

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Kati Ihonen

Jaana Kokko

40–65-VUOTIAIDEN NAISTEN ITSENSÄ KOKEMA ELÄMÄNLAADUN
MUUTOS

– RAND-36-ELÄMÄNLAATUMITTARIN AVULLA VUOSINA 2012 JA 2013
KERÄTTYJEN AINEISTOJEN VERTAILU

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

IHONEN, KATI

KOKKO, JAANA

40–65-vuotiaiden naisten itsensä kokema
elämänlaadun muutos

–RAND-36-elämänlaatumittarin avulla vuosina 2012 ja 2013 kerättyjen aineistojen vertailu

Opinnäytetyö

43 sivua + 19 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Kouvolan seudun Muisti ry

Marraskuu 2014

Avainsanat

keski-ikä, muistisairaus, aivoterveys, elämänlaatu, koettu terveys, fyysinen terveys, psyykkinen terveys, sosiaalinen terveys

Tässä tutkimuksessa vertailtiin RAND-36-elämänlaatukyselyn avulla 40 – 65-vuotiaiden kymenlaaksolaisten naisten elämänlaadun muutoksia neljän vuoden projektin aikana. Elämänlaadun muutoksia vertailtiin koetun terveyden, fyysisen terveyden, psyykkisen terveyden ja sosiaalisen terveyden osa-alueilla. Ensimmäinen kysely toteutettiin tammikuussa 2012 ja toinen elämänlaatukysely loppuvuodesta 2013. Kyselyiden välissä osallistujat osallistuivat luentosarjaan Muisti-ainutlaatuinen instrumentti ja voimavaralähtöisiin terveyskeskusteluihin. Alun perin projektiin osallistui 100 naista, joista molempiin kyselyihin osallistui 44, joten tässä tutkimuksessa vertailtiin 44 naisen vastauksia. Projektiin osallistuneilla oli kaikilla jokin muistisairauden riskitekijä ja he eivät kuuluneet työterveyden piiriin.

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että projektiin osallistuneiden naisten elämänlaatu oli parantunut projektin aikana. Suurimmat muutokset oli havaittavissa psyykkisessä terveydessä ja vähiten muutoksia oli havaittavissa sosiaalisessa terveydessä. Näin ollen ohjannalla ja voimavaralähtöisillä terveyskeskusteluilla voidaan vaikuttaa elämäntapoihin ja elämälaatuun.

Tulosten mukaan voidaan todeta, että projekti oli hyödyllinen ja saadut tulokset ovat tärkeitä muistisairauden ehkäisyssä. Erityisesti keski-iässä tehdyt elämäntapamuutokset voivat vaikuttaa muistisairauden syntyyn myöhemmällä iällä. Tämän tutkimuksen tarpeellisuudesta kertoo se, ettei tällaista tutkimusta ole aiemmin tehty. Aihe on hyvin ajankohtainen, koska muistisairaudet tulevat lisääntymään räjähdysmäisesti seuraavien vuosien aikana.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

IHONEN, KATI

KOKKO, JAANA

Self-perceived change in quality of life among women

ages 40 – 65

– Measured by the RAND-36-quality of life scale by comparing data collected in the year 2012 and 2013

Bachelor's Thesis

43 pages + 19 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Lecturer, Ph.D.

Commissioned by

Kouvola seudun Muisti ry

November 2014

Keywords

middleaged, memory illness, brain health, quality of life, empirical health, physical health, mental health, social health

In this survey, the changes in quality of life of women, aged between 40-65 years, were compared. All these women live around Kymenlaakso area. The survey was made by "RAND-36", an enquiry of the quality of life, under a 4-year period. The changes in the quality of life were contrasted under sectors of empirical, physical, mental and social health. The first enquiry was realized in January 2012 and the second at the end of year 2013. Between the enquiries the participants took part in the series of lectures called "Memory – a unique instrument". They also participated in resource-based health discussions. Originally there were 100 participants in this survey. 44 of them participated in both enquiries, due to which the answers of 44 women were contrasted in the survey. All of the 44 participants had a risk factor of memory illness, and none of them belonged to the occupational health care system.

On the grounds of the results of this survey, a conclusion can be drawn, that during the project the quality of life of the participants was improved. The biggest changes could be seen in their social health. Consequently, with guidance and resource-based health discussions the way and quality of life can be affected. According to the results this project can be considered useful. Also, the results can have an important role in preventing memory illnesses. Especially the changes in the way of life during middle age can have a great effect on the occurrence of a memory disease under older age. A survey of this kind has never been made before, and therefore the survey can be seen necessary. This topic is important and relevant, because the quantity of memory illnesses will increase drastically in the near future.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	MUISTISAIRAUDET	7
2.1	Etenevät muistisairaudet	9
2.2	Muistisairauden riskitekijät	10
2.3	Muistisairauksien esiintyvyys	12
3	ELÄMÄNLAADUN MITTAAMINEN RAND-36-MITTARIN MUKAAN	13
3.1	RAND-36-elämänlaatumittari	13
3.2	Koettu terveys	14
3.3	Fyysinen terveys	14
3.4	Psyykinen terveys	16
3.5	Sosiaalinen terveys	17
3.6	Voimavaralähtöisyys ja voimaantuminen	17
4	KESKI-ikäinen nainen ja muistiterveyden edistäminen	18
4.1	Keski-ikä määritelmä	18
4.2	Muistiterveyden edistäminen	19
5	TUTKIMUSONGELMAT	20
6	KYSELYN TOTEUTUS	20
6.1	Tilastollinen tutkimus ja RAND-36-mittari	21
6.2	Käytetyt mittaluvut ja ristiintaulukointi	21
6.3	Valmiiden tutkimustulosten vertaileva analyysi	22
6.4	Luotettavuuden varmistaminen	23
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
7.1	Osallistujien kokemus terveyden muutoksista	24
7.2	Osallistujien kokemukset fyysisen terveyden muutoksista	28
7.3	Osallistujien kokemukset psyykkisen terveyden muutoksista	29
7.4	Osallistujien kokemukset sosiaalisen terveyden muutoksista	32

8	YHTEENVETO TULOKSISTA	33
9	POHDINTA	34
	9.1 Tulosten tarkastelu	34
	9.2 Tutkimuksen luotettavuus	36
10	KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	37
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	
	Liite 1. RAND-36-versiosta muokattu elämänlaatu-kysely	
	Liite 2. Tutkimustaulukko	
	Liite 3. Muuttujataulukko	
	Liite 4. Kyselyiden ristiintaulukoinnit	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Saimme aiheen opinnäytetyöhön Kouvolan seudun Muisti ry:ltä. Kouvolan seudun Muisti ry on vuonna 1990 perustettu yhdistys. Yhdistyksen toiminta-ajatus on muistisairautta sairastavien henkilöiden ja heidän omaistensa tukeminen ja aivoterveysten edistäminen. Kouvolan seudun Muisti ry on yksi Muistiliiton jäsenyhdistyksistä. (Kouvolan seudun Muisti ry. a, Kouvolan seudun Muisti ry. d.)

Vuonna 2011 käynnistyi neljävuotinen projekti nimeltään Voimavaralähtöiset terveyskeskustelut kymenlaaksolaisille 40 - 65 -vuotiaille naisille 2011 – 2014, jonka tarkoituksena oli organisoida voimavaralähtöisiä terveyskeskusteluja projektiin osallistuville naisille. Projektin tarkoituksena oli selvittää ja tutkia muistisairauden riski- ja suojatekijöitä sekä aiheeseen liittyvää tiedonsaantia keski-ikäisillä naisilla. (Kouvolan seudun Muisti ry. c.)

Aihe kiinnosti meitä, koska kuulumme itse tähän ikäryhmään ja koska tämän kaltaista tutkimusta ei ole aiemmin Suomessa tehty. Vuonna 2012 julkaistun Kansallisen muistiohjelman mukaan väestön ikääntymisen myötä muistisairaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa räjähdysmäisesti. Arvioiden mukaan muistisairauksiin sairastuneiden määrä saattaa nelinkertaistua seuraavien 50 vuoden aikana, mikäli ei löydetä uusia ja tehokkaita taudin ehkäisy- ja hoitokeinoja (Kivipelto, Ngandu & Rusanen 2014, 2707). Kansallisen muistiohjelman tavoitteena on vuoteen 2020 mennessä muistioireiden varhainen tunnistaminen, taudin diagnosointi ajoissa ja tarvittavan hoidon aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tästä syystä tämä aihe on hyvin ajankohtainen ja kiinnostava. (Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020.)

Projektin alkaessa vuonna 2011 sadalle keski-ikäiselle (40 – 65-vuotiaalle) naiselle tarjottiin mahdollisuutta osallistua terveyskeskusteluihin. Terveyskeskustelut oli suunnattu nimenomaan ilman työterveyspalveluja oleville naisille. Kohderyhmänä olivat pien- ja maatalousyrittäjät, työttömät, kotiäidit ja pätkätöissä olevat, joilla kaikilla oli vähintään yksi muistisairauden riskitekijä. Tavoitteena oli saada tietoa Kymenlaakson eri asuinalueiden keski-ikäisten naisten muistiterveyden tilanteesta alueellisisille päättäjille, alan asiantuntijoille sekä mahdollisesti tutkijoille. (Kouvolan seudun Muisti ry. b, Kouvolan seudun Muisti ry. d.)

Voimavaralähtöiset terveyst keskustelut ovat asiakkaalle räätälöityjä ja asiakkaan lähtökohdat huomioonottavia. Ne koostuvat henkilökohtaisista haastatteluista, joissa oikeinmuotoillut kysymykset ovat tärkeässä asemassa. Keskustelun aikana asiakkaan kanssa käydään vuoropuhelua, huomioiden asiakkaan tarpeet ja voimavarat. Terveyst keskusteluissa paneudutaan nimenomaan muistisairauksia ennaltaehkäiseviin asioihin kuten kolesteroliin, korkeaan verenpaineeseen, verensokeriin, ylipainoon, liikunnan vähyyteen, stressiin ja siihen kuinka nämä edesauttavat muistisairauden kehittymistä ja tätä kautta voivat johtaa ennen aikaiseen työkyvyttömyyteen. (Kouvolan seudun Muisti ry. b, Kouvolan seudun Muisti ry. d.)

Projektiin osallistuneille tehtiin ensimmäinen elämänlaatukysely alkuvuodesta 2012. Toinen elämänlaatukysely, samoilla kysymyksillä tehtiin samalle kohderyhmälle loppuvuodesta 2013. Kouvolan seudun Muisti ry:n projektityöntekijät toteuttivat molemmat kyselyt osallistujille. Kysely toteutettiin samalla periaatteella kuin aikaisemmin eli henkilökohtaisilla keskusteluilla. Tässä opinnäytetyössä vertailemme näiden kahden kyselyn tuloksia keskenään. Projektin alkaessa elokuussa 2011 kyselyyn osallistui 100 naista, joista 44 naista vastasi molempiin kyselyihin, joten tässä tutkimuksessa käytettiin tulosten vertailussa 44 naisen elämänlaatukyselyn vastauksia. Tulosten perusteella saatiin tietoa kyselyyn osallistuneiden tämänhetkisestä terveydentilasta ja mahdollisista elämänlaadun muutoksista. Tässä opinnäytetyössä vertailimme kyselyiden vastauksia keskenään ja kyselyiden tulokset analysoitiin SPSS-tilastointiohjelman avulla. (Kouvolan seudun Muisti ry. b, Kouvolan seudun Muisti ry. d.)

2 MUISTISAIRAUDET

Maailmassa on tällä hetkellä arvioilta noin 35,6 miljoonaa ihmistä, jotka sairastavat dementiaa. Vuoteen 2030 mennessä määrän on arvioitu kasvavan 65,7 miljoonaan. Käypä hoito -suosituksen mukaan muistisairaudet luokitellaan tällä hetkellä suomalaisten kansantaudiksi. Suomessa etenevää muistisairautta sairastaa noin 7000–10000 työikäistä ja yli 65-vuotiaista joka kolmannella on jokin asteisia muistioireita. Vuosittain ilmenee 13 000 uutta dementia-asteista muistisairaustapausta, eli 36 suomalaista sairastuu muistisairauteen joka päivä. (Köninki 2010, 2.) Muistisairaudet tulevat olemaan yhteiskunnalle kalliimpi ja vaikeampi ongelma kuin verisuoni- ja syöpäsairaudet yhteensä geriatrian professorin Miia Kivipellon mukaan. Hyvä uutinen tutkimuksissa

on kuitenkin se, että ihminen pystyy omilla elämäntavoillaan vaikuttamaan taudin syntyyn ja hidastamaan taudin kulkua. (Liikunta suojaa muistisairauksilta 2013.) Ke­vällä 2012 julkaistu Kansallinen muistiohjelma nostaa esiin ennaltaehkäisyn merki­tyksen aivoterveysten ylläpitämiseksi ja tukee tämän projektin tarpeellisuutta. Kos­kenniemen (2014,42 – 43) pro gradu -tutkimuksen mukaan keski-ikäisen naisen yksi­lötason elintapamuutoksiin voidaan vaikuttaa voimavaralähtöisellä ohjannalla. Var­haisella diagnoosilla, hyvällä hoidolla ja riittävällä kuntoutuksella sairastuneiden elä­mänlaatua ja toimintakykyä voidaan parantaa huomattavasti. Näin voidaan vähentää etenevästä muistisairaudesta johtuvia kustannuksia, jotka johtuvat taudin edetessä ympärivuorokautisesta hoidon tarpeesta. Esimerkiksi vuonna 2010 kustannukset ym­päri­vuorokautisessa hoidossa olevaa henkilöä kohden oli 46 000 euroa vuodessa. (Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020.)

Muistisairaudet mielletään usein ikäihmisten sairaudeksi. Sairaus etenee salakavalasti ja ensimmäiset oireet voivat tulla esiin jo alle 40-vuotiaalla. Muutokset aivoissa saat­tavat kehittyä jo 20 – 30 vuotta ennen taudin toteamista, siksi muistisairauksien riski­tekijöihin keski-ikässä, tai jopa aiemmin, on alettu kiinnittämään huomiota entistä enemmän. Monet eri tekijät vaikuttavat siihen, että ihminen altistuu muistisairaudeksi. Muistisairauden puhkeaminen keski-ikässä aiheuttaa suuria haasteita itse sairastuneelle sekä hänen läheisilleen, koska siinä vaiheessa ihminen elää aktiivista elämää, eikä osaa kuvitella sairastuvansa muistisairauteen. Nykyajan monet muistettavat asiat, ku­ten monet salasanat ja kiire elämänrytmi saattavat nopeuttaa taudin esilletuloa työikäi­sillä. (Härmä 2011; Kulmala, Ngandu & Kivipelto 2014, 11.)

Muistamattomuus ja muistihäiriöt tulee erottaa toisistaan. Muistamattomuudella tar­koitetaan jokapäiväisiä pieniä unohduksia, jotka eivät vaikuta suuremmin ihmisen elämään. Varsinaisesta muistihäiriöstä on kyse silloin, kun muistin heikkeneminen vaikuttaa todella merkittävästi ihmisen jokapäiväiseen elämään ja toimintoihin ja ih­minen ei välttämättä selviydy omatoimisesti päivittäisistä rutiineista vaan tarvitsee apua ihan perusasioissakin. Muistisairauksista puhuttaessa käytetään usein nimitystä dementia, mutta dementia on oireyhtymä, ei varsinainen sairaus. Dementian taustalla on aina jokin sairaus, jonka taustalla puolestaan on yleensä jokin aivotoiminnan häi­riö. Muistisairaudet ovat hitaasti ja salakavalasti eteneviä ja karkeasti voidaankin sa­noa, että siinä vaiheessa, kun puhutaan dementiasta, ihminen ei pärjää enää kotona it­sekseen ja vaatii yleensä jo laitoshoidoa. Tärkeää olisi huomata ennako-oireet ajoissa,

jolloin taudin kulkuun voitaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa vaikuttaa. Jo viiden vuoden viivästyminen taudin puhkeamisessa puolittaisi sairastuneiden määrän yhden sukupolven aikana. Lähiympäristölle muistisairaus asettaa erityisiä haasteita, koska sairastunut alkaa tarvita apua etenkin monimutkaisissa käytännöissä. Jos säännöllistä yhteydenpitoa läheiseen ei ole, voi avun tarvetta olla vaikea huomata. Omaaloitteellinen tuen ja avun hakeminen voi olla muistisairaalle vaikeaa ja mahdotonta. Turhan usein tauti huomataan vasta siinä vaiheessa, kun ihminen löydetään ensimmäisen kerran harhailemasta kodin läheltä, tilanteessa jossa ihminen ei enää löydä omaan kotiin. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 40—44; Virkola 2014, 279; Kivipelto & Granö 2008, 30.)

Muistisairaudet voidaan jakaa seuraavasti: sairauksiin, joihin on olemassa hoito (kilpirauhasen vajaatoiminta, B12-vitamiinin puutos, normaalipainehydrokefalus), joidenkin sairauksien jälkitilan aiheuttamaan muistisairauteen (aivokalvontulehdus, aivo-kuume, aivovamma, elvytys, runsas alkoholin käyttö) ja eteneviin muistisairauksiin (esim. Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaariset muistisairaudet). (Härmä, Granö 2011, 119.)

2.1 Etenevät muistisairaudet

Etenevistä muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin. Kaikista muistisairaista 80 % sairastaa Alzheimerin tautia, se on myös kaikista muistisairauksista parhaiten tunnettu ja eniten tutkittu. Tautia sairastavien määrä nelinkertaistuu seuraavan 50 vuoden aikana, jos taudin kulkua ei pystytä hidastamaan ja siirtämään eteenpäin. Edelleenkään taudin perimmäistä syytä ei tunneta, mutta riskitekijät ovat hyvin tiedossa. Tutkimusten mukaan Alzheimerin tautia esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä. Alzheimerin taudin ensioireet saattavat muistuttaa normaalia hajamielisyyttä ja unohtelua, joten tauti voi ehtiä jo melko pitkälle ennen kuin se diagnosoidaan. Lewyn kappale -taudin osuus kaikista muistisairauksista on n. 5—15 %. Alzheimerin tautia sairastavalla saattaa esiintyä myös Lewyn kappale taudin oireita. Tyypillisiä oireita Lewyn kappale -taudille ovat erilaiset liikehäiriöt, jäsenten jäykkyys ja liikkeiden hidastuminen. Oireiden puolesta Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin tauti voidaan helposti sekoittaa keskenään. Vaskulaarisilla, eli verisuoniperäisillä muistisairauksilla tarkoitetaan vakavia muistin- ja tiedonkäsittelyn häiriöitä, jotka johtuvat aivoverenkiertohäiriöistä. Pelkkä

vaskulaarinen muistisairaus on melko harvinainen, mutta se esiintyy usein muiden muistisairauksien yhteydessä. (Härmä & Granö 2011, 121—134.)

”Etenevä muistihäiriö johtaa dementiaan. Dementiaalla tarkoitetaan oireyhtymää, johon kuuluu muistihäiriöiden lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotointojen heikentyminen”. (Erkinjuntti, Huovinen 2003, 47.)

2.2 Muistisairauden riskitekijät

Riskitekijöitä muistisairauksien synnyssä ovat korkea ikä, perinnölliset tekijät, matala koulutustaso, elämäntapa, erilaiset sairaudet, geenivirheet ja ApoE-4-alleeli. Tärkein Alzheimerin taudin geneettinen riskitekijä on ApoE-4-alleeli, ja sitä löytyy keskimäärin kolmasosalta suomalaisista (Kivipelto, Ngandu & Rusanen 2014, 2707). Sairastumisriski riskigeenin kantajilla on huomattavasti suurempi verrattuna ei-kantajiin. Sairastumisikä voi myös alentua riskigeenin kantajilla, toisaalta säännöllinen liikunta taas voi viivästyttää sairastumista. Alzheimeriin sairastuneista kahdella kolmesta on tämä kyseinen riskigeeni. (Koskenniemi 2014, 4 – 6.) ApoE-4-kantajilla on vielä muita suurempi riski sairastua muistisairauteen, jos heidän alkoholin käyttö on runsasta. (Kivipelto & Viitanen 2014.) Muistisairauden riskitekijät voidaan jakaa myös sellaisiin joihin emme itse voi vaikuttaa (esim. ikä ja perintötekijät) ja vaikutettavissa oleviin (esim. elämäntapa ja erilaiset tilat ja sairaudet). Tutkimusten mukaan pitkä koulutus vähentää riskiä sairastua muistisairauksiin, koska opiskelu antaa aivoille haasteita ja aivojumppaa. Vähäinen henkinen aktiivisuus, sosiaalisen verkoston puuttuminen, masentuneisuus ja liikunnan puute altistavat myös muistisairauksille. Tutkimusten mukaan myöskään yksin asuminen ja vetäytyminen omiin oloihin eivät ole hyväksi. (Alhainen 2014.)

Runsas ja humalahakuinen alkoholin käyttö voi aiheuttaa välittömiä sekä pysyviä aivojen hermokudoksen muutoksia (Muistiliitto 2014). Alkoholin käyttö heikentää unen laatua, koska se estää ihmistä vaipumasta REM-unen vaiheeseen. Tämä on haitallista aivojen hyvinvoinnille ja erityisesti mieleen painamiselle. Tupakointi heikentää verenkiertoa ja vaikuttaa näin aivojen hapensaantiin. Säännöllisesti tupakoivalla henkilöllä on kaksi kertaa suurempi riski sairastua muistisairauteen. On myös tutkimuksia, joissa on virheellisesti todettu tupakan suojaavan dementiaalta. Tämä tilastollinen harha johtuu kuitenkin siitä, että tupakoitsijat kuolevat usein muihin sairauksiin ennen kuin ehtivät dementoitua. (Alhainen 2014.)

Ruokavaliassa tärkeätä on kiinnittää huomio hyvien rasvojen saantiin, 60 % aivoista on rasvaa, joten rasvahapoilla on erittäin merkittävä rooli hermosolujen toiminnassa. Tyydyttyneiden rasvojen ja ravinnon runsaan kalorimäärän on todettu lisäävän riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Terveellisellä ruokavaliolla pystytään myös vaikuttamaan veren kolesterolipitoisuuteen, ylipainoon, korkeaan verenpaineeseen ja verensokeripitoisuuteen, jotka kaikki ovat suuria riskitekijöitä muistisairauksien synnyssä. (Härmä & Granö 2011, 87 – 92; Kulmala ym. 2014, 11 - 13.) Tämän lisäksi huono fyysinen toimintakyky, kuten heikko käden puristusvoima, huono tasapaino tai hidastunut kävelynopeus ovat myös yhteydessä dementoitumiseen. (Kulmala ym. 2014, 297).

Muistiterveyden riskitekijöitä on tutkittu Miia Kivipellon johtamassa CAIDE-tutkimuksessa (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia). Omaan elämäntapaan ja tottumuksiin tulisi kiinnittää huomiota mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta vaikutus muistisairauden riskitekijöihin olisi paras mahdollinen. (Koskenniemi 2014, 2). Keski-iässä kohonnut kolesterolin, korkea verenpaine ja ylipaino kuusinkertaistavat sairastumisriskin myöhemmällä iällä muistisairauteen. Kohonnut verensokeri ja diabetes kaksinkertaistavat riskin sairastumiseen. (Liikunta suojaa muistisairauksilta 2013.)

CAIDE-tutkimuksen mukaan keski-iässä pitäisi kiinnittää entistä enemmän huomiota rasvojen laatuun, mitä enemmän ihminen käyttää kovia tyydyttyneitä rasvoja keski-iässä, sitä suurempi riski hänellä on sairastua myöhemmin muistisairauteen. Riski on vielä suurempi, jos ihmisellä on geneettinen alttius dementialle. Tutkimusten mukaan myös kalaa runsaasti (2 - 3 kertaa viikossa) syöville on pienempi vaara sairastua muistisairauteen ja dementiaan. Koska dementoitumiseen johtava prosessi on pitkä ja voi alkaa jo kymmeniä vuosia ennen taudin puhkeamista, on ennalta-ehkäisy ja huomion kiinnittäminen omiin elintapoihin ja valintoihin entistä tärkeämpää. (Kivipelto 2007, 19 - 20.)

Miia Kivipelto on vuonna 2002 valmistuneessa väitöskirjassaan tutkinut nimenomaan Alzheimerin taudin ehkäistävissä ja hoidettavissa olevia riskitekijöitä ja varsinkin kolesterolin sekä verenpaineen merkitystä taudin ehkäisyssä. Keski-iässä kohonnut kolesterolin, korkea verenpaine ja mahdollinen ApoE4-kantajuus ovat kaikki merkittäviä yksittäisiä riskitekijöitä Alzheimerin taudin synnylle myöhemmällä iällä. Kivipellon

väitöskirjan mukaan korkeaan verenpaineeseen ja kohonneisiin kolesteroliarvoihin liittyvä riski voi olla jopa suurempi kuin ApoE4-kantajiin liittyvä riski. Jos henkilöllä on nämä kaikki kolme riskitekijää eli korkea verenpaine, kohonnut kolesterolitaso sekä ApoE4-riskigeeni, on sairastumisriski 8 - 11-kertainen. Tutkimusten mukaan tehokkaalla verenpaineen ja kolesterolin hoidolla ja ehkäisyllä voidaan Alzheimerin taudin riskiä pienentää 8 - 11-kertaisesta kaksinkertaiseen vaikka kyseinen henkilö olisi ApoE4-riskigeenin kantaja. (Kivipelto 2002, 117 - 118.) Tutkimustulosten mukaan on myös mahdollista, että ApoE4-kantajilla liittyvää riskiä sairastua Alzheimerin tautiin voidaan vähentää verenpaine- ja kolesterolilääkityksellä. (Kivipelto 2002, 118). Näin ollen vaikka monissa tutkimuksissa on todettu, että ennalta-ehkäisy tulisi aloittaa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa jo keski-ikässä, niin eri asia on kuinka saamme keski-ikäiset kiinnostumaan omasta muistiterveydestä vielä siinä vaiheessa, kun asialle voisi jotain tehdä.

2.3 Muistisairauksien esiintyvyys

Käypähoito-suosituksen mukaan Suomessa on yli 240 000 henkilöä, joilla on vähintäänkin lievästi heikentynyt kognitiivinen toimintakyky. Mini-Suomi-tutkimuksen avulla keskivaikean tai vaikean muistisairauden esiintyvyyttä 30 – 84 -vuotiailla voidaan arvioida ikäryhmittäin. Mini-Suomi-tutkimus on kansallinen terveystarkastustutkimus, jonka tavoitteena on selvittää erilaisten kansantautien esiintyvyys sekä tunnistaa vaara- ja suojatekijät ja arvioida toimintakyky ja mahdollinen hoidon tarve. Tutkimus toteutettiin yli 30-vuotiaille ja otanta oli 8000 henkilöä, joille tehtiin terveystarkastus ja laaja-alainen terveystarkastus. Tutkimus on alkanut jo vuonna 1978 ja sen rahoittajana toimii THL ja KELA. (Etenevän muistisairauden esiintyvyys 2013).

Tutkimuksen mukaan 30 – 65 vuotiaista keskimäärin 0,26 % sairastaa vähintään keskivaikeaa muistisairautta. Kouvolan seudun Muisti ry:n elämänlaatukyselyyn osallistuneet naiset olivat Kotkasta, Kouvolaan, Haminasta ja Pyhtäältä. Kaikilla näillä paikkakunnilla muistisairauden esiintyvyys suhteutettuna ikäluokan kokoon, oli prosentuaalisesti sama, eli 0,26 %. (Etenevän muistisairauden esiintyvyys 2013).

3 ELÄMÄNLAADUN MITTAAMINEN RAND-36-MITTARIN MUKAAN

Elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen käsitystä omasta itsestään ja hänen suhteestaan omaan arvomaailmaansa, odotuksiinsa, tavoitteisiinsa ja kulttuuriseen ympäristöönsä. Elämänlaatu käsittää rajattoman määrän erilaisia osa-alueita, joista muodostuu jokaiselle omanlainen kokonaisuus. Puhuttaessa terveyteen liittyvästä elämänlaadusta tarkoitetaan alueita, jotka liittyvät selkeästi ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin psyykkisellä, fyysisellä ja sosiaalisella alueella ja siihen kuinka ihminen kokee oman terveydentilansa. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 159.)

3.1 RAND-36-elämänlaatumittari

Tässä tutkimuksessa käytettiin RAND-36-elämänlaatumittaria (liite 1). RAND-36-Item Health 1.0, on Yhdysvalloissa kehitetty elämänlaatua mittaava mittari ja sen suomenkielinen versio on RAND-36. RAND-36-mittari on yksi tunnetuimmista terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareista. Kysely on muokattu suomeksi siten, että siinä on tutkitut suomalaiset väestöviitearvot. Tätä elämänlaatumittaria käytetään laajasti eri puolilla Länsi-Eurooppaa. RAND-36-elämänlaatumittari soveltuu hyvin terveydenhuollon mittariksi arviointitutkimuksissa, koska sen avulla pystytään saamaan tietoa terveysneuvonnan vaikutuksista eri elämänalueilla. RAND-36-elämänlaatumittari sisältää 36 kysymystä, näistä 35:n kysymyksen perusteella laaditaan kahdeksan terveyteen liittyvää elämänlaadun asteikkoa. Näiden 35:n kysymyksen lisäksi yksi kysymys käsittelee terveydentilassa tapahtunutta muutosta viimeisen 12 kuukauden aikana. Mittarin avulla voidaan selvittää koettu terveydentila, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys, sekä tarmokkuus ja kivuttomuus, roolitoiminta / fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja roolitoiminta / psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. Nämä kahdeksan eri ulottuvuutta nimettiin Aalto & kumppaneiden testatessa kyseisen mittarin toimivuutta. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 2, 5—6, 7; Korpilahti, Aalto 2013.) Suomessa RAND-36-elämänlaatumittarin avulla on aiemmin tutkittu mm. sydän- ja verisuonisairauksia (verenpainetauti, aivohalvaus, angina pectoris, koronaa-ritauti), umpierityssairauksia (diabetes, haimatulehdus, sappirakon poisto), tuki- ja liikuntaelinsairauksia, gynekologisia sairauksia ja syöpäsairauksia (Korpilahti & Aalto 2013).

3.2 Koettu terveys

Viimeisen sadan vuoden aikana suomalaisten keskimääräinen elinaika on kaksinkertaistunut. Suurin syy eliniän pitenemiseen ovat muuttuneet kansanterveysongelmat, sekä kuolinsyyt. Esimerkiksi tartuntataudeista johtuva kuolleisuus on vähentynyt, kun taas tuki- ja liikuntaelinsairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, mielenterveysongelmat sekä muistisairaudet ovat lisääntyneet. Miesten ja naisten kokemassa terveydessä on todettu eroja. Tällä hetkellä naisten keskimääräinen elinikä on pidempi kuin miesten. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 77.)

Ihmisen kokema terveys tarkoittaa hänen omaa käsitystä omasta terveydentilastaan, oman terveyden muuttumisesta sekä alttiudesta sairauksille. Useimmiten koettu terveys heikkenee iän myötä. Ihminen voi kokea terveytensä hyväksi, vaikka hänellä olisi pitkäaikainen sairaus tai vamma, jos ihmisen toimintakyky on hyvä, eikä sairaus tai vamma estä hänen sosiaalista selviytymistä. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 77 – 79.)

Hyvä terveys on yleensä keskeinen toive ja tavoite ihmisen elämässä. Heikko terveys voi johtaa ihmisen syrjäytymiseen ja sosiaalisen elämän kuihtumiseen. Terveys merkitsee eri ihmisille erilaisia asioita. Ihminen kokee itsensä terveeksi, kun hän pystyy suoriutumaan normaaleista päivittäisistä tehtävistä ja asetetuista sosiaalisista rooleista, kuten esim. äidin ja työntekijän roolista ongelmitta. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 76-77.) Tuoreen tutkimuksen mukaan lisäämällä keski-ikässä fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä virikkeitä on sillä positiivinen vaikutus koettuun fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn myöhemmin elämässä. (Kulmala ym. 2014, 306).

3.3 Fyysinen terveys

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan ihmisen terveys tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Terveys on tila, joka muuttuu ihmisen ikääntyessä ja siihen vaikuttavat sairaudet, sekä fyysinen että sosiaalinen elinympäristö. Tärkeintä on kuitenkin ihmisen omat kokemukset, sekä hänen arvonsa ja asenteensa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

Ihminen on fyysisesti terve, kun hän tuntee itsensä hyvävointiseksi ja hänen elimistönsä toimii normaalisti. Fyysinen terveys kuvaa tuki- ja liikuntaelinten, hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä aineenvaihdunnan toimintaa. Iän myötä fyysisen toimintaky-

vyn ongelmat lisääntyvät, naisilla ongelmia esiintyy enemmän kuin miehillä. Viimeisen kymmenen vuoden aikana tutkimusten mukaan tilanne on kuitenkin muuttunut parempaan suuntaan. Ihmiset ovat tietoisempia terveysriskeistä ja ovat alkaneet kiinnittämään enemmän huomiota omaan fyysiseen hyvinvointiin. (Koskinen ym. 2012.) Likes-tutkimuskeskuksen vuonna 2011 tekemän tutkimuksen mukaan yli 40-vuotiaiden naisten fyysinen kunto on parantunut verrattuna tilanteeseen 20 vuotta sitten (Heiskanen, Kärkkäinen, Hakonen, Lindholm, Eklund, Tammelin & Havas 2011).

Läpi elämän jatkuva liikunnan harrastaminen on tutkimusten mukaan yhteydessä pienempään riskiin sairastua dementoiviin sairauksiin. Liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia aivojen hippokampuksen tilavuuteen ja aivojen aineenvaihduntaan. Liikunnalla on myös suotuisia vaikutuksia verenkiertoon sekä aivojen verisuoniston kuntoon ja rakenteeseen, joka on erityisen tärkeää verisuoniperäisten muistisairauksien sekä Alzheimerin taudin ehkäisyssä. Tutkimuksissa on todettu selvä hyöty jo kaksi kertaa viikossa harrastetun liikunnan hyödyistä yli 50-vuotiailla. Kaikki sykettä nostava liikkuminen on kannattavaa, oli se sitten haravointia, marjastusta, imurointia tai kuntosalilla käyntiä (Muistiliitto 2013). Yli 50-vuotiaat henkilöt, jotka harrastavat hikoilua ja hengästyntymistä aiheuttavaa liikuntaa kaksi kertaa viikossa 20 – 30 minuuttia kerrallaan, on heillä tutkimusten mukaan seuraavan 20 vuoden aikana 50 % pienempi riski sairastua dementiaan ja 60 % pienempi riski sairastua Alzheimerin tautiin. Liikunnan on todettu vähentävän masennusta ja ahdistuneisuutta sekä parantavan unen laatua. Huono fyysinen kunto keski-ikässä lisää dementian riskiä. (Kulmala ym. 2014, 296). Liikunnan lisäksi terveellisellä ruokavaliolla, joka sisältää kasviksia ja hyviä rasvoja, on myös dementiaa suojaava vaikutus. (Kulmala ym. 2014, 11 - 13.)

Kivulla voi myös olla vaikutus muistisairauden syntymiseen. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä voi esiintyä eriasteisia stressioireita, muistiongelmia ja unettomuutta. Kivun kroonistumiseen voi vaikuttaa depressio, passiivisuus, ongelmien kieltäminen, ylikorostunut kipukäyttäytyminen, ikä, voimakas psyykkinen stressi, alkoholin väärinkäyttö sekä kipuun ja kivun hoitoon liittyvät kielteiset asenteet. Pitkittyessään kipu vaikuttaa ihmisen ulkoiseen olemukseen ja käyttäytymiseen sekä rajoittaa toimintakykyä. Kivun kroonistumista ehkäisevät puolestaan yksilön kokema sosiaalinen tuki ja tyytyväisyys. (Kuusinen 2004, 12; Ruuth-Setälä & Salanterä 2006, 64.)

Kroonisesta kivusta kärsivillä on huomattavasti heikompi kyky selviytyä tarkkaavaisuutta edellyttävistä tehtävistä ja muistitehtävistä, heillä saattaa myös esiintyä muita enemmän keskittymisongelmia. Krooninen kipu vaikuttaa myös työmuistiin, pitkäkestoiseen muistiin ja kielellisen sujuvuuden heikentymiseen, verrattuna saman ikäisiin ei-kroonisesta kivusta kärsiviin ihmisiin. Näin ollen suorituskyky voi olla jopa 20 vuotta vanhempien tasolla. (Pirttilä & Nybo 2004.)

3.4 Psyykinen terveys

Nykyään psyykinen hyvinvointi nähdään moniulotteisena ilmiönä. Siihen sisältyy subjektiivinen kokemus tyytyväisyydestä ja onnellisuudesta sekä vähemmän kielteisiä ja enemmän myönteisiä tunnetiloja. Psyykkistä hyvinvointia voi kuvata myös mielen-terveysongelmien puuttuminen. (Kokko 2010, 301 – 302). Työ, ihmissuhteet ja harrastukset vaikuttavat merkittävästi ihmisen psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Työ oikein mitoitettuna edistää ihmisen psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Jatkuva ylikuormittuminen työssä taas heikentää tätä kokemusta merkittävästi. Työmäärän sopivaksi mitoittaminen ja itselle ajan antaminen uusien asioiden oppimiseen auttaa selviytymään työstä paremmin. (Sallinen, Kandolin & Purola 2007.)

Ihminen voi tuntea stressiä ja ahdistusta, jos hänellä ei ole tavoitteita, suunnitelmia ja odotuksia tulevaisuuden suhteen. Työ asettaa ihmiselle paljo vaatimuksia ja työstä selviytyminen voi aiheuttaa tunteen, että työtehtävät eivät ole hallinnassa ja aika ei riitä työstä selviytymiseen, eikä aikaa jää enää millekään muulle. Työn lisäksi stressiä voivat aiheuttaa myös oma perhe, ihmissuhteet, taloudellinen epävarmuus. ”Työ on terveyttä ylläpitävä voima, mutta ilman terveyttä – ja etenkin ilman aivojen terveyttä – kukaan ei jaksakaan työssä.” (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 108.)

Masentuneena, stressaantuneena ja väsyneenä ihmisen keskittymiskyky ja tarkkaavaisuus ovat heikompia. Asiat unohtuvat helpommin, kuin hyväntuulisena ja virkeänä. Pitkittynyt stressi voi olla riskitekijä esim. tyypin 2 diabeteksen, aivohalvauksen ja sydän- ja verisuonisairauksien synnyssä. Masennus voi heikentää tarkkaavaisuutta ja toimintakykyä, sekä mieleen painamista ja palauttamista. Masentuneena rutiininomaiset tehtävät sujuvat, mutta ongelmia saattaa esiintyä vaativammissa tehtävissä. Muistia edistää iloinen ja innostunut mieli. Joskus muistisairaus ja masennus voidaan sekoittaa keskenään niiden samankaltaisten oireiden vuoksi. Kyseessä on kuitenkin kaksi eri

sairautta ja masennus voi olla seurausta muistisairauden ensioireista. (Härmä & Granö 2011, 90 – 91.)

Positiivinen mieliala liittyy psyykkiseen hyvinvointiin. Positiivisesta mielialasta puhuttaessa herää mielikuva iloisesta ja tarmokkaasta ihmisestä. Ihmisen tarmokkuus kuvaa vireystilaa, energisyyttä sekä elinvoimaisuutta. Iloinen ja positiivinen mieliala auttaa elämän merkityksen löytämisessä ja edistää luovaa ongelmanratkaisua. (Ropponen, Saarelainen 2010, 22.)

3.5 Sosiaalinen terveys

Puhuttaessa sosiaalisesta terveydestä, käytetään usein termiä sosiaalinen pääoma ja sosiaalinen tuki. Sosiaalinen pääoma tarkoittaa yhteenkuuluvuutta ja yhteishenkeä, joka innostaa yhteisöä ja ryhmää yhteistoimintaan. Ihminen on sosiaalisesti terve, kun hänellä on riittävästi virikkeitä ja mielekästä tekemistä. Hän pystyy osallistumaan harrastuksiin ja työntekoon ilman, että se tuottaa hänelle ongelmia. Sosiaalinen pääoma tarkoittaa, että ihminen kuuluu johonkin ryhmään, jossa hän pääsee toteuttamaan itseään ja auttamaan muita. Sanotaan, että ihminen voi niin hyvin, kuin ryhmä johon hän kuuluu. Sosiaalisella tuella taas tarkoitetaan ihmiselle annettua henkilökohtaista tukea. Sosiaalinen tuki voi olla ystävien antamaa henkistä tai aineellista tukea tai vaikeassa elämäntilanteessa kunnan sosiaali- ja terveystoimen antamaa tukea. Häiriöt sosiaalisessa terveydessä näkyvät mm. syrjäytymisenä, yksinäisyytenä, itsemurhien lisääntymisenä ja päihteiden käytön huomattavana lisääntymisenä. (Hyypä 2008, 63.) Korkean koulutuksen ja aktiivisen sosiaalisen elämän muistisairauksilta suojaava vaikutus perustuu suurempaan reservikapasiteettiin, joka edesauttaa kompensoimaan ja selviytymään pidempään ilman dementia-oireita (Kulmala ym. 2014, 13).

3.6 Voimavaralähtöisyys ja voimaantuminen

Voimavaralähtöisyydellä tarkoitetaan yksilöllisesti tehtyjä suunnitelmia huomioiden ihmisen omat vahvuudet korostaen jokaisen omaa osallistumista ja huomioimalla esteiden sijasta mahdollisuudet (Visiot, arvot, strategia 2012; Voimavaralähtöiset menettelmät 2013). Kun ihminen tuntee itsensä voimaantuneeksi, hän kokee olevansa sisäisesti vahva ja tasapainossa itsensä sekä ympäristönsä kanssa. Voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, jossa korostuu ihmisen halu asettaa itselle tavoitteita ja luottaa omiin mahdollisuuksiinsa. Voimaantumiseen liittyy vahva vastuullisuus omas-

ta kehittymisestä ja halu toimia tavalla, joka tuntuu itsestä oikealta ja hyvältä. Muilta saatu kannustava palaute on keskeistä voimaantumisprosessissa. Ihmisen tietoisuus itsestä, omista rajoista ja suhteista muihin lisääntyy voimaantumisen myötä. (Mahla-kaarto 2010, 25—26.)

Voimavaralähtöinen terveyskeskustelu työmenetelmänä perustuu ajattelutapaan, jossa asiantuntija ja haastateltava keskustelevat tasavertaisesti keskenään. Luottamuksellinen ilmapiiri asiantuntijan ja haastateltavan välillä mahdollistaa asiakasta arvostavan ja kunnioittavan vuorovaikutuksen. Keskusteluiden aikana asiantuntija tukee ja kannustaa haastateltavaa saavuttamaan asettamansa tavoitteet. Parhaimmassa tapauksessa haastateltava voi kokea toteutuneet elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan tulevaisuuteensa ja terveydentilaansa. (Kouvola seudun Muisti ry.)

4 KESKI-IKÄINEN NAINEN JA MUISITERVEYDEN EDISTÄMINEN

4.1 Keski-ian määritelmä

Keski-ikä määritellään ihmisen elämässä ikäkaudeksi, joka ajoittuu yleisesti 40:stä 60:een ikävuoteen. Joskus se lasketaan alkavaksi jo 35 – 40-vuotiaana, mutta se päättyy aina 65 vuoden iässä. Keski-ikäisiä on määrällisesti paljon ja he ovat aktiivisia kulluttajia, taitavia työntekijöitä, ja heillä on monia erilaisia rooleja, kuten erilaiset hoivaroolit. Tällaisista esimerkkinä omiin lapsiin ja omiin vanhempiin kohdistuvat hoitotehtävät. (Kokko & Pulkkinen 2010, 1; Köninki 2010, 8.)

Usein luullaan, että keski-ikäisellä on heikompi kyky oppia uusia asioita kuin varhaisemmassa aikuisiässä, vaikka esim. kognitiivisista taidoista päättelykyky lisääntyy keski-iässä. Keski-ikä on ihmisen elämänvaihe, jossa tapahtuu suuria muutoksia. Keski-ikäisellä naisella ei terveyden kannalta voida eritellä työelämää, kotielämää ja vapaa-aikaa, vaan puhutaan kokonaisesta elämästä, jossa yhdistyvät erilaiset elintavoiteta, perimästä ja elinympäristöstä tulevat tekijät. (Kokko & Pulkkinen 2010, 2; Köninki 2010, 9.)

4.2 Muistiterveyden edistäminen

Jokaisella on mahdollisuus vaikuttaa omaan muistiterveyteensä edistämällä aivojensa terveyttä läpi elämän. Aivoterveyttä edistää aivojen käyttö, fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus, terveellinen ruoka, normaali paino, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hyvä hoitaminen, sekä päihteiden käyttämisen välttäminen. Muistiterveyttä rasittaa nykypäivänä työn kuormittavuus ja jatkuva kiire, sillä ne voivat pitkittyessään aiheuttaa muistioireita ja keskittymiskyvyttömyyttä. (Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020.)

Aivoterveyttään voi jokainen vaalia omilla valinnoillaan. Jo lapsuudesta alkaen voidaan alkaa vaikuttamaan muistisairauksien ilmaantumiseen myöhemmällä iällä kiinnittämällä huomiota suurimpiin riskitekijöihin. Kuten jo aikaisemmin olemme maininneet, merkittäviä riskitekijöitä ovat ylipaino, korkea kolesterolin taso, diabetes ja korkea verenpaine. Kaikkia näitä edellä mainittuja riskitekijöitä voidaan ennaltaehkäistä tehokkaasti liikunnalla, terveellisellä ravinnolla, päihteiden käytön vähentämisellä ja välttämällä sekä huolehtimalla henkisestä hyvinvoinnista. (Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020.)

Muistitoimintojen heikentymisen ehkäisy tutkimus (FINGER) on kansainvälisesti ensimmäinen tutkimus, jonka tarkoituksena on muistisairauksien ehkäisy. Tutkimus on Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen hanke, jonka tarkoituksena on tutkia 60 – 77-vuotiaita, joilla on kohonnut riski sairastua muistisairauteen ja onko tehostetulla elintapaohjauksella vaikutusta muistiterveyden syntyyn. Jo kahden vuoden tehostetulla elintapaohjauksella todettiin olevan merkittäviä hyötyjä sekä muistin, että muiden ajattelutoimintojen kohdalla. Myös osallistujien kokemukset olivat positiivisia. Tutkimus on kesken ja jatkuu vielä seuraavat viisi vuotta. (Merkittävä läpimurto muistihäiriöiden ehkäisyssä 2014)

Elämäntapatekijät ja ravitsemus ovat viime vuosina nousseet keskeisiksi tekijöiksi muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Mitä aikaisemmin elintapamuutokset aloitetaan, sitä paremmin pystytään ehkäisemään muistisairauden syntymistä. Terveellisten elintapojen noudattaminen keski-ikässä vähentää riskiä sairastumiseen myöhäsiässä. (Koskeniemi 2014, 2.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Vertaamme keskenään vuonna 2012 ja vuonna 2013 tehtyjen kyselyiden tuloksia ja selvitämme tulosten pohjalta:

1. Miten osallistujat ovat kokeneet terveyden muutoksen projektin aikana?
2. Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet fyysisessä terveydessä projektin aikana?
3. Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet psyykkisessä terveydessä projektin aikana?
4. Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet sosiaalisessa terveydessä projektin aikana?

6 KYSELYN TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 40–65-vuotiaiden kymenlaaksolaisten naisten elämänlaadun muutoksia ja kuinka he kokivat oman terveydentilansa muuttuneen kahden vuoden projektin aikana RAND-36-elämänlaatukyselyn mukaan. Projektiin osallistuneille naisille tehtiin ensimmäinen elämänlaatukysely alkuvuodesta 2012. Syksyn 2012 ja kevään 2013 välisenä aikana projektissa mukana olleet osallistuivat luentosarjaan nimeltä Muisti - ainutlaatuinen instrumentti. Luentosarjassa käsiteltäviä aiheita olivat mm. ravinto ja painonhallinta, uni ja lepo, mieliala / uni, sosiaalisuus ja aktiivisuus ja liikunta ja päihteet. Luentojen jälkeen projektiin osallistujat kokoontuivat pienryhmissä keskustelemaan edellisen luennon aiheesta. Syksyn 2013 aikana toteutettiin osallistujille myös toinen elämänlaatukysely. Molempien elämänlaatukyselyiden tulokset syötettiin ja analysoitiin SPSS-tilastointi-ohjelman avulla. Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä-, eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tavoitteeksi asetimme saada vertailun tulokset valmiiksi syksyllä 2014. (Kouvolan seudun Muisti Ry.)

6.1 Tilastollinen tutkimus ja RAND-36-mittari

Käytämme opinnäytetyössämme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta, jota kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivinen tieto ilmaistaan numeerisesti, joten tämän avulla voidaan selvittää prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä ja eri asioiden riippuvuuksia tai tutkittavassa kohteessa tapahtuneita muutoksia, tällöin otoksen tulee olla riittävän suuri ja edustava, jotta tulos on luotettava ja edustaa näin paremmin perusjoukon keskimääräistä asennetta, mielipidettä tai kokemusta tutkittavasta asiasta. (Vilka 2007, 17). Siinä on myös kiinnostuttu erilaisista vertailuista ja numeerisiin tuloksiin perustuvien ilmiöiden selittämisestä ja siihen sisältyy paljon erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä. Tilastollisen tutkimuksen avulla voidaan vertailla eri asioiden välisiä yhteenkuuluvuuksia. Tutkittavat kohteet rajataan ja täsmennetään, mitä ominaisuuksia kohteista halutaan tarkastella lähemmin. Käytettäessä kvantitatiivista menetelmää, tutkimuksen käsitteitä tarkastellaan muuttujina. Aineiston keruussa käytetään tavallisesti tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2010, 16; Tuomivaara 2005; Määrällinen tutkimus 2014.)

Kuten edellä, kappaleessa 3.1 todettiin, RAND-36-elämänlaatumittaria on käytetty laajasti eri puolilla Länsi-Eurooppaa. Se soveltuu hyvin terveydenhuollon mittariksi arviointitutkimuksissa, koska sen avulla pystytään saamaan tietoa terveysneuvonnan vaikutuksista eri elämänalueilla. Mittarin avulla voidaan selvittää koettu terveydentila, sekä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys. (Heikkilä 2010, 53.)

RAND-36-elämänlaatumittarissa käytetään Likert-asteikkoa. Likertin-asteikkoa käytetään tavallisesti mielipideväittämässä ja se on yleensä neljä- tai viisi portainen järjestyksasteikon tasoinen asteikko. Asteikossa väittämät ovat yleensä niin, että toinen ääripää on täysin samaa mieltä ja toinen ääripää täysin eri mieltä. Mielipideväittämistä vastaaja valitsee lähinnä omaa näkemystä vastaavan vaihtoehdon. (Heikkilä 2010, 53.) Tämän lisäksi osassa kysymyksissä oli vain kaksi vastausvaihtoehtoa, kyllä tai ei, ja osassa kysymyksissä kolme vastausvaihtoehtoa.

6.2 Käytetyt mittaluvut ja ristiintaulukointi

Tutkimusaineisto käsiteltiin ja tallennettiin tilastollisin menetelmin SPSS 21 -tilasto-ohjelmalla. Tulosten analysointi SPSS-ohjelman avulla mahdollistaa yksittäisten

muuttujien tarkastelun koetun terveyden, fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla. Yksittäisillä muuttujilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kysymyksiä, jotka kuvaavat esim. fyysistä toimintakykyä. Tutkimukseen osallistuneiden vastusten kuvaamisessa käytettiin prosenttiosuuksia ja frekvenssejä. Tulosten analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia, jotta nähtiin mahdolliset yhteydet muuttujien ja vuosien välillä. Tilastollisia eroja muuttujien välillä tutkittiin ristiintaulukoinnilla (liite 4). (Metsämuuronen 2009, 358.) Ristiintaulukoinnissa saadut prosenttiosuudet kirjattiin kahden desimaalin tarkkuudella.

Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tarkastella ja vertailla keskenään kahden eri taulukon muuttujia ja niiden välistä yhteyttä (Vilka 2007, 129). Ristiintaulukoinnilla on tarkoitus selvittää onko sarake- ja rivimuuttujan välillä riippuvuutta, kuinka ne vaikuttavat toisiinsa ja onko niillä tilastollisesti merkittäviä eroja. (Heikkilä 2004, 210.) Taulukossa muuttujat esitetään siten, että toinen muuttuja asettuu sarakkeille (sarakemuuttuja) ja toinen riveille (rivimuuttuja). Ristiintaulukoinnin eli kontingenssitaulun sarakkeissa olevat solufrekvenssit ilmaisevat kuinka monta tietyin vastauksin varustettua yksilöä tutkitussa aineistossa on. (Heikkilä 2010, 210.)

6.3 Valmiiden tutkimustulosten vertaileva analyysi

Luokittelimme RAND-36-elämänlaatumittarin kysymykset fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden sekä koetun terveyden mukaan. Kysymykset, jotka halusimme nostaa esille elämänlaatumittarista, valikoituivat sen mukaan, mistä Kouvolan seudun Muisti ry halusi saada tietoa. Yhdessä Kouvolan seudun Muisti ry:n projektityöntekijän kanssa pohdimme, mitkä kysymykset täydentävät toisiaan ja mistä saamme riittävän kattavan tiedon kyselyyn osallistuneiden elämänlaadun muutoksista. (Saarelainen 31.3.2014.)

RAND-36-elämänlaatumittarissa ensimmäiset kysymykset liittyvät koettuun terveyteen. Näitä kysymyksiä vertaillessamme saimme selville, mikä oli osallistujien terveydentila ja miten he kokivat terveyden muuttuneen viimeisen vuoden aikana. Elämänlaatumittarin lopussa olevat kysymykset liittyivät siihen, kuinka osallistujat kokivat oman terveytensä verrattuna muihin ihmisiin ja uskoivatko he terveyden heikenevän tulevaisuudessa.

Fyysisen terveyden muutoksia tutkiessamme kysymykset, joita vertailimme, liittyivät siihen, rajoittaako haastateltavan terveydentila suoriutumista päivittäisistä toiminnoista ja aiheuttaako fyysinen terveys ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä. Psykkiseen terveyteen liittyvät kysymykset käsittivät osallistujien tunne-elämää, kuten onko osallistujilla ollut tunne-elämään liittyvien vaikeuksien takia (masentuneisuus, ahdistuneisuus) ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä ja minkälaisia tuntemuksia osallistujilla on ollut, esim. hermostuneisuus, elinvoimaisuus, masentuneisuus. Meitä kiinnosti myös tietää, miten terveydentilan ja tunne-elämän vaikeudet vaikuttivat osallistujien sosiaaliseen elämään perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa.

Vertailevaa tutkimusta tehdessämme meitä kiinnosti myös kivun vaikutus muistiterveyteen. Tästä löytyi kuitenkin niin vähän tutkittua tietoa, joten päätimme jättää pois tutkimuskysymyksen, joka liittyi siihen, miten kipu vaikuttaa elämänlaatuun.

6.4 Luotettavuuden varmistaminen

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset eivät ole sattumanvaraisia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226). Reliabiliteetti arvioi tutkimustulosten pysyvyyttä eri mittauskertojen välillä, joten tutkimusta voidaan pitää tarkkana ja luotettavana, kun saadaan täsmälleen sama tulos toistuvissa mittauksissa riippumatta tutkijasta (Vilka 2007, 149). Reliaabelius ei kuitenkaan päde tässä tutkimuksessa edellä mainitulla tavalla, koska tutkimme vaikuttavuutta ja oletuksena on, että mittauksen välillä ominaisuudet muuttuvat. Reliaabeliuden keskeinen menetelmä RAND-36-mittarissa on asteikon sisäisen johdonmukaisuuden tarkastelu, eli kuinka tarkasti asteikolla voi mitata tutkittavaa ilmiötä. Uusintamittaus on toinen keskeinen menetelmä, siinä selvitetään mittauksen saatujen tulosten pysyvyyttä kahtena eri ajankohtana. (Aalto ym. 1999, 7.)

Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyuden varmistamista ja käytetyn mittarin kykyä mitata täsmälleen sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2008, 226; Vilka 2005, 161). Se voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti viittaa siihen, kuinka luotettava tutkimus on ja ulkoinen validiteetti siihen, miten yleistettävä tutkimus on. (Metsämuuronen 2003, 125.)

Tässä tutkimuksessa käytetty RAND-36-elämänlaatumittari on kehitetty ryhmässä toteutettuja vertailuja varten, eikä näin yksilötason testaukseen (Aalto ym. 2009, 48). Tämän vuoksi mittari soveltui erinomaisesti juuri tähän tutkimukseen. Osallistujat haikautuivat tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti, joten tutkimuksessa on saattanut olla uhkana valikoituminen, kuten Koskeniemi (2014, 41) pro gradu -tutkimuksessaan on todennut. Näin ollen on vaikea arvioida minkälaisia ja minkä asteisia muistisairauden riskitekijöitä osallistujat omasivat.

Koskeniemen (2014, 41) mukaan ohjaajan läsnäolo kyselyä tehtäessä voi myös heikentää tutkimuksen validiteettia. Toisaalta kuitenkin kyselyyn osallistujan oli mahdollista tarvittaessa kysyä ohjaajalta neuvoa ja varmistaa, että kysymys oli ymmärretty oikein, mikä taas lisää tutkimuksen validiteettia.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Projektin alkaessa elokuussa 2011 kyselyyn osallistui 100 Kymenlaaksolaista naista, joista 44 vastasi molempiin kyselyihin. Tässä tutkimuksessa vertailemme näiden 44 naisen vastauksia ja sitä, kuinka heidän elämänlaatu on muuttunut tämän projektin aikana. Käsittelimme tutkimustulokset tutkimusongelmittain. Tuloksia kuvaavissa taulukoissa olemme käyttäneet vihreää ja punaista väriä selkeyttämään tapahtuneita muutoksia ensimmäisen ja toisen kyselyn välillä. Vihreällä värillä on merkitty muutokset, jotka ovat parantuneet, ja punaisella muutokset, jotka ovat huonontuneet näiden kahden kyselyn välillä.

7.1 Osallistujien kokemus terveyden muutoksista

Koettu terveys on jokaisen henkilökohtainen näkemys omasta sen hetkisestä terveydentilasta. Osallistujat vastasivat erilaisiin väittämiin koskien heidän omaa terveydentilaa sekä sitä, miten he kokivat terveytensä muuttuneen projektin aikana (liite 3).

Tutkimukseen osallistuneiden kokemusta oman terveydentilan muutoksista vertailimme kysymyksissä yksi ja kaksi. Ensimmäisessä kysymyksessä vertailimme projektiin osallistuneiden sen hetkistä koettua terveyttä (taulukko 1) ja kysymyksessä kaksi ver-

tailimme sen hetkistä terveydentilaa verrattuna vuoden takaiseen ja sitä, onko siinä tapahtunut muutoksia (taulukko 2).

Ensimmäisessä kyselyssä oman terveytensä koki yleisesti ottaen huonoksi neljä henkilöä, kun taas toisessa kyselyssä kukaan heistä ei kokenut terveyttään huonoksi. Neljä osallistujista koki terveytensä huonontuneen kyselyiden välillä ja 20 osallistujista koki terveytensä parantuneen. Osallistujista 45,5 % koki terveytensä yleisesti ottaen parantuneen. Kaikki osallistujat vastasivat tähän kysymykseen. Seuraavassa taulukossa vertailimme osallistujien kokemaa terveyttä.

Taulukko 1. Osallistujien arvio omasta terveydestä yleisesti ottaen (N=44)

	I KYSELY	II KYSELY
	%	%
<i>Erinomainen</i>	0	6,8
<i>Varsin hyvä</i>	25	40,9
<i>Hyvä</i>	45,5	31,8
<i>Tyydyttävä</i>	20,5	18,2
<i>Huono</i>	9	2,3

Kysyttäessä miten osallistujat kokivat sen hetkisen terveydentilan verrattuna vuoden takaiseen terveydentilaan kuusi osallistujaa koki terveydentilansa huonontuneen kyselyiden välillä, kun taas 18 osallistujaa koki terveytensä parantuneen. Paljon paremmaksi terveytensä koki ensimmäisessä kyselyssä yksi osallistuja, kun taas toisessa kyselyssä 7 osallistujaa koki terveytensä paljon paremmaksi. Osallistujista 20 koki terveydentilansa pysyneen muuttumattomana. Näin ollen yhteenvetona voidaan sanoa, että 40,9 % osallistujista koki terveydentilansa parantuneen projektin aikana. Kaikki osallistujat vastasivat myös tähän kysymykseen. Taulukossa 2 vertailimme osallistujien näkemystä nykyisestä terveydentilasta verrattuna vuoden takaiseen ja siihen, minkälainen terveys on tällä hetkellä.

Taulukko 2. Osallistujien näkemys omasta nykyisestä terveydentilasta verrattuna vuoden takaiseen ja siihen, minkälainen terveys on yleisesti ottaen tällä hetkellä (N=44)

	I KYSELY	II KYSELY
	%	%
<i>Paljon parempi</i>	2,3	15,9
<i>Jonkin verran parempi</i>	20,5	29,5
<i>Suunnilleen samanlainen</i>	59,1	45,5
<i>Jonkin verran huonompi</i>	13,6	9,1
<i>Paljon huonompi</i>	4,5	0

Taulukon 3 kysymykset liittyivät myös osallistujien koettuun terveyteen. Kysymyksillä kartoitettiin, tuntevatko osallistujat itsensä vähintäänkin yhtä terveeksi kuin kaikki

muutkin tuntemansa ihmiset ja uskovatko he terveytensä heikkenevän tulevaisuudessa.

Kysyttäessä osallistujilta ”Koetko itsesi vähintäänkin yhtä terveeksi kuin kaikki muutkin tuntemasi ihmiset?”, seitsemän osallistujaa vastasi ensimmäisessä kyselyssä ” ehdottomasti pitää paikkansa”. Toisessa kyselyssä 12 osallistujaa vastasi samoin. Kaiken kaikkiaan 15 osallistujan vastaukset olivat parantuneet kyselyiden välillä. Ensimmäisessä kyselyssä kuusi osallistujaa ei osannut sanoa, tuntevatko itsensä yhtä terveeksi kuin kaikki muutkin tuntemansa ihmiset. Heistä kolme vastasi samoin myös toisessa kyselyssä. Yksi osallistuja jätti vastaamatta tähän kysymykseen. 34,9 % osallistujista koki, että heidän terveytensä oli kohentunut projektin aikana ja he kokivat itsensä vähintäänkin yhtä terveeksi kuin kaikki muutkin tuntemansa ihmiset.

Ensimmäisessä kyselyssä 25 osallistujaa ei osannut sanoa uskooko terveytensä heikkenevän tulevaisuudessa. Toisessa kyselyssä näin vastasi 18 osallistujaa. Ensimmäisessä kyselyssä kaksi henkilöä uskoi, ettei heidän terveytensä tule heikkenemään, kun taas toisessa kyselyssä näin vastasi seitsemän osallistujaa. Vertaillen näitä kahta kyselyä keskenään, toisessa kyselyssä osallistujista 9,3 % enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä uskoi, että heidän terveytensä ei tule heikkenemään tulevaisuudessa. Yksi osallistujista ei vastannut tähän kysymykseen. Taulukossa 3 vertailemme osallistujien arviota omasta terveydestään.

Taulukko 3. Osallistujien arvio siitä, kuinka väittämät pitävät paikkansa (N=43)

		I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Olen vähintäänkin yhtä terve, kuin kaikki muutkin tuntemani ihmiset</i>	Pitää ehdottomasti paikkansa	16,3	27,9
	Pitää enimmäkseen paikkansa	39,5	41,9
	En osaa sanoa	14	14
	Enimmäkseen ei pidä paikkansa	11,6	11,6
	Ehdottomasti ei pidä paikkansa	18,6	4,7
	<i>Uskon, että terveyteni tulee heikkenemään</i>	Pitää ehdottomasti paikkansa	4,7
Pitää enimmäkseen paikkansa		11,6	7
En osaa sanoa		58,1	41,9

Enimmäkseen ei pidä paikkansa	20,9	32,6
Ehdottomasti ei pidä paikkansa	4,7	16,3

7.2 Osallistujien kokemukset fyysisen terveyden muutoksista

Fyysistä terveyttä tässä tutkimuksessa kuvasi fyysinen toimintakyky. Kyselyssä kartoitimme, rajoittaako terveydentila suoriutumista normaaleista päivittäisistä toiminnoista ja kuinka paljon (liite 3). Valitsimme vertailun kohteeksi kolme kysymystä. Kysymyksessä yhdeksän kysyttiin rajoittaako, terveydentila suoriutumista kahden kilometrin matkan kävelystä (taulukko 4), kysymyksessä 14 ja 15 (taulukko 5) kartoitettiin, ovatko osallistujat saaneet aikaiseksi vähemmän kuin halusivat ja onko terveydentila asettanut rajoituksia joissakin tehtävissä viimeisen neljän viikon aikana.

Ensimmäisessä kyselyssä 32 osallistujaa vastasi, että heidän terveydentilansa ei rajoita lainkaan suoriutumista kahden kilometrin kävelystä ja toisessa kyselyssä 34 vastasi samalla tavalla. Ensimmäisessä kyselyssä kaksi näin vastannutta koki toisessa kyselyssä, että heidän terveydentilansa rajoittaa paljon suoriutumista kahden kilometrin kävelystä. Tässä oli mielestämme projektin aikana tapahtunut suuri muutos huonompaan suuntaan. Kokonaisuudessaan kuitenkin osallistujien kokemus suoriutua kahden kilometrin matkan kävelystä oli parantunut 11,9 %. Kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Taulukossa 4 vertailimme osallistujien suoriutumista kahden kilometrin kävelystä.

Taulukko 4. Osallistujien arvio siitä, rajoittaako terveydentila nykyisin suoriutumista n. 2 km:n matkan kävelystä (N= 42)

	I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Rajoittaa paljon</i>	4,8	9,5
<i>Rajoittaa hiukan</i>	19	9,5
<i>Ei rajoita lainkaan</i>	76,2	81

Ensimmäisessä kyselyssä 16 osallistujaa vastasi, ettei heillä ollut ongelmia fyysisen terveyden takia saada aikaiseksi vähemmän kuin halusivat. Toisessa kyselyssä määrä oli vähentynyt ja vain yhdeksän osallistujaa vastasi näin. 24 osallistujaa koki ensimmäisessä kyselyssä saavansa aikaiseksi niin paljon kuin halusivat, kun toisessa kyselyssä

lyssä näin vastasi 31 osallistujaa. Tulos oli siis huomattavasti parantunut kyselyiden välillä. 77,5 % osallistujista oli sitä mieltä, että fyysinen terveys ei asettanut rajoituksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä. Osallistujista neljä henkilöä ei vastannut tähän kysymykseen.

Ensimmäisessä kyselyssä 19 osallistujaa oli sitä mieltä, että fyysinen terveydentila asetti rajoituksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä viimeisen neljän viikon aikana. 13 heistä vastasi samoin myös toisessa kyselyssä. 22 osallistujaa koki ensimmäisessä kyselyssä, ettei terveydentila asettanut rajoituksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä ja 16 vastasi samoin myös toisessa kyselyssä. Kun lasketaan yhteen ensimmäisen ja toisen kyselyn tulokset, kyllä- ja ei-vastausten määrä oli täysin sama. Kaikki osallistajat eivät kuitenkaan vastanneet samalla tavalla molemmissa kyselyissä. Kuusi osallistujaa koki toisessa kyselyssä fyysisen terveydentilan asettavan rajoituksia joissakin päivittäisissä tehtävissä. Kolme henkilöä jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Taulukossa 5 vertailimme fyysisestä terveydestä johtuvia ongelmia päivittäisissä tehtävissä viimeisen neljän viikon aikana.

Taulukko 5. Fyysisen terveyden takia aiheutuneet ongelmat päivittäisissä tehtävissä viimeisen 4 viikon aikana

		I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Sai aikaiseksi vähemmän kuin halusi (N=40)</i>	Kyllä	40	22,5
	Ei	60	77,5
<i>Terveydentila asetti rajoituksia joissakin tehtävissä (N=41)</i>	Kyllä	46,3	46,3
	Ei	53,7	53,7

7.3 Osallistujien kokemukset psyykkisen terveyden muutoksista

Psyykinen hyvinvointi on hyvin moniulotteinen ilmiö. Kuten aiemmin totesimme, siihen sisältyy subjektiivinen kokemus tyytyväisyydestä ja onnellisuudesta. Psyykkisen elämänlaadun osa-alueita kuvasivat tässä tutkimuksessa tunne-elämään liittyvien vaikeuksien takia ilmenevät ongelmat päivittäisissä tehtävissä (liite 3).

Kahdeksan osallistujaa vastasi ensimmäisessä kyselyssä tunne-elämään liittyvien vaikeuksien johdosta käyttävänsä vähemmän aikaa päivittäisiin tehtäviin viimeisen neljän viikon aikana. Vain yksi vastasi samoin myös toisessa kyselyssä. Ensimmäisessä kyselyssä 33 osallistujaa vastasi, ettei vähentänyt tehtäviin käyttämäänsä aikaa, toisessa kyselyssä 37 vastasi näin. 90,2 % osallistujista oli sitä mieltä, että tunne-elämän vaikeudet eivät vaikuttaneet heidän päivittäisiin tehtäviin käyttämäänsä aikaa. Kolme osallistujaa ei vastannut tähän kysymykseen.

Ensimmäisessä kyselyssä 21 osallistujaa vastasi, että olivat saaneet viimeisen neljän viikon aikana aikaiseksi vähemmän kuin olisivat halunneet. Toisessa kyselyssä vain seitsemän koki samalla tavalla. Näin ollen tulos oli huomattavasti parantunut kyselyiden välillä. Osallistujista 20 ensimmäisessä kyselyssä ja 34 toisessa kyselyssä vastasivat, että saivat aikaiseksi niin paljon kuin halusivat. Kolme osallistujaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Toisessa kyselyssä 82,9 % oli sitä mieltä, että heillä ei ollut tunne-elämään liittyvien ongelmien takia vaikeuksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä.

Ensimmäisessä kyselyssä 13 osallistujaa oli sitä mieltä, että eivät suorittaneet tehtäviä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti ja 27 osallistujaa oli sitä mieltä, että suoriutuivat tehtävistä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti. Toisessa kyselyssä 36 osallistujista eli 90 % oli sitä mieltä, että suoriutuivat päivittäisistä tehtävistä yhtä hyvin kuin tavallisesti. Neljä osallistujaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Taulukossa 6 vertailimme, ovatko tunne-elämään liittyvät vaikeudet aiheuttaneet ongelmia päivittäisissä tehtävissä viimeisen neljän viikon aikana.

Taulukko 6. Tunne-elämään liittyvien vaikeuksien johdosta aiheutuneet ongelmat päivittäisissä tehtävissä viimeisen 4 viikon aikana

		I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Vähensi tehtäviin käyttämää aikaa (N=41)</i>	Kyllä	19,5	9,8
	Ei	80,5	90,2
<i>Sai aikaiseksi vähemmän kuin halusi (N=41)</i>	Kyllä	51,2	17,1
	Ei	48,8	82,9
<i>Ei suorittanut tehtäviä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti (N=40)</i>	Kyllä	32,5	10
	Ei	67,5	90

Ensimmäisessä kyselyssä kahdeksan vastasi, ettei tuntenut olevansa täynnä elinvoimaa, vain kolme vastasi samalla tavalla myös toisessa kyselyssä. Suurin osa osallistujista tunsi olevan jonkin aikaa täynnä elinvoimaa molemmissa kyselyissä. Ensimmäisessä kyselyssä viisi henkilöä tunsi olevansa täynnä elinvoimaa, toisessa kyselyssä määrä kaksinkertaistui, eli vastaajia oli 10. Tähän kysymykseen jätti kaksi osallistujaa vastaamatta.

Ensimmäisessä kyselyssä 20 vastasi, ettei ole kokenut lainkaan itseään hermostuneeksi viimeisen neljän viikon aikana, toisessa kyselyssä 22 vastasi samoin. Suurin muutos huonompaan suuntaan tapahtui vastauksessa ”koko ajan”. Ensimmäisessä kyselyssä kukaan ei kokenut olevansa hermostunut koko ajan, kun taas toisessa kyselyssä kaksi osallistujaa koki olevansa hyvin hermostunut koko ajan. Muiden vastausten erot eivät olleet suuria. Yksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Kysyttäessä osallistujien mielialaa ensimmäisessä kyselyssä 29 vastasi, ettei ole tuntenut mielialaa matalaksi, kun taas toisessa kyselyssä 33 osallistujaa vastasi näin. Parannusta kyselyiden välillä oli tullut 13,8 %. Tässä kysymyksessä, kuten edellisessäkin, on merkkejä pantavaa, että ensimmäisessä kyselyssä ei kukaan tuntenut mieli-

alaansa koko ajan matalaksi, kun taas toisessa kyselyssä kaksi vastasi näin. Yksi osallistuja ei vastannut tähän kysymykseen. Seuraavassa taulukossa vertailimme osallistujien tuntemuksia viimeisen neljän viikon aikana.

Taulukko 7. Osallistujien tuntemukset viimeisen neljän viikon aikana

		I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Tuntenut olevan täynnä elinvoimaa, (N=42)</i>	Koko ajan	11,9	23,8
	Jonkin aikaa	69	69
	En lainkaan	19,4	7,1
<i>Ollut hyvin hermostunut (N=43)</i>	Koko ajan	0	4,7
	Jonkin aikaa	53,5	44,2
	En lainkaan	46,5	51,2
<i>Tuntenut mielialan niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää (N=43)</i>	Koko ajan	0	4,7
	Jonkin aikaa	32,6	18,6
	En lainkaan	67,4	76,7

7.4 Osallistujien kokemukset sosiaalisen terveyden muutoksista

Sosiaalisen terveyden osa-alueisiin kuuluu erilaisista rooleista suoriutuminen, ihmissuhteet, vapaa-aika ja erilaiset yhteisölliset suhteet. Kuten kappaleessa 3.5 totesimme, ihminen on sosiaalisesti terve, kun hänellä on riittävästi virikkeitä ja mielekästä tekemistä, hän pystyy osallistumaan harrastuksiin ja työntekoon ilman, että se tuottaa hänelle ongelmia (liite 3).

Kysyttäessä osallistujilta fyysisen terveydentilan vaikeuksien vaikutusta sosiaaliseen toimintaan, ensimmäisessä kyselyssä 22 vastasi, ettei se vaikuta lainkaan. Toisessa kyselyssä tulos oli hieman parantunut, osallistujista 30 oli sitä mieltä, etteivät fyysisen terveyden vaikeudet vaikuta heidän sosiaaliseen elämään. Ensimmäisessä kyselyssä yksi osallistuja vastasi fyysisen terveydentilan vaikeuksien vaikuttavan erittäin paljon sosiaaliseen elämään. Toisessa kyselyssä kukaan ei kokenut näin. Yksi osallistujista ei vastannut tähän kysymykseen.

Ensimmäisessä kyselyssä kolme vastasi, että tunne-elämän vaikeudet olivat häirinneet melko paljon tavallista sosiaalista elämää viimeisen neljään viikon aikana. Yksi osallistuja koki tunne-elämän vaikeuksien häiritsevän erittäin paljon sosiaalista elämää. Toisessa kyselyssä kukaan osallistujista ei vastannut edellä mainituilla tavoilla. Muilta osin vastaukset olivat melko samanlaisia kyselyiden välillä. Yksi osallistuja ei vastannut tähän kysymykseen.

Taulukossa 8 vertailimme, ovatko fyysisen ja psyykkisen terveydentilan vaikeudet viimeisen neljän viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaa perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa.

Taulukko 8. Missä määrin fyysisen terveydentilanteen ja tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen neljän viikon aikana häirinneet tavallista sosiaalista elämää (N = 43)

		I KYSELY %	II KYSELY %
<i>Fyysisen terveyden osalta</i>	Ei lainkaan	51,2	69,8
	Hieman	34,9	20,9
	Kohtalaisesti	4,7	7
	Melko paljon	7	2,3
	Erittäin paljon	2,3	0
<i>Tunne-elämän osalta</i>	Ei lainkaan	58,1	60,5
	Hieman	23,3	34,9
	Kohtalaisesti	9,3	4,7
	Melko paljon	7	0
	Erittäin paljon	2,3	0

8 YHTEENVETO TULOKSISTA

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että projektiin osallistuneiden naisten elämänlaatu oli parantunut projektin aikana. Suurimmat muutokset oli havaittavissa psyykkisessä terveydessä ja vähiten muutoksia oli havaittavissa sosiaalisessa terveydessä. Projektin aikana osallistujat kävivät voimavaralähtöisiä terveystalkoita sekä ryhmässä että yksinään. Näin ollen saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että ohjannalla ja voimavaralähtöisillä terveystalkoilla voidaan vaikuttaa elämäntapoihin ja elämälaatuun.

Tulokset osoittavat, että projekti oli hyödyllinen ja saadut tulokset ovat tärkeitä muistisairauden ehkäisyssä. Erityisesti keski-iässä tehdyt elämäntapamuutokset voivat vaikuttaa muistisairauden syntyyn myöhemmällä iällä. Tämän tutkimuksen tarpeellisudesta kertoo se, ettei tällaista tutkimusta ole aiemmin tehty. Aihe on hyvin ajankohtainen, koska muistisairaudet tulevat lisääntymään räjähdysmäisesti seuraavien vuosien aikana.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää keski-ikäisten 40 – 65-vuotiaiden naisten elämänlaadun muutoksia neljän vuoden projektin aikana. Osallistujille tehtyjen kyselyiden välillä oli aikaa n. kaksi vuotta. Ensimmäinen kysely tehtiin ennen luentosarjaa Muisti – ainutlaatuinen instrumentti alkuvuodesta 2012 ja toinen kysely luentosarjan jälkeen loppuvuodesta 2013. Tehdyn vertailun mukaan terveyden koki parantuneen lähes puolet projektiin osallistuneista ja melkein yhtä paljon koki terveytensä pysyneen muuttumattomana kyselyiden välillä, sen sijaan vain muutama koki terveytensä huonontuneen.

Kysyttäessä osallistujilta uskovatko he terveytensä heikkenevän tulevaisuudessa, melko pieni määrä osallistujista uskoi, että terveys ei tulisi heikkenemään tulevaisuudessa. Mielestämme kysymykseen vastaamiseen vaikuttaa vahvasti ajatus siitä, että moni osallistujista olettaa terveyden tulevan iän myötä joka tapauksessa heikkenemään. Tämän vuoksi vastausten tulkinta voi näin ollen antaa virheellisen tuloksen. Kokonaisuudessaan osallistajat kokivat terveytensä parantuneen projektin aikana.

Fyysisen terveyden tuloksissa oli pääsääntöisesti muutos parempaan suuntaan kyselyiden välillä. Joissakin kysymyksissä muutama vastaus oli muuttunut huonompaa suuntaan kyselyiden välillä, kuitenkin reilusti yli puolet kokivat fyysisen terveyden hyväksi, eikä se asettanut rajoituksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä. Suurin muutos koskien fyysistä terveyttä oli tapahtunut kysymyksessä 14, jossa kysyttiin ”saitko aikaiseksi vähemmän kuin halusit”. Projektin alussa 40 % osallistujista oli sitä mieltä,

että sai aikaiseksi vähemmän kuin halusi, kun taas projektin lopussa vastaava luku oli 22,5 %.

Osallistujien psyykkistä hyvinvointia tunne-elämän osalta kartoitettiin kysymällä onko heillä vaikeuksia selviytyä päivittäisistä tehtävistä. Kaikissa tähän osa-alueeseen liittyvissä kysymyksissä vastaukset olivat parantuneet huomattavasti. Projektin lopussa lähes kaikki osallistujat olivat sitä mieltä, etteivät tunne-elämän vaikeudet vaikuttaneet millään tavalla heidän selviytymiseen päivittäisistä tehtävistä.

Kysyttäessä osallistujilta heidän tuntemuksiaan viimeisen neljän viikon aikana, olivat tulokset pääosin parantuneet kyselyiden välillä. Merkittävin muutos huonompaan suuntaan oli tapahtunut kysyttäessä osallistujien hermostuneisuutta sekä mielialaa. Molemmissa kohdissa kukaan osallistujista ei kokenut itseään hermostuneeksi tai mielialaa matalaksi koko ajan ensimmäisessä kyselyssä, kun taas toisessa kyselyssä kaksi osallistujaa 43 osallistujasta koki itsensä hermostuneeksi ja mielialansa matalaksi koko ajan. Pohdimme, mitkä seikat ovat vaikuttaneet osallistujien hermostuneisuuden lisääntymiseen projektin aikana. Koska osallistujat olivat työttömiä, koti-äitejä tai pienyrittäjiä, kasvanut työttömyys ja huono talouden tilanne ovat voineet heijastua osallistujien lisääntyneeseen hermostuneisuuteen ja yleiseen matalaan mielialaan.

Sosiaalisen terveyden osalta tuloksissa näkyi monessa kohtaa parannusta ja erityisesti merkityksellistä oli, että kolmessa kohdassa tulos oli parantunut niin, että toisessa kyselyssä yksikään osallistuja ei kokenut fyysisen tai psyykkisen terveyden vaikuttavan merkittävästi heidän sosiaaliseen elämään.

Näiden tulosten perusteella voidaan tehdä päätelmä, että projektiin osallistuneiden naisten elämänlaatu oli parantunut projektin aikana. Suurimmat elämänlaadun muutokset oli havaittavissa psyykkisessä terveydessä, siinä muutokset olivat prosentuaalisesti suurimmat. Myös fyysisessä terveydessä oli tapahtunut muutoksia parempaan suuntaan kyselyiden välillä. Vähiten muutoksia oli havaittavissa sosiaalisen terveyden osalta ja siinä erityisesti psyykkisen terveyden vaikutuksesta sosiaaliseen elämänlaatuun. Näin ollen voidaan olettaa, että ohjannalla sekä voimavaralähtöisillä terveyskeskusteluilla voidaan vaikuttaa elämäntapoihin ja elämänlaadun muutoksiin positiivisesti, kuten Koskenniemikin (2014) pro gradu -tutkielmassaan totesi.

Tuloksia tarkastellessamme voimme todeta, että projekti oli hyödyllinen ja siitä saadut tulokset ovat tärkeitä muistisairauden ehkäisyssä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että keski-ikässä tehdyt elämäntapamuutokset voivat vaikuttaa muistisairauden syntyyn myöhemmällä iällä. Kuten Kivipelto (2002) väitöskirjassaan on todennut, tehokkaalla korkean verenpaineen ja kohonneen kolesterolin hoidolla on mahdollista pienentää Alzheimerin taudin riskiä 8 – 11 kertaisesta kaksinkertaiseen. Tämän projektin tarpeellisuudesta kertoo myös se, että tällaista tutkimusta ei ole aiemmin tehty ja että aihe on erittäin ajankohtainen. Käypä hoito -suosituksessa muistisairaudet luokitellaan tällä hetkellä jo suomalaisten kansantaudiksi. Kansallisen muistiohjelman (2012 – 2020) mukaan muistisairaudet lisääntyvät huomattavasti seuraavien vuosien aikana, jos asioihin ei puututa riittävän ajoissa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliabelius vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kuten jo aikaisemmin luvussa 6.4 mainitsimme, reliabeliudella tarkoitetaan sitä, että riippumatta tutkimuksen tekijästä, tutkimustulos eri mittauskerroilla pysyy samana olettaen, että kysymyksessä on ajassa muuttumattomat ominaisuudet. (Hirsijärvi ym. 2008, 226.) Tässä tutkimuksessa tutkitaan kuitenkin asioiden vaikuttavuutta, joten reliabelius ei päde edellä mainitulla tavalla, koska oletuksena on, että ominaisuudet muuttuvat mittauskertojen välillä. Tutkimuksen luotettavuutta tässä kyselyssä lisäsi se, että RAND-36-elämänlaatukysely soveltui hyvin kohderyhmälle ja tutkimustulokset on analysoitu ja kirjoitettu yhdessä, joten virhetulkintojen mahdollisuus on minimoitu. SPSS-ohjelman käytössä ja tulosten analysoinnissa meitä avusti Kymenlaakson ammattikorkeakoulun lehtori Tommi Salmela. Luotettavuuden varmistamiseksi kyselyiden tulosten vertailussa käytetyt ristiintaulukoinnit ovat opinnäytetyön liitteenä (liite 4).

Fyysiseen terveydentilaan ja tunne-elämään liittyvien kysymysten osalta (kysymykset 20 – 33) käytimme luotettavuuden mittaamisessa lisäksi Cronbachin-alfakerrointa, jonka avulla mitattiin kysymysten yhtenäisyyttä sekä mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Cronbachin-alfa on SPSS-ohjelmassa yleisin käytetty reliabiliteettia mittaava kerroin, sen arvo voi vaihdella 0,00 – 1,00. Yleinen olettamus on, että mitä suurempi kerroin on, sitä luotettavampi tulos on. (Heikkilä 2010, 187.) Heikkilän (2010) mukaan Cronbachin-alfakertoimen pitäisi olla vähintään 0,7, jotta tulosta voidaan pitää luotettavana. Metsämuuronen (2009) kirjoittaa teoksessaan, että alle 0,6 arvoja ei pi-

täisi hyväksyä, mutta hänen mukaan tästä säännöstä ollaan luopumassa. Suunnitelmissa oli käyttää Khiin neliö-testiä luotettavuuden varmistamiseksi, mutta vähäisen otannan vuoksi emme tässä tutkimuksessa sitä pystyneet käyttämään.

Tässä tutkimuksessa fyysistä terveydentilaa ja tunne-elämää mittavissa kysymyksissä Cronbachin alfa-kerroin oli alkumittauksessa 0,70 ja loppumittauksessa 0,66, näin ollen tutkimuksen tulosta voidaan pitää luotettavana.

10 KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksessa kävi mielestämme selvästi ilmi, että suurimmalla osalla projektiin osallistuneilla naisilla oli tapahtunut elämänlaadun muutos parempaan suuntaan, joten ohjannalla ja voimavaralähtöisillä terveyskeskusteluilla voidaan vaikuttaa ihmisten elämäntapoihin ja elämänlaatuun.

Alla olemme listanneet kehittämisehdotukset, joita pohdimme tämän työn pohjalta.

- RAND-36-elämänlaatukysely tehdään samoille henkilöille, samoilla kysymyksillä esim. viiden vuoden kuluttua tämän projektin päättymisestä. Vertaillaan saatuja tuloksia projektin alussa tehdyn ensimmäisen kyselyn tuloksiin.
- Projektiin osallistuneiden joukosta muodostetaan vertaisryhmä, joka kokoontuisi säännöllisesti muutaman kerran vuodessa.
- Tehdään keski-ikäisille (40 – 65-vuotiaille) miehille suunnattu samankaltainen projekti RAND-36-elämänlaatumittaria käyttäen sekä naisten ja miesten tulosten vertailu keskenään.

Osa RAND-36-elämänlaatumittarin kysymyksistä oli muotoiltu hieman vaikeasti ymmärrettäväksi, ja jouduimme pitkään miettimään, mitä kysymyksessä kysyttiin. Kysymysten muotoilu olisi voinut olla yksinkertaisempaa. Osa kysymyksistä oli aseteltu epäsuorasti tai kielteisessä muodossa esim. ”ette suorittanut tehtäviäne yhtä huolellisesti kuin tavallisesti”, meidän mielestämme tämä kysymys olisi voitu esittää esim. ”suorittatko tehtävänne yhtä huolellisesti kuin tavallisesti”. Neljässä kysymyk-

sessä vastausvaihtoehtona oli ”en osaa sanoa” ja mielestämme sen vaihtoehdon olisi voinut korvata jollakin toisella sanavalinnalla esim. ”pitää osittain paikkansa”. ”En osaa sanoa” -vaihtoehto vaikeutti tulosten analysointia ja ehkä jossain määrin saattoi vääristää tuloksia.

Tämä tutkimus herätti meidät miettimään, kuinka tärkeää on kiinnittää huomiota elämäntapoihin jo keski-iässä ja kuinka nämä tehdyt valinnat vaikuttavat myöhemmällä iällä elämänlaatuun. Tämän vuoksi olisikin tärkeää, että jo varhaisessa keski-iässä ihmisiä tiedotettaisiin mahdollisista muistisairauden riskitekijöistä ja siitä kuinka niitä voidaan ehkäistä.

LÄHTEET

Aalto, A.-M., Aro, A. R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia 101. Helsinki: Stakes.

Alhainen, K. Muistisairauksien ennaltaehkäisyn mahdollisuudet- aivoterveystestistä arkipäivää. Muistikeskus. Saatavissa: <http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/43/aivoterveysalhainen130904.pdf> [viitattu 10.9.2014].

Erkinjuntti T., Hietanen M., Kivipelto M., Strandberg T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Juva: WS Bookwell Oy.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. 2.uudistettu painos. Porvoo: WSBookwell Oy.

Etenevän muistisairauden esiintyvyys. 2013. Suomen muistiasiantuntijat ry. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=eme> [viitattu 25.2.2014].

Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7. – 8. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heiskanen, J., Kärkkäinen, O.-P., Hakonen, H., Lindholm, H., Eklund, J., Tammelin T. & Havas, E. 2011. Suomalaisen työikäisen kestävyyskunto, Nykyhetken tilanne ja ennusteita. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 247. 1. painos. Jyväskylä: Kopiojyvä Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. – 14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyypä, M. 2008. Sosiaalinen pääoma edistää terveyttä – Johtuuko se terveellisistä elintavoista? Suomen Lääkärilehti 46/2008.

Härmä, H. 2011. Muistisairaus työiässä. Muistiliitto Ry. Muistiliiton internetsivu. Saatavissa: http://muistiliitto.fi/files/6113/7587/7201/Tyoikisesite_WEB.pdf [viitattu 21.10.2013].

- Härmä, H. & Granö, S. 2011. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2005. Kuntoutuksen perusteet. 1. – 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Kivipelto, M. 2002. Vascular Risk Factors in Alzheimer`s Disease and Mild Cognitive Impairment. A longitudinal Population-Based Study. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Kivipelto, M. 2007. Ravinnon yhteys dementiaan. Bolus-lehti 1/2007, s. 19 – 20.
- Kivipelto, M. & Granö, S. 2008. Alzheimerin taudin ennaltaehkäisytyön tavoitteena on sairauden puhkeamisen viivästyttäminen. Muisti-lehti 3/2008, s. 30.
- Kivipelto, M., Ngandu, T. & Rusanen, M. 2014. Elintapojen sekä sydän- ja keuhkosairauksien yhteys muistisairauksiin. Suomen lääkäri-lehti 42/2014, s. 2707.
- Kivipelto, M. & Viitanen, M. 2014. Vanhus ja muisti- Vanhuuden höpöryyttä vai orastavaa Alzheimeriä? Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=E6FF6970BE1D830830D65BBC47642862?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tuntu=duo95805 [viitattu 13.9.2014].
- Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kokko, K. 2010. Mitä on keski-ikä hyvä psykologinen toimintakyky? Psykologia 45 (04), 2010. Tieteelliset artikkelit.
- Kokko, K. & Pulkkinen, L. 2010. Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf?sequence=1 [viitattu 25.2.2014].

Korpilahti, U. & Aalto, A.-M. 2013. RAND-36-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. THL. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/> [viitattu 2.4.2014].

Koskenniemi, J. 2014. Naisten muistiterveys ja elintavat. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kouvolan seudun Muisti ry a. Saatavissa: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/etusivu> [viitattu 13.9.2014].

Kouvolan seudun Muisti ry b. Voimavaralähtöisen terveyseskustelut kymenlaaksoalaisille 40 – 65-vuotialle naisille vuosille 2011 – 2014. Esite. Saatavissa: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/linkkisivut/Esite%20verkkoon%2026.8.2011.pdf> [viitattu 13.9.2014].

Kouvolan seudun Muisti ry c. Menossa olevat projektit. Saatavissa: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/projekti/menossa-olevat-projektit> [viitattu 13.9.2014].

Kouvolan seudun Muisti ry d. Yhdistys. Saatavissa: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/yhdistys> [viitattu 13.9.2014].

Kouvolan seudun Muisti ry. 2014. Kohti parempaa aivoterveyttä. Toimintamalli voimavaralähtöiseen terveyseskusteluun: Ohjaajan opas.

Kulmala J., Ngandu T. & Kivipelto M. 2014. Keski-ikäisen vapaa-ajan liikunta suojaaa muistisairauksilta. *Liikunta & Tiede* 1/2014, s. 11 – 13.

Kulmala, J., Solomon, A., Kåreholt, I., Ngandu, T., Rantanen, T., Laatikainen, T., Soininen, H., Tuomilehto, J. & Kivipelto, M. 2014. Association between mid- to late life physical fitness and dementia: evidence from the CAIDE study. *Journal of Internal Medicine*, 2014, 276, s. 296 – 307.

Kuusinen, P. 2004. Pitkäaikainen kipu ja depressio – yhteyttä säätelevät tekijät. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Köninki, T. 2011. Terveyskeskustelut edistävät keski-ikäisen naisen muistiterveyttä. Sairaanhoidaja-lehti 2/2011, s. 18 – 19.

Köninki, T. 2010. Muistiterveyden riski- ja suojatekijät sekä aiheeseen liittyvä tiedon- saanti keski-ikäisillä naisilla. Opinnäytetyö, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Liikunta suojaa muistisairauksilta. 2013. Potilaan lääkirilehti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/liikunta-suojaa-muistisairauksilta/#.VDVm0RarN6U> [viitattu 8.10.2014].

Mahlakaarto, S. 2010. Subjektiksi työssä, identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Merkittävä läpimurto muistihäiriöiden ehkäisyssä. 2014. THL. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/-/merkittava-lapimurto-muistihairioiden-ehkaisyssa> [viitattu 8.10.2014].

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muistiliitto. 2013. Liikunnasta muistinvireyttä. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/aivoterveys/liikunnasta-muistinvireytta/> [viitattu 10.9.2014].

Muistiliitto. 2014. Päähteet ja muisti. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/aivoterveys/paihteet-ja-muisti/> [viitattu 10.9.2014].

Määrällinen tutkimus. 2014. Jyväskylän yliopiston Koppa. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategi tu/maarallinen-tutkimus> [viitattu 17.3.2014].

Pirttilä, T. & Nybo, T. 2004. Kipu ja kognitio. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 120/2004. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94053.pdf> [viitattu 14.3.2014].

Ropponen, N. & Saarelainen, N. 2010. Työttömien elämänlaatu. Työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkityksestä elämänlaatuun. Opinnäytetyö, ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Ruuth-Setälä, A. & Salanterä, S. 2006. Näkökulmia potilaan terveysongelmien tunnistamiseen. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Saarelainen, N. Projektityöntekijä. Palaveri 31.3.2014. Kotka: Kouvolan seudun Muisti ry.

Sallinen, M., Kandolin, I. & Purola, M. 2007. Psykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00004 [viitattu 2.3.2014].

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf> [viitattu 2.3.2014].

Tuomivaara, T. 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet /kevät 2005. Saatavissa: <http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf> [viitattu 17.3.2014].

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Kirjapaino Gummerus.

Virkola, E. 2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Visiot, arvot, strategiat. 2012. Kehitysvammaliiton internetsivut. Saatavissa: <http://www.kehitysvammaliitto.fi/suomeksi/tietoa-liitosta/visiot-arvot-strategia/> [viitattu 1.11.2013].

Voimavaralähtöiset menetelmät. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/voimavaralähtoiset_menetelmat [viitattu 1.11.2013].

RAND -36 versiosta muokattu elämänlaatu -kysely

Asiakasnro: _____

1. Onko terveytesi yleisesti ottaen...

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|-------------|
| 1 | erinomainen |
| 2 | varsin hyvä |
| 3 | hyvä |
| 4 | tydyttävä |
| 5 | huono |

2. Jos vertaat nykyistä terveydentilaasi vuoden takaiseen, onko terveytesi yleisesti ottaen...

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|---|
| 1 | tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten |
| 2 | tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten |
| 3 | suunnilleen samanlainen |
| 4 | tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten |
| 5 | tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten |

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilasi nykyisin suoriutumista seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?

(ympyröi yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. Kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. Ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. Nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. Nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
8. Vartalon taivuttaminen, polvistuminen kumartuminen	1	2	3
9. Noin kahden kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. Noin puolen kilometrin kävely	1	2	3
11. Noin sadan metrin kävely	1	2	3
12. Kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

Onko sinulla viimeisen 4 viikon aikana ollut FYYSISEN TERVEYDEN TAKIA alla mainittuja ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä?

(ympyröi yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
13. Vähensitte tehtäviin käyttämäänne aikaa	1	2
14. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
15. Terveystilanne asetti teille rajoituksia joissakin tehtävissä	1	2
16. Tehtävistänne suoriutuminen tuotti vaikeuksia (olette joutunut ponnistelemaan tavallista enemmän)	1	2

Onko sinulla viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE – ELÄMÄÄN LIITTYVIEN vaikeuksien (esimerkiksi masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä?

(ympyröi yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
17. Vähensitte tehtäviinne käyttämäänne aikaa	1	2
18. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
19. Ette suorittanut tehtäviänne yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	1	2

20. MISSÄ MÄÄRIN fyysinen terveydentilanteen vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaasi perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hieman |
| 3 | kohtalaisesti |
| 4 | melko paljon |
| 5 | erittäin paljon |

21. MISSÄ MÄÄRIN tunne – elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaasi perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hieman |
| 3 | kohtalaisesti |
| 4 | melko paljon |
| 5 | erittäin paljon |

22. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja sinulla on ollut viimeisen 4 viikon aikana?

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hyvin lieviä |
| 3 | lieviä |
| 4 | kohtalaisia |
| 5 | voimakkaita |
| 6 | erittäin voimakkaita |

23. Kuinka paljon kipu on häirinnyt tavanomaisia tehtäviäsi kotona tai kodin ulkopuolella viimeisen 4 viikon aikana?

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hieman |
| 3 | kohtalaisesti |
| 4 | melko paljon |
| 5 | erittäin paljon |

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä sinusta on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalle se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi.
(ympyröi yksi numero joka riviltä)

Kuinka suuren osan ajastasi olette viimeisen 4 viikon aikana...

	koko ajan	jonkin aikaa	en lainkaan
24. tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3
25. ollut hyvin hermostunut	1	2	3
26. tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä piristää	1	2	3
27. tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3
28. ollut täynnä tarmoa	1	2	3
29. tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3
30. tuntenut itsenne 'loppuun- kuluneeksi'	1	2	3
31. ollut onnellinen	1	2	3
32. tuntenut itsenne väsyneeksi	1	2	3

33. Kuinka suuren osan ajasta fyysinen terveydentilanteen vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaasi? (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)

(ympyröi yksi numero)

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | koko ajan |
| 2 | suurimman osan aikaa |
| 3 | jonkin aikaa |
| 4 | vähän aikaa |
| 5 | ei lainkaan |

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa teidän kohdallanne?

(ympyröi yksi numero joka riviltä)

- 1 – pitää ehdottomasti paikkansa
- 2 – pitää enimmäkseen paikkansa
- 3 – en osaa sanoa
- 4 – enimmäkseen ei pidä paikkaansa
- 5 – ehdottomasti ei pidä paikkaansa

34. Minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin

kuin muut ihmiset

1 2 3 4 5

35. Olen vähintäänkin yhtä terve kuin kaikki muutkin tuntemani ihmiset

1 2 3 4 5

36. Uskon, että terveyteni

tulee heikkenemään

1 2 3 4 5

37. Terveyteni on erinomainen

1 2 3 4 5

KIITOS VASTAUKSISTASI!

TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä(t), lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
<p>Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot</p> <p>Aalto, A-M., Aro,AR., Teperi, J.1999.</p> <p>STAKES Sosiaali – ja terveystieteen tutkimus – ja kehittämiskeskus TUTKIMUKSIA 101 Helsinki.</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Rand-36 suomenkielisen version luotettavuutta suomalaisen väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina.</p>	<p>Väestörekisterin kautta sattumanvaraisesti poimitut 3000 henkilöä, jotka olivat iältään 18-79 vuotiaita.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä.</p>	<p>Tulokset tukevat Rand-36 mittarin reliabiliutta, validiutta, ja käyttökelpoisuutta suomalaisen väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin asteikko-ominaisuudet eli tietojen aukottomuus sekä kysymysten yhtenevyys olivat hyvin vertailukelpoisia muissa maissa saatuihin kokemuksiin.</p>
<p>Vascular Risk Factors in Alzheimer`s Disease and Mild Cognitive Impairment. A longitudinal Population-Based Study.</p> <p>Kivipelto, M. 2002.</p> <p>Väitöskirja. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.</p>	<p>Tämän tutkimuksen oli tarkoitus selvittää Alzheimerin taudin ehkäistävissä ja hoidettavissa olevia riskitekijöitä, erityisesti kolesterolin ja verenpaineen merkitystä sekä näiden suhdetta geneettiseen riskitekijään ApoE4-alleeliin.</p>	<p>Kaikkiaan 1409 65-79-vuotiaasta Kuopion ja Joensuun alueella asuvaa henkilöä osallistui seurantakäynnille vuonna 1998. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta mitattiin verenpaine, seerumin kolesteroli, pituus ja paino ja lisäksi henkilöiden terveyskäyttämistä, lääkkeiden käyttöä ja sairauksia kartoitettiin kyselylomakkeen avulla.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla.</p>	<p>Keski-iässä korkea verenpaine sekä kohonnut kolesteroli yhdessä 2-3-kertaistavat Alzheimerin taudin vaaran myöhemmällä iällä (keksimääräinen seuranta-aika 21 vuotta). Korkea kolesteroli sekä kohonnut verenpaine olivat yhteydessä myös dementiaa lievempään muistihäiriöön.</p> <p>Keski-iässä korkea verenpaine ja kohonnut kolesteroli sekä Alzheimerin taudin tärkein geneettinen riskitekijä, ApoE4-</p>

				<p>geenitekijä, ovat kaikki yksittäisiä itsenäisiä riskitekijöitä Alzheimerin taudin puhkeamiselle. Korkeaan verenpaineeseen ja kolesteroliin liittyvä riski on suurempi kuin ApoE4-geenimuotoon liittyvä riski. Alzheimerin taudin vaara on noin 8-11 kertainen, jos henkilöllä on kaikki edellä mainitut kolme riskitekijää.</p> <p>Tulosten perusteella on hyvin paljon mahdollista, että tehokkaalla korkean verenpaineen ja kohonneen kolesterolin hoidolla ja ehkäisyllä Alzheimerin taudin riskiä on mahdollista pienentää 8-11 kertaisesta non kaksikertaiseen, siitäkin huolimatta, että henkilö olisi ApoE4-riskigeenin kantaja.</p>
--	--	--	--	--

<p>Pitkäaikainen kipu ja depressio – Yhteyttä säätelevät tekijät</p> <p>Kuusinen, P. 2004.</p> <p>Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tässä tutkimuksessa tarkastellaan niitä yhteyksiä, joita pitkäaikaisella kivulla ja masennuksella on, sekä sitä, ovatko psykososiaaliset resurssit yhteydessä depressio-oireisiin laitostuntoutuksessa olleiden tuki- ja liikuntaelinsairaiden kipuongelmissa.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 786 henkilöä, jotka ovat olleet Kiipulan kuntoutuskeskuksessa joko kuntoutustutkimuksessa tai erilaisilla kuntoutuskursseilla. Kaikilla tuki- ja liikuntaelinkivut ovat merkittävästi heikentäneet työkykyä.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan sosiaalinen tuki on yhteydessä voimakkaampaan kipuun ja haitaan, mutta ei välttämättä lisää kipua ja haittaa.</p>
<p>Muistiterveyden riski- ja suojatekijät sekä aiheeseen liittyvä tiedonsaanti keski-ikäisillä naisilla.</p> <p>Köninki, T. 2010. Opinnäytetyö 2010. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto .Kymenlaakson ammattikorekakoulu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijöitä sekä tiedonsaantia.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 8 henkilöä. Osallistujat olivat 40 - 44- vuotiaita naisia, joilla ei ollut työterveyshuollon palveluita käytössään.</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Terveyden edistämisessä on erittäin tärkeää tunnistaa taustalla olevat muistiterveyden riski- ja suojatekijät, jotta voidaan ennalta ehkäistä niitä ajoissa. Riskitekijöiden hoito on aloitettava jo keski-ässä ja kokonaisriski ratkaisee.</p>

<p>Keski-ikäisten ikäkokemus, ihanneikä ja hyvinvointi.</p> <p>Karttunen, R. 2010.</p> <p>Pro gradu – tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisten keski-ikäisten ihanneikää ja ikäkokemusta sekä niiden yhteyksiä toisiinsa ja hyvinvointiin. Tutkimuksessa selvitettiin, miten keski-ikäisten naisten ja miesten ihanneikä jakautuu. Lisäksi tarkasteltiin sukupuolten välisiä eroja.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 144 miestä ja 127 naista eli yhteensä 271 tutkittavaa. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on osa professori Lea Pulkkisen vuonna 1968 aloittamaa Lapsesta aikuiseksi – pitkittäistutkimusta. Tutkimuksen alkaessa osanottajat olivat 8-vuotiaita.</p>	<p>Kotiin lähetetty elämäntilannekysely, psykologinen haastattelu, johon liittyi erilaisia itsearviointilomakkeita sekä terveystarkastus.</p>	<p>Tulosten perusteella keski-ikäisten ihanneikä oli lähellä omaa kronologista ikää, ja naisten ihanneikä oli miesten ihanneikää korkeampi. Tämä tutkimus osoitti, että asennoituminen ikään ja ikääntymiseen on kytköksissä hyvinvointiin jo keski-ikässä.</p>
<p>Subjektiksi työssä, Identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa.</p> <p>Mahlakaarto, S. 2010.</p> <p>Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena on voimaantumisen kehitysohjelmassa tapahtuva yksilöiden voimaantuminen. Voimaantumisen kehitysohjelman tavoitteena on ollut tukea osallistujien ammatillista identiteettiä vahvistamalla heidän subjektiivuttaan. Toissijaisena tavoitteena on ollut lisätä osallistujien työssä jaksamista ja ennaltaehkäistä työuupumista sekä kehittää hyvinvointia edistäviä työvälineitä.</p>	<p>Väitöskirja perustuu neljään artikkeliin eli osajulkaisuun.</p>	<p>.Haastattelu</p>	<p>Johtopäätöksenä todettiin, että syvemmän yksilöllisyyden saavuttaminen ja itsensä ymmärtäminen on tärkeää yksilön subjektiivudelle. Tutkimuksen perusteella voitiin lisätä ymmärrystä siitä, millainen kokemuksellinen prosessi on subjektiivuden vahvistuminen voimaantumisenä ja miten se ilmenee yksilön toimintaympäristössä.</p>

<p>Työttömien elämänlaatu. Työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkityksestä elämänlaatuun.</p> <p>Ropponen, N., Saarelainen, N. 2010.</p> <p>Opinnäytetyö 2010. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto . Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.</p>	<p>Tutkimuksessa on kartoitettu työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkitystä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 44 henkilöä. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt valittiin sillä perusteella, että he olivat eniten käyttäneet sekä terveydenhoitajan että fysioterapeutin palveluja.</p>	<p>Kysely suoritettiin RAND-36- elämänlaatumittarin avulla. Ensimmäinen kysely tehtiin syyskuussa 2009 ja uusintakysely helmikuussa 2010. Näiden kahden kyselyn tuloksia verrattiin keskenään.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan työttömien terveyspalvelut olivat työttömien itsensä arvioimina parantaneet fyysisiä toimintoja, kuten esim. kahden kilometrin kävelyä, juoksemista ja raskaiden tavaroiden nostelemista. Kivun kokeminen ja siitä aiheutuvien ongelmien esiintyminen oli myös alentunut. Psykkisen toimintakyvyn alueella muutosta oli tapahtunut parempaan suuntaan, hermostuneisuus ja alakuloisuus olivat vähentyneet. Tutkimus osoitti, että työttömien elämänlaatu oli lyhyelläkin aikavälillä kohentunut.</p>
<p>Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa</p> <p>Virkola, E.2014. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa nostetaan huomion kohteeksi muistisairaana ihmisen pohdinta omasta elämäntilanteestaan. Tutkimus tuottaa tietoa Alzheimerin tautiin sairastuneiden ihmisten , tarkemmin määriteltynä iäkkäiden kaupunkiympäristössä yksin asuvien naisten elämäntilanteista ja arkielämästä</p>	<p>Viisi muistisairasta naista.</p>	<p>Aineisto on koostettu etnografisella tutkimusotteella eli on seurattu kahden ja puolen vuoden aikana viiden muistisairaana naisen arkea. Tänä aikana on heidän kanssaan on käyty keskusteluja ja havainnoitu heidän arkielämää.</p>	<p>Jotta muistisairaita ihmisiä voidaan paremmin tukea arkielämässä, on tunnistettava paitsi arkielämän moninainen dynamiikka myös sen laajuus.</p>

<p>Naisten muistiterveys ja elintavat</p> <p>Koskenniemi, J. 2014. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten 40-65 – vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata voimavaralähtöisen terveyskeskustelun yhteyttä elintapamuutoksiin muistiterveyden edistämisessä.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin vuonna 2011 ja 2013 kyselylomakkeella kerättyjä aineistoja. Tutkimukseen osallistui yhteensä 175 henkilöä.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin vuonna 2011 ja 2013 kyselylomakkeella kerättyjä aineistoja. Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS 19.0 for Windows – tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Osallistujat arvioivat parhaimmaksi ravintoon ja nautintoaineiden käyttöön liittyvät elintapatekijät molempina vuosina. Eniten muutosta tapahtui sen hetkessä ja vuoden takaisessa terveydentilassa, liikunnan harrastamisen määrässä sekä kasvien ja marjojen käytön lisäämisessä. Lisäksi ohjannan aikana vähentymistä tapahtui yksinäisyydestä kärsimisessä, huolestuneisuuden tunteessa, synkässä ja raskasmielisessä olossa sekä onnettomassa ja kurjassa olossa.</p>
---	--	--	--	---

Miten osallistujat ovat kokeneet terveyden muutoksen projektin aikana?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero (kyselylomake)
Terveys yleisesti ottaen	13 – 14	1 & 2
Koettu terveys nyt ja miten uskot sen muuttuvan	13 – 14	35 & 36
Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet fyysisessä terveydessä projektin aikana?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero (kyselylomake)
Suoriutuminen kahden kilometrin kävelystä	14 - 15	9
Fyysisen terveyden takia olleet ongelmat päivittäisissä tehtävissä	14 - 15	14 & 15
Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet psyykkisessä terveydessä projektin aikana?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero (kyselylomake)
Tunne-elämään liittyvät ongelmat päivittäisissä tehtävissä	16 - 17	17 & 18 & 19
Omat tuntemukset	16 - 17	24 & 25 & 26
Millaisia muutoksia osallistujat ovat kokeneet sosiaalisessa terveydessä projektin aikana?		
Muuttuja	Teoriaosan sivu	Kysymysnumero (kyselylomake)
Terveystilan vaikutus sosiaaliseen toimintaan	17	20 & 21

			Kys1_B Terveys					Yhteensä
			Huono	Tyydyttävä	Hyvä	Varsin hyvä	Erinomainen	
Kys1_A Terveys	Huono	Lukumäärä	0	3	1	0	0	4
		%	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Tyydyttävä	Lukumäärä	1	3	3	1	1	9
		%	11.1%	33.3%	33.3%	11.1%	11.1%	100.0%
	Hyvä	Lukumäärä	0	2	9	9	0	20
		%	0.0%	10.0%	45.0%	45.0%	0.0%	100.0%
	Varsin hyvä	Lukumäärä	0	0	1	8	2	11
		%	0.0%	0.0%	9.1%	72.7%	18.2%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	1	8	14	18	3	44
		%	2.3%	18.2%	31.8%	40.9%	6.8%	100.0%

			Kys2_B Terveysvertaus				Yhteensä
			Jonkin verran huonompi	Samanlainen	Jonkin verran parempi	Paljon parempi	
Kys2_A Terveysvertaus	Paljon huonompi	Lukumäärä	2	0	0	0	2
		%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Jonkin verran huonompi	Lukumäärä	2	1	0	3	6
		%	33.3%	16.7%	0.0%	50.0%	100.0%
	Samanlainen	Lukumäärä	0	14	8	4	26
		%	0.0%	53.8%	30.8%	15.4%	100.0%
	Jonkin verran parempi	Lukumäärä	0	5	4	0	9
		%	0.0%	55.6%	44.4%	0.0%	100.0%
Paljon parempi	Lukumäärä	0	0	1	0	1	
	%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
Yhteensä		Lukumäärä	4	20	13	7	44
		%	9.1%	45.5%	29.5%	15.9%	100.0%

			Kys9_B Kävely 2km			Yhteensä
			Ei rajoita lainkaan	Rajoittaa hiukan	Rajoittaa paljon	
Kys9_A Kävely 2km	Ei rajoita lainkaan	Lukumäärä	29	1	2	32
		%	90.6%	3.1%	6.3%	100.0%
	Rajoittaa hiukan	Lukumäärä	4	3	1	8
		%	50.0%	37.5%	12.5%	100.0%
	Rajoittaa paljon	Lukumäärä	1	0	1	2
		%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	34	4	4	42
		%	81.0%	9.5%	9.5%	100.0%

			Kys14_B Vähemmän tulosta		Yhteensä
			Kyllä	Ei	
Kys14_A Vähemmän tulosta	Kyllä	Lukumäärä	7	9	16
		%	43.8%	56.3%	100.0%
	Ei	Lukumäärä	2	22	24
		%	8.3%	91.7%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	9	31	40
		%	22.5%	77.5%	100.0%

			Kys 15_B Terveys rajoite		Yhteensä
			Kyllä	Ei	
Kys 15_A Terveys rajoite	Kyllä	Lukumäärä	13	6	19
		%	68.4%	31.6%	100.0%
	Ei	Lukumäärä	6	16	22
		%	27.3%	72.7%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	19	22	41
		%	46.3%	53.7%	100.0%

			Kys17_B Ajan vähentäminen		Yhteensä
			Kyllä	Ei	
Kys17_A Ajan vähentäminen	Kyllä	Lukumäärä	1	7	8
		%	12.5%	87.5%	100.0%
	Ei	Lukumäärä	3	30	33
		%	9.1%	90.9%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	4	37	41
		%	9.8%	90.2%	100.0%

			Kys18_B Aikaansaannos		Yhteensä
			Kyllä	Ei	
Kys18_A Aikaansaannos	Kyllä	Lukumäärä	5	16	21
		%	23.8%	76.2%	100.0%
	Ei	Lukumäärä	2	18	20
		%	10.0%	90.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	7	34	41
		%	17.1%	82.9%	100.0%

			Kys19_B Huolellisuus		Yhteensä
			Kyllä	Ei	
Kys19_A Huolellisuus	Kyllä	Lukumäärä	4	9	13
		%	30.8%	69.2%	100.0%
	Ei	Lukumäärä	0	27	27
		%	0.0%	100.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	4	36	40
		%	10.0%	90.0%	100.0%

			Kys20_B FyysVaikeus				Yhteensä	
			Ei lainkaan	Hieman	Kohtalaisesti	Melko paljon		
Kys20_A FyysVaikeus	Ei lainkaan	Lukumäärä	19	2	1	0	22	
		%	86.4%	9.1%	4.5%	0.0%	100.0%	
	Hieman	Lukumäärä	7	6	2	0	15	
		%	46.7%	40.0%	13.3%	0.0%	100.0%	
	Kohtalaisesti	Lukumäärä	1	0	0	1	2	
		%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	
	Melko paljon	Lukumäärä	3	0	0	0	3	
		%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	Erittäin paljon	Lukumäärä	0	1	0	0	1	
		%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	Yhteensä		Lukumäärä	30	9	3	1	43
			%	69.8%	20.9%	7.0%	2.3%	100.0%

			Kys24_B Elinvoimaa			Yhteensä
			Ei lainkaan	Jonkin aikaa	Koko ajan	
Kys24_A Elinvoimaa	Ei lainkaan	Lukumäärä	0	6	2	8
		%	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
	Jonkin aikaa	Lukumäärä	2	21	6	29
		%	6.9%	72.4%	20.7%	100.0%
	Koko ajan	Lukumäärä	1	2	2	5
		%	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	3	29	10	42
		%	7.1%	69.0%	23.8%	100.0%

			Kys25_B Hermostunut			Yhteensä
			Ei lainkaan	Jonkin aikaa	Koko ajan	
Kys25_A Hermostunut	Ei lainkaan	Lukumäärä	14	4	2	20
		%	70.0%	20.0%	10.0%	100.0%
	Jonkin aikaa	Lukumäärä	8	15	0	23
		%	34.8%	65.2%	0.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	22	19	2	43
		%	51.2%	44.2%	4.7%	100.0%

			Kys35_B Yhtä terve					Yhteensä	
			Ei pidä paikkaansa	Enimmäkseen ei pidä paikkansa	En osaa sanoa	Enimmäkseen pitää paikkansa	Ehdottomasti pitää paikkansa		
Kys35_A Yhtä terve	Ei pidä paikkaansa	Lukumäärä	1	5	0	1	1	8	
		%	12.5%	62.5%	0.0%	12.5%	12.5%	100.0%	
	Enimmäkseen ei pidä paikkaansa	Lukumäärä	0	0	1	2	2	5	
		%	0.0%	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%	
	En osaa sanoa	Lukumäärä	0	0	3	2	1	6	
		%	0.0%	0.0%	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%	
	Enimmäkseen pitää paikkansa	Lukumäärä	0	0	2	11	4	17	
		%	0.0%	0.0%	11.8%	64.7%	23.5%	100.0%	
	Ehdottomasti pitää paikkansa	Lukumäärä	1	0	0	2	4	7	
		%	14.3%	0.0%	0.0%	28.6%	57.1%	100.0%	
	Yhteensä		Lukumäärä	2	5	6	18	12	43
			%	4.7%	11.6%	14.0%	41.9%	27.9%	100.0%

			Kys21_B TunneVaikeus			Yhteensä	
			Ei lainkaan	Hieman	Kohtalaisesti		
Kys21_A TunneVaikeus	Ei lainkaan	Lukumäärä	17	8	0	25	
		%	68.0%	32.0%	0.0%	100.0%	
	Hieman	Lukumäärä	6	2	2	10	
		%	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%	
	Kohtalaisesti	Lukumäärä	1	3	0	4	
		%	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%	
	Melko paljon	Lukumäärä	2	1	0	3	
		%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	
	Erittäin paljon	Lukumäärä	0	1	0	1	
		%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	
	Yhteensä		Lukumäärä	26	15	2	43
			%	60.5%	34.9%	4.7%	100.0%

			Kys26_B Mieli matala			Yhteensä
			Ei lainkaan	Jonkin aikaa	Koko ajan	
Kys26_A Mieli matala	Ei lainkaan	Lukumäärä	25	2	2	29
		%	86.2%	6.9%	6.9%	100.0%
	Jonkin aikaa	Lukumäärä	8	6	0	14
		%	57.1%	42.9%	0.0%	100.0%
Yhteensä		Lukumäärä	33	8	2	43
		%	76.7%	18.6%	4.7%	100.0%

			Kys36_B Terveys heikkenee					Yhteensä
			Ei pidä paikkaansa	Enimmäkseen ei pidä paikkansa	En osaa sanoa	Enimmäkseen pitää paikkansa	Ehdottomasti pitää paikkansa	
Kys36_A Terveys heikkenee	Ei pidä paikkaansa	Lukumäärä	2	0	0	0	0	2
		%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Enimmäkseen ei pidä paikkaansa	Lukumäärä	3	5	1	0	0	9
		%	33.3%	55.6%	11.1%	0.0%	0.0%	100.0%
	En osaa sanoa	Lukumäärä	2	8	12	3	0	25
		%	8.0%	32.0%	48.0%	12.0%	0.0%	100.0%
	Enimmäkseen pitää paikkansa	Lukumäärä	0	1	4	0	0	5
		%	0.0%	20.0%	80.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Ehdottomasti pitää paikkansa	Lukumäärä	0	0	1	0	1	2
		%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
	Yhteensä	Lukumäärä	7	14	18	3	1	43
		%	16.3%	32.6%	41.9%	7.0%	2.3%	100.0%