimmiten leskiä. (Vaarama ym.2010, 126-145.)

Elämänlaadun eri ulottuvuuksien kautta tarkasteltuna Vaarama ym. (2010) saivat, yli 80 –vuotiaiden elämänlaadulle merkityksellisiksi tekijöiksi kaikilla ulottuvuuksilla hyvän toimintakyvyn ja yksinäisyyden tunteen puutteen. Ympäristöulottuvuudella merkitystä oli rahahuolien puutteella. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen tulokset korostavat toimintakyvyn ja ihmissuhteiden merkitystä iäkkäiden elämänlaadulle ja, että palveluilla elämänlaatua voidaan kohentaa. (Vaarama ym. 2010, 150-164.)

3.3 Hoiva

Hoivan määrittelyssä ei ole saavutettu samanlaista vakiintunutta teoreettista perustaa kuin vaikka hoidon käsitteessä hoito- ja lääketieteessä tai kasvatuksen käsitteessä kasvatustieteessä (Anttonen & Zechner 2009, 16-17). Suomessa hoivan käsitettä käytetään sosiaalitieteessä, mutta arkisessa työssä hoito ja hoiva usein sekoittuvat toisiinsa, koska niille ei ole löydettävissä tarkkoja rajoja (Räsänen 2011, 30). Hoivasta puhuminenkin yleistyi vasta 1980-luvulla ja sitä ennen samaa asiaa kuvaamaan käytettiin sellaisia sanoja kuin

huolenpito ja auttaminen, hoito ja hoivaaminen. Hoiva onkin laaja-alainen käsite ja rajat lähikäsitteisiin, samantyyppisiin toimintoihin, ovat epäselvät. (Anttonen & Zechner 2009, 16-17.)

Laaja-alaiseksi hoivaa voi sanoa paitsi sen takia, että käsitteen alle mahtuvat kaikki apua tarvitsevat pienistä lapsista, aikuisiin ja eritoten vanhuksiin sekä myös sen takia, että näin ollen hoivatarpeetkin ovat erilaisia. Hoiva voi olla fyysistä tai psyykkistä huolenpitoa toisen tarpeista ja sitä voi antaa äiti, puoliso tai kumppani. Se voi olla raskasta ruumiillista työtä tai läsnäoloa. (Anttonen & Zechner 2009, 17-18.)

Käsite hoivasta tuli 1980-luvulla naistutkijoiden työkaluksi, jolla kuvattiin naisten tekemän palkattoman huolenpitotyön erityisyyttä ja yhteiskunnallista merkittävyyttä. Tällöin kyse on informaalista hoivasta, joka tavallisesti määritellään omaisten ja läheisten toisilleen antamaksi avuksi (Zechner 2010, 13). Samoihin aikoihin teoreettinen keskustelu hoivasta vilkastui myös muissa maissa ja etenkin sana care todennäköisesti vaikutti siihen, että suomen kieleen omakuttiin sana hoiva eikä esimerkiksi huolenpito. Hoiva on sanana lyhyt, ytimekäs ja se herättää myönteisiä ajatuksia. (Anttonen & Zechner 2009, 16-17.)

Ammattilaisten antamaa hoivaa kutsutaan formaaliksi hoivaksi (Anttonen & Zechner 2009, 10). Hoivan tarve, informaalinen tai formaalinen, syntyy, kun toimintakyky heikkenee niin, ettei enää selviydy päivittäisistä askareista. Hoivan saaminen edellyttää, että vanhus kykenee ilmaisemaan hoivan tarpeensa. Tämä ei välttämättä ole helppoa, koska omia vajavuuksia ei yleensä haluta helposti tuoda esille (Zechner & Valokivi 2009, 154-155). Tarpeiden esiintuomista ei myöskään helpota nykyään yleisesti esillä oleva täysin itsenäisen selviytymisen ja autonomian korostaminen (Zechner & Valokivi 2009, 161). Hoivan tarve ei myöskään pysy aina samana vaan vaihtelee vanhuksen toimintakyvyn mukaan ja sen mukaan kuinka tarpeeseen pystytään kulloisessakin tilanteessa vastaamaan. Hoiva perustuu vuorovaikutukseen ja siinä on aina vähintään kaksi osapuolta: hoivan antaja ja hoivan tarvitsija. (Zechner & Valokivi 2009, 154-155.)

Tutkijat ovat määritelleet hoivan työksi, joka voi olla yhtä hyvin palkallista kuin palkatontakin, mutta joka tapauksessa paljon enemmän kuin vain työtä. Hoiva käsitteenä sitoo eri huolenpidon ulottuvuuksia yhteen ja se määrittää sosiaalisia suhteita ja inhimillistä vuorovaikutusta. (Anttonen & Zechner 2009, 17-18.) Hoiva eroaa hoidosta mm. niin, että hoivalla ei pyritä parantamaan ketään. Hoidossa vanhus on useimmiten tekemisen kohde, objekti, kun, taas hoivassa vanhus toimii yhteistyössä hoivaajan kanssa. (Räsänen 2011, 44.)

Hoivalla edistetään vanhan ihmisen hyvää arkea ja se on konkreettista auttamista, huolenpitoa ja aitoa läsnäoloa. Hoivan voi myös määritellä tavaksi ajatella ja toimia vanhan ihmisen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia edistävästi. Vaikka vanhuus ei olekaan sairaus, siihen kuitenkin niitä useimmiten liittyy ja ammatillisessa hoivassa ammattihenkilöillä tulee näin ollen olla myös riittävästi terveydenhuollon osaamista. (Räsänen 2011, 44-45.) Iäkkään ihmisen hoidolla ja hoivalla tavoitellaan paitsi ihmisen terveyden, toimintakyvyn ja voimavarojen tukemista niin myös elämänlaadun tukemista (Luoma 2009, 74).

4 KOHTI TOIMIJUUTTA

4.1 Toimijuus

Toimijuuden käsite on alun perin lähtenyt liikkeelle sosiologiasta ja yleistynyt viime vuosina myös ikääntymisen tutkimuksessa. Niin gerontologisessa tutkimuksessa kuin myös vanhustyössä ja -politiikassa keskeisintä on toimintakyky. Toimintakykyä on tutkittu pitkään ja monipuolisesti. Tyypillisesti tutkimukset toimintakyvystä ovat olleet senkaltaisia, että toimintakyky on jaettu kolmeen päätyyppiin: fyysiseen-, psyykkiseen- ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kahta ensimmäistä on tutkittu paljonkin, viimeistä vähemmän. Todennäköisesti tämä johtuu siitä, että kahta ensimmäistä on helpompi mitata kuin viimeistä toimintakyvyn lajia. (Jyrkämä 2007, 195-197.)

Jyrkämän (2007) mukaan toimintakykytutkimus on laajuudestaan huolimatta jopa kapea-alaistunut tämän ainaisen kolmijaottelun vuoksi. Usein tästä on seurannut tutkimuksen ajautuminen toimintakyvyn osa-alueiden ulottuvuuksiin ja niiden välisten yhteyksien tutkimiseen. Aineistot ovat kyllä olleet laajoja ja paljon tietoa on saatu. Tulokset kuitenkin kertovat keskimääräisesti koko joukosta, eikä kovinkaan paljon yksittäisten ihmisten konkreettisista elämäntilanteista. (Jyrkämä 2007, 197-199.)

Jyrkämä (2007) nostaa esiin myös tyypillisen piirteen toimintakykytutkimuksesta eli yksilöihin kohdistuvan tutkimuksen siinä mielessä, että toimintakykyä mitataan ikään kuin yksilön ominaisuutena. Kun tyypillisesti esimerkiksi fyysistä toimintakykyä mitataan käden puristusvoimamittauksilla, siinä mitataan tavallaan potentiaalista, mahdollista, toimintakykyä, ei sitä, mikä on oikeasti käytössä oleva toimintakyky eli aktuaalinen toimintakyky. Ihminen siis näin nähdään enemmänkin toimintakyvyn kantajana kuin käyttäjänä. (Jyrkämä 2007, 199.)

Lohkoutumisesta ja yksilöistä on kuitenkin päästy eteenpäin ja tutkimukseen on tullut enemmän biopsykososiaalista lähestymistapaa eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen yhdistävää näkökulmaa. Tämä tarkoittaa, että toimintakyky pyritään näkemään em. kolmella osa-alueella niin ruumiin, toiminnan kuin osallistumisenkin tasolla. Muitakin uusia näkökulmia tavanomaisen toimintakykytutkimuksen rinnalle on tullut ja Jyrkämän (2007) mukaan tällaista näkökulmamutosta, siirtymää tarvitaan, jotta päästään vanhasta toimintakyvyn ajattelumallista toimijuuteen. Kysymys on siis lähinnä siitä, että siirrytään kapeasta sosiaalisen toimintakyvyn ymmärryksestä toimintakyvyn sosiaalisuuteen. Ymmärretään miten toimintakyky muotoutuu, rakentuu ja muuttuu laajempaan sosiaalisena kokonaisuutena. (Jyrkämä 2007, 201.)

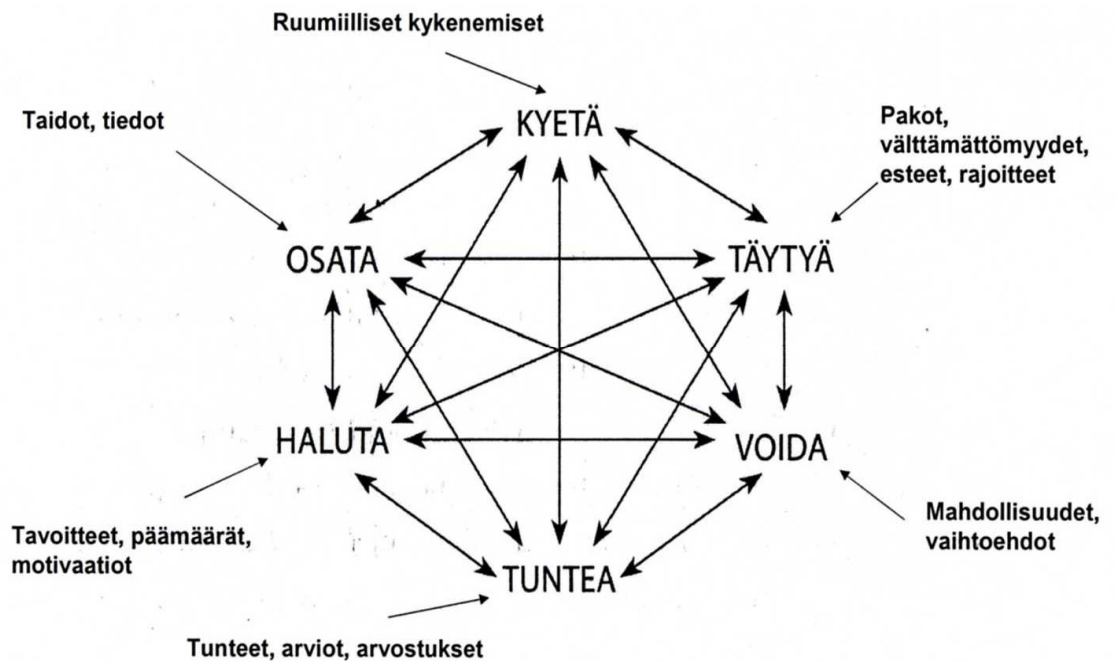
Kohti toimijuutta mennään myös silloin, kun toimintakykytutkimuksessa pääpaino siirretään potentiaalisen toimintakyvyn tutkimisesta aktuaaliseen, käytössä olevaan toimintakykyyn. Jyrkämä (2007) käyttää tästä jopa sanaa per-

formatiivinen toimintakyky eli tällöin tarkoitetaan sitä miten ikääntyneet käyttävät käytössä olevaa toimintakykyä tai eivät käytä. (Jyrkämä 2007, 201.)

Toimijuuden modaliteetit

Modaliteettien eli ulottuvuuksien kautta voidaan tutkia ja analysoida toimintaa, toimintakykyä ja toimintatilanteita eli toimijuutta. Ulottuvuuksia on siis kuusi erillistä seikkaa, jotka kytkeytyvät toisiinsa. (Jyrkämä 2007, 206.)

Kuvion 1 toimijuuden modaliteettimalli kuvaa kuinka eri osa-alueet ovat suhteessa toisiinsa.



KUVIO 1 Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)

Jyrkämän (2007, 207) mukaan

”toimijuus kaiken kaikkiaan on jotakin, joka syntyy, muotoutuu ja uusiutuu näiden modaalisten ulottuvuuksien yhteen kietoutuvana kokonaisdynamiikkana.”

Olellaisena osana toimijuuteen ja sen modaalisiin ulottuvuuksiin liittyy kontekstuaalisuus, joka tarkoittaa, että nämä osaamiset, voimiset, haluamiset, kykenemiset, täytymiset ja tuntemiset tapahtuvat jonakin aikana, jossakin paikassa, jonkun ikäisenä jne. eli siis suhteessa johonkin. Eri-ikäisinä halutaan eri asioita ja kyetään eri asioihin. Erilaisissa paikoissa täytyy tehdä jotakin, mitä toisessa paikassa ei voi tehdä. Toisaalta on kysymys myös siitä haluaako tehdä jotakin vaikka voisi ja osaisi. (Jyrkämä 2007, 207-208.)

Keskeistä toimijuuden modaliteettimallissa on siis se, että se suuntaa tarkastelun juuri aktuaaliseen toimintakykyyn eli käytössä olevaan toimintakykyyn (Jyrkämä 2007, 215). Toimijuudessa kyse on siitä, että ihminen nähdään oman elämänsä toimivana subjektina (Jyrkämä 2007, 205).

Toimijuuden modaliteettimalli viitekehystenä antaa erinomaisen kiinnostavia käytännön sovellusmahdollisuuksia käytäntöjen uudistamiseen ja muuttamiseen esimerkiksi vanhainkodeissa ja muissa tämänkaltaisissa paikoissa. Jyrkämä (2007) hahmottelee asiaa niin, että esimerkiksi vanhainkotiin tulovaiheessa mallia käytettäisiin hyväksi hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Käytäisiin läpi mitä vanhus osaa, kykenee ja haluaa. Toisaalta se mitä talossa täytyy ja voi tehdä. Varsinkin "laitostumisen prosessin" pysäyttämässä malli olisi tärkeässä asemassa eli seurattaisiin, että "kykenemiset eivät kaikkoo, osaamiset eivät ohene ja voimiset vähene". Päinvastoin tarjottaisiin mahdollisuuksia joiden avulla osaamiset vahvistuvat, kykenemiset vähintään säilyvät ja otetaan haluamiset huomioon. (Jyrkämä 2007, 214.)

Jyrkämä (2005, 7) hahmottelee kysymyksen omaisesti voisiko elämänlaadun tulkita tai nähdä arkiseksi osaamisen, voimisen, täytymisen, haluamisen, voimisen ja kykenemisen tilanteelliseksi, kokemukselliseksi yhteensopivuudeksi, "tilanteelliseksi eheydeksi"? Tämä sellaisessa tilanteessa, jossa hyvän elämän aineelliset ja sosiaaliset edellytykset ovat olemassa. Näin ollen esimerkiksi tyytyväisyys ei sinänsä olisi elämänlaatua vaan jotakin sellaista, jota hyvä elämänlaatu eri tilanteissa tuottaa. (Jyrkämä 2005, 7.)

4.2 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Ikääntyminen ja vanhuus eivät ole sairauksia, eikä niitä voida estää. Ikääntymiseen liittyviä rappeutumissairauksia ja niistä johtuvia seurauksia, haittoja on kannattavaa ehkäistä. Ikääntyvien hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta terveys on merkittävin tekijä, sillä on suuri merkitys arkipäivän selviytymisessä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16.) Ratkaisevaa ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta, on selviytyminen jokapäiväisestä elämästä. Tätä voidaan kutsua toimintakyvyksi. Toimintakykyä voidaan tarkastella toiminnanvajavuuksina tai jäljellä olevana toimintakykyä. (Lyyra 2007, 21.)

ICF

ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on WHO:n luokitusperheeseen kuuluva toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka perustuu asiantuntijan tekemään arvioon henkilön tilanteesta. Kuntoutujan osallistumismahdollisuus sekä itsemääräämisoikeus ovat keskeisiä kuntoutusprosessin etenemisen kannalta, subjektiivisuus eli henkilön oma kokemus terveydentilastaan on nykyisessä mallissa ICF-luokituksen tärkeä ulottuvuus ympäristö- ja yksilötekijöiden rinnalla. Nykyään luokituksen osa-alueita ei tarkastella erillisinä, vaan toiminnan kautta, miten toimintakyky vaikuttaa suoriin ja suorituskyky toimintaan ICF-luokituksessa ei luokitella ainoastaan vajavuuksia ja haittoja, vaan keskitytään tarkastelemaan missä ympäristössä ne vaikuttavat ja miten. (Rissanen ym. 2008, 82-84.)

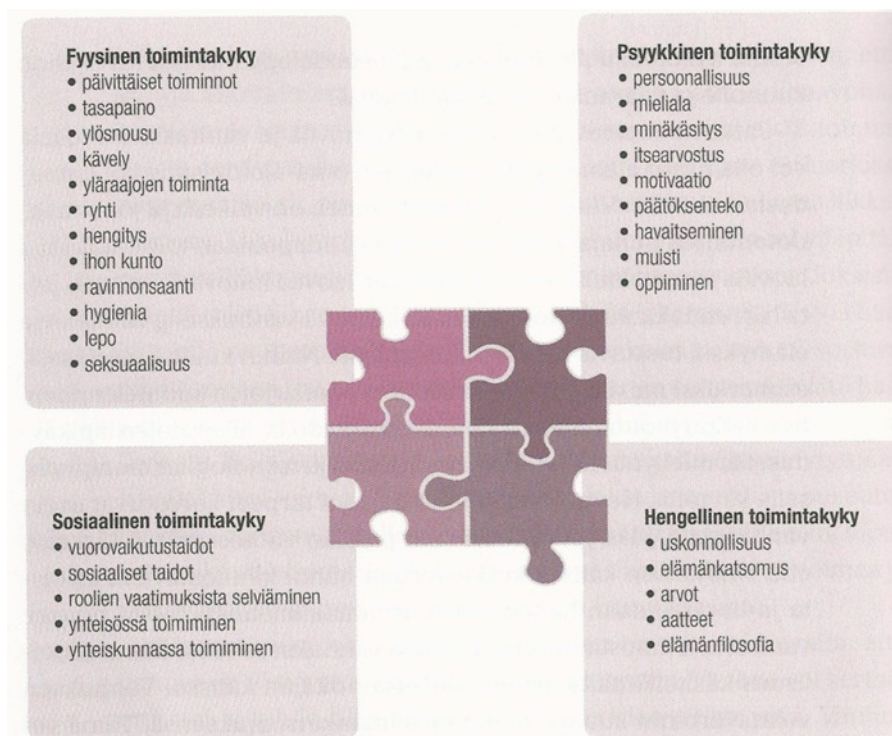
Tässä opinnäytetyössä olemme jaotelleet toimintakyvyn ulottuvuudet perinteiseen malliin mukaan neljään osa-alueeseen fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen ulottuvuuteen, koska elämänladun ulottuvuudet mukailevat samaa mallia. Nämä neljä ulottuvuutta ovat toisiinsa yhteydessä ja muutos yhdelläkin osa-alueista vaikuttaa ikääntyneen toimintakyvyn muihin osa-alueisiin. Toimintakyvyn ollessa hyvä ikääntyneen selviytyminen päivittäisistä toimista on mahdollista. Tällöin toimintakyvyn osa-alueet ovat tasapainossa

toisiinsa nähden. Toimintakyvyn heiketessä jollakin osa-alueella toimintakyky huononee ja ikääntyneen selviytyminen arjessa vaikeutuu. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19,21.)

lääkäiden ihmisten arvioidessa omaa terveyttä ja toimintakykyä, se tapahtuu vertaamalla itseä muihin samanikäisiin. Tämä ajattelumalli auttaa ymmärtämään sen, miksi osa 80-vuotiaita arvioi terveytensä hyväksi, vaikka totuuden nimissä kliinisesti terveiden määrä tämän ikäisissä on pieni. Heikkisen (2002) mukaan toimintakyky nousee tärkeäksi kriteeriksi silloin, kun iäkkäät ihmiset arvioivat elämänlaatuaan, terveyttään sekä elämän merkityksellisyyttä. Ikäihmiset sopeutuvat vanhenemiseen eri tavalla. Osa ikääntyneistä kokee terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen normaaliin vanhenemiseen kuuluvaksi. Osalle toimintakyvyn heikkeneminen sekä muutokset terveydentilassa on vaikeampi hyväksyä. (Heikkinen 2002, 25.)

Toimintakyvyllä on suuri merkitys elämänlaatua tarkasteltaessa. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ikääntyneen mahdollisuuksia toimia erilaisissa tilanteissa haluamallaan tavalla. Mahdollisuuksien heikkeneminen voi muuttaa elämänlaadun kokemista. Lähiympäristölle on tässä vaiheessa haasteellista havainnoida ja tunnistaa ikääntyneen omat voimavarat, jotta voidaan tukea ikääntyneen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja tavoitteellisesti. (Lähdesmäki ym. 2009, 19, 21.)

Kuviossa 2 on esitetty toimintakyvyn neljä osa-aluetta ja niihin sisältyvät toiminnot.



KUVIO 2 Toimintakyvyn osa-alueet (Lähdesmäki ym. 2009, 22.)

Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä arkielämän toiminnoista, jotka vaativat fyysistä aktiivisuutta. Sellaisia ovat arkiset askareet, harrastukset ja kaikki päivittäiset toiminnot. Fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä tekijöitä ikääntyneillä ovat alaraajojen lihasvoima, tasapaino ja kyky kävellä ja nousta tuoliilta. Seisominen edellyttää lihastasapainoa sekä nivelten liikkuvuutta sekä ryhtiä. Myös ravitsemustila ja kehon rakenne ja toiminta vaikuttavat ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen tulee olla tavoitteellista ja sen päätavoitteena on tukea vanhuksen itsenäistä suoriutumista. Tavoitteet tulee laatia realistisiksi, jolloin vanhuksella on mahdollisuus saavuttaa ne ja tekeminen säilyy mielekkäänä. Keskeistä fyysisen

toimintakyvyn tunnistamisessa on vanhuksen oma kokemus. (Lähdesmäki ym. 2009, 23.)

Toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat kaikki toisiinsa. Esimerkiksi toiminnanvajuus tai muutos fyysisessä toimintakyvyssä saattaa estää ikääntynyttä osallistumaan erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin. Aktiivisella kuntoutuksella voidaan ikäihmisten terveyttä ja elämänlaatua parantaa huomattavasti. Voimavarojen heikentyessä tulee ikääntyneen asetettuja tavoitteita muuttaa, lisätä sosiaalista tukea ja parantaa fyysistä ympäristöä sekä kuntouttaa tavoitteellisesti. Aiemmin elämän aikana hankittu sosiaali- ja terveystapa- ja voimavaroja vaikuttavat merkittävästi ikäihmisten terveyteen, toimintakykyyn ja sitä kautta elämänlaatuun. (Lyyra 2007, 21, 24.)

Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyky koostuu kognitiivisista kyvyistä, joita ovat persoonallisuuden, mielialan lisäksi psyykkiset voimavarat. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat muisti, oppiminen ja havaitseminen. Terveillä vanhuksilla nämä kyvyt säilyvät pitkälle vanhuuteen ja niissä tapahtuvat muutokset ovat yleensä vähäisiä. Ikääntyneen oma kokemus motivaatiosta, mielialasta sekä omista vahvuuksista ja heikkouksista ovat tärkeä osa psyykkisiä voimavaroja. Päätöksenteko ja kyky ratkaista ongelmia kuuluvat myös psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykkisen toimintakyvyn tarkoituksena on kuvata sitä, kuinka ikääntynyt kykenee käyttämään psyykkisiä voimavarojaan saavuttaakseen itselleen asettamansa tavoitteet. (Lähdesmäki ym. 2009, 23, 24.)

Minäkäsitys ja oman itsensä arvostus, itsetunto ovat psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Niillä tarkoitetaan ihmisen käsitystä itsestään toimijana sekä vanhuksen kykyä tarkastella omaa toimintaansa. Psyykkinen toimintakyky mahdollistaa ikääntyneen tarkoituksenmukaisen sopeutumisen ja selviytymisen hänelle itselleen välttämättömistä rooleista. Ikääntynyt saa tunteen selviytymi-

sestä ja elämänhallinnasta, joka liittyy subjektiiviseen kokemukseen elämänlaadusta. (Lähdesmäki ym. 2009, 24.)

Sosiaalinen toimintakyky

Lähdesmäen ym. (2009, 24-25) mukaan sosiaalinen toimintakyky on vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa erilaisissa yhteisöissä ja tilanteissa. Ikääntyneen rooli eri yhteisöissä voi olla esimerkiksi kuuntelijana, toimijana, kanssaeläjänä ja sivustaseuraajana. Sosiaaliset taidot kuuluvat sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalisesti toimintakykyinen ikääntynyt pystyy solmimaan uusia ihmissuhteita sekä ylläpitämään olemassa olevia. Osa ikääntyneen sosiaalisesta verkostosta muodostaa hänen tukiverkon. Ikääntyneen sosiaalisen verkoston muodostavat ne vuorovaikutussuhteet, joiden kautta hän ylläpitää sosiaalista identiteettiä, solmii uusia ihmissuhteita ja joilta hän saa sosiaalista tukea.

Sosiaalisella tukiverkostolla tarkoitetaan niin yksityistä, kuin julkistakin tukiverkostoa. Ikääntyneen toimintakykyä ja terveyttä kun tarkastellaan elämänlaadun näkökulmasta, on hyvin toimivalla sosiaalisella verkostolla keskeinen asema. Ikääntyneen tärkeimmät ihmissuhteet puolison lisäksi ovat yleensä suhteet omiin lapsiin ja lapsenlapsiin. Vanhusten elämänlaatu on parempi niillä ikääntyneillä, joilla on kiinteät ja toimivat suhteet perheeseen. Ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky on parempi sellaisilla vanhuksilla, jotka ovat yhteydessä lähiperheensä kanssa, kuin niillä, joilla ei ole lähiomaisia tai yhteyttä perheeseen (Lähdesmäki ym. 2009, 25.)

Lähdesmäen ym. (2009, 197) ovat sitä mieltä, että jokainen ihminen tarvitsee toisen ihmisen läheisyyttä, rakkautta, turvallisuuden sekä yhteisöllisyyden tunteita. Ikääntyneen ihmisen sosiaalisella kanssakäymisellä ja aktiivisuudella on yhteys fyysiseen, kuin psyykkiseenkin terveyteen. Sosiaalisesti aktiivinen elä-

mä on tärkeä voimavara ikäihmiselle. Ihmisellä on luontainen tarve antaa ja saada huolenpitoa, myös vanhuksella. Hyvät, itselle merkitykselliset sosiaaliset suhteet ja niistä syntyvä vuorovaikutus helpottavat vanhusta selviytymään mahdollisista sairauksista sekä toimintakyvyn heikkenemisestä. (Lähdesmäki ym. 2009, 24-25.)

Monelle vanhukselle sosiaalisesti aktiivisella elämäntyyliillä on vaikutusta itsetuntoon ja oman itsensä arvostukseen. Itsensä tarpeelliseksi tunteminen lisää uskoa omaan kykyihin. Lähdesmäen ym. (2009, 197) mukaan harrastuksesta saatu mielihyvän tunne ja itsensä arvostus on vanhukselle usein tärkeämpi asia, kuin uuden oppiminen. Sosiaalinen toimintakyky ja sosiaaliset suhteet nähdään tärkeänä voimavarana ikääntyneen elämässä, elämänlaadun tarkastelussa sekä osana toimintakyvyn kokonaisuutta. Sosiaaliset suhteet parantavat merkittävästi ikääntyneen hyvinvointia. (Lähdesmäki ym. 2009, 25.)

Yksinäisyys

Paljon puhutaan ikääntyneiden kokemasta yksinäisyydestä ja sen kielteisistä vaikutuksista toimintakykyyn ja masennukseen. Yksinäisyys on noin kolmasosalle ikääntyneistä ongelma, jossain määrin ja yhdelle kymmenestä se on jo vakava terveydellinen haitta. Yksinäisyys on subjektiivinen kokemus ja se vaihtelee elämäntilanteiden muuttuessa esimerkiksi ihmissuhteiden menetysten yhteydessä. Osa ihmisistä saattaa kokea yksinäisyyttä koko ikänsä. Yksinäisyys voi olla myös kokemus ulkopuoliseksi jäämisestä yhteisössä. Yhteyden tunteen edistäminen ja vuorovaikutuksen tukeminen on promotion ja prevention lähtökohta terveyden edistämisen näkökulmasta. (Tiikkainen 2007, 146.)

Ystävillä ja erityisesti samanikäisillä ystävillä on tärkeä merkitys ikääntyneille ihmisille ja hyvinvoinnille. Terveydellä, toimintakyvyllä ja yksinäisyydellä on moniulotteisia vaikutuksia toisiinsa, koska heikentynyt toimintakyky saattaa estää ikääntynyttä osallistumasta johonkin toimintaan, mutta hyvät sosiaaliset

suhteet ja osallistuminen vähentävät tunnetta vajavuuksista. Ikääntynyt tarvitsee omassa asuinympäristössään sosiaalista kanssakäymistä ja sen tukemista, mutta myös yksityisyyttä. Laitoksessa asuessaan ikääntynyt saattaa kokea itsensä ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi muiden asukkaiden ja hoitohenkilöstön keskellä. (Tiikkainen 2007, 155-156.)

Tiikkaisen (2007) mukaan yksinäisyyden kokemukseen tulee puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin voidaan ehkäistä siitä johtuvia haittoja. Kaikkia yksinäisyyttä aiheuttavia syitä ei voida poistaa, mutta niiden vaikutuksiin ja seurauksiin tulee voida vaikuttaa ja yksinäisyyden kestoja lyhentää. Ennaltaehkäisyssä tulee tunnistaa ne riskitekijät, joista yksinäisyys kunkin ihmisen kohdalla johtuu, keskeistä on myös huomioida menetyksen kokeneet ikääntyneet ja tukea erityisesti niitä, joilta puuttuu toimivat ihmissuhteet. Yksinäisyydestä tulee puhua ikääntyneen kanssa tavoitteellisesti selvittämällä ikääntyneen oma näkemys yksinäisyydestä ja sen syistä ja mitä tunteita hän siitä kokee. Kannustamalla ikääntyneitä yhteisyyttä edistäviin ryhmiin sekä aktiviteetteihin, toimijuuteen voidaan lievittää yksinäisyyden tuomia haittoja ja ennaltaehkäistään yksinäisyyden pitkittymistä. Ulkopuolisen henkilön tuoma tuki on tärkeää ja ennen kaikkea niille ikääntyneille, joilta puuttuu toimivat, läheiset ihmissuhteet. (Tiikkainen 2007, 157-160.)

Hengellinen toimintakyky ja luontosuhde

Hengellinen toimintakyky on oman elämänkatsomuksen sekä omien elämänarvojen tunnistamista, tietoisuutta siitä, että on olemassa jotain henkilökohtaista ja pyhää. Suhde elämään kuin myös kuolemaan ovat hengellisen toimintakyvyn osa-alueita. Se on myös ihmisen uskoa ja luottamusta toisiin ihmisiin ja Jumalaan. Hengellisyys on merkittävä osa ihmisyyttä, omaa sisäistä voimaa. Siihen kuuluu myös moraaliset ja uskonnolliset periaatteet sekä elämänkatsomus. Ikääntyneelle hengellinen toimintakyky antaa elämänhalua, toivoa ja tarkoitusta. (Lähdesmäki ym. 2009, 86, 210-213.)

Lähdesmäen ym. (2009, 86, 210.) mukaan hengellinen toimintakyky ja sen huomioon ottaminen on osa vanhuksen tasapainoista elämää. Vanhuksen oma kokemus merkityksellisestä ja mielekkästä elämästä on osa hengellistä toimintakykyä. Vanhukseen elämään, arkeen hengellinen toiminta tuo toivon lisäksi iloa. Sillä voidaan tukea ikääntymisen mukana tuomia huolia menetyksistä ja luopumisista. Ikääntyneen käsitellessä elämän tarkoitusta hengellisyys antaa voimaa sen ymmärtämiseen, myös elämästä luopumiseen. (Lähdesmäki ym. 2009, 213.)

Suhde luontoon erityisen tärkeä ikääntyneille ihmisille, koska luonto on yhteinen tuttu ja samalla läheinen. Suuri osa tämän päivän ikääntyneistä on kotoisin maalta ja kiinnostus päivittäiseen säähän on yhteistä. Heidän nuoruudessaan useat toiminnot, kuten maanviljely ja marjastus olivat riippuvaisia säästä. (Heikkinen 2002, 225.) Erityinen merkitys suhteella luontoon on ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä asuvilla ikääntyneillä. Esimerkiksi muistisairaat nauttivat värikkäiden, tuoksuvien kasvien katselemisesta, koskettamisesta niiden hoitamisesta sekä muistoista, joita ne tuovat mieleen. Iäkkäiden mieliala ja hyvinvointi kohenee luontokokemuksista, joissa he pääsevät katselemaan ja hoivaamaan eläimiä sekä keskustelemaan näistä. Ulkona kävely ja veden läheisyyden aistiminen, sen äänet ja tuoksu lisää iäkkäiden hyvän olon tunnetta. Lähiluonto antaa virikkeitä iäkkäiden aisteille, lisäten halukkuutta ulkoiluun ja liikuntaan, mikä puolestaan tukee toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita sekä elämänlaatua. (Kivelä, Vaapio 2011, 104.)

Kivelä ym. (2011, 104) toteavat, ettei kaikilla iäkkäillä ei ole mahdollisuutta kokea luontoa ulkoillen. Erityisesti silloin on tärkeää luoda iäkkään omaan huoneeseen esteetön näköala, josta voi havaita vuodenaikojen vaihtelun, lintujen laulun ja raittiin ilman tuoksun. Kaikesta näistä voi myös keskustella iäkkään ihmisen kanssa ja muistella luontoa ja sen moninaisuutta sekä vuodenaikojen vaihtelun ja sään tuomia tunteita. Luonnon kukat ja vihreys maljakossa herättävät aistivirikkeitä, samoin kuin luonnon marjojen maut.

5 KUNTOUTUKSEN OHJAUS TOIMIJUUDEN TUKEMISESSA

5.1 Kuntoutus

Eri vuosikymmeninä kuntoutus on ymmärretty ja määritelty eri lailla. Kun yhteiskunta muuttuu, myös kuntoutus muuttuu sen mukana. Tänä päivänä kuntoutus on huomattavasti monipuolisempi toimintakokonaisuus, ja sitä toteutetaan monimuotoisemmin, kuin esimerkiksi sotien jälkeen 1940-1950 -luvuilla, jolloin kuntoutus keskittyi sodassa syntyneiden vammojen ja niiden aiheuttamien haittojen korjaamiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 12.)

Suomessa kuntoutuksen kehityksen voi huomata tarkastelemalla valtioneuvoston eduskunnalle antamia kuntoutusselontekoja. Selontekoja on kaikkiaan kolme ja ne ovat vuosilta 1994, 1998 ja viimeisin vuodelta 2002. (Järvikoski ym. 2008, 12.)

Vuoden 2002 selonteossa kuntoutus määritellään suunnitelmalliseksi ja monialaiseksi toiminnaksi, joka on usein pitkäjänteistä toimintaa ja sen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutuksen tavoitteeksi selonteossa määritellään kuntoutuminen ja kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutuksessa on kyse ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessista. Muutosprosessin tavoitteena on edistää toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja työllisyyttä. Selonteossa korostetaan vielä kuntoutujan oman osallisuuden merkitystä kuntoutusprosessissa ja ympäristöön vaikuttamisen merkitystä. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Vuoden 2002 selonteon painotuksissa näkyy yhteiskunnassa vallitseva tila. Tämän päivä ja tulevaisuuden suomalaisessa yhteiskunnassa erityisenä haasteena on mm. työurien pidentäminen ja vanhusväestön itsenäinen selviytyminen ja palvelujen turvaaminen. Näin ollen selonteossa korostetaan ikääntyvän työväestön kuntoutusta sekä pitkäaikaistyöttömien kuntoutusta kuin myös syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kuntoutusta. Selonteossa todetaan myös,

että tulevina vuosina on tärkeää panostaa vanhusväestön toimintakyvyn säilymiseen. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Käsitteenä kuntoutus voidaan nähdä kolmenlaisessa merkityksessä. Se on siis sekä erilaisten toimenpiteiden muodostama kokonaisuus, että prosessi, joka etenee kohti asetettuja tavoitteita kuin myös yhteiskunnallinen toimintajärjestelmä. Oleellista kaikissa näkökulmissa on päämäärät, joita tavoitellaan. Yleensä kuntoutuksella pyritään nykypäivänä ihmisen psykofyysisen tilan muutoksen lisäksi kuntoutujan ja hänen ympäristönsä välisen suhteen muutokseen. Kuntoutuksen paradigma korostaa nykyään voimavarakeskeisyyttä entisen vajavuuskeskeisen sijaan. (Järvikoski ym. 2008, 17, 52.)

5.2 Ikääntynyt kuntoutujana

Gerontologisen kuntoutuksen lähtökohtana on vanhenemisilmiön laaja-alainen ymmärtäminen. Asiakkuuteen sinänsä kuuluu aina yksilöllinen vanhuuden elämänvaihe erityspiirteineen ja yksilöllisine kuntoutustarpeineen. Gerontologisen kuntoutuksen erityisyys, verrattuna aikuisväestön kuntoutukseen, muodostuu paitsi vanhuuden elämänvaiheena sisältämistä ikääntymis-muutoksista niin myös oman vanhenemisen käsittelystä ja menneiden elämänvaiheiden arvioinnista ja käsittelystä. (Kuntoutusportti 2011.)

Gerontologisen kuntoutuksen tulisi olla luonnollinen osa vanhusten palvelujärjestelmää niin promotiivisena eli terveyttä ja toimintakykyä edistävänä toimintana kuin preventiivisena eli sairauksien hoitoon ja elämäntilanteisiin liittyvinä kuntoutuspalveluina. Ikääntyneiden kohdalla erityisesti hoivan, hoidon ja kuntoutuksen päällekkäisyys aiheuttaa keskustelua työnjaosta ja työmenetelmistä ammattilaisten kesken. Hoito ja kuntoutus kulkevat rinnakkain eikä niiden välillä ole aina selvää rajaa. Tärkeintä on, että hoidoista ja tukimuodoista muodostuu kuntoutumista tukeva ja sosiaalista verkostoa huomioiva kokonaisuus,

joka ei katkea missään elämäntilanteen tai hoito-organisaation muutosvaiheessakaan. (Kuntoutusportti 2011.)

Ikääntyneen ihmisen kuntoutusta käsittelevissä keskusteluissa on alettu kiinnittää huomiota voimavaralähtöiseen työotteeseen. Tämä tarkoittaa ikääntyneen subjektiivisen kokemuksen huomioon ottamista sekä ensisijaisesti ikääntyneen omien voimavarojen huomioimista toimijuudessa. Rajoitusten sijaan voimavaralähtöisessä työotteessa korostuu ikääntyneen ihmisen oman tilanteen määrittely ja sen merkitys arjessa. Toteutuakseen se edellyttää ammattilaisilta laaja-alaista vanhan ihmisen elämäntilanteen tarkastelua. Elämänhistoria, yksilölliset elämäntyylit ja elämäntapa ja koettu elämä ovat tällöin ensisijaisia tarkastelun kohteita. Tärkeä työkalu näiden haasteiden huomioon ottamiselle on yksilöllinen ikääntyneen erityisyyden huomioon ottava kuntoutussuunnitelma. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 550-551.)

Toisaalta lähes kaikilla vanhuksilla on joku pitkäaikaissairaus, jonka seurauksien hallinta on keskeistä toimintakyvyn edistämisessä. Näin ollen on tärkeää tukea vanhuksen itsenäistä toimimista ja panostaa neuvontaan ja kuntoutukseen sekä itsehoitoon. Toimintakyvyn edistämisessä on nimenomaan tärkeää tukea ikääntyneen omaa aktiivisuutta ja kannustaa omatoimisuuteen ja itsenäisyyteen. (Rantanen 2010, 409.)

Toimintakyky liittyy kiinteästi kuntoutukseen ja sen perinteinen määrittely vaatii uudenlaista ajattelua, kun ikääntyneiden ihmisten kuntoutuksen palveluja ja sisältöjä kehitetään. Perinteinen kolmijako on vanhustalvetuissa useimmiten käytössä, koska palvelujen saannin perusteena on heikentyminen jollakin toimintakyvyn osa-alueella. Jotta vanhustalvetujen toimintaa voidaan uudistaa, täytyy toimintakyvyn teoreettista taustaa laajentaa ja uudistaa. Uudenlaisia määrittelyjä ja näkökulmia (ICF, Jyrkämä 2008) onkin viime aikoina tullut. Ne kuitenkin siirtyvät hitaasti konkreettisiksi lähtökohdiksi arjen toimintaan. (Kuntoutusportti 2011.)

Kuntouttava työote

Kuntouttava työote merkitsee tapaa tehdä arjen työtä ja se on kaikkien ikään-
tyneiden kanssa työskentelevien yhteinen haaste. Kuntouttava työote näkyy
ikäntyneen ja työntekijän yhteistoimintana päivittäisissä toimissa. Työntekijä
avustaa ikäihmistä vain tarvittaessa, jolloin ikäänntyneen omat voimavarat ovat
pääosassa arjen toimissa ja lähtökohtana asiakkaan oma kokemus avun tar-
peestaan ja voimavarojensa sekä kykyjensä riittävydestä. Kuntoutuksen ta-
voin kuntouttava työotekin on tavoitteellista toimimista. Tavoitteet laaditaan
yhdessä ikäihmisen, hänen omaistensa ja moniammatillisen työryhmän yhteis-
työnä ja ne asetetaan konkreettisiksi toimintakyvyn ylläpitämiselle ja paranta-
miselle. Tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä on henkilökunnan ja ikäih-
misen sitoutuminen niihin. Toiminnan toteuttamiseen liittyy myös säännöllinen
arviointi. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 44-45.)

Voimavaraistaminen

Voimavara-aktiivisuus kuntoutujakeskeisessä toimintamallissa tarkoittaa kun-
toutujan omien voimavarojen, mahdollisuuksien käyttöä. Mitä enemmän kun-
toutujan omia voimavaroja saadaan käyttöön, sitä motivoituneempi hän on
ponnistelemaan kuntoutumisensa hyväksi. Lähtökohtana voimavara-aktiiviselle
kuntoutumiselle nähdään kuntoutujan omat henkilökohtaiset kiinnostuksen
kohteet, omat tavoitteet sekä henkilökohtaiset vahvuudet. Voimavaroja huo-
mioitaessa kuntoutujan koko elämäntilannetta ja elinympäristöä tulee tarkas-
tella mahdollisimman laajasti. Kuntoutus suunnitellaan niiden pohjalta. (Kettu-
nen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen. 2009, 30.)

Vuorovaikutustilanteissa kuntoutujalle on tärkeää tulla kohdelluksi ainutlaatui-
sena ja arvostettuna yksilönä. Kohtaamishetkellä vuorovaikutuksessa kuntou-
tujan kuuleminen ja häneen keskittyminen synnyttää luottamussuhteen ja saa
kuntoutujan tuntemaan ja kokemaan arvostusta ja aitoa välittämistä. On tär-
keää paneutua kuntoutujaan ja hänen tilanteeseensa kokonaisvaltaisesti, sillä
vuorovaikutustilanteen ollessa avoin ja kunnioittava, kuntoutuja kokee tule-

vansa ymmärretyksi, jolloin hänen on helpompi ymmärtää myös itse itseään. (Kettunen ym. 2009, 60.)

Hyvässä ja asiakaslähtöisessä yhteistyössä ovat kuntoutujan lisäksi myös hänen läheisensä. Yhdessä mietitään kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja etsitään ratkaisuja ja vaihtoehtoja. Avoimessa ja luottavaisessa vuorovaikutuksessa kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijä sekä läheiset voivat keskustella rakentavasti yhdessä näkemyksistään, kuntoutujan parhaaksi. Tavoitteet on pidettävä sen hetkiseen elämäntilanteeseen realistisena kuntoutujalle, kuin läheisillekin. Kuntoutujan ja läheisten toiveet, suunnitelmat ja pelot tulee kuunnella tarkasti, jotta kuntoutumisen eteenpäin viemisessä edetään yhteisten tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutusprosessi vaatii sitoutumista ja pitkäjännittävyyttä. Siksi on välttämätöntä, että kuntoutusalan ammattilainen tutustuu hyvin kuntoutujaan ja hänen lähipiiriinsä, perehtyen heidän elämäntapaansa ja -arvoihin. (Kettunen ym. 2009, 60-61.)

Ikääntyneiden ihmisten voimavarat ja niiden tunnistaminen sekä tukeminen ovat tärkeitä arvoja kun puhutaan terveyden edistämisestä. Terveyteen liittyvä voimavara on kyky hoitaa ja huolehtia itsestä. Se antaa ikääntyneelle tunteen hänen mahdollisuudesta vaikuttaa omaan terveyteen ja hyvinvointiin ja kokemuksiä voimaantumisesta. Kaikki yksilöt ovat erilaisia ja jokaisella on omat tavat sekä pitkä eletty elämä takanapäin, joka vaikuttaa heidän tapaansa toimia ja ajatella asioita. Sieltä löytyy jokaiselle henkilökohtaisia voimavaroja. Heille on annettava mahdollisuus osallistua omaan terveyteen liittyvään päätöksentekoon. Henkilökohtainen neuvonta on toimiva keino tukea iäkkäiden ihmisten terveyttä. Tukemalla yksilöllisesti iäkkäiden voimavaroja, mahdollistetaan ikääntyneille ihmisille pidempi elinikä sekä mahdollisimman hyvä elämälaatu. (Lyyra 2007, 26.)

5.3 Kuntoutuksen ohjaajan rooli

Kuntoutuksen ohjaajan työ on asiakastyötä. Kuntoutuksen ohjaajan tulee tuntea asiakasryhmä, jonka kanssa hän toimii voidakseen edistää kuntoutujan kuntoutumista, selviytymistä ja toimintamahdollisuuksia hänen omassa toimintaympäristössään. (Toijanen 2010, 8.) Myös muiden alan toimijoiden tietoisuuden lisääminen kuntoutuksen ohjauksesta edistää kuntoutuksen ohjaajien roolin selkiytymistä ja toiminnan hyödyntämistä niin organisaatioissa kuin itse kuntoutujien parissa. Koska toimijuudessa on kysymys toiminnasta, toimintakyvystä ja toimintatilanteista, voi kuntoutuksen ohjaaja olla keskeinen tekijä sen tukemisessa. Kuntoutuksen ohjaajien (AMK) koulutus koostuu sosiaali- ja terveysalan yhteisten opintojen lisäksi kuntoutuksen ohjaajien omista pätevyysalueista. (Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma, kompetenssit)

Palvelujärjestelmäosaamisen alueeseen kuuluu esimerkiksi itse järjestelmän tuntemisen lisäksi alan eri toimijoiden, toimintamuotojen ja asiakasryhmän tunteminen. Alueeseen kuuluu myös kuntoutuksen ja lainsäädännön tietämyksen hyödyntäminen työssä. Näiden kaikkien osa-alueiden tuntemusta tarvitaan esimerkiksi vanhusten parissa työskenneltäessä ja kuntoutuksen ohjaajan rooli iäkkäiden elämässä ympärivuorokautisessa hoivassa perustuu juuri tähän monen eri osa-alueen huomioonottamiseen ja toisten toimijoiden tuntemiseen sekä järjestelmän tuntemiseen. (Kompetenssit SRE1.)

Kuntoutuksen ohjaaja voi tukea iäkkään toimijuutta ottamalla huomioon ne asiat vanhuksen arkipäivässä, jotka eivät muiden toimijoiden toimesta tule huomioiduiksi. Kyse on siis jälleen kerran siitä, että nostetaan esille mitä vanhus voi, osaa ja kykenee ja haluaa vai haluaako. Nostetaan arkipäivässä esiin täytymisten ja kykenemisten rinnalle vanhan ihmisen tunteet ja arvostuksen kohteet. Vanhankaan palveluasumisyksikössä asuvan ja elävän ihmisen elämä ei voi eikä saa olla vain sairauden hoitoa ja selviytymistä päivästä toiseen.

Elämän kokonaisvaltaisen kokemisen toteutumiseen laitosasumisessa kuntoutuksen ohjaajan työpanoksella voi olla ratkaiseva merkitys. Kyse on pitkälti asenteesta ja ajattelutavasta (Jyrkämä 2008.)

Kuntoutuksen ohjaajan työskentelyssä asiakastyö on keskeinen pätevyysalueemme. Työmme asiakkaan kanssa perustuu vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Hyvän vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteen luominen edellyttää dialogia kuntoutuksen ohjaajan ja asiakkaan välillä. Vanhustyössä, vanhan ja hauraan ihmisen kanssa toimiessa, ehdoton edellytys työskentelylle on toimiva vuorovaikutussuhde ja toimijuuden tukemisessa korostuu vanhuksen halu yhteistyöhön. Kuntoutuksen ohjaajan rooli asiakastyössä vanhusten kanssa on tukea ja hyödyntää heidän omia vahvuuksiaan ja voimavarojaan. Tämä ei suinkaan tarkoita pelkästään fyysisiä voimavaroja. Kuntoutuksen ohjaaja edistää vanhuksen autonomiaa lisäämällä hänen tietoisuuttaan omista vahvuuksistaan ja voimavaroistaan. Kun tunnistaa omat voimavaransa voi tehdä valintoja omassa elinympäristössään, mikä lisää toimijuuden toteutumista. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, RK2; Kompetenssit SRE2.)

Kuntoutustarpeen arviointiosaamisen alueelta vanhustyössä keskeistä kuntoutuksen ohjaajan osaamista on vanhuksen toimintakyvyn ja selviytymisen arviointi ja havainnointi hänen omassa toimintaympäristössään. Havainnointi tapahtuu seuraamalla arkista toimintaa vanhuksen asuinpaikassa. (Kompetenssit, SRE3) Arvioinnissa kuntoutuksen ohjaajan keskeisin työkalu on haastattelu. Arviointi perustuu vanhan ihmisen yksilöllisen tilanteen kokonaisvaltaiseen kartoitukseen johon myös vanhuksen läheiset kuuluvat. Arviointi toteutetaan kuntoutuksen ohjaajan toimesta selvittämällä toimintakykyisyys eri osa-alueilla ja voimavarat eri osa-alueilla toimimiseen. Tarvittaessa arvioinnissa käytetään apuna erityistyöntekijöiden selvityksiä. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, RK1.)

Kuntoutuksen suunnitteluosaaminen mahdollistaa kuntoutuksen ohjaajan toiminnan toimijuuden tukemisessa. Kun toimintakyvyn potentiaali on arvioitu, kuntoutuksen ohjaaja osallistuu päivien suunnitteluun niin, että arkipäivän toi-

minnoissa otetaan potentiaalinen toimintakyky käyttöön eli siirrytään aktuaaliin toimintakykyyn huomioiden vanhuksen subjektiivisen toteutumisen hänen omassa elämässään (Jyrkämä 2008; Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, RK1, RK3; Kompetenssit SRE6.)

Kuntoutuksen ohjaaja toimii työssään myös moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Hän sovittaa yhteen eri tahojen suunnitelmia ja varmistaa kuntoutussuunnitelman sisällön tarkoituksenmukaisuuden. Kuntoutuksen ohjaaja rooli moniammatillisessa ryhmässä on suunnitella, aikatauluttaa, seurata sekä arvioida kunkin asiakkaan yksilöllistä prosessia hänen tarpeistaan lähtien ja itsenäistä selviytymistä tukien. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, RK1, RK4; Kompetenssit SRE5, SRE6) Näin ollen kuntoutuksen ohjaaja toimii myös tarvittaessa asiakkaan asioiden ajajana (Kompetenssit SRE2).

Kuntoutuksen ohjaajan tehtävänä on tukea, ohjata ja neuvoa pitkäaikaissairasta tai vammaista henkilöä ja hänen lähipiiriään, jotta kuntoutuminen ja itsenäinen selviytyminen parantuisivat ja hänen toimintamahdollisuutensa lisääntyisivät. Kuntoutuksen ohjaaja edistää toiminnallaan vanhuksen itsenäisen elämisen ja päätöksenteon taitoja. Edistämisessä käytetään vuorovaikutustaitoja sekä yksilö ja ryhmämuotoisia ohjausmenetelmiä. Nämä voivat olla keskusteluja tai toimintaa yksilöllisesti tai ryhmässä. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, RK2; Kompetenssit SRE.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Aineisto ja menetelmä

Tämä opinnäytetyö on tehty post-doc –tutkimuksen aineistosta. Tutkimukseen osallistui neljä kuntaa, Jyväskylä, Keuruu, Multia, Uurainen ja kuusi erilaista hoitoyksikköä vanhusten ympärivuorokautisesta palveluasumisesta ja laitoshoidosta. Hoitoyksiköiden sisällä oli pienempiä hoitoyksiköitä. Osallistuimme post-doc –tutkimukseen haastattelemalla 23:a palveluasumisyksikön asukasta

kolmella eri paikkakunnalla, Keuruulla, Multialla ja Uuraisilla. Tutkittaviksi oli valikoitu perusjoukosta kaikki ne asiakkaat, jotka voitiin haastatella, eli joiden kognition taso oli siihen riittävä. Kognitiotason arvioinnissa käytettiin 20 osaa sisältävää MMSE-arviointia, jolla arvioidaan orientaatiota, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimintoja ja hahmottamista. MMSE-arvioinnit toteutettiin hoitajien toimesta etukäteen.

Korkein pistemäärä on 30. Normaalin ja lievästi heikentyneen rajaksi on esitetty pistemäärää 24/30, joskus myös 25–26/30. Tason on todettu olevan riippuvainen iästä ja koulutustasosta. Testin validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyvät. (Hänninen & Pulliainen 2001, 348–357.) Mikäli MMSE-arvioinnin tulos oli vähintään 16–18 pistettä, haastattelu voitiin tehdä. Tutkimusjoukko edustaa perusjoukkoa iän ja sukupuolen mukaan hyvin. Tutkimukseen osallistumiseen saatiin lupa vanhukselta itseltään, hänen omaiseltaan tai muulta hänen asioitaan hoitavalta henkilöltä.

Tiedonkeruun lomake on Care Keys –mittaristosta, joka kehitettiin ja testattiin EU:n rahoittamassa projektissa vuosina 2003–2006. Mittariston teoreettinen viitekehys pohjaa hyvinvoinnin tuotantoteoriaan (Production of Welfare, PoW), jossa hoitotyö nähdään elämänlaatua välittäväksi tekijäksi ja hyvinvointi lopputuotteena (Vaarama ym. 2008, 5–6). CLINT-IC-Bref strukturoitu haastattelulomake (liite 1) on tarkoitettu ympärivuorokautisen hoivan asiakkaille, joiden kognitiivinen taso mahdollistaa haastattelun. Tässä tutkimuksessa mittari oli lyhennetty versio, joka on noin puolet pidemmästä Care Keys -versiosta. Mittarin sisään on rakennettu yhdeksän hyvän hoivan laatu-ulottuvuutta, jotka edesauttavat asiakkaan hyvää elämänlaatua: 1. hoivan tarkoituksenmukaisuus, 2. hoivan jatkuvuus, 3. työntekijöiden ammatillinen pätevyys ja taidot, 4. vuorovaikutuksen laatu henkilökunnan ja asiakkaan välillä, 5. asiakkaan autonomia, 6. turvallisuus, 7. terveydenhoidon tulokset, 8. hoitotyön tulokset ja 9. tyytyväisyys hoitoon (Vaarama ym. 2008, 115).

Lomake sisältää henkilön taustatiedot, hoitoympäristön koetun laadun, koetun hoidon laadun, toimintakyvyn, avun tarpeen ja koetun elämänlaadun. Vasta-

usasteikko on pääasiassa viisiportainen. Asiakkaan koetun elämänlaadun arviointiosiossa on kolme kysymystä PGMS-mittarista (Lawton 2003) ja 13 kysymystä WHOQOL-Bref -elämänlaatumittarista (World Health Organisation Quality of Life Assessment), jotka osoittautuivat Care Keys -tutkimuksessa kaikkein tärkeimmiksi iäkkäille (Vaarama ym. 2008,19–44; Räsänen 2011,104). PGMS-mittarin ulottuvuudet ovat levottomuus, asenne omaan ikääntymiseen sekä yksinäisyys /tyytymättömyys. Vastaaminen tapahtuu kyllä/ei-asteikolla.

WHOQOL-Bref-mittari on validiteetiltaan ja reliabiliteetiltaan hyvä, ja se on testattu jokaisessa maanosassa 23 maassa (WHOQOLGroup 1996; Vaarama ym. 2008; Räsänen 2011). Tutkimuksen reliabiliteetin varmistamiseksi tutkimustyö on tehty huolellisesti, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan pitää toistettavina. Kysymyksistä muodostuu neljä ulottuvuutta, jotka mittaavat elämänlaadun fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja ympäristöulottuvuutta. Lisäksi yleisestä elämänlaadusta ja koetusta terveydestä on kummastakin yksi kysymys. Lomakkeen 51 kysymyksen tuloksena syntyy elämänlaadun profiili. Lisäksi jokaiselta osa -alueelta voi laskea erilliset pisteet, jolloin muodostuu kuva henkilön kokemasta elämänlaadusta kullakin ulottuvuudella. Elämänlaatupisteet saadaan laskemalla vastausten antamat pisteet yhteen. Suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua. Pisteet voi myös skaalata asteikolla 0–100. Haastattelumittari on liitteessä 1.

6.2 Tutkimuksen etiikka, validiteetti ja reliabiliteetti

Opinnäytetyön aihe on jo itsessään vahvasti eettinen valinta, vanhan ja hauraan ihmisen koettu elämänlaatu. Jotkut elämänlaatua koskevat kysymykset saivat vanhuksen liikuttuneeksi. Annoimme näille tunteille tilaa ja aikaa. Kunnoitimme vanhuksen tunnetilaa ja kuuntelimme, jos he halusivat tunteestansa puhua. Haastattelijoina me olimme vaitiolovelvollisia ja perehdytetty tehtäväämme. Pyrimme tekemään haastattelutilanteesta rauhallisen ja valitsemaan

ajankohdan hoitohenkilökunnan avustuksella haastateltavan aktiivaatiotason mukaan parhaiten sopivaksi. Haastattelijoina emme saaneet ohjata vastaaamista, ottaa kantaa tai provosoida ja kysymykset tuli esittää aina samassa muodossa. Haastattelun etuna oli, että se tapahtui vanhuksen luonnollisessa asuinympäristössä. Eettisyyttä tuki myös se ajatus, ettemme olleet tuttuja haastateltaville, eivätkä he meille.

Haastattelututkimukseen osallistuminen edellytti suostumusta, jonka tuli olla vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdonilmaisu (Kuula 2011, 85). Lupa korosti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Se oli yksilöity, kirjallinen ja oikeutti meidät haastattelijoina käsittelemään sekä säilyttämään tutkittavan henkilötietoja. Tutkittavien motivoimiseksi saatekirjeessä kerrottiin, millaista uutta tietoa tavoittelimme tutkimuksella ja miten tutkimustuloksia tulevaisuudessa kenties hyödynnetään. Tutkimus koettiin tärkeäksi, eikä sen oletettu häiritsevän vanhusten tai laitosten elämää ja normaalitoimintoja.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla aineistonkeruuta, mittaamista ja tulosten luotettavuutta. Haastattelijoina meillä korostui eettinen vastuu, koska tutkimus kohdistui ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin. Eettisesti oli tärkeää huomioida, ettei tutkimuksella aiheuteta tutkimukseen osallistuneille haittaa. (Kuula 2011, 75, 80.) Tutkimusaineiston hankintaa ohjasi tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden kunnioittaminen. Tutkimuksen kohteena olivat asiakkaiden kokemukset.

Haastateltujen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa oli keskeistä, että haastateltavalla säilyi mahdollisuus kontrolloida sitä, kenelle ja missä tarkoituksessa hän kertoi omista asioistaan (Räsänen 2011, 107). Haastateltavien kognitiivisten kykyjen arvioinnilla varmistettiin, että haastatellut henkilöt ymmärsivät, mistä tutkimuksessa oli kyse. Tutkimuksen toteuttaja perehdytti meidät tähän tehtävään. Kävimme läpi ongelmatilanteita, kuten osallistujan kommunikaatio-ongelmia, tutkimuksesta kieltäytymistä ja väsymistä kesken haastattelun. Ennen haastattelua keskustelimme henkilökunnan kanssa vanhuksen tilanteesta ja huomioon otettavista asioista. Haastattelun alussa me kerroim-

me asiakkaalle lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen tekijästä ja siitä, että haastateltavana hänellä oli mahdollisuus tarvittaessa keskeyttää keskustelu. Haastattelun kesto vaihteli 45 minuutista 2,5 tuntiin. Tutkimus on määrällinen eli kvantitatiivinen haastattelututkimus.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Asiakkaiden kuvaus

Vastaajista 74% oli naisia ja 26% miehiä. Jakauma noudattaa hyvin aiempia tutkimuksia (Noro 2005e; Räsänen 2011). Haastateltavien ikä vaihteli 68 – 95 vuoden välillä. Keski-ikä oli 85 vuotta. Suurimmalla osalla koulutustaso oli alempi perusaste eli kansakoulu ja vain kahdella oli ylemmän perusasteen tai keskiasteen koulutus. Koulutustausta oli vastaava myös Räsänen (2011) tutkimuksessa. Kaikkien haastateltavien asumismuotona oli palveluasuminen. Koska elämänlaadun kokemiseen voivat vaikuttaa aiemmat traumaattiset kokemukset, niitä kysyttiin taustatietoina. Vähän alle puolet oli itse sairastunut vakavasti viimeisen kahden vuoden aikana ja reilusti yli puolella läheinen perheenjäsen oli sairastunut vakavasti viimeisen kahden vuoden aikana. Kolmasosa oli kokenut taloudellisia vaikeuksia samalla ajanjaksolla.

7.2 Koetun elämänlaadun tulokset

Subjektiiivisen eli koetun elämänlaadun selvittämiseen käytimme CLINT-IC asiakashaastattelukaavakkeen lyhyttä versiota (liite 1). Lyhyessä versiossa elämänlaatukysymykset ovat kysymykset 36-51. Laskimme jokaiselle vastajalle elämänlaatukysymysten pisteet yhteen ja kaikkien vastanneiden yhteispisteiden keskiarvoksi saimme 54,7. Summapisteiden maksimimäärä oli 80.

Laskimme myös kunkin elämänlaadun ulottuvuuden pisteet erikseen. Tulokset näkyvät taulukossa 1.

TAULUKKO 1 Koetun elämänlaadun pisteet

| | n | pisteet yht. | keskiarvo | max |
|-------------------------------------|----|-----------------|-------------|------|
| Fyysinen ulottuvuus | 23 | 292 | 12,7 | 20,0 |
| Psyykinen ulottuvuus | 23 | 390 | 17,0 | 25,0 |
| Sosiaalinen ulottuvuus | 23 | 255 | 11,1 | 15,0 |
| Ympäristö ulottuvuus | 23 | 322 | 14,0 | 20,0 |
| Elämänlaadun kokonaispisteet | 23 | 1259 | 54,7 | 80,0 |

Fyysistä ulottuvuutta kartoittivat haastattelukaavakkeen kysymykset 36-38 ja 44 (liite1). Noin kolmasosa oli tyytyväisiä terveyteensä, erittäin tyytymättömiä oli vain kymmenesosa. Melkein puolet oli tyytyväisiä päivittäisistä toimista selviytymiseen. Kolmannes vastaajista koki tarvitsevansa paljon lääkettä selviytymiseen.

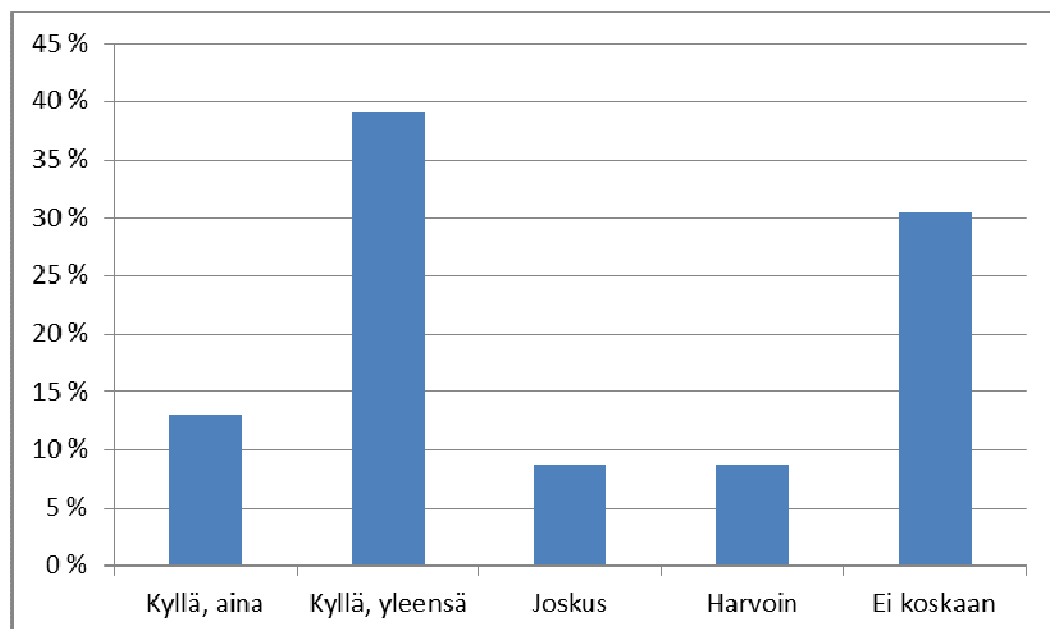
Psyykkistä elämänlaatua selvittivät kysymykset 42-43 ja 46-48 (liite1). Melko tyytyväisiä itseensä oli puolet vastaajista ja saman verran vastaajista koki nauttivansa elämästä. Hieman yli puolet arvioi olevansa harvoin yhtä onnellinen kuin nuorena. Saman verran koki hermostuvansa harvoin. Seitsemän kymmenestä vastanneesta oli tyytyväisiä ulkomuotoonsa.

Sosiaalisen ulottuvuuden kysymyksiä olivat kysymykset 45,49 ja 50 (liite1). Puolet koki joskus tai harvoin itsensä yksinäiseksi, mutta kymmenesosa tunsi itsensä aina tai hyvin usein yksinäiseksi. Reilu puolet vastanneista oli tyytyväisiä ystäviltään saamaansa tukeen, viidesosa tyytymättömiä. Kolme neljästä vastanneesta oli melko tai erittäin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa yleensä. Sosiaalinen ulottuvuus näyttää tässä tutkimuksessa toteutuvan muita ulottuvuuksia paremmin.

Ympäristöulottuvuutta selvittivät kysymykset 39-41 ja 51 (liite1). Reilu puolet vastanneista koki, että heillä on kohtuullisesti tai lähes riittävästi mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan. Kymmenesosa tunsi kuitenkin, ettei mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaa ole lainkaan. Yli puolet tunsi olonsa päivittäisessä elämässään turvalliseksi, mutta kymmenesosa ei kokenut oloaan lainkaan turvalliseksi. Kolmasosa vastanneista koki, että heillä on täysin riittävästi rahaa tarpeisiinsa nähden, mutta viidennes koki, ettei rahaa ollut lainkaan riittävästi. Seitsemän kymmenestä vastanneesta oli tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa saada terveystalvueluita. Ympäristöulottuvuus toteutui toiseksi parhaiten. Tämä kertonee siitä, että olosuhteet on rakennettu tämäntyyppiselle toiminnalle.

7.3 Toimijuuden toteuminen

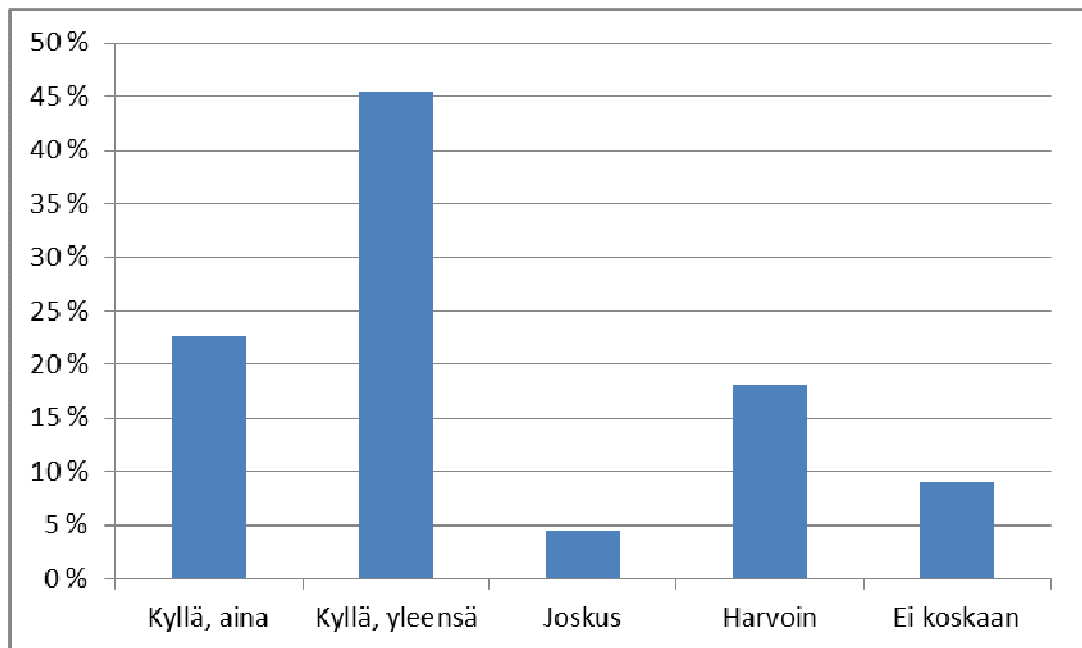
Toimijuuden toteutumista selvitettiin haastattelukysymyksillä 14 ja 30. Kuvion 3 ja 4 avulla nähdään, kuinka ikääntyneiden mielipiteet jakautuivat.



KUVIO 3 Riittävästi tekemistä arjessa

Ne vastanneet, jotka kokivat tekemisen arjessa riittäväksi aina tai yleensä saivat selvästi korkeammat elämänlaatusiisat (58,9p) kuin he, joiden mielestä tekemistä ei koskaan ollut riittävästi (50,5p). Neljä kymmenestä koki, että heillä on riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten.

Kuvio 4 osoittaa kuinka vastaajat kokivat hoitajien ymmärtävän heitä ja heidän tarpeitaan.



KUVIO 4 Asukkaan kokemus ymmärretyksi tulemisesta

Heillä, jotka kokivat, että hoitajat eivät ymmärrä heitä ja heidän tarpeitaan, oli selvästi alemmat elämänlaatusiisat (50,1p) kuin niillä, jotka kokivat, että hoitajat ymmärtävät heidän tarpeitaan (57,3p). Kolme neljästä koki, että hoitajat kyllä kuuntelevat heitä.

7.4 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Koettu elämänlaatu

Tulosten perusteella haastateltujen vanhusten koettu elämänlaatu tutkimuskunnissa voidaan todeta kohtuulliseksi. Tulos oli hieman alhaisempi eli koettu elämänlaatu oli hieman heikompi kuin Räsänen (2011, 159) väitöstutkimuksessa, jossa haastateltujen ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaadun keskimääräiset pisteet olivat 57,7.

Neljästä ulottuvuudesta fyysinen ulottuvuus sai heikoimmat pisteet, silti vastanneista melko moni oli tyytyväinen omaan selviytymiseensä päivittäisistä toimista. Kertooko tämä elämänlaadun moniulotteisuudesta, siitä että arkipäivän selviytymisessä on kyse muustakin kuin fyysisestä suoriutumisesta? Kolmasosa vastanneista oli jopa tyytyväisiä terveyteensä. Tämä ei ole yllättävää, koska vanhukset vertaavat omaa terveyttään muiden samanikäisten terveyteen (Heikkinen 2002, 25).

Lähdesmäki ym. (2009, 24-25) toteavat, että vanhukset hyväksyvät erilaiset sairaudet ja toiminnanvajeet ja että he sopeutuvat niiden tuomiin muutoksiin elämässä. Hyvä sosiaalinen verkosto auttaa hyväksymään sairauksia ja toimintakyvyn heikkenemisen. Vaikka puolet vastanneista koki nauttivansa elämästä, he eivät kuitenkaan kokeneet olevansa yhtä onnellisia nyt kuin nuorempana.

Jokaisella ihmisellä on halu ja oikeus nauttia elämästä (Räsänen 2011), vaikka elämää haittaisivatkin erilaiset terveydelliset ongelmat tai toimintakyvyn heikkeneminen. Fyysinen ulottuvuushan on vain yksi elämänlaadun ulottuvuuksista, psyykkisen-, sosiaalisen- ja ympäristöulottuvuuden rinnalla. Tuloksista voidaan päätellä ikääntyneiden sopeutuneen elämäänsä ympärivuoro-

kautisen hoivan asumisyksiköissä, jossa hoivan ja avun tarve on välttämätön ja josta he ovat riippuvaisia.

Huomattavin ero elämänlaadun ulottuvuuksien pisteitä tarkasteltaessa verrattuna Räsäsen (2011) tutkimukseen oli, että siinä vastaajat olivat ylittäneet lähes maksimipisteisiin psyykkisen elämänlaadun ulottuvuuden alueella. Tämän tutkimuksen psyykkisen ulottuvuuden pisteet jäivät selvästi niistä pisteistä. Tämä kertonee siitä, että psyykkiset voimavarat ovat heikentyneet niin, ettei vanhus kykene vaikuttamaan omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin ja itselleen tärkeisiin asioihin. Tällöin työntekijöiden tulee tukea vanhuksen itsenäistä päätöksentekoa ja omien asioiden hoitamista. (Lähdesmäki ym. 2009, 186-187.)

Onnellisuuden kokemus liittyi haastatelluilla vanhuksilla terveyteen sekä läheisiin, tärkeisiin ihmissuhteisiin. Menetykset ihmissuhteissa ja terveydentilan muutokset ja siitä johtuva toimintakyvyn heikkeneminen saattoivat heikentää ikääntyneiden kokemaa onnellisuutta. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu (Tiikkainen 2007, 163), että iäkkäillä ihmisillä on vain vähän mahdollisuuksia korvata puuttuva ihmissuhde toisella, jonka vuoksi ulkopuolisen henkilön antama tuki voi olla erityisen tärkeää.

Vanhukset saattavat kokea yksinäisyyttä hoivan yksikössä asuessaan jopa enemmän kuin kotona asuessaan (Tiikkainen 2007, 15). Tässä tutkimuksessa yksinäisyys ei noussut merkittäväksi elämänlaatua heikentäväksi tekijäksi, koska vain kymmenesosa koki usein yksinäisyyttä. Hyvät ja merkitykselliset ihmissuhteet toteutuivat tässä tutkimuksessa melko hyvin, vastanneet kokivat saavansa ystäviltä ja läheisiltä tukea. Myös Lähdesmäki ym. (2009, 25) totesivat, että sosiaalinen toimintakyky on parempi niillä vanhuksilla, joilla on perhettä ja läheisiä ja jotka pitävät tiiviisti yhteyttä, kuin heillä, joilla nämä suhteet eivät toteudu. Tämä näkemys näyttäytyy samoin tässä tutkimuksessa.

Sosiaalinen ulottuvuus toteutui vahvimmin haastatelluilla tässä tutkimuksessa, kun vastaavassa Räsäsen (2011) väitöstutkimuksessa tämä ulottuvuus jäi psyykkisen – ja ympäristöulottuvuuden taakse. Perheen olemassaolo ja sen

merkitys koettiin tärkeäksi ja yksinäisyyttä poistavaksi tekijäksi. Asuminen ympärivuorokautisessa hoivassa ei estä pitämästä heitä yhteyttä läheisiin ystäviin ja perheenjäseniin jotka koettiin tärkeänä. Yhteisöllisyyden tunne ja oman ympärivuorokautisen hoivan asumisyksikön muut asukkaat ja tutut työntekijät toivat turvallisuuden tunteen vanhuksille. Ystävien määrä ei ole tärkeää, vaan mitä ystävyys antaa.

Kuten Lähdesmäki ja muut (2009) toteavat, hyvä ystävyysuhde johon vanhus voi turvautua ja luottaa, vaikuttaa myönteisellä tavalla fyysiseen, psyykkiseen ja myös hengelliseen toimintakykyyn. Vanhuksen kokemaa tärkeää ihmissuhde on terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun perusta. (Lähdesmäki ym. 2009, 24-25.) Sosiaalinen aktiivisuus on jokaisen kohdalla henkilökohtainen ja se vaihtelee elämän aikana, näyttäisi, että jollekin riittää yksi hyvä ystävä tai tuttu, toinen tarvitsee ympärilleen paljon ihmissuhteita ja vuorovaikutusta.

Haastattelu selvitti ikääntyneiden kokemusta mahdollisuuksista vapaa-ajan toimintaan ympärivuorokautisessa hoivassa. Yhdelle kymmenestä vapaa-ajan toiminta oli riittämätöntä, mutta suurin osa koki, kuten myös Räsänen (2011) väitöstutkimuksessa, että mahdollisuuksia niihin on riittävästi. Ehkä se koettiin ja ymmärrettiin asumisyksikön ulkopuolella tapahtuvaksi toiminnaksi, johon olisi itsellä ollut halua, mutta ei kykyä osallistua. Osalle vastanneista vapaa-aika oli omassa huoneessa tapahtuvaa tekemistä, lähinnä tv:n katselua tai radion kuuntelua ja lukemista. Yleisimpiä ikääntyneiden ajanviettotapoja ovat Pikkaraisen (2006, 103) mukaan sanomalehtien ja aikakauslehtien lukeminen sekä television katselu. Ilmeisesti toiminnallista vapaa-ajan tekemistä ei kuitenkaan ollut mahdollista toteuttaa, koska niin moni koki, ettei arjessa ollut riittävästi tekemistä. Haastattelukysymyshän kartoitti vain mahdollisuuksia toimintaan asuinympäristössä.

Toimijuuden toteutuminen

Tutkimuksesta selvisi, että puolella toimijuus toteutui. Heillä oli siis yleensä tai aina riittävästi tekemistä. Suurin osa koki, että he saivat yleensä suunnitella

itse päiviensä kulun ja melkein puolet oli tyytyväisiä päivittäisistä toimista suoriutumiseensa. Kuitenkin puolet vastanneista koki, että heillä oli harvoin riittävästi tekemistä tai ei koskaan riittävästi tekemistä arjessa. Tuloksista päätellen toimijuus ei toteudu itsestään, vaikka päivien kulun saisikin itse suunnitella ja toimintakykyä olisi. Vanhuksille täytyy luoda mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja päivien kulkuun toimijuuden toteutumiseen, hoitajan avustuksella.

Toimintakyky ja sen käyttömahdollisuudet korreloivat selvästi koetun elämänlaadun kanssa. Elämänlaatua tuotti riittävä tekeminen arjessa. Hoitajien toiminta koettiin tärkeänä, puolet koki tutkimuksen mukaan, että hoitajat ymmärsivät heitä ja heidän tarpeitaan. Tulos on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (esim. Räsänen 2011). Kuitenkin kolmannes vastanneista oli sitä mieltä, että hoitajat ymmärsivät harvoin tai ei koskaan heidän tarpeitaan. Tulos antaa aiheutta kysyä, kuka määrittelee vanhuksen tarpeet. Vastaako hoitotyö enemmänkin hoitajien, kuin asiakkaiden tarpeisiin? Tulosta voi pitää huolestuttavana, sillä eikö hoitotyön tavoite ja tarkoitus ole tuottaa hyvää elämää vanhuksille. Tämän tutkimuksen tuloksista päätellen hyvä elämä toteutuu, jos vanhus kokee, että hän tulee ymmärretyksi ja hänen tarpeensa tulevat tyydytetyiksi.

Lisäksi neljä kymmenestä koki, että hoitajilla ei ole heille riittävästi aikaa. Tästä voitane päätellä, että toimijuus ei pääse toteutumaan, jos aika käytetään vain välttämättömien hoitotoimenpiteiden suorittamiseen eikä ole aikaa ottaa huomioon vanhuksen kykyä ja halua päivittäisiin toimiin. Käykö helposti niin että ajan säästämiseksi hoitajat tekevät toimet vanhuksen puolesta? Vai aiheuttaako hoitotyön tekeminen parityöskentelyä, tiimityönä, sen että vanhukselle tulee kokemus, että hänen kuuluukin olla sivustaseuraaja?

8 POHDINTA

Johtoajatuksena opinnäytetyön alussa meillä oli, että elämänlaatu kuuluu kaikille iästä ja kunnosta riippumatta. Keskeisenä tekijänä elämänlaadussa on toimintakyky sen eri osa-alueilla. Tällä opinnäytetyöllä halusimme nostaa keskiöön aktuaalisen toimintakyvyn eli käytössä olevan toimintakyvyn. Kysyimme toteutuuko toimijuus? Haastattelujen pohjalta ja tulosten perusteella syntyi käsitys, että puolella vastanneista toimijuus toteutui, puolella vastanneista se ei toteutunut.

Tutkimuksen mukaan elämänlaatua kohotti se, että vanhus ja hänen tarpeensa tulivat ymmärretyiksi hoitajien taholta, vuorovaikutus toteutui. Ne, jotka kokivat, että hoitajat ymmärsivät heidän tarpeitaan, heillä oli aina tai yleensä riittävästi tekemistä. Tämän tutkimustuloksen perustella voidaan nähdä, että voimavaralähtöisellä työotteella ja hyvällä vuorovaikutuksella vanhuksen toimijuus toteutuu arjessa, ympärivuorokautisen hoivan yksikössä. Aito läsnäolo ja vanhuksen kuunteleminen synnyttävät luottamussuhteen, joka vaikuttaa ikääntyneen subjektiiviseen kokemukseen hyvästä elämänlaadusta ja kuulluksi tuleminen mahdollistaa arkeen riittävästä tekemisestä.

Viitaten aiempaan toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin, voidaan tulosten valossa todeta hyvän dialogisen keskustelun ja kuuntelun vaikuttavan positiivisesti ikääntyneen toimintakykyyn myös muilla toimintakyvyn ulottuvuuksilla. Toisin päin tarkasteltuna, muutos yhdelläkin toimintakyvyn osa-alueella vaikuttaa myös muihin sen ulottuvuuksiin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että toteutuakseen vanhan ihmisen toimijuus tarvitsee tukea. Itsekseen toimijuus ei toteudu. Jonkun täytyy huolehtia, että ”voimiset eivät vähene, kykenemiset kaikkoon ja osaamiset ohene”. Tähän tehtävään täytyy olla nimetty joku henkilö ja se henkilö voisi hyvin olla kuntoutuksen ohjaaja, jonka koulutuksen osa-alueet vastaavat hyvin tähän haasteeseen. (Jyrkämä 2008.)

Jo siinä vaiheessa, kun ikääntynyt on siirtymässä kotoaan ympärivuorokautiseen hoivaan, voisi kuntoutuksen ohjaaja olla mukana muutosvaiheessa ja yhdessä vanhuksen sekä hänen läheistensä kanssa arvioimassa ja selvittämässä jäljellä olevaa potentiaalista toimintakykyä, huomioiden sen kaikki ulottuvuudet. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi tehdä yhdessä vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa kiireettömästi, huomioiden vanhuksen koko elämänhistoria. (Jyrkämä 2008.) Kuntoutuksen ohjaaja toimisi vanhuksen ja lähiomaisten yhdyshenkilönä, kartoittaen vanhuksen toiveet ja jäljellä olevan toimintakyvyn ja sen toteutumisen uuden asuinympäristön arjessa, aktuaalisena toimijuutena. Myöhemmin kuntoutuksen ohjaaja toimisi arjen toiminnan koordinoijana ja seuraisi ja arvioisi käytännön toimijuuden toteutumista, ettei se jäisi kiireen ja hoitotoimenpiteiden jalkoihin.

Tutkimus toi hyvin esiin elämänlaadun moniulotteisuuden (ks. Räsänen 2011; Vaarama ym. 2010). Eri ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa ja on muistettava, että myös esimerkiksi vuodepotilaalla on olemassa samat toimintakyvyn ja elämänlaadun osa-alueet kuin hyvin liikkuvalla vanhuksella. Useinkaan ei ajatella, että fyysisen toimintakyvyn heikennyttyä jäljellä on vielä psyykinen-, sosiaalinen- ja hengellinen toimintakyky. Juuri silloin muiden osa-alueiden merkitys korostuu, kun joku osa-alue heikkenee. Haastavaa on tunnistaa vanhuksen voimavarat ja tukea toimintakykyä kokonaisvaltaisesti.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi on lisännyt tietämystämme ikääntyneistä ja heidän elämästään ympärivuorokautisen hoivan kontekstissa. Haastatteluprosessi herätti meissä ajatuksen siitä missä vaiheessa ihminen lakkaa olemasta oman elämänsä subjekti. Haastateltavat hämmästyivät hoitopaikkaa ja hoitajia koskevia kysymyksiä, mm. ”Kohtelevatko hoitajat Teitä arvostavasti ja kunnioittavasti”? Helposti hoivan asukkaiden elämää määrittävät hyvin pitkälle hoitajat ja fyysinen ympäristö. Kuitenkin asumisyksikkö on vanhan ihmisen koti, jossa hoitajat työskentelevät. Kunnioituksen ja arvostuksen pitäisi olla itsestään selvää. Jäimme myös miettimään kaunistelivatko vanhukset vastatessaan kysymyksiin ja vaikuttiko vastauksiin heidän riippuvuus hoitajiin ja hoivaan, vaikka toimme esiin ennen haastattelua vastausten anonyymiyden.

Opinnäytetyö on syventänyt ajatuksiamme kuntoutuksen ohjauksen merkityksestä toimintakyvyn tukemisessa ja vahvistanut ajatusta, että kuntoutuksen ohjaajan koordinoitiosaamista ja kuntoutuksellista näkökulmaa voisi hyödyntää myös ympärivuorokautisen hoivan asukkaiden keskuudessa. Parityöskentely aiheen parissa on ollut erityisen antoisaa ja keskustelu eri näkökulmista on varmasti monipuolistanut aiheen käsittelyä. Toimijuus ajattelu mallina on laajentunut meille myös muihin asiakastilanteisiin ja moniammatilliseen yhteistyöhön kuntoutuksen kentällä. Mielestämme ammattilaisten positiivinen suhtautuminen vanhuuteen, sekä uusien hoitomallien kehittäminen vanhustyöhön ovat tulevaisuuden haasteita ja ikääntyneen hyvän elämänlaadun kannalta merkittäviä.

Haasteellisinta työssä oli laajan aihealueen rajaaminen sekä uuden kuntoutuksen ohjauksen näkökulman konkretisoiminen ympärivuorokautiseen hoivaan, joka tällä hetkellä ei työllistä kuntoutuksen ohjaajia. Onnistuimme mielestämme tällä tutkimuksella saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tuomaan esiin kuntoutuksen ohjauksen tarpeellisuuden ja hyödyt ympärivuorokautiseen hoivaan. Jatkotutkimus ehdotuksena mietimme tämän tutkimuksen toteuttamista strukturoidun haastattelututkimuksen sijaan, avoimena haastatteluna, jolloin haastateltavat vastaisivat omin sanoin aidoista mielipiteistään ja tunteistaan. Millaisena toimijuus silloin näyttäytyisi, olisiko elämänlaadun ulottuvuuksissa ja näkökulmissa eroa tähän tutkimukseen?

LÄHTEET

- Anttonen, A. & Zechner, M. 2009. 2. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki. Toim. A., Anttonen, A., Valokivi, & M., Zechner. Tampere: Vastapaino
- Zechner, M. & Valokivi, H. 2009. 6. Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki. Toim. A., Anttonen, A., Valokivi, & M., Zechner. Tampere: Vastapaino.
- Zechner, M. 2010. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.9.2012:
[Http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8190-1.pdf](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8190-1.pdf).
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa: Vanhuuden voimavarat. Toim. M, Marin, & E. Heikkinen. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen, E. 2005. Suomalaisten terveys. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 28.9.2012:
[Http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049).
- Holma, T., Heimonen, SL. & Voutilainen, P. 2002. Stakes, oppaita 49. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Toim. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., U. Finne-Soveri, H. STAKES.
- Hänninen, T. & Pulliainen, V. 2001. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, J. Rinne, K. Alhainen & H. Soinen. Hämeenlinna: Duodecim, Karisto.
- Jyrkämä, J. 2005. Elämänlaatu, arki ja toimijuus. Ikääntyvien elämänlaadun ja arjen tutkimus. Seminaariesityksiä 12. -13.10.2004. Toim. A. Sarvimäki & I. Syren. Oraita 2/2005. Ikäinstituutti. Viitattu: 5.10.2012.
[Http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/15/](http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/15/).
- Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimukseen. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Toim. M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger. 2007. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä. Hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. Gerontologia 4/ 2008. Viitattu 30.8.2012:
[Http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMIN-TA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/HANKEHALLINTO124270/MUUT124539/20101103%20LIITE%20JYRKAMA_GERONTOLOGIA_2008.PDF](http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMIN-TA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/HANKEHALLINTO124270/MUUT124539/20101103%20LIITE%20JYRKAMA_GERONTOLOGIA_2008.PDF).

- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. 1-4 painos. Helsinki: Wsoy.
- Kettunen, R., Kähäri- Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4.uud. p. Helsinki: Wsoy
- Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. 2.uud. painos. Toim. P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. Helsinki: Duodecim.
- Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010. Opas sisältöön ja käyttöön. 2.painos. Toim. T. Holma. Helsinki: SUOMEN KUNTALIITTO.
- Kuntoutusportti 2011. Gerontologinen kuntoutus. Viitattu 29.11.2012:
http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari_ ja_ ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/.
- Kuntoutusselonteko 2002. Viitattu 22.11.2012:
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>.
- Kompetenssit. Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma. Opetussuunnitelmat ja opintojaksokuvaukset 2010-2011. Viitattu: 25.9.2012.
https://asio.jamk.fi/pls/asio/asio_rakenne_julkaisu.rakenne_komp_osaamisalue?ckohj=SRE&csuunt=99999&cvuosi=0S&caste=N&carc=2010-2011.
- Lawton, M.P. (2003), Lawton's PGC Morale Scale. Viitattu 12.10.2012.
http://www.abramsoncenter.org/pri/documents/PGC_morale_scale.pdf.
- Luoma, M-L. 2009. Elämänlaatu. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen & P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY.
- Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Toim. P. Tiikkainen, T-M. Lyyra & A. Pikkarainen. Tampere: Edita
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L., 2009. Vanhuksen parhaaksi. Edita. Helsinki.
- Paasivaara, L., 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Vanhuksen äänen kuuleminen. Toim. Kankare, H. & Lintula, H. 2004. Helsinki: Tammi
- Noro, A. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Mu205.pdf> viitattu 20.11.2012
- Paasivaara, L. 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia. Teoksessa Vanhuksen äänen kuuleminen. Toim. H. Kankare & H. Lintula. Helsinki: Tammi
- Pikkarainen, A. 2007. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. (toim.). Tampere-Paino Oy.

Rantanen, T., 2010. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Gerontologia. Toimittanut E. Heikkinen & T. Rantanen 2010 2-3. painos. Helsinki: Duodecim.

Rapo, M. 2009. Tilastokeskus, artikkelit: Suomella edessä haastavat ajat. Viitattu 22.5.2012. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-18_002.html?s=0.

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

Salmela, S. & Matilainen, I. Neuvontakeskustelu. Teoksessa: Vanheneminen ja terveys. Toim. P. Tiikkainen, T-M. Lyyra & A. Pikkarainen. Tampere: Edita

Sarvimäki, A. & Heimonen, S., 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima. Toim. A. Sarvimäki, SL. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen 2010.

Tiikkainen, P. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa: Vanheneminen ja terveys. Toim. P. Tiikkainen, T-M. Lyyra & A. Pikkarainen. Tampere: Edita

Toijanen, M. 2010. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjaaja. Teoksessa Kuntoutusohjausnimikkeistö. Opas sisältöön ja käyttöön. Toim. T. Holma. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Vaapio, S., 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopiston julkaisuja, sarja c, Scripta Lingua Fennica Edita, Turku 2009. Viitattu 30.8.2008. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf>.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S., 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen, 126-145. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi, 2010. Toim. M.Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen 2010.THL. Viitattu: 24.10.2012: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S., 2010. 80-vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu, 150-164. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi, 2010. Toim. M.Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen 2010.THL. Viitattu: 24.10.2012: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.

Vaarama, M., Pieper, R., Frommelt, M., Muurinen, S., Sixsmith, A., Hammond, M. & Ljunggren, G. 2008: The Concept of Quality of Long-Term Care. Teoksessa: Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical findings. M. Vaarama, R. Pieper & A.Sixsmith. Springer, 115.

Vaarama, M., Pieper, R., Frommelt, S. & Sixsmith, A. 2008: The General Framework and Methods of the Care Keys Research. Teoksessa: Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical findings. M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith. Springer, 5-6.

Vaarama, M., Tiit, E-M., Muurinen, S., Pieper, R., Saks, K., Sixsmith, A. & Hammond, M. 2008: Instrumentation of the Care Keys Research. Teoksessa: Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical findings. M. Vaarama, R. Pieper & A. Sixsmith. Springer, 19-44.

WHOQOL-group 1996: WHOQOLBREF- Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. The World Health Organization. Geneva. Viitattu 28.11.2012: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

LIITTEET

Liite 1 haastattelulomake



LAITOSHOITO JA PALVELUASUMINEN
KASHAASTATTELU

ASIA-

CLINT-LAITOSHOITO (lyhyt versio)

TAUSTATIEDOT

1. Asiakkaan nimi: _____
2. Asiakkaan syntymäaika:
päivä kk vuosi
3. Haastattelupäivämäärä:
päivä kk vuosi
4. Äidinkieli:

| | |
|--------------|----------------------------|
| suomi/ruotsi | <input type="checkbox"/> 1 |
| muu | <input type="checkbox"/> 2 |
5. Sukupuoli:

| | |
|--------|----------------------------|
| mies | <input type="checkbox"/> 1 |
| nainen | <input type="checkbox"/> 2 |
6. Koulutustaso:

| | |
|--|----------------------------|
| Alempi perusaste (0—6 vuotta) <i>Kansakoulu</i> | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ylempi perusaste (7-9 vuotta) <i>Oppikoulu, kansalaiskoulu</i> | <input type="checkbox"/> 2 |
| Keskiaste (10–12 vuotta) <i>Ammattitutkinnot, lukio</i> | <input type="checkbox"/> 3 |
| Keskiaste (12–14 vuotta) <i>Keskiasteen jälkeinen (opisto)koulutus, joka ei ole korkea-asteen koulutusta</i> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Korkeakoulutus (14+ vuotta) | <input type="checkbox"/> 5 |
| Tutkijakoulutus (lisansiaatti, tohtori) | <input type="checkbox"/> 6 |

7. Oletteko kokenut jonkun tai joitakin seuraavista tapahtumista viimeisen kahden vuoden aikana?

Merkittävä kaikki sopivat vaihtoehdot

| | Kyllä | Ei |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Olen sairastunut vakavasti | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Läheinen perheenjäsen on sairastunut vakavasti | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Minulla on ollut taloudellisia vaikeuksia | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Muu vakava tapahtuma | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

HOITOPAIKKA ASUINYMPÄRISTÖNÄ

8. Oletteko tyytyväinen asumiseenne yksin/jaetussa huoneessa?

- Kyllä 1
 En osaa sanoa 2
 En 3

9. Onko hoitopaikkanne mielestänne puhdas ja siisti?

- Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

10. Onko hoitopaikkanne sisäilman laatu mielestänne hyvä?

- Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

11. Onko Teidän helppo päästä käymään ulkona? (esim. puutarhaan tai parvekkeelle)

- Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

12. Ovatko vierailuajat sopivia Teille ja vierailijoillenne?

- Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

13. Voitteko itse suunnitella päivienne kulun?

- Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4

Ei koskaan 5

14. Yleisesti, onko Teillä riittävästi tekemistä täällä?

Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

15. Kuinka hyvin tulette toimeen muiden asukkaiden kanssa täällä?

Erittäin hyvin 1
 Melko hyvin 2
 En hyvin enkä huonosti 3
 Melko huonosti 4
 Erittäin huonosti 5

TOIMINTAKYKY JA SAATU APU

Seuraavaksi arvioi muilta saamaanne apua (jos siihen on tarvetta).

| Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa? | En tarvitse apua 1 | Kyllä 2 | Ei 3 |
|---|-----------------------|------------|---------|
| 16. Liikkuminen sisätiloissa | | | |
| 17. Liikkuminen ulkona | | | |
| 18. Pukeutuminen ja riisuutuminen | | | |
| 19. Varpaankynsien leikkaus | | | |
| 20. Ihon ja hiusten hoito | | | |
| 21. Suun ja hampaiden hoito | | | |
| 22. Lääkitys / lääkkeiden otto | | | |
| 23. Yhteydenpito muihin ihmisiin | | | |
| 24. Osallistuminen harrastustoimintaan | | | |

HOIDON LAATU

25. Nautitteko aterioista täällä?

Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

26. Onko Teillä mahdollisuus pitää itsenne yhtä puhtaana kuin haluaisitte?

Kyllä, aina 1
 Kyllä, yleensä 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

27. Onko Teillä mahdollisuus pukeutua yhtä hyvin kuin haluaisitte?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

28. Onko hoitajilla Teille riittävästi aikaa?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

29. Antavatko hoitajat Teille riittävästi tietoa hoidostanne?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

30. Ymmärtävätkö hoitajat hyvin Teitä ja tarpeitanne?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

31. Tuntuuko Teistä, että hoitajat kuuntelevat Teitä?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

32. Ovatko hoitajat ystävällisiä Teille?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

33. Kohtelevatko hoitajat Teitä arvostavasti ja kunnioittavasti?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3
Harvoin 4
Ei koskaan 5

34. Tekevätkö hoitajat ne asiat, joiden haluatte tulevan tehdyiksi?

- Kyllä, aina 1
Kyllä, yleensä 2
Joskus 3

Harvoin 4
Ei koskaan 5

35. Yleisesti ottaen, kuinka tyytyväinen olette tähän hoitopaikkaan?

Erittäin tyytyväinen 1
Tyytyväinen 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytymätön 4
Erittäin tyytymätön 5

ELÄMÄNLAATU

Seuraavaksi pyydän Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muutamia asioita. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valita, valitkaa vaihtoehto, joka vaikuttaa sopivimmalta. Miettikää elämäännne kahden viimeisen viikon ajalta.

36. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?

Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

37. Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?

Ei lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisesti 3
Paljon 4
Erittäin paljon 5

38. Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminista?

Erittäin tyytymätön 1
Melko tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Melko tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

39. Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?

Ei lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisesti 3
Lähes riittävästi 4
Täysin riittävästi 5

40. Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?

En lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisen turvalliseksi 3
Hyvin turvalliseksi 4

Erittäin turvalliseksi 5

41. Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?

Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Lähes riittävästi 4
 Täysin riittävästi 5

42. Kuinka tyytyväinen olette itseenne?

Erittäin tyytymätön 1
 Melko tyytymätön 2
 Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
 Melko tyytyväinen 4
 Erittäin tyytyväinen 5

43. Kuinka paljon nautitte elämästänne?

Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Paljon 4
 Erittäin paljon 5

44. Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?

Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Lähes riittävästi 4
 Täysin riittävästi 5

45. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

46. Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana?

Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

47. Hermostutteko helposti?

Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5

48. Oletteko tyytyväinen ulkomuotoonne?

Erittäin tyytymätön 1

- Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

49. Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen?

- Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

50. Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?

- Erittäin tyytymätön 1
Melko tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Melko tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

51. Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveystalvveluja?

- Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5