



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

IKÄIHMISTEN HYVINVOINTI

Kokemuksia ikäihmisten hyvinvoinnista

Tanja Mustajärvi

Opinnäytetyö
Joulukuu 2015
Sosiaaliala (YAMK)



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosionomi, ylempi AMK-tutkinto

TANJA MUSTAJÄRVI:
Ikäihmisten hyvinvointi
Kokemuksia ikäihmisten hyvinvoinnista

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Joulukuu 2015

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Parkanolaisten kotona asuvien ikäihmisten hyvinvoinnista sekä palvelutarpeesta nyt ja lähitulevaisuudessa. Tutkimus toteutettiin osana ikäihmisten hyvinvointisuunnitelmaa. Tutkimuksen avulla haluttiin saada esiin ikäihmisen subjektiivinen kokemus oman hyvinvointinsa tilasta. Opinnäytetyön teoreettiset näkökulmat olivat: ikäihmisten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi.

Tutkimus toteutettiin määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Strukturoitu kyselylomake lähetettiin postitse 200:lle parkanolaiselle ikäihmiselle. Saatu aineisto syötettiin Excel-ohjelmaan ja analysointiin SPSS Statistics tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen tilastollisin menetelmin, joista hyödynnettiin muun muassa keskiarvoja, t-testiä sekä Pearsonin korrelaatiokerrointa.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että eniten parkanolaisten ikäihmisten hyvinvointia heikentää fyysisen toimintakyvyn ja liikuntakyvyn vajeet. Myös psyykkiset ongelmat rasittavat parkanolaisia ikäihmisiä, sillä noin 30 % vastaajista ei ole tyytyväinen psyykkisen hyvinvointinsa tämän hetkiseen tilaan. Sosiaalisen hyvinvoinnin kokemus vastaajilla oli kohtuullisen hyvällä tasolla, 10 -20 % vastaajista kokee jonkinasteista heikkenemistä sosiaalisen hyvinvoinnin saralla. Tästä huolimatta yksinäisyyttä kokee noin 23 % vastaajista, joka tarkoittaa perusjoukkoon suhteutettuna lähes 200 ikäihmistä.

Tutkimuksen tulosten perusteella ikäihmisten hyvinvointiin tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota yksin asuvien sekä taajaman ulkopuolella asuvien ikäihmisten osalta. Myös yksinäisyyden kokemuksen ennaltaehkäisyyn on syytä kiinnittää huomiota. Parkanolaiset ikäihmiset arvioivat tarvitsevansa nyt ja lähitulevaisuudessa sosiaali – ja terveyspalveluista eniten lääkäri – ja erikoislääkäripalveluja, laboratoriotutkimuksia sekä kotihoitoa. Myös kuntoutuksen palveluja arvioitiin tarvittavan tulevaisuudessa entistä enemmän.

Asiasanat: hyvinvointi, ikäihmiset, elämänlaatu, vanhuus, toimintakyky

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Social Services

TANJA MUSTAJÄRVI:
Well-Being of the Elderly
Experiences on the Well-Being of Elderly People

Master's thesis 62 pages, appendices 10 pages
December 2015

The purpose of this thesis was to gain information on the well-being and the need for services of elderly people living at home in Parkano, both currently and in the near future. The study was carried out as part of the Plan for the Well-Being of Elderly People in Parkano. With the help of this study, the subjective experience of the elderly person's well-being was exposed. The theoretical viewpoints of the thesis were: the physical, mental and social well-being of elderly people and their need for services.

The study was carried out based on quantitative research method. A structured questionnaire was mailed to 200 elderly people residing in Parkano. The collected data were entered in Excel and analyzed with SPSS Statistics program through statistical methods, utilizing average values, T-Test and Pearson Correlation Coefficient, for instance.

Based on the results, it can be stated that the main factors deteriorating the well-being of elderly people of Parkano are deficiencies in the ability to function physically and reduced mobility. In addition, mental problems strain the elderly of Parkano – approximately 30 % of the respondents were not satisfied with the current state of their mental well-being. The experienced social well-being was at a reasonably good level; 10–20 % of the respondents experienced some weakening in regard to their social well-being. In spite of this, 23 % of the respondents feel lonely, which, in proportion to the population, denotes nearly 200 elderly people.

Based on the results of this study, special attention should be paid to the well-being of elderly people living alone and/or outside the town center. Additionally, preventing the feeling of loneliness should be attended to. Of all social and health services, the elderly in Parkano estimate to need the services of medical doctors and specialists, laboratory tests and home care services the most, both now and in the near future. It was also stated that physical rehabilitation services may be needed more in the future.

Key words: well-being, elderly people, quality of life, old age, ability to function

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN JA NYKYTILAN KUVAUS	8
2.1	Valtakunnalliset tavoitteet ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi	8
2.2	Lait ja suositukset	9
2.3	Parkanon ikäohjelmaa ohjaavat arvot ja kehittämisenäkökulmat	10
2.4	Parkanon väestömäärä ja ennusteet	11
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE	15
3.1	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	15
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	17
4.1	Keskeisten käsitteiden määrittely	17
4.1.1	Hyvinvointi	17
4.1.2	Ikäihmisten hyvinvointitutkimus	19
4.1.3	Ikäihmisten fyysinen hyvinvointi	21
4.1.4	Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi	22
4.1.5	Ikäihmisten sosiaalinen hyvinvointi	23
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
5.1	Tutkimuksen menetelmällinen määrittely	26
5.2	Tutkimuksen vaiheet	27
5.3	Kohdejoukon määrittely ja aineiston keruu	27
5.4	Aineiston tilastollinen käsittely	28
6	TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1.1	Parkanolaisten yli 75-vuotiaiden terveydellinen - ja sosiaalinen hyvinvointi	32
6.1.2	Fyysisen hyvinvoinnin kokemus	32
6.1.3	Psyykkinen hyvinvointi	33
6.1.4	Sosiaalinen hyvinvointi	35
6.1.5	Yhteenveto parkanolaisten ikäihmisten hyvinvoinnin kokemuksista	37
6.2	Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö	38
6.2.1	Avun tarve viimeisen vuoden aikana	38
6.2.2	Avun tarve lähitulevaisuudessa	39
6.2.3	Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö viimeisen vuoden aikana	40
6.2.4	Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö lähitulevaisuudessa	42
6.2.5	Sosiaali- ja terveystalveluista tiedottaminen	43
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	44
7.1	Tutkimustulokset ja kehittämissuositukset	44

7.1 Opinnäytetyön reliabelius, validius ja eettisyys	46
LÄHTEET	48
LIITTEET	53
Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje.....	53
Liite 2. Kyselylomake	54

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen eliniän odotteen kasvaessa ja syntyvyyden alennuttua on maailmanlaajuinen ilmiö, jossa Suomi kulkee eurooppalaisittain kärjessä. Ikääntyneen väestön määrän lisääntyminen aiheuttaa yhteiskuntapolitiikalle monia haasteita, joihin varautuminen on jo alkanut. Ikääntymiseen liittyvien arvojen muutos ja aktiivinen ikäkäsitys on saanut aikaan sen, että tämän hetken vanhuspolitiikkaa ohjaa näkemys iäkkäiden henkilöiden osallisuuden vahvistamisesta. Ikääntynyt väestö nähdään resurssina, jota tulisi käyttää yhteiskunnan hyödyksi. Ikääntyneiden ihmisten hyvinvointi ja osallisuus yhteiskunnassa edellyttää myönteistä kuvaa ikääntymisestä. On myös otettava huomioon, että iäkkäät ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä. Ikäystävällinen yhteiskunta ottaa huomioon tämän moninaisuuden kirjon ja pystyy tarjoamaan iäkkäilleen mahdollisuuksia terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen sekä antamaan tarvittavan turvan ja huolenpidon.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia Parkanolaisten yli 75-vuotiaiden kotona asuvien ikäihmisten kokemaa hyvinvointia sekä ikäihmisten palvelutarvetta nyt ja tulevaisuudessa. Aihe nousi esiin Parkanon kaupungin ikäväestölle laadittavan hyvinvointisuunnitelman projektityöryhmässä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista astui voimaan 1.7.2013. Lain 5§:n mukaan kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi.

Ikääntyvän väestön hyvinvointisuunnitelmassa painotetaan kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Ikääntyvän väestön hyvinvointisuunnitelmassa on arvioitava muun muassa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilaa, ikääntyneelle väestölle tarjolla olevien palvelujen riittävyttä ja laatua sekä ikääntyneen väestön palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä.

Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelman projektityöryhmän kokouksessa nousi esiin tarve tutkia ikäihmisten kokemusta oman hyvinvointinsa tilasta sekä siihen liittyvistä seikoista. Tarjolla olevista palveluista sekä niiden laadusta saadaan tietoa asiakastietojärjestelmästä sekä säännöllisesti tehtävistä asiakastytyväiskyselyistä,

joten palveluiden arviointi rajautuu tämän työn ulkopuolelle. Palvelutarpeesta nyt ja tulevaisuudessa päädyttiin kysymään kunnallisten palveluiden osalta. Parkanolaisten ikäihmisten hyvinvoinnin kokemuksesta ei ole aikaisemmin tehty kyselytutkimusta. Ikääntyvien oman äänen esiin saaminen ja ikääntyvien mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen ovat perusteluina tämän tutkimuksen tarpeellisuudesta.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN JA NYKYTILAN KUVAUS

2.1 Valtakunnalliset tavoitteet ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001 ja 2008. Vuonna 2013 laatusuositus uudistui huomioon ottamaan ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. (STM julkaisuja 2013:11, 9-10)

Yhteiskunnan on mukauduttava laajasti entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavia toimia tulee edistää. Tulevaisuudessa ja jo tällä hetkellä tarvitaan esteettömiä asuin – ja elinympäristöjä, toimivia liikenne- ja palveluratkaisuja, monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Sosiaali – ja terveyspalvelujen tulisi olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakkaita, ellei keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi. (STM 2013:11, 15.)

Iästä ja toimintakyvystä riippumatta kuntalaisilla tulee olla mahdollisuus elää omanlaisiaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Hyvä elämänlaatu ei ole pelkästään hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tai hoidon ja huolenpidon tarpeeseen vastaamista. Kyse on laajasti hyvän elämänlaadun ja toimivan arjen turvaamisesta. Näkökulma ei saa kaipautua siihen, että iäkkäät ihmiset nähtäisiin vain palveluiden tarvitsijoina ja käyttäjinä. Iäkäs ihminen on aina, omien voimavarojensa mukaisesti, osallistuja ja toimija. Iäkäs ihminen asettaa itse omat tavoitteensa, valikoi kiinnostuksen kohteensa ja toimintatansa sekä arvioi omaa toimintaansa. (STM 2013:11, 15)

Ikääntyminen heikentää ihmisen edellytyksiä suoriutua monista tehtävistä, mutta toimintakyvyn alenemista voidaan ehkäistä ja hidastaa monin tavoin. Mikäli iäkäs ihminen ei suoriudu enää omin avuin päivittäisistä toimista, hänen tarvitsemansa palvelut tulee toteuttaa niin, että hänen itsenäistä suoriutumistaan ja jäljellä olevaa toimintakykyään

tuetaan. Hyvinvointia edistäviä palveluita ja siihen kuuluvaa ohjausta pitää sisältyä tarpeen mukaan kaikkiin iäkkäiden palveluihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 5.)

2.2 Lait ja suositukset

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), jatkossa vanhuspalvelulaki, koskee koko Suomen 63 vuotta täyttäneitä väestöä. Vanhuspalvelulain tavoitteena on lisätä väestön mahdollisuuksia osallistua heille tarjottavien sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnitteluun sekä lisätä palveluiden käyttäjien osallisuutta korostaa ennaltaehkäisevien palvelujen, kuntoutuksen ja kotiin annettavien palvelujen vaikuttavuutta. Lain keskiössä on iäkkäiden ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen, itsenäisen selviytymisen tukeminen, iäkkäiden osallisuuden parantaminen sekä palveluiden laadun parantaminen.

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013:11) tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisessa ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (vanhuspalvelulaki) annetun lain toimeenpanoa. Uudistuneen laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntia niiden kehittämistyössä:

- Parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja laatua sekä edistää laadun järjestelmällistä arviointia;
 - Asettamalla perustellut laadulliset ja määrälliset, lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet keskeisille laadun parantamista vaativille osa-alueille ja
 - Osoittamalla tavoitteiden saavuttamisen todentamiseen indikaattorit
- Edistää yhteistyötä eri toimijoiden kesken
- Tukea vanhuspalvelulain ja Kaste-ohjelman toimeenpanoa
- Tukea asennemuutosta, ikäystävällisten asenteiden vahvistumista ja toiminnan eettistä perustaa.
- Kannustaa iäkkäitä kuntalaisia osallistumaan ja vaikuttamaan sekä kehittämään palveluja.

Ikäystävällisen Suomen rakentamiseksi suositus nostaa esille seitsemän tema-aluetta:

1. osallisuus ja toimijuus
2. asuminen ja elinympäristö
3. mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen
4. oikea palvelu oikeaan aikaan
5. palvelujen rakenne
6. hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä

7. johtaminen

Suositusten läpileikkaavana periaatteena on iäkkäiden osallisuuden turvaaminen niin, että iäkkäiden ihmisten ääni kuuluu kaikessa päätöksenteossa, joka heitä koskee. (STM 2013:11, 10, 16 -17.)

2.3 Parkanon ikäohjelmaa ohjaavat arvot ja kehittämisenäkökulmat

Tutkimuksen tekohetkellä Parkanon kaupungin sosiaali- ja terveystyöpalvelut tuotti Parkanon kaupunki. Parkanon ikäpolitiikkaa ohjaavat pitkälti laatusuositusten mukaiset arvot. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008) keskeisimmäksi arvoksi ikäihmisten hoidossa ja huolenpidossa on määritelty **ihmisarvon kunnioittaminen**. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää tiedostettuja arvovalintoja, jotka tehdään näkyväksi toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi arvoiksi. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita ovat:

Itsemääräämisoikeus, ikäihmisen tekee tietoisia valintoja oman elämänsä suhteen, kuten kuka tahansa aikuinen ihminen. Tarvittava tietoa ja tuki päätöksentekoa varten on turvattava asianmukaisesti. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ja tukea ikäihmisten voimavaroja tunnistamalla ja vahvistamalla sekä käyttämällä niitä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti.

Oikeudenmukaisuus, palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuutta turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa tämän lisäksi muun muassa syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista ja erilaisuuden hyväksymistä.

Osallisuus tarkoittaa yksilötasolla osallisuuden näkyväksi tekemistä toimintakyvyn ylläpitämisessä ja vahvistamisessa sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisesta siten, että ihminen on ikääntyessäänkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Yhteiskunnan tasolla sosiaalinen osallisuus tarkoittaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen.

Yksilöllisyys korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena, yksilöllisenä persoonana. Palveluiden suhteen tehtäviä päätöksiä on arvioitava myös siltä kannalta, miten ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämä mielekkääksi. Yksilöllisyys on vapautta, osallisuutta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuuta omaa elämää koskevissa valinnoista.

Turvallisuudella tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden kokemusta. Turvallisuuden periaatetta voidaan toteuttaa muun muassa turvaamalla sosiaalisen tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu sekä luottamus palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä, huolehtimalla asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta sekä ehkäisemällä tapaturmia, väkivaltaa ja kaltoinkohtelua. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.)

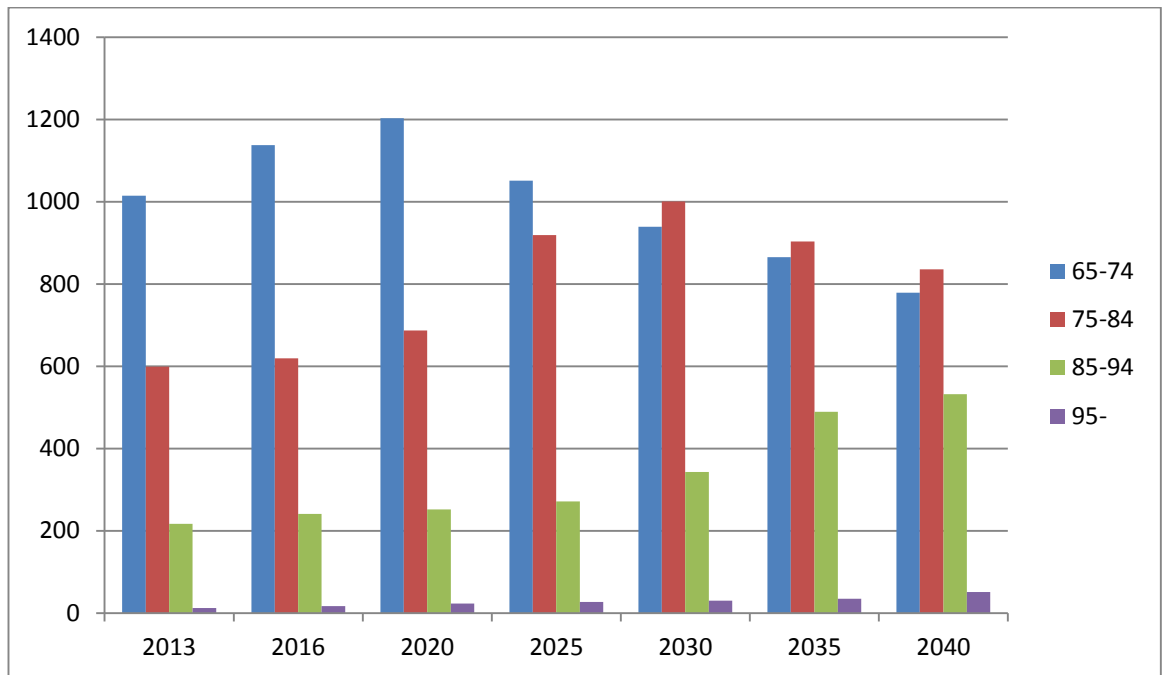
Parkanon kaupunki on ikäihmisten hyvinvointisuunnitelman yhteydessä laatinut ikäänntyneen väestön palvelurakenteen kehittämissuunnitelmat vuosille 2014 -2025. Suunnittelu-kauden tavoitteet koostuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, kotihoidon ensisijaisuuden ja riittävyyden turvaamisesta, ympärivuorokautisten palveluiden kehittämisestä sekä henkilöstön saatavuuden ja osaamisen tason varmistamisesta.

Tulevaisuudessa ikäihmisten ennaltaehkäisevien palveluiden pääpaino on erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Ikäihmisten palveluissa terveysneuvonnan tulee sisältyä kaikkien vanhuspalveluissa työskentelevien työnkuvaan. Hyvinvoinnin edistämisessä neuvonnalla ja ohjauksella pyritään saavuttamaan asiakkaalle tietoa palveluista jo ennen niiden varsinaista tarvetta. (Parkanon ikäänntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma 2014 - 2025.)

2.4 Parkanon väestömäärä ja ennusteet

Merkittävin väestörakenteen muutos Parkanossa ja koko Suomessa on väestörakenteen vanheneminen. Vuoden 2013 alussa Parkanossa oli 6878 asukasta. Tilastokeskuksen (2013) väestöennusteen mukaan vuonna 2025 Parkanossa olisi asukkaita 6535. Väestömäärän kehityksen suunta on aleneva. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhemmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaasti, samalla vähenee lasten ja työikäisen väestön määrä. (STM 2013:11, 13)

Parkanon ikääntyvien väestöennuste ikäluokittain vuosina 2013–2040.



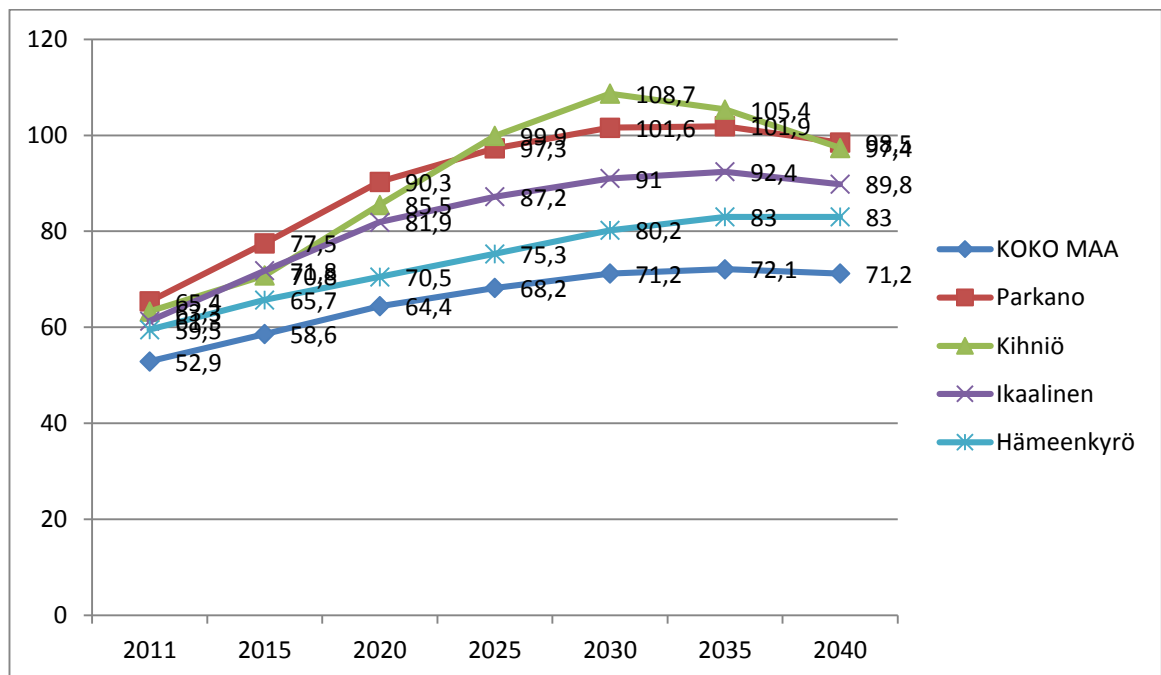
Tilastokeskus

Taulukko 1. Parkanolaisten yli 65-vuotiaiden väestöennuste 2013–2040.

Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä ei ole kyse pelkästään iäkkäiden määrän muutoksesta, vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen sekä suurten ikäluokkien eläköityminen. Vuonna 2020 suuret ikäluokat ovat 75-vuotiaita. Väestön ikärakenne tulee muuttumaan voimakkaasti seuraavan kymmenen vuoden sisällä. Parkanossa ikärakenteellisesti voimakkaimmin kasvaa 65-84 – vuotiaiden ikäluokka. (STM 2013:11, 13.)

Parkanon väestöllinen huoltosuhde kasvaa ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä. Väestöllinen huoltosuhde kuvaa montako työelämän ulkopuolella olevaa henkilöä (lapset 0-14v. ja ikääntyneet yli 65v.) on yhtä työkäistä (15-65v.) kuntalaista kohti. Huoltosuhde-ennuste perustuu tämänhetkisiin väestöennusteisiin.

Väestöllinen huoltosuhde Parkanon ja koko maan osalta 2015–2040



Tilastokeskus

Taulukko 2. Väestöllinen huoltosuhde-ennuste Parkanon ja koko maan osalta.

Parkanossa vuonna 2011 väestöllinen huoltosuhde oli 65,4 prosenttia. Vuoteen 2040 mennessä huoltosuhteen ennustetaan nousevan 98,5 prosenttiin (Parkanon ikääntyvän väestön hyvinvointisuunnitelma).

Väestöllinen huoltosuhde on indikaattori, jota käytetään yleisesti mittaamaan kansakunnan taloudellista kestävyyttä. Sen lähtökohtana on, että väestö jaetaan ikäryhmiin ja oletetaan joidenkin käyvän töissä ja toisten ei. Valtaosa ikääntyneistä on kuitenkin itsenäisesti pärjääviä seniorikansalaisia, eivätkä ikääntyneet ole yhtenäinen ryhmä, tästä syystä indikaattoria on syytetty myös leimaavaksi. (Kiljunen 2015, 35,38.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

3.1 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Hyvinvoinnilla on monia ulottuvuuksia ja monesti tutkimuksissa hyvinvointia lähestytään objektiivisesti mittaamalla terveydellisiä, taloudellisia, koulutuksellisia ynnä muita resursseja. Hyvinvoinnilla on kuitenkin myös subjektiivinen, kokemuksellinen puoli. Samassa tilanteessa olevat ihmiset voivat kokea hyvinvointinsa eri tavalla, omista lähtökohdistaan käsin.

Parkanon ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelman projektityöryhmän kokouksessa nousi esiin tarve tutkia ikäihmisten kokemusta oman hyvinvointinsa tilasta sekä siihen liittyvistä seikoista sekä ikäihmisten tarvitsemista palveluista nyt ja tulevaisuudessa. Käytettävistä olevista palveluista sekä niiden laadusta saadaan tietoa asiakastietojärjestelmästä sekä säännöllisesti tehtävistä asiakastytyväiskyselyistä. Tutkimukseni tavoitteena on saada tietoa Parkanolaisten ikäihmisten kokemasta hyvinvoinnista sekä siitä minkälaisia palveluja ikäihmiset tarvitsevat nyt ja arvioivat tarvitsevansa lähitulevaisuudessa. Tavoitteena on saada tietoa ikäihmisten subjektiivisesta hyvinvoinnin kokemuksesta ja näin ollen tukea ikäihmisten osallisuuden mahdollisuutta heitä koskevien kehittämislinjausten ja palvelujen suunnittelussa.

Koettu terveys ennustaa tutkimusten mukaan hyvin tulevaisuuden terveyspalvelujen käyttöä ja pitkäaikaishoidon tarvetta. Eniten näyttöä on kuitenkin sen kyvystä ennustaa kuolleisuutta. Useimmissa tutkimuksissa kuolleisuus näyttää olevan alhaisinta niillä, jotka arvioivat terveytensä erittäin hyväksi. Positiivinen tapa suhtautua asioihin ja optimistinen luonteenlaatu ovat terveydelle hyväksi ja pidentävät ikää. Tutkimuksissa on löydetty viitteitä siitä, että optimistinen perusasenne on terveyttä suojaava tekijä. Kun tilastollisissa analyyseissa vakioidaan sairauksien, toimintakyvyn ja muiden mitattujen terveyden ulottuvuuksien vaikutus, koetun terveyden yhteys kuolleisuuteen heikkenee sitä enemmän, mitä paremmin vakioidut indikaattorit kuvaavat terveyttä. Monissa tutkimuksissa koettu terveys on vakiointien jälkeenkin jäänyt tärkeäksi kuolleisuuden ennustajaksi; se on siis kyennyt kuvaamaan tutkittujen yleistä fyysistä terveydentilaa paremmin kuin muut samassa tutkimuksessa käytetyt mittarit. (Jylhä & Leinonen 2013, 387-388.) Koetun hyvinvoinnin tutkimus näyttää näin ollen olevan jopa yllättävän suurella roolilla tulevaisuuden hyvinvointitutkimuksessa ikäihmisten keskuudessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema viides tutkimusraportti suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipolitiikan kehityksestä tarjoaa ainutlaatuista tietopohjaa hyvinvointipolitiikan arviointiin ja kehittämiseen. Raportin tulosten mukaan suomalaisten terveys on jatkanut kohentumistaan ja valtaosalla väestöstä on hyvä elämänlaatu. Hyvinvoinnin eriarvoisuus on kuitenkin kasvanut ja tulokset nostavat esiin sosiaalisen kestävyuden kysymykset. Kyseisessä raportissa julkaistun tutkimuksen mukaan Suomi on hyvä maa vanheta, vaikkakaan kaikki ikäihmiset eivät pääse tästä myönteisestä kehityksestä osallisiksi. Tutkimustulosten valossa muun muassa tarvittavien kotipalvelujen ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen, pienituloisten toimeentulon turvaaminen sekä vapaa-ajan toimintoihin osallistumisen tukeminen ja yksinäisyyden lieventämiseen ovat keinoja kohentaa iäkkäiden elämänlaatua. (Vaarama, Mukkila, & Hannikainen-Ingman, 2014, 54.)

Omassa opinnäytetyössäni olen kiinnostunut ikäihmisten kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnin kokemuksesta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueilla. Terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kysymykset painottuvat määrällisesti siten, että eniten kysymyksiä oli sosiaaliseen hyvinvointiin liittyen, toiseksi eniten psyykkiseen hyvinvointiin liittyen ja kolmanneksi fyysiseen hyvinvointiin liittyen.

Opinnäytetyötäni ohjaavia kysymyksiä ovatkin:

1. Millaiseksi parkanolaiset ikäihmiset kokevat hyvinvointinsa?
2. Millainen on ikäihmisten palvelutarve nyt ja lähitulevaisuudessa?

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Keskeisten käsitteiden määrittely

4.1.1 Hyvinvointi

Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat hyvinvoinnin ulottuvuudet ja ikäihmisten hyvinvointi.

Hyvinvointitutkimuksia on tehty runsaasti Suomessa ja muualla. Hyvinvoinnin tutkiminen on haasteellista ja osaltaan haasteellisuutta lisää hyvinvoinnin moniulotteisuus. Ensimmäisiä suomalaisia urauurtavia hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia on Erik Allardin julkaisema teos Hyvinvoinnin ulottuvuuksia vuodelta 1976. Hän vertasi hyvinvointia (elintaso ja elämänlaatua) pohjoismaisissa yhteiskunnissa. (Allard 1976, 13.) Myöhemmin julkaistut tutkimukset ovat saaneet viitteitä hänen hyvinvointimäärittelystään (having, loving, being). Allardt määrittelee hyvinvoinnin tarvekäsitteen avulla. Allardtin mukaan hyvinvointi on tila, jossa ihmisillä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytyksi. Allardtin mukaan Pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen käsitejärjestelmään kuuluu kaksi perustavaa erottelua:

- 1) Hyvinvointi – onni (onnellisuus). Hyvinvointi on määritelty tarvekäsitteen avulla: hyvinvoinnin aste määräytyy tarpeentyydytyksen asteesta. Onni sen sijaan liittyy ihmisen subjektiivisiin elämyksiin ja tunteisiin: onnellisuus riippuu siitä, kuinka onnelliseksi ihmiset itsensä kokevat tai tuntevat. Erottelu merkitsee, että hyvinvointi on objektiivisempi kategoria kuin onnellisuus.
- 2) Elintaso – elämänlaatu. Elintaso koostuu aineellisista resursseista, joilla yksilö voi ohjalla elinehtojaan. Elintaso liittyy siis niihin tarpeisiin, joiden tyydytys on määritelty aineellisten resurssien esiintymisen avulla. Tällaiset tarpeet koskevat tuloja, asuntoa, työllisyyttä jne. Sen sijaan sosiaalisten ja itsensä toteuttamisen tarpeiden tyydytystä ei ole määritelty aineellisten resurssien avulla, vaan inhimillisten suhteiden laadun perusteella. Tällaisten tarpeiden tyydytystä sanotaan elämänlaaduksi

Tärkeätä on se, että hyvinvoinnin katsotaan koostuvan sekä elintasosta, että elämänlaadusta ja molempia oletetaan voitavan mitata ja molempien tutkimisessa voidaan käyttää sekä objektiivisiä, että subjektiivisiä kriteereitä.

Hyvinvoinnin osa-alueiksi Allardt on määritellyt elintason (having), yhteisyyssuhteet (loving) sekä itsensä toteuttamisen (being) (Allardt 1976. 32, 35, 38).

Tutkija Juho Saari toteaa, että hyvinvointi on usein moniulotteinen ilmiö, vaikka tutkijat pyrkivät yhteismitallistamaan sen eri ulottuvuuksia. (Saari 2011, 15.) Suomessa hyvinvointitutkimus on voimistunut ja systematisoitunut 1990-luvun vaikeiden vuosien jälkeen ja on 2010-luvun alussa vakaalla pohjalla. Tilastokeskuksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sektoritutkimuslaitosten, ja muiden vakiintuneiden tutkimuslaitosten kiinnostus hyvinvointitutkimusta kohtaan on mahdollistanut laajapohjaiset kyselyt ja tilastoaineistojen systemaattisen hyödyntämisen. Tutkimuksen kentillä on tehty monia mielenkiintoisia avauksia muun muassa resurssipohjaisen ja koetun hyvinvoinnin yhdistämiseksi. Hyvinvointitutkimuksen lupaavimmissa uusissa avauksissa yhdistetään muun muassa motivaatio-, elämänhallinta-oikeudenmukaisuus- ja eriarvoisuustutkimuksia. (Saari 2011, 353-354.)

Elämänlaadun käsitettä - johon tässä ja monissa esittelemissäni tutkimustuloksissa viitataan – käytetään kirjavasti eikä sillä ole yhtä yleisesti hyväksyttyä teoriapohjaa tai määritelmää. (Rapley, 2003. Vaarama ym. 2014, 41 mukaan). Käsite samaistetaan kuitenkin usein koettuun hyvinvointiin (George 2005. (Vaarama ym. 2014, 41 mukaan.)

Suomalaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on taata kaikille kansalaisille tasarvoiset mahdollisuudet hyvinvointiin ja hyvää elämää. Keinoina tavoitteen saavuttamiseksi nähdään hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja väestön toimintakyvyn tukeminen, eriarvoisuuden vähentäminen, köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen, erilaiset aktivoivat toimet sekä ympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen. (Vaarama, Siljander, Luoma, Meriläinen 2010, 126.)

4.1.2 Ikäihmisten hyvinvointitutkimus

Suomalaisten hyvinvoinnin ja hyvinvointierojen seuranta ja arviointi ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) perustehtäviä. Perinteisesti hyvinvoinnin osatekijät on jaettu karkeasti kolmeen kokonaisuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin sekä koettuun hyvinvointiin. Koettu hyvinvointi eroaa monella tapaa materiaalisesta hyvinvoinnista. Ihmisen tyytyväisyyttä omaan elämäänsä määrittävät terveys ja elintaso, mutta myös yksilön oletus siitä millainen hänen terveytensä ja materiaallinen elintasonsa tulisi olla. Ikäänsä nähden hyväkuntoinen kokee yleensä terveytensä hyväksi, vaikka iän tuomia vaivoja olisikin. Kun elintaso turvaa inhimilliset tarpeet, koettua hyvinvointia määrittäviksi tekijöiksi nousevat yhä enemmän muut kuin hyvinvoinnin aineelliset tekijät. Kattava kuva hyvinvoinnista edellyttää tarkastelua moniulotteisesti siten, että yhdistetään erilaiset sosio-ekonomiset mittarit yksilöiden omiin kokemuksiin ja arvioihin. (Vaarama & Moisio & Karvonen 2010, 11, 13-14.)

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että ikääntyneiden elämänlaadulle ja hyvinvoinnille ovat tärkeitä paljolti samat asiat kuin muillekin ikäryhmille eli hyvä fyysinen terveys, toimivat sosiaaliset verkostot, psyykinen hyvinvointi ja riittävä toimeentulo (Hughes 1990; Bowling 1997 ja 2007; Diener & Seligman 2002; Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2008; Vaarama ym. 2010, 150 mukaan). Ikääntyneiden hyvinvointi on erilaisten indikaattorien valossa kehittynyt myönteisesti: asumisen ja lähipalvelujen saatavuuden ongelmat ovat vähentyneet, taloudellinen tilanne parantunut, koettu terveys sekä päivittäinen toimintakyky parantuneet. Yksinasuminen, joka on myös hoivapalvelujen riskitekijä, on kuitenkin lisääntynyt. Kotona asuvilla myös arjen toimintakyvyn ongelmien kokeminen on yleistynyt, ja kun tämä liittyy suurelta osin kodin ulkopuolisiin toimintoihin ja liikkumiseen ulkona on kyse ainakin jossain määrin asuinympäristöjen esteettömyyteen liittyvistä kysymyksistä. Mittavia toimintakyvyn vajeita omaavien osuus on myös hieman lisääntynyt ja tämä liittyy siihen, että kotona asuu yhä enemmän hyvin iäkkäitä ihmisiä. (Vaarama ym. 2006, Vaarama 2008, Valtioneuvoston kanslian julkaisun 1/2009 : Ikääntymisraportti 183 mukaan.)

Hyvinvoinnin on todettu vaihtelevan maan eri osissa koko sen ajan, jolta tietoja on ollut käytössä. Varsinkin suurimmille kaupungeille leimallisia hyvinvoinnin ongelmia ovat asunnottomuus ja asumisahtaus. Maaseudun erityispiirteenä puolestaan on sosiaalinen eristyneisyys ja hyvinvointipalvelujen huono saatavuus. Myös ikääntymiseen liittyvät

ongelmat näkyvät selvemmin juuri syrjäseuduilla, leimallisimmin huono terveyden tila. (Karvonen & Kauppinen & Ilmarinen 2010, 218.)

Väestön ikääntyminen merkitsee väistämättä lisääntyvää sairastavuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä, sekä hyvinvointia heikentävää toiminnanvajavuutta. Tästä syystä ikäihmisen toimintakyky ja sen arviointi ovat olleet kasvavan tutkimustyön ja monenlaisen käytännön sovellusten kohteena. Toimintakyvyn arvioinnin tarve on kytkettävissä useasta eri näkökulmasta nouseeseen motiiviin hankkia tietoa siitä, miten toimintakyky muuttuu ikääntymisen myötä, mitkä tekijät vaikuttavat toimintakyvyn eri osa-alueiden kehitykseen ja muutoksiin. Ikääntymistä koskevassa tutkimustyössä toimintakyky on usein jaoteltu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Näitä ulottuvuuksia on tutkittu eri tieteenaloilla eri tavoin painottaen. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278.)

Gerontologisessa elämänlaadun tutkimuksessa viitataan usein Powell M. Lawtonin ”hyvän elämän” malliin (1983) sekä sen myöhempään versioon (Lawton 1991). Lawton näkee iäkkäiden elämänlaadun koostuvan neljästä toisiaan sivuavasta ulottuvuudesta: fyysinen terveys ja käyttäytymisen kompetenssi, psyykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, ja sosiaalinen identiteetti sekä yksilön kykyjen ja ympäristön vaatimusten välinen yhteensopivuus (person-environment-fit). Lawton käsittää ympäristöllä fyysisen ja emotionaalisen asuin- ja elinympäristön lisäksi myös yhteiskunnan järjestämien palvelujen antaman tuen, esimerkiksi liikenneyhteyksien, vapaa-ajan toimintojen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen saavutettavuuden ja niiden kyvyn kompensoida toimintakyvyn puutteita. Lisäksi ympäristöön sisältyy aineelliset elinolot. Johtoajatuksena on, että mitä enemmän toimintakyvyssä on puutteita, sitä enemmän ihminen tarvitsee ympäristön tukea selviytyäkseen elämässään. (Vaarama ym. 2010, 151.)

Tutkittaessa iäkkäitä käytetään myös käsitettä hoivasta riippuvainen elämänlaatu. Mallin perusajatus on, että hyvä elämänlaatu tukee aktiivista ja hyvää ikääntymistä sekä suojaa ennenaikaiselta avuttomuudelta, siksi myös hoito- ja hoivapalvelujen tulisi ottaa iäkkäiden asiakkaidensa elämänlaadun tukeminen tietoiseksi tavoitteeksi. Tällöin hoidon ja palvelujen tulisi kohdistua kaikille niille elämänlaadun ulottuvuuksille, joilla yksilöllinen avun ja tuen tarve ilmenee. Mallin mukaan elämänlaatua tukevan palvelun peruselementit ovat asiakkaan autonomian, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen identiteetin tukeminen, asuin- ja elinympäristön soveltuvuutta lisäävien muutosten to-

teuttaminen ja muun tarvittavan hoidon ja tuen järjestäminen. Iäkkään asiakkaan elämänlaatua kohentaa, mikäli häntä kohdellaan arvostavasti. (Vaarama & Tiit 2008; Vaarama 2009. Vaarama ym. mukaan 2010, 151.)

Tuoreen ikäihmisten elämänlaatua ja elinoloja koskevan tutkimuksen tulokset osoittavat, että korkeassa iässä ulkopuolisen avun tarve tulee vääjäämättä vastaan, ja yhteiskunnan pitää hyväksyä se. Pitkäikäisyyden yleistyessä iäkkäiden palvelutarve ei tule vähenemään, ja tähän tulee myös julkisen sektorin varautua. Pitkät lähipalvelumatkat ovat merkittävä elämänlaatua heikentävä tekijä kaikille 80 vuotta täyttäneille. Palvelujen saavutettavuuden helpottamiseksi tarvitaan sekä kuljetuspalveluja että liikkuvia kohtiin tuotavia palveluja. Koti – ja terveyspalvelujen lisäksi tarvitaan myös harrastus- ja vapaa-ajan toimintoja sekä riittävää tiedonsaantia itselle tärkeistä asioista. (Vaarama ym. 2014, 55.)

4.1.3 Ikäihmisten fyysinen hyvinvointi

Ikääntymiseen liittyvät muutokset jaotellaan usein sairauksien aiheuttamiin muutoksiin ja normaalista vanhenemisestä johtuviin muutoksiin. Harvat säilyvät ilman kliinistä diagnoosia korkeaan ikään saakka. Sairauksista vapaata vanhenemistä on kutsuttu myös terveeksi vanhenemiseksi. Onnistuneeseen vanhenemiseen puolestaan katsotaan sisältyvän kolme pääkomponenttia: sairauksien ja niihin liittyvien toiminnanvajavuuksien ehkäiseminen, hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä aktiivinen elämänote. (Heikkinen ym. 2013, 393.)

Fyysistä hyvinvointia uhkaa usein toimintavajaudet, jotka liittyvät päivittäisistä toimista selviytymiseen. Näiden toimintavajeiden taustalla on lukuisia tekijöitä. Niihin kuuluvat muun muassa sukupuoli, koulutustaso, krooniset sairaudet, kognitiivinen ja fyysinen suorituskky, tupakointi, masentuneisuus, yksinäisyys ja fyysisen aktiivisuus sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön ominaisuudet. Fyysinen aktiivisuus on osoittautunut hyväksi keinoksi ylläpitää ja parantaa toimintakykyä ja sitä kautta itsenäisen elämän edellytyksiä. Fyysinen aktiivisuuden kokonaisuus, liittyy muun muassa parempaan tasapainoon, kävelynopeuteen, jalkojen lihasvoimaan, kestävyYTEEN, kognitiiviseen kyvykkyYTEEN ja mielialaan. (Heikkinen, Kauppinen, & Laukkanen 2013, 301.)

Fyysisen ympäristön ominaisuuksilla on todettu olevan useita ihmisen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Ikääntyessä aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot saattavat heikentyä ja sitä myötä kyky selvitä päivittäistä toiminnoista turvallisesti vaarantuu. Myös pitkäaikaissairaudet voivat rajoittaa ikääntyneiden arkielämää. Tällöin keskeiseksi nousee arjen toiminnot turvallisesti mahdollistava fyysinen ympäristö. (Elo 2006, 37.)

4.1.4 Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi

Ikääntyessä eletty elämä ja sen rajallisuus tulevat tietoisuuteen monellakin tavalla. Elämä on täyttynyt monenlaisista tapahtumista. Omaa elämäänsä voi katsella kuin kudelmää, jossa on monenväristä lankaa ja nidettä ja näiden lankojen ja niteiden tasapainosta johtuu, näkeekö jäljellä olevan tulevaisuuden myönteisenä ja rakentavana vai katkerana, kielteisenä ja elämänhalua syövä. Oman eletyn elämän voi kyetä näkemään joukkona merkityksellisiä tapahtumia, joista syntyy kokonaisuus, johon voi olla tyytyväinen. Voi katsella elämäänsä ja todeta, että minun tarinani on ainutkertainen koko maailmassa, koska niitä on vain tämä yksi ja ainoa. (Saaristo, 2011, 134.) Iäkkäät ihmiset etsivät elämän merkitystä eri tavoin. Elämän merkityksen kokeminen on yksilöllistä, mutta samalla yhteisöllistä ja kulttuurista. Hyvä elämä merkitsee eri ihmisille erilaisia asioita. (Tenkanen 2007, 184-185.)

Psyykkiset ongelmat ja mielen tasapainoa uhkaavat olosuhteet ovat tämän hetken ikääntyvän yhteiskunnan keskeisiä haasteita. Mielenterveys on tärkeä osa iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja hyvää vanhuutta. (Saarenheimo, 2003, 11) Gerontologiassa on jo pitkään tarkasteltu koettua terveydentilaa todetun terveydentilan rinnalla, ja näyttää kiistatonta, että koettu terveys on yksi jäljellä olevan eliniän pituuteen voimakkaimmin korreloivista tutkimusmuuttujista. Koetun psyykkisen hyvinvoinnin tarkastelu on kuitenkin huomattavasti haastavampaa kuin koetun fyysisen terveyden tarkastelu varsinkin ikäihmisten keskuudessa. (Saarenheimo, 2003, 91.)

Psyykkisten ongelmien syyt ovat vain harvoin yksioikoiset. Pikemminkin kyse on monimutkaisista tapahtumakuluista, joissa biologiset tekijät, henkilön aikaisempi elämänsä historia, pitkittynyt psyykkinen kuormitus, ajankohtainen laukaiseva tekijä, sosiaalisen tuen puute sekä henkilön omasuhtautuminen tilanteeseen limittyvät keskenään. Esimerkiksi menetykset tai yksinäisyys eivät automaattisesti aiheuta psyykkisiä ongelmia,

vaikka ne voivat toimia laukaisevina tekijöinä. Ikäihmisten psyykkisillä häiriöillä on usein tausta henkilön elämähistoriassa. Iäkkäät ihmiset eivät muodosta mielenterveyden riskitekijöiden suhteen kovinkaan yhtenäistä ryhmää. (Saarenheimo 2013, 375-376.)

Vanhuuden mielenterveysongelmat merkitsevät usein leimautumista ja saattavat aiheuttaa syrjintää. Usein kyseessä on tiedon puute vanhuusiän mukanaan tuomista erityistarpeista sekä taloudelliset että sosiaaliset olosuhteet. Ehkäisevässä mielenterveyden tukemisessa pyritään tiedon, asennemuokkauksen, ikääntyvien palvelujen ja osallistumismahdollisuuksien lisäämisen avulla vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka saattavat synnyttää mielenterveydellisiä ongelmia. Psyykkisiä ongelmia ikäihmisillä saattavat aiheuttaa ja ilmentää hoitamattomat sairaudet, kuten masennus, dementia, sekavuustilat, ahdistuneisuus, alkoholin väärinkäyttö ja persoonallisuuden häiriöt. Vanhusten masennukseen voi liittyä yksilöllisiä traumaattisia tapahtumia ja yleistä voimavarojen heikkenemistä, jotka vaikuttavat selviytymiseen. (Tenkanen 2007, 185.)

Ikäihmisten mielenterveysongelmien ehkäisyyn tulisi kuulua myös yhteiskunnalliset toimenpiteet, joilla edistetään ikäihmisten mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen, osallistumiseen ja roolien säilymiseen. Ikäihmisiin myönteisesti suhtautuva yhteiskunta luo edellytykset itsetunnon säilymiselle. Muistelu edistää mielenterveyden säilymistä. Myös fyysisten sairauksien hyvä hoito ja kuntoutus edistävät mielenterveyttä. (Kivelä 2001, 120.) Tuoreen tutkimustuloksen mukaan psyykkisellä toimintakyvyllä, johon liittyy myös turvallisuuden tunne, todettiin olevan suuri merkitys kotona pärjäämiselle. Turvallisuutta lisää tieto siitä, että apu on lähellä silloin kun sitä tarvitaan. (Vaarama ym. 2014, 55-56.)

4.1.5 Ikäihmisten sosiaalinen hyvinvointi

Nykyään on tapana korostaa vanhuudesta puhuttaessa toimintaa, vuorovaikutusta ja osallistumista, siitä huolimatta joudutaan lukemaan uutisia yksinäisistä vanhuksista. Tutkimusten mukaan noin 10 % iäkkäistä kärsii yksinäisyydestä usein, ja vaikka määrä ei huomattavasti poikkea muun ikäisistä saaduista tuloksista, iäkkäiden yksinäisyydessä saattaa olla piirteitä, jotka ovat erilaisia kuin nuorempien kohdalla. Nämä piirteet liittyvät toimintakyvyn heikkenemiseen ja kokemukseen siitä, että suuri osa oman sukupolven edustajista saattaa olla kuollut. Tutkimusten mukaan iäkkäitä altistavat yksinäisyyden kokemiseen paitsi yksin eläminen ja konkreettinen seuran puute, myös sairaudet,

toimintakyvyn heikkeneminen, ikätoverien puute sekä yhteiskunnan asenteet vanhoja ihmisiä kohtaan sekä merkityksellisten sosiaalisten ja yhteisöllisten roolien puute. Yksinäisyyden tunteen on sanottu johtuvan enemmän ihmissuhteiden laadusta kuin määräs-
tä. Iäkkään ihmisen yksinäisyyteen voi liittyä surua menetyksistä ja pettymyksistä, me-
netettyjen läheisten ikävöintiä sekä tyhjyyden tunnetta. (Saarenheimo, 2003, 103 -105.)
Verrattaessa suomalaista hyvinvointitutkimuksessa saatuja tuloksia 2000 -luvulla, voi-
daan kaikesta huolimatta todeta, ettei yksinäisyys ole yleistynyt vuodesta 2004 vuoteen
2014. Kuitenkin yksinäisyys jota yksin asuminen lisää, heikentää etenkin 85- vuotta
täyttäneiden elämänlaatua. Etsivää sosiaalityötä, terveyttä edistäviä kotikäyntejä ja yk-
sinäisyyttä lieventäviä palveluja tulisi kohdentaa erityisesti yksin asuville ja etenkin 85-
vuotta täyttäneille. (Vaarama ym. 2014, 54.)

Yksinäisyyden kokemus on eri asia kuin sosiaalinen eristäytyminen, vaikka ne usein
ilmenevät samanaikaisesti. Toisaalta ihminen voi kokea yksinäisyyttä myös toisten jou-
kossa. Toisaalta taas monet yksin asuvat ja vähän ihmisten kanssa tekemisissä olevat
eivät koe itseään yksinäisiksi. (Saaristo 2011, 131.)

Aikaisemmassa tutkimuksessa sosiaalisen ympäristön yhteyttä hyvinvointiin on tarkas-
teltu yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasolla. Yhteiskunnan elintaso, kulttuuri, sosiaa-
liset instituutiot, poliittiset rakenteet, talous ja teknologia ovat kaikki sosiaalisia resurs-
seja, joilla väestö pyrkii ylläpitämään hyvinvointiaan. Hyvä elintaso ja turvattu toimeen-
tulo ovat merkittäviä edellytyksiä myös onnistuneelle ikääntymiselle. Riskitekijöinä
sosiaaliselle hyvinvoinnille ovat alhaiset tulot, heikot asuinolot, asuinympäristön turvat-
tomuutta ja rikollisuuden määrää. (Elo 2006, 40.)

Yhteisöllisyys koetaan usein välineenä sosiaalisten ongelmien ratkaisemiseen. Yhteisö-
lisyyden on todettu myös lisäävän hyvinvointia ja terveyden tuottamista. Yhteisön tasol-
la esille on nostettu sosiaalinen pääoma hyvinvointia tukevana. Mitä enemmän yksilöllä
on sosiaalista pääomaa eli osallistumista ja sosiaalista tukea, sitä paremmaksi he yleensä
kokevat terveytensä. Tutkimus osoittaa myös, että suomalaisten yli 60-vuotiaiden aktii-
visuus on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana. Ikääntyneiden arki täyttyy tyy-
pillisesti normaaleista arkipäivän toiminnoista. Yleisimpiä ajanvietteitä kotona ovat
lehtien lukeminen ja television katselu. Ikäihmiset suosivat harrastuksinaan kävelyä tai
muuta kuntoliikuntaa sekä käsitöitä. Suuri osa ikääntyneistä pitää huolta sosiaalisista
suhteistaan tapaamalla ystäviään ja perheenjäseniään. (Elo 2006, 41.)

Ikääntymiseen liittyvät muutokset saattavat vaikeuttaa kykyä toimia sosiaalisissa tilanteissa. Myös fyysinen, kognitiivinen ja psyykkinen toimintakyky vaikuttavat monella tavalla sosiaaliseen toimintaan. (Tiikkainen 2013, 288.) Sosiaalista toimintakykyisyyttä osoittavat osallistuminen ja aktiivinen toiminta. Sosiaalinen aktiivisuus on kiinteässä yhteydessä yksilöön liittyviin tekijöihin, mutta myös ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin ja rajoitteisiin. Osallistuminen mahdollistaa erilaisia sosiaalisia rooleja, tukee itsetuntoa ja tarpeellisuuden tunnetta. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa on otettava huomioon yksilölliset valinnat. Haluttomuus osallistua tulkitaan helposti sosiaalisesti vetäytymiseksi, vaikka kyseessä olisi ikäihmisen oma valinta. Liiallinen sosiaalisen aktiivisuuden vaatimus voi johtaa yhä enemmän yhteiskunnasta irtautumiseen. (Tiikkainen 2013, 289.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä luku on tutkimuksen metodologinen osuus, jossa selvitetään miten tutkimus toteutettiin. Ensiksi määritellään millaisesta tutkimuksesta on kysymys ja kerrotaan tutkimuksen vaiheet. Seuraavaksi kerrotaan valitusta aineiston keruun menetelmästä sekä kerrotaan niiden toteuttamistavat. Aineiston analyysia koskevassa alaluvussa analyysi on jaettu aineiston mukaisesti alalukuihin ja tietoa on tiivistetty taulukoihin tulosten luetavuuden parantamiseksi.

5.1 Tutkimuksen menetelmällinen määrittely

Kyseessä on määrällinen tutkimus, jonka tiedonintressinä on saavuttaa numeraalista tietoa. Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltuu tutkimuksiin, joissa numeraalisesti halutaan kuvailla asiaa yleisesti tai kuvailla, missä määrin jokin asia on muuttunut tai missä määrin jokin asia vaikuttaa johonkin toiseen. Määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäessä tavoitteena on selittää ihmisen toimintaa numeraalisesti, kausaalisesti ja teknisesti. Määrällinen tutkimusmenetelmä on siis mahdollinen, jos tutkimusaineisto on muutettavissa mitattavaan ja testattavaan muotoon. (Sajama 1993, 62; Hirsjärvi ym. 2005, 130; Vilkan 2015, 66-67 mukaan.)

Tavoitteena määrällisessä tutkimuksessa on löytää säännönmukaisuuksia, millä tavalla eri muuttujat liittyvät toisiinsa, ja selittää millä tavalla tutkimusyksiköt eroavat eri muuttujien suhteen (Alasuutari 1994, 28, Vilkan 2015, 67 mukaan).

Määrällisessä tutkimuksessa tarvittavat tiedot voidaan hankkia muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista tai tiedot kerätään itse. Itse kerättävissä aineistoissa on tutkimusongelman perusteella päätettävä, mikä on kohderyhmä ja mikä tiedonkeruumenetelmä tilanteeseen parhaiten sopii. (Heikkilä 2008, 18.)

Kyselylomake on tavallisin määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämistapa. Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja itse lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti. Tämän tapainen aineiston kerääminen soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. Sitä käytetään myös silloin, kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia kysymyksiä. Kyselylomakkeen etu on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeen tyypillisin haitta on riski vastaus-

prosentin alhaisuudesta. (Valli 2001a, 100-102; Hirsjärvi ym. 2005, 184-185 Vilkan 2015, 94-95 mukaan.)

5.2 Tutkimuksen vaiheet

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin aiheen kartoituksella, joka tehtiin yhdessä Parkanon kaupungin perusturvalautakunnan nimeämän ikäihmisten hyvinvointisuunnitelman laatimiseen osallistuvan työryhmän kanssa. Sopivan aiheen löydyttyä tutkimusprosessista tehtiin tutkimussuunnitelma sekä alustava tarkastelu aiheesta tehtyyn kirjallisuuteen ja aikaisempaan tutkimukseen. Tutkimussuunnitelmassa määriteltiin tutkimusongelma kysymyksineen ja asetettiin tutkimuksen tavoitteet.

Kyselyn toteuttamisen suunnitteluun kuului otoksen määrittely, kyselylomakkeen rakentaminen ja kyselyn toteuttamisen aikataulut. Kyselylomake muotoiltiin teemoittain, joita olivat taustatiedot, ikäihmisten fyysisen hyvinvoinnin kokemus, psyykkisen hyvinvoinnin kokemus, sosiaalisen hyvinvoinnin kokemus, palvelutarve nyt, palvelutarve lähitulevaisuudessa sekä tiedottaminen ikäihmisten palveluista. Aineiston analyysi aloitettiin siirtämällä kaikki havainnot palautuneista kyselylomakkeista tilasto-ohjelmaan. Analyysin jälkeen tutkimustulokset raportointiin ja niistä muodostettiin havainnollistavia taulukoita ja kuvioita.

Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa analyysin jälkeen tehtiin tulkinnat ja johtopäätökset ja vastattiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

5.3 Kohdejoukon määrittely ja aineiston keruu

Tutkimukseni perusjoukko on parkanolaiset yli 75-vuotiaat kotona asuvat henkilöt. Tutkimuksen tiedonkeruu vaiheessa perusjoukon koko on yli 800 henkilöä, joten päädyttiin toteuttamaan otantatutkimus. Otoksen tulee olla pienoiskuva perusjoukosta, jotta otantatutkimuksen tulokset olisivat luotettavia. Otoksen edustavuus merkitsee sitä, että perusjoukosta valitussa otoksessa on samoja ominaisuuksia ja samassa suhteessa kuin koko perusjoukossa. Otannassa olennaista on satunnaistaminen (Heikkilä 2008, 33, 35). Käytettävissäni oli väestörekisteri tietojärjestelmän tiedot perusjoukosta ja päädyin kerää-

mään otantajoukon systemaattista otantaa käyttäen. Systemaattisessa otannassa perusjoukosta poimitaan tasaisin välein yksiköitä otokseen. (Heikkilä 2008, 36.) Omassa otoksessani aakkosjärjestyksessä olevalta listalta valittiin joka neljäs yksikkö.

Tässä tutkimuksessa päädyin käyttämään tiedonkeruumenetelmänä postikyselyä. Tutkitavalla perusjoukolla ei välttämättä ole mahdollisuutta käyttää internetiä, joten www-kysely ei tullut kyseeseen.

Tutkimus toteutettiin tilastollisin menetelmin, strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Kysymyslomake sisälsi taustatieto-osion, terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemuksen osion sekä kysymyksiä sosiaali- ja terveystalouteen liittyen (Liite 1). Kyselylomake postitettiin kotiin 200:lle kotona asuvalle yli 75 -vuotiaalle parkanolaiselle. Kysely vaati yhden uusintakyselyn lähettämisen niille henkilöille, jotka eivät vastanneet ensimmäisellä kierroksella. Kysely toteutettiin syys-marraskuussa 2013 ja kyselylomakkeita palautui yhteensä 160. Vastausprosentti 80 oli tässä tutkimuksessa varsin hyvä.

5.4 Aineiston tilastollinen käsittely

Tilastollisten analyysimenetelmien valintaan vaikuttavat käytetyt mittarit ja niiden mitaustasot. Tilastollisessa päättelyssä lähdetään siitä, että saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa, josta havaintoyksiköt on poimittu (Kananen 2008, 51.)

Tässä tutkimuksessa tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS Statistics -tilasto-ohjelmalla (versio 17.0). Aluksi suoritettiin aineistoa kuvailevia testejä. Ensiksi selvitettiin hyvinvointiin liittyvien kysymysten saamia keskiarvoja. Keskiarvoja ja niiden eroja vertailtiin taustamuuttujien – sukupuoli, asuminen, asunnon sijainti sekä toimintakykyyn vaikuttava sairaus tai vamma – välillä. Niin ikään palvelujen tarvetta tarkasteltiin vertailemalla näitä eri taustamuuttujien välillä. Kahden eri ryhmän keskiarvovertailut tehtiin *t-testin* avulla, joka on yleisin tunnettu keskiarvoerojen testausmenetelmä. Tässä tutkimuksessa oltiin siis kiinnostuneita siitä eroaako eri vastaajaryhmien elintavat, hyvinvoinnin kokemus tai palvelutarve merkitsevästi toisistaan. T-testi testaa ensin ovatko varianssit yhtä suuret ja ilmoittaa sen jälkeen tulokset sekä yhtä suuren että erisuurten varianssien tapauksessa. Riippumattomien otosten *t*-testiä käytetään arvioimaan, ovatko keskiarvot

tarpeeksi erilaisia, jos hajonnat ja keskiarvon keskivirheet otetaan huomioon. Mitä pienempiä hajonnat ovat, sitä pienempi keskiarvojen erotus riittää osoitukseksi vertailtavien ryhmien erilaisuudesta. (Nummenmaa 2006, 161).

Tutkittavien muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimien avulla. Kahden muuttujan välisen riippuvuuden astetta voidaan nimittää yleisessä merkityksessä korrelaatioksi. Jos korrelaatio on voimakasta, voidaan toisen muuttujan arvoista päätellä toisen muuttujan arvot melko täsmällisesti. Jos korrelaatio puolestaan on heikko, ei muuttujien välillä ole yhteisvaihtelua. Pearsonin korrelaatiokertoimen kertoimet voivat vaihdella välillä $1-(-1)$. Mitä lähempänä ollaan nollaa, sitä vähemmän yhteyttä voidaan havaita muuttujien välillä. (Heikkilä 1998, 203.)

Aineistosta muodostettiin summamuuttujia. Summamuuttujien tarkoituksena on tiivistää yhteen muuttujaan useamman samankaltaista ominaisuutta mittaavan muuttujan sisältämä tieto (Nummenmaa 2006, 151). Summamuuttujat muodostettiin erikseen fyysisen hyvinvoinnin, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueista MEAN-operaatiota käyttäen. MEAN-operaatio laskee niiden arvojen keskiarvon, jotka ovat käytettävissä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa on esitelty kyselyn tulokset. Palautuneissa lomakkeissa oli joukossa myös lomakkeita, joista puuttui vastauksia yhteen tai useampaan kysymykseen, tästä syystä vastauksien yhteismäärä ei välttämättä täsmää palautuneiden lomakkeiden määrään.

Vastaajista 93 oli naisia ja 64 miehiä, loput 3 eivät ilmoittaneet sukupuoltaan. Syntymävuotensa ilmoittaneista vastaajista 70 % on syntynyt vuosina 1930–1939. Yli 90-vuotiaita vastaajia oli 15. Suurin osa vastaajista (115) ilmoitti koulutusasteekseen perusasteen, keski- tai korkea-asteen oli suorittanut 27 vastaajaa, lainkaan koulutusta ei ollut 13 vastaajista.

Yhdessä toisen henkilön kanssa asui 87 vastaajista, kun taas yksin ilmoitti asuvansa 67 vastaajista. Suurin osa asui omakotitalossa (81). Kerrostalossa asui yhteensä 38 vastaajista, joista 13 asui hissittömässä talossa. Rivi- tai paritalossa ilmoitti asuvansa yhteensä 28 vastaajista. Vastaajista 103 asunto sijaitsee taajamassa ja 53 taajaman ulkopuolella. Olettaen, että otos edustaa hyvin perusjoukkoa, tämä tarkoittaisi sitä, että taajaman ulkopuolella asuu tällä hetkellä noin 34 % yli 75-vuotiaista parkanolaisista. Määränä tämä tarkoittaa tällä hetkellä noin 300.

Alkoholin käyttö oli vastaajien keskuudessa vähäistä. 123 vastaajista ei käytä alkoholia lainkaan. 25 vastasi käyttävänsä alkoholia muutaman kerran vuodessa, 4 kuukausittain ja 4 viikoittain.

Yksi tai kaksi lääkärin toteamaa sairautta on 68 vastaajalla, kolme–neljä sairautta oli 47 vastaajalla, viisi-kuusi sairautta oli 23 vastaajista ja 13 vastaajista kertoi, ettei sairauksia ollut lainkaan. Koko perusjoukkoon sovellettuna ainoastaan 6 % parkanolaisista yli 75-vuotiaista kotona asuvista on siis säätynyt sairauksilta.

Toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia oli 99:llä vastaajista, 52 vastaajista taas koki, ettei toimintakykyyn vaikuttavaa sairautta ole.

Taulukko 3. Hyvinvointikyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustamuuttuja		<i>n</i>	%
Sukupuoli			
	Nainen	93	58 %
	Mies	64	40 %
	Ei ilmoitettu	3	2 %
Syntymävuosi luokiteltuna			
	1920–1924	15	9 %
	1925–1929	31	19 %
	1930–1934	59	37 %
	1935–1939	49	31 %
	1940–1944	0	0 %
	Ei vastausta	6	
Korkein suorittamanne koulutus			
	ei koulutusta	13	8 %
	perusaste	115	72 %
	keskiaste	12	8 %
	korkea-aste	15	9 %
	ei vastausta	5	3 %
Asuminen			
	Yksin	67	42 %
	Yhdessä	87	54 %
	Ei vastausta	6	4 %
Asunnon sijainti			
	Taajamassa	103	64 %
	Taajaman ulkopuolella	53	33 %
	ei vastausta	4	3 %

6.1.1 Parkanolaisten yli 75-vuotiaiden terveydellinen - ja sosiaalinen hyvinvointi.

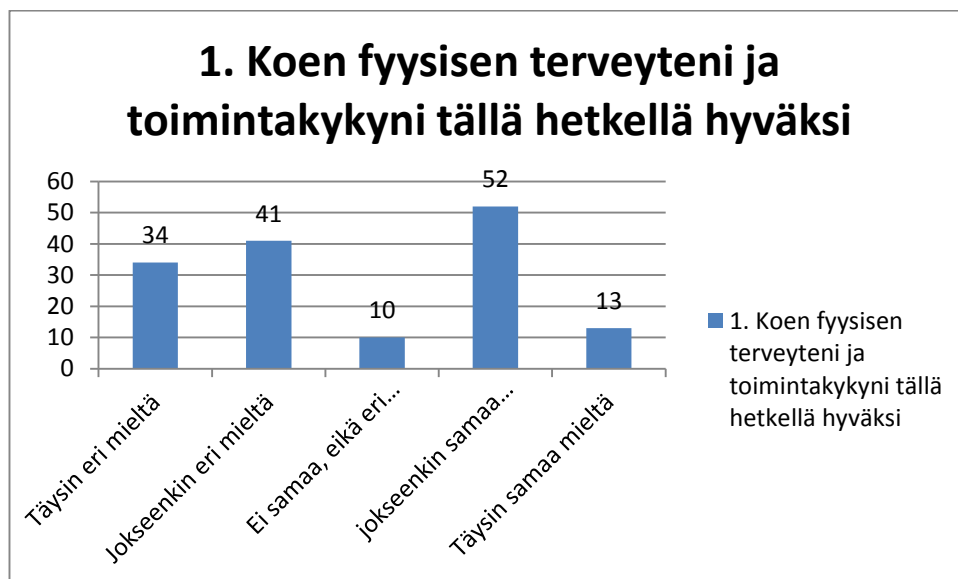
Terveydellistä – ja sosiaalista hyvinvointia koskevat kysymykset voidaan jaotella kolmeen eri osa-alueeseen, jotka kuvaavat vastaajien hyvinvoinnin kokemusta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tasolla.

6.1.2 Fyysisen hyvinvoinnin kokemus

Fyysistä hyvinvointia koskevia kysymyksiä oli kysymyslomakkeessa kaksi. Kyselylomakkeen (liite 1) terveydellinen ja sosiaalinen hyvinvointi -osion kysymykset 1 ja 2.

Jokseenkin tai täysin fyysisen terveytensä kokee hyväksi 41 % vastaajista.

Alla olevassa kuviossa 1 on esitetty vastaukset lukumäärittäin.

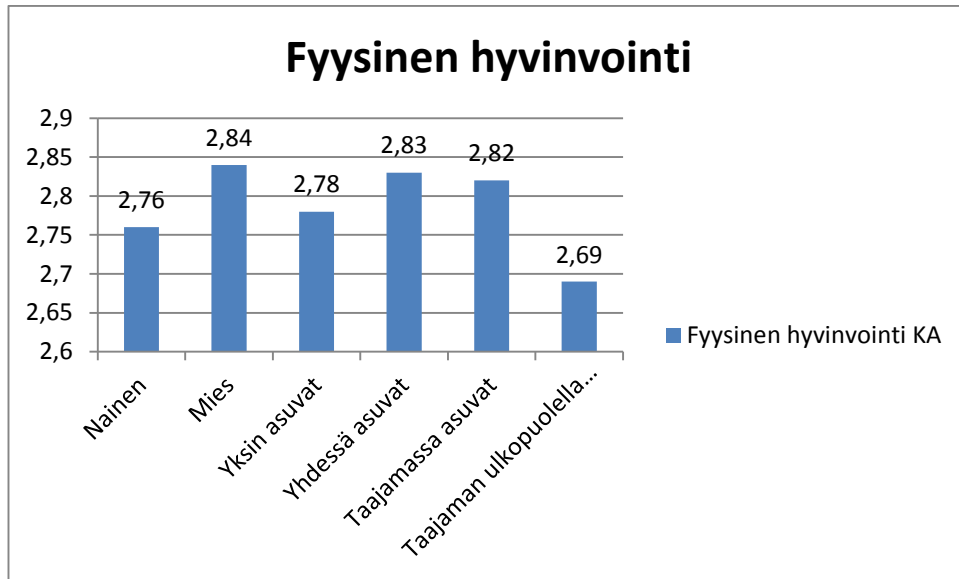


KUVIO 1. Fyysisen terveyden ja toimintakyvyn kokemus lkm.

Liikuntakykynsä jokseenkin hyväksi tai erittäin hyväksi kokee 39% vastaajista.

Fyysiseen terveyteen liittyvistä kysymyksistä muodostettiin summamuuttaja. Summamuuttajaan yhdistettiin fyysistä terveyttä koskevien muuttujien havaintoarvoista keskiarvo. Summamuuttajaan valikoidut muuttujat olivat kyselylomakkeen kysymykset yksi ja kaksi terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueesta. Kysymykset koskivat fyysisen terveyden ja toimintakyvyn kokemusta sekä kokemusta liikuntakyvystä.

Seuraavassa kuviossa 2 on esitetty vastaukset fyysisen hyvinvoinnin kokemuksen osalta keskiarvon mukaan eri vastaajaryhmien kesken.



KUVIO 2. Fyysisen hyvinvoinnin kokemukset (arviointiasteikko 1-5, jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä)

Sukupuolten välisten vastausten erot ovat kohtalaisen pieniä, mutta hiukan paremmaksi fyysisen terveytensä ja toimintakykynsä kokevat miehet kuin naiset. Myös yhdessä toisen kanssa asuvat arvioivat fyysisen hyvinvointinsa yksin asuvia paremmaksi. Taajamassa asuvat kokevat fyysisen hyvinvointinsa paremmaksi verrattuna taajaman ulkopuolella asuviin.

Korrelaatiokertoimet osoittivat, että positiivista lineaarista riippuvuutta esiintyi voimakkaasti kaikkien fyysistä terveyttä ja muita hyvinvoinnin osa-alueita koskevien kysymysten kesken (0,501-0765). Fyysisen terveyden ja toimintakyvyn hyväksi kokeneet vastaajat ovat kokeneet hyvinvointinsa hyväksi muillakin osa-alueilla.

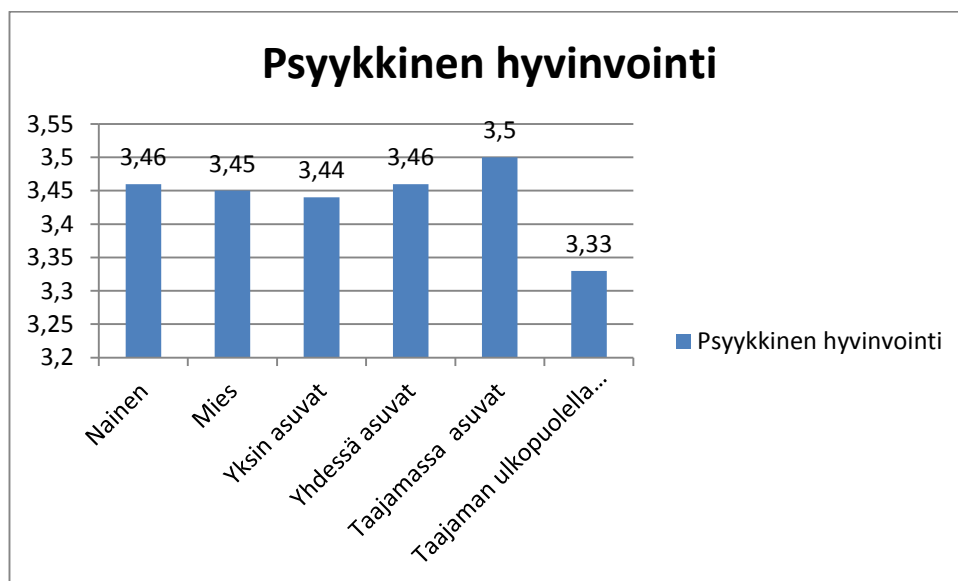
6.1.3 Psyykinen hyvinvointi

Psyykkistä hyvinvointia kartoittavia kysymyksiä oli kyselyssä kolme. Kyselylomakkeen (liite 1) terveydellinen ja sosiaalinen hyvinvointi -osion kysymykset 3 - 5.

Henkisen vireytensä ja mielialansa kokee hyväksi ainakin osittain 58 % vastaajista. Kokemus elämän nautittavuudesta jakautuu kutakuinkin tasaisesti, 44 % vastaajista nauttii elämästään. Suurin osa, eli 61 % vastaajista on tyytyväisiä ainakin osittain tämän hetkiseen elämäntilanteeseensa.

Tämän tutkimustuloksen mukaan yksin asuminen ja yksinäisyys siis saattaa altistaa psyykkisille ongelmille.

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja. Summamuuttujaan yhdistettiin psyykkistä terveyttä koskevien muuttujien havaintoarvoista keskiarvo. Summamuuttujaan valikoidut muuttujat olivat kyselylomakkeen kysymykset kolme - viisi terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueesta. Kysymykset koskivat henkisen vireyden ja mielialan kokemusta, elämän nautittavuuden kokemusta sekä elämään tyytyväisyyttä. Alla olevassa kuviossa on kuvattu eri vastaajaryhmien vastausten keskiarvot psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueella.



KUVIO 2: Psyykkisen hyvinvoinnin kokemukset (arviointiasteikko 1-5, jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä)

Yksin asuvien ja yhdessä asuvien vastaajien väliltä löytyi tilastollisesti merkittäviä eroja psyykkisen hyvinvoinnin kokemuksen suhteen. Vastausten perusteella voidaan todeta, että yhdessä toisen henkilön kanssa asuvat kokevat voivansa psyykkisesti paremmin kuin yksin asuvat.

Riittävä mielekäs tekeminen näyttää korreloivan voimakkaasti psyykkisen hyvinvoinnin kokemuksen kanssa. Riittävä mielekäs tekeminen tukee etenkin elämän nautittavuuden kokemusta (0,723) ja vaikuttaa myös henkisen terveyden ja vireyden kokemukseen (0,568) sekä elämään tyytyväisyyteen (0,639).

6.1.4 Sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalista hyvinvointia koskevia kysymyksiä oli kyselylomakkeessa yhdeksän, kyselylomakkeen (Liite 1) kysymykset numero 6-14. Turvallisuuden tunnetta koskeva kysymys päädyttiin ottamaan huomioon sosiaalista hyvinvointia koskevassa analyysissä, vaikka se toisaalta voitaisiin sijoittaa myös psyykkistä hyvinvointia kuvaavaan osioon.

Parkanolaiset ikäihmiset kokevat saavansa muilta tarvitsemaansa tukea erittäin hyvin, sillä vastaajista 67 % arvioi tilanteen hyväksi tai erittäin hyväksi. Vastaajista 58 % ei koe itseään usein yksinäiseksi. Kysymykseen vastanneista 37 henkilöä kokee jonkinasteista yksinäisyyttä. Vastaajista 73 % pitääkin usein yhteyttä omaisiinsa, ystäviinsä tms. Aktiivisempia yhteydenpidossa ovat naiset.

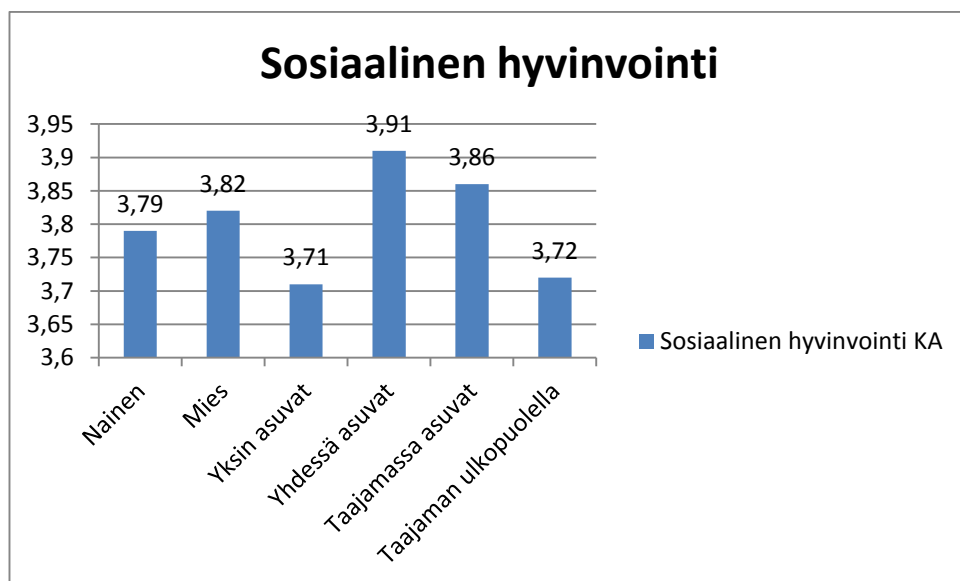
Parkanolaiset ikäihmiset eivät ole kovin hanakasti mukana kodin ulkopuolisessa vapaa-aikatoiminnassa, kuten yhdistystoiminnassa, kerhoissa, seurakunnan toiminnassa yms. Viikoittain vapaa-ajan toimintaa osallistuu 36 % vastaajista. Kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuvat useammin miehet kuin naiset.

Vastaajista 64 % kokee, että heillä on mielekästä tekemistä riittävästi. Elämänsä merkitykselliseksi kokee 60 % vastaajista. Päivittäisessä elämässään turvallisuutta kokee suurin osa vastaajista, eli 75 %. Turvallisuuden kokemus on yleisempää naisilla kuin miehillä. Riittävä mielekäs tekeminen nousi todella tärkeäksi seikaksi etenkin psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukseen liittyen. Se korreloi voimakkaasti kaikkien psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia koskevien kysymysten kanssa. Lisäksi tulokset osoittavat, että elämän merkitykselliseksi kokeminen (0,585), riittävä mielekäs päivittäinen tekeminen (0,552) sekä omaiskontaktit (0,519) vähentävät yksinäisyyden kokemusta. Turvallisuuden tunteeseen näyttää sen sijaan vaikuttavan eniten muilta saadun tuen riittävyys (0,707) sekä asumistyytyväisyys (0,612).

Kyselyn tulosten perusteella parkanolaiset ikäihmiset ovat tyytyväisiä nykyiseen asumiseensa. Jopa 83 % vastaajista on jokseenkin tai täysin tyytyväisiä tämän hetkiseen asuninratkaisuunsa. Asumistyytyväisyys vaikuttaa tulosten mukaan eniten taloudellisen turvallisuuden kokemukseen (0,628) sekä yleiseen elämän nautittavuuden kokemukseen (0,461).

Parkanolaisten ikäihmisten taloudellinen tilanne näyttäisi olevan vakaa. Jopa 75 % vastaajista kokee taloudellisen tilanteensa jokseenkin tai täysin turvatuksi. Ainoastaan 7,5 % vastaajista on asiasta jokseenkin tai täysin eri mieltä. Naiset kokevat miehiä useammin taloudellisen tilanteensa turvatuksi.

Sosiaalista hyvinvointia koskevista kysymyksistä muodostettiin summamuuttuja. Summamuuttujaan yhdistettiin sosiaalista hyvinvointia koskevien muuttujien havaintoarvoista keskiarvo. Summamuuttujaan valikoidut muuttujat olivat kyselylomakkeen kysymykset 6-14 terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueesta. Kysymykset liittyivät muilta saadun tuen riittävyyteen, yksinäisyyden kokemukseen, kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumiseen, mielekkään tekemisen riittävyyteen, elämän merkitykselliseksi kokemiseen, turvallisuuden tunteeseen, asumistyytyväisyyteen sekä taloudellisen tilanteen vakauteen. Alla olevassa kuviossa 3 on esitetty eri vastaajaryhmien vastausten keskiarvot sosiaalisen hyvinvoinnin osalta.



KUVIO 3: Sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukset. (arviointiasteikko 1-5, jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä)

Sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueella voidaan havaita huomattavat erot yksin asuvien sekä taajaman ulkopuolella asuvien vastaajien hyvinvoinnin kokemuksessa verrattuna yhdessä asuviin sekä taajamassa asuviin. Yksin asuvat kokevat sosiaalisen hyvinvointinsa huonommaksi verrattuna yhdessä asuviin ja taajaman ulkopuolella asuvat kokevat sosiaalisen hyvinvointinsa huonommaksi verrattuna taajamassa asuviin. Naiset kokevat sosiaalisen hyvinvointinsa hiukan heikommaksi verrattuna miehiin.

6.1.5 Yhteenveto parkanolaisten ikäihmisten hyvinvoinnin kokemuksista

Vastauksista voidaan päätellä, että eniten parkanolaisten ikäihmisten hyvinvointia heikentää fyysisen toimintakyvyn ja liikuntakyvyn vajeet. Yli puolet vastanneista kokee psyykkisen hyvinvointinsa hyväksi, mutta toisaalta jopa noin 30 % vastanneista ei ole tyytyväinen tämän hetkiseen tilanteeseensa.

Koko perusjoukkoon verrattuna psyykkisen hyvinvoinnin alenemista esiintyy noin 240 (800 x 0,30) parkanolaisella, fyysisen toimintakyvyn ja liikuntakyvyn rajoitteita kokee jopa noin 50 % vastanneista, joten koko perusjoukon tasolla tämä tarkoittaa määrällisesti noin 300 ikäihmistä. Sosiaalisen hyvinvoinnin, kuten läheiskontaktien, elämän merkityksellisyyden, turvallisuuden sekä taloudellisen turvallisuuden kokemukset parkanolaisilla ikäihmisillä on kohtuullisen vakaalla pohjalla, ainoastaan noin 10–20 % kokee jonkinasteista heikkenemistä sosiaalisen hyvinvoinnin osalta, perusjoukkoon verraten määrällisesti tämä tarkoittaa noin 80–16 ikäihmistä. Vaikka sosiaalinen hyvinvointi koetaan suhteellisen hyväksi ja ikäihmiset tapaavat läheisiään usein niin yksinäisyyttä kokee kuitenkin 23 % vastanneista, joka tarkoittaa perusjoukossa määrällisesti lähes kahta sataa ikäihmistä.

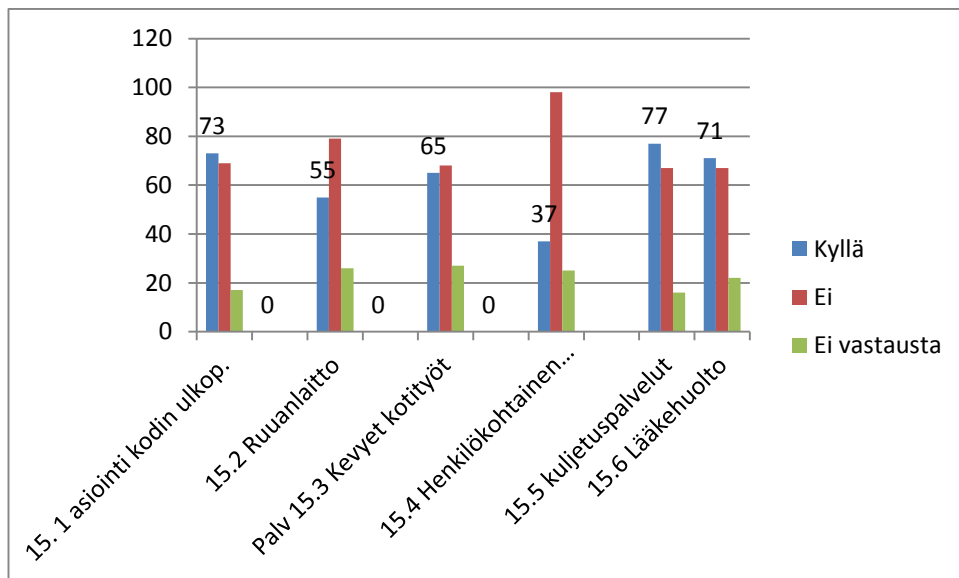
Kaikilla kysytyillä hyvinvoinnin osa-alueilla heikoimmassa asemassa kokivat olevansa yksin asuvat sekä taajaman ulkopuolella asuvat ikäihmiset.

6.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö

6.2.1 Avun tarve viimeisen vuoden aikana

Viimeisen vuoden aikana kyselyyn vastanneista 45 % on tarvinnut apua asiointissa kodin ulkopuolella, 34 % on tarvinnut apua ruuanlaitossa, 40 % kevyissä kotityöissä, 23 % henkilökohtaisen hygienian hoidossa, 44 % lääkehuollossa ja eniten, eli 48 % apua vuoden aikana oli tarvittu kuljetuspalveluissa.

Seuraavassa kuviossa 4 on esitetty lukumääränä apua tarvinneiden vastaajien määrä vuoden aikana.

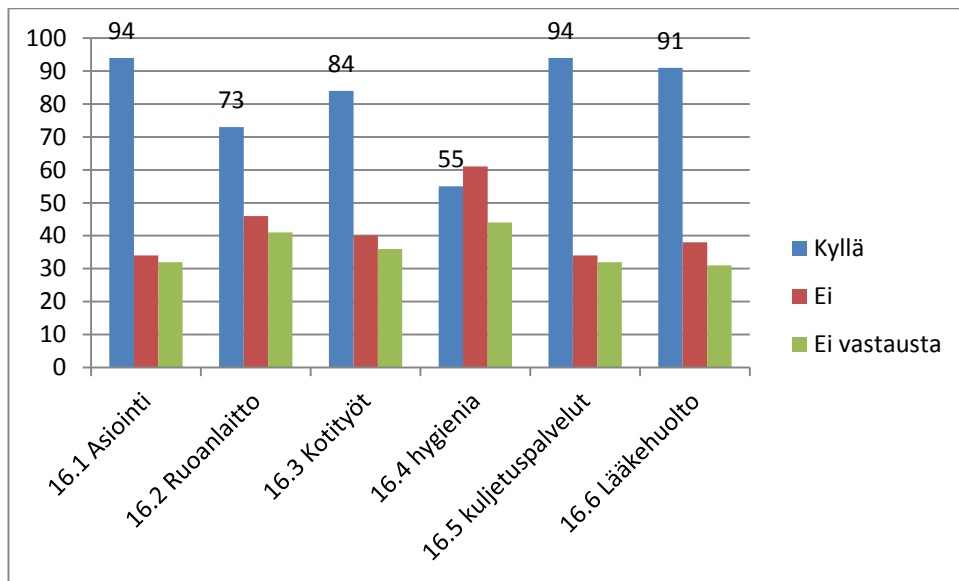


KUVIO 4: Palvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana lkm

6.2.2 Avun tarve lähitulevaisuudessa

Lähitulevaisuudessa, eli seuraavan viiden vuoden aikana vastaajista 58 % uskoo tarvitsevänsä apua asioinnissa kodin ulkopuolella, 45 % ruoanlaitossa, 52 % kevyissä kotityöissä, 34 % henkilökohtaisen hygienian hoidossa, 59 % kuljetuspalveluissa ja 57 % lääkehuollossa.

Seuraavassa kuviossa 5 on esitetty lukumääränä vastaajien arvioitu avun tarve lähitulevaisuudessa



KUVIO 5: Avun tarve lähitulevaisuudessa lkm

6.2.3 Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö viimeisen vuoden aikana

Viimeisen vuoden aikana vastaajat ovat käyttäneet seuraavia sosiaali- ja terveystalveluita oheisen taulukon 7 mukaisesti.

Taulukko 4. Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö viimeisen vuoden aikana

Palvelu	Palvelua käyttäneet viimeisen vuoden aikana %
Yleislääkäripalvelut	84
Erikoislääkäripalvelut	48
Kotisairaahoito	36
Kotipalvelu	24
Rauhalan intervallihoido	19
Laboratorio- ja röntgentutkimukset	76
Fysioterapia	18
Mielenterveystalvelut	3
Päihdehuolto	0
Toimeentulotuki	4
Vammaistalvelut	9
Oikeusapu	1

Eniten vastaajat ovat käyttäneet yleis- ja erikoislääkäripalveluja sekä laboratorio- ja röntgentutkimuksia. Seuraavaksi eniten käytetyt palvelut ovat kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Yleislääkäripalveluja oli käyttänyt jopa 84 % vastaajista. Terveyspalvelujen säilyminen lähipalveluina on ollut Parkanon poliittinen tahto ja samaa mieltä lienevät ikäihmiset, joiden ei tarvitse lähteä matkustamaan kauaksi voidakseen tavata lääkärin. Sosiaali- ja terveystieteiden hyvä saavutettavuus lisää tutkitusti ikäihmisten hyvinvointia.

6.2.4 Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö lähitulevaisuudessa

Lähitulevaisuudessa (viiden vuoden sisällä) vastaajat arvelevat käyttävänsä sosiaali- ja terveystalveluita alla olevan taulukon 8 mukaisesti:

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö lähitulevaisuudessa

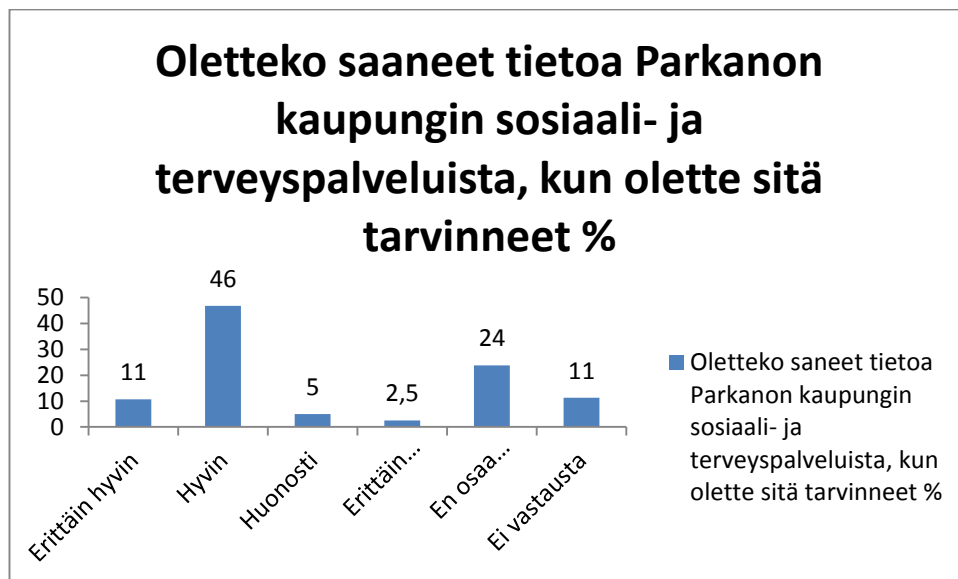
Palvelu	Arvio palvelun käytöstä lähitulevaisuudessa %
Yleislääkäripalvelut	83
Erikoislääkäripalvelut	58
Kotisairaanhoido	53
Kotitalvelu	54
Rauhalan intervallihoido	29
Laitoshoido tai palveluasuminen	28
Laboratorio- ja röntgentutkimukset	78
Fysioterapia	35
Mielenterveystalvelut	5
Päihdehuolto	0
Toimeentulotuki	11
Vammaistalvelut	16

Oikeusapu	4
-----------	---

Eniten vastaajat arvelevat palvelutarpeensa kasvavan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun sekä fysioterapian osalta, palvelutarpeen kasvua on odotettavissa vastaajien keskuudessa myös Rauhalan intervallihoidon osalta sekä erikoislääkäripalvelujen osalta. Myös mielenterveyspalveluiden tarve kasvaa 50 % nykyisestä käytöstä vastaajien arvion mukaan. Vaikka taloudellinen tilanne tällä hetkellä koetaan turvatuksi niin vastaajat arvelevat kuitenkin lähitulevaisuudessa tarvitsevansa huomattavasti nykyistä enemmän myös toimeentulotukea sekä oikeusapua. Myös vammaispalvelujen tarpeen oletetaan lisääntyvän.

6.2.5 Sosiaali- ja terveyspalveluista tiedottaminen

Vastaajista 57 % on saanut tarvittaessa tietoa palveluista erittäin hyvin tai hyvin. Huonoksi tai erittäin huonoksi tiedon saannin kuvaa 7,5 % vastaajista.



KUVIO 6. Sosiaali- ja terveyspalveluista tiedottaminen

Ikäihmisten palveluista tiedottaminen kunnassa näyttää toimivan. Huonosti tai erittäin huonosti tietoa on kokenut saavansa vain hyvin harva. Noin 24 % vastanneista ei ole osannut sanoa aiheesta mitään. Tähän on saattanut johtaa kysymyksen asettelu ja mahdollisesti nämä 24 % vastaajista ei ole kokenut vielä tarvitseensa tietoa sosiaali – ja terveyspalveluista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tutkimustulokset ja kehittämisehdotukset

Aikaisempaan suomalaiseen hyvinvointitutkimukseen peilaten tämän tutkimuksen tulokset osoittavat samansuuntaisen positiivisen kehityksen koskevan myös parkanolaisia ikäihmisiä. Ikäihmisten hyvinvointi näyttää suhteellisen hyvältä Parkanossa. Parkanolaiset ikäihmiset voivat kohtuullisen hyvin. Tutkimusten mukaan ihmisen kokemus omasta terveydestään on tärkeä hänen elämänlaadulleen (Jylhä ym. 2013, 389).

Vaaraman ym. (2010) mukaan sosiaali- ja terveystalvelujen helppo saavutettavuus edesauttaa hyvinvoinnin kokemusta. Parkanossa tähän on kiinnitetty erityistä huomiota ja tahtotila lähipalvelujen säilyttämiseen on vankka. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta sosiaali- ja terveystalvelujen helpon saavutettavuuden edesauttavan ikäihmisten hyvinvoinnin kokemusta myös Parkanossa. Parhaimmaksi hyvinvointinsa tämän tutkimuksen mukaan kokivat taajamassa, yhdessä toisen kanssa asuvat, joilla siis voidaan olettaa olevan parhaimmat mahdollisuudet myös hyödyntää sosiaali- ja terveystalveluja sekä muita ikäihmisille suunnattuja viriketoimintoja. Merkittävää kuitenkin on huomioida palvelurakenteiden muutoksessa tällä hetkellä heikoimmaksi sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen hyvinvointinsa arvioineet yksin asuvat sekä taajaman ulkopuolella asuvat ikäihmiset.

Ikäihmisten yksinäisyyttä esiintyy Parkanossakin. Perusjoukkoon suhteutettuna jopa 200 parkanolaista ikäihmistä kokee yksinäisyyttä. Ikäihmisten yksinäisyyden kokemukseen saattaa vaikuttaa toimintakyvyn vajeesta johtuva rajoittunut elinympäristö ja osallistumisen kapeutuminen. Yhteiskunnalliset toimet, joilla edistetään ikäihmisen mahdollisuuksia sosiaaliseen osallistumiseen ja roolien säilymiseen (Kivelä 2001, 120) saattaisi ehkäistä ikäihmisten kokemaan yksinäisyyttä. Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita ovat esimerkiksi asunnon sijainti ja joukkoliikennetkaisu. Suurin osa ikäihmisistä asuu ja haluaa asua omassa kodissaan. Kodin sijainti tai esteettömyys saattaa kuitenkin kapeuttaa ikäihmisen osallistumismahdollisuuksia. Parkanossa taajaman ulkopuolella asuu paljon ikäihmisiä, jotka ovat omaisten ja palveluliikenteen avun varassa asiointi- ja virkistysmatkojen osalta. Taajamassa sen sijaan vanhojen kerrostalojen hissittömyys tai hissien pieni koko aiheuttaa haasteita ikäihmisten esteettömälle kul-

kemiselle. Esteelliset rakennukset ja lähiympäristöt lisäävät myös ikäihmisten tapaturmariskiä sekä heikentävät arjesta selviytymistä.

Laatusuosituksen (2013) mukaan ikäystävällisessä kunnassa on ikääntyneelle väestölle erilaisia asumisen vaihtoehtoja, toimivia asumisen ja palvelujen kokonaisuuksia sekä esteettömiä ja turvallisia asuinympäristöjä. Parkanossakin on ikääntyneelle väestölle suunniteltuja toimivia asumisen ja palvelujen kokonaisuuksia, mutta tarvittaisiinko niitä mahdolliset lisää ikääntyvien määrän lisääntyessä? Tutkimuksen mukaan jopa 83 % vastaajista oli tyytyväisiä tämän hetkiseen asumisratkaisuunsa, kuitenkin lähitulevaisuudessa kotihoidon apua arvioi tarvitsevansa yli puolet vastaajista. Tämä taas kertoo sen, että yli puolet vastaajista kokee toimintakykynsä alentuneen tai alentuvan siinä määrin että tarvitsee tai tulee tarvitsemaan kotihoidon apua arjesta selviytyäkseen. Kunnan on tärkeä ottaa huomioon ikäihmisten asumisen yksilöllisen ennakoinnin tukemisen, kuten iäkkäiden asumistarpeiden ennakoinnin sekä asuntojen muutostöitä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet. Parkanon ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelmassa päädyttiin ottamaan yhdeksi lähivuosien painopistealueeksi ikäihmisten asumisratkaisujen huomioiminen kaikessa rakentamisessa sekä peruskorjauksien yhteydessä myös uudisrakentamiselle palvelujen läheisyyteen todettiin tarvetta. Palvelujen saavutettavuuden helpottamiseksi tarvetta voisi olla lisäksi nykyistä laajamittaisemmille kuljetuspalveluille sekä liikkuville kotiin tuotaville palveluille, jotka myös Vaarama ym. 2014 mainitsivat tutkimusraportissaan.

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi Parkanon ikääntyvän väestön kehittämissuunnitelmaksi päädyttiin siihen, että erityishuomio tulee kiinnittää ryhmiin, joilla on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä. Riskiryhmien tunnistamisella on merkittävä ennaltaehkäisevä rooli, sillä riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää palvelujen tarvetta. Riskitekijöitä voivat kyselyn tulosten ja muun tiedossa olevan tutkimustiedon valossa olla muun muassa yksinäisyys ja yksin asuminen, liikkumisen ongelmat, mielialan lasku sekä runsas sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö. Palveluneuvonnan- ja ohjauksen sekä varhaisen tuen avulla voidaan auttaa iästä käyttämään voimavarojaan elämänlaatunsa parantamiseen. Lisäksi tiedottamiseen tulisi käyttää keinoja, joiden avulla tieto saadaan ikäihmisille perille. (Vaarama ym. 2014, 55.) Huomattava on myös, että ikäihmisten niin sanottu eriarvoisuus näyttää lisääntyneen. Toisin sanoen, he joilla ei ole mittavia terveydellisiä tai muita rajoitteita voivat hyvin, heillä on paljon harrastuksia ja toimintaa myös kodin ulkopuo-

lella, he ovat löytäneet omat mielenkiinnon kohteensa ja voimavarojaan tukevat harrastukset. Riskiryhmään kuuluvilla taas on monenlaisia ongelmia, yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä, johon he itse eivät aina osaa tai jaksa löytää ratkaisuja. Juuri nämä ikäihmiset tulisi löytää ja saada tarvittavien tukitoimien piiriin, joiden avulla heidän omaa elämänhallintaa ja toimintakykyä pystyttäisiin tukemaan.

Tutkimuksen tulosten perusteella kotihoidon tarve tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan runsaasti. Myös Vaarama ym. (2014) toteavat tutkimusraportissaan, että sellaista toimintakyvyn paranemista ei ole nähtävissä, joka olisi vähentänyt 80 vuotta täyttäneiden kotiin annettavan avun tarvetta ja jotta iäkkäitä voidaan tukea pärjäämään kotonaan mahdollisimman pitkään, tulee palvelujärjestelmään sisällyttää kiinteänä osana palveluketjua myös kuntoutus. Kuitenkin pitkäikäisyyden yleistyessä iäkkäiden palvelutarve ei tule vähenemään, ja tähän tulee myös julkisen sektorin varautua. Parkanon ikääntyvän väestön hyvinvointisuunnitelmaan onkin kirjattu tavoitteeksi kotihoidon laadun, tehokkuuden ja joustavuuden lisääminen sekä saatavuuden varmistaminen lähitulevaisuudessa. Nämä pyritään toteuttamaan muun muassa kotihoidon prosessien tarkistamisella, henkilöstön oikein kohdentamisella, tuki palvelujen kehittämällä, johon kuuluu muun muassa päivätoiminnan kehittäminen ja lisääminen, kuntoutuksen lisäämisellä sekä omaishoidon tuen vahvistamisella.

7.1 Opinnäytetyön reliabelius, validius ja eettisyys

Reliabiliteetti arvioi tutkimustuloksen pysyvyyttä mittauskerrasta toiseen. Reliabeli tutkimus antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Tutkimuksen reliabiliteettia tarkasteltaessa huomion kohteena on otoskoko ja otoksen laatu, vastausprosentti, tietojen syötön tarkkuus tilasto-ohjelmaan sekä mittausvirheet. (Vilka 2015, 194.) Tämän opinnäytetyön otosjoukko oli 200, joka on noin neljäsosa kokonaisjoukosta. Vastausprosentti 80 oli varsin hyvä. Tiedot syötettiin tilasto-ohjelmaan tarkasti ja havaintomatriisi tarkistettiin.

Tutkimuksen pätevyys (validius) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tämä tarkoittaa sitä, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset. Tulokset vääristyvät, jos vastaaja ei ajattelekaan kuten tutkija oletti. (Vilka 205, 193.) Iäkkäitä ihmisiä haastatel-

taessa tulee usein ongelmaksi, että kaikki tutkittavat eivät itse kykene vastaamaan kysymyksiin. Koska tässä opinnäytetyössä oli kyse nimenomaan ikäihmisen oman hyvinvoinnin kokemuksesta, sijaisvastaajasta ei ole mainittavaa hyötyä, osa kyselylomakkeista palautuikin tyhjänä siitä syystä että kyseessä oli pitkälle edennyttä muistisairautta sairastava henkilö, joka ei kyennyt arvioimaan omaa hyvinvointiaan. Kyselyyn vastanneet olivat kuitenkin ymmärtäneet kyselyssä esiintyneet käsitteet oikein. Kyselylomakkeen kysymysten asettelu onnistui melko hyvin, vaikka aikataulu tässä vaiheessa oli tiukka. Tutkimuksen analyysivaiheessa totesin kuitenkin, että jälkiviisaana olisin tehnyt joitakin asioita toisin kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa.

Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta, tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä. (Heikkilä 2004, 185; Uusitalo 1991,86 Vilkan 2015, 194 mukaan.) Tämän tutkimuksen otos edusti mielestäni hyvin tutkittavaa perusjoukkoa, ainoastaan muutama kyselylomake lähetettiin osoitetietojen epäselvyyden vuoksi laitoshoidossa asuville, jotka eivät siis edusta tutkittavaa perusjoukkoa, näiden palautuneiden kyselylomakkeiden tuloksia ei ole otettu analyysissä huomioon.

Tutkimuksen tekoon anottiin ja saatiin lupa Parkanon perusturvajohtajalta. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tekijä, tutkimuksen tavoite, kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuuden, tietojen suojaamisen ja tietojen käyttötarkoituksen. Vastaukset pyydettiin nimettömänä ja yksittäiset vastaukset tulivat ainoastaan tutkijan tietoon. Halutessaan vastaajilla oli mahdollisuus olla tutkijaan yhteydessä. Aineiston analyysi ja kirjallinen raportti on laadittu siten, ettei mikään loukkaa vastaajia tai paljasta heidän henkilöllisyyttään. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on löydettävissä lähdeluettelosta.

Tutkimuksen aineiston käsittelyn yhteydessä heräsi mielenkiinto ikäihmisten palvelutarpeen kokemuksen ja toiveiden tarkempaan tarkasteluun, tässä saattaisikin olla aihetta jatkotutkimukseen.

LÄHTEET

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. 1.painos.Porvoo:WSOY

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Oulu: Oulu Univeristy Press.

George, L. 2005. Socioeconomic status and health across the life course: progress and prospects. *Jurnal of gerontology series B psychological sciences and social sciences*. 60 (2), 135-139.

Hirsjärvi, S., Remes,P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huusko, T. & Pitkälä, K. (toim.). 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä., K. (toim.). Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy, 26–28.

Heikkilä, Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita prima oy

Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hyypä, MT. 2002. Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Keuruu: Ps-kustannus

Jylhä, M. & Leinonen, R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Karvonen, S., Kauppinen, T. & Ilmarinen, K. 2010. Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa: Suomalaisten hyvinvointi. Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Terveiden – ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki:Yliopistopaino.

Kiljunen, K. 2015. Eläkeläisten taitettu itsetunto. Seniorikansalaisena nyky-Suomessa. Helsinki: Minerva-kustannus OY

Kinnunen, P. 1998. Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsenytymisestä 1990-luvun Suomessa. Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponensis.

Kivelä, S-L. 2001. Vanhusten masennustilat. Teoksessa: Geriatria. Tilvis, R & Hervonen, A & Jäntti, P. & Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodemim.

Kurki, L. 2000. Sosiokulttuurinen innostaminen. Muutoksen pedagogiikka. Tampere: Vastapaino.

Niemelä, P. 2003. Elämänvaiheisiin liittyvä turvattomuus- Tutkimus tyypillisistä turvattomuuden kokemuksista elämän eri vaiheissa. S. 86-102. Teoksessa: Laitinen m & Pohjola A (toim). Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus.

Nummenmaa, L.2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi

Rapley, M. 2003. Quality of Life Research. A critical introduction. Sage:London.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulmia. Helsinki: WSOY

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saari J. (toim.) 2001. Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudamus.

Saaristo L. 2011. Vanhusten yksinäisyys. Teoksesta: Heiskanen T. & Saaristo L. (toim.). Kaiken keskellä yksin; Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sajama, S. 1993. Arkipäivän filosofiaa. Kertomus ihmisestä tiedon hankkijana ja arvo-
ratkaisujen tekijänä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvä ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2013. ”Vanhuspalvelulaki” Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-
veluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. 28.6.2013

Tenkanen R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa: Vanhuus ja sosiaalityö. Seppänen M. & Karisto A. & Kröger T. (Toim.). Jyväskylä: PS-Kustannus.

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Vaarama M, Hakkarainen A & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri. Selvityksiä 3, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M., Luoma, M-L., & Ylönen, L. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto Mikko (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2006. Saarjärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2008. Omaishoito 2006. Käsikirjoitus. (Toisisijainen viite teoksesta vanhusneuvoston julkaisuja)

Vaarama M., Luoma M-L., Siljander E. & Meriläinen S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksesta: Suomalaisten hyvinvointi 2010. Vaarama M, Moisio P & Karvonen S (toim). Terveyden – ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Vaarama M., Moisio P., Karvonen S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi. Terveyden – ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki:Yliopistopaino.

Vaarama, M. & Tiit E-M. 2008. Quality of life of older people in home care. In Vaarama, M., Luoma, M-L. & Ylönen, L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes, 104-132.

Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014. 80 vuotta täyttäneiden elämälaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) Ikkunoi-ta tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu:virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 100-112.

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009: Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.Painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/01/25/WHOQOL-BREF_Suomi_Lopullinen.pdf

Parkanon ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma 2014-2025. Julkaistu 09.06.2014.Luettu7.9.2015.

http://www.parkano.fi/images/artikkelit/Parkanon_ik%C3%A4%C3%A4ntyneen_v%C3%A4est%C3%B6n_hyvinvointisuunnitelma_2014-202

LIITTEET**Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje**

Hyvä vastaanottaja,

Olen Tanja Mustajärvi ja työskentelen Parkanon kaupungin kotihoidon esimiehenä sekä opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaalialan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen parhaillaan tutkimusta parkanolaisten ikäihmisten hyvinvoinnista ja sen vaikutuksesta sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Tutkimus toteutetaan yhdessä Parkanon kaupungin vanhuspalvelujen kanssa. Tutkimuksen tulos on tarkoitus sisällyttää osaksi parhaillaan laadittavaa ikääntyvän väestön hyvinvointisuunnitelmaa.

Kutsun Teidät mukaan ja toivon, että Teillä olisi hetki aikaa vastata oheiseen kyselylomakkeeseen.

Kyselyyn vastaaminen on helppoa ja vie aikaa noin 15 - 20 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään ainoastaan tutkimuksellisiin tarkoituksiin. Vastauksia käsitellään vain isompana kokonaisuutena, joten yksittäisiä vastauksia ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Toivon, että ehtisit vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian ja viimeistään 23.10.2013 mennessä. Ohessa on lomakkeen palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu valmiiksi.

Kiitoksena vastauksestanne Teillä on halutessanne mahdollisuus osallistua Rauhalan palvelukeskuksen hierontalahjakortin ja Joulumateriaalipukkeiden arvontaan. Täyttäkää oheinen arvontalipuke ja palauttakaa se vastauksenne kanssa samassa kirjekuoressa.

Pyydän Teitä arvioimaan kokemaanne hyvinvointia ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsisitte, valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta.

Tämän tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa Parkanon kaupungin perusturva-johtajalta.

Kiitos avustanne jo etukäteen

Ystävällisin terveisin: Tanja Mustajärvi

Jos haluat kysyä kyselystä tarkemmin, vastaan mielelläni:

Tanja Mustajärvi

Parkanon kotihoidon esimies p. 044 7865498

Liite 2. Kyselylomake

Taustatiedot

Aluksi pyydän Teitä vastaamaan muutamaan kysymykseen itsestänne. **Ympyröikää oikea vastaus tai kirjoittakaa vastaus sitä varten varattuun tilaan.**

1. Sukupuolenne?

1. Nainen
1. Mies

2. Syntymävuosi? _____

3. Mikä on korkein suorittamanne koulutus?

1. ei koulutusta
2. perusaste: peruskoulu, kansakoulu, keskikoulu tai kansalaiskoulu
2. keskiaste: ammattikoulu (esim. kauppakoulu) tai lukio
3. korkea-aste: opisto, ammattikorkeakoulu, yliopisto tai korkeakoulututkinto

4. Mikä on, tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella, asemanne työyhteisössä?

1. työnantaja, yksityisyrittäjä
2. maanviljelijä, maatalon emäntä
3. ylempi toimihenkilö, asiantuntija
4. alempi toimihenkilö
4. ammattikoulutettu työntekijä
5. työntekijä, ilman ammattikoulutusta
6. en ole ollut työssä kodin ulkopuolella

5. Asutteko

1. yksin
2. yhdessä toisen henkilön kanssa

6. Asumismuoto

1. kerrostalo, ilman hissiä
2. kerrostalo, hissillä
3. omakotitalo
4. rivitalo
5. paritalo

2 (9)

7.Asunnon sijainti

1. taajamassa
- 2.taajaman ulkopuolella, kuinka monta kilometriä taajamasta _____

8.Tupakoitteko

1. En
2. Kyllä

9.Kuinka usein käytätte alkoholia humaltumistarkoitukseen

1. En lainkaan
2. Muutaman kerran vuodessa
3. Kuukausittain
4. Viikoittain
5. Päivittäin

10.Kuinka monta lääkärin toteamaa sairautta teillä on

1. ei yhtään
2. 1-2
3. 3-4
4. 5-6

11. Onko Teillä jokin sairaus tai vamma joka haittaa toimintakykyänne?

1. ei
2. kyllä

12. Montako alkoholi annosta keskimäärin käytätte viikossa. (1 alkoholi annos on 1 pullo keskiolutta, 12 cl viiniä tai 4 cl väkevää viinaa)

1. yli 10
2. 5-10
3. alle 5
4. en lainkaan

Terveydellinen ja sosiaalinen hyvinvointi

Seuraavassa on terveydellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemista kuvailevaa väittämää. Lukekaa kukin väittämä huolellisesti ja arvioikaa, miten hyvin väittämä kuvaa kokemustanne. Ympyröikää vastaukseksi se, numero joka parhaiten vastaa kokemustanne. Vastatkaa sen mukaan, mitä teille tulee ensimmäisenä mieleen. Teille annetaan 5 vastausvaihtoehtoa:

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Ei samaa, eikä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

1. Koen fyysisen terveyteni ja toimintakykyni tällä hetkellä **hyväksi**.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = Ei samaa, eikä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

2. Liikunta kykyni on mielestäni **hyvä**.

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= Ei samaa, eikä eri mieltä

4= Jokseenkin samaa mieltä

5= Täysin samaa mieltä

3. Koen henkisen vireyteni ja mielialani tällä hetkellä **hyväksi**.

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= Ei samaa, eikä eri mieltä

4= Jokseenkin samaa mieltä

5= Täysin samaa mieltä

4. Koen nauttivani elämästäni tällä hetkellä **paljon**.

1 = Täysin eri mieltä
2 = Jokseenkin eri mieltä
3 = Ei samaa, eikä eri mieltä
4 = Jokseenkin samaa mieltä
5 = Täysin samaa mieltä

5. Olen **tyytyväinen** tämän hetkiseen elämän tilanteeseeni.

1= Täysin eri mieltä
2= Jokseenkin eri mieltä
3= Ei samaa, eikä eri mieltä
4= Jokseenkin samaa mieltä
5= Täysin samaa mieltä

6. Saan muilta tarvitsemaani tukea **riittävästi**.

1= Täysin eri mieltä
2= Jokseenkin eri mieltä
3= Ei samaa, eikä eri mieltä
4= Jokseenkin samaa mieltä
5= Täysin samaa mieltä

7. **En tunne** itsenäni useinkaan yksinäiseksi.

1= Täysin eri mieltä
2= Jokseenkin eri mieltä
3= Ei samaa, eikä eri mieltä
4= Jokseenkin samaa mieltä
5= Täysin samaa mieltä

8. Olen yhteydessä omaisiini, ystäviini, tuttaviiini tms. **usein**.

1= Täysin eri mieltä
2= Jokseenkin eri mieltä
3= Ei samaa, eikä eri mieltä
4= Jokseenkin samaa mieltä
5= Täysin samaa mieltä

5 (9)

9. Osallistun vapaa-ajan toimintaan **viikoittain** kodin ulkopuolella (esim. päivä-keskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, elokuvat, teatterit, näyttelyt, museot, kirjasto, ohjattu liikunta).

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Jokseenkin eri mieltä
- 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= Jokseenkin samaa mieltä
- 5= Täysin samaa mieltä

10. Koen, että minulla on **riittävästi mielekästä tekemistä päivittäin**.

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Jokseenkin eri mieltä
- 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= Jokseenkin samaa mieltä
- 5= Täysin samaa mieltä

11. Tunnen, että elämäni on **merkityksellistä**.

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Jokseenkin eri mieltä
- 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= Jokseenkin samaa mieltä
- 5= Täysin samaa mieltä

12. **Tunnen oloni turvalliseksi** päivittäisessä elämässäni.

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Jokseenkin eri mieltä
- 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= Jokseenkin samaa mieltä
- 5= Täysin samaa mieltä

13. **Olen tyytyväinen** nykyiseen asumiseeni.

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Jokseenkin eri mieltä
- 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
- 4= Jokseenkin samaa mieltä
- 5= Täysin samaa mieltä

14. Koen taloudellisen tilanteeni **turvatuksi**.

6 (9)

- 1= Täysin eri mieltä
 2= Jokseenkin eri mieltä
 3= Ei samaa, eikä eri mieltä
 4= Jokseenkin samaa mieltä
 5= Täysin samaa mieltä

Sosiaali- ja terveystalvet

Tässä osiossa kartoitetaan erilaisten sosiaali- ja terveystalvetuiden tarvetta nyt ja tulevaisuudessa. Merkitkää kunkin palvelutyyppin kohtaan rasti sarakkeeseen **KYLLÄ**, jos koette kyseessä olevalle palvelutyyppille olevan tarvetta. Mikäli ette koe tarvetta kulloinkin kyseessä olevalle palvelutyyppille, merkitkää rasti sarakkeeseen **EI**.

15. Missä seuraavissa arkipäivän toimintoihin liittyvissä asioissa koet tarvitsevasi apua **tällä hetkellä**?

Palvelutyyppi	kyllä	ei
1. Asiointi kodin ulkopuolella (esim. kauppa/ pankki)		
2. Ruoanlaitto		
3. Kevyet kotityöt (esim. imurointi, tiskaus, vaatehuolto)		
4. Henkilökohtainen hygienia		
5. Kuljetustalvet		
6. Lääkehuolto		

7 (9)

16. Missä seuraavissa arkipäivän toimintoihin liittyvissä asioissa arvelet tarvitsevasi apua lähitulevaisuudessa? (= noin viiden vuoden sisällä)

Palvelutyyppi	kyllä	ei
1. Asiointi kodin ulkopuolella (esim. kauppa/ pankki)		
2. Ruoanlaitto		
3. Kevyet kotityöt (esim. imurointi, tiskaus, vaatehuolto)		
4. Henkilökohtainen hygienia		
5. Kuljetuspalvelut		
6. Lääkehuolto		

17. Mitä seuraavia kunnallisia sosiaali- ja terveyspalveluja olette käyttäneet viimeisen vuoden aikana?

Palvelutyyppi	kyllä	ei
1. Yleislääkäripalvelut		
2. Erikoislääkäripalvelut		
3. Kotisairaanhoido		
4. Kotipalvelu		
5. Rauhalan palvelukeskuksen lyhytaikaisjaksot		
6. Laboratorio- ja röntgentutkimukset		
7. Fysioterapia		
8. Mielen terveystalvelut		
9. Päihdehuolto		
10. Toimeentulotuki		
11. Vammaispalvelut		
12. Oikeusapu		

8 (9)

18. Mitä seuraavia kunnallisia sosiaali- ja terveyspalveluja arvioitte käyttävänne **lähtö-**
vaisuudessa (= noin viiden vuoden sisällä).

Palvelutyyppi	kyllä	ei
1. Yleislääkäripalvelut		
2. Erikoislääkäripalvelut		
3. Kotisairaanhoido		
4. Kotipalvelu		
5. Rauhalan palvelukeskuksen lyhytaikaisjaksot		
6. Laitoshoido tai palveluasuminen		
7. Laboratorio- ja röntgentutkimukset		
8. Fysioterapia		
9. Mielen-terveyspalvelut		
10. Päihdehuolto		
11. Toimeentulotuki		
12. Vammais- palvelut		
13. Oikeusapu		

Miten Parkanon kaupunki on mielestäsi huolehtinut kunnallisista terveyspalveluista tiedottamisen ja neuvonnan?

19. Olette saaneet tietoa Parkanon kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluista, kun olette sitä tarvinneet

1. erittäin hyvin
2. hyvin
3. huonosti
4. erittäin huonosti
5. en osaa sanoa

Auttoiko joku teitä lomakkeen täyttämässä?

Haluatteko sanoa jotain tästä kyselystä?

KIITOS AJASTANNE JA VASTAUKSISTANNE!