

RYHMÄINTERVENTION VAIKUTUS IKÄIHMISTEN KOKEMAN YKSINÄISYYDEN LIEVENTYMISSÄ

Seniorinuotan avoimen
kahvilan asiakkaiden kokemuksia

Sannamaaria Järvenpää
Riikka Laakso

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja hyvinvointiala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) JÄRVENPÄÄ, Sannamaaria LAAKSO, Riikka	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.03.2013
	Sivumäärä 79	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Ryhmäinterventio vaikutus ikäihmisten kokeman yksinäisyyden lieventymisessä. Seniorinuotan avoimen kahvilan asiakkaiden kokemuksia.		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma.		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry, Seniorinuotta		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomalaisten 65 vuotta täyttäneiden toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet selvästi ja suomalaisen väestön ikärakenne painottuu yhä enemmän iäkkäämpiin ikäryhmiin. Eliniän odotteen kasvu tuo haasteita terveyden- ja vanhustenhuollolle. Sosiaalisten suhteiden nähdään vaikuttavan ikäihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Toimivat sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus ovat yhteydessä hyvään fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä toimintakykyyn. Sosiaalisen kanssakäymisen ja sosiaalisten suhteiden on todettu vähentävän ikäihmisten kokemaa yksinäisyyttä ja masentuneisuutta.</p> <p>Seniorinuotan avoin Seniorikahvila on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n hallinnoima hanke. Seniorinuotan tavoitteena on puuttua ennaltaehkäisevästi psykososiaalisen tuen avulla ikäihmisten alakuloisuuteen, turvattomuuteen ja yksinäisyyteen. Seniorikahvila on ikäihmisille suunnattu kohtaamispaikka, jonka tavoitteena on tuoda yhteen samanikäiset ihmiset sekä tarjota tietoa ja tukea ikäihmisille tarpeellisista teemoista. Seniorikahvilan kävijät vaikuttavat myös itse toiminnan suunnitteluun. Seniorikahvila toimii viikoittain matalan kynnyksen kohtaamispaikkana ikäihmisille.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää millainen vaikutus avoimella Seniorikahvilalla on osallistujien toimintakykyyn ja yksinäisyyteen. Tarkoituksena oli myös selvittää kuinka paljon Seniorikahvilan kävijät kokevat yksinäisyyttä ja onko interventiolla lieventävää vaikutusta kävijöiden yksinäisyyteen. Opinnäytetyön empiirinen osa tehtiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena kyselylomakkeen avulla. Kysymykset kyselylomakkeessa olivat sekä strukturoituja että avoimia. Vastauksia saatiin yhdeksältä henkilöltä. Tulokset osoittivat, että vastaajat kokivat jonkin verran yksinäisyyttä. Seniorikahvila koettiin merkitykselliseksi ja sen toimintaan oltiin tyytyväisiä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Seniorinuotta, ikäihmiset, ryhmäinterventio, yksinäisyys, sosiaaliset suhteet		
Muut tiedot		

Author(s) JÄRVENPÄÄ, Sannamaaria LAAKSO, Riikka	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 11.03.2013
	Pages 79	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title The effect of group intervention in helping elderly people to cope with loneliness. Experiences of the customers of the open café called Seniorinuotta.		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli		
Assigned by Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry, Seniorinuotta		
Abstract The life expectancy of the Finnish elderly people has grown significantly over the past years, and the age structure of the population in Finland is characterised by the increasing numbers of elderly people. The growth in life expectancy brings challenges to the health services and geriatric care. Social relations have an impact on health and general well-being. Social relations and active social life are seen to relate to good physical and mental health. Social interaction and social relations are associated with the decrease of the feelings of loneliness and depression of elderly people. Seniorinuotta's open café, called Seniorikahvila, is a project managed by Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry (The Jyväskylä Care Service Association). Seniorinuotta's goal is to prevent insecurity, depression and loneliness of the elderly people with pre-emptive psychosocial support. Seniorikahvila is a meeting place for the elderly that also offers information on themes concerning the needs of elderly people. The customers of Seniorikahvila can have an influence on the weekly program. Seniorikahvila functions as a low threshold meeting place for the elderly and gives a chance to meet others of the same age on a weekly basis. The main purpose of this thesis was to find out what kind of an effect Seniorikahvila had on the customers and their feelings of loneliness. It was also important to examine how often the customers had feelings of loneliness and if the group intervention had affected that. The empirical part of the thesis was executed as qualitative research by using a questionnaire. The questionnaire contained both structured and open ended questions. Nine customers answered the questionnaire. The results showed that the customers felt themselves somewhat lonely. Seniorikahvila had significance for the people and the customers were generally happy with the overall activities of the open café.		
Keywords Seniorinuotta, elderly people, group intervention, loneliness, social relations		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	VÄESTÖN IKÄRAKENNE JA YHTEISKUNNALLISET HAASTEET	5
2.1	Yhteiskunnan ikärakenteen muutos asettaa haasteita palvelurakenteisiin ...	5
2.2	Strategiat ikäpolitiikan suunnannäyttäjinä	9
3	IKÄIHMISEN TERVEYS JA TOIMINTAKYKY	11
3.1	Terveys ja toimintakyky käsitteenä	11
3.2	Leskeys tuo haasteita terveydelle ja toimintakyvylle.....	15
4	IKÄIHMISEN PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY JA MIELENTERVEYS	19
4.1	Ikäihmisen mielen haavoittuvuus.....	19
4.2	Ikäihmisen masennus ja sen tunnistaminen	21
5	IKÄIHMISEN SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA SOSIAALISET SUHTEET	25
6	IKÄIHMISEN YKSINÄISYYS	29
6.1	Yksinäisyyden määrittely	29
6.2	Ikäihmisen yksinäisyyttä määrittävät tekijät	35
7	RYHMÄINTERVENTION MERKITYS IKÄIHMISILLE	38
7.1	Näyttöön perustuvaa tietoa ryhmäinterventioiden vaikutuksesta.....	41
7.2	Ikäihmisten ryhmäinterventiohankkeita Suomessa.....	44
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	47
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	48
9.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	48

9.2	Tieteellinen tieto	51
9.3	Aineiston keruu.....	52
9.4	Aineiston analysointi	56
10	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	57
10.1	Opinnäytetyön tulokset ja niiden tarkastelu.....	57
10.2	Johtopäätökset	61
11	POHDINTA.....	63
	LÄHTEET	71
	LIITTEET	76

1 JOHDANTO

Suomalaisten 65 vuotta täyttäneiden toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet selvästi. Tämän tiedostaminen on tärkeää suunniteltaessa terveyden- ja vanhustenhuollon painopistealueita ja arvioidessa voimavarojen tarvetta. Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen (2007, 5) määrittelevät, että ikäihminen terminä kattaa kaikki yli 65-vuotiaat henkilöt. Ei kuitenkaan ole olemassa yhtä yleispätevää rajaa määritettäessä vanhuutta, sillä ihmisen määrittelemisen vanhaksi on aikaan ja paikkaan sidottua. Suomalaisessa yhteiskunnassa on vallalla nuoruutta ihannoiva kulttuuri, jolloin vanhuutta ja elämän päättymistä ei haluta tunnistaa eikä varautua siihen. Ikäihmiset eivät ole homogeeninen joukko, sillä ikäjaksolla se koskee eri-ikäisiä ihmisiä, joiden toimintakyky, terveys ja sosiaaliekonominen asema vaihtelevat. (Kirkon vanhustyön strategia 2005, 7.)

Eliniän odotteen kasvu tuo haasteita ikäihmisten selviytymisen tukemiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen (Tiikkainen 2006, 11). Sosiaalisten suhteet vaikuttavat ikäihmisten kokemaan terveyteen ja hyvinvointiin. Toimivat sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus ovat yhteydessä hyvään fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja toimintakykyyn. Iän lisääntyessä riski eristäytyä sosiaalisesti kasvaa. (Lyyra ym. 2008, 2.) Sosiaalisella kanssakäymisellä ja sosiaalisilla suhteilla on todettu olevan suojaava yhteys ikäihmisten toimintakyvyn lisäksi yksinäisyyteen ja masentuneisuuteen (Korhonen ym. 2009, 200). Koettu yhteisyys sosiaalisissa suhteissa ehkäisee vanhuusiän yksinäisyyttä (Tiikkainen 2006, 52).

Sosiaalisten suhteiden nähdään vaikuttavan yksilön henkiseen hyvinvointiin. Toimiva sosiaalinen verkosto parhaimmillaan lisää ikäihmisten kokemuksia itsearvostuksesta ja turvallisuuden tunteesta. (Lyyra ym. 2008, 2.) Kokemus ilmentää sitä emotionaalista

ta tukea, jota sosiaalinen kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa voi antaa ja vastaanottaa. Vertaistukea tuottavan ryhmän jäsenyys ja kokemus tuesta ovat ikäihmiselle erittäin tärkeitä tekijöitä, jotka edistävät ryhmään kuuluvan yksilön fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitoa. (Korhonen ym. 2009, 200-201.) Sosiaalisen elämän perustuessa vastavuoroisuuteen, yhteisyyteen sekä huolenpidon saamisen ja antamiseen, ylläpitää se ikäihmisen mielen hyvinvointia. Mielen hyvinvointi nähdään olevan yhteydessä ihmisen sosiaaliseen ympäristöön ja sen dynamiikkaan. (Heikkinen 2007, 139-140.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme ikäihmisen toimintakykyä terveyden näkökulmasta ottaen huomioon myös yksinäisyyden, leskeyden, surun, mielen hyvinvoinnin sekä sosiaalisten suhteiden näkökulman. Olemme ottaneet huomioon Suomen väestön ikärakenteen muutoksen ja yhteiskunnan haasteet liittyen ikäihmisen hyvinvointiin. Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n alaisena toimivan Seniorinuotan avoimen Seniorikahvilan asiakkaat. Opinnäytetyön empiirinen osa on toteutettu selvittämällä kyselylomakkeen avulla, miten ryhmäinterventio vaikuttaa ikäihmisten kokemaan yksinäisyyteen. Lisäksi tarkoituksena on kerätä tutkimuksen tilaajalle tietoa, jotta avoimen kahvilan toimintaa voidaan kehittää.

2 VÄESTÖN IKÄRAKENNE JA YHTEISKUNNALLISET HAASTEET

2.1 Yhteiskunnan ikärakenteen muutos asettaa haasteita palvelurakenteisiin

Paavilainen (2001, 1) toteaa, että tällä hetkellä suomalaisen väestön ikärakenne painottuu yhä enemmän iäkkäämpiin, yli 65-vuotiaiden ikäryhmiin. Tätä muutosta voidaan pitää kaikista keskeisimpänä yhteiskunnassamme meneillään olevana muutoksena. Väestöennusteiden mukaan vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut jo 26 %:iin, kun vuonna 2000 eläkeiän saavuttaneita oli noin 15 % väestöstä. Myös suuressa osassa Euroopan valtioita väestö ikääntyy entistä hyväkuntoisempana ja ihmiset elävät vanhemmaksi kuin ennen. Tämä on ennen kaikkea kehittyneen lääketieteen ja 60-vuotisen rauhanajan ansiota. Suomen ikärakenne kuitenkin vanhenee kansainvälisesti katsottuna poikkeuksellisen nopeasti seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana. Koko EU:n ikärakenteeseen verrattuna nykyisen ikärakenteemme erikoispiirteenä on, että sodan jälkeen syntyneiden ikäluokat ovat ennen sotaa ja sodan aikana syntyneisiin verrattuna hyvin suuria. (Euroopan Unioni 2007, 2.)

Ikärakenteen muutos Suomessa voidaan jakaa kahteen vaiheeseen. Vuoteen 2015 ensimmäisessä vaiheessa noin 400 000 suuriin ikäluokkiin kuuluvaa saavuttaa eläkeiän. Samalla työikäinen väestö vähenee noin neljännesmiljoonalla. Toinen vaihe käsittää vuodet 2015-2030, jolloin yli 75-vuotiaiden määrä yli kaksinkertaistuu nykyisestä. Tämä tarkoittaa, että tuolloin hoidon ja hoivan tarve kasvaa rajusti. Väestön ikääntyminen siis lisää hyvinvointikuluja. Kohtuullinen taloudellinen kasvu ei tule olemaan riittävä rahoittaakseen hyvinvointivaltion kuluja eri puolilla maailmaa tulevien vuosien aikana. Eliniän piteneminen voidaan kuitenkin nähdä myös mahdollisuutena. Ikäihmisten yhteiskunnallista asemaa ja palveluja tuleekin parantaa eri toimi-

joiden asiantuntemusta hyödyntäen. Ikäihmiset voivat toimia vastuullisissa tehtävissä muun muassa vapaaehtoistoiminnassa. Kirkon vanhustyö on avainasemassa kehittäessään vertaistuen toimintamuotoja ja kirkko toimii ikäihmistyössä auttaakseen heitä kokonaisvaltaisesti. (Kirkon vanhustyön strategia 2007, 5, 7-8; Euroopan Unioni 2007, 2.)

Ikääntyminen yhteiskunnallisena haasteena

Ikääntymisessä keskustellessa on pääasiassa keskitytty sosiaaliturva-, eläke- ja sairausvakuutusjärjestelmien kestävyteen. Väestön ikääntymisen huomiointiin kuuluu kuitenkin myös kaikkein tärkeimpien yhteiskunnallisten rakenteiden, työllisyys- ja sosiaalitoimen, koulutuksen, liikenteen, kaupunkisuunnittelun sekä julkisten palvelujen ja infrastruktuurien mukauttaminen, jotta ikääntymiseen voidaan yhteiskunnallisesti varautua ja hyödyntää sen mahdollisuuksia. (Euroopan Unioni 2007, 2.) Suomessa kaikilla työelämän sektoreilla vuoden 2005 alusta otettiin käyttöön uusi eläkejärjestelmä, joka mahdollistaa joustavan eläkkeelle siirtymisen, mutta vastaavasti myös työssä pysymisen. Hallituksen vanhuspolitiikan ensisijainen tavoite on ikäihmisen kotona asumisen tukeminen. Kansallisen terveysohjelman (2002) tavoite on muun muassa kehittää perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevää työtä. Lisäksi valtioneuvoston tulevaisuusselonteko (2005) tarkastelee ja arvioi ikäihmisten voimavaroja ja aktiivista ikääntymistä sekä niiden merkitystä tulevaisuuden yhteiskuntapolitiikan suuntaamiselle. Yksityisten hoivapalvelujen tuottaminen on kasvussa, samoin kolmas sektori tuottaa ikäihmisten toimintaa ja palveluja. Etenkin tulevaisuudessa tarvitaankin kunnan, yksityisen, kolmannen sektorin ja seurakunnan uudenlaista yhteistyötä. Ikäihmisten hyvinvointia uhkaavana tekijänä pidetään masennusta, alakuloa, yksinäisyyttä ja kasvavaa itsemurhien määrää. Kansanterveyslaitos esittää, että kansainvälisesti suurin itsemurhariski on 41-45-vuotiaiden miesten lisäksi yli 75-vuotiailla miehillä. Monissa länsimaissa ikäihmisten itsemurhakuolleisuus on ikäryhmistä suurinta. (Kirkon vanhustyön strategia 2006, 8)

Myös Risikon (2008, 6) mukaan ikääntyvä yhteiskunta haastaa meitä tarkastelemaan ja muuttamaan käsitystämme vanhuudesta elämänvaiheena. Hänen mukaansa kyseessä on asenteellisuuden lisäksi suuressa määrin osaamisen kehittämiseen liittyvä haaste, joka tarkoittaa, että varautuessamme väestön ikääntymiseen on yhteiskunnan sopeuduttava ikääntyvän väestön tarpeisiin hyvin laajasti. Kyse on siis ikääntymisen valtavirtaistaminen kaikkeen toimintaan, joka edellyttää gerontologista tietoa ja jo olemassa olevan tiedon nykyistä parempaa hyödyntämistä. Tämä tarkoittaa kaikkien ikäihmisten parissa työskentelevien ammattilaisten riittävää gerontologista tietämystä.

Gerontologia on tieteenala, jonka tarkoituksena on tutkia ikääntymistä ja ikäihmisiä. Gerontologia on tieteellistä tutkimista, jossa selvitetään ikääntymisen tuomia muutoksia eli mitä vanheneminen on, mitkä tekijät säätelevät siitä johtuvia muutoksia ja kuinka niihin voidaan vaikuttaa. Gerontologia ei ole periaatteessa ikäspesifistä tutkimusta, mutta kohdistuessaan yksilöihin se tavallisesti tarkastelee ikäryhmiä, joille todennäköisimmin tulee vanhenemisen mukanaan tuomia arjessa selviytymistä heikentäviä muutoksia. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen, 2008, 15.) Etenkin ikäihmisten parissa hoitotyötä tekevien riittävää osaamisen kehittämistä ja johtamista on tuettava, jotta he pystyvät osaamisellaan edistämään asiakkaiden elämän ja palvelujen laatua (Risikko 2008, 6).

Elinajan ennuste ja sen muutokset

Paavilaisen (2001, 1) mukaan suomalaisten 65 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten elinajanodote on kasvanut jo usean vuosikymmenen ajan ja edelleen lisääntyy. Vuonna 1999 65 vuotta täyttäneillä miehillä odotettavissa oli vielä 15 elinvuotta ja naisilla 19 vuotta, joskin elinajan ennusteiden pitenemistä on Ravon (2010) mukaan aliarvioitu. Hänen mukaansa lääketieteellisten keksintöjen ja elintapojen paranemi-

sen elinikää pidentäviä vaikutuksia ei ole kyetty ennakoimaan oikein sekä myös edellisten sukupolvien elinikä vaikuttaa ennusteiden laatijoiden arvioihin.

Tilastokeskus (Rapo, 2010) laati vuoden 2009 syyskuussa vuosia 2009-2060 koskevan ennusteen, jossa vuosia 2004 ja 2007 ennusteita mukaillen kuolevuuden odotetaan alenevan koko ennusteperiodin ajan. Eliniän ennustettiin pitenevän koko ennustejakson ajan, jolloin vuonna 2060 syntyvillä lapsilla elinajanodote olisi pojilla 87,8 vuotta ja tytöillä 91,5 vuotta. Vertailuna esitetään, että vuonna 2008 syntyneiden poikien elinajanodote oli 76,3 vuotta ja tytöillä 83,0 vuotta.

Ikäihmisen turvallisuus yhteiskunnassa

Suomen sisäisen turvallisuuden tavoitetila vuoteen 2015 mennessä on määritelty Valtioneuvoston periaatepäätöksessä (2004) seuraavasti: "Suomi on Euroopan turvallisin maa. Turvallisuuden takeina on hyvin toimiva julkinen sektori, jonka toiminta painottuu ennaltaehkäisevään työhön. Viranomaisyhteistyöllä sekä sidosryhmien ja yksityisen sektorin kanssa kumppanuuksia solmimalla varmistetaan laadukkaat ja ihmisten turvallisuusodotuksia vastaavat sisäisen turvallisuuden palvelut." Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttää toimenpiteitä kaikilta yhteiskunnassa toimivilta organisaatioilta ja tahoilta. Arjen turva ikäihmisille luodaan yhteistyöllä. Sisäisen turvallisuuden ohjelmassa esitetään, että ikäihmisten huoltoyksiköiden turvallisuustaso tarkastetaan ja arvioidaan nykyistä huolellisemmin turvallisuusselvitysten laatimisen yhteydessä. Kotonaan asuvien ikäihmisten turvallisuutta voidaan edistää kehittämällä koti- ja omaishoitoa sekä yrittäjyyttä ja vapaaehtoistyötä. (Kirkon vanhustyön strategia 2005, 9-10.)

2.2 Strategiat ikäpolitiikan suunnannäyttäjinä

Suomen Kuntaliitto ja Sosiaali- ja terveysministeriö antoivat ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Tällöin laatusuositukset olivat uusia informaatio-ohjauksen välineitä. Vuonna 2008 laatusuositus uusittiin ja uusitus laatusuosituksessa otettiin huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, toimintaympäristön muutokset sekä uusin tutkimustieto. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa ikäihmisten terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus pyrkii tukemaan kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluja paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 7, 9, 21; Hirvonen 2009, 56-57.) Palvelujen laadun parantamiseksi linjauksia on laadittu kolmelle osa-alueelle; 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, 2) henkilöstöön ja johtamiseen, 3) asuin- ja hoitoympäristöihin. Tarkoitus on toimia yhteistyössä ikäihmisten, kuntalaisten, palvelun käyttäjien ja heidän läheisten, järjestöjen, yrittäjien ja seurakuntien kanssa. Kustannusten kasvua yhteiskunnassa on vaikeaa hillitä, mikäli palvelurakenteita ja toimintaa ei uudisteta. Laatusuosituksessa tavoitteeksi on asetettu palvelurakenteen muutos ja näin ollen leikata kustannuksia samalla, kun väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 7, 9, 21; Hirvonen 2009, 56-57.)

Ikäihmisen palveluissa on kyse siitä, minkälaisen tuen ja avun turvin kyetään parhaiten tukemaan ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä. Kotona asumisen tukemisessa kohtaavat inhimilliset tekijät sekä taloudelliset perusteet. Muun muassa sosiaalisen tuen merkitys laitoshoidon todennäköisyyttä vähentävänä tekijänä on huomattu. Laitoshoidon riskitekijöiksi on lisäksi tunnistettu henkilön alentunut psyykinen ja fyysinen toimintakyky, korkea ikä, naissukupuoli, yksin asuminen, puutteelliset asuinolot sekä läheisten perhe- ja ihmissuhteiden puuttuminen. Erityisen merkityksellisinä tekijöinä laitoshoitoon joutumista estettäessä ovat sosiaalinen ak-

tiivisuus ja osallistuminen sekä läheisiltä (puoliso, lapset) saatu tuki. Entistä ikäämmän väestön hyvinvointia ja terveyttä voidaan siis edistää parantamalla mahdollisuuksia asua mahdollisimman pitkään omassa kotona. Myös kulttuuri-, liikunta-, ja liikennepalveluja sekä kaavoitusta ja maankäyttöä on tärkeää suunnitella ikäihmisten terveyden edistämiseksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 7, 9, 21; Hirvonen 2009, 56-57.)

Kirkon vanhustyön strategia kartoittaa vanhustyön nykytilaa yhteiskunnassamme ja kirkossa. Se antaa suuntaviivat kirkon ikäihmisiin liittyvään työhön vuoteen 2015 saakka sekä tarkastelee vanhustyön raamatullisia perusteita. Strategian ympäristö-analyyseissä otetaan huomioon yhteiskunnan tekemät väestön ikääntymistä koskevat suunnitelmat ja jo aiemmin laaditut toimenpideratkaisut. Perusturvallisuuteen liittyen pohditaan kysymyksiä, jotka jo vaikuttavat ikäihmisten elämänlaatuun. Kirkon ikäihmisiin liittyvän strategian painopisteinä ovat heidän sosiaalisen pääoman ja kokemuksen hyödyntäminen seurakuntatyössä sekä syrjäytymisuhan alla olevien henkilöiden tukeminen ja yhteisöllisyyden kasvattaminen. Kirkko aikoo myös osallistua nykyistä näkyvämmiin vanhushuoltoon koskevaan sosiaalieettiseen keskusteluun. Alueellinen eriarvoistuminen on tosiasia nykypäivän yhteiskunnassamme. Se näkyy myös seurakunnissa muutoksina taloudellisissa ja toiminnallisissa resursseissa. Tämän polarisoitumisen myötä seurakuntien voimavarat ovat muotoutumassa erilaisiksi keskenään. Myös maahanmuuttajien määrä on kasvussa ja heidän kotoutumiseen tulee kiinnittää huomiota myös kirkon piirissä. Suomessa elää siis hyvin monista maista tulleita ikäihmisiä, jotka kaipaavat lähimmäisyyttä. (Kirkon vanhustyön strategia 2005, 4-5, 7-9.)

3 IKÄIHMISEN TERVEYS JA TOIMINTAKYKY

3.1 Terveys ja toimintakyky käsitteenä

Maailman terveysjärjestö (WHO) määritteli vuonna 1948 terveyden täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi eikä pelkästään sairauden tai raihnaisuuden poissaoloksi (Scriven 2010, 5). Tätä määritelmää on kuitenkin jälkepäin kritisoitu rankasti moittimalla sitä liian ankaraksi, sillä koetaan, ettei kukaan voi tuota tavoitetta täydellisesti saavuttaa (Huttunen, 2012). Terveys merkitsee eri ihmisille eri asioita, joten sitä ei voida absoluuttisesti määritellä tarkoittamaan kaikille samaa asiaa. Ihmiset painottavat esimerkiksi eri elämäntilanteissa eri asioita määritellössään terveyden olemusta. Kun olosuhteet muuttuvat, muuttuvat myös kokijan käsitykset siitä, mitä terveys ja terveenä oleminen on. Myös kulttuuriset tekijät, kuten sukupolvien ketjussa kulkevat käsitykset terveydestä ja lisääntynyt tietoisuus sairauksista määrittävät ihmisten mielikuvia siitä, mitä terve ihminen ja terveys ovat. (Scriven 2010, 3-5.)

Vaikka ihminen olisi tietyn määritelmän mukaan sairas, hän ei välttämättä koe itseään sairaaksi, esimerkkeinä esimerkiksi nivelrikkoa sairastava iäkäs nainen, joka kokee itsensä terveeksi niinä päivinä, kun särky on sen verran lievää, että hän pääsee hoitamaan ostokset itsenäisesti. Tai pitkään tupakoinut mies, jolla on pitkään ollut tupakkayskää aamulla. Hän on tottunut siihen ja näin ollen pitää huolestuttavaa oiretta normaalina, hänelle kuuluvana ominaisuutena. (Scriven 2010, 3-5.) Lisäksi lääketieteellinenkin määrittely saattaa olla hyvin hankalaa, sillä esimerkiksi poikkeavat laboratorioarvot eivät toisella kerro sairaudesta, mutta toisella sama viitearvon ylittävä lukema aiheuttaa terveyshaitan ja mielletään ongelmaksi (Huttunen 2012).

Ikäihmisen terveys ja toimintakyky

lääkältä, reumaa sairastavilta henkilöiltä kysyttiin, mitä terveys heille merkitsee (Lyyra 2007, 17). Tutkimuksesta nousi esille viisi selkeää teemaa, joilla ikäihmiset kuvasivat terveyttään. Teemat olivat terveys arjen sujumisena, terveys vapautena, terveys vaivattomuutena, terveys sosiaalisena yhteisyytenä sekä terveys mielen terveytenä. Lyyra (2007, 17-26) kertoo, että samantyyppiset teemat ovat toistuneet myös muista ikäihmisten terveystäilyksiä tarkastelleista tutkimuksista. Ne ikäihmiset, joilla oli krooninen sairaus sekä toiminnanvajavuuksia, kokivat terveytensä pikemminkin tekemisenä ja sopeutumisenä kuin sairauden puuttumisena. Kokonaisuutena vastaajat näkivät terveyden tasapainona ja yleisenä hyvinvointina, johon pyrkiessään he tekivät aktiivisia valintoja. Objektivisia ja subjektiivisia mittareita voidaan käyttää arvioi-
dessa terveyttä. Objektivisia mittareita tarvitaan, kun halutaan saada täsmällistä tietoa esimerkiksi intervention vaikuttavuudesta tai muutoksista terveydentilassa. Koettua terveyttä tai elämänlaatua taas voidaan mitata subjektiivisella mittarilla.

Objektiivinen terveys ja kuolleisuuden riskitekijät

Ikäihmisten terveyttä voidaan tarkastella muun muassa elinajan odotteella ja sairastavuutena. Voidaan laskea myös vaivoista vapaata ja entistä pidempää elinajanodotetta, johon vaikuttavat lääketieteen kehitys ja elinolojen parantuminen. Erilaisia skenaarioita on kuitenkin esitetty siitä, onko pidentynyt vanhuus yhtä kuin terve vanhuus. Tunnetuin lienee Lyyran (2007, 18) mukaan sairauksien pakkautumisteoria, jonka mukaan sairaudet ja toimintakyvyn vajavuudet pakkautuvat viimeisimpiin elinvuosiin elinajan pidetessä. On arvioitu, että kroonisten sairauksien määrä tulee lisääntymään, kun elinvuosia karttuu ikäihmisille aiempaa enemmän. Sairastavuuden yleistyminen vanhetessa kasvaa ja ajan myötä ihmisen kehossa tapahtuvat muutokset altistavat erilaisille sairauksille. Väestötasolla yksiselitteinen ja helpoimmin arvioitava objektiivinen terveystmittari on kuolleisuus. (Lyyra 2007, 18-20.)

Ikäihmisten kuolleisuuden riskitekijät poikkeavat jonkin verran koko väestön kuolleisuuden riskitekijöistä. Ikäihmisten kuolleisuuden riskitekijöitä ovat perimä ja sen ohella alhainen koulutus, fyysinen inaktiivisuus, heikko lihasvoima, huono liikkumiskyky, tupakointi sekä heikentyneet kognitiiviset toiminnot. Koko väestöä koskevat riskitekijät, kuten lihavuus ja kohonnut kolesteroli, eivät ikäihmisillä ole enää yhtä selkeästi yhteydessä lisääntyneeseen kuolemanriskiin. Vastaavasti ikäihmisen kuolleisuuden riskiä pienentävät erilaiset psykososiaaliset tekijät, kuten hyväksi arvioitu terveys, sosiaalinen tuki, myönteinen elämänasenne sekä koettu tyytyväisyys elämään. (Lyyra 2007, 18-20.)

Subjektiiivinen terveys

Terveyden itsearviot ovat osoittautuneet Lyyran (2007, 20) mukaan useissa tutkimuksissa paremmiksi jäljellä olevan elinajan ennusteiksi kuin monet objektiiviset mittarit. Hänen mukaansa terveyden itsearviolla on selkeä yhteys myös koettuun elämänlaatuun, terveystyöskentelyyn ja terveystyöskentelyjen käyttöön. Omien terveyskäsitteiden tunteminen on ikäihmisillä tärkeää myös sen vuoksi, että terveyskäsitteiden tunteminen määrittää ikäihmisen elämäntapaa ja toimintaa enemmän, kuin muut terveyden ulottuvuudet. Varsin yksinkertaisilla kysymyksillä voidaan mitata itsearvioitua terveyttä. Voidaan esimerkiksi tiedustella, pitääkö vastaaja terveyttään erittäin hyvänä, hyvänä, keskitasoisena, huonona vai erittäin huonona. Useimmiten ikäihminen kokee terveytensä hyväksi, vaikka hän saattaa sairastaa lukuisia sairauksia. Lyyra (2007, 20) viittaa pohjoismaiseen NORA-tutkimukseen, jossa yli puolet göteborgilaisista ja glostrupilaisista ikäihmisistä koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi siitä huolimatta, että useilla oli kroonisia sairauksia. Useimmiten ikäihminen kokee terveydentilansa subjektiivisesti paremmaksi, kuin objektiiviset mittarit osoittavat. Sosiaalisen vertailuteorian mukaan ikäihminen vertaa itseään muihin samankäisiin, jolloin vaatimukset omaa terveydentilaa kohtaan vähenevät iän myötä ja verrattessa itseään muihin, ikäihminen pitää useimpien terveydentilaa huonompana kuin omaansa. (Lyyra 2007, 20.)

Toimintakyky

Ikäihmisen hyvinvointi ja terveys riippuu merkittävästi siitä, kuinka hän selviää jokapäiväisestä elämästään. Toimintakyky ei ole yksiselitteinen käsite eikä kerro ainoastaan ikäihmisten hyvinvoinnista, vaan käsite koskee kaikenikäisiä, eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä. (Lyyra 2007, 20; Paavilainen 2002, 6.) Toimintakyky jaetaan ikään-tymistutkimuksissa usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, mutta Paavilaisen (2002, 6, 7) ja Lyyran (2007, 21) mukaan tutkijoilla on myös muita luokitteluja, kuten kognitiivinen ja aistinelinten toimintakyky. Toimintakyvyn eri osa-alueiden selkeä erottaminen toisistaan on kuitenkin vaikeaa, sillä kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin sisältyy osia muilta osa-alueilta. Esimerkiksi fyysinen toimintakyky on yhteydessä sosiaaliseen toimintakykyyn, sillä ilman liikuntakykyä erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin osallistuminen on hankalaa.

Fyysistä toimintakykyä määriteltessä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyky. Psyykinen toimintakyky käsitteenä sisältää kognitiiviset toiminnot, henkisen hyvinvoinnin, psykomotoriset toiminnot, depression, stressin, ahdistuneisuuden ja yksinäisyyden kokemukset. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää yhteisöä, kykyä olla vuorovaikutuksessa sekä kykyä toimia ja sosiaalinen toimintakyky määritellään yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena, sisällyttäen kontaktit ystäviin, harrastukset, muut vapaa-ajan viettotavat ja kyvyn solmia uusia tuttavuuksia. Ikääntymiseen liitetään oletus toimintakyvyn heikkenemisestä ja sitä tarkastellaankin usein toiminnanvajavuuksien kautta. Toimintakyvyn määrittely onkin usein toiminnanvajavuuden kuin toimintakykyisyyden määrittelyä. (Paavilainen 2002, 6-7; Lyyra 2007, 21.)

Paavilainen (2002, 7) kertoo WHO:n vuonna 1980 laatimasta mallista, jossa toiminnanvajavuus on yksilön ominaisuus, joka on seurausta vammasta tai sairaudesta. Tauti siis aiheuttaa vaurion, joka johtaa toiminnanvajavuutta aiheuttaen haitan, joka

rajoittaa yksiön elämää ja estää hänen selviytymistään elämään kuuluvista normaaleista toiminnoista. Toiminnanvajavuuden kehittymistä voidaan arvioida myös lähtökohdasta, jossa elintoimintojen patologinen muutos johtaa vaurioon, suorituskyvyn rajoittumiseen ja toiminnanvajavuuteen.

3.2 Leskeys tuo haasteita terveydelle ja toimintakyvylle

Sankelo (2011, 123-124) tutki ikäihmisten kokemuksia surusta puolison kuoleman jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä yli 75-vuotiaiden surusta puolison kuoleman jälkeen ja kuvata ikäihmisten surukokemuksen keskeisiä ulottuvuuksia, sekä tuoda esille puolison kuolemasta aiheutuvat haasteet ikäihmisen leskeyttämisestä johtuvalle hyvinvoinnin laskulle. Sosiaali- ja terveysalan asiakas- ja potilaskontakteissa olisi siis tärkeää kartoittaa leskien yksinolosta johtuva avun ja tuen tarve ja vastata niihin yhteistyössä julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien kanssa.

Surun olemus läheisen kuoltua

Surun aiheuttamat tunnereaktiot vaihtelevat yksilöittäin, mutta suurimmalla osalla surua kokevilla esiintyy ahdistusta, masennusta, tuskaa, yksinäisyyden kokemusta ja epävarmuutta oman elämän mielekkyydestä. Tällöin sisäisesti koetut tunteet purkautuvat usein helpotusta tuovana itkuna, mutta on myös yksilöitä, jotka eivät koe tarvetta itkuun. Myös väsymystä, univaikeuksia, ruokahalun muuttumista ja laihtumista on todettu ja surun seurauksena toimintakyky, terveys, hyvinvointi ja tyytyväisyys elämään heikkenevät. Läheisen kuolema aiheuttaa negatiiviseksi koettuja tunnereaktioita, joiden käsittely vie aikaa. On kulttuurisidonnaista, minkälaisia tapoja noudatetaan, kun kuolema kohtaa kanssaihmiä. (Sankelo 2011, 123-124.)

Läheisen kuolema on yksilöllisen kokemuksen lisäksi sosiaalinen ja kulttuuriin kytkeytyvä tapahtuma. Surun voimakkuuteen ja ilmenemiseen vaikuttaa muun muassa surijan ikä; on todettu, että nuoremmat selviytyvät läheisensä kuolemasta ajallisesti nopeammin ja paremmin kuin iäkkäämmät henkilöt. Emotionaalisen siteen ylläpitäminen edesmenneeseen, kokemukset hänen läsnäolostaan kuolemasta huolimatta sekä kaipaus läheistä kohtaan ovat tavallisia kokemuksia erityisesti ikäihmisen kohdalla surun kohdatessa. Sosiaalisen verkoston muutokset ovat tavallisia ja elämänhalun ja taistelutahdon lasku on tuotu esille. (Sankelo 2011, 123-124.)

Sankelo (2011, 123-129) haastatteli tutkimuksessaan kahtatoista maaseudulla asuvaa henkilöä, kuutta naista ja kuutta miestä. Haastateltavat hän sai Länsi-Suomen alueelta vuonna 2006 alueen terveyskeskusten ja seurakuntien kautta. Näiden yhteydenottojen avulla kyseiset haastateltavat valikoituivat kohderyhmäksi tutkimukseen. Haastatteluhetkellä puolison kuolemasta kohderyhmällä oli kulunut 1-3,5 vuotta. Puolisot olivat kuollessaan 74-92-vuotiaita ja kuolinsyynä olivat syöpä, keuhkosairaus, keuhkokuume, aivoinfarkti, halvaus, Alzheimerin tauti, yksi yllättävä sydänkohtaus ja sydänleikkaus. Haastateltavilla oli 2-7 perheellistä lasta ja osallistuneet olivat iältään 76-93-vuotiaita. Haastatteluun osallistuneista kahdeksan asui omissa omakotitalossa yksin, kaksi kerrostalohuoneistossa ja kaksi omakotitalossa, jossa asui myös hänen aikuinen lapsensa perheensä kanssa.

Viimeiseksi mainitussa tapauksessa osallistujat asuivat kuitenkin omilla huoneilla. Kaikille haastateltaville läheisen kuolema ja siitä aiheutuva elämänmuutos tuli yllätyksenä siitä riippumatta, oliko kuolema tapahtunut yllättäen vai pitkäaikaisen sairauden jälkeen odotetusti tai mahdollisesti jopa toivotusti. Kuolemasta aiheutuvaa kokemusta lesket kuvasivat termeillä shokki, järkytys, yllätys, raskas kokemus, ikävä kokemus, kovaa aikaa, tavallista surua ja ”oli niinku huumeessa”. Tutkimuksesta kävi ilmi myös se, että kuolemaan pystyttiin suhtautumaan rauhallisemmin, mikäli puoliso oli ollut pitkäaikaisen sairauden vuoksi hoidettavana kodin ulkopuolella hoitopaikas-

sa elämän loppuvaiheessa. Lähtö yhteisestä kodista oli ollut jo suuri muutos elämässä ja auttoi näin ollen sopeutumisessa luopumiseen. (Sankelo 2011, 123-129.)

Haastateltavat toivat esille univaikeuksia sekä sitä, että illat olivat kaikista hankalimpia kestää surua. Aamut ja päivät aktiivisemmän toiminnan vuoksi olivat helpompia kestää. Kaikista vaikeinta oli kestää kodin tyhjyys palatessa kodin ulkopuolisista toiminnoista. Hautajaisten jälkeen oli hoidettava monia asioita ja ihmiset muistivat poismenoa soittamalla ja tuomalla ja lähettämällä kukkia. Arki oli kiireen sävyttämää ja yhteydenpitoa muiden kanssa, mutta hautajaisten jälkeen alkoi hiljainen ja tyhjä elämä. Osa surukokemusta oli kuolleen läheisen muistelu ja haastateltavat kertoivat ajatuksissaan palanneensa aikaan, jolloin puoliso oli vielä elossa. Näihin muisteluihin sisältyi myös pohdintaa omista teoista puolisoa kohtaan eli muun muassa analysointia siitä, oliko ollut riittävän hyvä ja rakastava puoliso. Myös unien näkeminen kuolleesta puolisoista oli tavallista, kuin myös se, että puolison läsnäolo tunnettiin hyvin voimakkaasti ja konkreettisesti eri tilanteissa. (Sankelo 2011, 123-129.)

Kun kuolemasta oli kulunut jonkin aikaa, kaikilla haastatelluilla heräsi tarve jakaa kokemustaan sosiaalisesti. Erityisesti lasten perheiden kanssa haettiin kanssakäymistä, mutta vuorovaikutus ystävien, naapurien, sukulaisten ja saman kokeneiden kanssa koettiin tärkeäksi. Moni haastateltava toi esille sen, että ilman muilta saatua apua ja huolenpitoa elämä olisi ollut vaikeaa. Yksi miespuolinen haastateltava koki katkeruutta siitä, kuinka hänen kyläyhteisönsä jätti hänet surussaan täysin yksin; kukaan ei lähestynyt häntä eikä halunnut keskustella menetyksen aiheuttamasta surusta hänen kanssaan. Sankelo (2011, 129) vetää tutkimuksestaan lopuksi johtopäätöksen, että puolison kuolema vuosikymmeniä kestäneen avioliiton jälkeen muuttaa hyvin merkittävästi lesken elämää silloin kun yhteiselo vaihtuukin yksinoloon. (Sankelo 2011, 123-129.)

Surevan tukeminen

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten tulee ymmärtää kuoleman aiheuttaman surun yksilöllisyys, sen moniulotteisuus, syvyys, pitkäkestoisuus ja siitä aiheutuvat muutokset ikäihmisen elämässä. Puolison kuolema on raskas kokemus, joka voi aiheuttaa lesken sairastumisen fyysisesti tai henkisesti. Hankaluutta aiheuttaa näitä henkilöitä kohdatessa se, osataanko arvioida johtuuko muutokset terveydentilassa surusta vai ikääntymisestä. Tämän vuoksi asiasta keskusteleminen asiakkaiden ja potilaiden kanssa on tärkeää selvittääkseen lesken tilanteen ja avuntarpeet. Tällä tavoin ennaltaehkäistään terveysriskejä sekä helpotetaan surun kokijaa. (Tiikkainen 2007, 165-166.)

Tiikkainen (2007, 165-166) korostaa, että surevan ihmisen kohtaaminen edellyttää aktiivista kuuntelua, aitoa läsnäoloa ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Perustarpeista huolehtiminen, muisteleminen yhdessä sekä kannustaminen omien voimavarojen ja selviytymiskeinojen löytämiseen ovat auttamisprosessissa olennaisia. Kirkon vanhustyön strategian (2006, 17) mukaan ikäihmisen kokonaisvaltaisen eheytyksen väline on muistelu muissakin tapauksissa kuin surun kohdatessa. Erilaisissa muistelu- ja elämäkertomusryhmissä voidaan tarkastella yhdessä omaa elettyä elämää ja löytää sille merkityksiä. Tiikkainen (2007, 165-166) kertoo myös, että ihmisten kasvokkain tapahtuvaa kanssakäymistä täydentävät ja korvaavat myös puhelinkontaktit. On hyvä kuitenkin muistaa, että sosiaalinen kanssakäyminen saattaa kuitenkin jopa korostaa surevan yksinäisyyden kokemusta. Toiset haluavat vetäytyä syrjään omiin oloihinsa ja emotionaalisen ja sosiaalisen eristäytymisen on tarkoitus varastoida energiaa henkilökohtaista selviytymistä varten. Koettu menetys voi olla kriisi sosiaaliselle verkostolle, jolloin yhteinen kärsimys voi tehdä verkoston kykenemättömäksi tukemaan surevaa, jolloin ulkopuolisesta tukihenkilöstä saattaa olla hyötyä yksin olemisen opettelussa sekä entisen arjen luopumisen tukemisessa.

4 IKÄIHMISEN PSYKKINEN TOIMINTAKYKY JA MIELEN- TERVEYS

4.1 Ikäihmisen mielen haavoittuvuus

Mielen haavoittuvuus kytkeytyy elämäntapaan. Ikääntynyt ihminen kokee tässä hetkessä olevansa menneisyyden ja tulevaisuuden risteyskohdassa. Aiemmat elämäntapahtumat ja kriisit ovat muokanneet ihmistä ja niitä pystytään käyttämään voimavaroina. Voimavaroiksi määritellään usein erilaiset selviytymiskeinot, jotka johtavat psyykeen lujittumiseen. Jos ikäihmisen selviytymiskeinot ja hänen saamansa tuki ei ole riittävä, voivat erilaiset muutokset elämässä johtaa psyykkisen hyvinvoinnin heikentymiseen ja jopa mielen tasapainon järkkymiseen. Kuitenkin menneisyyden kokemukset valottavat ikäihmiselle nykyhetkeä ja kokemukset auttavat ratkaisemaan nykyhetken haasteita. (Sarvimäki ym. 2010 169-170.) Lapsuuden myönteiset tunteet kantavat vanhuuteen saakka, toisaalta taas lapsuudessa koetut epävarmat ja kielteiset tunteet luovat epävarmuutta vielä aikuisenakin (Heikkinen 2007, 132). Aiemmat elämäntapahtumat ja niistä selviytyminen koetaan luovan tulevaisuuteen suhtautumiseen odotuksia ja toivoa, mutta myös pelkoa. (Sarvimäki ym. 2010, 170.)

Ikäihmisen haavoittuvuus voidaan käsittää sekä riskinä että mahdollisuutena. Riskinä haavoittuvuus merkitsee ikäihmisen ylikuormittumisen, jota vastaan ihminen puolustaa psyykeen haavoittumisen uhallakin. Ikääntymisen myötä haavoittuvuus riskinä kasvaa. Kuitenkin haavoittuvuutta voidaan pitää myös voimavarana. Jos ikäihminen pystyy olemaan avoin ja herkkä sekä suojelemaan itseään riittävästi, koetaan, että on hyvät mahdollisuudet pitää haavoittuvuutta voimavarana, hyödyntää elämänkokemusta sekä kohdata vanhuus viisaasti. (Sarvimäki ym. 2010, 177.) Mielen tasapainoa voivat horjuttaa äkilliset, yksittäiset tapahtumat tai horjuttajana voi olla pitkälinen,

raskas elämänvaihe. Tällöin ihmisen saadessa tukea läheisiltä tai ystäviltä, kokee ihminen selviävänsä. Tämä on tärkeää ajatellen ikäihmisen voimavaraistumista. (Heikkinen 2007, 132.) Sarvimäki ym. (2010, 177) käsittävät haavoittuvuuden paradoksiksi, mikä pitää sisällään vahingoittumisen ja tuskastumisen riskin, mutta myös hyvän ja aidon elämän, empatian ja minän kehittymisen mahdollisuuden.

Mielenterveys on tärkeä osa ikääntyvän ihmisen hyvinvointia ja hyvää vanhuutta (Saarenheimo 2003, 11). Psykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan mielen hyvinvointia. Mielen hyvinvointi on monitahoinen ilmiö, joka vaihtelee elämänvaiheesta toiseen ja saa eri tilanteessa eri merkityksiä ikäihmisen elämässä. Menetykset, muutokset ja epävarmuus voivat aiheuttaa ikäihmiselle psyykkistä stressiä ja epämieluisia tunne-reaktioita. Usein ne menevät aikanaan ohi tai ainakin lievenevät. Ikääntyvä ihminen, jolla on riittävästi omia voimavaroja ja sosiaalista tukea, kykenee palauttamaan psyykkisen tasapainon muutosten ja kriisien jälkeen. (Saarenheimo & Pietilä 2011, 14.) Ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvät sairaudet, elämänmuutokset ja menetykset aiheuttavat ikäihmisessä myös fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista haavoittuvuutta. Ihmisen ikääntyessä sopeutuminen elämän suuriin muutoksiin vaatii runsaasti voimavaroja ja joustavuutta, jolloin mielen tasapainon saavuttaminen vaatii enemmän. (Heikkinen & Kauppinen 2008, 71; Sarvimäki ym. 2010, 169.)

Mielenterveys, mielen tasapaino ja mielen eheys sekä sen hyvinvointi mielletään tarkoittavan samaa. Mielen tasapaino käsitetään itsensä hallintana, mutta on myös sitä, että ihminen kokee olonsa vähintään siedettävänä elinympäristössään toisten ihmisten kanssa. Se voidaan mieltää myös ihmisen sopeutumisena rajoihin, joita ei voi välttää, mutta pystyy niissä rajoissa luomaan positiivista mieltä. Terveys kaiken kaikkiaan on ihmisen sopeutumista omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa, mutta myös niiden tasapainottamista ja tavoitteiden asettamista mahdollisuuksiin suhteuttaen. (Heikkinen 2007, 131.) Toisin sanoen psyykinen hyvinvointi on laaja käsite, joka ei tarkoita ainoastaan mielenterveysongelmien puuttumista vaan myös ennen kaikkea

prosessia, jossa ihminen pyrkii pitämään yllä psyykkistä tasapainoa erilaisissa vaihtuvissa olosuhteissa ja elämäntilanteissa (Saarenheimo 2012, 42). Ikääntyessä ja elämän kuluessa ihmisen suhtautuminen itseensä, toisiin ja ympäröivään maailmaan muuttuu. Iän myötä koetaan, että on helpompaa suhteuttaa asioita toisiinsa ja ymmärtää elämää sekä itseään. Elämän rajallisuuden oivaltaminen tuo mukanaan uudenlaista asennoitumista. Itsensä hyväksyntä, joustavuus elämässä ja tyyneys, unohdamatta huumoria, auttavat suhtautumaan myönteisesti ikääntymiseen. (Heikkinen 2007, 131.)

4.2 Ikäihmisen masennus ja sen tunnistaminen

Masentuneisuuden on todettu olevan ikäihmisten yleisin psyykkinen ongelma (Saarenheimo & Arinen 2009, 209; Heikkinen & Kauppinen 2008, 71; Saarenheimo & Pietilä 2011, 32). Yli 65-vuotiaista ihmisistä 2-5 prosenttia kärsii diagnostiset kriteerit täyttävästä masennuksesta. Vaikka masennus ei ole ikäihmisillä aivan yhtä yleinen kuin työiässä, tulee ikäihmisen masennus ottaa vakavasti. Tämän lisäksi ikäihmisillä on myös mielialaoireita, jotka eivät täytä masennuksen kriteereitä, mutta joilla on merkittävä vaikutus ikäihmisen yleiseen terveydentilaan, heidän palveluidensa tarpeeseen sekä heidän ja heidän lähipiirinsä elämänlaatuun. (Saarenheimo & Pietilä 2011, 32.) Psyykkisen oireiluun voivat ikäihmisillä vaikuttaa elinympäristön tapahtumat, yksilön psyykkiset prosessit ja neurobiologiset tekijät, mutta myös traumavälitteiset muistot, kuten esimerkiksi sotamuistot. Sota koetaan pitkäkestoiseksi traumaksi, joka aiheuttaa psyykkistä oireilua ikäihmisille, erityisesti sotaveteraaneille. (Saarela & Hiltunen 2013, 217.)

Lapsuuden ja nuoruuden aikainen lämmön ja turvallisuuden koettu vähäisyys ennakoii jossakin määrin ikäihmisen masentuneisuutta. Psyykkinen hyvinvointi koetaan paremmaksi ikääntyneenäkin, jos lapsuus ja nuoruus muistetaan lämpimänä ja turvallisenä. Heikkinen & Kauppinen toteavat myös, että kasvuympäristön tunneilmapii-

ri heijastaa myös yksinäisyyttä ja ahdistuneisuutta vanhuudessa. Ahdistuneisuudesta kärsivät ikäihmiset saattavat kokea oman lapsuutensa myös ahdistavampana kuin se todellisuudessa on ollut. Kuitenkin lapsuudessa muodostuneet kiintymyssuhteet ovat merkityksellisiä muodostettaessa aikuisiän ihmissuhteita ja ne heijastuvat myös koettuun suruun. (Heikkinen & Kauppinen 2008, 78.)

Ikääntyneen ihmisen psyykettä koettelevat monet muutokset. Vaikka lievät kognitiiviset muutokset, kuten muistin ja tarkkaavaisuuden huononeminen, kuuluvat ikään, saattavat ne aiheuttaa myös negatiivisia vaikutuksia psyykeeseen. Ikääntynyt ihminen tarvitsee nuorempaa enemmän aikaa päätöksentekoon, toiminnan aloittamiseen ja vuorovaikutukseen. Yhteiskunnassa, jossa on totuttu nopeatempoisuuteen, saattavat nämä aiheuttaa monenlaisia hankaluuksia. Verkkainen vanhuus koetaan tällöin eräänlaisena varjokuvana, joka saattaa ilmetä masentuneisuutena. (Saarenheimo 2012, 44.) Yksinäisyyden, masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden keskinäinen riippuvuus todetaan Heikkisen ja Kauppisen (2008, 75) ikäihmisille tehdyssä mielialan muutoksia tarkastelevassa tutkimuksessa merkitykselliseksi. Ainakin joskus yksinäisyyttä kokeneet ikäihmiset todetaan olevan masentuneempia ja ahdistuneempia. Yksinäisyyden tunteeseen liittyy usein kokemus läheisen kuolemasta. Usein juuri oman puolison kuolema koetaan aiheuttavan yksinäisyyttä ja johtavan joissakin tapauksissa masentuneisuuteen. Kuitenkin masennus ja yksinäisyys ovat erillisiä käsitteistä, mutta niissä on päällekkäisyyttä. Yksinäisyys liitetään usein masennuksen oirekuvaan ja sitä myös pidetään usein masennuksen riskitekijänä. (Saarenheimo & Pietilä 2011, 47.)

Pietilä ja Saarenheimo (2011, 167-168) tuovat artikkelissaan esille huolen siitä, että jopa useampi kuin puolet mielenterveydellistä apua tarvitsevista ikäihmisistä jää vaille tarkoituksenmukaista hoitoa. Puhuttaessa ikäihmisten masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta kuntien perusterveydenhuollossa, todetaan, että kuntien hallintohenkilöillä on hyvin vajavainen käsitys siitä. Vaikka masentuneiden ikäihmisten tiede-

tään käyttävän muita terveys-palveluita hyvinkin runsaasti, jää masennus siitä huolimatta usein huomaamatta. On todettu, että jopa 40 prosenttia ikäihmisten masennuksista jää huomioitta terveyskeskuksessa yleislääkärin vastaanotolla. Usein kotona asuvien ikääntyneiden terveydenhuollon tukiverkko koostuu juuri terveyskeskuksesta ja mahdollisesti kotisairaanhoidosta. Kotihoidon työntekijä voi tällöin viedä ikäihmisen asioita eteenpäin terveyskeskukseen tai psykiatrien poliklinikalle. Monesti myös tarvitaan omaisten aktiivisuutta, jotta mielenterveysongelmista kärsivä ikäihminen pääsee mielenterveyspalveluiden piiriin (Saarenheimo & Pietilä 2011, 59).

Masennuksesta kertominen ja se tunnistaminen ei ole kuitenkaan helppoa, vaan vanhuudessa kohdattavia psyykkisiä ongelmia pidetään usein hyvin moniulotteisina ja hoitamisen kannalta haastavina. Mielenterveysasioiden puheeksi ottamisessa saattaa esteenä olla häpeän tunne, leimautumisen pelko sekä myös tottumattomuus sisäisten tuntemusten erittelyyn ja niistä kertomiseen. Ikäihminen kertoo usein hyvin avoimesti erilaisista somaattisista ongelmista, kuten säryistä, kivuista ja väsymyksestä, mutta alavireinen mieliala jää usein kertomatta. Syynä saattaa osittain olla myös kulttuurinen ero vanhempien ja nuorempien välillä. Ikäihmiselle on vaikeampaa kertoa omista tuntemuksistaan, eivätkä he ole sisäistäneet psykologista sanastoa ja puhetaapaa, vaan ilmaiset tuntemuksiaan ruumiillisin ja käytännöllisin termein puhumalla. Kuitenkin on todettu, että masennusoireet ja fyysiset oireet kulkevat usein ”käsi kädessä”, jolloin masennusoireisto voi olla peittyneenä fyysisten oireiden alla. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 167-168; Saarenheimo & Arinen 2009, 209-210.) Saarenheimo ja Arinen (2009, 218) summaavatkin artikkelissaan, että ikäihmisten masennuksen hyvän hoidon edellytys on palvelujärjestelmässä toimivien avainhenkilöiden valmius tunnistaa masennus ja ottaa se puheeksi.

Ikäihmisen masennuksen psykososiaalinen hoito

Ikäihmisen masennuksen psykososiaalisella hoidolla tarkoitetaan ei-lääkkeellistä hoitoa, jonka tavoitteena on elämänlaadun parantaminen. Ikäihmisten masennusta hoidetaan tyypillisesti lähinnä mielialalääkkeillä ja lieviä masennusoireita sekä alavireistä mielialaa ei nähdä tiloina, joihin kannattaisi aktiivisesti puuttua. Kuitenkin pitkään jatkuessaan alavireinen mieliala voi johtaa masennukseen sekä sen seurauksena muihin ongelmiin, kuten ravitsemushäiriöihin, univaikeuksiin, alkoholin liikkäyttöön, lääkkeiden väärinkäyttöön ja jopa pahimmillaan itsemurhiin. Psykososiaalinen hoito pyrkii edistämään ihmisen elämänlaatua ja tukemaan jo olemassa olevia voimavaroja. Se käsittää varsinaista terapiaa, erilaisia neuvonta- ja ohjauspalveluita, itsehoito- ja vertaistukiryhmiä, perhetyötä sekä tuettua asumista. Psykososiaalinen työ voi olla yksilö-, ryhmä- tai yhteisöpainotteista ja siinä voidaan keskittyä myös ympäristön ja olosuhteiden parantamiseen. Usein ikäihmisten kanssa parhaita hoitotuloksia saavutetaan järkevällä ja tarkkaan mietityllä psykososiaalisen ja lääkehoidon yhdistelmällä. (Saarenheimo & Arinen 2009, 211.)

Sosiaalinen tuki nähdään suojaavan elementtinä ikäihmisen masennukselle. Tämä tarkoittaa vuorovaikutuksen lisäämistä masennuksesta kärsivän ikäihmisen, ammattilaisten ja palvelujärjestelmän välillä. Näiden lisäksi myös psykoterapialla ja liikunnalla on nähty olevan vaikutusta masennuksen hoidossa. Ikäihminen tulee ottaa huomioon kokonaisuutena, mikä onnistuu parhaiten terveydenhuollossa käytettävien moniammatillisten tiimien avulla. Tällöin ikäihminen saa tarvitsemansa avun yhdestä paikasta ja avun hakemisen kynnyks madaltuu. Psykkisen hyvinvoinnin kohentaminen ikäihmisillä voi tapahtua monin eri keinoin ja yksilöllisyys tulee huomioida. Tällöin ikäihmisen omat voimavarat tulee otetuksi huomioon. (Saarenheimo & Arinen 2009, 211.)

5 IKÄIHMISEN SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA SOSIAALISET SUHTEET

Sosiaalisten suhteiden merkitys psyykkiseen hyvinvointiin

Ihmissuhteiden koetaan olevan tärkeitä yksilön normaalille kehitykselle, terveyden ylläpitämiselle ja sairauksista selviytymiselle. Ihminen tarvitsee ympärilleen toisia ihmisiä, läheisyyttä ja yhteisöllisyyttä. Sosiaaliset suhteet, sosiaalinen tuki sekä sosiaalisen aktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä ikääntyneiden ihmisten fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70.) On todettu, että ikäihmisten koettu yhteisyys erityisesti ystävien kanssa ehkäisee yksinäisyyttä (Tiikkainen 2006, 49). Kuitenkin iän lisääntyessä riski eristäytyä sosiaalisesti kasvaa. Sosiaalista kanssakäymistä saattaa vaikeuttaa ihmissuhteiden menettäminen iän myötä, mutta oman tai puolison toimintakyvyn heikentyminen tai sairaudet voivat myös osaltaan vaikuttaa. (Lyyra ym. 2008, 2; Uotila 2011, 55.) Tiikkainen (2006, 13-14) toteaa väitöksessään sosiaalisten suhteiden olevan hyvin monimutkaisia ja niillä voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Sosiaalista verkostoa ja sosiaalisia toimintakykyä on vaikeaa tarkastella irrallisina ottamatta huomioon erilaisia elämäntilanteita ja tarpeita sekä muita yksilöllisiä ja henkilökohtaisia tekijöitä kuten sukupuolta, ikää, taloudellista tilannetta, sosiaaliluokkaa, terveydentilaa, sosiaalisia taitoja ja ympäristöä.

Sosiaalinen ulottuvuus

Ikääntyneiden sosiaalista ulottuvuutta kuvaavat parhaiten ystävät ja hyvä toimintakyky (Tiikkainen 2008, 51). Vuonna 1914-1923 syntyneille jyvaskyläläisille ikäihmisille sosiaalisista suhteista tehdyn tutkimuksen mukaan sekä miehillä että naisilla on suh-

teellisen laaja ystäväverkosto, joka koetaan tärkeäksi voimavaraistavaksi tekijäksi. Myös ihmissuhteiden merkitys koetaan kasvavan iän myötä. (Lyyra ym. 2008, 8-9.) Myös Korhonen ym. (2009, 200) artikkelissaan toteavat samankaltaisia havaintoja. Suomalaisten ikäihmisten sosiaaliset kontaktit näyttävät olevan melko runsaita. Vaikka sosiaalinen kanssakäyminen nähdään vähenevänä iän myötä, ystävien merkitys säilyy läpi vanhuusiän. Kuitenkin sosiaalinen verkosto muuttuu ja mukautuu iän myötä. Ikääntyessä ystävä-käsite saattaa laajeta käsittämään myös esimerkiksi naapureita ja virallisia avunantajia. Tyytyväisyys sosiaalisiin kontakteihin saattaa myös kasvaa iän myötä, vaikka kontaktit muuttuvat ja vähenevät. (Lyyra ym. 2008, 8-9.)

Tukea antavat sosiaaliset suhteet lisäävät ikäihmisten kokemusta itsearvostuksesta ja vähentävät tunne-elämän alueella koettu yksinäisyyttä. Itsearvostukseen liittyy myös oman identiteetin ylläpitäminen. Oma itsenään hyväksytyksi tuleminen koetaan tärkeäksi ikääntyneenäkin. Tämän lisäksi iäkkään henkilön identiteettiin eläkkeelle jäädessä vaikuttaa se minkälainen rooli on työelämässä ollut. Kuitenkin eläkkeelle jääminen muuttaa sosiaalista verkostoa ihmisen ympärillä ja voi myös olla vaikuttimena sosiaalisen aktiivisuuden vähentymiseen. Ikääntymiseen ja eläköitymiseen liittyviä roolin menetyksiä sosiaalisissa suhteissa voidaan kompensoida sosiaalisena aktiivisuutena ja kiireen ylläpitämisenä. (Korhonen ym. 2009, 201-206.) Lyyra ym. (2008, 8-9) pohjaavat artikkelissaan huomiotaan Tornstamin gerotransendenssi-teoriaan, jonka mukaan ikääntyneiden ihmisten kiinnostus sosiaaliseen kanssakäymiseen vähenee iän myötä ja liiallinen sosiaalisen aktiivisuuden vaatimus voi jopa heikentää ihmisen elämänlaatua. Lyyra ym. (2008, 9) toteavat myös artikkelissaan, että varsinkin naiset kokevat ihmissuhteiden merkityksen vähentyneen iän myötä ja sosiaaliseen verkostoon valikoituvan ihmissuhteita, joiden kokevat olevan merkityksellisiä.

Yhteys omiin lapsiin ja lapsenlapsiin koetaan merkitykselliseksi. Tiheät kontaktit lapsiin lisäävät emotionaalista yhteyden tunnetta, mikä koetaan tärkeäksi varsinkin heti

eläkkeelle jäämisen jälkeen. (Lyyra ym. 2008, 9; Tiikkainen 2006, 14.) Sosiaalisten suhteiden merkitys on tällöin merkityksellisempi kuin vanhemmalla iällä (Tiikkainen 2006, 54). Ikääntynyt ihminen kokee, että on tärkeää omata sellainen ihmissuhde, jolta saa apua hädän tullen. Vaikka usein oma puoliso mielletään läheisimmäksi henkilöksi, iän lisääntyessä puolison merkitys vähenee ja lasten merkitys läheisenä henkilönä suurenee. Tämä siitäkin huolimatta, että nykypäivän eläkeläisillä on pienemmät perheet kuin ennen ja perhekeskeisyys on vähentynyt. (Lyyra ym. 2008, 8-9.) Ikääntyessä ihmissuhteet saavat uusia merkityksiä, kun ihmiset menettävät puolison tai ystäviä. Ihmissuhteiden menetyksiä korvataan usein uusilla ihmissuhteilla, jolloin lapsesta tai lapsenlapsesta voi hyvin tulla lähin luotettu henkilö. (Tiikkainen & Lyyra 2007,71.) Kuitenkaan pelkästään seuran pitämistä vanhemmalle henkilölle ei nähdä velvollisuutena, vastuuta yksinäisyydestä ei haluta sysätä nuoremman sukupolven harteille (Uotila 2011, 48).

Koulutuksella sekä hyvällä taloudellisella ja sosiaalisella asemalla on merkitystä ikääntyneen ihmisen sosiaalisen aseman säilymisessä. Hyvä taloudellinen asema helpottaa osallistumasta sosiaaliin aktiviteetteihin ja muihin vapaa-ajan harrastuksiin, jolloin todennäköisyys suurempaan sosiaaliseen verkostoon on suurempi. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 71.) Tiikkainen toteaa (2006, 44) väitöksessään korkeamman koulutuksen ja hyvän taloudellisen aseman vaikuttaneen ikäihmisten sosiaaliseen verkostoon ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Hyväksi koettu taloudellinen asema ja korkeampi koulutustaso lisäävät yhteisyyden tunnetta ikäihmisillä. Toimiva sosiaalinen verkosto edistää sekä psyykkistä että fyysistä terveyttä ja alentaa kuolemanriskiä. Sosiaalisen tuen puute liitetään kohonneeseen kuolleisuusriskiin ja heikkoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Kuitenkin sosiaalisen verkoston monipuolisuus takaa todennäköisemmin toimivat suhteet, joiden avulla on mahdollisuus saada tukea ja sitä kautta myös terveyshyötyjä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72.)

Sosiaaliset taidot ja sosiaalinen verkosto

Sosiaaliset taidot ovat tärkeitä vuorovaikutussuhteiden luomisessa, ylläpitämisessä ja sosiaalisten tilanteiden tulkitsemisessa. Ikäihmisellä sosiaalisiin toimintoihin ja vuorovaikutussuhteisiin vaikuttavat fyysiset ja psyykkiset tekijät, kuten liikkumiskyky, sairaudet ja muistin heikkeneminen. Myös mielialan nähdään vaikuttavan sosiaalisten toimintojen sujuvuuteen. Kuitenkin myös ihmisen persoonallisuuden piirteet vaikuttavat siihen kuinka helppoa toisiin ihmisiin kontaktin ottaminen on. Ikääntyneenkin ihmisen on tärkeä tuntea, että voi antaa jotain itsestään vuorovaikutussuhteessa. Luottamus, turvallisuus ja hyväksyntä koetaan myös tärkeiksi elementeiksi. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 78.) On myös todettu, että naisilla ja miehillä on eroja sosiaalisen verkoston koossa, toiminnassa ja läheisyydessä. Naiset hakevat sosiaalisista suhteista enemmän tunnetason yhteisyyttä ja miehet kokevat sosiaalista yhteenkuuluvuutta jokapäiväisissä vuorovaikutustilanteissa. (Tiikkainen 2006, 55-56.)

Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen verkosto vaikuttavat ikäihmisen terveyteen sitä edistävästi. Kun ikääntyneelle sosiaalisten verkostojen kautta mahdollistuu sitoutuminen ja osallistuminen, voi hän toteuttaa ja vahvistaa merkityksellisiä sosiaalisia rooleja, jotka vaikuttavat itsetuntoon, arvostukseen ja luovat yhteisöllisyyttä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 75.) Ikäihmisten aktiivisuutta kannustavat ennen kaikkea terveys ja hyvä olo, mutta myös yhdessä oleminen muiden kanssa sekä mielenterveys ja elämän tarkoituksellisuus (Lampinen 2004, 17). Vaikka sosiaalinen kanssakäyminen vähenee iän myötä, sosiaalisten suhteiden tarve ei vähene (Lyyra ym. 2008, 10).

6 IKÄIHMISEN YKSINÄISYYS

6.1 Yksinäisyyden määrittely

Routasalon (2009, 184) ja Tiikkaisen (2006, 11) mukaan yksinäisyys käsitteenä on ongelmallinen. Uotila (2011, 19) toteaa, että yksinäisyyden käsite on moniulotteinen ja yksinäisyyteen liitetään usein kielteisiä merkityksiä. Yksinäisyyttä on pyritty selittämään erilaisista teoreettisista lähtökohdista, pääasiassa psykologisista ja sosiologisista, mutta yksimielisyyttä selityksistä ei ole saatu. Lähestymistavat ovat yhdistettävissä neljään keskeisimpään teoriaan, jotka ovat psykodynaaminen, eksistentiaalinen, kognitiivinen ja interaktionistinen teoria. Nämä teoriat eroavat toisistaan lähinnä siinä, miksi ja miten erilaiset puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemuksiin. Tiikkainen (2007, 148) esittää lisäksi gerotranssendenssiteorian, joka tarjoaa vaihtoehdoisen tavan tarkastella yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä voidaan analysoida myös sen ajallisen keston perusteella, eli jatkuvana, ajoittain ilmenevänä tai tilannekohtaisesti ilmenevänä yksinäisyytenä.

Kaikille eri lähestymistavoille yhteistä yksinäisyyttä tutkittaessa ovat Tiikkaisen (2006, 12) mukaan seuraavat piirteet: yksinäisyys on (1) subjektiivinen, (2) kielteinen kokemus, (3) yksinäisyys liittyy puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin ja (4) yksinäisyys ei ole sama asia kuin objektiivisesti todettu sosiaalinen eristyneisyys. Uotila (2011, 19) esittelee hyvin samansuuntaisen näkemyksen. Hän kertoo sosiaalitieteellisten tutkimusten perusteella kolme tekijää, jotka yhdistävät yksinäisyyden kuvauksia. Nämä olivat heidän mukaansa: (1) yksinäisyys on seurausta sosiaalisten suhteiden vajeesta, (2) se on subjektiivinen kokemus, joka ei tarkoita samaa kuin objektiivisesti havaittava sosiaalinen eristäytyminen ja (3) kyseessä on epämiellyttävä ja satuttava kokemus. Routasalo (2009, 185) ja Tiikkainen (2006, 12) korostavat, että henkilöllä saattaa olla iso

sosiaalinen verkosto ja aina toisia ihmisiä ympärillään, mutta sisimmässään hän saattaa kokea itsensä yksinäiseksi.

Myönteinen ja kielteinen yksinäisyys

Karkeimman jaon mukaan yksinäisyyttä voidaan tarkastella myönteisenä ja kielteisenä yksinäisyytenä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rauhoittavaa ja toivottavaa ja silloin henkilö kykenee luovuuteen. Myönteinen yksinäisyys on tila, jossa henkilö voi rauhassa käsitellä elämänsä haasteita, tarkastella elettyä elämää ja saavuttaa mielenrauhan. Kielteinen yksinäisyys on kärsimystä aiheuttavaa ja pelottavaa. Ihminen kohtaa siinä elämänsä menetykset ja haasteet, mutta hänellä ei ole voimavaroja käsitellä niitä. (Routasalo, 2008, 184-185.) Yksinäisyyden kokemus on yhteydessä Vanhustyön keskusliiton tutkimuksen mukaan (2004) heikentyneeseen toimintakykyyn, sairasteluun, avuntarpeeseen ja päätymiseen laitoshoitoon. Myös siinä korostetaan, että yksinäisyyden kokemus ja yksinolo eivät ole sama asia, vaikka liittyvätkin usein toisiinsa. Sosiaalisen verkoston määrä ei ole niin suuressa yhteydessä henkilön kokemaan yksinäisyyteen kuin sen laatu. (Kirkon vanhustyön strategia, 2006, 9.)

Uotila (2011, 20-21) toteaa, että vaikka yksinäisyys, yksin oleminen ja eristäytyminen voivat tarkoittaa osittain samoja asioita ja joita käytetään välillä jopa synonyymeina, nämä käsitteet saavat myös erilaisia sisältöjä. Yksin oleminen, eristäytyneisyys ja yksinäisyys voivat olla yksilön omia valintoja, mutta voivat johtua myös ympäristöstä tai olosuhteista. Usein puhuttaessa yksinolosta viitataan yksinäisyyteen. Hänen mukaansa on toki ymmärrettävää, että yksin ollessaan ihminen voi kokea kielteistä yksinäisyyttä, mutta se ei välttämättä ole aina näin. Itsekseen oleminen voi olla itse valittua ja toivottu olotila, jolloin se koetaan myönteisenä. Yksin oleminen voi olla kielteistä tietyissä tilanteissa, vaikka se olisikin itse valittu tila, kuten avioerotilanne tai uuteen asuinympäristöön muuttaminen. Yksin oleminen voi olla myönteistä myös tapauksis-

sa, jossa itse ei ole voinut yksin jäämiseen vaikuttaa, esimerkiksi yksinolo kutsuvieraiden lähdettyä.

Yksinäisyyden tunne

Yksinäisyys tunteena sisältää emotionaalisia, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä ulottuvuuksia ja ikäihmisillä yksinäisyyden tunne saattaa olla erilaista kuin nuorilla. Yksinäisyyden tunne ei ainoastaan kuvasta tyytymättömyyttä sosiaalisiin suhteisiin, vaan myös kielteisiä tunteita, asenteita ja persoonallisuuden piirteitä, jotka taas osaltaan voivat vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyyttä määrittävät sosiaaliset tekijät ovat saaneet tutkimuksissa enemmän huomiota kuin yksinäisyyden tunne. Yksinäisyyden tunteeseen on liitetty useita kielteisiä tunnetiloja, kuten masentuneisuus, ahdistuneisuus, ikävystyminen, tyhjyyden ja hylätyksi tulemisen tunne, suru, epätoivo, kärsimättömyys ja itsensä torjuminen. Yksinäisyyden tunne aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä häiriöitä ja on epämiellyttävää ja ahdistavaa. (Tiikkainen 2006, 12.)

Emotionaalinen ja sosiaalinen eristäytyneisyys ja yksinäisyys

Routasalo (2009, 185) erottelee yksinäisyydestä kaksi ulottuvuutta: emotionaalisen ja sosiaalisen eristäytyneisyyden. Sosiaalinen eristyneisyys liittyy läheisen ihmissuhteen puuttumiseen ja emotionaalinen taas yksinäisyyden subjektiiviseksi kokemukseksi, jonka vain itse kokija voi kuvata. Routasalo (2009, 185) kertoo, että yksinäisyyden kokemus suomalaisilta kysyttäessä väestötasolla ei ollut yhteydessä ikäihmisten vastaajien ja heidän lastensa tai ystäviensä tapaamiseen määrään vaan näihin ihmissuhteisiin liittyviin odotuksiin. Sosiaalinen eristyneisyys nähdään usein helposti objektiivisesti havaittavissa olevaksi ilmiöksi (Tiikkainen 2006, 12).

Tiikkainen (2006, 12-13) toteaa, että emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen liitetään laadullisesti erilaisia tunteita. Emotionaalista yksinäisyydestä kärsivä on ahdistunut, masentunut ja kokee sisäisesti tyhjyyden tunnetta sekä hylätyksi tulemisen pelkoa. Uotilan (2011, 19) mukaan emotionaalista yksinäisyyttä aiheuttaa läheisen kiintymyssuhteen kuten puolison tai elämänkumppanin puuttuminen tai menettäminen. Tätä yksinäisyyttä ei voi poistaa mikä tahansa ihmissuhde, vaan ainoastaan emotionaalisesti läheinen kiintymyssuhde. Sosiaaliseen yksinäisyyteen liitetään taas sosiaalisen vuorovaikutuksen vähäisyys ja tunne yhteyden puuttumisesta, joka lievenee, kun henkilö saa sosiaalista vuorovaikutusta elämäänsä enemmän. Sosiaaliseen yksinäisyyteen liittyy pitkästymistä, epävarmuutta, tarkoituksettomuuden tunnetta, ikävystymistä ja turhautumista. Miesten yksinäisyyttä luonnehtii läheisyyden puutteeseen liittyvä hylätyksi tulemisen tunne, kun taas yksinäisiksi itsensä kokevat naiset (lesket ja eronneet) tunsivat emotionaalista ahdistuneisuutta. Naimisissa olevilla vallitseva tunne oli riittämättömyyden ja vieraantuneisuuden tunne. Miehet kuitenkin useammin kielsivät tuntevansa yksinäisyyttä kuin naiset. (Tiikkainen 2006, 12-13.)

Yksinäisyyteen liittyvät terveysriskit ja syy-seuraussuhteet

Yksinäisyyden tunne saattaa johtaa eriasteisiin fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin. Sen on todettu ennustavan kuolleisuutta, masennusta, muistin heikkenemistä, huonoksi koettua terveyttä sekä laitoshoitoon joutumista. Toisaalta taas heikentynyt terveys ja toimintakyky, kuten aisti- ja liikkumisongelmat, saattavat vaikeuttaa kanssakäymistä ja näin ollen johtaa sosiaaliseen eristyneisyyteen. Syy-seuraussuhteita voi olla vaikeaa selkeästi osoittaa, koska eri tekijät vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti. Masennus saattaa johtaa vetäytymiseen kanssakäymisistä ja aiheuttaa yksinäisyyden kokemuksia. Toisaalta yksinäisyys aiheuttaa depressiivisyyttä. Persoonallisuuden piirteet, kuten kielteinen elämänasenne, vaikuttavat osaltaan masentuneisuuteen, yksinäisyyteen ja koettuun terveyteen. (Tiikkainen 2007, 153.) Routasalo (2009, 184) kertoo lisäksi, että jatkuessaan kärsimystä aiheuttava yksinäisyys aiheuttaa vähitellen raihnaantumista ja johtaa ennenaikaiseen kuolemaan.

Yksinäisyyteen liittyvät kielteiset tunteet ilmenevät yksinäisissä erilaisina käyttäytymistapoina ja selviytymiskeinoina. Muun muassa sisäänpäin kääntymistä, passiivisuutta, aktiivisuutta ja sosiaalisia pelkoja on kuvattu. Käyttäytyminen taas voi johtaa yksinäisyyden tunteisiin ja päinvastoin. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus saattavat heijastaa läheisyyden pelkoa ja johtaa vetäytymiseen. Vetäytyminen saattaa olla positiivisesti väritynyttä omiin oloihin hakeutumista, mutta täydellinen vetäytyminen ihmissuhteista on vakavin yksinäisyyden muoto Tiikkaisen (2006, 12-13) väitöstutkimuksen mukaan. Yksinäisyyden kieltäminen ja vieraantuminen toisista osoittavat passiivisuutta, joka taas voi ilmetä päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttönä, liiallisena syömisenä ja joutenolona. Äärimmäisenä vaihtoehtona voi olla itsemurha. Aktiivisena yksinäisyydestä selviytymisen keinoina pidetään muiden ihmisten seuraan hakeutumisenä ja harrastuksina. Emotionaalisesti yksinäiset olivat aktiivisempia ja motivoituneempia hakeutumaan toisten ihmisten luo ja solmimaan uusia suhteita kuin sosiaalisesta yksinäisyydestä kärsivät, jotka olivat passiivisia ratkaisemaan ongelmaa. Yksinäisyys voi ilmetä terveysongelmina ja runsaana sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttönä, mikäli koetusta yksinäisyydestä ei olla halukkaita kertomaan toisille.

Yksinäisyysteorioita

Uotilan (2011, 17–18) ja Tiikkaisen (2007, 146–148) mukaan yksinäisyyttä on määriteltä eriasteisten teorioiden avulla. Yksinäisyyden lähtökohtia ja sen monimuotoisuutta ymmärtämällä voidaan ehkäistä ja hoitaa yksinäisyyttä. On kuitenkin syytä ymmärtää, että ulkopuolisen on vaikea arvioida toisen subjektiivista yksinäisyyden tunnetta. Jokainen kokee yksinäisyyden itselle tyypillisellä tavalla.

Psykodynaaminen teoria selittää yksinäisyyttä lapsuuden kokemuksilla ja erityisesti varhaisen vuorovaikutuksen epäonnistumisella. Varhaiset kokemukset vaikeuttavat jatkossa henkilön sosiaalisten suhteiden luomista ja johtavat äärimmillään psyykkisen sairauden kehittymiseen. Tässä teoriasuuntauksessa yksinäisyys nähdään patologise-

na tilana, eikä siinä oteta huomioon tilannetekijöitä, kulttuuria, sosiaalista elämää eikä ikääntymiseen liittyviä tekijöitä. Tämän teoriasuuntauksen mukaan psykoterapiaa pidetään parhaana auttamismenetelmänä yksinäisyydestä kärsivälle. (Uotila 2011, 17–18; Tiikkainen 2007, 146–148.)

Eksistentiaalinen teoria selittää yksinäisyyden väistämättömästi kuuluvan ihmisen olemassaoloon, koska kukaan toinen ei voi kokea toisen ihmisen ajatuksia ja tunteita. Yksinäisyysahdistus tulee erottaa todellisesta yksinäisyydestä, koska yksinäisyysahdistus on puolustusmekanismi, joka aktivoituu ihmiselämän suurten kysymysten kohtaamisen kipeydestä ja pakottaa hakemaan jatkuvasti muista ihmisistä seuraa. Todellinen yksinäisyys todentuu silloin, kun ihminen syvällisesti ymmärtää olevansa yksin elämän perimmäisten kysymysten parissa. Hän syntyy ja kuolee yksin, vaikka kuoleman hetkellä läsnä olisi toisia ihmisiä. Jokainen todellinen yksinäisyyden kokemus saa ihmisen kohtaamaan itsensä, jolloin yksinäisyys mahdollistaa henkisen kasvun ja luovuuden. Tässä lähestymistavassa ei oteta huomioon yksinäisyyteen vaikuttavia tai sitä aiheuttavia tekijöitä eikä erotella objektiivista yksinoloa kokijan subjektiivisesta yksinäisyyden tunteesta. (Uotila 2011, 17–18; Tiikkainen 2007, 146–148.)

Kognitiivisessa teoriassa yksinäisyyden tunteen aiheuttaa ristiriita, jonka yksilö kokee vallitsevan itselleen tärkeänä pitämien ihmissuhteiden ja olemassa olevien sosiaalisten suhteiden välillä. Ujoudella, sulkeutuneisuudella ja heikolla itsetunnolla on merkitystä kognitiivisessa prosessissa. Yksinäisyyden kokemukseen voidaan vaikuttaa itsetuntoa vahvistamalla ja kehittämällä sosiaalisia taitoja. (Uotila 2011, 17–18; Tiikkainen 2007, 146–148.)

Interaktionistinen teoria on kaksitahoinen: siinä yksinäisyyteen katsotaan vaikuttavan sekä persoonalliset tekijät että tilannetekijät. Tässä on erotettavissa emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys. Tämän mukaan emotionaalinen yksinäisyys eli yksilön

subjektiivinen reaktio kiintymystä tuottavan suhteen puuttuminen johtuu taustalla olevasta kiintymysteoreettisesta näkemyksestä hylätyksi tulemisen pelosta, joka taas liittyy lapsuudenaikaisiin kokemuksiin. Sosiaalinen yksinäisyys on tulos teorian mukaan epäonnistuneeksi koetusta liittymisestä sosiaalisiin yhteisöihin. Tätä lähestymistapaa kritisoidaan muun muassa siitä, että sosiaalisten suhteiden vähäisyys tai puute ei ole välttämättä negatiivinen asia. (Uotila 2011, 17–18; Tiikkainen 2007, 146–148.)

Tiikkainen (2007, 148) esittää vielä gerotranssendenssiteorian. Se on hänen mukaansa vaihtoehtoinen tapa tarkastella yksinäisyyttä ja se on muutosliikettä materiaalisesta ja rationaalisesta elämäntäytymisestä kohti kosmista ja yliaistillista, mistä seuraa yleensä elämänlaadun parantuminen. Ikääntyminen on prosessi, jossa transsendenssi kasvaa, eikä vanhuutta nähdä vain keski-ikä elämäntyylin ja arvojen jatkeena, vaan laadultaan erilaisena elämänvaiheena. Yksilö määrittelee tällöin uudelleen ajan, tilan, elämän ja kuoleman, itsensä ja vuorovaikutussuhteensa ja hänen mielenkiintonsa sosiaaliseen kanssakäymiseen vähenee ja tarve mietiskellä lisääntyy. Liiallinen vaatimus ylläpitää sosiaalisia suhteita voi teorian mukaan häiritä ikäihmisen kehitystä kohti gerotranssendenssia. Yksinäisyys voidaankin tässä tapauksessa nähdä myös myönteisenä ilmiönä. (Uotila 2011, 17–18; Tiikkainen 2007, 146–148.)

6.2 Ikäihmisen yksinäisyyttä määrittävät tekijät

Mikäli tiedostetaan ja tunnistetaan tietyt tekijät, jotka voivat ennakoida ikäihmisten yksinäisyyttä, on niihin helpompaa puuttua ennaltaehkäisevästi kehittämällä yksilöllisiä auttamismenetelmiä. Yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä on Tiikkaisen (2007, 149–152) mukaan yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät ja terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät.

Yksilöllisiä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli ja siviilisääty, joskaan ikä ei itsessään aiheuta yksinäisyyttä vaan ennemminkin ikääntymiseen liittyvät muutokset ja menetykset. Ikäihmisten yksinäisyyttä määrittävät tekijät saattavat kuitenkin olla erilaisia kuin nuoremmilla yksinäisyyttä kokevilla henkilöillä. Läheisyys korostuu ikäihmisen vuorovaikutussuhteissa, kun nuorille tärkeää on sosiaalisen verkoston koko. Miehet saattavat olla jossakin määrin haluttomampia keskustelemaan yksinäisyyden tunteistaan kuin naiset, eikä täysin varmasti voida sanoa, onko jommassakummassa ryhmässä enemmän yksinäisyyttä kuin toisessa. Sukupuolien väliset erot voivat selittyä paremminkin siviilisäädyltä. Eronneiden, naimattomien tai leskien keskuudessa on yksinäisyys kuitenkin yleisempää miehillä kuin naisilla. Sosiaalisia tekijöitä ovat sosioekonominen asema, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot, toimeentulo ja ihmisten keskinäinen vuorovaikutus. (Tiikkainen 2007, 149-152.)

Terveys ja toimintakyky vaikuttavat yksinäisyyden tunteeseen. Jos terveys koetaan subjektiivisesti huonoksi, korreloi se usein myös voimakkaampiin yksinäisyyden tunteisiin. Toimintakykyyn liittyvät vajavaisuudet voivat haitata osallistumista, mutta toisaalta osallistuminen ja tyydyttävät sosiaaliset suhteet vähentävät toiminnanvaja-uuksien riskiä. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen saattaa aiheuttaa yksinäisyyden tunteita ja toisaalta yksinäisyys voi johtaa muistihäiriöiden syntymiseen. Terveydellä, toimintakyvyllä ja yksinäisyydellä on siis vastavuoroista ja moniulotteista vaikutusta toisiinsa. (Tiikkainen 2007, 149-152.)

Tiikkaisen (2006, 9) mukaan yksinäisyys on keskeinen ikäihmisten hyvinvointiin ja selviytymiseen vaikuttava tekijä ja siihen liittyy sekä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Yksinäisyys ymmärretään pääasiassa sosiaalisiin suhteisiin liittyvän ongelmana ja interventiot yksinäisyyden lievittämiseksi kohdennetaan usein sosiaalisten suhteiden lisäämiseen. Vuorovaikutussuhteiden merkitystä ei kuitenkaan voida tulkita yksiselitteisesti vaan vuorovaikutussuhteella voi olla myönteisten vaiku-

tusten lisäksi myös kielteistä vaikutusta. Ikäihmisen oma arvio vuorovaikutussuhteen laadusta onkin tärkeämpää kuin määrälliset tekijät.

Runsas kolmannes kaikista 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista kärsii yksinäisyydestä vähintään toisinaan ja 5 % eli noin 20 000 ikäihmistä kertoi kärsivänsä jatkuvasti yksinäisyydestä (Kirkon vanhustyön strategia 2006, 9). Tiikkainen (2007, 146) taas kertoo, että ikäihmisistä yksinäisyyttä kokee mittaustavasta ja määritelmästä riippuen muutamasta prosentista 70 prosenttiin. Hänen mukaansa arviolta kolmasosalle yksinäisyys on jossakin määrin ongelma, mutta yhdelle kymmenestä se merkitsee vakavaa uhkaa hyvinvoinnille ja terveydelle. Yksinäisyys ei kuitenkaan välttämättä ole pitkäkestoista, yksinäisyyden tunteet vaihtelevat ja siitä voi toipua. Osa ikäihmisistä on saattanut olla yksinäisiä koko ikänsä ja yksinäisyyden tunne on jatkuvaa. Yksinäisyys voi esiintyä myös kausiluontoisesti esimerkiksi ihmissuhteiden menetysten yhteydessä tai terveyden ja toimintakyvyn muutoksissa. Routasalo (2009, 184) kertoo, että ikäihmisille yksinäisyyden kokemus on yleistä ja suomalaisen kotona asuvaan ikäihmisistä koostuvaan otokseen (N=4113) kohdistuneesta kyselystä kävi ilmi, että 39 % kärsi yksinäisyydestä ainakin toisinaan ja 5 % kärsi usein tai aina. Maalla asuvilla yksinäisyyden tunteet olivat yleisempiä kuin kaupungissa asuvilla. Laitoshoidossa olevat kokivat yksinäisyyttä enemmän kuin kotona asuvat. Hän myös esittää, että kansainvälisesti verraten tutkimustulokset yksinäisyyden yleisyydestä vaihtelevat esimerkiksi mittaustavan mukaan. Hänen mukaansa on käynyt ilmi, että suomalaiset ikäihmiset kärsivät yksinäisyydestä vähemmän kuin eteläeurooppalaiset ikäihmiset.

Uotila (2011, 32-33) kertoo väitöstutkimuksessaan, että norjalaisia ikäihmisiä tutkitessa havaittiin, että yksinäiset puhuvat yksinäisyydestä eri tavoin kuin henkilöt, jotka eivät koe itseään yksinäisiksi. Yksinäisyyttä kokevat kuvasivat kokemustaan monivahteisesti, kun taas ei-yksinäiset melko pintapuolisesti. Yhteistä on, että yksinäisyyttä on vaikeaa kuvata ja verbalisoida, mutta yksinäisyys ei siis ole samansisältöinen tai samanlainen tunne kaikille. Yksinäisyys saattaa myös olla asia, josta ei ha-

luta keskustella. Ikäihmiset kertovat piilottavansa yksinäisyyden tunteet toisilta ihmisiltä, koska kokevat, että yksinäisyydestä puhuminen saattaa entisestään vähentää sosiaalisia kontakteja. Hän toteaa myös, ikäihmisten yksinäisyyden kokemuksiin vaikuttaa henkilön kulttuuritausta. Yksinäisyyden yleisyydessä on eroja eri kulttuurien välillä, mutta yksinäisyys voi saada myös erilaisia merkityksiä sisällöllisesti. Yksilökeskeisissä kulttuureissa ikäihminen saattaa kokea yksinäisyyttä, koska hänellä ei ole ketään, jonka kanssa hän jakaisi murheitaan. Yhteisöllisissä kulttuureissa taas yksinäisyyttä koetaan siksi, kun kukaan ei tule kertomaan yksinäiselle omista huolistaan ja ongelmista. Tiikkainen (2006, 13) toteaa, että mikäli yksinäisyyttä kokevat ihmiset eivät ole halukkaita kertomaan toisille yksinäisyydestään, voi yksinäisyys ilmetä erilaisina terveysongelmina sekä runsaana terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttönä.

7 RYHMÄINTERVENTION MERKITYS IKÄIHMISILLE

Ryhmätoiminta koetaan erittäin merkitykselliseksi yksinäisyyden lieventämisessä (Forsman 2012, 48; Korhonen ym. 2009, 205; Savikko 2008, 48). Ihminen tarvitsee erilaisia vuorovaikutussuhteita, jotka vastaavat niihin liittyviin odotuksiin ja tarpeisiin. Vuorovaikutussuhteiden merkitys saattaa muuttua eri elämäntilanteissa ja vaihdella eri ihmisillä. (Tiikkainen 2006, 14.) Iän, sukupuolen ja koulutuksen nähdään vaikuttavan osallistumiseen sosiaaliseen toimintaan. Ikäihmisten sosiaalisen osallistumisen taustalla voi olla eläkeikää aikaisemman aktiivisuuden sekä eläkkeelle jäämisen tuoma muutos. Kannustavina tekijöinä osallistumiseen toimivat myös osaltaan koettu terveys ja oma hyvinvointi. Sosiaalisten suhteiden vastavuoroisuudella on todettu olevan yhteys ikäihmisten masentuneisuuteen siten, että ikäihmisillä, jotka vastaanottavat ja antavat sosiaalista tukea, masennusoireiden on todettu olevan vähäisem-

piä. Sosiaalisen kanssakäymisen puute voi olla haitallista ja lisäävän riskiä vähäiseen vapaa-ajan fyysiseen aktiivisuuteen. (Korhonen ym. 2009, 201.)

Sosiaalisella kanssakäymisellä on suotuisa vaikutus terveyteen. Se vaikuttaa elämänlaatuun sitä parantavasti, mutta voi suojata myös kroonisilta sairauksilta. Terveyden ja toimintakyvyn säilyessä sosiaalisten suhteiden koetaan myös vaikuttavan laitoshoidon tarvetta vähentävästi. Terveystyötyjen lisäksi sosiaaliset suhteet sekä niiden monipuolisuus ja vastavuoroisuus liittyvät iäkkäiden ihmisten itsearvostuksen tunteeseen. Ne vähentävät tunne-elämän alueella koettua yksinäisyyttä ja vahvistavat kokemusta jäsenyydestä ryhmässä. (Korhonen ym. 2009, 201.) Keskinäinen jakaminen koetaan erittäin tärkeäksi yksinäisten ikäihmisten ryhmissä, tällöin jaettu yksinäisyys muuttuu yhteydeksi. Ryhmä tarjoaa myös tilaisuuden puhua avoimesti omista ongelmista. Vaikka tämän ei sinällään koeta parantavan, se on monelle ikäihmiselle oikea suunta. (Kuusisto ym. 2012, 184.) Forsman (2012,48) toteaa, että on erittäin tärkeää, että ikäihminen näkee sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen aktiivisuuden tärkeänä osana elämäänsä ja tulevaisuuttaan.

Kokemus jäsenyydestä ryhmässä, jossa koetaan säännöllistä sosiaalisen tuen saamista ja vertaistukea, edistää yksilön fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitoa. Ikäihmiselle on tärkeää kuulua ryhmään, jossa voi luottamuksella keskustella mietittävistä asioista. Tärkeäksi koetaan myös vapaatuntuinen, mukavan oloinen, ei niinkään tarkasti suunniteltu vetäjä-johdoinen ryhmätoiminta. (Korhonen ym. 2009, 201-203). On huomattu, että ryhmä, missä ryhmäläiset ovat itse saaneet vaikuttaa ryhmän käsittelemien asioiden sisältöön, ovat olleet vaikuttavampia yksinäisyyden lievittämisessä (Routasalo 2008, 188). Ryhmä antaa monelle kokea jotain uutta, saamaistua toisten kokemuksiin sekä mahdollisuuden astua ulos omasta erillisyydestä ja sosiaalistua. Usein myös huumorilla on suuri merkitys ikäihmisten ryhmissä, se tarjoaa mahdollisuuden käsitellä ikääntymiseen liittyviä muutoksia ja luopumisia. Kun

vaikkapa muistin heikkenemiselle nauretaan yhdessä, häpeän tunteen koetaan häviävän. (Kuusisto ym. 2012, 184.)

Osallisuus ryhmässä

Osallisuus ja vastavuoroisuus ovat tärkeitä elementtejä ikäihmiselle (Forsman 2012, 48). Tiikkainen (2006, 14-15) esittelee Weissin teorian siitä kuinka ihminen tarvitsee erilaisia vuorovaikutussuhteita, jotka vastaavat niihin liittyviin odotuksiin ja tarpeisiin. Kuitenkin vuorovaikutussuhteiden merkitys saattaa muuttua eri elämäntilanteissa, ja vaihdella eri ihmisillä. Weissin mukaan vuorovaikutussuhteissa esiintyy kuusi erilaista tarvetta tai odotusta, jotka koetaan tärkeiksi yksinäisyyden torjumisessa. Vuorovaikutussuhteeseen puolison tai kumppanin ja ystävien kanssa liittyy kiintymys, liittyminen ja arvostus. Tällaiset vuorovaikutussuhteet tyydyttävät läheisyyden ja rakkauden tarvetta, tuottavat turvaa ja lohtua sekä ovat tärkeitä emotionaalisen yksinäisyyden torjumisessa. Kun taas avun saannin mahdollisuus, neuvojen saanti ja hoivaaminen liittyvät vuorovaikutussuhteisiin, mitkä tukevat itsetuntoa ja tunnetta siitä, että muut arvostavat. Yksinäisyyden tunne sinällään voi olla tuloksena koetusta puutteesta yhdessä tai useammassa vuorovaikutussuhteisiin liittyvässä tarpeessa tai odotuksessa. Ihminen tulee ikääntyessään valikoivammaksi sosiaalisissa suhteissa, mutta tarvitsee silti ympärilleen muita ihmisiä täyttämään odotuksiaan ja tarpeitaan.

Ikäihmiset kokevat ryhmätoiminnan olevan merkityksellinen väylä yksinolon katkaisemiseen. Yksin asuminen, omien ajatusten yksipuoleinen kiertäminen ja yksinäisyys koetaan suurimmaksi osaksi negatiivisina asioina. Ikäihmiset pitävät myös tärkeänä sitä, että pääsevät keskustelemaan ajankohtaisista asioista toisten ikäihmisten kanssa. Se luo tuntemusta ajassa kiinnipysymiseen, mutta myös omien mietityttävien asioiden purkamiseen. Ryhmätoiminnan koetaan tuovan sopivaa vaihtelua arkipäivää ja rytmittävän elämää. Se luo myös positiivista energiaa ja auttaa näin myös kotoa liikkeelle lähtemisessä. (Haarni 2010, 12-13; Korhonen ym. 2009, 205.)

Ikäihmisten ryhmissä ikä ja elämänvaihe koetaan yhdistäviksi tekijöiksi. Haarni (2010, 10-11) toteaa tutkimuksessaan, että ikäryhmä ja elämänvaihe yhdistävät ikäihmisiä erilailla kuin esimerkiksi työpaikka. Tekemiseen ja tapaamiseen yhteisöillä on ikäihmisille suuri merkitys, sillä erilaisissa kohtaamispaikoissa pääsee näkemään samaa elämänvaihetta ja elämäntilannetta eläviä ikääntyneitä. Toisaalta taas omaishoitaajuus, isovanhemmuus, sotaveteraanius, omakotiasuminen ja leskeys nähdään myös yhdistävinä tekijöinä. Ikäihmisille suunnatuissa kohtaamispaikoissa tavatut ihmiset koetaan ystäviksi ja tärkeiksi ihmisiksi. Vaikka tällaisissa ystävyyssuhteissa on usein kysymys heikoista sosiaalisista siteistä tai löyhistä ja väljistä suhteista, ovat yhteenkuuluvuuden tuottamat verkostot ja tuttavuudet kuitenkin merkittäviä sosiaalisuuden ja kokemusten vaihtamisen paikkoja. Ryhmätoiminnan myötä löytyneiden ihmisten kanssa ei useinkaan vietetä muuta vapaa-aikaa yhdessä.

Ryhmätoimintaan osallistuminen tarjoaa monenlaisia rooleja mukana olemiseen. Kohtaamispaikoissa käynti ei usein edellytä aktiivista osallistumista, vaan toimintaa voi seurata syrjemmältäkin kuin kaiken keskeltä. Eri roolien vuorovaikutus koetaan tärkeänä, sillä harrastusystävät ja kohtaamispaikkojen tuttavat muodostavat ikäihmiselle merkittävän piirin, jossa jakaa ja vaihtaa kokemuksia. Ryhmätoiminnassa ilmevä lähimmäisyys koetaan täten merkittävänä kokemuksena. Ikäihmiset kokevat myös mieleiseksi, että luodaan mahdollisuus valita niin tekemisen laji kuin sitoutumisen aste. (Haarni 2010, 12.) Järjestetyn toiminnan nähdään vaikuttavan vahvistavana elementtinä vuorovaikutuksen lisääntymisessä ulkopuolisen tahon ohjaamien sosiaalisten tilanteiden ulkopuolella (Korhonen 2009, 206).

7.1 Näyttöön perustuvaa tietoa ryhmäinterventioiden vaikutuksesta

Viime vuosina on tehty useita tutkimuksia ikäihmisille suunnatuista interventioista ja niiden vaikuttavuudesta. Hyödyllisimmäksi yksinäisyyden lievittäjäksi on osoittautuneet ryhmissä tapahtuvat interventiot, joissa tutkittavat ovat saaneet itse vaikuttaa

toiminnan suunnitteluun. Vaikuttavimmissa on lisäksi teoreettinen pohja ja toiminta on ollut tavoitteellista sekä sosiaalista aktiivisuutta lisäävää. Myös sosiaalisen tuen on nähty olevan merkittävä. (Pitkälä & Routasalo 2012, 1215.)

Pitkälä ym. (2009, 798-800) tutkivat valtakunnallisesti omassa tutkimuksessaan 75-vuotta täyttäneitä ikäihmisiä ja ryhmäintervention vaikutuksia. Tutkimukseen otettiin mukaan 235 ikäihmistä, jotka satunnaistettiin kahteen ryhmään. Toiselle ryhmistä tarjottiin psykososiaalista kuntoutusta kahdeksan hengen ryhmissä, ryhmät kokoontuivat kerran viikossa kolmen kuukauden ajan. Niiden toiminta oli suunniteltu tavoitteelliseksi ja tutkittavat pääsivät itse osallistumaan suunnitteluun. Ryhmien sisällöiksi valikoitui muun muassa taide-elämykset, liikunta, omasta elämästä kirjoittaminen ja keskustelut. Ryhmätoiminnan tulokset ovat osoittautuneet tulokselliseksi ja merkittäviksi. Osallistuneet ikäihmiset olivat kokeet ryhmätoiminnan parantaneen elämänlaatua, kognitiota ja subjektiivista terveydentilaa. Lisäksi se oli vähentänyt merkittävästi heidän sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä ja kuolemanvaara väheni kolmen vuoden seurannassa 60 %.

Vanhustyön keskusliitto on Raha-automaattiyhdistyksen (Ray) tuella tutkinut paljon ikäihmisten yksinäisyyttä ja kehittänyt erilaisten hankkeiden avulla ryhmäinterventioita. Interventioiden tavoitteena on ollut lievittää ikäihmisten yksinäisyyden tunnetta, voimaannuttaa ja aktivoida heitä sosiaalisesti. Tavoitteena on ollut myös saada aikaan myönteisiä muutoksia osallistuneiden ikäihmisten elämänlaadussa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa sekä vähentää sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä. Vuonna 2002 aloitettiin kolmevuotinen Geriatrinen kuntoutus ja kehittämishanke ikäihmisille. Hankkeeseen kartoitettiin laajalla väestöpohjaisella kyselyllä ikäihmisiä, jotka kokevat muun muassa yksinäisyyttä sekä halukkuutta osallistua psykososiaaliseen ryhmäkuntoutusinterventioon. Intervention tulokset ovat olleet rohkaisevia, ryhmäläisistä 40 % jatkoi ryhmätapaamisia järjestettyjen tapaamisten jälkeen ja 72% oli tavannut ryhmäläisiään vielä vuoden kuluttua ryhmätapaamisten jälkeen. Melkein puo-

let osallistujista sanoi löytäneensä uusia ystäviä ryhmäläisistä ja yksinäisyys oli lievittynyt suurimmalla osalla ryhmäläisistä. Interventioryhmäläisten psyykinen hyvinvointi ja kognitio paranivat merkittävästi, kognitiossa ero oli suurin kolmen kuukauden kohdalla. Tulos oli vastaava subjektiivisen terveyden kohdalla. Myös kuolleisuudesta saatiin merkittäviä tuloksia, interventioryhmäläisistä oli elossa kolmen vuoden kuluttua suurempi osa kuin kontrolliryhmäläisistä. (Routasalo, 2008, 188-190.)

Haarni (2010, 12-13) oli tutkinut eläkeikäisten kohtaamispaikkoja, niiden toimintaa ja merkitystä. Vaikka tutkimus on tehty pääkaupunkiseudun ikäihmisille yhden lukukauden aikana, antaa se kuitenkin viitteitä siitä, että aktiiviset ikäihmiset muuallakin kuvaavat vapaaehtoistoimintaan osallistumisen merkityksiä samantapaisesti. Erilaisilla kohtaamispaikoilla on tärkeä yhteiskunnallinen merkitys ikäihmisten aktiivisuuden sekä osallistumisen, tekemisen ja tapaamisen mahdollistajina. Kohtaamispaikat koetaan Haarnin mukaan hyväntahtoisen seurallisuuden ja mielekkään tekemisen areenoina, joista muodostuu tekemisen ja tapaamisen yhteisöjä. Ne turvaavat monelle ikäihmiselle osallisuuden ja osallistumisen mahdollisuuden. Kohtaamispaikkoja pidetään kävijöiden keskuudessa tärkeinä paikkoina, ne tarjoavat tekemisen rinnalla tavalta omanikäisiään kohtalotovereita ja mahdollisuuden kuulua yhteisöön.

Savikko (2008, 45-47) kokoaa väitöskirjassaan tuloksia yksinäisyydestä ja elementeistä sen lievittämisessä. Tutkimukseen osallistuneiden ikäihmisten kokemus yksinäisyydestä oli merkittävä, jopa 39 % osallistuneista koki olevansa yksinäinen ja kärsivänsä siitä. Useat terveyteen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät elämänlaatuakin heikentävät tekijät kytkeytyivät yksinäisyyden kokemiseen. Savikko (2008, 45-47) toteaa myöskin, että ikäihmisen sosiaalisen verkoston koko ei välttämättä kerro hänen yksinäisyydestään, vaan ikäihminen saattaa tuntea yksinäisyyttä huolimatta runsaitakin sosiaalisista suhteista. Ikäihmiset liittyvät yksinäisyyden tuntee usein emotionaaliseen yksinäisyyteen, ei niinkään sosiaalisen verkoston kokoon. Tutkimus osoittaa, että interventiolla on merkitystä ikäihmisten yksinäisyyteen. Ikäihmiset kokevat ryh-

mät mieluisiksi ja merkityksellisiksi sekä vaikuttavan heidän elämänlaatuun sitä parantavasti.

Ikääntyneiden yksinäisyyttä ja sen lievittämistä interventioiden avulla on tutkittu lupaavasti myös kansainvälisesti (Pitkälä & Routasalo 2012, 1215). Dickens ym. (2011) kokosivat tuloksia 32 kansainvälisestä julkaisusta liittyen ikäihmisten yksinäisyyteen ja sen lievittämiseen. Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että interventiolla on selvä vaikutus ikäihmisten sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Kaiken kaikkiaan yli 80 prosentille interventioihin osallistuneille, ne ovat tuottaneet myönteisiä vaikutuksia elämään. Kohderyhmänä ovat usein olleet valikoidusti sosiaalista eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä kärsivät ikäihmiset. Dickens ym. (2011) toteavat johtopäätöksissään interventioiden tehokkuuden ja vaikuttavuuden takia tietoperustan olevan merkityksellinen. Kuitenkin tutkimuksissa on ollut yhteisiä piirteitä ja se on luonut pohjaa teoreettiselle viitekehykselle. Dickens ym. (2011) summaavat vielä lopuksi interventioiden olevan tärkeä osa ikäihmisten yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden lievittämisessä.

7.2 Ikäihmisten ryhmäinterventiohankkeita Suomessa

Vanhustyön keskusliitto kehittää hankkeidensa avulla muun muassa ikäihmisille suunnattuja ryhmäinterventioita yksinäisyyden lieventämiseksi. Ystäväpiiri on Vanhustyön keskusliiton aloittama projekti ikäihmisten yksinäisyyteen. Ystäväpiiriprojektin lähtökohta on ollut aiemmin toteutetut Vanhustyön keskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeet ja niiden tuottamat tulokset. Hanke jakautui kolmeen osahankkeeseen, joissa tutkittiin ikäihmisten yksinäisyyttä ja selvitettiin, voidaanko psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella lievittää ikäihmisten yksinäisyyttä ja vaikuttaa osallistujien hyvinvointiin, terveyteen ja terveyspalveluiden käyttöön. Vanhustyön keskusliitto jatkoi psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen kehittämistä ikäihmisten yksinäisyyden lievittämiseksi hyvien ja rohkaisevien tulosten perus-

teella. Ystäväpiirin tärkeimmäksi tavoitteeksi laadittiin yksinäisyyden tunteen lievittyminen ja jakaminen. Toimintamuotona olivat suljetut ryhmät, jotka oli suunniteltu tavoitteellisesti. Lähes 90 % osallistujista koki yksinäisyyden tunteen lievittyneen ja yli 70 % koki sen lievittyneen vielä ryhmän jälkeen. Suurin osa osallistuneista ikäihmistä koki myös tullessa ymmärretyksi tuntemuksestaan yksinäisyydestä. (Jansson 2009, 8-9, 32.) Ystäväpiiri-ryhmät toimivat edelleen yli viidelläkymmenellä paikkakunnalla tarjoten mahdollisuuden yksinäisyyden lieventymiseen. (Ystäväpiiri n.d.)

Vanhustyön keskusliitto on ollut aloittamassa myös MielenMuutos-tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeessa tutkittiin ikäihmisten mielenterveyttä ja hyvinvointia sekä tehtiin aiheeseen liittyvää kehittämistyötä. Tavoitteena hankkeelle asetettiin edistää suomalaisten ikäihmisten mielenterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä sekä kehittää sekä kehittää räätälöidyn hoidon malli ikäihmisten masennuksen hoitoon. Tutkimukseen osallistui lähes 140 suomalaista yli 60-vuotiasta, jotka kokivat kärsivänsä masennuksesta. Tutkittavat jaettiin vertailu ja interventoryhmiin. Interventoryhmäläisille ydinperiaatteet olivat jalkautuminen, tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaan kanssa, voimavarakeskeisyys sekä hoidon yksilöllinen ja joustava räätälöinti. Intervention tulokset ovat olleet merkittäviä. Masennus oli koettu lieventyneen interventoryhmäläisillä sitä GDS-mittarilla, eli geriatrisella depressiomittarilla, mitattuna. Lisäksi interventio oli vaikuttanut yksinäisyyden tuntemukseen, mielialan nousuun, elämänlaatuun, elämänhallintaa ja toimintakykyyn. (Saarenheimo & Pietilä 2011, 8-9.)

Senioripysäkki-toiminta on ajan kuluessa muotoutunut tehokkaaksi intervention muodoksi ikäihmisten yksinäisyyteen. Toiminnan tuloksellisuutta on tutkittu laajasti ja monipuolisesti Ikääntyneiden yksinäisyys-tutkimushankkeessa. Tulokset ovat olleet merkittäviä, sillä jo 12 kerran ryhmät vähensivät yksinäisyyttä tehokkaasti. Ryhmäinterventio on myös vaikuttanut ikäihmisten muiden sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön niitä vähentävästi. Tieteellisen näytön turvin Seniorinuottaa on kehitetty

paljon. Ryhmiä toimii 29 paikkakunnalla seurakunnissa, kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä sekä järjestöissä. Senioripysäkki ryhmät ovat usein jaettu 60-75-vuotiaiden ryhmiin sekä yli 75-vuotiaiden ryhmiin. Näin käsiteltävät teemat tuntuvat tutummilta ja ikäihmiset voivat helpommin jakaa toistensa kanssa saman aikakauden kokemuksia. Senioripysäkki toiminta on koettu merkitykselliseksi osallistujilleen. (Kuusisto ym. 2012, 185-187.)

Evankelis-luterilainen kirkko edistää omalta osaltaan yhteisöllisyyttä ja turvallisuuden kokemista. Kirkon vanhuustyön strategian mukaan sosiaalinen pääoma on yhteisön ominaisuus, jonka muotoja ovat verkostot, sosiaaliset suhteet, normit ja luottamus. Sosiaalista pääomaa voidaan strategian mukaan pitää resurssina, joka parantaa elämän laatua. Kirkon vanhustyö pyrkii toiminnalla edistämään ikäihmisten välisiä sosiaalisia siteitä. (Kirkon vanhustyön strategia 2015, 10.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite oli selvittää mikä vaikutus ryhmäinterventiolla oli yksinäisyyden tunteeseen sekä millaisena asiakkaat kokevat Seniorikahvilan toiminnan ja miten toimintaa voi kehittää. Opinnäytetyön tilaaja esitti kysymysten suhteen vielä edellä mainittujen lisäksi toiveen, että opinnäytetyössä selvitetään, haluavatko asiakkaat, että kahvilassa on ohjaajana aina sama henkilö. Opinnäytetyön avulla saatiin tietoa, jonka avulla Jyväskylän Hoivapalvelu ry voi kehittää avoimen kahvilan toimintaan.

1. Mikä vaikutus Seniorinuotan avoimella kahvilalla on asiakkaiden yksinäisyyden tunteeseen?
2. Miten Seniorinuotan avointa kahvilaa voidaan kehittää vielä vaikuttavammaksi?

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

9.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Opinnäytetyöhömmä idean saimme alun perin kiinnostuksesta selvittää ikäihmisten kokemaa yksinäisyyttä Jyväskylän alueella. Tilaisuus ikäihmisten yksinäisyyden tutkimiseen tarjoutui Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n hallinnoiman Seniorinuotan avoimen kahvilan kautta. Opintojemme edetessä olemme havainneet eri paikoissa hoitotyötä harjoitellessamme sekä teoriaopintojen myötä, että yksinäisyys on huomattavaa ikäihmisten keskuudessa. Tiikkaisen (2007, 146) mukaan ikääntyneistä ihmisistä yksinäisyyttä kokee mittaustavasta riippuen muutamasta prosentista 70 prosenttiin. Arviolta jopa kolmasosa ikäihmisistä kärsii yksinäisyydestä ja se koetaan josakin määrin ongelmaksi.

Seniorinuotta

Seniorinuotta on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry:n alainen ja hallinnoima hanke. Seniorinuotta toimi Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamana hankkeena vuosina 2008-2011. Hankkeen keskeisimpinä tavoitteina on ollut luoda psykososiaalista tukea ja terapiaa tarjoava palvelukokonaisuus seniori- ja vanhustyöhön osaksi ennaltaehkäisevää vanhustyötä. Hanke sai alkunsa Jyväskylän vanhus- ja seniorityön Ennaltaehkäisevien kotikäyntien EHKO:n tarpeesta ja huomiosta. EHKO on toteuttanut vuodesta 2004 kotikäyntejä 70-vuotta täyttäneille ikäihmisille ja huomio siitä, kuinka paljon Jyväskylän alueella on psykososiaalista tukea tarvitsevia ikäihmisiä, saattoi alkuunsa Seniorinuotta-hankkeen. (Loppuraportti 2008-2011, 3.)

Vuoden 2012 alusta Seniorinuotta on toiminut Jyväskylän hoivapalveluyhdistys ry:n alaisena yksityisenä palveluja tuottavana tahona. Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksen lakattua hankkeelle, Seniorinuotta tuottaa palveluita asiakasmaksujen avulla. Toiminnan lähtökohtana pidetään asiakkaan elämäntilanne, tarpeet ja toiveet. Palvelumallilla halutaan puuttua ennaltaehkäisevästi ikäihmisten alakuloisuuteen, masennukseen, turvattomuuteen ja yksinäisyyden lievittämiseen. Asiakkaiden tarve saada apua voi liittyä myös akuutteihin kriiseihin, päihteisiin tai seksuaalisuuteen. Tavoitteena on kulkea hetki ikäihmisen rinnalla tukien ja auttaen voimavarojen löytymisessä. Tavoitteena on myös tuottaa tutkittua tietoa psykososiaalisen tuen ja terapian toimintatavoista, käytettyjen interventioiden vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta seniori- ja vanhustyöhön. (Loppuraportti 2008-2011, 3; Seniorinuotta, 2011.)

Seniorinuotan palvelut

Seniorinuotta tuottaa ja tarjoaa ikäihmisille niin yksilö- kuin ryhmätoimintaakin. Yksilöllinen tukeminen tapahtuu sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisen toteuttamana psykososiaalisena keskustelutukena. Keskustelutukea voidaan antaa 1-10 kertaa, minkä jälkeen asiakas voidaan mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan ohjata eteenpäin pysyvämpien tukimuotojen pariin. Yksilöllinen tuki toimii ennaltaehkäisevänä, mutta myös ongelmatilanteita ratkaisevana tukimuotona. Keskustelutuki auttaa ikäihmistä käsittelemään omia tunteitaan ja hyväksymään niitä. Tuen tarkoitus on voimavaroistaa asiakasta jaksamaan vaikeassa elämäntilanteessa. Näiden lisäksi myös ikäihmisten omaishoitajat otetaan huomioon omaishoidettavien iltapäivätoiminnalla. Iltapäivätoiminta on tarkoitettu omaishoidettaville ja toiminnassa huomioidaan omaishoidettavien toimintakyky, mielenkiinnot ja mieliala. (Seniorinuotta 2011.)

Seniorinuotta tuottaa myös erilaisia ryhmäkokonaisuuksia, joissa keskitytään oman elämäntilanteen tarkasteluun ja muuttamiseen tasapainoisemmaksi. Ryhmiin ikäihmisiä ohjataan heidän elämäntilanteidensa mukaan. Ryhmissä käsitellään esimerkiksi leskeytymistä, parisuhdeongelmia, omaishoitajana toimimista, asuinympäristön

muutosta, yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. Ryhmään osallistuneiden ikäihmisten ongelmia, mielialaa ja elämänlaatua arvioidessa ennen ja jälkeen ryhmään liittymistä on arvioitu ja tulokset ovat olleet rohkaisevia. Seniorinuotan toiminta perustuu ennaltaehkäisylle, mitä varhaisemmassa vaiheessa ongelmiin puututaan, sitä enemmän osallistujat siitä hyötyvät. (Seniorinuotta, 2011.)

Kaikille ikäihmisille avoimena toimintana Seniorinuotta tuottaa Seniorikahvilaa. Tavoitteena on tuoda yhteen samanikäiset ihmiset sekä tarjota tietoa ja tukea ikäihmisille tarpeellisista teemoista. Seniorikahvilan halutaan toimivan matalan kynnyksen kohtaamispaikkana sekä jo mukana olleille että uusille ikäihmisille. Seniorikahvila kokoontuu viikoittain ja toiminta-ajatuksena on, että asiakkaat pääsevät myös suunnittelemaan tulevaa toimintaa. Avoin Seniorikahvila on nopeasti huomattu monia ikäihmisiä hyödyntäväksi. (Loppuraportti 2008-2011, 4; Seniorinuotta, 2011.)

Seniorinuotan avoin kahvila tarjoaa meille mahdollisuuden tutkia opinnäytetyönä ryhmäintervention vaikutusta ikäihmisen yksinäisyyden lieventymiseen. Sosiaalisten suhteiden vaikuttavuutta yksinäisyyden lieventäjänä on tutkittu useiden tutkimusten avulla Suomessa ja kansainvälisesti (Pitkälä & Routasalo 2012, 1215). Tiikkaisen ja Lyyran (2007, 70) mukaan ihmissuhteet ovat tärkeitä ikäihmisten fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Ikäihmisten hyvinvointia voidaan parantaa kehittämällä interventioita, jotka lisäävät sosiaalista tukea sekä edistävät sosiaalista sitoutumista, yhteisöllisyyttä ja aktiivista osallistumista.

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin kahtena tiistaina helmikuussa 2013. Vapaaehtoiset kyselyyn osallistujat vastasivat kyselylomakkeeseen kahvilan päätteeksi. Kyselylomake päätettiin viedä kahdella perättäisellä kahvilakerralla asiakkaille, jotta mahdollisimman moni täyttäisi sen. Tilaajan mukaan oli kuitenkin mahdollista, että molemmilla helmikuun kerroilla asiakkaat ovat samoja henkilöitä, jolloin toisella ker-

ralla emme tule saamaan enää vastauksia kyselylomakkeeseemme. Saimme kuitenkin myös jälkimmäisellä kerralla uusia asiakkaita kyselylomaketta täyttämään. Kyselylomakkeessa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä.

9.2 Tieteellinen tieto

Tieteellinen tieto on tutkimuksen avulla saatua tietoa. Tieteellinen tieto on sulautunut yhteiskuntaan hyvin saumattomasti, joten tieteellisen tiedon olemassaoloa tavallisten arjen asioiden pohjalla saattaa olla vaikeaa tiedostaa. Esimerkiksi käytännön työelämässä tieteellinen tieto saatetaan kokea olevan liian kaukana käytännöstä. Taustalla olevan tieteellisen tutkimuksen avulla saatu tieto kuitenkin monipuolistaa arkitiedon luomaa kuvaa asioista, lisää harkintaa ratkaisujen teossa, sekä antaa ideoita oman työn kehittämiseen. Tieteellisen tiedon avulla voidaan myös vapautua perinteisistä tottumuksista ja sidonnaisuuksista. (Hirsjärvi ym. 2007, 20)

Perusjoukko ja otos

Perusjoukolla tarkoitetaan tutkimuksessa joukkoa, jolla on tutkimuksessa jokin yhdistävä tekijä. Tästä joukosta taas poimitaan otos, jonka tutkija arvioi mahdollisimman kattavaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 175.) Opinnäytetyössämme perusjoukkona ovat avoimen kahvilan asiakkaat, mutta viikoittain järjestettävässä kahvilassa kävijämäärä ei ole joka kerralla sama ja uusia jäseniä saattaa liittyä joukkoon samalla, kun vanhoja kävijöitä jää pois. Ratkaisuna tähän olimme valinneet kaksi tutkimuspäivää, jotka on informoitu neljä viikkoa aiemmin sen hetkisille kahvilassa olleille asiakkaille. Näin ollen he tiesivät, milloin kyselyt tullessaan suorittamaan ja voivat päättää, haluavatko he osallistua siihen. Osalle kahvilan asiakkaista kysely saattoi silti tulla yllätyksenä, sillä kaikki osallistujat eivät välttämättä olleet paikalla juuri sillä kerralla, kun asiasta informoitiin. Opinnäytetyössämme ei siis voitu etukäteen määrittää, kuinka iso otos tutkimukseemme osallistuu, vaan se selvisi vasta tutkimuksen hetkellä. Oli myös

mahdollista, että viimeisellä tutkimuskerralla emme saisi yhtään vastausta, mikäli kyseisen kahvilakerran asiakkaat olivat olleet edelliselläkin kerralla kahvilassa ja olivat olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseemme. Opinnäytetyön tilaajan mukaan kävijämäärä kahvilassa on vaihdellut, mutta ollut enimmilläänkin alle 20 henkilöä kerrallaan.

9.3 Aineiston keruu

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus

Määrällinen eli kvantitatiivinen menetelmäsuuntaus perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen erilaisten tilastojen ja numeroiden avulla. Ilmiöitä selitetään numeristen tulosten, erilaisten luokittelujen ja syy- ja seuraussuhteiden avulla. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus taas pyrkii ymmärtämään kohteen laatua, merkityksiä ja ominaisuuksia kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat kohteen esiintymisympäristöön ja taustaan sekä ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat. (Jyväskylän yliopiston Koppa, n.d.)

Soininen (1995, 114) kertoo, että kyselylomakemenetelmää käytetään usein kvantitatiivisessa tutkimuksessa, mutta se soveltuu myös kvalitatiiviseen tutkimukseen etenkin silloin, kun otoksen ominaispiirteitä, mielipiteitä tai uskomuksia halutaan selvittää. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kyselylomakkeet määritellään avoimiksi, eli kysymykset eivät ole strukturoituja. Strukturointi tarkoittaa, että kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Avoimet kysymykset ilmentävät tutkittavien omakohtaisia tunteita strukturointia paremmin. Strukturoituja kyselylomakkeita käytetään kuitenkin usein tukemaan kvalitatiivista aineistoa. Tutkittavien määrästä riippuu, käytetäänkö kyseisten lomakkeiden tuloksia kvantifioidussa muodossa vai tulkitaanko niitä kvalifioidusti. Mikäli aineisto on pieni (N on pienempi tai yhtäsuuri kuin 30), kvantifiointi saattaa aiheuttaa jopa virhetulkintoja. Eskola ym.

(2005, 210-211) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa arvioidaan tutkimusprosessin luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu se, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline ja tutkimusraportit ovat henkilökohtaisempia ja sisältävät enemmän pohdintaa kuin kvantitatiiviset tutkimukset. Näin ollen luotettavuuden arviointi koskeekin koko tutkimusprosessia. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2007, 25) mukaan tutkimukseen osallistuvilta ihmisiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus eli informed consent. Sillä halutaan estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeessa. Tutkittavan tulee olla tietoinen kaikista tärkeistä näkökohdista liittyen siihen, mitä tutkimuksessa tulee tai saattaa tulla tapahtumaan. Henkilön täytyy olla kykenevä ymmärtämään tämä informaatio sekä olla pätevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja ja osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Esimerkiksi vaatimus rationaalisuudesta sulkee automaattisesti pienet lapset pois, joten tätä nimenomaista ehtoa ei voida aina niin tiukasti noudattaa.

Opinnäytetyön tilaaja ja tekijät olivat informoineet mahdollisimman selkeästi osallistujille jo etukäteen, mistä tutkimuksessa oli kyse ja siitä, että kahvilatoiminnan jatkumisen kannalta oli tärkeää saada virallista, tutkittua tietoa siitä, onko kahvilatoiminnalla vaikutusta asiakkaiden yksinäisyyden tunteeseen.

Laadukas kyselylomake

Hirsjärven ym. (2007, 190, 193-198) mukaan hyvän kyselylomakkeen laatimiseen on syytä käyttää aikaa. Kysymystyyppejä ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset tai samaa mieltä/eri mieltä-väittämät. On syytä huomioida, että avoimet kysymykset tuottavat aineistoa, joka on sisällöltään kirjavaa ja vaikeammin käsiteltävää, kun taas monivalintakysymykset saattavat kahlita vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Kyselylomakkeessa selvyys on tärkeintä. Rajatut kysymykset ovat parempia kuin yleiset kysymykset. Lyhyitä ja ytimekkäitä kysymyksiä kannattaa suosia pitkien sijaan. Kahta asiaa ei ole tutkimuksen luotettavuuden kannalta hyvä kysyä samassa kysymyksessä. On hyvä myös suoda vastaajalle mahdollisuus "ei mie-

lipidettä"- vaihtoehtoon. Monivalintavaihtoehto on parempi kuin samaa mieltä/eri mieltä-vaihtoehto, koska ihmisillä on taipumus valita se vaihtoehto, jota he arvelevat odotettavan. Kysymysten lukumäärää on syytä rajata ja lomakkeen alussa kysytään yleiset tiedot, loppupuolella voidaan esittää spesifisimpiä kysymyksiä. Alan ammattikieli ei kyselylomakkeeseen kuulu, vaan selkeät, helposti ymmärrettävät ilmaisut, jotka eivät ole johdattelevia.

Kirjallisen saatteen merkitys on antaa vastaajalle tietoa siitä, mihin tarkoitukseen hän tietojaan ja mielipiteitään antaa ja mihin niitä käytetään. Saadun tiedon perusteella voi vastaaja tehdä päätöksen tutkimukseen vastaamisesta tai vastaamatta jättämisestä. Saatteena suositaan erillisen yhden sivun mittaista saatekirjettä lyhyiden saatesanojen sijaan. Saatesanojen antama tieto tutkimuksesta on usein niin vähäinen, etteivät ne riitä vakuuttamaan vastaajaa tutkimuksen tärkeydestä, eikä niiden koeta motivoivan riittävästi vastaajaa. Kuitenkin tulee huomioida, että saatteen informoitarkkuus määritetään aina tapauskohtaisesti. Saatteen yksityiskohtaisuuteen vaikuttaa muun muassa tutkimusongelma ja tutkimuskohteen luonne. Arkaluonteiset tunnistettavina säilyvät tutkimusaineistot tarvitsevat hyvin tarkan tutkittavien informoinnin, kun taas ei-arkaluonteisia asioita käsittelevässä selvityksessä informoinnilta ei vaadita niin paljon. (Vilka 2007, 80-81.)

Saatekirje tai saatesanat ovat ensimmäinen asia, jonka vastaaja kohtaa tutkimuksesta. Siksi tekstin sisällön ja visuaalisen ilmeen tulee olla huolellisesti suunniteltuja. Saatekirjeen sävy tulee olla myönteinen ja kohtelias, on tärkeää puhutella vastaajaa. Tämän koetaan motivoivan vastaamiseen. Kohderyhmän luonne ohjaa päätöstä, valitaanko sinuttelu vai teitittelymuoto saatteeseen. Kuitenkin on muistettava että, tutkimuksen tekijä harvemmin tuntee henkilökohtaisesti tutkittaviaan, joten suositeltavaa on käyttää teitittelyä. Kieliasun tulee olla huoliteltua ja vastausohjeet tulee olla esitetty selkeästi. Saatteen alussa ja tutkimuslomakkeen lopussa muistetaan kiittää vastaamisesta. (Vilka 2007, 84-88.)

Mitta-asteikot kyselylomakkeessa

Mittaamisen tarkoitus on löytää eroja havaintoyksiköiden välille. Erot löytyvät käyttäen mittautasoa sekä asenne- ja mitta-asteikkoja. Asenneasteikolla, kuten Likertin asteikolla, mitataan havaintoyksikkönä olevan henkilön asennetta tai mielipidettä. Likertin asteikon perusidea, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen samanmielisyys vähenee. Sanallisten järjestysasteikkojen laatimista pidetään haastavana, sillä vastaajan saattaa olla vaikea päättää vaihtoehdoista keskimmäisiä vaihtoehtoja. Sen sijaa asteikon ääripäät koetaan helpoiksi vastata. Myös Osgoodin mitta-asteikko on tyypillinen määrällisissä tutkimuksissa käytettävä mitta-asteikko. Osgoodin mitta-asteikossa arvot esitetään yleensä 5-7-portaisella asteikolla, jolloin asteikon ääripäihin asetetaan vastakkaiset adjektiivit. (Vilka 2007, 45-46.)

Mittautaso vaikuttaa siihen, millaista tietoa mittaus tuottaa. Siksi jo kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa on tärkeää määrittää mitta-asteikko. Mitta-asteikon valintaa vaikuttavat sekä mitattava asia että haluttu tarkkuus. Määrällistä tutkimusta tehdessä tavoitteeksi asetetaan tiedon kerääminen tarkimmalla mahdollisella mittautasolla. (Vilka 2007, 48.) Tutkimuksessamme käytämme Likertin mitta-asteikkoa, joilla kartoitamme havaintoyksiköinä vastaajien asennetta yksinäisyyteen, yksinoloon sekä mielipidettä Seniorinuotan avoimesta kahvilasta ja sen kehittämisestä.

Operationaalistaminen

Operationaalistamisen tavoitteena on tuottaa teoreettisille käsitteille vastine, joka on empiirisesti mitattava. Teoreettinen käsite ja sen operationaalinen vastine eivät aina vastaa toisiaan täsmälleen. Operationaalinen vastine voi olla teoreettista käsitettä laajempi tai suppeampi, kohdata toisensa vain joiltakin osin tai ne voivat olla merkityksiltään täysin yhteneväiset. (Eskola ym. 2005, 75) Tutkimuksen ydinasia on

kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten laadinta. Näihin tähdättiin jo opinnäytetyön alkuvaiheessa. Mikäli tutkimusongelma on asetettu oikein, analyysivaiheessa tutkija saa selville, minkälaisia vastauksia hän ongelmaansa sai. Voi kuitenkin käydä myös niin, että tutkija joutuu analyysivaiheessa huomaamaan, että ongelman asettelu olisi pitänyt tehdä toisin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216)

9.4 Aineiston analysointi

Aineistoa analysoidessa pääperiaatteena on, että valitaan sellainen analysointitapa, joka parhaiten vastaa tutkimustehtävään tai – ongelmaan. Aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin, mutta analyysitavat voidaan jaotella pääpiirteissään kahdella tavalla. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa, kun taas ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 219)

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan tiivistäen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä eritellen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuodossa olevia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Sen avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan yhteyteen ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Sisällön erittelystä puhutaan sisällönanalyysin ohella. Se on kvantitatiivisten dokumenttien analyysia, jonka tarkoitus on kuvata määrällisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. Voidaan esimerkiksi tutkimusongelmasta riippuen laskea tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä tutkituissa dokumenteissa. Sanallinen tekstin sisällön kuvailu on kuitenkin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysilla voidaan siis tarkoittaa niin sisällön määrällistä erittelyä kuin laadullista sisällönanalyysia ja näitä molempia voidaan käyttää samaa aineistoa analysoidessa. Tutkimusaineiston laadullinen sisällönanalyysi sisältää aineistoin pirstomisen pieniin osiin, käsitteellistämisen ja uudelleenjärjestelyn

uudenlaisiksi kokonaisuuksiksi. Analyysi ja luokittelu perustuvat joko aineistoon tai valmiiseen teoreettiseen viitekehykseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka n.d (a.)

10 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Opinnäytetyön tulokset ja niiden tarkastelu

Kaikki vastaajat olivat yli 60-vuotiaita naisia (N=9). Jaottelu yli ja alle 76-vuotiaisiin ei tässä otoksessa tuonut eroa yksinäisyyden kokemuksiin. Kenelläkään ei ollut korkeaa koulutusta. Siviilisäätty vaihteli, mutta leskeys oli vastaajien keskuudessa kaikista yleisintä. Otoksessa oli kuusi leskeä. Yli puolet kaikista vastaajista koki, että elämään kuuluu riittävästi läheisiä henkilöitä ja vastaajista kaksi kolmasosaa koki itsensä melko terveeksi. Kaksi vastaajista ei osannut määritellä terveydentilaansa.

Lyyra (2007, 20) esittää, että useimmiten ikäihminen kokee terveytensä hyväksi, vaikka hän saattaa sairastaa lukuisia sairauksia. Useimmiten ikäihminen kokee terveydentilansa subjektiivisesti paremmaksi, kuin objektiiviset mittarit osoittaisivat. Sosiaalisen vertailuteorian mukaan ikäihminen vertaa itseään muihin samanikäisiin, jolloin vaatimukset omaa terveydentilaa kohtaan vähenevät iän myötä. Verratessaan itseään muihin, ikäihminen pitää useimpien terveydentilaa huonompana kuin omaansa. On mahdollista, että vastaajat ovat tässäkin opinnäytetyössä verranneet terveydentilaansa toisiin samanikäisiin. Iän myötä myös armollisuus itseä kohtaan on saattanut lisääntyä, eikä lähtökohtana ole täydellisen terveyden oletus ja toive.

Leskeys ei korreloinut kyselyssä suurempaan yksinäisyyden kokemukseen, mutta kyselylomakkeessa ei ollut kysymystä, jossa olisi kysytty kuinka kauan leskeytymisestä on. Sankelo (2011, 123-129) esitteli tutkimuksessaan 12 leskeä, joista kuusi oli naisia. Leskeytyminen oli heillä tapahtunut 1-3,5 vuotta sitten. Kaikki tutkimuksen lesket kertoivat kipeistä yksinäisyyden ja tyhjyyden kokemuksista, mutta kun aikaa leskeytymisestä oli kulunut, esille nousi halu jakaa kokemustaan sosiaalisesti ja saada sosiaalista kanssakäymistä. Välttämättä tämänkään tutkimuksen tutkittavat eivät olleet juuri leskeytyneitä, vaan olivat vaiheessa, jossa nimenomaan hakeudutaan toisten seuraan saamaan sosiaalisia virikkeitä elämään.

Kysyttäessä kuinka usein vastaaja kokee yksinäisyyden tunteita, oli useimmiten rasti-tettu vastausvaihtoehto ”siltoin tällöin”. Myös vaihtoehdot ”melko usein”, ”en koskaan” ja ”harvoin” mainittiin. Henkilöt, jotka kokivat, että elämässä ei ole riittävästi läheisiä, vastasivat kärsivänsä melko usein yksinäisyydestä. Ne, jotka vastasivat, että läheisiä on riittävästi, olivat niitä, jotka kärsivät yksinäisyyden tunteista vain silloin tällöin tai harvoin.

Vajaa puolet niistä tutkittavista, jotka kertoivat, että heillä on elämässään riittävästi läheisiä, vastasivat Seniorikahvilan yksinäisyyttä lieventävään vaikutukseen, että kahvila on lieventänyt jonkin verran yksinäisyyttä tai eivät osanneet sanoa vaikutusta. Loput henkilöistä, jotka kertoivat riittävästä läheisten määrästä, vastasivat, että Seniorikahvila on lieventänyt yksinäisyyttä. Tutkittavat, jotka totesivat, että läheisiä ihmisiä ei ole tarpeeksi, vastasivat aina, että Seniorikahvila on lieventänyt yksinäisyyttä. Myös vastaaja, joka ei kertonut mielipidettään läheisten määrän riittävydestä, koki kuitenkin, että kyseinen ryhmäinterventio on vähentänyt yksinäisyyttä. Dickensin ym. (2011) kokoamien 32 kansainvälisen julkaisun tulosten mukaan interventioilla on selvä vaikutus ikäihmisten psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen terveyteen. Näissä kohderyhmänä ovat usein olleet valikoidusti sosiaalista eristyneisyyttä ja

yksinäisyyttä kärsivät ikäihmiset. Kaiken kaikkiaan jopa 80 % kohderyhmästä on kokenut ryhmäinterventiolla olleen myönteistä vaikutusta elämään.

Seniorikahvilan ilmapiiri koettiin miellyttävänä kaikkien vastaajien mielestä. Kysyttäessä kuinka tärkeänä Seniorikahvilan asiakkaat kokivat mahdollisuuden osallistua toiminnan suunnitteluun, yli puolet vastaajista koki sen merkittävänä. Kolme vastaajista ei osannut sanoa, kokevatko he merkittävä toiminnan suunnitteluun osallistumisen. Routasalo (2008, 188) toteaa, että tehokkaimpia ikäihmisille suunnattuja interventioita on ne, joissa ryhmäläiset ovat itse saaneet ja voineet vaikuttaa intervention sisältöön. Interventioiden mielekkyyteen vaikuttaa myös ryhmän ohjaaja ja hänen ryhmänohjaustaidot. Ohjaaja vahvistaa intervention avulla ryhmän rakennetta, vie eteenpäin ryhmän prosessia, vaikuttaa ryhmän sisältöön ja vuorovaikutukseen ryhmän sisällä. Ohjaaminen on taito, mikä vaatii koulutusta, kokemusta, teoreettista osaamista ja empatiaa. (Kuusisto ym. 2012, 183.) Kyselyyn vastanneista hieman yli puolet oli sitä mieltä, että he kokevat mieleiseksi ohjaajan pysyvän samana henkilönä joka kerta. Seniorikahvilassa ohjaajana pääsääntöisesti toimii sama henkilö, joka on tullut tutuksi asiakkaille ja osalle heistä on muodostunut läheinen suhde ohjaajaan. Kahvilan ohjaamiseen osallistuu myös harjoittelussa olevia yliopiston ja ammattikorkeakoulun opiskelijoita.

Avoimen Seniorikahvilan vaikutus kävijöiden elämään

Vastaajat kokivat Seniorikahvilassa käynnin vaikuttavan psyykkiseen vointiin ja mielialaan. Mielialan koettiin virkistyneen kahvilassa käynnin myötä ja kahvilaa luonnehdittiin ”*virkistäytymiskeitaaksi*”. Vastauksissa tuli esiin myös kahvilan toiminnan tuovan hyvää mieltä kävijöilleen. Psyykkisen hyvinvoinnin ja hyvän mielen koetaan ikäihmisillä usein liittyvän sosiaaliseen kanssakäymiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70). Heikkinen (2007, 139-140) kuvaa sosiaalisten suhteiden luomisen ja yhteisöllisyyden luovan ikäihmisille mielen hyvinvointia. Jatkuvuus ja varmuus toistuvista tapaamisista luovat myös tunnetta omasta merkityksellisyy-

destä toisille ihmisille. Avoin kahvila luo tunteen elämän merkityksellisyydestä ja luo hyvää mieltä ympärilleen.

Seniorikahvilan koettiin vastaajien mielestä vaikuttavan fyysiseen sekä psyykkiseen toimintakykyyn. Vastaajat kokivat kahvilan olevan ”*hyvä syy lähteä kotoa*” ja olevan vaihtelua arkeen sekä antavan virikkeitä. Kahvilassa käynti jäsentää vastaajien arkea, antaa päivälle rytmiä sekä tuo vaihtelua arkeen. Samankaltaisia havaintoja on Korhonen ym. (2009, 204) kuvanneet omassa tutkimuksessaan tutkiessaan ikäihmisten kokemuksia sosiaalisesta kanssakäymisestä kerhotoiminnassa. Ikäihmiset kokevat kotoa liikkeelle lähtemisen ja jossakin käymisen tärkeänä ja arkeen vaihtelua tuovana asiana. Korhosen ym. (2009, 204) tutkimuksessa ilmeni myös, että ikäihmisille on tärkeää pysyä kiinni ajassa. Ajankohtaisista asioista puhuminen ja päivän puheenaiheiden miettiminen toisten samassa elämänvaiheessa olevien ihmisten kanssa koetaan auttavan ikäihmistä säilyttämään psyykkistä ja fyysistä toimintakykyään.

Ryhmässä ikäihminen voi saada ikäisiltään ymmärrystä, jota iältään nuoremmat eivät voi tarjota. Ryhmä pystyy toimimaan ikään kuin peilinä omille tunteilleen ja se voi stimuloida jäseniään erityisellä tavalla. Ikäihminen voi tuntea masennuksen tai yksinäisyyden tunteita, mutta ryhmä antaa mahdollisuuden kokea johonkin kuulumisen tunteen sekä samaistumisen toisten tunteisiin. (Kuusisto 2012, 183-184.) Seniorikahvilan vastaajat kokivat ryhmään kuulumisen positiivisena kokemuksena. Vastaajat kuvailivat kahvilan vaikuttavan subjektiivisesti elämäänsä muun muassa ”*tuntee olevansa elossa*”, ”*tarvetta elää*” sekä ”*lämpimiä positiivisia elämyksiä*”. Positiiviseen kokemukseen ryhmän jäsenenä liitettiin myös vapautunut ilmapiiri ryhmässä. Tämä ilmeni kommentteina ”*naurua*” ja ”*ihmistuntemusta*” sekä ”*mukavuutta*”. Ryhmän koettiin myös laajentavan omia ajatuksia sekä antavan mahdollisuuden keskustella muiden kanssa ajankohtaisista asioista. Tämä ilmeni vastauksesta ”*ajatuksille avaruutta ja sisältöä*”.

Sosiaalinen kanssakäyminen ryhmätoiminnassa koetaan tärkeäksi. Korhonen ym. (2009, 205) summaavat tutkimuksessaan sosiaalisen kanssakäymisen tuottamia yhteisöllisyyden merkityksiä ikäihmisille. Ikäihmisille tärkeiksi ja merkityksellisiksi asioiksi ryhmätoiminnassa ovat heidän tuottaminaan muun muassa yhteisöllisyyden tunteen tärkeys. Yksilön hyvinvointiin yhdistyy liittyminen toisiin ihmisiin tai johonkin yhteisöön. Seniorikahvilan kävijät kokivat saaneensa uusia ystäviä ja tuttavuuksia kahvilasta. Yhdessä olemisen mukavuuden tunteeseen liittyi myös toisten tapaaminen kahvilassa viikoittain. Seniorikahvilan ryhmän ollessa pieni, kävijät muodostuvat toistensa tutuiksi.

Kehitysehdotukset Seniorikahvilalle

Kysymykseen Seniorikahvilan kehittämisestä vastasi neljä vastaajaa. Kehitysehdotukset olivat luonteeltaan lisää aktiivista toimintaa toivovia, kuten *"liikunta"* tai subjektiivista tyytyväisyyttä *"kaikki hyvin"*, *"näin on hyvä"* ja tyytymättömyyttä *"teema-"* ilmaisevia. Vastausten määrästä ei voitu päätellä sitä, koettiinko Seniorikahvila vastaajien mielestä paikaksi, jota ei haluta kehitettävän vai kokivatko vastaajat hankalaksi kehitysehdotuksien ilmaisemisen tutussa ympäristössä tunnistettavuuden takia. Tulokset osoittivat sen, että vastaajat kokivat Seniorikahvilan toiminnan pääasiassa mieleiseksi.

10.2 Johtopäätökset

Tulokset analysoitua voitiin todeta, että tässä otoksessa ei voitu vetää korrelaatiota iän, siviilisäädyn tai koulutuksen ja mahdollisten yksinäisyyden tunteiden välille. Merkittävää tuloksissa oli se, että asiakkaat, jotka subjektiivisesti kokivat, että läheisten määrä elämässä on riittämätön, ovat melko usein yksinäisiä ja näin ollen ryhmäinterventio Seniorikahvila on näiden asiakkaiden kohdalla jokaisella lieventänyt yksinäisyyttä. Asiakkaat, joilla oli vastausten mukaan riittävästi läheisiä, eivät koke-

neet läheskään niin usein yksinäisyyttä, eivätkä kokeneet ryhmäintervention yksinäisyyttä lieventävää vaikuttavuutta niin merkittävänä.

Seniorikahvilan toiminnan suunnitteluun haluttiin osallistua ja se koettiin merkittävänä. Seniorikahvilaa ja toimintaa suunnitellaan yhdessä asiakkaiden kanssa, jolloin toiminnasta pyritään saamaan mieluinen. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että kahvilan ohjaajan halutaan pysyvän samana joka kerta. Seniorikahvilaa ohjaa useimmiten vastaajille tuttu ohjaaja, mutta myös Seniorinuotassa olevia opiskelijoita otetaan mukaan ohjaamiseen.

Seniorikahvila koettiin miellyttäväksi paikaksi. Käyntien Seniorikahvilassa koettiin vaikuttavan psyykkiseen mielialaan ja paikkaa pidettiin virkistäytymiskeitana. Sen koettiin rytmittävän viikkoa ja päivää sekä antavan sopivaa vaihtelua arkeen. Kahvilan ilmapiiriä pidettiin positiivisena, miellyttävänä ja iloisena. Vastaajat kokivat, että kahvilassa voi vapautuneesti olla oma itsensä ja ajatuksiaan voi vapaasti tuoda julki. Sosiaalisista suhteista oli muodostunut tärkeitä ja kahvilaan tultiin myös tuttavien ja ystävien takia. Vastauksien perusteella Seniorikahvilaan oltiin tyytyväisiä ja siellä käymistä pidettiin merkityksellisenä. Kehittämisehdotuksista nousi liikunta ja teemat. Seniorikahvilan luonteeseen kuuluu kahvilan lopuksi pieni tuolijumppa, joka ilmeisesti koetaan mieleiseksi kahvilan kehittämistä mietittäessä. Toinen kehittämisehdotuksista nousut oli teema, joka voitiin tulkita liittyväksi vastaajien haluun osallistua Seniorikahvilan suunnitteluun ja kertakohtaisiin teemoihin.

Tämän kokoisesta otoksesta (N=9) ei voida vetää yhteiskunnallisesti merkittäviä johtopäätöksiä liittyen ikäihmisten yksinäisyyteen tai ryhmäinterventioiden vaikuttavuuteen. Opinnäytetyön tavoite oli tutkimuskysymystemme avulla selvittää kuitenkin nimenomaan Seniorikahvilakävijöiden kokemuksia ja näin ollen otos oli erinomainen tätä lähtökohtaa vasten. Myös opinnäytetyön tilaaja oli sitä mieltä, että otos oli erit-

täin kattava ja otos näin ollen riitti asetettuun tavoitteeseen hyvin. Ja tästäkin otoksesta pystyi vetämään johtopäätöksiä, jotka korreloivat ryhmäintervention vaikuttavuudesta kertovan teorian kanssa.

11 POHDINTA

Opinnäytetyömme sai alkunsa kiinnostuksesta selvittää ikäihmisen terveyttä ja toimintakykyä sekä ikäihmisille suunnattujen interventioiden vaikutusta yksinäisyyden lieventäjänä. Opinnäytetyömme teoriaosuudessa käsitelimme kattavasti ikäihmisen terveyden ja toimintakyvyn ottaen huomioon siinä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen. Tärkeimmäksi koimme huomioida ikäihmisen psyykkisen toimintakyvyn, sosiaaliset suhteet, yksinäisyyden sekä interventioiden vaikutuksen ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Opinnäytetyömme oli vahvasti työelämälähtöinen, jolla oli selkeästi määritelty tilaaja ja tilaajalta saatu toive kyselyn toteuttamiseksi. Ikäihmisten hyvinvoinnista on tärkeää pitää huolta ja ryhmäinterventioiden kehittäminen vielä vaikuttavammaksi on tärkeää, jotta voitaisiin edistää ikäihmisten terveyttä ja toimintakykyä.

Opinnäytetyömme empiirisen osan teimme kyselylomakkeen avulla Jyväskylän Hoivapalveluyhdistyksen Seniorinuotan avoimen Seniorikahvilan asiakkaille. Kyselyyn vastauksia saimme yhdeksän kappaletta. Suoritimme kyselyn kahdella eri kerralla, jolloin pystyimme varmistamaan otoksen hyvän kattavuuden Seniorikahvilan asiakkaista. Tämän lisäksi kävimme ennen kyselyn toteuttamista esittäytymässä asiakkaille ja tutustumassa kahvilan toimintaan ja toimintaperiaatteisiin. Mielestämme tämä lisäsi empiirisen osan luotettavuutta, sillä koimme saavuttavamme luottamuksellisen

ja turvallisen ilmapiirin kahvilan asiakkaiden keskuudessa. Tärkeimpänä tuloksena voimme todeta, että Seniorikahvilalla on merkitystä asiakkailleen.

Kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä. Kyselylomakkeiden täyttämisen jälkeen vastauslomakkeiden järjestys sekoitettiin, jotta vastaajien henkilöllisyyttä ei voitaisi päätellä vastausjärjestyksestä. Asiakkaiden vastauslomakkeet merkittiin kyselyiden jälkeen sattumanvaraisessa järjestyksessä aakkosin A-I. Vastaajista muodostettiin hyvin tarkat profiilit kirjoittamalla jokaisen vastaajan vastaukset tiivistetyssä ja selkeässä muodossa. Avointen kysymysten vastaukset kopioitiin sanatarkasti, jonka jälkeen ne kategorisoitiin aihepiireittäin. Asiakasprofiloinnin jälkeen tehtiin kysymys kerrallaan yhteenvetoja ja tutkittiin eri taustatekijöiden vaikutusta yksinäisyyteen ja kokemukseen Seniorikahvilan vaikuttavuudesta. Valmiista yhteenvedosta ei kuitenkaan enää yksittäistä asiakasta voida tunnistaa.

Kyselylomakkeessa oli yksitoista strukturoitua kysymystä ja kaksi avointa kysymystä, joista toinen käsitteli vastaajien kehitysehdotuksia Seniorikahvilatoimintaan ja toisessa pyydettiin omin sanoin kertomaan, mitä asioita Seniorikahvila on kävijän elämään tuonut (Liite 1). Otoksen pienuudesta johtuen (N=9) pyrittiin kaikki kysymykset avaamaan laadullisesti. Tutkimuksen tilaajan mukaan otos oli kuitenkin erinomainen ja kattava, sillä kävijämäärä on Seniorikahvilassa kohtuullisen vakioitunut ja viikoittain kävijämäärä on yleensä alle kymmenen henkilöä.

Mikäli strukturoiduista kysymyksistä olisi tehty kysymys kerrallaan esimerkiksi prosentuaalisia diagrammeja, tutkimustulos olisi saattanut johtaa lukijaa harhaan, sillä esimerkiksi kolme vastaajaa olisi tässä tapauksessa ollut 33 prosenttia koko otoksesta. Soinen (1995, 114) toteaa, että mikäli aineisto on pieni (N on pienempi tai yhtäsuuri kuin 30), kvantifiointi saattaa aiheuttaa jopa virhetulkintoja. Strukturoituja kyselylomakkeita käytetään usein tukemaan kvalitatiivista aineistoa. Tutkittavien

määrästä riippuu, käytetäänkö kyseisten lomakkeiden tuloksia kvantifioidussa muodossa vai tulkitaanko niitä kvalifioidusti.

Asiakkaiden anonymisuus olisi kärsinyt, jos olisi kysymys kerrallaan eritelty tarkasti, kuinka monta asiakasta vastasivat tiettyyn kysymykseen tietyllä tavalla. Tutustumalla laadittuun tutkimukseen osallistujat olisivat voineet jälkikäteen tunnistaa itsensä sekä päätellä vastauksista toistensa vastauksia. Laatimalla vähemmän tunnistettavan kokonaisuuden lupausta anonymiteetin säilyvyydestä ei rikottu, mutta tulos saatiin tälläkin tavoin hyvin esille.

Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta erilaisin mittaus- ja tutkimustavoin. Reliaabeliuksella tarkoitetaan mittaustuloksissa toistettavuutta eli mittauksen kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen arvioinnissa käsite validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä pitikin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu ei ole yksiselitteinen, vaan luotettavuuden tarkastelun tulee tapahtua aina mittavälineen ja koko tutkimuksen tasolla. Mittausmenetelmien tarkastelu keskittyy mittarin ominaisuuksien tarkasteluun ja tutkimuksen tarkastelu puolestaan siihen, kuinka yleistettävää ja käyttökelpoista tietoa tutkimuksella on saatu. (Soininen 1995, 119.) Tutkimuksen luotettavuus paranee, kun tehdyn analyysin ratkaisuista keskustelea ulkopuolisen lukijan kanssa. Omaan aineistoon on helppo sokaistua ja väsymisen myötä analyysi saattaa jäädä liian kevyeksi. Ulkopuolinen lukija voi helpommin huomata epä johdonmukaisuudet ja kohdat, jotka tutkijalta itseltään on jäänyt tarkasteluista huomaamatta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka n.d. (b).)

Hyvin usein unohdetaan esitestauksen tai esikokeen merkitys tutkimuksen onnistumisen ja luotettavuuden edellytyksenä. Erityisesti esitestausta tulee käyttää silloin, kun tutkija on itse laatinut tutkimusta vasten mittavälineen tai kun menetelmä ei ole tutkijalle ennestään tuttu. (Soininen 1995, 133.) Opinnäytetyössä oli pienen otoksen vuoksi sekä strukturoituja kysymyksiä sekä kaksi avointa, laadullista kysymystä. Avoimet kysymykset tulkittiin kvalifioidusti eli vastaukset analysoitiin sanallisesti. Vastausten merkityksiä ja tuloksia analysoitiin teorian tietoon pohjaten.

Laaditussa kyselylomakkeessa oli aluksi perustietoja sukupuolesta, iästä, siviilisäädystä ja koulutuksesta, jotka kaikki osaltaan saattavat vaikuttavaa yksinäisyyden kokemuksiin. Perustietoja seurasi seitsemän strukturoitua kysymystä, jotka tulkittiin kuitenkin kvalifioidusti. Hirsjärven ym. (2007) mukaan vastaajat saattavat samaa mieltä/eri mieltä-vaihtoehtoon vastata vaihtoehdon, jota he arvelevat heiltä odotettavan tilaajan toimesta. Näin ollen kyselylomakkeen kysymys ohjaajan vaihtumisesta saatiin kokea johdattelevaksi.

Pyrimme operationalisoimaan eli käsitteellistämään kysymyksemme selkeiksi ja ymmärrettäviksi ja jätimme kaikkiin muihin kuin perustietokysymyksiin, vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Mikäli vastauslomakkeisiin on useasti vastattu vaihtoehto, jossa vastaajalla ei ole mielipidettä tai hän ei osaa sanoa, voidaan arvioida kysymysten muotoilun menneen jollakin tavalla pieleen. (Vilkkä 2007, 67, 71.) Esitestauksella on myös olennainen rooli tutkimuksemme onnistumisessa. Testasimme kyselylomakkeen täyttämiseen kuluvan ajan ja muodostimme siitä keskiarvon. Omalle tekstille sokeutumisen välttämiseksi on pyydettyä rehellistä palautetta kysymysten selkeydestä ja ymmärrettävyydestä sekä myös itse tarkastella kriittisesti kysymysten tasoa ja sitä, etteivät ne olisi monitulkintaisia.

Opinnäytetyön eettisyys, tulosten tulkinta ja johtopäätökset

Eettiset näkökulmat ovat tärkeitä etenkin silloin, kun tutkitaan ihmistä tai ihmisryhmää, jonka käyttäytymistä jonkin ilmiön suhteen tutkitaan. Tutkittavalla on oikeus pysyä tuntemattomana. Anonymisointi tarkoittaa tunnistajien poistamista tai muuttamista tutkimuksessa. Tutkija kantaa vastuun tutkittavien yksityisyyden suojasta ja arvioi, mitkä asiat arkaluontoisuuden vuoksi on syytä raportoida erityisen varovaisesti tunnistamisriskin vuoksi. Anonymiteetin varmistamiseksi yksilötutkimuksissa on hyvä käyttää koehenkilön tunnistimena joko keksittyä nimeä tai numeroa. Tämä tehdään myös tutkimuksissa, joissa tarkastellaan yksittäisiltä tapauksilta saatuja tuloksia kokonaisuutena. Saatujen ryhmäkeskiarvojen perusteella on näin mahdollista tunnistaa ketään yksityistä ryhmän jäsentä. Anonymiteetin takaaminen tuodaan esille tutkimuksen kohteena oleville jo ennen mittausten alkua. (Soininen 1995, 129-130; Kuula 2006, 200, 204.)

Soininen (1995, 130) toteaa, että kaikki eivät tahdo julkistaa esimerkiksi julkistaa uskonnollisia tai poliittisia mielipiteitään ja osa saattaa kokea henkilökohtaiset kysymykset tunkeilevina. Näistä johtuen tutkimukseen osallistuvilta on saatava lupa tutkimukseen ja mikäli tutkimuksen kohteena on lapsi, lupa on saatava hänen huoltajaltaan. Tutkimuksessa kerätty tieto on aina luottamuksellista ja aineiston käsittelijät on määriteltävä. Tutkijan on ymmärrettävä vastuunsa ja jokaisen ihmisarvo ja loukkamattomuus. Mitä arkaluontoisempi tutkimuksen aihe on, sitä hienotunteisempi tutkijan on oltava.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös, että tutkija on itselleen ja tekstinsä lukijoille rehellinen. Tekstin kopioiminen on epäeettistä ja lähdeviittausten on oltava kunnossa. Plagioinnilla voi olla vakaviakin seurauksia. Tuloksia esittäessä pyritään myös objektiivisuuteen ja rehellisyyteen ja vaikka kaikkea tutkimusaineistoa ei voidakaan liittää tutkimukseen, lukijan täytyy saada selville helposti, mistä kokonaisen aineiston

voi löytää. Tutkimuksen tuloksia ei saa kaunistella tai muuttaa haluttuun suuntaan. Etenkin tutkimusta tekevillä opiskelijoilla saattaa olla virheellinen käsitys siitä, että heidän tutkimuksellaan ei olisi merkitystä, jos tutkittavien ryhmien välille ei synny tilastollisesti merkittävää eroa. Siinä tapauksessa unohdetaan, että tilastollisesti merkittävät erot ryhmien välillä ei olekaan oleellisia, vaan mahdollisesti juuri päinvastaiset tulokset. (Soininen 1995, 130-131.)

Soininen (1995, 131) jatkaa, että tutkimuseettisiä tekijöitä tarkastellessa tutkija on tutkimuksensa ensimmäinen kriitikko. Turhaan selittelyyn ei saa ryhtyä, mutta täytyy rehellisesti raportoida myös tutkimuksensa puutteet. Tutkimuseettisiin tekijöihin täytyy suhtautua vakavasti, sillä ei ole olemassa tutkimusta, missä eettiset tekijät eivät olisi läsnä jollakin tavalla. Etenkin kvalitatiiviset aineistot koostuvat yleensä pienistä määristä tutkittavia, jolloin heidät on luonnollisesti helpompaa tunnistaa. Tästä johtuen on turvallista korvata oikea nimi pseudonyymillä eli salanimellä.

Opinnäytetyömme empiirisen osan tuloksia on tulkittu huolellisesti ja niitä muuttelamatta. Tuloksista on vedetty johtopäätökset teoriaan pohjaten ja lupausta anonymiteetin säilymisestä ei ole rikottu. Vaikka tarkka profiilien luominen tehtiin, näitä tarkkoja tietoja sisältäviä dokumentteja on käsitelty niin, etteivät ne voi joutua vahingossa asianosattomille. Tutkimustulokset saatiin lopullisessa työssä esiin ilman, että kukaan vastaaja olisi tunnistettavissa tästä tutkimuksesta. Johtopäätökset saatiin selkeästi esiin ja korrelaatioita pystyttiin luomaan huolimatta siitä, että otos ei ollut kovin suuri määrältään.

Tulosten tulkinnalla tarkoitetaan, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omat johtopäätöksensä. Tutkimus ei siis ole valmis vielä silloin, kun tulokset on analysoitu. Tulokset on selitettävä ja tulkittava eikä laatia niistä pelkästään jakaumia ja korrelaatioita. Tulkinta on aineistoa analysoidessa esiin nousevien merkitysten sel-

kiyttämistä ja pohdintaa. Tutkija kohtaa todennäköisesti monentasoisia tulkintaongelmia. Muun muassa tutkijan oma kielenkäyttö on saattanut vaikuttaa tuloksiin etenkin haastattelututkimuksissa. Tulosten analysointi ei riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia ja niistä olisikin pystyttävä tuottamaan synteesejä. Synteetit kokoavat yhteen pääasiat ja vastaavat selkeästi asetettuihin ongelmiin. Johtopäätökset perustuvat synteeseihin ja tutkijan on pohdittava, mikä on saatujen tulosten merkitys tutkimusalueella. On myös pohdittava, onko tuloksilla laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2007, 224-225.)

Opinnäytetyön vahvuudet ja heikkoudet

Opinnäytetyön empiirinen osa toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake pyrittiin laatimaan mahdollisimman loogiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi, jonka alkupäässä kysymykset olivat selkeämpiä liittyen perustietoihin ja muuttuivat loppua kohden haastavammiksi päättyen kahteen avoimeen kysymykseen. Kysymysten sisältö aseteltiin niin, etteivät kysymykset olisi monitulkintaisia ja kysymysten sävy pyrittiin luomaan mahdollisimman neutraaliksi, mutta kuitenkin sellaiseksi, että kysymykseen saadut vastaukset pystyttiin tulkitsemaan syvällisesti teoriapohjaa hyödyntäen. Saatekirje oli selkeä ja saatteessa olleet pääasiat luettiin tutkijoiden toimesta ääneen kummallekin vastaajaryhmälle ennen lomakkeen täyttämistä. Avoin kysymys liittyen kehitysehdotuksiin olisi voitu muotoilla ennemmin muotoon ”mitä vielä haluaisitte lisää Seniorikahvilan ohjelmistoon” kuin kehitysehdotus-sanaan, sillä tähän kysymykseen vastasi jostakin syystä vain neljä vastaajaa. Vastaukset kuitenkin osoittivat asiakkaiden tyytyväisyyttä Seniorikahvilaa kohtaan. Kehitysehdotus-sanaa käytettäessä vastaajat saattoivat jättää siihen vastaamatta siksi, että kysymys on koettu jollakin tapaa kielteiseksi.

Jatkotutkimusehdotus

Jatkotutkimushaasteena on ryhmäintervention vaikuttavuuteen liittyvä toiminnalliseksi opinnäytetyön toteutus, jossa opiskelijat järjestävät Seniorikahvilan asiakkaille ryhmäohjausmenetelmiä hyödyntäen toiminnallisen tapahtuman. Tapahtuman ohjelmasisältöä pohdittaessa voi käyttää tämän opinnäytetyön tuloksia hyödyntäen saamaamme kävijäpalautetta.

LÄHTEET

Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. & Cambell, J. 2011. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. Public Health. (11)647.

Euroopan Unioni. 2007. Alueet talouden muutosten edistäjinä. Aluepolitiikan vastauksia demografisiin haasteisiin. Viitattu 11.1.2013.

http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/demo/demochallenge_fi.pdf

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. p. Jyväskylä: Gummerus.

Forsman, A. 2012. The importance of social capital in later life. Mental health promotion and mental disorder prevention among older adults. Väitöskirja. Nordic school of public health NHV, Gothenburg, Ruotsi.

Haarni, I. 2010. Eläkeikäisten kohtaamispaikat tekemisen ja tapaamisen yhteisöinä. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu.(24) 1.

Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkäaikäistutkimuksessa Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (22)2.

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirvonen, J. 2009. Palvelurakenne muutoksessa. Tarkastelussa ikäihmisten palvelut yhdeksässä Keski-Suomen kunnassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Artikkeliterveyskirjaston verkkosivuilla. Viitattu 1.11.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Jansson, A. 2009. Ystäväpiiri – yhdessä elämyksiä arkeen. Projektiraportti 2006-2008. Vanhustyön-keskusliitto. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Jyväskylän yliopiston Koppa. N.d. Jyväskylän yliopiston julkaisupaikka verkossa opetus- ja kurssimateriaalille.

Viitattu 1.6.2012. <https://koppa.jyu.fi> >Avoimet> Humanistinen tiedekunta> Menetelmäpolkuja humanisteille>

Menetelmäpolku> Tutkimusstrategiat> Laadullinen/Määrällinen tutkimus

Kirkon vanhustyön strategia 2015. 2005. Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Viitattu 21.1.2013.

[Http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/\\$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/DF0ABA2ACB69098AC225770A0037182B/$FILE/kirkonvanhustyonstrategia.pdf).

Korhonen, M., Hietanen, H. & Lyyra, T-M. 2009a. Iäkkäiden henkilöiden kokemuksia sosiaalisesta kanssakäymisestä kerhotoiminnassa. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (23)4.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusisto, S., Marjovuori, A., Salmi, R. & Tummuvuori, I. 2012. Ryhmätoiminnan mahdollisuuksia. Teoksessa Mielen terveys vanhuudessa . Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) Helsinki: Edita Prima Oy.

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65-84-vuotiaiden jyväskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13489/9513918394.pdf?sequence=1>

Leinonen, R., Suominen, V., Sakari-Rantala, R., Laukkanen, P. & Heikkinen, E. 2006. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65-69-vuotiailla Jyväskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Teoksessa Ovatko 65-69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Loppuraportti 2008-2011. n.d. Seniorinuotta. Psykososiaalisen tuen ja terapian kehittämissanke 2008-2011 loppuraportti. Jyväskylän hoivapalveluyhdistys ry. Viitattu 29.12.2013. <http://www.seniorinuotta.com/materiaalipankki/loppuraportti>.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lyyra, T-M., Lyyra, A-L., Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2008. Muutokset iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa: 16 vuoden pitkittäistutkimus. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (22)1.

Paavilainen, P. 2002. Ikääntyneiden hyvä fyysinen toimintakyky. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen, hallinnon ja ammattilaisten näkökulmat. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (25)3.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2012. Ryhmästä apua vanhusten yksinäisyyteen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. (128)12. 1215-1216.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. 2009. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. Gerontol A Biol Sci Med Sci.

Rapo, M. 2009. Väestöennusteet ovat aina aliarvioineet eliniän pitenemisen. Artikkelit Tilastokeskuksen verkkosivuilla. Viitattu 11.1.2013. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-14_007.html?s=0

Risikko, P. 2009. Esipuhe. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Routasalo, P. 2008. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tiikkainen, P & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. n.d. (a) Sisällönanalyysi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 28.2.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. n.d. (b) Kvantifiointi. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 28.2.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html

Saarela, T. & Hiltunen, P. Vaikeasti traumatisoitunut vanhus. Suomen lääkirilehti. 4/2013 (68).

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisessä. Teoksessa Mielen terveys vanhuudessa. Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) Helsinki: Edita Prima Oy.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (toim.) 2011. MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mieli-alaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. Vanhustyön keskusliitto. Raisio: Newprint Oy.

Saarenheimo, M. & Arinen, S. 2009. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (23)4.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. 1. p. Vantaa: Dark Oy.

Sankelo, M. 2011. Yli 75-vuotiaiden kokemukset surusta puolison kuoleman jälkeen. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (25)2.

Savikko, N. 2008. Loneliness of older people and elements of an interventions for its alleviation. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38910/D808.pdf>

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. & Heimonen, S. 2010. Ikääntyminen ja mielen haavoittuvuus-haavoittuvuus riskinä ja voimavarana. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. (24)2.

Sarvimäki, A. 2010. Mielen haavoittuvuus voimavarana. Seminaanaariesitys kokonaisuudessa Ikääntyminen ja mielen voimavarat. Sarvimäki, A. & Syren, I. (toim.) Viitattu 30.1.2013.
<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/155>

Scriven, A. 2010. Sixth edition. Promoting health. A Practical Guide. Elsevier Ltd.

Seniorinuotta. 2011. Seniorinuotan palvelut. Viitattu 29.1.2013.
<http://www.seniorinuotta.com/palvelut/>

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisu A:43. Turku: Painosalama Oy.

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13494/9513925374.pdf?se>

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Tampere: Tammer-Paino Oy.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ystäväpiiri. n.d. Ryhmätoimintaa ikäihmisille, jotka kokevat yksinäisyyttä. Viitattu 30.1.2013. <http://www.ystavapiiri.fi/>

LIITTEET

LIITE 1. KYSELYLOMAKE

Arvoisa Seniorinuotan avoimen kahvilan kävijä!

Teemme opinnäytetyötä Seniorinuotan avoimen kahvilan osallistujille. Vastaamalla kyselyyn saamme arvokasta tietoa kahvilatoiminnan merkityksestä ja vaikuttavuudesta. Palautteenne avulla kahvilatoimintaa voidaan kehittää. Kyselyn toteuttaa Jyväskylän ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat ja tutkimuksen tilaajana on Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry.

Jos ette löydä monivalintakysymyksistä Teidän mielipidettänne vastaavaa vaihtoehtoa, olkaa hyvä ja rastittakaa lähinnä mielipidettänne oleva vaihtoehto. Kyselyyn vastaaminen kestää 5-10 minuuttia ja vastaaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Kiitos palautteestanne ja yhteistyöterveisin,

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

sairaanhoitajaopiskelijat

Sannamaaria Järvenpää

Riikka Laakso



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**Sukupuoli**

- Mies
- Nainen

Ikä

- Alle 60 vuotta
- 60-75 vuotta
- 76 vuotta tai enemmän

Siviilisäät

- Naimaton
- Avioliitto
- Avoliitto
- Rekisteröity parisuhde
- Leski
- Asumusero tai eronnut

Koulutus

- Kansakoulu tai alempi
- Ammattikoulu
- Keskikoulu
- Lukio
- Korkeakoulu
- Muu, mikä? _____

Koetteko, että Teillä on riittävästi elämässänne läheisiä ihmisiä?

- Kyllä
- Ei

Millaisena koette terveydentilanne**tällä hetkellä?**

- Pidän itseäni terveenä
- Pidän itseäni melko terveenä
- Pidän itseäni sairaana
- Pidän itseäni hyvin sairaana
- En osaa sanoa

Koetteko yksinäisyyden tunteita?

- Aina
- Melko usein
- Silloin tällöin
- Harvoin
- En koskaan



Mikäli koette yksinäisyyden tunteita, onko Seniorikahvila lieventänyt yksinäisyyttänne?

- Kyllä
- Kyllä, jonkin verran
- Ei
- En osaa sanoa

Haluaisitteko, että Seniorikahvilassa on joka viikko sama henkilö ohjaamassa toimintaa?

- Kyllä. Haluan, että joka kerralla kahvilaa ohjaa sama henkilö.
- Ei. Minun mielestäni ohjaajan ei tarvitse olla joka kerralla sama henkilö.
- En osaa sanoa

Kuinka merkittävänä koette mahdollisuuden osallistua Seniorikahvilan toiminnan suunnitteluun?

- Hyvin merkittävänä
- Jonkin verran merkittävänä
- En lainkaan merkittävänä
- En osaa sanoa

Koetteko Seniorikahvilan ilmapiirin

- Miellyttävänä
- Epämiellyttävänä
- Välillä hyvänä, välillä huonona
- En osaa sanoa



Kehitysehdotuksenne Seniorikahvilalle?

Kertokaa vielä lisäksi omin sanoin, mitä Seniorikahvila on tuonut elämäänne?

Kiitos osallistumisestanne!