



# **IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KOHTAAMANA ILMIÖNÄ**

**Mirja Laukkarinen  
Iiris Miettinen**

**Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**

*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä(t)  LAUKKARINEN, Mirja MIETTINEN, Iiris	Julkaisun laji Opinnäytetyö			
	Sivumäärä 66 + 8	Julkaisun kieli suomi		
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka			
Työn nimi  Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä				
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma				
Työn ohjaaja(t) KOKKO, Marja-Liisa				
Toimeksiantaja(t)				
Tiivistelmä  Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Jyväskylän kaupungin kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä ja kokemuksia ikääntyneiden asiakkaiden yksinäisyydestä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa työntekijöiden ammatillisista valmiuksista tukea yksinäistä asiakasta sekä mahdollisista kehittämisideoista.  Tutkimustehtäviä muodostui neljä: millaista yksinäisyyttä työntekijät kohtaavat kotihoidon asiakkailla, mitä yksinäisyyden taustalla on työntekijöiden näkemyksen mukaan, mitkä mahdollisuudet/esteet työntekijöillä on vähentää yksinäisyyttä sekä millaisia kehittämisideoita työntekijöillä on yksinäisyyden vähentämiseksi. Tutkimuksessa käytettiin laadullista lähestymistapaa. Tutkimusmenetelmänä oli kysely, johon vastasi 36 kotihoidossa (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) työskentelevää naista.  Tutkimustulosten mukaan yksinäisyys kotihoidossa on yleinen ilmiö, jota työntekijät kohtaavat työssään usein. Yksinäisyyttä esiintyy niin kielteisenä kuin myönteisenä, ja työntekijät hahmottavat, mitä erilaisia tekijöitä yksinäisyyden taustalla voi olla. Tulosten perusteella työntekijät osaavat tunnistaa asiakkaan yksinäisyyden esimerkiksi mielialan ja käytöksen muutoksista, mutta aina ei ole mahdollista puuttua tilanteeseen esimerkiksi asiakkaan oman suhtautumisen tai työn kiireisen luonteen vuoksi. Tuloksista selvisi, että ammatilliset valmiudet koetaan pääsääntöisesti hyviksi, mutta lisäksi tarvitaan ajankohtaista tietoa palveluista ja yksinäisyyteen puuttumisesta.  Tutkimuksen tulokset osoittivat, että esimerkiksi vapaaehtoistyön ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen auttaisi yksinäisen asiakkaan tukemisessa. Laajemmin ajateltuna kotihoidon painottuminen yhä enemmän hoidolliseen suuntaan ja asiakasmäärien kasvu nostaa esille työn kehittämisen tarpeen. Työtä tulisi kehittää voimavaralähtöisempään suuntaan esimerkiksi laajemman toimintakyvyn arvioinnin, ajan antamisen sekä asiakkaan lähiverkoston aktivoimisen avulla.				
Avainsanat (asiasanat) yksinäisyys, kotihoito, ikääntyneet				
Muut tiedot				

Author(s)  LAUKKARINEN, Mirja MIETTINEN, Iiris	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 66 + 8	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title  The experience of loneliness among elderly people in home care employees point of view		
Degree Programme Degree Programme in Social Care		
Tutor(s) KOKKO, Marja-Liisa		
Assigned by		
Abstract  <p>The purpose of Bachelor's Thesis was to clarify employees' opinions and experiences about loneliness among their clients in the home care of Jyväskylä municipality. The aim of the study was to get information, how employees find their professional skills to support clients suffering from loneliness and also potential developing needs.</p> <p>There were four research assignments: what kind of loneliness employees are facing among their clients, which different factors are associated with loneliness according to employees' opinions, which things make it easier or harder to decrease loneliness and what kind of developing ideas employees have to affect in loneliness. The study was qualitative and as a research method we used a half-structured questionnaire, which was answered by 36 women working in home care.</p> <p>According to results of the research loneliness among home care's clients is common phenomenon, which employees face often at their work. Loneliness is appearing as a negative and positive experience and employees perceive the different factors that associate with loneliness. Results also showed that employees can perceive client's experience of loneliness for example from the changes in mood or behavior. It isn't always possible to affect in that situation, because of client's own negative attitude or because employees don't have enough time. In general employees felt their professional skills quite good, but current information about services and how to influence loneliness is still needed.</p> <p>According to results employees suggest that co-operation with voluntary work and home care should be developed. Co-operation would help supporting clients who are suffering from loneliness. In wider aspect home care's changing to more medical caring and increase in client numbers are revealing developing needs. The work needs to be developed in more resourcebased direction, for example by estimating functional ability better, giving more time to clients and by activating client's social networks.</p>		
Keywords loneliness, home care, elderly		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

1 KUKA KUULEE YKSINÄISTÄ VANHUSTA? .....	3
2 IKÄÄNTYNYT JA YMPÄRISTÖ.....	4
2.1 Vanhuskäsitykset.....	4
2.2 Ikääntyminen ja vanhuus yhteiskunnassa.....	7
2.3 Vanhuus kotona .....	9
3 YKSINÄISYYS.....	11
3.1 Yksinäisyyden käsite.....	11
3.2 Ikääntyvien yksinäisyyden syyt ja seuraukset.....	15
3.3 Yksinäisyyden yleisyys .....	18
4 KOTIHOITO.....	20
4.1 Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kehitys .....	20
4.2 Kotihoidon muutos .....	22
4.3 Kotihoidon nykytilanne .....	23
4.4 Kotihoito Jyväskylässä.....	24
4.5 Hoito- ja palvelusuunnitelma ja toimintakyvyn mittarit.....	27
4.6 Yksinäinen asiakas kotihoidossa .....	30
5 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	33
6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU .....	34
6.1 Tutkimusmenetelmän valinta .....	34
6.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu.....	35
7 AINEISTON ANALYYSI.....	37
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	38
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	40
9.1 Vastaajien taustatiedot.....	40
9.2 Työntekijöiden kohtaama yksinäisyys kotihoidon asiakkailla .....	42
9.3 Yksinäisyyteen liittyvät tekijät työntekijöiden näkemyksen mukaan .....	44
9.4 Työntekijöiden mahdollisuudet/esteet vaikuttaa yksinäisyyden vähentämiseen .....	44
9.5 Työn kehittäminen yksinäisyyden vähentämiseksi.....	49
10 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	51
10.1 Yksinäisyys kotihoidon asiakkailla on yleistä .....	51
10.2 Yksinäisyyden monenlaiset taustat.....	52
10.3 Ajan puute rajoittaa yksinäisyyteen puuttumista .....	53
10.4 Enemmän osaamista ja palveluja yksinäisyyden vähentämiseen.....	56

11 POHDINTA.....	57
LÄHTEET .....	64
LIITTEET .....	67
Liite 1. Opinnäytetyön yhteistyösopimus / Lupa-anomus .....	67
Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake kotihoidon työntekijöille .....	69

## KUVIOT

KUVIO 1. Yksinäisyyden, masentuneisuuden ja sosiaalisen isolaation yhteys .....	14
KUVIO 2. Tärkeimmät kehittämiskohteet oman työn kannalta yksinäisyyden näkökulmasta .....	51

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Keskeiset yksinäisyysteorialt.....	12
TAULUKKO 2. Emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden yleisyys Vanhustyön keskusliiton tutkimuksessa .....	19
TAULUKKO 3. Yksinäisyyden kokemus ikäryhmittäin .....	19
TAULUKKO 4. Kotihoidon käynnin sisältö.....	26
TAULUKKO 5. Vastaajien ikä ja koulutus.....	41
TAULUKKO 6. Vastaajien työkokemus .....	41
TAULUKKO 7. Yksinäisyyden kokeminen.....	42
TAULUKKO 8. Kielteisen/myönteisen yksinäisyyden esiintyminen .....	43
TAULUKKO 9. Yksinäisyyden kohtaaminen työssä .....	43
TAULUKKO 10. Työntekijöiden ammatilliset valmiudet.....	49

# 1 KUKA KUULEE YKSINÄISTÄ VANHUSTA?

Ikääntyneiden yksinäisyys on noussut yhdeksi merkittävimmäksi ikääntyneiden elämänlaatua huonontavaksi tekijäksi. Yksinäisyyttä on varmasti esiintynyt aina, mutta viime aikoina sen yleisyyttä on alettu tutkia. Yksinäisyyden on myös todettu heikentävän toimintakykyä. Toisaalta on hyvä kuitenkin muistaa myös yksinäisyyden myönteinen puoli, toisille yksinäisyys on toivottu tila. Ikääntyneelle myönteinen yksinäisyys voi olla esimerkiksi mahdollisuus tarkastella elettyä elämää. Mediassa kielteinen yksinäisyys on nostettu esiin kauhukuvien avulla, esimerkkinä HelsinkiMission mainos ”Voiko yksinäisyyteen kuolla?”. Joka toinen päivä yksi ikääntynyt tekee itsemurhan, jonka taustalla voi olla yksinäisyys. Yksinäisyys ja sen seuraukset ovat saaneet monet järjestöt toimimaan yksinäisyyden vähentämisen puolesta.

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, sillä ikääntyneiden yksinäisyys on pinnalla niin tutkimuksissa kuin julkisessa puheessakin. Tutkimuksemme ajankohtaisuutta lisää uusi näkökulma. Aiemmin yksinäisyyttä on tutkittu yksinäisyyttä kokevien näkökulmasta. Halusimme tutkia ilmiötä juuri kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta, koska he kohtaavat työssään yksinäisiä asiakkaita ja heillä on myös mahdollisuus vaikuttaa yksinäisyyteen. Kotihoidon työkenttä on muuttunut viime aikoina yhä hoidollisempaan suuntaan ja kotona hoidetaan entistä heikompikuntoisia asiakkaita. On kiinnostavaa tutkia näkyvätkö muutokset jo nyt työn arjessa. Toisaalta vanhuspoliittiset strategiat painottavat ennaltaehkäisevää työtä ja kotona asumisen tukemista. Muutosten suunnan myötä tulee kuitenkin mieleen, painotetaanko kuitenkin liikaa vain fyysisen toimintakyvyn tukemista. Tulevaisuudessa ikääntyvien määrä kasvaa, joten myös yksinäisten ikääntyvien määrä tulee mahdollisesti lisääntymään.

Meitä kumpaakin on kiinnostanut vanhustyö koko opiskelun ajan ja halusimme tehdä opinnäytetyön liittyen vanhustyön erityiskysymyksiin. Työkokemuksen kautta yksinäisyys nousi vahvimmin esille, mistä kiinnostus aiheeseen syntyi. Opinnäytetyön tekeminen alkoi yhteydenotolla Jyväskylän kaupungin kotihoitoon, josta saimme yhteistyökumppaneiksi kaksi palvelupäällikköä. Sinänsä ei ole kyse tilaustyöstä, mutta uskomme, että tutkimustamme voidaan hyödyntää kotihoidon kentällä. Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää millaista yksinäi-

syyttä työntekijät kohtaavat kotihoidon asiakkailla ja millaisia mahdollisuuksia ja esteitä yksinäisyyden vähentämiseen liittyy. Haluamme myös tuoda esille työntekijöiden kehittämisideoita yksinäisyyden vähentämiseksi. Tutkimuksemme liittyy laajempaan kokonaisuuteen, sillä kotihoidon rooli on merkittävä esimerkiksi laitoshoidon joutumisen ennaltaehkäisemisessä.

## 2 IKÄÄNTYNYT JA YMPÄRISTÖ

### 2.1 Vanhuskäsitykset

Vanhuskäsitys on sidoksissa yhteiskunnan rakenteeseen ja vallitsevaan kulttuuriin. Siihen sisältyy näkemys ikääntyvien yhteiskunnallisesta asemasta; millaisena ikääntyviä ja heidän mahdollisuuksiaan pidetään. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 324.) Tieteellisen tiedon lisääntymisen myötä vanhuskäsitys ja asennoituminen ikääntyneitä kohtaan ovat muuttuneet voimavaralähtöisempään suuntaan (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 19).

Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys (jälkiteollisen yhteiskunnan vanhuskäsitys) korostaa vanhenemisen ja vanhuuden historiallista, kulttuurista ja yhteiskunnallista puolta. Toisin kuin biolääketieteellisessä (teollisen yhteiskunnan) vanhuskäsityksessä, vanhuutta ei nähdä enää kielteisenä ja pelkkänä raihnaisuuden kokemuksena. Vanhuus voi olla uusi mahdollisuus. Se nähdään ainutkertaisena elämänvaiheena, joka kuuluu elämäntieteen ja jonka myötä voi tapahtua kasvua ja kehitystä. Biolääketieteellisen käsityksen mukaan vanhuus on sosiaalinen ongelma, joka aiheuttaa vain rasitteita yhteiskunnalle. (Koskinen ym. 1998, 18 - 21.)

Sosiokulttuurisen käsityksen mukaan ihmiset ovat yksilöitä, kun taas biolääketieteellisen käsityksen mukaan kaikilla on samanlaiset tarpeet, jotka voidaan tyydyttää samoilla palveluilla. Biolääketieteellisen käsityksen mukaan vanhukset ovat taakka yhteiskunnalle, mikä näkyy esimerkiksi keskusteluna vanhus-ten määrän lisääntymisestä ja kasvavista kuluista. Sosiokulttuurinen vanhus-

käsitys taas näkee ikääntyvät voimavarana, jotka esimerkiksi kuluttavat ja säästävät aivan samalla tavalla kuin nuoremmatkin. Ei pidä myöskään unohtaa heidän kulttuurillista arvoa, he ovat perinteen siirtäjiä ja heidän elämänkemuksensa on merkittävä. (Koskinen ym. 1998; Koskinen 2006, 14 - 16.)

Elämänkulun käsite liittyy olennaisesti sosiokulttuuriseen vanhenemiseen. Elämänkulkuun liittyvät keskeisesti eri elämäntapahtumat (kouluun meno, työnteon aloittaminen, perheen perustaminen), sosiaaliset siirtymät sekä elämänpolut käsittäen esimerkiksi koulutusuran, työuran ja perheuran. Elämänkulun käsitettä voidaan lähestyä neljästä eri näkökulmasta (biografinen, tilastollinen, väestöllinen, kulttuurinen). Sen avulla vanhenemista voidaan käsitellä sekä mikro- että makrotasolla. Makrotasolla vanhenemista käsitellään yhteiskunnallisena ilmiönä ja ikääntyneitä tarkastellaan suurena väestöryhmänä. Mikrotason lähtökohtana on ikääntynyt yksilönä ja siinä keskitytään vanhenemisprosesseihin ihmisen elämänkulussa ja sosiaalisissa yhteyksissä. Esimerkiksi eläkkeelle siirtyminen on yksi elämänkulun vaiheita, joka muuttaa merkittävästi ihmisen sosiaalista roolia. (Koskinen 2006, 16.)

Koskinen (2006) käyttää tekstissään Quadagnon (1999) luonnehdintaa elämänkulun käsitteestä; ”elämänkulku on historiallisten tapahtumien, henkilökohtaisten ratkaisujen ja mahdollisuuksien sekä aikaisemman elämän kokemusten vaikutusten välistä vuorovaikutusta”(Koskinen 2006, 16). Biografisessa näkökulmassa korostetaan yksilön elämänsä aikana kulkemia polkuja ja sitä miten elämänvaihe ja historiallinen aika yhdessä vaikuttavat polkuihin (esimerkiksi sota-aika). Kulttuurinen näkökulma viittaa niihin oletuksiin, joita yksilön oletetaan toteuttavan tietyssä iässä. Tilastollinen ja väestöllinen näkökulma painottaa elämänkulkua ikäkohorttien (samaa kohorttiin kuuluvat ne ihmiset, jotka ovat syntyneet tietyssä ajanjaksona) tai sukupolvien elämää eri aikakausina. (Koskinen 2006, 16.)

Myös kumulatiivisen elämänkulun käsite on tärkeä ottaa esille. Käsitteen peruslähtökohtana on, että elämänsä aikana ihminen kohtaa sekä hyviä että huonoja asioita ja olosuhteita. Näiden asioiden kasaantuminen voi vaikuttaa elämänkulkuun ja aiheuttaa esimerkiksi eriarvoisuutta vanhuudessa. Teoria käsittelee esimerkiksi sitä, mitä vaikutuksia myöhempään elämään voi olla



esimerkiksi sillä, että lapsuus on ollut ankea, koulutusta on vähän, työkoke-  
musta ei ole karttunut ja tästä syystä eläke on jäänyt pieneksi. (Koskinen  
2006, 17.)

Nyky-yhteiskunnassamme korostetaan sosiokulttuurista vanhuskäsitystä ja  
tämä näkyy esimerkiksi vanhuspolitiikassa, jonka lähtökohtana ovat ikääntyvi-  
en voimavarat, sairauksien, menetysten ja toimintarajoitteiden sijaan. Käytän-  
nön työssä biolääketieteellinen näkemys näkyy kuitenkin edelleen vahvasti.  
Tästä esimerkkinä kotihoito, jota kohdennetaan paljon apua tarvitseville ja ko-  
titaloustöiden sijaan tehdään yhä enemmän hoidollisia toimenpiteitä. Myös  
Koskisen (2006) mukaan vanhuspalvelujärjestelmä toimii edelleen biolääketie-  
teellisen käsityksen pohjalta. (Aejmelaeus ym. 2007, 324; Koskinen 2006.)

Merikannon (2007) mukaan yhteiskunnan ongelmakeskeinen suhtautuminen  
vanhuksiin näkyy vahvasti myös mediassa. Toisaalta media yleistää vanhuu-  
den ja näkee jokaisen ikääntyneen samanlaisena. Toisaalta vastuuta sysä-  
tään kuitenkin myös yksilölle, jolloin unohtuu se tosiasia, että yksilön vaiku-  
tumahdollisuudet esimerkiksi palveluihin ovat pienet. Yhteiskunnan tasolla  
olevat epäkohdat eivät ole yksilön korjattavissa. (Merikanto 2007, 10 - 12.)

Oman näkemyksemme mukaan biolääketieteellinen käsitys näyttää jopa vah-  
vistuvan julkisessa puheessa. Toisaalta uutisoinnit liittyvät uusiin lääketieteel-  
lisiin hoitoihin, joilla ikääntymisen mukanaan tuomia sairauksia voidaan eh-  
käistä tai hidastaa sairauden kehittymistä. Esiin on noussut myös kritiikkiä  
vanhustyötä kohtaan. Esimerkiksi työntekijöiden määrä sekä avo- että laitoshoidossa ei ole aina suositusten mukainen, minkä vuoksi ei ole mahdollista  
aina tehdä kaikkea sitä, mitä pitäisi. Kiireen vuoksi ei aina esimerkiksi ehditä  
tekemään muuta kuin perushoito.

Medikalisaatio näkyy esimerkiksi lääkehoidon korostamisena. Ikääntyneiden  
lääkitystä ei aina tarkisteta tarpeeksi usein eikä lääkkeiden yhteisvaikutuksia  
oteta välttämättä huomioon. Lääkehoitoa pidetään turhan usein ensisijaisena  
hoitona esimerkiksi masennuksen hoidossa, vaikka vaihtoehtona olisi myös  
psykososiaalinen tuki. (Kivelä 2006, 66 - 72.)

## 2.2 Ikääntyminen ja vanhuus yhteiskunnassa

Vanhustyössä nousee usein esille keskustelua siitä, mikä on ikääntyvien ja vanhusten asema yhteiskunnassa. Marin (2002) käsittelee tekstissään ihmisen ja yhteiskunnan välistä suhdetta sosiaalitieteiden näkökulmasta. Onnistuneesti vanhenevassa yhteiskunnassa kysymys on siitä, miten yhteiskunta pystyy rakentamaan sukupolvien ja ikäryhmien väliset taloudelliset, moraaliset, ideologiset ja valtasuhteet ja minkä mahdollisuuden se antaa näiden tasapainoiselle kehitymiselle elämän- ja ajankulun myötä. (Marin 2002, 89 - 96.)

Marinin (2002) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että yhteiskunta ei pidä esimerkiksi vanhenevaa ikäryhmää onnettomuutena, uhkana, taakkana tai hyödyttömänä. Onnistuneesti vanheneva yhteiskunta ei myöskään piilota, laiminlyö tai nolaa tiettyä ikäryhmää vaan se mahdollistaa kaikkien ikäryhmien näkymisen, toimimisen ja vaikuttamisen. Vaikka vanheneminen onkin aina kokemuksellisesti yksilöllinen prosessi, ei se riitä yksilön hyvään vanhenemiseen. Siihen tarvitaan myös sitä, kuinka yhteiskunnassa rakentuvat sukupolvien ja ikäryhmien väliset suhteet ja mikä tila ja merkitys vanhenevalle ihmiselle annetaan. Yksilön hyvä vanheneminen ei siis riipu pelkästään henkisten ja fyysisten asioiden riittävydestä. (Marin 2002, 96 - 100.)

Tuominen (2006) käsitteleeekin artikkelissaan Jylhän (2006) kannanottoa siihen, että esimerkiksi vanhusten yksinäisyyttä voidaan hälventää yhteiskunnallisilla päätöksillä. Jos ikääntyvistä puhutaan vain hoitokuormana ja ylimääräisinä, vaikuttaa tämä ikääntyvien itsetuntoon ja yksinäisyyteen. Jylhän (2006) mukaan ikääntyvien tasavertaisten oikeuksien takaaminen, heidän palveluidensa parantaminen ja osallisuuden helpottaminen olisi omiaan lievittämään yksinäisyyttä. (Tuominen 2006, 13 - 14.)

Uittomäki (2007) nostaa esille artikkelissaan Pelkosen (2007) muistutuksen siitä, että kaikki vanhukset eivät tarvitse hoivaa. Valtaosa vanhuksista on hyvin toimintakykyisiä ja he voivatkin osallistua yhteisten asioiden hoitamiseen kuten tehdä arvokasta työtä ja auttaa toisia vanhuksia. Pelkosen mukaan vanhukset ovatkin merkittävä voimavara yhteiskunnalle. Hän kuitenkin muis-

tuttaa, että väestön vanheneminen on huomioitava myös kaikessa yhdyskuntasuunnittelussa, muun muassa esteettömyyden ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistamisena. (Uittomäki 2007, 16)

Ikääntymispolitiikka vaikuttaa siihen, millaiseen suuntaan palvelut kehittyvät. Palveluja linjaavat nykypäivänä useat sosiaali- ja terveystalittiset asiakirjat kuten esimerkiksi Ikäihmisen palvelujen laatusuositus vuodelta 2008 sekä Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Asiakirjojen tavoitteet ovat yhteneviä. Tämän hetkisen ikääntymispolitiikan tavoitteet ovat muun muassa kotona asumisen tukeminen ja avopalveluiden ensisijaisuus, ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen. (Voutilainen ym. 2007, 154.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Voutilaisen ym. (2007) mukaan 2000-luvulla onkin alettu painottamaan yhä enemmän varautumista ikäihmisten määrän lisääntymiseen ja palvelutarpeen kasvuun. Tämä näkyy ikäihmisen toimintakyvyn edistämisen, kuntouttavien palveluiden sekä osallisuuden merkityksen korostamisena ikääntymispolitiikassa. (Voutilainen ym. 2007, 154.)

Lumme-Sandt (2007) nostaa kuitenkin esille kriittisen näkökulman vanhustenhuollon tilasta nykypäivänä. Hän esittelee kirjoituksessaan valtiontilintarkastajien vuotta 2006 koskevaa raporttia vanhustenhuollon osuudesta, missä nostetaan esille epäkohtia. Huomio kiinnittyy esimerkiksi palveluasumisen ongelmiin, Raha-automaattiyhdistyksen vähentyvään rahoitukseen, omaishoidon tuen lain soveltamiseen sekä palveluiden kilpailuttamiseen. Tärkeä kritiikki keskittyy myös avopalveluiden supistumiseen ja siihen, että kotipalvelujen sisällöt ovat kaventuneet ja sen ehkäisevä ja kuntouttava rooli on heikentynyt. Vanhusten tilanteen katsotaankin olevan perustuslain vastainen, koska ihmiset ovat hyvin eriarvoisessa asemassa asuinkunnasta riippuen. (Lumme-Sandt 2007, 1.)

## 2.3 Vanhuus kotona

Suomessa ikääntyvät ihmiset haluavat asua omassa kodissaan niin pitkään kuin on mahdollista ja kotona asumisen mahdollistaminen onkin vanhustyön johtavana periaatteena. Vanhustyön näkökulmasta tämä on oleellinen asia, sillä usein omaishoitajan, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työympäristönä toimii ikääntyvän oma koti. Kodin merkitystä perustellaan vanhustyössä myös inhimillisyyden, vuorovaikutuksellisuuden, taloudellisuuden ja tehokkuuden näkökulmista. Kun ikääntyvä asuu omassa kodissaan ja tutussa ympäristössään, luo tämä edellytykset pidentää omatoimista elinaikaa. (Koskinen ym. 1998, 220.)

Valtaosa yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan, joko omistus- tai vuokra-asunnossa tai palveluasunnossa. Kun ihmisen toimintakyky heikentyy, korostuu elinympäristön merkitys kuten kodin varustelutaso, lähiomaiset sekä muiden auttajien verkosto. Kotona asuminen merkitsee monelle vapautta ja valtaa, mutta nostaa samalla esille avun tarpeen. (Ikonen & Julkunen 2007, 10 - 12.)

Kodilla voi olla useitakin merkityksiä. Koti voi merkitä itsenäistä elämää, elämänhallintaa sekä omatoimisuutta, vapautta, omaa päätösvaltaa, itsemääräämistä sekä minuuden vahvistumista. Monelle koti on myös tärkeä asuinympäristön tuttuuden ja turvallisuuden takia: läheltä voi löytyä niin perhe, omaiset kuin ystävätkin, mutta myös naapurit. Ikääntyvälle heikentynyt toimintakyky vaatii sopeutumista, missä kotihoidon rooli onkin tärkeä. Kotihoito auttaa arjesta selviytymistä, mahdollistaa kotona asumisen ja luo turvallisuuden tunnetta. (Ikonen & Julkunen 2007, 12.)

Myös Koskisen ym. (1998) mukaan ikääntyvä ihminen voi hallita kotona omaa elämänsä. Vaikka ikääntyvä olisikin omassa kodissaan riippuvainen muiden avusta, tuo koti ja sen tuttu ympäristö ikääntyvälle vahvuutta ja tunnetta, että hän on osana omaa ympäristöään. Ikääntyvä voi tuntea kotonaan helpommin turvallisuutta, luottamuksellisuutta sekä arvostetuksi tulemista kuin vieraassa

ympäristössä esimerkiksi vanhainkodin ruokailutilassa. Kotona asuessaan ikääntyvällä on mahdollisuus ylläpitää ihmissuhteitaan paremmin, jos lähellä asuu omaisia ja naapureita. Tämä vahvistaa tunnetta siitä, että ikääntyvä kuuluu tiettyyn yhteisöön. (Koskinen ym. 1998, 221.)

Kodin merkitystä ikääntyvälle on tutkinut myös Nykänen (2007), jonka tutkimuksessa selvitettiin kotona asumisen merkitystä pohjoissuomalaisen kaupunkien 60–79-vuotiaille ikääntyville. Tulosten mukaan kotona asumisen merkitys koostuu autonomiasta, tyytyväisyydestä, sosiaalisista suhteista ja olosuhteista. Kotona asumisen merkitys koetaan yksilöllisesti ja se on osana vanhenemisen kokemuksellisuutta. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että vastaajista 99 % ilmaisi halunsa asua kotona niin pitkään kuin se on mahdollista. (Nykänen 2007, 107 - 108.)

On kuitenkin tilanteita, jolloin kotona asuminen voi merkitä ikääntyvälle yksinäisyyttä, hyväksikäytön kohteeksi joutumista tai jopa heitteillejättöä. Ikääntyvän jokapäiväisen selviytymisen ja toimintakyvyn kannalta onkin tärkeää selvittää, millaisessa kodissa ikääntyvä asuu ja millaista apua hän sinne tarvitsee. On esimerkiksi kartoitettava millainen kodin varustelutaso on ja mikä sen merkitys on ikääntyvälle päivittäisissä toiminnoissa. (Koskinen ym. 1998, 221.)

Tedre (2006) nostaakin artikkelissaan ”Asunnon vangit - ulospääseminen sosiaalisena ongelmana” esille sen, kuinka tärkeää ikääntyvälle on kodissa asumisen lisäksi kotoa ulospääsy. Ulospääsyä vaikeuttaa fyysisten rajoitteiden ja esteiden lisäksi mielen rajoitteet ja koti voikin olla eristävä ja syrjäyttävä paikka ikääntyvälle. Tedren mukaan asunto ja neljän seinän sisällä eläminen ei riitä mielekkään ja ihmisarvoisen arkielämän ympäristöksi. Hän nostaa esille, että vanhuspolitiikan tavoitteeksi tarvitaan kotona asumisen tueksi lisäksi myös yhtä lailla kotoa pääsyn mahdollistaminen. (Tedre 2006, 161 - 169.)

Tärkeää onkin kodin ja lähiympäristön esteettömyys, mihin vaikuttavat esimerkiksi lähipalvelut, hissilliset kerrostalot sekä kodin varustelutaso. Ikääntyvälle on mahdollista teettää kodissaan arkea helpottavia korjaus- ja muutostöitä kuten liuskojen ja kahvojen asentaminen, oviaukkojen levennys, kynnyk-

ten poistot sekä wc- ja pesutilojen saneeraus. Nämä asiat helpottavat kotona liikkumista ja toimintakyvyn ylläpitämistä. (Koskinen ym. 1998, 216 - 222.)

Rajaniemi (2006) esittelee tekstissään vuonna 2004 toteutetun teemahaastattelun tuloksia, missä käsitellään ikääntyneiden omia käsityksiä arjesta ja arjen sujumisesta. Rajaniemen mukaan keskeisintä on tunnistaa arjen ongelmakohdat ja ne auttavat tukiverkostot, jotka aktivoituvat ongelmatilanteissa. Ikääntyneen arjen tukeminen ei ole pelkästään kotona asumista tukevia palveluita vaan monenlaisen avun, tuen, seuran ja läsnäolon tarjoamista. Apua ja tukea tarvitaan niin epävirallisten (perhe, omaiset, ystävät, naapurit) kuin virallisten tahojen (palveluntuottajat) osalta. (Rajaniemi 2006, 169 - 181.)

### **3 YKSINÄISYYS**

Ikääntyneiden yksinäisyys kasvavana ilmiönä on ylittänyt uutiskynnyksen ja yksinäisyyden yleisyyttä on tuotu esille. Tutkimusten mukaan noin kolmas osa ikääntyneistä kokee yksinäisyyttä ainakin joskus. Mediassa yksinäisyys on liitetty esimerkiksi itsemurhiin ja lääkkeiden väärinkäyttöön. Myös monet järjestöt ovat alkaneet tehdä työtä yksinäisyyden vähentämiseksi, HelsinkiMission Aamukorva-puhelinpalvelu sekä Senioripysäkki-ryhmäkuntoutus on luotu auttamaan yksinäisiä ikääntyneitä. Myös Vanhustyön keskusliitto järjestää monilla paikkakunnilla Ystäväpiiri-toimintaa, jolla pyritään yksinäisyyden vähentämiseen.

#### **3.1 Yksinäisyyden käsite**

Yksinäisyyden käsitettä on vaikea määritellä, koska yksinäisyys ei ole yksiselitteinen asia. Ilmiötä on lähestytty eri tieteenalojen, pääasiassa psykologian ja sosiologian näkökulmista. Gerontologian alaan kuuluvassa väitöskirjassa Tiikkainen (2006) käyttää Donaldsonin & Watsonin (1996) tapaa yhdistää teoriat neljään oleelliseen teoriaan: psykodynaamiseen, eksistentiaaliseen, kognitiivi-

seen ja interaktionistiseen teoriaan. Keskeiset yksinäisyysteoriat on koottu taulukkoon 1. (Tiikkainen 2006, 11.)

TAULUKKO 1. Keskeiset yksinäisyysteoriat  
(Tiikkainen 2006, 11)

Yksinäisyysteoria	Yksinäisyyden lähtökohta
Psykodynaaminen teoria (Fromm-Reichmann 1959)	Lapsuuden kokemukset ja varhaisen Vuorovaikutuksen epäonnistuminen
Eksistentiaalinen teoria (Moustakas 1961)	Ihmisen olemassaoloon väistämättömästi kuuluva ilmiö
Kognitiivinen teoria (Perlman & Peplau 1982)	Kognitiivisen prosessin kautta havaittu ristiriita itselle tärkeänä pidettyjen ihmis- suhteiden ja olemassa olevien sosiaalis- ten suhteiden välillä
Interaktionistinen eli vuorovaikutusteo- ria (Weiss 1973)	Puutteelliset vuorovaikutussuhteet; emo- tionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys

Eksistentiaalisen teorian lähtökohtana on kristillinen näkemys, jonka mukaan ihminen on aina lopulta yksin. Yksinäisyyden kokemukseen voidaan vaikuttaa rakkauteen ja välittämiseen pohjautuvalla hoivalla. Psykodynaamisessa teoriassa yksinäisyyden kokemus nähdään ihmisen varhaisiin kiintymyssuhteisiin liittyvänä. Lapsuuden kokemukset vaikuttavat persoonallisuuteen ja ennustavat sopeutumista sosiaaliseen yhteisöön. Kognitiivisen teorian mukaan tärkeintä on se, miten ihmiset kokevat yksinäisyyden. Sosiaalisia taitoja kehittämällä voidaan vaikuttaa yksinäisyyden kokemukseen. Vuorovaikutusteoria tarkastelee yksinäisyyden kahta eri muotoa, emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä. Emotionaalisessa nähdään yksinäisyyden johtuvan kiintymyksen

kohteen puutteesta ja sosiaalisessa sosiaalisen verkoston puuttumisesta. (Pitkälä & Routasalo 2005, 21.)

Teorioiden väliset erot liittyvät lähinnä käsityksiin siitä, miten ja miksi puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemukseen. Osa tutkijoista korostaa eri tilannetekijöitä ja osa taas luonteenpiirteiden vaikutusta. Yksinäisyyttä voidaan tutkia myös sen ajallisen keston perusteella, ilmeneekö yksinäisyys ajoittain tai tietyissä tilanteissa. (Tiikkainen 2006, 11.)

Teorioissa on havaittavissa myös yhteisiä piirteitä. Yhteistä on yksinäisyyden näkeminen subjektiivisena ja kielteisenä kokemuksena sekä puutteellisiin sosiaalisiin suhteisiin liittyvänä. Yksinäisyys ei kuitenkaan ole sama asia kuin yksin oleminen tai sosiaalinen eristäytyneisyys. Yksin oleva ihminen ei välttämättä ole yksinäinen, mutta joku voi tuntea itsensä yksinäiseksi suuressakin joukossa. Olennaista onkin sosiaalisten suhteiden laatu, yksinäisyyden kokemus ja tunne syntyvät, kun odotukset ympäristöä ja kanssaihmissä kohtaan eivät toteudu. (Tiikkainen 2006, 12; Pitkälä & Routasalo 2005, 19 - 20.)

Yksinäisyyden, masentuneisuuden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden on todettu liittyvän läheisesti toisiinsa, mutta ne eivät kuitenkaan ole toistensa edellytyksiä. Niitä ilmenee usein samanaikaisesti. Joissakin tapauksissa yksinäisyys aiheuttaa masentuneisuutta ja saa ihmisen eristäytymään. Joskus masentuneisuuden takia ystävyyssuhteet alkavat vähitellen hiipua ja tilalle tulee yksinäisyyden tunteita. Myös hoidollisesti näitä tekijöitä lähestytään eri tavoin. Depressiolääkkeet eivät välttämättä auta yksinäisyyteen eikä sosiaalisesti eristäytynyt henkilö koe hyötyvänsä sosiaalisesta toiminnasta, jos hän ei tunne itseään yksinäiseksi. Yksinäisyyden, masentuneisuuden ja eristäytyneisyyden yhteyttä on havainnollistettu kuviossa 1. (Pitkälä & Routasalo 2005, 20 - 21.)





KUVIO 1. Yksinäisyyden, masentuneisuuden ja sosiaalisen isolaation yhteys (Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2003, 46)

Kielteinen yksinäisyys nähdään pakollisena, ei-toivottuna tilana ja kärsimystä aiheuttavana kokemuksena. Siihen liittyy myös ahdistuksen ja pelon tunteita, kun henkilö joutuu kohtaamaan yksin suuret elämänmuutokset tai omaan elämään liittyvät tosiasiat. Tällaisia asioita voivat olla läheisten kuolema, oman terveyden/toimintakyvyn heikentyminen sekä mahdollinen uuteen asuin ympäristöön muuttaminen. Kielteiseen yksinäisyyteen liittyy myös ulkopuolisuuden ja yksin jätetyksi jäämisen tunteita. (Pitkälä ym. 2003, 7 - 8; Pitkälä & Routasalo 2005, 20.)

Joillekin yksinäisyys voi olla myös myönteinen kokemus. Tällöin yksinäisyys yhdistetään luovuuteen ja monissa taiteilijoiden elämänkerroissa yksinäisyyden onkin todettu olleen luovuuden ammentajana. Myönteinen yksinäisyys nähdään myös mahdollisuutena eletyn elämän tarkasteluun sekä mielenrauhan saavuttamiseen. Kielteistä ja myönteistä yksinäisyyttä voi esiintyä myös yhtä aikaa. Esimerkiksi pitkän omaishoitajuuden päättymisen jälkeen, puolison laitoshoitoon siirtyminen tai kuolema voi olla sekä vapauttava että surua ja ikävöintiä aiheuttava kokemus. Toisaalta ihminen saa omaa aikaa ja tilaisuuden tehdä asioita, joita hän teki ennen kotihoitojakson alkamista ja toisaalta yksin jääminen voi aiheuttaa kielteistä yksinäisyyden tunnetta. (Pitkälä & Routasalo 2005, 20.)

### 3.2 Ikääntyvien yksinäisyyden syyt ja seuraukset

Yksinäisyyteen liitettäviä tekijöitä on pyritty havaitsemaan monilla tutkimuksilla. Joissakin tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia esimerkiksi iän vaikutuksista. Pitkälä ym. mainitsee tekstissään Jylhän (2004) tekemän pitkittäistutkimuksen, joka on osoittanut, että ikä sinänsä ei lisää yksinäisyyttä. Sen sijaan yksinäisyyteen vaikuttavat iän mukana tuomat muutokset esimerkiksi toimintakyvyssä sekä sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa. (Pitkälä & Routasalo 2005, 23.)

Leskeys ja merkittävän ihmissuhteen päättyminen ovat selkeitä yksinäisyyttä aiheuttavia tekijöitä. Leskeksi jäämisen merkittävyys lisääntyy, jos ihmissuhteiden ylläpito on ollut puolison varassa eikä yksin jäänyt pysty luomaan uusia suhteita tai ylläpitämään vanhoja. Uusien ystävyssuhteiden luominen iäkkäämpänä ei ole enää niin yksinkertaista. Ikääntyvät arvostavat yleensä suhteiden laatua, eikä vaihtoehtoista välttämättä löydy sellaista, mitä toivoisi. Oman ikäryhmään kuuluvat saattavat olla huonokuntoisia, jolloin yhteydenpito vaikeutuu. (Pitkälä & Routasalo 2005, 24.)

Lasten ja sukulaisten puuttuminen lähiympäristöstä vähentää sosiaalisten suhteiden määrää, jolloin sosiaaliseen verkostoon kuuluu lähinnä viranomaisia, esimerkiksi kotihoidon työntekijöitä. Ammattihenkilön tapaaminen ei yleensäkään riitä yksinäisyyden kokemuksen vähentämiseen. Lapsettomuuden ei kuitenkaan nähdä olevan yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen. Omat lapsetkaan eivät välttämättä täytä sosiaaliin suhteisiin liittyviä odotuksia, mistä voi seurata yksinäisyyttä. (Pitkälä & Routasalo 2005, 24.)

Ystävyssuhde samaan ikäryhmään kuuluvan henkilön kanssa koetaan merkittävänä, koska samanlaisia asioita kokeneelle ja samanlaisissa ympäristöissä eläneelle voi kertoa asioista helpommin. Esimerkiksi sotamuistojen kertominen lapsille ei tuo samanlaista vastakaikua kuin saman kokeneelle kertominen. Uusien ystävyssuhteiden solmiminen koetaan joskus vaikeana myös

siksi, että pelätään uudelleen yksin jäämistä, jos uudetkin suhteet katkeavat kuoleman tai jonkun muun syyn takia. (Pitkälä & Routasalo 2005, 24.)

Myös terveydentilan on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen. Toimintakyvyn heikkeneminen lisää avun tarvetta ja sosiaalisten suhteiden ylläpito vaikeutuu. Riippuvuus muiden ihmisten avusta saa pysymään kotona, mikä taas lisää yksinäisyyden kokemusta. Myös heikon näön ja kuulon sekä aliravitsemuksen on todettu vaikuttavan yksinäisyyteen. (Pitkälä & Routasalo 2005, 24 - 25.)

Yksinäisyyteen liittyy monenlaisia tunteita, joihin liittyy emotionaalisia, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä ulottuvuuksia. Yksinäisyys tuo esiin kielteisiä tunteita, asenteita ja persoonallisuuden piirteitä, jotka saattavat vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyyteen liitettyjä kielteisiä tunteita ovat esimerkiksi masentuneisuus, ikävystyminen, ahdistuneisuus, suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, avuttomuus, turvattomuus, arvottomuuden kokemus, häpeä jne. Erilaisissa elämäntilanteissa koettuun yksinäisyyteen liittyy erilaisia tunteita. Esimerkiksi eronneet, lesket ja naiset tunsivat Tiikkaisen (2006) mukaan eniten emotionaalista ahdistuneisuutta eli muun muassa kärsimystä, toivottomuutta ja tyhjyyden tunnetta. Naimisissa olevilla tuntemukset liittyvät enemmän riittämättömyyteen ja vieraantumiseen. (Tiikkainen 2006, 12 - 13; Mäkinen 2007, 9.)

Yksinäisyyteen liittyvät kielteiset tunteet näkyvät käytöksessä eri tavoin, esimerkiksi passiivisuutena, aktiivisuutena, sisäänpäin kääntymisenä sekä sosiaalisten tilanteiden pelkona. Erilaiset selviytymiskeinot vaikuttavat sekä yksinäisyyden kokemuksen lisääntymiseen että vähenemiseen. Passiivisuus voi ilmetä esimerkiksi päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttönä, syömishäiriöinä tai äärimmäisenä vaihtoehtona voi olla itsemurha. Pahimmillaan sosiaalisten tilanteiden pelko voi johtaa täydelliseen ihmissuhteista vetäytymiseen tehden yksinäisyydestä vielä pahemman. Aktiivisuutta selviytymiskeinona käyttävä pyrkii taas löytämään voimavaroja ja luomaan uusia sosiaalisia suhteita. Tiikkaisen (2006) väitöskirjassa Russellin ja muiden (1984) mukaan voidaan myös erotella emotionaalisesti yksinäiset aktiivisiksi ja sosiaalisesta yksinäisyydestä kärsivät passiivisiksi. (Tiikkainen 2006, 13.)

Mäkinen (2007) mainitsee esityksessään Saarenheimon (2002) määrittelemiä mahdollisia yksinäisyyden seuraamuksia. Yksinäisyyden on todettu lisäävän mielenterveysongelmia, erityisesti depressiota. Joillakin yksinäisyys aiheuttaa terveystalvelujen ylenpalttista käyttöä ja toisilla kyvyttömyyttä käyttää palveluita. Yksinäisyys voi aiheuttaa myös itsetunto-ongelmia, erilaisia somaattisia vaivoja (kipuja, särkyä), ärtyneisyyttä, unettomuutta ja päihteiden käyttöä. Yksinäisyyttä kokevilla on myös suurempi kuolemanvaara kuin muilla samanikäisillä. (Mäkinen 2007.)

Archives of General Psychiatry -lehdessä julkaistuista tutkimustuloksista käy ilmi, että koettu yksinäisyys lisää dementiaan (Alzheimerin tautiin) sairastumisen riskiä. Tutkimukseen osallistuneet 80-vuotiaat (N 823) arvioivat yksinäisyyden kokemustaan asteikolla yhdestä viiteen nelivuotisen tutkimuksen ajan. Tutkimuksen aikana 76 sairastui Alzheimerin tautiin. Tutkimuksesta ilmeni, että yksinäisyyspisteiden ollessa keskimäärin 3,2 todennäköisyys sairastua Alzheimerin tautiin kaksinkertaistui. Tulosten perusteella voidaan olettaa sosiaalisten suhteiden laadun vaikuttavan neurologisille muutoksille haavoittuvuuteen. (Wilson, Krueger, Arnold, Schneider, Kelly, Barnes, Tang & Bennett 2007, 234.)

Vaaraman vuodesta 1998 vuoteen 2004 kestäneen tutkimuksen tuloksista ilmenee, että koettu yksinäisyys vähensi 71 % hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä. Tutkimusaineisto (N 3195) koostuu 75 vuotta täyttäneiden postikyselyaineistosta ja valtakunnallisista tilastoista. Aineisto edustaa kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä, jotka ovat pystyneet vastaamaan kyselyyn. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää esimerkiksi toimintakyvyn ja hoivapalveluiden käytön välisiä yhteyksiä. (Vaarama 2004, 140 - 146.)

Asuinympäristön liikuntaesteiden ohella koettu yksinäisyys lisäsi merkittävästi välinetoimintojen (ruuanlaitto, pyykinpesu, siivous) ongelmien todennäköisyyttä. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, mitkä tekijät ennustavat palveluiden (kotihoito ja laitoshoido) käyttäjäksi siirtymistä. Yllättäväksi tulokseksi nousi koetun yksinäisyyden merkitys, se vähensi todennäköisyyttä siirtyä kotihoidon asiakkaaksi yhden tai kolmen vuoden sisällä. Tutkimuksessa pohdittiin,

eivätkö he hae palveluja tarpeesta huolimatta, vai eikö järjestelmä löydä heitä tai tunnista heidän palvelutarpeitaan. Sen sijaan viiden vuoden tähtäimellä yksinäisyys kolminkertaisti riskiä siirtyä kotihoidon palveluiden käyttäjäksi ja kuusinkertaisti laitoshoidon siirtymisen riskiä. (Vaarama 2004, 147, 166 - 167.)

### 3.3 Yksinäisyyden yleisyys

Yksinäisyyden yleisyyttä on tutkittu Suomessa monissa tutkimuksissa. Vuoden 1998 vanhusbarometrin mukaan yli 60-vuotiaista 30 % tunsu itsensä joskus yksinäiseksi ja 4 % usein. Vuonna 1994 itsensä joskus yksinäiseksi tuntevia oli 35 % ja usein 7 %. Vanhusbarometrin mukaan yksinäisyys oli yleisempää yli 80-vuotiailla, yksin asuvilla ja niillä, jotka eivät olleet tyytyväisiä elämäänsä ja vapaa-aikaa oli liikaa (tekemisen puute). Myös ne, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi ja sosiaalisten suhteiden määrän vähäiseksi tunsivat yleisemmin yksinäisyyttä. (Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999.)

Vanhustyön keskusliiton vuonna 2002 tekemällä tutkimuksella pyrittiin saamaan tietoa 75 vuotta täyttäneiden suomalaisten emotionaalisesta ja sosiaalisesta yksinäisyydestä sekä yksinäisyyteen liittyvistä tekijöistä. Tutkimusaineisto on kerätty postikyselynä. Kyselylomakkeita lähetettiin 6786 ympäri Suomea, sekä maaseudulle että kaupunkeihin. Kotona tai palvelutalossa asuvien vastausprosentti oli 71,8 %. Kokonaisuudessaan yksinäisyydestä kärsi toisinaan 34 % ja usein tai aina 5 % vastaajista. Naisista (N 2791) 43 % kärsi yksinäisyydestä ja heistä 88 % asui kotona. Miehistä (N 1231) 31 % kärsi yksinäisyydestä ja heistä 89 % asui kotona (Tutkimuksen tuloksia havainnollistettu taulukossa 2). Yksinäisyyden kokemus oli yleisempää maaseudulla (45 %) kuin pikkukaupungissa (40 %) tai isossa kaupungissa (37 %). (Pitkälä ym. 2003, 12 - 15.)

TAULUKKO 2. Emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden yleisyys Vanhustyön keskusliiton tutkimuksessa

	Kaikki %	Naiset %	Miehet %
Kärsii yksinäisyydestä toisinaan	34		
Kärsii yksinäisyydestä usein tai aina	5		
Kärsii yksinäisyydestä	39	43	31
Kärsii yksinäisyydestä ja asuu kotona		88	89

Ikäryhmittäin tarkasteltuna yli 90-vuotiaista 48 %, 80–90-vuotiaista 40 % ja alle 80-vuotiaista 33 % kärsi yksinäisyydestä. Vastaajista alle 80-vuotiaita oli 48 %, 80–90-vuotiaita 46 % ja yli 90-vuotiaita 6 % (ks. taulukko 3). Myös tässä tutkimuksessa nousi esille se, että yksinäiset kokivat itsensä sairaammiksi kuin ei-yksinäiset. Myös ulkoilu ja asiointi olivat yleisempää ei-yksinäisillä. Yksinäisistä naisista 79 % ja miehistä 75 % tunsivat itsensä, toisinaan, usein tai aina masentuneeksi, joten myös masentuneisuuden tunne oli yleisempää kuin ei-yksinäisillä (vastaavat luvut 31 % ja 27 %). (Pitkälä ym. 2003, 15 - 20.)

TAULUKKO 3. Yksinäisyyden kokemus ikäryhmittäin

	Yli 90v (6 %)	80-90v (46 %)	alle 80v (48 %)
Kärsii yksinäisyydestä	48 %	40 %	33 %

Jyväskylässä tehdyssä Ikivihreät -projektissa tutkittiin yhtenä osana jyväskylä-läisten ikääntyneiden yksinäisyyden kokemusta. Tutkimuksen mukaan 1910 ja 1914 syntyneistä 80-vuotiaista 11,9 % koki yksinäisyyttä usein tai aina ja 85-vuotiaista 12,3 %. Viiden vuoden kuluttua itsensä yksinäiseksi kokevia oli 18,8 %, mutta muutosta tapahtui myös toiseen suuntaan. 9,1 % vastaajista yksinäisyyden tunteet olivat hävinneet viiden vuoden aikana. (Tiikkainen 2006, 34.)

## 4 KOTIHOITO

### 4.1 Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kehitys

Suomessa monissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat eri organisaatioiden alaisuudessa (kotipalvelu sosiaalitoimen ja kotisairaanhoido terveystoimen alla), mutta tekevät kuitenkin jonkin verran yhteistyötä (Aejmelaeus ym. 2007, 343). Kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä perusterveydenhuollosta että sosiaalitoimesta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty, tätä kokonaisuutta kutsutaan kotihoidoksi. Historiasta puhuttaessa on kuitenkin hyvä muistaa, että kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on omat erilliset historiansa ja toimijansa, sillä sosiaali- ja terveystoimen palvelut on perinteisesti erotettu toisistaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Ihmiset ovat huolehtineet toisistaan perheen, suvun ja kyläyhteisön voimin aina keskiajalta saakka, minkä jälkeen julkisten kotihoidopalveluiden perusta alkoi muotoutua ensin vaivaishuollon muodossa. Tällöin korostui seurakunnan velvollisuus huolehtia köyhistä ja vaivaisista, minkä jälkeen 1880-luvun lopulla vaivaishuolto muuttui köyhäinhuolloksi. Tästä kehitys jatkui ja 1920-luvulla kiersivät jo terveyssisarjet kodeissa. Laki terveyssisarista tuli voimaan 1944. (Ikonen & Julkunen 2007, 32 - 35.)

Tenkasen tutkimuksessa esitellystä Rauhalan teoksesta (1996) käy ilmi, että järjestöt laitoivat alkuun kotiavustajatoiminnan, joka levisi koko maahan 1950- ja 1960-lukujen vaihteessa. Ensimmäinen laki kunnallisista kodinhoitajista tuli voimaan vuonna 1950, jolloin kodinhoitajan työ määriteltiin perheenemännän säännölliseen kodinhoitoon kuuluviksi tehtäviksi vähävaraisissa, monilapsisissa perheissä. Vanhusväestö kuului kunnallisen kodinhoitoavun piiriin vasta vuonna 1966, jolloin säädettiin uusi laki kunnallisesta kodinhoitoavusta. Laki toi mukaan sen, että kotiavun saaminen ei enää perustunut vähävaraisuuteen vaan avuntarpeeseen. Tällöin tuli voimaan myös palvelun maksullisuus eli asiakasmaksut otettiin käyttöön. (Tenkanen 2003, 25.)

Köyhäinhoito muuttui toisen maailmansodan jälkeen sosiaalihuolloksi, jonka yhdeksi erityisalueeksi kehittyi vanhustenhuolto. Tämä lisäsi huolenpitoa vanhuksista yhteiskunnallisella tasolla ja vanhustenhuolto olikin aluksi tarkoitettu lähinnä huonokuntoisille ja sairaille vanhuksille. Ensin hoitoa järjestettiin laitoshuoltona, mutta 1950-luvulta lähtien huomio kiinnittyi myös kotona asuviin vanhuksiin sekä heidän asuntokysymyksiin, työllistämiseen, kuntoutukseen sekä harrastus- ja virkistystoimintaan. Tämä nosti esille avohuoltoa vanhustyössä. (Koskinen ym. 1998, 44 - 45.)

1970-luvulla tapahtui kehitystä ja muutoksia, muun muassa kotipalvelu laajeni, työ organisoitui ja sitä alettiin kehittää voimakkaasti. Kuntiin perustettiin johtavan kodinhoitajan virkoja ja vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki toi mukaan kotisairaanhoidon. Vuonna 1984 sosiaalihuoltolain uudistus kasvatti kotipalvelutyön palvelujärjestelmiä ja työalaa. Kotipalvelutyö ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon tekivät yhteistyötä erillisissä organisaatioissa, mikä tarkoitti erilaisia toimintakulttuureita ja päällekkäisen työn tekemistä. 1990-luvulla lama sekä vanhustyön laitospainottamisen purkaminen toivat kotipalvelutyöhön uusia haasteita. Avohuoltoa kehitettiin kotihoidoksi, palveluhenkisyttä lisättiin ja vanhushuoltoa alettiin monipuolistaa. Tavoitteena oli toimintojen yhteensovittaminen sekä kuntien vanhusten palvelujen suunnittelu paikallisten tarpeiden mukaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 36 - 37.)

Nykyään kunta vastaa ikäpolitiikan suunnasta ja toteutumisesta, mikä vaatii kunnilta tietoista ikä- ja vanhushuoltopolitiikkaa. Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön antaman Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan jokaisella kunnalla tulee olla vanhushuoltopoliittinen strategia ja sen osana palvelurakenteen kehittämisohjelma, minkä on hyväksynyt valtuusto. Käytännössä valtakunnallisesti tavoitteet ovat kunnille suosituksia, mikä tarkoittaa sitä, että kunta mitoittaa palvelurakenteen paikallisten tarpeiden ja käytössä olevien voimavarojen mukaisesti. Koska sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole erillistä lakia vanhustenhuollosta, sovelletaan vanhustenhuollossa eri lakeja kuten esimerkiksi sosiaalihuoltolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. (Virnes 2004, 37 - 38.)



## 4.2 Kotihoidon muutos

Kotipalvelun sisällöissä on tapahtunut muutosta siten, että yhä useampi asiakas saa samalla käynnillä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Monet kunnat ja palveluntuottajat eivät enää tämän vuoksi pysty erittelemään kotihoidon käyntejä näiden palveluiden sisällä. Tämän lisäksi ennen kodinhoitoapuun sisältyneet toiminnot kuten kaupassa käynti, siivous ja ruoanlaitto on muutettu maksullisiksi tukipalveluiksi. (Voutilainen ym. 2007, 166.) Kotipalvelutyö onkin 1990-luvulta kehittynyt ja painottunut yhä enemmän hoitotyön suuntaan, jolloin kotitaloustöiden osuus on vähentynyt. Tämä luo paineita sisältöjen kehittämiseen ja kotitaloustyön tuottaminen onkin osoittautunut ongelmalliseksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 47.)

Wredellä ja Henrikssonilla (2004) on kriittinen käsitys kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tämän käsityksen mukaan yhdistyminen on johtamassa toimintamalleihin, joissa entistä erikoistuneemman lääketieteen ja sairaanhoidon merkitys korostuu. Kotipalvelun arvostus vähenee ja siitä tulee terveydenhuollon jatke. Kotipalveluihin kuuluvien toimintojen (esimerkiksi siivous) karsimisen myötä epävirallisen avun merkitys korostuu ja samalla hoiva ja huolenpito palautuvat takaisin naisten näkymättömäksi työksi. (Wrede & Henriksson 2004, 211 - 213.)

Kotihoidon palveluita käyttävät pääasiallisesti huonokuntoiset vanhukset ja suurin asiakasryhmä on 75–84-vuotiaat, joiden avuntarve perustuu yleensä fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Joka kolmas kotihoitoasiakkaista on täyttänyt 85 vuotta ja joka kuudes on 65–74-vuotias. Nuorimman ikäryhmän (iältään 65–74) osuus on laskenut kun taas 85 vuotta täyttäneiden osuus on kasvanut, vaikka he eivät olekaan pääasiallisena asiakaskuntana. (Voutilainen ym. 2007, 131, 166.)

Tämä tarkoittaa tilastojen valossa sitä, että vuodesta 1995 vuoteen 2005 kaikkien asiakkaiden keski-ikä on noussut 0,9 vuodella ja 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden keski-ikä 1,3 vuodella. Myös avuntarve on lisääntynyt, sillä käyntimäärien tarve kuukaudessa on kasvanut. Esimerkiksi vuonna 2005 puolet

asiakkaista tarvitsi vähintään 12 käyntiä kuukaudessa. (Voutilainen ym. 2007, 166.)

Uuden vuonna 2008 ilmestyneen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Vielä neljä vuotta sitten hallitus asetti tavoitteeksi, että neljännes yli 75-vuotiaista saisi kotipalvelua. Vuoden 2005 lopulla säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,5 prosenttia vanhusväestöstä. Jos mukaan lasketaan ne, jotka saivat jonkin verran kodinhoitoapua, nousee luku 18 prosenttiin. Eroja kuitenkin löytyy maakunnittain ja kuntien välillä onkin suurta vaihtelua kattavuudessa. (Nykänen 2007, 14.)

#### **4.3 Kotihoidon nykytilanne**

Kotipalvelu on sosiaalihuoltolain mukaista toimintaa ja se ymmärretään sosiaalipalveluna. Sosiaalihuoltolain tarkoituksena ja tavoitteena on edistää ja ylläpitää perheen, yksityisen henkilön sekä yhteisön sosiaalista toimintakykyä ja turvallisuutta. Kotipalvelu on ”asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista”. (L 17.9.1982/710.)

Kotipalvelujen tuottaminen kuuluu lakisääteisesti kunnille, mutta kuntien lisäksi kotipalveluja tuottavat erilaiset yksityiset yrittäjät ja järjestöt. Kotipalvelun asiakkaista 95 % on vanhusasiakkaita, pitkäaikaissairaita ja vammaisia. Nykyisin kotipalvelua annetaan hyvin harvoin lapsiperheille ja kunnat voivatkin ostaa yksityisiltä palveluita perheille sekä muille asiakkaille, jos kunnan omat resurssit palvelun tuottamiseen eivät riitä. (Ikonen & Julkunen 2007, 44.)

Kotisairaanhoido kuuluu osaksi terveyskeskusten järjestämää perusterveydenhuoltoa. Se on lääkärin määräävää kotona annettavaa sairaanhoidoa ja kuntoutusta, mikä perustuu kansanterveyslakiin (66/1972). Kotona voidaan antaa

vaativaakin sairaanhoitoa, minkä tehtävänä on mahdollistaa ikääntyvien asuminen kotona mahdollisimman pitkään. Kotisairaanhoitoa varten asiakas tarvitsee lähetteen lääkäriltä, joka on vastuussa kotisairaanhoidon aloittamisesta ja toteuttamisesta. (Aejmelaeus ym. 2007, 340 - 344.)

Tällä hetkellä on menossa kotihoidon hallintokokeilu, joka tuli voimaan 1.1.2005. Tämä kokeilu, joka on voimassa 31.12.2008 saakka, mahdollistaa sen, että vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluista voi huolehtia kunnan yksi monijäseninen toimielin, kuten terveyslautakunta tai sosiaalilautakunta. Näitä tehtäviä varten on kuitenkin mahdollista perustaa oma lautakunta. (Kaunisto 2006.)

Kokeilu mahdollistaa myös kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämisen uudeksi tehtäväalueeksi, minkä tarkoituksena on toiminnan tehostaminen ja palvelujen parantaminen. Tätä kutsutaan kotihoidoksi. Vanhusten ohella kokeilu voi koskea myös vammaisia ja pitkäaikaissairaita asiakkaita. Kotihoito voidaan muodostaa yli kunnan tai kuntayhtymän rajojen joko keskittämällä tehtäviä kansanterveystyön kuntayhtymille tai hajauttamalla kuntayhtymän kotisairaanhoidon tehtäviä kuntien sosiaalitoimen yhteyteen. Kuntien tulee lähettää hakemus sosiaali- ja terveysministeriölle, jossa se hyväksytään eikä kokeilu saa aiheuttaa haittaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudelle. Kokeilu koskee kuntia, jotka eivät voi yhdistää kansanterveystyön tehtäviä ja sosiaalipalveluita kokonaisuudessaan yhdelle lautakunnalle. (Kaunisto 2006.)

#### **4.4 Kotihoito Jyväskylässä**

Jyväskylässä kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, tukipalveluista, omaishoidon tuesta sekä alueiden palveluasumisesta muodostuu kokonaisuudessa kotihoito. Tämä toimii yhdistetyn sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen alla. Kotihoidon palveluihin kuuluvat myös palveluseteli, ennaltaehkäisevät kotikäynnit ja palveluohjaus. Kotihoidon toiminta-ajatuksena Jyväskylässä on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään hoito- ja huolenpitopalveluiden avulla. Koti-

hoito perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja hoito toteutetaan yhdessä asiakkaan, omaisten sekä eri yhteistyötahojen kanssa. (Ahvenainen 2006.)

Kotihoidon arvoihin kuuluvat muun muassa ihmisarvo, tasa-arvo, itsemääräämisoikeus sekä hyvinvointi. Laatukriteereinä kotihoidossa käytetään asiakaslähtöisyyttä, palveluhenkisyttä, ammattitaitoa, lähestyttävyyttä ja joustavuutta, luotettavuutta ja uskollisuutta, turvallisuutta ja jatkuvuutta sekä taloudellisuutta. Näiden pohjalta muodostuu Jyväskylän kotihoidon visio, joka tiivistyy lauseeseen " Kotona koko elämä". (Ahvenainen 2006.)

Syksyllä 2002 valmistui Stakesin, sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton julkaisema opas, joka on tarkoitettu tueksi vanhustyötä tekeville ja heidän esimiehilleen. Oppaan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on koota, rajata ja tuoda ilmi asiakkaan hoivan ja hoidon tarpeet, kuntoutuksen sekä asiakkaan omat voimavarat, palvelutarpeet sekä ehkäisevän työn tarpeet. (Kaunisto 2003.)

Kotihoidon palveluiden tarve selvitetään silloin, kun asiakkaan toimintakyky on alentunut vanhuuden, sairauden, vammaisuuden tai jonkun muun syyn vuoksi. Palvelun kartoitus on myös mahdollinen, jos asiakas tarvitsee tukea ylivoimaisessa elämäntilanteessa, tarvitsee kotiin terveystalveluita tai tarvikkeita sekä silloin, kun omaista hoidetaan kotona. (Aejmelaeus ym. 2007, 338 - 346.) Sosiaalihuoltolain mukaan kiireettömissä tapauksissa kunta on velvollinen järjestämään 80 vuotta täyttäneelle pääsyn sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin. (L 710/1982.)

Konkreettisesti kotihoito Jyväskylässä on asiakkaan auttamista henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse selviydy. Lisäksi se on tiedottamista, opastamista sekä omatoimisuuden ja kanssakäymisen edistämistä. Kotihoito perustuu aina kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Palveluista perittävät maksut määräytyvät palveluiden määrän ja laadun sekä asiakkaan omien tulojen mukaan. (Ahvenainen 2006.)

Kotihoidon yksi tärkeimpiä työtapoja on kuntouttava työote, jonka tavoitteena on ikääntyvien psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja

ylläpitäminen. Kuntouttavan työotteen tavoitteena on auttaa ikääntyneitä selviytymään omassa asuin- ja elinympäristössään niin, että he voivat elää mahdollisimman täysipainoista ja itsenäistä elämää. (Aejmelaesus ym. 2007, 47.)

Kotihoidon käynnin sisältöä Jyväskylässä on hahmotettu taulukossa 4. Kotihoidon käynnin sisältöihin kuuluvat avustavat tehtävät, sosiaalista hyvinvointia edistävät tehtävät sekä informatiiviset tehtävät. (Ahvenainen 2006.) Taulukko havainnollistaa sitä, että kotihoidon työ sisältää monenlaisia tehtäviä ja yksinäisyyden poistaminen on mainittu myönteisten vuorovaikutussuhteiden edistämisen alla.

TAULUKKO 4. Kotihoidon käynnin sisältö  
(Ahvenainen 2006)

Kotihoidon käynnin sisältö		
• <b>Avustavat tehtävät</b>		
<b>Ylläpitotehtävät:</b> – ravinto – vaatehuolto – asunto – asioinnin järjestäminen	<b>Hoitotehtävät:</b> – kokonaisvaltainen hoito – hygienia, perushoito – sairaanhoito – suun hoito – voinnin tarkkailu – hoitoon saattaminen	<b>Opastavat tehtävät:</b> – kuntoutus – terveyskasvatus – talouden hoito – toimintojen harjaannuttaminen
• <b>Sosiaalista hyvinvointia edistävät tehtävät</b>		
<b>Osallistumiseen aktiivointi:</b> – kannustaminen – esteiden poistaminen ja vähentäminen	<b>Ongelmien ja vaikeuksien vähentäminen:</b> – keskustelu ja tukeminen – yhteydenotot viranomaisiin	<b>Myönteisten vuorovaikutussuhteiden edistäminen:</b> – perhesuhteet, naapurit, tuttavat – yksinäisyyden poistaminen
• <b>Informatiiviset tehtävät</b>		
<b>Tiedonsaannissa avustaminen:</b> – lukeminen – uutisten tulkinta – tietomateriaalin välittäminen	<b>Yhteiskunnan tarjoamista etuisuuksista tiedottaminen:</b> – sosiaaliavustukset ja vakuutukset – tietomateriaalin välittäminen	<b>Muiden organisaatioiden järjestämistä toiminnoista tiedottaminen:</b> – järjestöt, seurakunnat, kirjastot, aikuiskoulutukset

Kotihoidon työtä toteuttavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kuten kodin-  
hoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, sosionomit, sosiaaliohjaajat, fysioterapeutit,  
terveydenhoitajat, sairaanhoitajat sekä lääkärit. Tarvittaessa tiimissä on mu-  
kana myös erityistyöntekijöitä kuten sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit sekä  
tiimiä voi myös täydentää erilaiset yksityiset palveluiden tuottajat sekä vapaa-  
ehtois- ja seurakunnan työntekijät. (Ikonen & Julkunen 2007, 20.) Tämän  
suuntainen tilanne on myös Jyväskylässä.

Tiimin sisällä on tärkeä sopia työtehtävistä, vastuualueista sekä työntekijöiden  
osuudesta hoidoissa ja palveluissa. Julkunen ja Ikonen (2007) mukaan perin-  
teisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattilaisilla on ollut oma, tie-  
teenalansa mukainen näkemys työhönsä. Molemmat tahot näkevät asiakkaan  
tilanteen kokonaisvaltaisesti painottaen kuitenkin oman alansa tieto- ja taito-  
perustaa. Terveystenhuollon työntekijä tekee työtään terveyden, sairauden ja  
toimintakyvyn näkökulmasta. Sosiaalialan ammattilainen taas huomioi ensisi-  
jaisesti arjen sujumisen, toimeentulon ja psykososiaalisen tilanteen. Kotihoi-  
don tiimeissä on kuitenkin kysymys yhteisestä työstä, jossa yhdistetään eri  
ammattilaisten tietoja ja taitoja. (Ikonen & Julkunen 2007, 20 - 21.)

#### **4.5 Hoito- ja palvelusuunnitelma ja toimintakyvyn mittarit**

Kotipalvelu on prosessi, minkä tekee näkyväksi hoito- ja palvelusuunnitelman  
tekeminen. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan, hänen  
läheistensä sekä hoitohenkilökunnan kanssa ja siinä sovitaan yhteisistä toi-  
mintavoista ja tavoitteista. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tavoitteet ja tärke-  
ää onkin kuunnella asiakkaan ja hänen läheistensä toiveita ja tarpeita. Suunni-  
telmaa tehdessä kerätään tietoa muun muassa asiakkaan kotona tarvitsemas-  
ta avusta ja mahdollisista muutostöistä. Haastatteleamalla kerätään tietoa myös  
palveluiden tarpeista, mahdollisista sairauksista ja lääkityksestä, voimavarois-  
ta, toimintakyvystä, omaisten mahdollisuudesta osallistua hoitoon sekä asiak-  
kaan elämäntilanteesta. (Aejmelaeus ym. 2007, 68 - 69.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman noudattaminen vaatii myös tilanteen seuraamista ja arviointia. Henkilökunnan tulee tarkistaa tietyin väliajoin, onko tavoitteisiin päästy, onko asiakkaan tilanteessa tapahtunut muutoksia tai tarvitseeko hoito- ja palvelusuunnitelmaan tehdä muutoksia asiakkaan tilanteen tukemiseksi. Myös kotisairaanhoidon puolella tehdään hoitosuunnitelma, joka on kirjallinen asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointi. Tämä pitää sisällään hoidon tavoitteet ja keinot sekä arvioinnin ja seurannan. (Ikonen & Julkunen 2007, 104.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä asiakkaan kohdalla kiinnitetään huomiota terveyteen ja toimintakykyyn. Toimintakyky voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Kotihoidossa onkin käytetty paljon fyysisen toimintakyvyn arviointia eli päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista (ADL-toiminnot, Activity of Daily Living). Näihin toimintoihin kuuluvat mm. juominen, nukkuminen, syöminen, peseytyminen, wc-käynnit, liikkuminen sekä pukeutuminen. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu kuitenkin näiden lisäksi myös selviytyminen asioinnista kodin ulkopuolella sekä kotiaskareiden tekeminen. Tällaisia toimintoja kutsutaan välinetoiminnoiksi eli IADL-toiminnot (Instrumental Activities of Daily Living). (Aejmelaeus ym. 2007, 35 - 37; Ikonen & Julkunen 2007, 95 - 96)

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu kyky olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa, mitä kuvaa sosiaalisten suhteiden sujuvuus lähipiirissä elävien kanssa (omaiset, ystävät ja naapurit). Vanhenevat ihmiset ovat tutkimusten mukaan määritelleet tärkeimmiksi ihmissuhteiksi omat lapset. Laaja sosiaalinen verkosto vaikuttaa positiivisesti ikääntyvien fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Ikonen & Julkunen 2007, 96.) Psyykkinen toimintakyky tarkastelee ihmisen psyykkistä hyvinvointia, elämänhallintaa sekä mielenterveyttä, mutta siihen kuuluu myös mieliala, omat voimavarat sekä esimerkiksi itsearvostus. Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa taas muistin, tiedon käsittelyn, oppimisen, toiminnan ohjauksen sekä puheen toimintoja. (Ruoppila 2002, 119 - 123.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu erilaisin menetelmin tehtyyn tarpeen arviointiin. Tarpeen arvioinnissa käytettyjen mittareiden sisältö vaikuttaa niihin

asioihin, joita hoito- ja palvelussuunnitelmassa huomioidaan. Esimerkiksi Jyväskylässä selvitettäessä asiakkaan avun, kuntoutuksen sekä palveluntarvetta, käytetään usein apuna erilaisia mittareita toimintakyvyn mittaamiseksi. RAVA-toimintakykymittarilla arvioidaan muun muassa näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, ruokailua, lääkitystä, pukemista, muistia, psyykettä sekä rakon ja suolen toimintaa. Jos muistiosio osoittaa puutteita, voidaan tätä osiota tarkentaa MMSE-muistitestillä. Testi kuvaa asiakkaan muistitoimintoja arjessa kuten mieleen palauttamista ja painumista, paikkaorientaatiota sekä uusien asioiden omaksumista sekä oppimisen vaikeutta. (Ahvenainen 2006.)

RAVA-mittarin ohella joissakin kunnissa toimintakyvyn arvioinnissa käytetään myös RAI-toimintakykymittaria, josta on kehitetty oma versio kotihoitoon. Arviointi tehdään MDS-lomakkeen avulla ja kotihoidon lomakkeessa on noin 300 kysymystä. Mittarilla arvioidaan esimerkiksi kommunikaatiota, kuuloa, näköä, mielialaa, psykososiaalista hyvinvointia, fyysistä toimintakykyä, ravitsemustilaa, ihon kuntoa, aktiivisuutta ja harrastamista sekä lääkitystä. Lisäksi kotihoidon RAI-mittarilla arvioidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen, puhelimen käyttö, kaupassa käynti ja kulkuvälineiden käyttö) sekä omaisten ja läheisten muodostamaa tukiverkostoa. Myös asuinympäristöön ja asumisjärjestelyihin kiinnitetään huomiota. (Aejmelaeus ym. 2007, 40 - 41.)

Kotihoidon käytössä olevilla mittareilla ja tiedonkeruujärjestelmillä ei voida arvioida laaja-alaisesti ikääntyvien voimavarojen tunnistamista. Esimerkiksi RAVA-mittarissa arvioidaan ainoastaan voimavaranäkökulmasta liikkumista ja perhesuhdetta (kenen kanssa asuu). Voimavaranäkökulma edellyttäisiikin uudenlaista näkökulmaa kotihoitoon, missä kehitettäisiin yhteistyösuhdetta luottamukselliseksi, kumppanuuteen perustuvaksi ja dialogia hyödyntäväksi. Tämä näkökulma vaatisi työntekijältä uusia työmenetelmiä, tiimitoiminnan tehokasta hyödyntämistä sekä monialaisten verkostojen tuntemusta. Lisäksi vaaditaan kykyä hyödyntää verkostoja kotona asumisen tukena muun muassa ottamalla mukaan kolmannen sektorin toimijat. (Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006, 13.)



Voutilainen ym.(2007) nostavat artikkelissaan esille monien tutkimusten tuloksia, joissa muun muassa kritisoidaan kotihoidon auttamisen olevan lähinnä päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa avustamista. Tämä jättää työlle paljon parantamiseen varaa. Ikääntyneiden liikuntakyvyn ylläpitämiseen sekä psykiseen ja sosiaaliseen tukeen kiinnitetään aivan liian vähän huomiota, mikä olisi tärkeää ennaltaehkäisevän työn kannalta. Tukea tarvittaisiin myös sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja liikkumisen helpottamiseksi tarvittaisiin apuvälineitä ja asunnonmuutostöitä. Haasteeksi nousi myös kattava toimintakyvyn arviointi. Nykyisen palvelutarpeen arvioinnissa painottuvat fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky, mikä jättää psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnin vähemmälle. (Voutilainen ym. 2007, 170 - 182.)

Myös Helin (2002) toteaa, että palvelujärjestelmässä käytettävät mittarit ovat keskittyneet enemmän hoitoisuuteen, avuntarpeen arviointiin sekä toiminnanvajauksiin sen sijaan, että keskityttäisiin asiakkaan monipuolisen toimintakyvyn arviointiin. Koska tiedonkeruulomakkeita on kunnista riippuen hyvinkin erilaisia, on yhtenäistä hoito- ja palvelulinjaa mahdotonta saavuttaa. (Helin 2002, 57 - 58.)

#### **4.6 Yksinäinen asiakas kotihoidossa**

Johtopäätöksenä edellä käsitellyistä asioista nousee esille se, että yksinäisen asiakkaan kohtaaminen kotihoidossa vaatii asiakkaan kokonaisvaltaista huomioon ottamista ja voimavaralähtöistä työskentelyä. Yksinäisyys ei ole aina helposti tunnistettavissa, jos asiakas ei itse ilmaise yksinäisyyden kokemustaan. Kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa yksinäisyyden vähentämisessä ja se mainitaankin ainakin Jyväskylän kotihoidossa työn sisältöihin kuuluvaksi tehtäväksi. (ks. Taulukko 4 s. 23)

Työntekijältä vaaditaan kykyä ottaa asia hienovaraisesti puheeksi sekä löytää asiakkaalle sopivat keinot yksinäisyyden vähentämiseksi. Myös erilaisten sosiaalisia suhteita ja yhteisöllisyyttä edistävien palveluiden tunteminen ja yhteistyön ylläpitäminen palveluiden tuottajiin on tärkeää. On kuitenkin muistet-

tava, että palvelu tai tuki, joka auttaa toista, ei ehkä välttämättä toimi toisen asiakkaan kohdalla. Tästä nousee esille omat kokemuksemme esimerkiksi päiväkeskuksesta: toisille tämä palvelu sopii hyvin virkistäytymisen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon, mutta osa taas ei koe päiväkeskusta omaksi paikakseen.

Kotihoidon työn sisältöjen muuttuminen voi vaikuttaa yksinäisyyden vähentämisen mahdollisuuksiin. Kotihoito painottuu entistä enemmän hoidollisiin toimenpiteisiin ja yhdessä asiakkaan kanssa tehtävät asiat ovat vähentyneet, esimerkiksi siivous ja ulkoilu eivät ole enää itsestään selviä tehtäviä kotihoitossa. Yksinäisyyden vähentäminen vaatii ajan antamista, mikä ei ole välttämättä mahdollista kiireisen aikataulun ja suurien asiakasmäärien takia.

Palvelutarpeen ja toimintakyvyn kattavampi, sosiaalisen ja psyykkisen ulottuvuuden huomioiva arviointi auttaisi yksinäisyyteen puuttumista. Omaisten ja ikääntyvän itsensä osuus hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa saattaa jäädä usein olemattomaksi. Voutilaisen ja Vaaraman (2005) selvityksen mukaan myöskään gerontologisen sosiaalityön asiantuntemusta ei käytetä tarpeeksi. (Voutilainen & Vaarama 2005, 39).

Kotihoidolla voi olla oma nimetty sosiaalityöntekijä kuten esimerkiksi Jyväskylässä on, mutta jokaisen asiakkaan palvelutarpeen arviointiin osallistuminen ei nykyisillä resursseilla ole mahdollista. Sosiaalityö liittyy lähinnä erityistilanteisiin. Sosiaalityötä ei voi kuitenkaan sysätä pelkästään sosiaalityöntekijöiden harteille vaan myös päivittäin asiakkaan luona käyvillä työntekijöillä tulisi olla kokonaisvaltaista näkemystä asiakkaan tilanteen arvioinnissa.

Voimme olettaa, että myös kotihoidon kohdentuminen entistä huonompikuntoisille vaikeuttaa yksinäisyyteen puuttumista. Ikääntyvä saattaa olla jo asiakkaaksi tullessaan niin huonokuntoinen, etteivät esimerkiksi kodin ulkopuolella olevat palvelut ole enää avuksi saattoavun puuttuessa.

Vanhuspoliittiset ennaltaehkäisevää työtä painottavat linjaukset eivät näy tarpeeksi käytännön työssä. Vaaraman (2004) mukaan onkin nähtävissä viimesijaisen auttamisen ideologiaa. Kotiin saatavia palveluita ei saada enää

sosiaalisista syistä ja arkipäivän toimiin, vaan vaaditaan sairaanhoidollisia syitä. Kuka auttaa niitä, joilla ongelmat liittyvät arjen toimintoihin ja jotka eivät itse pysty hankkimaan apua? Arjen toiminnoista selviytyminen ehkäisee toimintakyvyn heikentymistä, joten olisi kannattavampaa panostaa ajoissa myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen ja yksinäisyyden lieventämiseen. Kotona asumisen tukeminen täytyisikin nähdä laaja-alaisemmin eikä pelkästään medikalisaation näkökulmasta. (Vaarama 2004, 183 - 184.)

Sosiaali- ja terveysministeriössäkin tämä asia on huomattu. Peruspalveluministeri Risikko (2008) on nostanut puheessaan esille sen, että ikääntyneiden kotihoidon tulisi olla aiempaa ennakoivampaa ja monipuolisempaa. Palvelun ennakoivuus mahdollistaa sen, että toimintakyvyn heikkenemisen ja terveydentilan muutokset voidaan havaita ajoissa ja niihin ehditään puuttua. Nykyisin kotipalvelua annetaan lähinnä asiakkaille, joiden toimintakyky on jo heikentynyt merkittävästi. Muutokset kotihoidossa tarkoittaisivat palvelun tarjoamista entistä enemmän myös sosiaalisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn alueella olevien tarpeiden tueksi. Nykyjärjestelmää onkin kritisoitu siitä, ettei se tunnista riittävästi muistihäiriöitä, mielenterveydellisiä ongelmia, demensioireita ja yksinäisyyttä. Kotipalvelun tulisikin olla räätälöityä palvelua yksilön tarpeiden mukaan, ei rutiininomaista ja samansisältöistä palvelua kaikille. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 5/2008.)

Myös Vaaraman (2004) mukaan kotihoitoa tulisi kehittää luomalla uusia toimintamalleja, joiden perustana olisi sosiokulttuurinen näkemys vanhuudesta. Terveyspalveluiden ja hoidon ohella ikääntyneet tarvitsevat tukea myös psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin sekä vireyden ja itsetunnon ylläpitämiseen. Kotihoidolla on tässä olennainen osansa, koska koti on tärkeä paikka juuri elämänlaadun kannalta. Sen hoitamisessa avustamisen tulisi olla osa ikääntyneen elämänlaadun ja omatoimisuuden tukemista. (Vaarama 2004, 183 - 184.)

Salosen (2007) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidon työntekijät pitävät yksinäisyyttä yhtenä suurimpana haasteena avopalvelutyössä. Sekä vanhusten psyykkinen pahoinvointi että vanhuspalveluihin ja työntekijöihin kohdistuvat vaatimukset yhdistyvät yksinäisyydessä. Myös tässä tutkimukses-

sa ilmeni, että avopalvelutyö painottuu fyysiseen hoitoon. Vanhusten psyykkinen ja sosiaalinen olomuotoisuus jää fyysisen hoidon varjoon, mikä tarkoittaa esimerkiksi yksinäisyyden vähentämiseen puuttumattomuutta. Jotkut myös kokivat fyysisen hoidon tärkeämmäksi, koska ilman kehollista terveyttä ei ole olemassa sosiaalista ja psyykkistä olemassaolon muotoa. Salosen (2007) kärkeistetty johtopäätös työntekijöiden sanomasta olikin ”yksinäisyyteen ei kuole eikä ystävien puutteeseen, mutta fyysisen hoidon laiminlyönti on vakava uhka vanhusten hengelle”. (Salonen 2007, 138 - 140.) Toisaalta aiemmin tuotiin esille, että yksinäisyys voi johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. (Ks. luku 3.2)

Kotihoidon työntekijöiden rooli ikääntyvän arjessa saattaa olla suuri, sillä omien työkokemuksiemme mukaan monen vanhuksen ainoa kontakti ulkomaailmaan on juuri kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijä. Kaikilla vanhuksilla ei ole omaisia tai läheisiä, jotka olisivat auttamassa arjen keskellä, joten työntekijän rooli ja merkitys ikääntyvän elämänlaadun ja arjen sujumisen kannalta voi olla hyvinkin merkittävä. Tämä tuo työhön suuren vastuun, mutta myös mahdollisuuden tukea ikääntyvää tarjoamalla esimerkiksi tietoa ja apua arjen ongelmiin sekä kertomalla erilaisista vaihtoehdoista.

## 5 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön prosessi alkoi jo keväällä 2007 aiheen ideoinnilla. Selvää oli, että halusimme tehdä työn liittyen ikääntyviin, mutta sen tarkempaa rajausta emme olleet vielä tehneet. Lopulta päädyimme rajaamaan aiheen ikääntyvien yksinäisyyteen, mutta näkökulma olisi keskittynyt kotihoidon työntekijöihin ja heidän näkemyksiinsä.

Prosessi vauhdittui syksyllä 2007, jolloin laadimme tutkimussuunnitelman ja otimme yhteyttä Jyväskylän kotihoitoon. Tutkimusluvan (LIITE 1) saatuaamme, aloimme laatia kyselyä syksyllä 2007 ja samalla aloimme kirjoittaa teoriaosuutta. Yhteistyökumppaneiksi saimme kaksi kotihoidon palvelupäälliköä, joiden kanssa teimme yhteistyötä tutkimukseen mukaan tulevien työntekijöiden kanssa.

kijöiden tavoittamiseksi. Joulukuuhun 2007 mennessä olimme laatineet ja toteuttaneet kyselyn.

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ikääntyvien yksinäisyyttä kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä eli mitä ajatuksia ja näkemyksiä työntekijöillä on liittyen ikääntyvien asiakkaiden yksinäisyyteen. Tavoitteena on tuoda esille työntekijöiden mielipiteitä ja kokemuksia niin, että ne voisivat tulevaisuudessa olla pohjana kotihoidon työn kehittämiseksi yksinäisyyden näkökulmasta. Samalla työn tarkoitus on tuottaa tietoa, millaista tukea ja palveluita yksinäiset asiakkaat tarvitsevat työntekijöiden näkemyksen mukaan. Tutkimuksen tarkoituksen pohjalta saimme muotoiltua tutkimustehtävät:

1. Millaista yksinäisyyttä työntekijät kohtaavat kotihoidon asiakkailla?
2. Mitä yksinäisyyden taustalla on työntekijöiden näkemyksen mukaan?
3. Mitkä mahdollisuudet/esteet työntekijöillä on vähentää yksinäisyyttä / vaikuttaa yksinäisyyden vähentämiseen?
4. Millaisia kehittämisideoita työntekijöillä on yksinäisyyden vähentämiseksi?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU

### 6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen, joskin siinä on myös kvantitatiivisia piirteitä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156 - 157.) Laadullisella lähestymistavalla koimme saavamme mahdollisimman monipuolisesti työntekijöiden omaa näkemystä ja ajatuksia yksinäisyydestä. Koska yksinäisyys on käsitteenä niin monimuotoinen, määrällinen tutkimus ei olisi soveltunut tämän ilmiön tutkimiseen yhtä hyvin.

Kyselyn käyttäminen aineiston keruun menetelmänä tuo tutkimukseen kvantitatiivisia piirteitä, sillä sitä pidetään yleisesti kvantitatiivisena tutkimusmenetelmänä. Päädyimme kuitenkin käyttämään kyselyä, koska haastatteluilla emme olisi välttämättä saaneet samanlaista tietoa. Haastatteluiden järjestäminen ja haastateltavien saaminen olisi ollut hankalaa työkentän kiireiden vuoksi. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman laaja ja monipuolinen näkemys ilmiöstä, joten kyselyt koettiin järkevämmäksi vaihtoehdoksi. Avoimien kysymysten käyttäminen kyselyssä toi osallistuneiden omaa näkemystä esille, mikä on Hirsjärven ja muiden (2007) mukaan yksi laadullisen tutkimuksen tyyppisiä piirteitä (Hirsjärvi ym. 2007, 160).

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään ennakko-oletuksia tutkimuskohteesta tai tutkimuksen tuloksista. On kuitenkin huomioitava, että aikaisemmat kokemukset tuovat tutkimukseen tietynlaisen latauksen. Pyrkimyksenä on löytää ennemminkin uutta tietoa kuin todentaa jo olemassa olevaa tietoa. Uuden oppiminen vaatii kuitenkin ennakko-oletusten tiedostamista ja huomioon ottamista. (Eskola & Suoranta 2005, 19; Hirsjärvi ym. 2007, 157.) Opinnäytetyössämme ennakko-oletuksena oli esimerkiksi yksinäisyyden esiintyminen kotihoidossa. Oletimme, että yksinäisyyttä esiintyy melko paljon kotihoidon asiakkailla, mutta otimme huomioon, että esiintyvä yksinäisyys ei välttämättä ole kielteistä.

## 6.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu

Ennen itse kyselylomakkeen laadintaa, on Heikkilän (1999) mukaan tutustuttava ensin kirjallisuuteen, määriteltävä käsitteitä sekä muun muassa pohdittava ja täsmennettävä tutkimusongelmaa. (Heikkilä 1999, 46). Tämä vaatii myös sitä, että tutkimuksen tavoite on selvillä ja se, että tutkittava asia varmasti saadaan selvitettyä lomakkeen kysymyksillä. Jos kyselylomaketta ei ole suunniteltu ja tehty huolellisesti, on kysymysten parantelu ja muuttaminen tiedonkeruun jälkeen mahdotonta. (Heikkilä 1999, 46.)

Hyvään tutkimuslomakkeeseen liittyykin paljon tunnusmerkkejä. On tärkeää, että lomake on selkeä ja siisti, teksti ja kysymykset on hyvin aseteltu sekä vastausohjeet on annettu selkeästi ja yksiselitteisesti. Tämän lisäksi täytyy kiinnittää huomiota kysymysten etenemiseen loogisesti ja siihen, että kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Jos samaa aihetta koskevia kysymyksiä on useampi, on ne suositeltavaa ryhmitellä kokonaisuuksiksi esimerkiksi selkeiden otsikoiden avulla. (Heikkilä 1999,46.)

Opinnäytetyömme kyselomake valmistui monien pohdintojen ja muutosten tuloksena. Pohdimme pitkään, voiko kyselylomaketta käyttää, kun tutkimuksemme lähtökohdat ovat laadullisia. Päädyimme kuitenkin siihen, että kyselylomake on tässä paras vaihtoehto, kuten mainitsimme jo tutkimusmenetelmän valinta osiossa. Lomaketta muokattiin ja viimeinen versio esiteltiin kahden eri kotihoidon alueen palvelupäälliköille, jotka olivat lupautuneet yhteistyöhön. He ehdottivat pieniä muutoksia, jotka teimme ennen kyselyn toteuttamista.

Itse kysymyksiä voidaan muotoilla monella tapaa, mutta yleensä käytetään kolmea muotoa: avoimet kysymykset, monivalintakysymykset sekä asteikkoihin perustuvat kysymystyypit. Lomaketta tehtäessä onkin hyvä miettiä, millaisia muotoja käyttää ja pohtia eri muotojen etuja ja haittoja. Esimerkiksi avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin, mutta kysymysten käsittely taas voi olla haastavampaa ja sisältö kirjavampaa kuin esimerkiksi monivalintakysymyksissä. (Hirsjärvi ym. 2007, 193 - 196.)

Lomakkeeseen halusimme monivalintakysymyksiä mutta myös avoimia kohtia, jotta saisimme työntekijöiden omia näkemyksiä mahdollisimman laajasti emmekä ohjailisi vastaajia liikaa. Tutkimustehtävien pohjalta laadimme lomakkeen (LIITE 2), johon tuli eri aihealueet ja niiden alle kysymykset. Kysymykset 1-5 liittyivät **taustatietoihin**, kysymykset 6-11 taas **yksinäisyyden esiintymiseen** ja yksinäisyyteen yleensä, kysymykset 12–17 työmenetelmiin ja kysymykset 18–20 **työn kehittämiseen**.

Kotihoidon palvelupäälliköt hyväksyivät lopullisen version, minkä jälkeen testasimme lomakkeen kahdella työntekijällä. Testauksen perusteella totesimme,

että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja ne toivat vastauksia tutkimustehtäviin. Tämän jälkeen sovimme päivät, milloin ja missä kyselyt toteutettaisiin. Itse olimme ajatelleet, että annamme työntekijöille viikon aikaa vastata kyselyyn, että he ehtisivät tutustua lomakkeeseen ja miettiä aihetta rauhassa. Palaveri palvelupäälliköiden kanssa toi kuitenkin esille sen, että työntekijöillä oli syksyn aikana paljon kyselyjen ja lomakkeiden täyttöä työn puolesta.

Varmistimme mahdollisimman monen kyselyn palautumisen osallistumalla tiimipalaveriin, jossa työntekijät täyttivät lomakkeet ja saimme ne heti mukaan. Palvelupäälliköt valitsivat kyselyyn osallistuvat alueet ja työntekijät, joten emme voineet vaikuttaa vastaajien valintaan. Kyselyn toteutukseen oli rajattu aika eivätkä työntekijät voineet valmistautua aiheeseen etukäteen. Jo tässä vaiheessa pohdimme, saisimmeko vastauksista tarpeeksi laajoja ja huolellisesti vastattuja.

Kyselyt toteutettiin kahtena iltapäivänä tiimipalavereissa. Toisessa tiimissä oli aika varattu kokonaan kyselyn tekemiseen, mikä oli mielestämme hyvä, sillä työntekijät saivat rauhassa keskittyä ja miettiä vastauksia. Toisessa tiimissä kyselymme oli jätetty palaverin viimeiseksi aiheeksi, mikä näkyi ihmisten levottomuutena ja väsymyksenä täyttää lomake. Meille jäi suureksi haasteeksi motivoida työntekijät vastaamaan kyselyyn mahdollisimman huolellisesti ja avoimesti. Huomasimme, että ajankohtana iltapäivä oli huono ja aikaa ei ehkä ollut riittävästi. Saatekirje saattoi usealta jäädä lukematta, vaikka kerroimme-kin ennen lomakkeen jakamista suullisesti, mistä tutkimuksestamme oli kyse. Saimme 36 kyselylomaketta takaisin. Kukaan työntekijöistä ei kieltäytynyt kyselyyn vastaamisesta.

## **7 AINEISTON ANALYYSI**

Aineiston käsittely aloitettiin vastausten lukemisella ja läpikäymisellä. Aluksi tarkastimme kaikki lomakkeet ja etsimme mahdollisia hylättäviä lomakkeita. Vastaukset olivat kuitenkin riittäviä jokaisessa lomakkeessa eikä yhtäkään vastausta tarvinnut hylätä. Vastauksia myös saatiin riittävästi, 36 kappaletta.



Laadullisessa tutkimuksessa otannan riittävydestä kertoo kylläntyminen, kun vastauksia on tarpeeksi, ei uusilla saataisi enää lisää tietoa. Aineistoa on riittävästi, kun se kattaa tutkimusongelman. (Eskola & Suoranta 2005, 62 - 64.) Omassa aineistossamme kylläntyminen näkyi samanlaisten vastausten toistumisena eikä tutkimustehtävän kannalta poikkeavaa uutta tietoa esiintynyt.

Alkukartoituksen jälkeen kävimme kyselylomakkeet kysymyksittäin läpi ja luokittelemme vastaukset samantyyppisiin luokkiin melko tarkasti. Pyrimme kuitenkin tuomaan esille myös eroavia yksittäisiä vastauksia. Tällä tavalla sekä yhtäläisyydet että eroavaisuudet tulivat hyvin esille kunkin kysytyn asian kohdalla. Esimerkkinä kysymys 13 (Miten voit auttaa/tukea yksinäistä asiakasta?), jossa ulkoilu nostettiin erilliseksi luokaksi, vaikka sen voi yhdistää yhdessä tekemiseen. Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan aineiston analysoinnissa on tärkeintä tiivistää aineisto niin, että hajanaisesta aineistosta tulee selkeää ja mielekästä. Analysointitavassamme oli sisällönerittelyn mukaisia piirteitä. Aineistosta haetaan samankaltaisuuksia, mutta myös poikkeavia vastauksia. Aineistoa vertaillaan ja sen mukaan tehdään yleistyksiä. (Eskola & Suoranta 2005, 137, 185 - 187.)

Kyselylomakkeessamme oli myös strukturoituja kysymyksiä, joiden analysoinnissa käytettiin määrällistä analyysia. Esimerkiksi vastaajien ikä sekä yksinäisyyden kohtaaminen työssä oli järkevintä käsitellä määrällisesti ja havainnollistaa tuloksia taulukoiden avulla.

## 8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Reliaabelius ja validius määrittelevät tutkimuksen luotettavuutta. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Hirsjärven ym. (2007) mukaan tutkimusta voidaan pitää luotettavana, kun kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteetin arvioinnin kohteena on esimerkiksi se, onko kyselylomakkeen laatimisessa onnistuttu

niin, että tutkija ja tutkittava ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Vilkkä 2007, 150.)

Tutkimuksen validiutta parantaa se, että kyselylomaketta muokattiin yhdessä työelämän edustajien kanssa. Kyselylomaketta testattiin ennen kyselyn toteuttamista, millä varmistimme, että kysymykset ymmärretään oikein. Testauksen tarkoituksena oli myös varmistaa, että saamme tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että saattekirjeessä määriteltiin yksinäisyyden käsitettä. Tällä pyrimme siihen, että kaikki vastaajat ymmärtäisivät yksinäisyyden käsitteen samalla tavalla, niin että esimerkiksi yksin oloa ja yksinäisyyttä ei sekoitettaisi toisiinsa.

Jos kyselylomake ei olisi tuonut tarvittavaa tietoa, olisimme voineet tarkentaa tutkimuksen validiutta käyttämällä tutkimuksessa eri menetelmiä. Esimerkiksi olisimme voineet haastatella työntekijöitä ja saada näin enemmän tietoa mahdollisesti puutteellisista osioista. Koimme kuitenkin, että saimme kyselyillä tarpeeksi tietoa, joten haastatteluita ei tarvinnut tehdä.

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentää se, että emme voi olla varmoja siitä, ovatko kaikki kyselyyn vastanneet ymmärtäneet kysymykset oikein. Emme voi myöskään tietää ovatko vastaajat vastanneet totuuden mukaisesti. Vastauksiin on voinut myös vaikuttaa meidän sekä esimiehen läsnäolo.

Hirsjärven ym. (2007) mukaan luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, mikä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Omassa työssämme pyrimme kohentamaan luotettavuutta kertomalla eri vaiheista selvästi ja totuudenmukaisesti. Pyrimme kertomaan mahdollisimman tarkasti prosessin eri vaiheet ja mahdolliset häiriö/virhetekijät. Tutkimuksen eri vaiheissa kiinnitämme huomiota myös omiin mahdollisiin virheellisiin tulkintoihin.

Eettisesti hyvä tutkimus vaatii, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä tarkoittaa eettisten näkökohtien riittävää ja oikeanlaista huomioon ottamista (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 27). Tutkimuksemme eettisyyttä heikentää se, että tutkimukseen osallistuneet eivät voineet itse päättää

osallistumisestaan, vaan tiimien palvelupäälliköt päättivät tiimien osallistumisesta tutkimukseen. Kuulan (2006) mukaan on eettisesti tärkeää kunnioittaa itsemääräämisoikeutta (Kuula 2006, 61). Tutkimuksessamme tämä ei toteutunut täydellisesti, koska tutkimukseen osallistuneilla ihmisillä ei ollut mahdollisuutta päättää haluavatko he osallistua. Eettisyyttä pyrimme lisäämään siten, että kerroimme tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Lisäksi tiedotimme, mihin ja miten vastauksia käytetään.

Huolehdimme, että lupa-asiat ovat kunnossa ja vastaajien anonymiteetti säilyi, vaikka olimme samassa tilassa vastaajien kanssa. Kun vastaajat palauttivat kyselyt, emme alkaneet lukea niitä heti, vaan saatekirje lomakkeen päällä peitettiin myös käsialan, joten senkään perusteella vastauksia ei voi yhdistää tiettyyn henkilöön.

## 9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulosten esittelyssä emme vielä tee johtopäätöksiä, vaan pidämme tulosten esittelyssä sitaattien ja taulukoiden avulla havainnollistamisessa. Sitaateilla halusimme tuoda esille vastaajien omaa näkemystä. Tulosten esittelyn jälkeen olemme koonneet johtopäätökset. Kytkeviä teoriaan olemme tehneet soveltuvien osien sekä tulosten esittelyssä että johtopäätöksissä. Tulokset ja johtopäätökset esitämme tutkimuskysymyksittäin.

### 9.1 Vastaajien taustatiedot

Täytettyjä kyselylomakkeita palautui 36 kappaletta. Viidellä ensimmäisellä kysymyksellä kartoitettiin vastaajien taustatekijöitä, kuten vastaajien ikää, sukupuolta, koulutusta, työkokemusta ja työskentelyaluetta (kotipalvelu/ kotisairaanhoito). Kaikki vastaajat olivat naisia ja heistä 69,4 % työskenteli kotipalvelussa ja 30,6 % kotisairaanhoidossa. Taulukosta 5 ja 6 ilmenee kotihoidon työntekijöiden taustatiedot sekä prosenttijakaumat.

TAULUKKO 5. Vastaajien ikä ja koulutus

Ikä	%
20–30 vuotta	22,2
31–40 vuotta	13,9
41–50 vuotta	41,7
Yli 50 vuotta	22,2
Koulutus	
Lähihoitaja	36,1
Kodinhoitaja	19,4
Terveystenhoitaja	19,4
Sairaanhoitaja	11,1
Perushoitaja	5,6
Sosionomi(amk)/sosiaaliohjaaja	5,6
Lähihoitajaopiskelija	2,8

TAULUKKO 6. Vastaajien työkokemus

Työkokemus	Vanhustyössä %	Kotihoidossa %
alle vuoden	2,8	2,8
1–5 vuotta	13,9	33,3
6–9 vuotta	0	5,6
10–20 vuotta	50	41,7
21–30 vuotta	22,2	13,9
yli 30 vuotta	2,8	2,8
ei vastausta	8,3	

Suurin osa vastaajista (41,7 %) oli 41–50-vuotiaita. Koulutukseltaan lähihoitajia oli eniten (36,1 %) ja toiseksi eniten kodinhoitajia ja terveydenhoitajia (kumpaakin 19,4 %). Työkokemusta sekä vanhustyöstä että kotihoidosta oli keskimäärin 10–20 vuotta. Suurimmalla osalla työntekijöistä oli merkittävä yli kymmenen vuoden työkokemus.

## 9.2 Työntekijöiden kohtaama yksinäisyys kotihoidon asiakkailla

Kysymyksillä 6, 7 ja 8 haettiin vastauksia tutkimuskysymykseemme millaista yksinäisyyttä työntekijät kohtaavat kotihoidon asiakkailla. Tällä tarkoitettiin yksinäisyyden esiintymistä ja yleisyyttä. Lomakkeen vastausvaihtoehdot olivat suuntaa antavia, missä ei ollut konkreettisia lukumääriä. Olisi ollut mahdotonta pyytää tarkkoja lukumääriä, sillä vastaukset perustuivat työntekijöiden henkilökohtaisiin arvioihin. Kysymyksellä 6 haettiin arviota siitä, kuinka moni tämän hetkisistä asiakkaista kokee yksinäisyyttä työntekijän arvion mukaan. Valtaosa vastasi, että **melko moni** asiakkaista kokee yksinäisyyttä. Toiseksi eniten vastauksia sai vaihtoehto **hyvin moni**. Ainoastaan yhden maininnan sai **harva** ja kukaan ei vastannut, **ettei yksikään** asiakkaista koe yksinäisyyttä. Taulukossa 7 on esitetty tulokset.

TAULUKKO 7. Yksinäisyyden kokeminen

Yksinäisyyden kokeminen	%
Ei yksikään	0
Harva	2,8
Melko moni	58,3
Hyvin moni	38,9

Kysymyksellä 7 haettiin tietoa siitä, millaista yksinäisyyttä työntekijöiden mukaan esiintyy eniten asiakkaiden keskuudessa. Saatekirjeessä oli määritelty yksinäisyyttä ja sen eri muotoja, jotta vastaaminen olisi helpompaa. Suurin osa vastaajista arvioi, että eniten esiintyy **kielteistä yksinäisyyttä**. Toiseksi eniten arvioitiin, että **molempia esiintyy yhtä paljon** (myönteistä sekä kielteistä) ja kolmen vastaajaan mielestä **myönteistä** eniten. Kolme ei osannut sanoa. Taulukossa 8 on esitetty vastaukset.

TAULUKKO 8. Kielteisen/myönteisen yksinäisyyden esiintyminen

Kielteisen/ myönteisen yksinäisyyden esiintyminen	%
Myönteistä	8,3
Kielteistä	55,6
Molempia yhtä paljon	27,8
En osaa sanoa	8,3

Nämä tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimusten kanssa, joita on esitelty opinnäytetyömme teoriaosuudessa. Teoriassa esitellyssä Vanhustyön keskusliiton tutkimuksessa valtaosa yksinäisyydestä kärsivistä asui kotona (s. 18). Myös meidän tutkimuksessamme on kyse kotona asuvista ikääntyneistä ja työntekijöiden näkemyksen mukaan valtaosa heidän asiakkaistaan kokee yksinäisyyttä. Tutkimuksessamme nousi esille myös myönteisen yksinäisyyden osuus asiakkailla, mitä on käsitelty myös teoriassa. Ikääntyvillä esiintyvä yksinäisyys ei ole aina elämänlaatua huonontava kokemus, vaan se voi olla myös toivottu tila.

Kysymyksellä 8 kartoitettiin sitä, kuinka usein työntekijät kohtaavat työssään yksinäisyyttä. Suurin osa vastaajista kohtaa työssään yksinäisyyttä päivittäin, toiseksi eniten vastauksia tuli kohtaan viikoittain. Pieni osa vastaajista kohtaa yksinäisyyttä kuukausittain tai harvemmin. Kukaan ei vastannut, että ei koskaan. Taulukossa 9 on havainnollistettu tulokset.

TAULUKKO 9. Yksinäisyyden kohtaaminen työssä

Yksinäisyyden kohtaaminen työssä	%
Päivittäin	50
Viikoittain	44,4
Kuukausittain/ harvemmin	5,6
En koskaan	0

### 9.3 Yksinäisyyteen liittyvät tekijät työntekijöiden näkemyksen mukaan

Tutkimuskysymykseen mitä yksinäisyyden taustalla on työntekijöiden näkemyksen mukaan, haettiin vastauksia kysymyksellä 9. Kysymys oli avoin, mutta sulkuihin annettiin esimerkkejä, mitä vastaus voisi esimerkiksi olla. Tämä saattoi ohjata vastaajia vastaamaan vain annettujen esimerkkien pohjalta, mutta jos kysymys olisi ollut täysin avoin, emme välttämättä olisi saaneet kunnollisia vastauksia rajatun ajan takia. Saimme kuitenkin annetuista esimerkeistä poikkeavia vastauksia, joten kysymys oli onnistunut.

Suurin osa työntekijöistä vastasi **liikkumisen vaikeuden** liittyvän yksinäisyyteen. Useita kertoja mainittiin myös **päihde- ja mielenterveysongelmat** sekä **leskeys**. Yksinäisyyteen nähtiin myös liittyvän **puutteelliset sosiaaliset suhteet, ystävien vähäisyys/ huonokuntoisuus sekä puutteelliset sosiaaliset taidot**. Tekijöiksi mainittiin myös pitkä välimatka omaisiin/ystäviin, elämänhistorialliset tekijät, toimintakyvyn heikkeneminen, muistiongelmien sekä turvattomuus. Lisäksi esille nostettiin traumaattiset kokemukset elämässä, omaisten kiire, huono näkö/kuulo, yksin asuminen, omaisten välinpitämättömyys sekä ikä.

*Turvattomuus, liikkumisen vaikeus, alentunut muisti, ystävien puute ja omaiset kaukana. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Puolison kuolema eli leskeys. Lapset ja omaiset kaukana tai kuolleet. Voimat heikkenee eli ei kykene enää pitämään yhteyttä elossa oleviin ystäviin. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

### 9.4 Työntekijöiden mahdollisuudet/esteet vaikuttaa yksinäisyyden vähentämiseen

Kysymyksillä 10 - 17 haettiin vastauksia tutkimuskysymykseen mitkä mahdollisuudet/esteet työntekijöillä on vähentää yksinäisyyttä/vaikuttaa yksinäisyyden vähentämiseen.

Kysymyksellä 10 kartoitettiin yksinäisyyden ilmenemistä eli mistä työntekijä huomaa asiakkaan olevan yksinäinen. Tämä kysymys oli täysin avoin eikä

mitään esimerkkejä annettu. Suurin osa työntekijöistä nimesi **mielialan laskun sekä mielialan muutokset** kuten itkuisuuden, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden merkeiksi yksinäisyydestä. Monet toivat myös esille sen, että **asiakas usein kertoo itse työntekijälle yksinäisyydestä**. Yleinen vastaus oli myös **asiakkaan takertuminen hoitajaan ja pyyntö jäädä pidemmäksi aikaa**.

Muita vastauksia olivat muun muassa pelokkuus/turvattomuus, tyytymättömyys/katkeruus elämää kohtaan, kontaktien vähyys ystäviin ja omaisiin, seuran ja läsnäolon kaipuu, fyysiset oireet esimerkiksi kivut, syömishäiriöt, puhumisen tarve sekä psykosomaattiset oireet. Harvemmin mainittuja asioita olivat: asiakkaaseen ei saa kontaktia, kotihoidon käyntien tärkeys asiakkaalle, runsas kontaktien otto hoitajiin/lääkäriin, itsetuhoisuus/halu kuolla sekä toimintakyvyn lasku. Yksittäisiä mainintoja oli huomion tarve, ajan käyminen pitkäksi, kotiin jääminen ja asiakkaan välinpitämättömyys. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

*Keskusteluissa. He kertovat esimerkiksi, että naapurin kanssa ennen oli yhteyttä. Enää ei ole, kun jompikumpi sairastaa. Lapset käyvät harvoin. Ennen kävivät sosiaalisissa ryhmissä, nyt vaikea mennä. Tukihenkilön puute liikkumisessa ulkona. (Terveystenhoitaja, kotisairaanhoido)*

*Itkuisuus, hoitajaan takertuminen. Puhuttamattomuus, toisaalta toisien kohdalla puhuminen. Ei ole muita, kelle puhua. Ei kiinnostusta omiin asioihin. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

Kysymyksellä 11 kartoitettiin työntekijöiden omia ajatuksia ja tunteita, mitä yksinäinen asiakas heissä herättää. Suurimmalla osalla työntekijöistä heräsi **halu auttaa**. Moni vastasi myös, että nousi **halu antaa enemmän aikaa**, mutta se on joskus hyvin vaikeaa toteuttaa esimerkiksi kiireen vuoksi. Vastauksissa mainittiin myös, että yksinäinen asiakas herättää työntekijöissä murheellisia ja surullisia ajatuksia, halua löytää palveluita ja mahdollisuuksia sekä ohjata niihin. Lisäksi työntekijät mainitsivat ilmeneviksi tunteiksi riittämättömyyden, avuttomuuden, säälin, toivottomuuden sekä pahan mielen.



Mainintoja sai myös turhautuminen, ahdistus, halu kuunnella asiakasta ja keskustella, kannustaa asiakasta löytämään harrastus, toivomista, ettei itse kokisi vanhana samaa sekä ajatus, ettei vanhuksia arvosteta. Yksittäisiä kertoja mainittiin myös huolen herääminen, ajanhenki on kiireinen, halu kannustaa lähtemään asiakasta kodista ulos, empatia sekä ajatukset, että asiakas oli raskas hoidettava ja yksinäisyys voi olla itseaiheutettua. Kolme ei vastannut kysymykseen.

*Halu kuunnella, olla läsnä ja keskustella toisen kanssa. Ikävä joskus jättää asiakas yksin, jos aika ei riitä olla pidempään seurana. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Tuntuu pahalta jättää yksin, toisinaan yksinäinen asiakas on myös raskas juuri takertumisen vuoksi. (Sosiaaliohjaaja, kotipalvelu)*

Kysymyksellä 12 haettiin työntekijöiden näkemyksiä siitä, millaista apua/tukea yksinäiset asiakkaat tarvitsevat. Kysymys oli avoin. Työntekijät toivat esille sen, että **asiakkaat tarvitsivat enemmän aikaa keskustelulle ja kuuntelulle**. Asiakkaille **tulisi myös kertoa enemmän eri palveluista ja tapahtumista sekä kannustaa heitä niihin**. Heille tulisi **olla päiväkeskustoimintaa, ryhmätoimintaa, vertaistukea ja viriketoimintaa**. Mainintoja tuli myös ystäväpalvelusta ja vapaaehtoistyöstä (maksuttomuus), ulkopuolisesta ystävästä/kuuntelijasta, yhdessä tekemisestä ja ulkoilusta sekä asioinneista ja käymisestä kodin ulkopuolella. Harvemmin nousi esille omaisten tuen tärkeys, yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, henkinen tuki ja valvotun asumispalvelun lisääminen.

*Vertaistukea saman ikäisistä (palvelupäivät, päiväkeskus tms.). Mielestäni pitäisi lisätä vapaaehtoistoimintaa kotikäynneille, ystäväpalvelua jne. (Terveystenhoitaja, kotisairaanhoito)*

*Yksilöllisyys! Toiset nauttivat esimerkiksi päiväkeskuskäynneistä, toiset taas ovat tottuneen olemaan omassa kodissaan eivätkä millään suostu lähtemään mukaan. (Terveystenhoitaja, kotisairaanhoito)*

Kysymyksellä 13 kartoitettiin miten työntekijä voi auttaa/tukea yksinäistä asiakasta. Kysymys oli avoin, mutta sulkuihin oli annettu esimerkkejä vastauksista.

Tämä saattoi ohjata vastaajia, mutta tarkoitus oli havainnollistaa, että tuki ja apu voi olla hyvinkin konkreettisia asioita.

Tärkeimmiksi auttamis- ja tukikeinoiksi koettiin **kuuntelu, ajan antaminen** sekä **keskustelu ja keskustelutaidot**. Työntekijät nostivat esille myös palveluista/mahdollisuuksista kertomisen ja niihin ohjaamisen/kannustamisen, yhdessä tekemisen, vapaaehtoistyön mahdollisuuden, kannustuksen yhteydenottoihin esimerkiksi omaisiin ja ystäviin sekä yksilöllisyyden huomioimisen. Lisäksi vastauksissa tuli esille läsnäolon merkitys, luovat menetelmät (valokuvien katsominen, musiikki), ulkoilu ja yhteydenotto omaisiin. Myös henkinen tuki, omahoitajuuden merkitys, tarkistussoitto, auttaminen ajoissa sekä psykologin tai depressiohoitajan luona käyminen mainittiin auttamiskeinoiksi.

*Tehdään mahdollisimman paljon yhdessä esimerkiksi kotiaskareet. Kannustetaan asiakasta lähtemään esimerkiksi päiväkeskukseen tai paikkaan, jossa on mahdollisuus olla toisten seurassa. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Valokuvien katselu, muistelu, keskustelu, toisen huomioiminen, läheisyys, lämpö ja kosketus. (Sairaanhoitaja, kotisairaanhoito)*

Kysymyksellä 14 kartoitettiin millaisiin palveluihin työntekijät voivat ohjata yksinäisen asiakkaan. Kyselyn tekemisen jälkeen huomasimme, että olisi kannattanut ennemminkin kysyä mihin palveluihin työntekijät ovat ohjanneet asiakkaita. Näin olisimme saaneet tietoa siitä, mihin palveluihin asiakkaita todellisuudessa ohjataan. Kysymys oli avoin.

Mahdollisista palveluista nousivat eniten esille **päiväkeskus, ystäväpalvelu/vapaaehtoisystävä, seurakunnan toiminta** sekä **vertaistuki** tai **toimintaryhmät**. Lisäksi mainittiin veteraaniavustaja/sotainvalidi-toiminta, yksityinen sektori (esimerkiksi terveystupa), depressiohoitaja/psykologi ja kriisikeskus Mobile. Vaihtoehtoiksi mainittiin myös omahoitajan lisäkäynti ja ikääntyvän itsensä osallistuminen vapaaehtoistoimintaan.

*Päiväkeskus on yleisin ja useat seurakuntien järjestämät toimintamuodot mm. lapsi/aikuinen - illat jne. Päivätanssit, bingo jne. Kaikkea on kokeiltu. Lisätarvetta olisi vanhusten toiminnan aktivoimiseksi!! (Terveystupa, kotisairaanhoito)*

Kysymyksellä 15 haettiin tietoa yksinäisyyteen puuttumista tai yksinäisyyden vähentämistä vaikeuttavista tekijöistä. Kysymys oli avoin. Vastaajat nimesivät tekijöiksi useimmiten **ajan puutteen** ja **asiakkaan oman suhtautumisen**. Toiseksi eniten vaikeuttaviksi tekijöiksi koettiin **palveluiden vähäisyys** (minne ohjata asiakas?), **palveluiden vaikea saatavuus** (vapaaehtoistyötä liian vähän, jonot päiväkeskukseen) sekä **tiedon ja kokemuksen puute**. Myös työn luonne, eristäytyminen, saattoavun puute, asiakasmäärän nopea kasvu ja avun tuleminen liian myöhään koettiin vaikeuttaviksi tekijöiksi. Työntekijät mainitsivat myös palveluiden kalleuden, liikkumisen vaikeuden, vaitiolovelvollisuuden, työntekijöiden vaihtuvuuden ja asiakkaan rahatilanteen vaikeuttavan tilanteeseen puuttumista.

*Ystäväpalvelusta on vaikea kokemukseni mukaan saada ystäviä vanhuksille. Toiset eivät hyväksy ”uusia” ihmisiä. Siksi mielestäni asiakkaalle jo tutuilla ihmisillä (esim. kotihoidon työntekijöillä) pitäisi olla AIKAA asiakkaille. (Terveystenhoitaja, kotisairaanhoido)*

*Ajan puute, työn kiireinen luonne. Jos asiakas ei yksinäisyydestä huolimatta halua lähteä esim. päiväkeskukseen ja on yleensäkin yhteistyöhaluton. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

Yksinäisyyteen puuttumisen kuulumista työnkuvaan kartoitettiin kysymyksellä 16. Kysymys oli avoin. **Kaikki vastaajat kokevat yksinäisyyteen puuttumisen kuuluvan työnkuvaan.** Lisäksi kysyttiin perusteluita tähän. Suurin osa vastaajista perusteli yksinäisyyteen puuttumisen olevan **osa kokonaisvaltaista hoitoa**. Muutaman mielestä yksinäisyyteen puuttuminen kuuluu työnkuvaan, kun se **uhkaa terveydentilaa** tai **henkistä hyvinvointia**. Mainittiin myös, että työntekijällä on vastuu, kun asia on tullut ilmi. Muutamat kokivat puuttumisen ennaltaehkäisevänä työnä ajatellen yksinäisyyden seurauksia sekä elämänlaadun parantamista. Jotkut mainitsivat, että joillekin kotihoito on ainoa kontakti ”ulkomaailmaan”.

*Yksinäisyys vaikuttaa valtavasti (siis negatiivinen yksinäisyys) asiakkaan muuhun hyvinvointiin, terveydentilaan ja elämänlaatuun. (Sosiaaliohjaaja, kotipalvelu)*

*Vaikuttaa asiakkaan hoidon laatuun, että elämäänsä tulisi paljon mahdollisimman hyviä hetkiä. (Perushoitaja, kotipalvelu)*

Kysymyksellä 17 haluttiin tietoa siitä, millaisiksi työntekijät kokevat ammatilliset valmiutensa yksinäisen asiakkaan kohtaamisessa. Kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Ammatilliset valmiudet kohdata/auttaa yksinäisiä asiakkaita koettiin pääsääntöisesti **melko hyviksi**. Taulukossa 10 on havainnollistettu ammatillisten valmiuksien kokemusta.

TAULUKKO 10. Työntekijöiden ammatilliset valmiudet

<b>Ammatilliset valmiudet</b>	<b>%</b>
Erittäin hyvät	11,1
Melko hyvät	52,8
Kohtalaiset	30,6
Melko huonot	5,6
Huonot	0

### 9.5 Työn kehittäminen yksinäisyyden vähentämiseksi

Tutkimuskysymykseen millaisia kehittämisideoita työntekijöillä on yksinäisyyden vähentämiseksi, haettiin vastauksia kysymyksillä 18, 19 ja 20. Kysymyksellä 18 kartoitettiin mahdollisia koulutustarpeita. Tällä kysymyksellä pyrittiin saamaan tietoa siitä, tarvittaisiinko työntekijöiden aiemman koulutuksen tuoman tiedon lisäksi tarkempaa koulutusta/tietoa yksinäisyyteen puuttumisesta. Vastaaajista **66,7 % vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta** ja **33,3 % ei tarvinnut lisäkoulutusta**.

Lisäksi kysyttiin millaista koulutusta/tietoa tarvittaisiin. Suurin osa vastasi tarvitsevansa **tietoa ennen kaikkea palveluista**. Seuraavaksi eniten haluttiin **tietoa menetelmistä ja yleistä tietoa yksinäisyydestä**. Lisäksi haluttiin lisää tietoa asian puheeksi ottamisesta ja asiakkaan kohtaamisesta, tukemisesta sekä asiakkaan innostamisesta/motivoinnista esimerkiksi palveluihin. Myös vaikeisiin tapauksiin ja yksilöllisyyden huomioimiseen tarvittaisiin lisää koulutusta.

*Kuinka pystyisi auttamaan erilailla yksinäisiä asiakkaita. Kaikille ei samat ohjeet käy. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

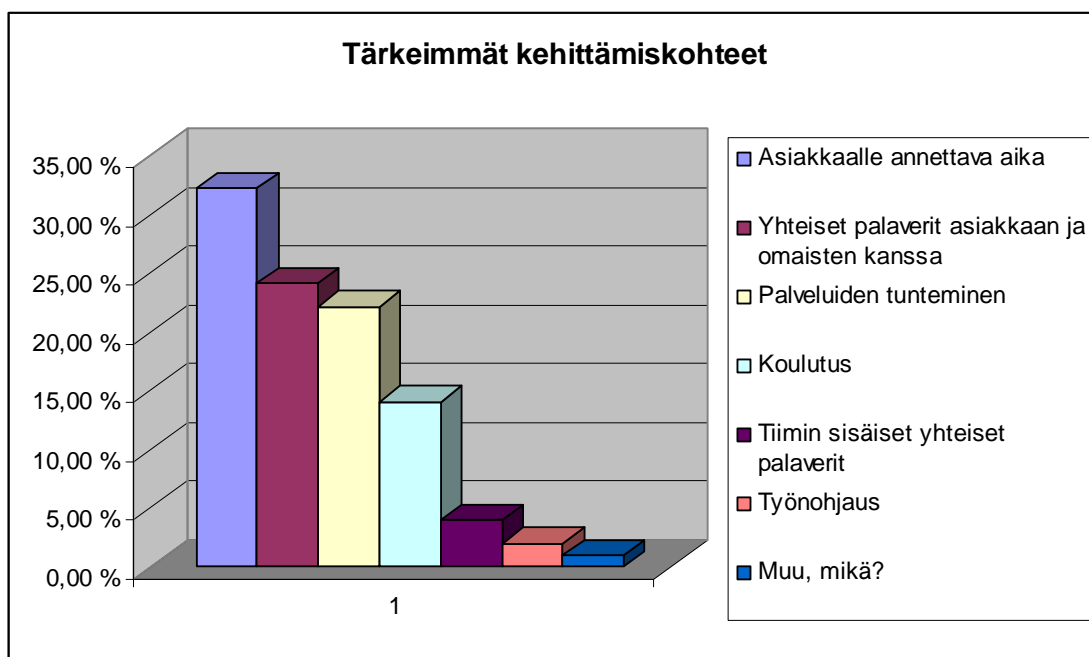
*Kuulla erilaisia vinkkejä, miten kukin näissä tilanteissa toimii. (Perushoitaja, kotipalvelu)*

Kehittämiskohteita kartoitettiin myös kysymällä millaisia palveluita yksinäisille asiakkaille pitäisi työntekijöiden mielestä olla ja keiden pitäisi nämä palvelut järjestää (kysymys 19). Vastauksissa tärkeimmiksi palveluiksi mainittiin **vaapaaehtoistoiminta, tukiryhmät ja kerhotoiminta**. Muutamia mainintoja tuli lisäksi ulkoiluttajien, lähipalvelujen, yksilöllisten ja ilmaisten palvelujen tarpeesta. Yksittäisiä mainintoja oli seuraavista palveluista: puhelinkeskustelu, omahoitajuuden korostaminen, keskustelu ryhmässä ja yksin, ajanviettopaikoja, yhteisiä tilaisuuksia, ystäviä ja lisää päiväkeskuspaikkoja. Yhden vastaajan mukaan palveluita oli riittävästi.

Toivottavaksi järjestäjätahoksi nimettiin **kaupunki/kunta** (yleensäkin julkinen puoli), **seurakunta** ja **järjestöt**. Lisäksi vastauksissa mainittiin yksityinen sektori, Suomen Punainen risti, eläkeläisjärjestöt ja Raha-automaattiyhdistys (rahoituksella).

*Järjestöt, kunta. Asiakkaiden kotiin tai kortteliin kohdistettava, ettei tarvitse mennä kauas. (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

Viimeisenä pyysimme vastaajia mainitsemaan kolme asiaa, jotka he kokevat tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi oman työnsä kannalta yksinäisyyden näkökulmasta (kysymys 20). Kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista pyydettiin valitsemaan kolme tärkeintä. Kaikki eivät vastanneet kysymykseen ja jotkut nimesivät vain kaksi tärkeintä. Yhteensä vastauksia tuli 99. Kuviossa 2 havainnollistetaan kehittämiskohteiden tärkeysjärjestys.



KUVIO 2. Tärkeimmät kehittämiskohteet oman työn kannalta yksinäisyyden näkökulmasta

Kyselyn lopussa vastaajille annettiin mahdollisuus kommentoida aihetta. Poimimme vastauksista muutaman esimerkin.

*Yksinäisyyttä näkee paljon ja surullista nähdä omaisten välinpitämättömyyttä. Voi kun voisi paremmin auttaa ja antaa aikaa. (Terveydenhoitaja, kotisairaanhoido)*

*Yksinäisyyteen puuttumisella ehkäistään monta muuta vaivaa. Voisi verrata ennaltaehkäisevään työhön. (Sosiaaliohjaaja, kotipalvelu)*

*On hyvä, että tämä yksinäisyys on huomattu. Se on vanhusten yleisin "sairaus". Se aiheuttaa paljon ahdistusta! (Lähihoitaja, kotipalvelu)*

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 10.1 Yksinäisyys kotihoidon asiakkailla on yleistä

Suurin osa kyselyyn vastanneista kotihoidon työntekijöistä koki, että yksinäisyyttä esiintyy melko monella asiakkaalla, se on usein kielteistä yksinäisyyttä

ja vastaajat kohtasivat yksinäisyyttä työssään useimmiten viikoittain tai päivittäin. Tuloksissa ilmeni kuitenkin, että työssä kohdataan myös myönteistä yksinäisyyttä tai molempia yhtä paljon. Tästä voidaan päätellä, että yksinäisyys ilmiönä kotihoidossa ei ole harvinainen ja työntekijät kohtaavat sitä todennäköisesti joka viikko. Ilmiö ei ole myöskään aina ongelmallinen, sillä ikääntyvien keskuudessa nähdään myös myönteistä yksinäisyyttä, joka ei huononna asiakkaan elämänlaatua.

Tuloksiin voi vaikuttaa vastaajien oma näkemys siitä, miten merkittävänä asiana he kokevat ikääntyneiden yksinäisyyden. Kaikki työntekijät eivät käy asiakkaiden luona päivittäin (esimerkiksi kotisairaanhoido), joillakin saattaa olla vielä vähän työkokemusta ja osa työntekijöistä ei ehkä tunne asiakkaitaan pitkältä aikaväliltä. Nämä kaikki tekijät voivat vaikuttaa vastauksiin ja se, miten eri asiakkaista ilmenee yksinäisyys tai ilmeneekö ollenkaan. Voidaan kuitenkin todeta, että yksinäisyys tulee kotihoidon työssä vastaan melko usein ja työntekijät tunnistavat tämän ilmiön.

## **10.2 Yksinäisyyden monenlaiset taustat**

Yksinäisyyteen liittyviä tekijöitä oli vastanneiden näkemyksen mukaan hyvin monia. Tulosten mukaan yksinäisyyden taustalla on niin fyysisiä (liikkumisen vaikeus), psyykkisiä (päihde- ja mielenterveysongelmat) kuin sosiaalisiaakin (leskeys, omaisten vähyys tai kaukana asuminen) tekijöitä. Nämä tulokset saavat tukea tutkimuksista, joissa näiden samantyyppisten tekijöiden on todettu liittyvän yksinäisyyteen (Ks. Pitkälän & Routasalon tutkimus luvussa 3.2 s. 12 - 14). Tästä voidaan päätellä, että työntekijöillä on laaja näkemys siitä, mitä kaikkea yksinäisyyteen voi liittyä ja että he tarkastelevat yksinäisyyttä monesta eri näkökulmasta.

### 10.3 Ajan puute rajoittaa yksinäisyyteen puuttumista

Kyselyn vastauksissa nousi esille paljon erilaisia näkemyksiä siitä, mistä huomaa asiakkaan olevan yksinäinen. Yksinäisyys ilmeni asiakkaan mielialoissa ja sen muutoksissa muun muassa ahdistuksena, itkuisuutena ja turvattomuuden tunteena sekä haluna pitää työntekijä luonaan pidempään. Yllättävää oli, että hyvin moni vastanneista nosti esille sen, että asiakas hyvin usein kertoi ihan sanallisesti olevansa yksinäinen.

Kotisairaanhoidon työntekijöille yksinäisyys ilmeni edellisten asioiden lisäksi psykosomaattisina oireina eli asiakkailla oli paljon kipuja ja särkyjä, joihin ei ole löytynyt selityksiä tai parannuskeinoja. Tämä nousi esille myös kotipalvelun vastaajien keskuudessa, mutta runsaammin kotisairaanhoidon puolella.

Vastausten perusteella yksinäisyys voi siis ilmetä hyvin monin eri tavoin. Täytyy kuitenkin muistaa, että kyselyyn eivät ole vastanneet asiakkaat itse. Näin ollen ei voida tehdä selkeitä johtopäätöksiä siitä, onko mielialan muutosten, kipujen ja turvattomuuden takana selkeästi yksinäisyys vai aiheuttaako esimerkiksi turvattomuuden tunne itsessään yksinäisyyttä asiakkaalle. Kyse on aina yksilöllisistä tekijöistä ja tässä kohdassa esille tuodut oireet eivät välttämättä ole suoraan yhdistettävissä yksinäisyyteen. Tulokset kuitenkin antavat suuntaa sille, miten yksinäisyys voi ilmetä ja mistä työntekijä sen mahdollisesti huomaa.

Tulokset ovat kuitenkin yhteneviä aikaisempiin tutkimuksiin. Esimerkiksi luvussa 3.2 Ikääntyvien yksinäisyyden syyt ja seuraukset, nousee esille yksinäisyyteen liittyvät monet tunteet ja se, miten ne näkyvät ikääntyvän käytöksessä. Esimerkiksi masentuneisuus, turvattomuuden tunne sekä passiivinen käytös liittyvät yksinäisyyden kielteisiin tunteisiin ja käytökseen Tiikkaisen (2006) ja Mäkisen (2007) mukaan.

Yksinäinen asiakas herättää työntekijöissä paljon erilaisia tunteita ja ajatuksia. Pääasiallisesti monella herää halu auttaa ja antaa enemmän aikaa. Esille tuotiin ajan antamisen oleva haasteellista, sillä sitä ei voida aina antaa, vaikka tarvetta olisi. Työntekijät kokivat, että yksinäinen asiakas tarvitsisi tueksi kai-



kista eniten aikaa kuuntelulle ja keskustelulle. Ajan antaminen tuli esille monta kertaa kyselyn eri vaiheissa.

Yksinäinen asiakas herättää myös ahdistusta, avuttomuutta ja toivottomuutta. on vaikea tilanne jättää asiakas yksin, kun aika ei riitä. Tällaiset tunteet aiheuttavat työhön haastetta.

Työntekijät kokivat, että yksinäinen asiakas tarvitsisi myös enemmän tietoa ja kannustamista. Näillä tarkoitettiin erilaisia palveluita ja mahdollisuuksia kuten päiväkeskusta, viriketoimintaa ja vertaistukiryhmiä. Myös vapaaehtoistyö mainittiin monta kertaa ja tämän työntekijät ilmeisemmin kokevat tärkeäksi tueksi oman työnsä rinnalle. Kannustamisen erilaisiin palveluihin ja tapahtumiin he kokivat myös omaksi keinokseen auttaa yksinäistä asiakasta. Palvelut tunnettiin pääasiallisesti hyvin ja moni työntekijä osasikin luetella mahdollisimman monipuolisesti, mihin yksinäisen asiakkaan voi ohjata kuten päiväkeskus, vapaaehtoistoiminta, virikeryhmät ja erilaiset tapahtumat. Myös depressiohoitaja ja psykologi mainittiin.

Vastaukset eivät kuitenkaan tuo esille sitä, miten usein asiakas konkreettisesti ohjataan palveluihin tai miten asia otetaan edes puheeksi. Olisi ollut ehkä järkevämpää kysyä, mihin työntekijät ovat konkreettisesti ohjanneet asiakkaan ja onko tästä ollut hyötyä. Myös se, kenen toimesta asiakkaan tilanteeseen on puututtu, olisi ollut mielenkiintoista tutkimuksemme kannalta.

Kun työntekijät miettivät omia keinojaan auttaa, nousee esille työntekijöiden erilaisuus ja kokemus: vaikka pääasiallisesti vastaukset olivat samanlaisia, tuli erilaisia painotuksia kuten omaisten rooli, eri menetelmien käyttö ja sekä auttaminen ajoissa. Tähän vaikuttaa ehkä ammatti, ikä ja kokemukset esimerkiksi eri palveluista ja menetelmistä. Kysely on kuitenkin sen verran suppea, että tässä tutkimuksessa on mahdotonta alkaa verrata esimerkiksi eroja koulutuksen suhteen.

Kysyttäessä työntekijöiden omia keinoja puuttua yksinäisyyteen, vastauksiin saattoivat vaikuttaa suluissa annetut konkreettiset esimerkit siitä, mitä tuki tai apu voi olla. Vastaajat saattoivat olla väsyneitä iltapäivästä, joten helpointa oli

ehkä valita vastaukseksi suluissa olevat esimerkit. Saimme kuitenkin vastauksia, mitä ei ollut lomakkeessa mainittu, joten asian kysyminen kyseisessä muodossa ei ollut täysin virheellinen ratkaisu.

Yksinäisyyteen puuttumista vaikeuttaa monen mielestä ajan vähäisyys sekä asiakkaan oma suhtautuminen. Tässäkin kohdassa sulkuihin oli annettu avoimen kysymyksen kohdalla esimerkkejä, mitkä saattoivat ohjata vastaajia. Ajan vähäisyyden merkitys tuli kuitenkin esille kyselyn monessa eri vaiheessa, joten ajan antaminen on varmasti työntekijöiden näkökulmasta tärkeä ja haasteellinen kysymys. Toisaalta oli ehkä virhe laittaa esimerkkejä vastausvaihtoehtoista. Kaikki vastaajat eivät selittäneet, mitä tarkoittavat asiakkaan omalla suhtautumisella tai työn luonteella, joten emme voi aina tietää mitä näillä tarkoitetaan. Osa vastaajista kertoi sanallisesti, mitä esimerkiksi asiakkaan oma suhtautuminen tarkoittaa kuten negatiivinen suhtautuminen kotoa poistumiseen. Annettuja vaihtoehtoja olisikin pitänyt miettiä tarkemmin.

Yksinäisyyteen puuttuminen koettiin vaikeaksi myös siksi, että palveluita ei aina ollut riittävästi tai niistä ei ollut tarkkaa tietoa tai kokemusta. Asiakkaiden liikkumisen vaikeus nousi myös esille. Yllättävää oli, ettei kukaan työntekijöistä maininnut omien tunnetilojen tai ajatusten yksinäisyydestä vaikeuttavan työtä. Olisi ollut mielenkiintoista selvittää, kokivatko työntekijät esimerkiksi aikaisemmin mainittujen ahdistusten ja avuttomuuden tunteiden vaikuttavan heidän työhönsä esimerkiksi vaikeutena nostaa esille asiakkaan yksinäisyys ja kohdata tämä.

Yksinäisyyteen puuttumisen nähdään kuuluvan kotihoidon työntekijöiden työnkuvaan, mutta perustelut poikkesivat toisistaan. Osa perusteli yksinäisyyteen puuttumista sillä, että työhön kuuluu asiakkaan kokonaisvaltainen hoito, osan mielestä siihen pitää puuttua, kun se uhkaa asiakkaan fyysistä ja henkistä hyvinvointia ja osa kokee sen olevan ennaltaehkäisevää työtä asiakkaan elämänlaadun turvaamiseksi. Ammatilliset valmiudet koettiin pääsääntöisesti hyviksi, mikä kertoo siitä, että työntekijät kokevat heillä olevan tietoa ja taitoa kohdata yksinäinen asiakas ja auttaa häntä.

## 10.4 Enemmän osaamista ja palveluja yksinäisyyden vähentämiseen

Suurin osa työntekijöistä koki tarvitsevansa lisäkoulutusta yksinäisyyden vähentämiseksi. Koulutustarpeet liittyivät erityisesti palveluiden tuntemiseen sekä menetelmätietouteen. Haluttiin myös yleistä tietoa yksinäisyydestä sekä miten ottaa asia puheeksi asiakkaan kanssa. Myös asiakkaan kohtaamiseen, tukemiseen, innostamiseen ja motivointiin liittyvää osaamista tulisi työntekijöiden mukaan kehittää. Lisäkoulutuksen tarve viestittää siitä, että osa työntekijöistä kokee ehkä epävarmuutta ja tarvitsee tukea asiakkaiden kohtaamiseen huolimatta siitä, että ammatilliset valmiudet kohdata/auttaa yksinäistä asiakasta koettiin kuitenkin melko hyviksi. Onko kyse siis siitä, että ammatilliset valmiudet koetaan hyviksi, mutta niiden tueksi tarvitaan ajankohtaista tietoa ja uusia menetelmiä?

Yhtenä palveluihin liittyvänä kehittämistarpeena nousi esille palveluiden lisääminen niin, että kaikki halukkaat saisivat yksinäisyyttä lievittäviä palveluita. Tärkeäksi asiaksi nimettiin myös palveluiden ilmaisuus ja se, että palvelut olisivat lähellä. Palveluilta toivottiin myös yksilöllisyyttä; kaikki palvelut eivät sovi kaikille, joten vaihtoehtoja tulisi olla useampia. Työntekijöiden mukaan tärkeimpiä palveluita ovat vapaaehtoistoiminta (esimerkiksi ystäväpalvelu), tukiryhmät ja kerhotoiminta. Esille tuli myös kokoontumispaikkojen tarve, esimerkiksi ajanviettopaikkoja ja yhteisiä tilaisuuksia tulisi olla enemmän. Vain yhden vastaajan mukaan palveluita oli riittävästi, joten myös palvelujentarjoajien tukea tarvittaisiin yksinäisyyden vähentämiseen.

Samassa kohdassa kysyttiin myös keiden pitäisi järjestää palvelut. Kaksiosainen kysymys saattoi aiheuttaa sen, että jotkut vastaajista vastasivat vain toiseen kysymykseen. Yleisimmin järjestäjätahoksi toivottiin julkista puolta (kaupunki/kunta) ja seurakuntaa. Lisäksi mainittiin yksityinen puoli ja kolmas sektori esimerkiksi SPR. Vastauksista päätellen olisi myös toivottavaa, että eri tahot tekisivät yhteistyötä.

Vastauksista myös ilmeni, ettei aina tarvita erityisiä palveluita vaan riittäisi, että asiakkaan luona voitaisiin olla pidemmän aikaa. Resursseja tulisi siis lisätä yleisesti kotihoitoon, jotta asiakkaille voitaisiin antaa enemmän aikaa. Asi-

akkaalle annettavan ajan tärkeys nousi esille myös viimeisessä kysymyksessä, jossa työntekijöiden täytyi nimetä kolme tärkeintä kehittämiskohdetta. Kolmeksi tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi nousivat asiakkaalle annettava aika, yhteiset palaverit asiakkaan ja omaisten kanssa sekä palveluiden tunteminen. Seuraaviksi tärkeimmiksi kehittämiskeinoiksi koettiin koulutus, tiimin sisäiset yhteiset palaverit sekä työnohjaus.

Aiemmissa kysymyksissä omaisten rooli ei ehkä tullut yhtä hyvin esille. Tämä saattoi johtua siitä, että omaisten roolia pidetään itsestään selvänä niiden asiakkaiden kohdalla, joilla omaisia on. Tätä osuutta ei siis ehkä muistettu mainita, vaikkakin yksittäisiä mainintoja omaisista tuli pitkin kyselyä. Tässä kohdassa kysymystä omaisten merkitys kuitenkin nousi selvästi esille ja se, miten tärkeää omaisten osallistuminen asiakkaan hoitamiseen ja palavereihin on.

## 11 POHDINTA

Ikääntyminen on ihmisen elämässä luonnollinen asia, minkä meistä jokainen kohtaa vuorollaan. Yksinäisyys ikääntyneen ihmisen elämässä voi olla elämänlaatua heikentävä tekijä, jos yksinäisyys ei ole myönteinen ja toivottu tila. Kaikilla ei ole ympärillään omaisia ja ystäviä, joiden kanssa jakaa ajatuksia ja lähteä ulos virkistäytymään. Myös muutokset toimintakyvyssä saattavat vaikeuttaa ikääntyneen liikkumista, mikä voi rajoittaa sosiaalista verkostoa ja aiheuttaa yksinäisyyttä.

Kotihoito on palvelu, joka kohdistuu ikääntyvän kotiin ja tukee siellä arjessa selviytymistä. Kotihoidossa tapahtuneet muutokset ovat tuoneet uusia haasteita työhön, sillä monet yhteiset askareet asiakkaan kanssa kuten ruoanlaitto ja siivous ovat jääneet pois. Kotona hoidetaan entistä huonokuntoisempia ja iäkäämpiä asiakkaita, mikä painottaa työtä entistä enemmän hoidolliseen suuntaan. Ihanteellista olisi, jos kotihoito voisi tukea mahdollisimman laajasti yksinäistä asiakasta hänen elämäntilanteessaan erilaisin keinoin. Yksinäisyys ilmiönä onkin kotihoidossa mielenkiintoinen ja haastava teema, jota ei ole juuri tutkittu työntekijöiden näkökulmasta.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millainen ilmiö yksinäisyys kotihoidossa on työntekijän näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös kartoittaa, millaisia ammatillisia valmiuksia kotihoidon työntekijöillä on kohdata yksinäisyyttä. Tavoitteena oli myös saada tietoa, millaisia menetelmiä ja keinoja työntekijöillä on käytössään yksinäisen ikääntyneen tukemiseksi ja ovatko nämä keinot riittäviä.

Tutkimuksessamme nousi esille, että yksinäisyys kotihoidon asiakkailla on kotihoidon työntekijöiden näkemyksen mukaan melko yleinen ilmiö. Yksinäisyyttä ilmenee niin myönteisessä kuin kielteisessä merkityksessä ja työntekijät tuntevat erottavan nämä toisistaan. Työntekijät kokevat, että he kohtaavat työssään yksinäisyyttä usein ja se osataan tunnistaa esimerkiksi asiakkaan mielialan ja käytöksen muutoksista. Näkemys yksinäisyyteen liittyvistä tekijöistä on myös laaja ja työntekijät hahmottavat, mitä erilaisia asioita yksinäisyyteen liittyy kuten liikkumisen vaikeus ja turvattomuus.

Ammatilliset valmiudet koettiin hyviksi, mutta ajankohtaista tietoa palveluista ja yksinäisyyteen puuttumisesta tarvittiin. Tutkimuksessa nousi esille se, että kotihoidon työ on muuttunut kiireellisempään suuntaan, minkä vuoksi ajan antaminen asiakkaalle ja yhdessä tekeminen ovat jääneet vähemmälle. Työntekijöillä oli selkeitä ajatuksia siitä, miten tukea yksinäistä asiakasta ja mitä asiakas tarvitsee. Esille nousi kuitenkin, että työn puitteissa näiden asioiden toteuttaminen oli välillä mahdotonta. Tähän vaikutti ajan puute sekä työn sisällön muuttuminen entistä hoidollisempaan suuntaan. Työntekijät joutuvat kentällä ollessaan kohtaamaan ristiriitaa: vaikka olisi halua, tietoa ja tahtoa auttaa, aina ei tilanteeseen ehdi tai voi puuttua. Myös asiakkaan oma suhtautuminen voi olla esteenä yksinäisyydestä puhumiseen ja siihen puuttumiseen. Näyttäisi siltä, että työntekijät toimisivat sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen pohjalta, mutta käytännössä työ painottuu hoidollisuuteen, mikä ei aina mahdollista kokonaisvaltaista asiakkaan tukemista.

Tutkimuksen myötä esille nousee ajatuksia siitä, onko kotihoidon suunta tulevaisuudessa menossa oikeaan suuntaan. Ruokailon ja kaupassa käynnin karsiutuminen tukipalveluiksi vähentävät asiakkaan ja työntekijän yhteistä ai-

kaa ja kohtaamista sekä tuo asiakkaan arkeen lisää palveluita, maksuja ja ihmisiä. Päivässä asiakkaan luona saattaa käydä montakin eri henkilöä hoitamassa eri asioita, jotka hoiti ennen yksi ihminen. Mitä vaikutuksia palveluiden eriyttämisellä ja kotihoidon muutoksella on ikääntyvän arkeen?

Tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidon työntekijät kokevat kolmannen sektorin avun tarpeelliseksi oman työnsä rinnalle. Vapaaehtoistyö esimerkiksi voisi mahdollistaa sen, että asiakkaan kanssa olisi aikaa jutella ja tehdä yhdessä asioita kuten lähteä ulos kävelylle ja laittaa ruokaa. Olisiko tässä tulevaisuudessa yksi hyvä ratkaisu? Vapaaehtoistyön ja esimerkiksi seurakunnan ja SPR:n tuen mukaan tuominen tarvitsisi yhteisen mallin luomista ja yhteistyötä, miten toimitaan.

Täytyy kuitenkin muistaa, että saamiemme tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan koko Suomen kotihoidon kenttää eikä edes Jyväskylän kotihoitoa koskevaksi. Teoriaosuudessaakin toimme esille kuntakohtaiset erot. Asuinpaikasta riippuen kotihoidon asiakkaat ovat hyvin eriarvoisessa asemassa. Tutkimuksemme luo silmäyksen kahden kotihoidon tiimin tilanteeseen, jonka myötä voidaan kuitenkin olettaa, että myös muilla alueilla Jyväskylän kotihoidossa saattaa ilmetä samankaltaisia ajatuksia ja näkemyksiä ikääntyneiden yksinäisyydestä.

Myös tiimien sisällä olisi hyvä keskustella siitä, mitä erilaisia vaihtoehtoja on yksinäisen asiakkaan tukemiseksi ja miten tähän voidaan puuttua omassa yksikössä. Tutkimuksen myötä heräsi ajatus siitä, ovatko työntekijät keskustelleet tästä teemasta tiimien sisällä ja pohtineet yhteisiä ratkaisuja liittyen yksinäisyyteen ja siihen puuttumiseen. Voi olla, että tiimeissä ei ole tällä hetkellä yhteistä käsitystä ja linjaa siitä, miten tällaisten asiakkaiden kohdalla puututaan tilanteeseen ja mitkä ovat kotihoidon keinot asiakkaan elämänlaadun parantamiseksi. Työntekijät voisivat myös hyödyntää enemmän toistensa osaamista ja oppia toisiltaan. Osa vastanneista koki yksinäisen asiakkaan ”rasakaaksi”, joten koko työyhteisön kesken olisi hyvä miettiä, miten näissä tilanteissa edetään asian ratkaisemiseksi ja tilanteen parantamiseksi.

Yllättävää oli, ettei työntekijöiden vastauksissa mainittu hoito- ja palvelusuunnitelmaa, vaikka se on yksi tärkeimmistä työvälineistä. Suunnitelma toimii työvälineenä yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja työntekijöiden kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voisi ehkä hyödyntää enemmän yksinäisen asiakkaan tukemisessa, sillä tavoitteiden kirjaaminen myös sosiaalisen toimintakyvyn osalta vahvistaisi sosiaalisen tärkeyttä. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla myös omaisten roolia voisi vahvistaa enemmän asiakkaan arjen sujumista tukevaksi tekijäksi.

Työntekijänäkökulman lisäksi olisi hyvä tutkia kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä. Olisivatko tulokset yhteneväisiä tämän tutkimuksen tulosten kanssa? Olisi myös mielenkiintoista tietää, millaisena asiakkaat kokevat saamansa avun ja kokevatko he yksinäisyyteen puuttumisen kuuluvan kotihoidon tehtäviin.

Asiakkaiden kokemusten ja työntekijöiden näkemysten pohjalta voitaisiin hahmotella kotihoidon roolia yksinäisyyteen puuttumisessa. Yksityisen ja kolmannen sektorin liittäminen yhteistyökumppaneiksi mahdollistaisi todellisten ratkaisukeinojen pohtimisen. Yksinäisyyteen puuttumisen ”käsikirjan” tekeminen olisikin yksi hyvä jatkotutkimusaihe.

Kiinnostusta herättää myös sosiaalityöntekijän rooli kotihoidossa. Työntekijät eivät maininneet vastauksissaan sosiaalityöntekijää, vaikka kotihoito on juuri saanut oman sosiaalityöntekijän. Hänen roolinsa ei ole ehkä vielä tuttu työntekijöille. Jatkotutkimusaiheena voisi olla gerontologisen sosiaalityön rooli kotihoidossa. Onko sosiaalityöntekijän tehtävänä osallistua vain laajempien ongelmatilanteiden ratkaisuun ja onko esimerkiksi yksinäisyyteen puuttuminen sosiaalityön tehtäväkenttään kuuluva asia?

Koemme, että tutkimuksestamme on hyötyä kotihoidon kentälle. Tutkimus tuo esiin sen tosiasian, että työntekijöiden mahdollisuuksia puuttua yksinäisyyteen rajoittaa esimerkiksi ajan puute ja työnkuvan muuttuminen. Toisaalta vanhuspoliittisissa strategioissa kuitenkin painotetaan ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä, mutta siihen ei anneta tarvittavia resursseja. Yksinäisyyden on todettu aikaistavan laitoshoitoon siirtymistä, mutta siitä huolimatta kotihoidon työkent-

tä painottuu entistä enemmän fyysiseen hoitoon. Fyysinen hoito ei kuitenkaan riitä yksinäisyyden vähentämiseen, vaan tarvittaisiin myös sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamista. Tässä nousee esille myös laajempien toimintakyvyn mittareiden kehittäminen, minkä avulla kotihoidon asiakkaiden voimavaroja voitaisiin tunnistaa ja tukea nykyistä paremmin.

Pohtiessamme omaa tutkimusprosessiamme, tulimme siihen tulokseen, että vaikka muokkasimme kyselylomaketta moneen kertaan, olisi siinä ollut vielä parantamisen varaa. Jotkut kysymykset ehkä toistivat liikaa samoja teemoja, sillä vastaajat pystyivät kirjoittamaan vastauskohtaan katso edellinen kohta. Voi toki olla, että kysymykset saatettiin ymmärtää väärin ja siksi vastauksiin tuli samankaltaisuuksia. Huomasimme myös, että joissakin kohdissa olisi voinut kysyä asian toisella tapaa.

Kyselylomake oli mielestämme selkeä asettelun ja kielen suhteen. Olimme numeroineet kysymykset sekä luokitelleet ne eri otsikoihin: taustatietoihin, yksinäisyyden esiintymiseen, työmenetelmiin ja työn kehittämiseen. Tämä toivon mukaan auttoi vastaajaa keskittymään yhteen kokonaisuuteen kerrallaan. Kyselylomake oli mielestämme sopivan pituinen ja fontti tarpeeksi isoa ja selkeää, mikä lisäsi lomakkeen täyttämisen helppoutta.

Kyselylomake ei välttämättä ollut paras mahdollinen tapa selvittää työntekijöiden näkemyksiä ja ajatuksia ikääntyneiden yksinäisyydestä. Haastatteluilla olisimme ehkä saaneet vielä tarkempaa tietoa, mutta käytännössä haastattelujen järjestäminen olisi ollut hankalaa. Ryhmähaastattelu olisi ollut ehkä väärä valinta, sillä isossa ryhmässä yksittäisen työntekijän mielipiteet ja näkemykset saattavat helposti jäädä piiloon esimerkiksi ryhmäpaineiden vuoksi. Kyselylomakkeen toteuttaminen työkentällä onnistui yksilö- tai ryhmähaastattelua paremmin, sillä kentän kiireet ja ajankohta toivat tutkimuksen toteuttamiseen haastetta. Haastatteluilla otos olisi jäänyt pienemmäksi. Halusimme saada mahdollisimman monen eri työntekijän näkemyksiä ja kokemuksia aiheestamme. Ehkä olisimme voineet kyselyn jälkeen haastatella paria työntekijää selvittääksemme, olisivatko haastattelut tuottaneet uutta tai merkittävää tietoa kyselylomakkeiden lisäksi.



Kyselyyn vastaaminen yllättäen työpäivän päätteeksi saattoi olla haasteellista eikä tutkimukseen osallistuminen ollut vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa. Lomaketta ei olisi toki ollut pakko täyttää, mutta kukaan ei kieltäytynyt. Esimiehen ja meidän läsnäolo tilanteessa saattoi myös vaikuttaa vastauksiin. Haasteena olikin motivoida työntekijät täyttämään lomake huolellisesti. Motivointi onnistui paremmin toisessa tiimissä, jossa aikaa oli varattu enemmän kyselyyn vastaamiseen. Toisessa tiimissä motivointi oli hankalampaa, sillä työntekijät olivat väsyneitä työpäivän jälkeen, mikä näkyi levottomuutena.

Olisi ollut ehkä parempi antaa vastaajille lomakkeet kotiin ja antaa esimerkiksi viikko aikaa vastata rauhassa. Tämä oli meillä ensin tarkoituksena, mutta tapaaminen palvelupäälliköiden kanssa toi esille sen, että työntekijöillä on työn puolesta niin paljon lomakkeiden ja kyselyiden täyttämistä, joten emme olisi ehkä saaneet vastauksia tarpeeksi takaisin. Tässä vaiheessa totesimme, että paras vaihtoehto on toteuttaa kyselyt niin, että saamme ne heti mukaan. Jälkikäteen mietittynä olisi tutkimuksen kannalta ollut parempi, jos tiimeille olisi ilmoitettu etukäteen, milloin kyselylomakkeiden täyttö toteutetaan ja mikä sen tarkoitus on. Tämä olisi antanut vastaajille aikaa miettiä aihetta jo valmiiksi. Toisaalta spontaani vastaaminen toi ehkä yksilölliset ja aidot näkemykset esille, koska vastaajat eivät voineet miettiä keskenään kysymyksiä ja mahdollisia toivottavia vastauksia.

Aineiston käsittelimme manuaalisesti, koska kyselylomakkeessa oli paljon avoimia kysymyksiä ja otos (36 lomaketta) oli sopivan kokoinen kahden ihmisen käsiteltäväksi. Kyselylomakkeessa olevat strukturoidut kohdat esitimme taulukoin, koska se helpotti tulosten analysointia ja esittämistä. Koimme, että taulukot helpottivat omaa työtämme ja selkeyttivät tutkimustuloksiin tutustumista.

Haastavinta oli käsitellä avoimet kohdat ja välttää sitä, ettemme tekisi virheellisiä tulkintoja. Tämän välttämiseksi luokittelimme vastaukset mahdollisimman laajasti eli olimme hyvin tarkkoja siitä, ettemme yhdistäneet erilaisia mainintoja liian helposti samankaltaisiksi. Tämän takia tulosten esittelyssä olemme tuoneet selkeästi esille tulokset ilman johtopäätöksiä ja tulkintoja. Olemme tulosten esittelyssä tuoneet esille kaikki erilaiset vastaukset, mitä tuli kyselylomak-

keissa esille. Luokittelun teimme kyllä selvissä tapauksissa, mutta vältimme omaa tulkintaa erilaisten vastausten kohdalla.

Johtopäätöksissä olemme pyrkineet tuomaan perustelut pohjaten joko teoriaan tai työntekijöiden antamiin vastauksiin. Tämä tekee johtopäätöksistä asianmukaisia ja luotettavia. On kuitenkin huomattava, että emme ole löytäneet aikaisempaa tutkimusta, jossa olisi tutkittu kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä ikääntyneiden yksinäisyydestä ja valmiuksista kohdata yksinäinen asiakas. Tämän takia aikaisempiin tuloksiin vertaaminen oli mahdotonta. Ikääntyneiden yksinäisyyttä on kuitenkin tutkittu paljon subjektiivisena kokemuksena, joten tällaisia tutkimuksia ja niiden tuloksia olemme pystyneet hyödyntämään.

Tulosten ja teorian yhteys nousi esille monessa kohtaa ja tulokset tukivatkin aikaisempia tutkimuksia ja teoriaa. Tämän perusteella voimme olettaa, että tutkimuksemme on pätevä. Tutkimuksessamme yksinäisyyttä ei ole tutkittu asiakkaiden näkökulmasta eli subjektiivisesta kokemuksesta. Tutkimus kohdentuu työntekijöiden *näkemyksiin ja kokemuksiin*, jotka ovat yksilöllisiä asioita.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut kummankin ammatti-identiteettiä ja auttanut meitä syventämään sosiokulttuurisen työn osaamista. Kumpikin oli jo entuudestaan kiinnostunut vanhustyöstä, joten oli mielenkiintoista syventyä itseämme kiinnostavaan aiheeseen. Opinnäytetyötä tehdessä on esille nousut paljon uusia keskustelun aiheita ja näkökulmia, mitkä ovat vahvistaneet tunnetta omasta sosiaalialan osaamisesta ja tukeneet sen kehittymistä. Työn toteuttaminen on myös syventänyt tietoutta ja erityisosaamista vanhustyössä. Uskomme, että vanhustyössä tullaan tarvitsemaan erikoistunutta sosiokulttuurisen vanhustyön osaamista, joten koemme, että osaamisellamme tulee olemaan tulevaisuudessa kysyntää.

## LÄHTEET

- Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto K. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ahvenainen, E. 2006. Palvelupäällikkö, Jyväskylän kotihoito. Luento Jyväskylän ammattikorkeakoulussa 7.12.2006.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa vanhuuden voimavarat. Toim. M. Heikkinen & M. Marin. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. p., osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, H., Häggman-Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen- katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1, 12 - 21.
- Ikonen, E. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Kaunisto, M. 2006. Kotihoidon hallintokokeilu. Kuntatiedon keskus. Artikkelijulk. 11.1.2006. Viitattu 17.12.2007. [Http://www.kunnat.net](http://www.kunnat.net), Sosiaali- ja terveys, Vanhusten palvelut.
- Kaunisto, M. 2003. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma. Kuntatiedon keskus. Artikkelijulk. 30.4.2004. Viitattu 18.12.2007. <http://www.kunnat.net>, Sosiaali- ja terveys, Vanhusten palvelut.
- Kivelä, S. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Koskinen S. 2006. Ikäihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. Esitelmä. Vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa (VakkaVerkostoon) Tampereella 1.9.2006. Viitattu 19.12.2007. [Http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus](http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus), Tiivistelmät.
- Koskinen S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Tulevaisuusselontein liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 25 - 90.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Lumme-Sandt, K. 2007. Hommia uudelle eduskunnalle. Gerontologia 1, 1.

Marin, M. 2002. Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa Vanhuuden voimavarat. Toim. E. Heikkinen & M. Marin. Helsinki: Tammi.

Merikanto, T. 2007. Vanhukset ja media. Vanhustyö 5, 10 - 13.

Mäkinen, A. 2007. Vanhusten yksinäisyys. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verson luentomateriaalit. Vanhuspalvelujen seminaarisarja. [Http://verso.palmenia.helsinki.fi/kirjasto](http://verso.palmenia.helsinki.fi/kirjasto), Luentomateriaalit.

Nykänen, E. 2007. Vanhusten kotihoitoon tarvitaan lisää käsiä. Kotihoidon ammattilaiset 3, 14.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys - haaste hoitotyölle. Teoksessa Laatu vanhustyöhön. Toim. E. Noppari & P. Koistinen. Helsinki: Tammi, 19 - 35.

Rajaniemi, J. 2006. Arkea tukevat verkostot - ikääntyneiden kokemuksia arjen sujumisesta. Gerontologia 4, 169 - 181.

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä - avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2004/1428

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 5/2008. Ministeri Risikko: Ikääntyneiden kotihoidon oltava ennakoivampaa ja monipuolisempaa. Viitattu 20.1.2008. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), Tiedotteet, 2008.

Seppänen, M. 2006. Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: Yliopistopaino.

Tedre, S. 2006. Asunnon vangit - ulospääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa Vääryyskirja. Toim. T. Helne & H. Laatu. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 161 - 169.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Tuominen, E. 2006. Vanhusten yksinäisyyttä hälvennetään yhteiskunnallisilla päätöksillä. Kotihoidon ammattilaiset 5, 13 - 14.
- Uittomäki, K. 2007. Vanhuksia ei nähdä potentiaalina vaan huollettavina. Vanhustenhuollon uudet tuulet 3-4/2007, 16 - 18.
- Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Tulevaisuusselontein liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 133 - 198.
- Vaarama, M., Hakkarainen A. & Laaksonen S. 1999. Vanhusbarometri 1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 3.
- Virnes, E. 2004. Ikääntyneen väestön hyvinvointi ja palvelut. Teoksessa Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 35 - 39.
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Stakes Raportteja 7.
- Voutilainen, P., Kauppinen, S., Heinola R., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Kattainen, E., Topo, P. & Andersson, S. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Toim. M. Heikkilä & T. Lahti. Helsinki: Stakes, 154 - 189.
- Wilson, R., Krueger, K., Arnold, S., Schneider, J., Kelly, J., Barnes, L., Tang, Y. & Bennett, D. 2007. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. Archives of General Psychiatry 2, 234 - 240.
- Wrede, S. & Henriksson, L. 2004. Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Hyvinvointityön ammatit. Toim. L. Henriksson & S. Wrede. Helsinki: Gaudeamus, 210 - 234.

# LIITTEET

## Liite 1. Opinnäytetyön yhteistyösopimus / Lupa-anomus

### OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

#### Opinnäytetyön aihe/nimi

Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä

#### Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksenamme on tutkia ikääntyneiden yksinäisyyttä kotihoidon/palvelun työntekijöiden kohtaamana ilmiönä, lisäksi tarkoituksena on selvittää millaisia ammatillisia valmiuksia kotihoidon työntekijöillä on kohdata yksinäisyyttä. Meitä kiinnostaa myös selvittää, millaisia menetelmiä ja keinoja työntekijöillä on käytössään tukea yksinäistä ikääntynyttä ja kokevatko työntekijät nämä riittäviksi. Yhtenä tutkimuksen tavoitteena on työn kehittämisen tarpeen arviointi ja kehittämismenetelmien pohtiminen. Tutkimuksella pyritään saamaan hyödyllistä tietoa työn kehittämiseen.

#### Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Työ on arvioitu olevan valmis helmikuuhun 2008 mennessä.

#### Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Sitoudumme toimimaan yhteistyössä Jyväskylän kaupungin kotihoidon kanssa kyselyn toteuttamisessa. Valmis raportti toimitetaan Jyväskylän kaupungille.

#### Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

21.9.2007

#### Ohjaava opettaja

Marja-Liisa Kokko

#### Opinnäytetyön yhteistyötaho

Jyväskylän kaupunki, kotihoito.

☒ Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

*Soini / kotihoidon lauantai*

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

*Kyösti / kotihoidon Rake Mäkelä*

☐ En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia

☐ ei

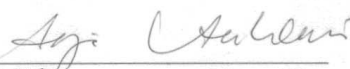
☒ kyllä, mitä

*SITOMUSLOMACE, tämän sopimuksen  
liitteiden*

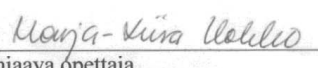
**Paikka ja aika**

7.11.2007

**Yhteistyötaho**

  
 MIRJA MIETTINEN  
 KEMIAN OPETTAJA  
 JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU


**Ohjaava opettaja**

  
 mirja-liisa.kokko@jamk.fi

**Paikka ja aika**

4.10.2007  
Jyväskylä

**Opinnäytetyön tekijä**



**Yhteystiedot**

Iiris Miettinen  
 iiris.miettinen.sso@jamk.fi  
 010-5928329

**Opinnäytetyön tekijä**



**Yhteystiedot**

Mirja Laukkanen  
 mirja.laukkanen.sso@jamk.fi  
 040-551847

## Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake kotihoidon työntekijöille

**Hei!**

Olemme sosionomiopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä”. Tällä kyselylomakkeella kartoitamme kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä yksinäisyydestä sekä heidän valmiuksiaan kohdata/tukea yksinäisiä asiakkaita. Tutkimuksen avulla pyrimme kokoamaan työntekijöiden näkemyksiä yksinäisyyden kohtaamisesta sekä tuomaan esille mahdollisia kehittämisalueita kotihoidossa.

**Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa tutkimusta.**

**Toivomme, että vastaat kysymyksiin avoimesti omien kokemuksiesi ja näkemyksiesi pohjalta. Kiitos kyselyyn osallistumisestasi!**

**Jos sinulle heräsi kysyttävää liittyen kyselyyn, voit ottaa meihin yhteyttä.**

**Terveisin: Mirja Laukkarinen (p. 040 -)**

**Iiris Miettinen (p. 040 -)**

Tässä on vielä kertauksen vuoksi yksinäisyyden määrittelyä.

- **Yksinäisyys on eri asia kuin yksin oleminen.**
- **Myönteinen / kielteinen yksinäisyys**

**Myönteinen:** vapaaehtoista, toivottavaa, rauhoittavaa, ei sitovaa, edellytys jaksamiselle ja luovuudelle

**Kielteinen:** pelottavaa, ahdistavaa, pakottavaa, kärsimystä aiheuttavaa, sitovaa, elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävää

- **Emotionaalinen yksinäisyys:** voi kokea, kun puuttuu erityinen, läheinen ihmissuhde (esimerkiksi puoliso)
- **Sosiaalinen yksinäisyys:** voi kokea silloin, kun kokee ulkopuolisuutta yhteisössä (esimerkiksi muut eri-ikäisiä) tai kun ei ole ystäviä



## Kysely kotihoidon työntekijöille

Vastaa rengastamalla oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus.

### TAUSTATIEDOT

1. Mies / Nainen

2. Ikä:    alle 20        20-30        31-40        41-50        yli 50

3. Kuinka pitkä työkokemus sinulla on kotihoidossa? \_\_\_\_\_ vuotta  
vanhustyössä? \_\_\_\_\_ vuotta

4. Mikä on koulutuksesi?

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| a. Kodinhoitaja     | b. Kotiavustaja               |
| c. Sairaanhoidaja   | d. Terveystenhoitaja          |
| e. Lähihoitaja      | f. Perushoitaja               |
| g. Sosionomi        | h. Sosiaaliohjaaja/kasvattaja |
| i. Muu, mikä? _____ |                               |

5. Työskenteletkö kotipalvelussa vai kotisairaanhoidossa?

### YKSINÄISYYDEN ESIINTYMINEN

6. Kuinka moni tämän hetkisistä asiakkaistasi kokee yksinäisyyttä oman arviosi mukaan?

- |                |                  |               |
|----------------|------------------|---------------|
| a. Ei yksikään | b. Harva         | c. Melko moni |
| d. Hyvin moni  | e. En osaa sanoa |               |

7. Millaista yksinäisyyttä mielestäsi esiintyy eniten? (Katso saatekirjeestä yksinäisyyden määritelmät.)

- a. Myönteistä
- b. Kielteistä
- c. Molempia yhtä paljon
- d. En osaa sanoa

8. Kuinka usein kohtaat työssäsi yksinäisyyttä?

Päivittäin      Viikoittain      Kuukausittain/harvemmin      En koskaan

9. Mitä tekijöitä yksinäisyyteen liittyy oman arviosi mukaan?

(Esimerkiksi puutteelliset sosiaaliset taidot, liikkumisen vaikeus, asuin-  
alue, leskeys, puutteelliset sosiaaliset suhteet, päihde- ja mielenterveys-  
ongelmat, elämänhistoria/elämänkulkuun liittyvät asiat, traumaattiset ko-  
kemukset sekä mahdolliset muut tekijät.) Anna mielestäsi kolme yleisintä  
tekijää.

---



---



---



---

10. Millä tavalla yksinäisyys ilmenee? (Mistä huomaat asiakkaan olevan  
yksinäinen?)

---



---



---



---



---

11. Minkälaisia tunteita/ajatuksia yksinäinen asiakas sinussa herättää?

---

---

---

## **TYÖMENETELMÄT**

12. Millaista apua/tukea yksinäiset asiakkaat mielestäsi tarvitsevat?

---

---

---

---

13. Miten voit auttaa/tukea yksinäistä asiakasta? (Millaisia keinoja/menetelmiä voit käyttää, esim. keskustelutaidot, kuuntelu, ajan antaminen, yhdessä tekeminen ym.)

---

---

---

---

14. Millaisiin palveluihin voit ohjata yksinäisen vanhuksen?

---

---

---

---

---

15. Mikä vaikeuttaa yksinäisyyteen puuttumista/yksinäisyyden vähentämistä omassa työssäsi? (Esim. aika, tiedon puute, puutteelliset työmenetelmät, työn luonne, asiakkaan oma suhtautuminen, palveluiden vähäisyys jne.)

---

---

---

---

16. Koetko, että työnkuvaasi kuuluu yksinäisyyteen puuttuminen?

Kyllä      Ei

Perustelu:

---

---

---

## **TYÖN KEHITTÄMINEN**

17. Millaisiksi koet omat ammatilliset valmiutesi kohdata/auttaa yksinäisiä asiakkaita?

Erittäin hyvät      Melko hyvät      Kohtalaiset      Melko huonot      Huonot

18. Koetko, että tarvitset lisäkoulutusta, että voisit paremmin puuttua yksinäisyyteen?      Kyllä      Ei

Jos vastasit kyllä, millaista koulutusta/tietoa tarvitsisit?

---

---

---

---

19. Millaisia palveluita pitäisi mielestäsi olla yksinäisille asiakkaille ja keiden pitäisi järjestää kyseiset palvelut?

---

---

---

---

---

20. Ympyröi korkeintaan kolme asiaa, jotka koet tärkeiksi kehittämiskohdeiksi oman työsi kannalta yksinäisyyden näkökulmasta.

- a. Asiakkaalle annettava aika
- b. Tiimin sisäiset yhteiset palaverit
- c. Yhteiset palaverit asiakkaan ja omaisten kanssa
- d. Koulutus
- e. Työnohjaus
- f. Palveluiden tunteminen
- g. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Vapaa sana. Jos kyselystä jäi jotain ajatuksia, mitä haluaisit kertoa liittyen yksinäisyyteen ja omaan työhösi, voit vapaasti kommentoida ja kirjoittaa ne tähän.

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTASI!**