

Hanna Korhonen, Taina Matero ja Eija Seppänen

”LIIKUTA IKÄIHMISTÄ”

- Ikäihmisen liikuttaminen kainuulaisissa yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä, työntekijöiden mielipiteitä

OPINNÄYTETYÖ

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyönkoulutusohjelma

Kevät 2009



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyönkoulutusohjelma
Tekijä(t) Hanna Korhonen, Taina Matero ja Eija Seppänen	
Työn nimi ”Liikuta ikäihmistä” - Ikäihmisen liikuttaminen kainuulaisissa yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä, työntekijöiden arvioimana	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Pitkäaikaispotilaan hoitotyö	Ohjaaja(t) Pirjo Leskinen & Rauni Leinonen Toimeksiantaja Materon Palvelukoti & RistiLepo Ky
Aika Kevät 2009	Sivumäärä ja liitteet 56 + 12
<p>Kainuussa viimeisen kymmenen vuoden aikana palveluasumisen määrä on kolminkertaistunut. Lisäksi vanhainkotihoitoa on korvattu tehostetulla palveluasumisella. Tehostetussa palveluasumisyksikössä asuva ikäihminen tarvitsee liikuntaa toimintakyvyn ylläpitämiseen ja omatoimisuuden säilyttämiseen.</p> <p>Opinnäytetyömme on deduktiivinen eli teorialähtöinen. Tutkimustehtävämme olivat: 1. Minkä verran kainuulaisissa yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktiivointia? 2. Mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä edistävät tai estävät ikäihmisten liikunnan järjestämistä?</p> <p>Opinnäytetyön aineiston keräsimme kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeen kysymykset laadimme tutkimustehtävien perusteella. Aineisto kerättiin lokakuussa 2008. Lomakkeet sisälsivät viisi taustakysymystä ja 11 monivalintakysymystä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Avoimia kysymyksiä oli neljä ja yksi lomake laadittiin Likert – asteikon muotoon. Kyselylomakkeet lähetimme kaikkiin (15) kainuulaisiin yksityisiin tehostetun palveluasumisen yksikköihin. Kyselylomakkeita palautettiin 11 yksiköstä, joten vastausprosentti oli 73,3 %.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään liikuntaa, mutta liikunta ei ole päivittäistä. Työntekijöiden mielipiteet ikäihmisten liikuttamiseen olivat pääasiassa positiiviset. Vastaajien koulutuksella tai työkokemuksella ei ole huomattavaa merkitystä liikuttamiseen.</p> <p>Mahdollinen jatkotutkimusaihe voisi olla, jossa ikäihmiset itse arvioisivat liikkumistaan tehostetussa palveluasumisessa.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Ikäihminen, toimintakyky, tehostettu palveluasuminen
Säilytyspaikka	X Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta X Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School School of Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Hanna Korhonen, Taina Matero & Eija Seppänen	
Title Exercise the Elderly – Physical exercising of the elderly in private high-dependency sheltered housing units in Kainuu, as assessed by employees	
Optional Professional Studies Long-term nursing	Instructor(s) Pirjo Leskinen & Rauni Leinonen
	Commissioned by Materon Palvelukoti & RistiLepo Ky
Date Spring 2009	Total Number of Pages and Appendices 56 + 12
<p>During the last ten years the amount of sheltered housing units has become threefold. Also residential care for aged people has been replaced with high dependency sheltered housing. An old person living in an high dependency sheltered housing unit needs physical exercise to maintain the ability to function and move independently. This thesis is deductive in other words it is based on theory. The research tasks were: 1. How exercise much does a private high dependency sheltered housing unit in Kainuu arrange for their patients (walking outside or doing physical exercises)? 2. Which factors have a facilitative or inhibitory effect on employees when it comes to arranging physical exercising for elderly people?</p> <p>The thesis was made with questionnaires the questions of which based on the research tasks. The material was collected in October 2008. The questionnaires enclosed five background questions and 11 multiple-choice questions, which had alternative answers already. There were also four open-ended questions and one chart (a Likert scale). The questionnaires were sent to all (15) private high dependency sheltered housing units in Kainuu. Eleven of the questionnaire were returned, so the response percentage was 73,3 %.</p> <p>The results show that there is physical exercising in those units, but exercising is not arranged on a daily basis. The employees` opinions were mainly positive. The education or the work experience of the employees does not seem to have a significant effect on attitudes.</p> <p>Possible follow-up research could include old people judging their exercising in intensive sheltered housing.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	elderly person, ability to function, high dependency sheltered housing
Deposited at	X Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences X Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 IKÄIHMISEN LIIKUTTAMINEN PALVELUASUMISESSA	2
2.1 Ikäihminen	2
2.2 Liikunnan toteuttaminen ikäihmiselle	4
2.3 Tehostettu palveluasuminen	8
3 TOIMINTAKYKY JA LIIKUNTAMUODOT	10
3.1 Toimintakyky	10
3.1.1 Ulkoliikunta kävellen	12
3.1.2 Vuodepotilaan aktivointi	13
3.1.3 Tuolijumppa	14
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1 Kyselylomakkeen laatiminen	18
5.2 Aineiston keruu	20
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi	22
6 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	25
6.1 Taustatiedot	25
6.2 Työntekijöiden mielipiteet ja tieto ikäihmisten liikuttamisesta	30
6.3 Työntekijöiden mielipide koulutustarpeesta	37
6.4 Tehostetun asumispalveluyksiköiden työntekijöiden mielipiteitä vanhuuteen, fyysiseen harjoittamiseen ja liikkumiseen liittyen	38
6.5 Tutkimustulosten ja johtopäätösten pohdintaa	44
7 POHDINTA	47
7.1 Luotettavuus	47
7.1.1 Validiteetti	48
7.1.2 Reliaabelius	49

7.2 Eettisyys	50
7.3 Yleinen pohdinta	52

LÄHTEET	54
---------	----

LIITTEET

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen on tänä päivänä suuri haaste Suomessa. Ihmisten ikääntyminen on nopeaa niin Kainuussa kuin koko Suomessa. Pääosa ikääntyvistä haluaa asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Kuitenkin viimeisen kymmenen vuoden aikana kodinhoitoavun absoluuttinen asiakasmäärä on vähentynyt yli 30 %. Toisaalta laitospäivien hoidon ja palvelun asiakasmäärä on kasvanut noin 15 % viimeisen kymmenen vuoden aikana. Nimenomaan palveluasumisen määrä ko. aikana on kolminkertaistunut. Lisäksi vanhainkotihoitoa on korvattu tehostetulla palveluasumisella (Kainuun Liitto, Kainuun hyvinvointistrategia vuoteen 2006.) Vuoden 2006 lopussa vanhainkodissa asuvien asukkaiden määrä oli 2 % vähemmän kuin edellisellä vuonna. Sen sijaan tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä jatkoi kasvuaan, jolloin vuoden lopussa oli lisäystä 13 % edelliseen vuoteen verrattuna. (Stakes, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2006.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa, miten kainuulaisissa yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä toteutetaan liikuntaa. Erityisesti haluamme kartoittaa ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia. Vuodepotilaan aktivointi on tärkeää, koska tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidetaan tulevaisuudessa yhä enemmän vuoteissa olevia asukkaita.

Toimeksiantajina ovat Materon palvelukoti ja RistiLepo Ky. Toimeksiantajat haluavat yleisesti selvittää miten muissa kainuulaisissa yksityisissä hoivakodeissa järjestetään liikuntaa. Yritykset hyödyntävät opinnäytetyötä kehittämällä sen avulla hoivakodeissa kävellen tapahtuvaa ulkoliikuntaa, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia. Opinnäytetyön avulla toivomme saavamme lisätyötä positiivista näkemystä liikunnan järjestämistä kohtaan, huomaamaan sen hyödyt ja lisäämään sitä päivittäiseen toimintaan. Opinnäytetyöhön hankitaan tietoa kirjallisuudesta, eri tutkimuksista ja internetistä.

Elina Karvisen tutkimusten mukaan (1998 ja 2000) liikuntaa ei järjestetä riittävästi ja se johtuu paljolti työntekijöiden asenteesta eikä niinkään kiireestä, mikä on yleinen selitys liikunnan vähäisyydelle. Omat näkemyksemme ovat samansuuntaisia.

Sairaanhoitajan näkökulmasta tänä päivänä ennaltaehkäisevä hoitotyö korostuu ikäihmisten hoidossa. Ikäihmiset ovat monisairaita, joten liikunta ennaltaehkäisee sairauksien pahenemista ja toimintakyvyn heikkenemistä.

2 IKÄIHMISEN LIIKUTTAMINEN PALVELUASUMISESSA

Liikkuminen on perusedellytys itsenäiselle toimimiselle arkielämässä. Fyysistä kuormittavuutta ja harjoitusvaikutuksia koskevissa tutkimuksissa on löydetty positiivisia yhteyksiä liikkumiskyvyn ja päivittäisestä elämäntilanteesta selviytymisen välillä. Liikuntaharjoittelun avulla liikkumiskyvyn edellytyksiä on voitu parantaa vielä hyvinkin iäkkäinä. (Hirvensalo 2002, 10.) Liikunta on tärkeää jokaiselle. Ikäihmisille liikunta on tärkeää, koska sillä on monia terveydellisiä vaikutuksia. Liikunta ylläpitää myös toimintakykyä ja pitää mielen virkeänä. Ikäihmisille tämä tarkoittaa kykyä huolehtia jokapäiväisistä askareista, pidempää elämää ja sosiaalisia kontakteja. Yhteiskunnan tulisi siis pitää huolta siitä että ikäihmisillä on mahdollista liikkua. (Hakala 2006, 1.)

2.1 Ikäihminen

Vanha, vanhempi, vanhus – vai varttunut, seniori, aikuinen, ikäihminen? Niin kuin sanotaan rakkaalla lapsella on monta nimeä. Kuitenkin kysymys on siitä vaiheesta, jossa pitempi osa elämää on menossa kuin tulossa. (Krons 2003, 13.)

Väestön ikääntyminen tapahtuu Suomessa kuten muissakin maissa monella tasolla. Suomalaisen aritmeettinen keski – ikä nousee, elinajan odote eli keskimääräinen elinaika kasvaa ja yli 65 – vuotiaiden osuus lisääntyy. Suhteellisesti eniten lisääntyy hyvin vanhojen eli yli 80 – vuotiaiden osuus. Työikäisten ja ikääntyneiden välinen suhde muuttuu ja esiintyy huomattavia alueellisia eroja ikääntymisessä. Suomessa väestöllinen ikääntyminen on ollut 15 EU – maan keskitasoa. Tästä eteenpäin Suomi kuuluu kuitenkin kolmen nopeimmin vanhenevan EU – maan joukkoon. (Tulva, Uusitalo & Harra 2007, 19.)

Kainuussa vuodelle 2006 laaditun väestöennusteen mukaan yli 80-vuotiaiden määrä kasvaa nykyisestä 2997 kainuulaisesta ikäihmisestä 3727 ja vuoteen 2010 mennessä 4432. Yli 80-vuotiaiden määrä lisääntyy siten vuoteen 2010 mennessä 1435 ihmisellä. Ikääntyneiden määrän kasvaessa myös dementoituneiden määrä kasvaa. Myös Kainuussa palveluiden tarve tulee lisääntymään, kun nimenomaan yli 80-vuotiaiden määrä tulee kasvamaan tulevina vuosina. (Kainuun liitto: Kainuun hyvinvointistrategia, 2006.) Stakes:n Suomen virallisen tilaston mu-

kaan vuoden 2005 lopussa 75 vuotta täyttäneistä kainuulaisista asui ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa 7,6 %.

Heikkisen ja Marin (2002, 7) mukaan elinajan pitenemisen myötä vanhuuden elämänvaihe on tullut mahdolliseksi yhä useammalle ihmiselle. Iäkkäiden väestöryhmien koko on kasvanut ja samalla kyseessä on ajallisesti pitenevä elämänvaihe ihmisen elämänsä aikana. Tulevaisuudessa keskellämme on yhä enemmän vanhoja ihmisiä. Koska vanhuus on luonteeltaan moniulotteinen asia, ei vanhuuden alkamisajankohdasta helposti saavuteta yksimielisyyttä. Vanhuus on joidenkin mielestä enemmänkin tunnetila. Ihminen on vanha silloin, kun hän tuntee itsensä vanhaksi.

Ikä ja sukupuoli määrittelevät olennaisesti yksilön yhteiskunnallista paikkaa. Iän määrittämiin elämänvaiheisiin liittyy erilaisia sosiaalisia odotuksia ja yhteiskunnallista säätelyä, joka kohdistuu miehiin ja naisiin eri tavalla. Myös kokemus itsestä muuttuu ikääntymisen myötä. Ikä on osa elämäämme ja ruumistamme aivan samoin kuin sukupuoli. Vanhenemisen alkamisajankohtaa emme voi yleensä määrittää. Kulttuurista ajankohtaa voidaan etsiä sieltä, missä tietyn ikäiselle tai hänen omista käsityksistään tai kokemuksistaan huolimatta aletaan antaa vanhenemismääritteitä. Naisilla tätä tapahtuu aikaisemmin kuin miehillä, selvästi ennen eläkeikää. Ikääntymisessä pelätään vanhuuden tuomia sosiaalisia ja fyysisiä rajoituksia, elämänpiirin kapenemista ja muiden taakkana tai vaivana olemista, joista viimeksi mainittu on erityisesti naisten pelko. (Kangas & Nikander 1999, 7 – 9.)

Yleensä suurten ikäluokkien ikääntyessä on alettu puhua kolmannesta iästä, joka edeltää vanhuutta. Tähän kolmanteen ikävaiheeseen kuuluvat 55 - 75-vuotiaat. Yhä useampi alkaa noin 55-vuotiaana odottaa jo eläkevuosiaan ja miettiä, mitä haluaa eläkkeellä tehdä. Elintason noususta johtuen tämän ikäluokan ihmiset ovat keskimäärin terveitä. Ulkonäkö paljastaa ikääntymisemme. Hiukset harmaantuvat ja harvenevat, iho on rypistynyt ja lihakset näyttävät veltoimmilta. Toiset lihovat ja toiset laihtuvat. On ruuansulatusvaivoja, suoli väsyä, univaikeuksia, aamukankeutta, aistit eivät ole entisensä, reaktiokyky heikkenee, seksuaalinen vireys, kyky ja halukkuus muuttuvat. Liikkuminen vaikeutuu. Nämä ovat pieniä vaivoja pitkäaikais-sairauksien rinnalla. Kaikki me katsomme peiliin nähdäksemme, miltä näytämme kasvoiltamme ja kokovartalokuvaltamme. Näkemämme kuva ei aina ehkä miellytä. Kuitenkin oman nahkansa sisällä pitää olla kotonaan ikääntyessäänkin. On tärkeää nähdä olevansa hyvässä iässä, nähdä sen hyvät puolet ja rajoitukset. Ikääntymistä on opittava arvostamaan niin, että se nähdään voimavarana ja elämään kuuluvana asiana. (Ijäs 2006, 14 -15, 112.)

Vanheneminen voidaan luokitella esimerkiksi normaaliksi ja sairauksien aiheuttamaksi. Tavanomaisessa vanhenemisessä ikään liittyvät muutokset vastaavat väestössä keskimäärin tapahtuvia eivätkä ne liity sairauksiin. Elimistössä tapahtuu biologisia ja fysiologisia muutoksia, jotka vähentävät sen suoritus-, sopeutumis- ja vastustuskykyä. Niiden ilmenemiseen vaikuttavat perinnölliset tekijät ja elämän kuluessa solu- ja molekyylyllisellä kertyvät vauriot ja kuluminen. (Fogelholm, Vuori toim. UKK - instituutti 2005, 171.)

2.2 Liikunnan toteuttaminen ikäihmiselle

Hakalan (2006, 24) mukaan liikunnan harrastaminen voidaan nähdä yhtenä aktiivista vanhenemista edistävänä tekijänä. Varsinkin liikunnan terveydelliset vaikutukset ovat ikäihmisille tärkeitä, jotta he pysyvät ja voivat pysyä aktiivisina elämän loppupuolelle asti. Tutkimuksen mukaan fyysinen aktiivisuus vähentää ikäihmisillä riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen ja syöpään. Liikunnan harrastaminen ehkäisee myös luukatoa ja masennusta. Näin ollen ikäihmisille liikunnan harrastaminen on erityisen tärkeää, jotta he pysyvät toimintakykyisinä mahdollisimman pitkään.

Kivinummen (2006, 1) mukaan heikentynyt liikuntakyky ennustaa kuolleisuutta ja avutarvetta ikääntyneillä henkilöillä. Esimerkiksi Ikivihreät - projektiin liittyvässä tutkimuksessa todettiin 65 - 84-vuotiailla heikentyneen liikuntakyvyn ja passiivisen elämäntyylin kohottavan suhteellista kuolemanriskiä kolminkertaiseksi verrattuna aktiivisiin henkilöihin, joilla ei ollut ongelmia liikuntakyvyssä. Myös avuntarve kasvoi liikuntakyvyn ongelmien ja vähäisen liikkumisen myötä. Fyysinen aktiivisuus, esimerkiksi kävely tai muu kodin ulkopuolella tapahtuva liikuntamuoto hengästymiseen ja hikoiluun asti useammin kuin kaksi kertaa viikossa, näytti vähentävän kuolemanriskiä ja avutarvetta myös henkilöillä, joilla oli jo liikuntakyvyn ongelmia. Liikunnan esteet voivat olla yksilöllisiä, ympäristöstä johtuvia, yhteisöstä tai yhteiskunnasta tulevia sekä sosiaalisia esteitä. Iäkkäiden merkittävimmit esteiksi muodostuivat terveydentila, sairaudet, kaatuminen tai loukkaantumisen pelko sekä liikuntakaverin puute.

Kävelylenkkeily on yleisin liikuntaharrastus. Miehet olivat liikunnallisesti naisia aktiivisempia ja harrastivat monipuolisemmin eri lajeja. Liikkumisvaikeudet ennustivat lisääntyvää kuoleisuusriskiä ja avuntarpeen lisääntymistä. Aktiivinen liikunnanharrastus oli yhteydessä aikaisempaan kuoleisuusriskiin ja vähäisempään avuntarpeeseen erityisesti niiden henkilöiden

keskuudessa, joilla oli liikkumisvaikeuksia. Iäkkäiden henkilöiden liikuntaharrastuksen esteitä tulee pyrkiä poistamaan, jotta he voivat käyttää kaikki mahdollisuudet aktiivisuutensa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Liikkumisessa voidaan käyttää apuna työntekijän lisäksi monia eri apuvälineitä; kävelykeppejä, kyynärsauvoja, rollaattoria ja kävelytelinettä. Näillä mahdollistetaan turvallinen kävely liikkumisvaikeuksista ja huonosta tasapainosta huolimatta. (Hirvensalo 1998, 2; Squires 1996, 217.)

Kauhajärven dementoituneita koskevassa tutkimuksessa on todettu, että dementoituneilla tulisi olla mahdollisuus jokapäiväiseen liikunnalliseen harrastukseen, sillä hyvä yleiskunto lisää hyvinvointia ja vähentää sairauden aiheuttamia haittoja. Liikunnallinen kuntoutus parantaa ja auttaa ylläpitämään niitä jäljellä olevia taitoja, joita dementoituneella on. Turvallisten liikuntamahdollisuuksien luominen on tärkeää myös siksi, että vähäisen liikunnan on todettu olevan yhteydessä käytösoireiden lisääntymiseen. (Kauhajärvi 2005, Pirttilän 2004, 15 mukaan.)

Karvisen tutkimuksessa henkilökunnalle oli annettu ohjausta ja koulutusta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta uusi työtapojaan sisällyttämällä hoitotyöhön asukkaiden kävelyttämistä sekä liikuntaryhmien ja yksilöliikunnan ohjausta. Suhtautuminen asukkaiden fyysiseen aktiivisuuteen muuttui myönteisemmäksi. Toimintakokeilu osoitti että perinteinen hoitomalli ei riitä tyydyttämään vanhusten fyysisen aktiivisuuden tarpeita. Johtopäätös tutkimuksessa oli, että asukkaiden passiivisuus oli seurausta työntekijöiden perinteisistä hoitokäytännöistä. Tämän lisäksi vanhusten toimintakyvyn vaihtelun vuoksi on tärkeää panostaa vanhusten päivittäisten liikkumismahdollisuuksien lisäämiseen. (Karvinen 2000, 1.)

Kivinummen (2007, 3-4) mukaan sosioekonomiseen asemaan liittyen vähäinen koulutustaso heikentää useimmiten liikunta-aktiivisuutta. Ikääntynyt ihminen ei välttämättä ymmärrä annettuja liikuntaohjeita tai perusteluja siitä, miksi hänen pitäisi liikkua. Toisaalta liikunnan esteenä ovat ikärasismiin verrattavat normatiiviset käsitykset, joiden mukaan liikunnan harrastamista pidetään vanhalle ihmiselle sopimattomana käytöksenä. Yksin asuminen ja sosiaalinen eristyneisyys estävät liikunnan harrastamista.

Terveys koetaan erittäin tärkeäksi liikuntamotiiviksi. Varsinkin ikääntyvillä henkilöillä terveys merkitsee paljon liikunnan harrastuksen perusteluna hyvän olon ja virkistykseellisen tavoitteiden ohella. Varsinkin terveismotiivit liittyvät usein hartiaseudulla esiintyvien kiputilojen

poistamiseen. Liikunta saatetaan kokea myös tärkeäksi hoitomuodoksi tietyissä taudeissa kuten diabeteksessa, verenpaineen tai selän kiputilojen hoidossa. Osalle tutkituista näyttää terveysmotivaatio merkitsevän nimenomaan mielenterveyttä. Motiiveina tärkeimmät liikunta- muodot ovat luonnossa liikkuminen, kotivoimistelu ja kävely. (Hirvensalo 2002, 16.)

Sairauksista esimerkiksi muistihäiriö aiheuttaa sitä, että henkilö ei ymmärrä itse liikkumisen tarpeellisuutta. Masennus ja negatiiviset asenteet liikuntaa kohtaan ohittavat iäkkäiden ihmisten käsitykset liikunnan terveellisyydestä ja siten vähentävät liikunnan harrastamista. Suomalainen terveydenhoito voi estää iäkkäiden ihmisten liikunnan harrastamista keskittymällä sairauksien hoitoon ennaltaehkäisyyn ja kuntoutuksen kustannuksella. Myös perheen ja ystävien varoitukset ja pelottelut liikunnan vaaroista, liikunnan vaikutusten vähättely ja iäkkään henkilön liikuntakyvyn aliarvioiminen ehkäisevät liikunnan harrastamista (Kivinummi 2007, 4–6.)

Karvisen (2000, 1) mukaan vanhainkodeissa ja myös palvelukodeissa asuvat ihmiset ovat iäkkäitä ja heidän toimintakykynsä on heikko. Erityisesti liikkuminen tuottaa ongelmia. Liikuntakyky liittyy kiinteästi iäkkäiden ihmisten arjessa selviytymiseen, autonomiaan ja elämän laatuun. Liikuntakyky heikkenee iän myötä, mutta vanhenemisen ja sairauksien ohella syynä on usein myös fyysisen aktiivisuuden puute. Liikuntakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa raihnaisessakin vanhuudessa säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella. Fyysinen aktiivisuus voi olla päivittäistä liikuntaharrastusta tai kuntoutumistarkoituksessa toteutuvaa liikuntaa. Se voi olla myös arkeen sisältyvää toimeliaisuutta silloin kun ihminen vielä kykenee osallistumaan päivittäisiin askareisiin. Suurin osa suomalaisista iäkkäistä pitää fyysistä aktiivisuutta tärkeänä elämänsisältönä. Tutkimuksen mukaan fyysisen aktiivisuuden osuus elämässä vähenee ihmisellä silloin, kun hän siirtyy vanhainkotiin.

Henkilöstön on oltava aktiivinen myös siksi, että sairaudet heikentävät liikunta- ja toimintakykyä estäen useimmilla ikääntyneillä ihmisillä liikunnan harrastamista yksinään. Useat tutkimustulokset osoittavat liikunta-aktiivisuuden vähentyvän sairauksien ja niistä aiheutuvien oireiden myötä. Liikuntakykyä haittaava sairaus, kuten esimerkiksi astma, aivohalvaus, diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaus lisäsi kuolemanriskiä aktiivisesti liikkuvilla kaksinkertaiseksi, mutta passiivisilla kolminkertaiseksi verrattuna liikuntakyvyltään aktiivisiin ja terveisiin ikääntyneisiin henkilöihin. Sairauksiin läheisesti liittyvät kaatumisen ja loukkaantumisen pelot estävät iäkkäiden ihmisten liikuntaa. (Kivinummi 2007, 11–12.)

Karvinen (2000, 6) mainitsee, että voimassa olevat asetukset korostavat laitoshoidon tavoitteena turvallisuutta, virikkeellisyttä sekä vanhusten mahdollisuutta kuntoutua. Tavoitteisen liikunnan toteutumiselle on ollut esteitä esimerkiksi se, että henkilöstörakenne ja hoitohenkilökunnan peruskoulutus ovat olleet puutteellisia kuntoutumisen ja virikkeellisyyden näkökulmasta. Liikuntakyvyn ja liikuntamahdollisuuksien säilymisellä on olennainen merkitys ihmisen autonomialle ja elämänlaadulle. Tarkasteltaessa fyysisen aktiivisuuden osuutta toimintakyvyn säilymisessä on tärkeää sisällyttää siihen sekä päivittäisten toimintojen yhteydessä saatu fyysinen harjoitus, liikuntaharrastus että liikunnallinen kuntoutus. Fyysiseen aktiivisuuteen yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää, sillä inaktiivisuutta pidetään vanhenemisen ja sairauksien ohella keskeisenä fyysistä toimintakykyä heikentävänä tekijänä. Niitä osa-alueita, jotka ovat heikentyneet harjoittelun puutteesta, voidaan edistää fyysisen aktiivisuuden ja kuntoutuksen keinoin, eikä edes aiempi liikuntaharrastus näytä olevan kuntoutuksen edellytys. Fyysisen aktiivisuuden myönteiset vaikutukset yleisemminkin terveyteen, kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon ovat moninaiset.

Vanhuksella liikunnallisten interventioiden ongelma on harjoitusvaikutusten suhteellisen nopea häviäminen toiminnan loppumisen jälkeen. Siitä syystä liikuntaharrastus, joka takaa toiminnan jatkuvuuden, on iäkkäille ihmisille merkittävä mahdollisuus ylläpitää fyysistä toimintakykyään. Fyysinen aktiivisuus on tärkeä iäkkään ihmisen terveyden osatekijä, koska sen avulla voidaan vielä raihnaisessakin vanhuudessa parantaa toimintakykyä. Ikivihreät - projektin tutkimuksen mukaan yhtenä laitoksissa asuvien vanhusten liikuntaharrastusten esteenä on avun puute ja henkilökunnalta toivottiinkin enemmän tukea liikkumisessa. Suurin osa asukkaista oli sitä mieltä, että liikunta sopii iäkkäille ihmisille ja se lisäsi hyvän olon tunnetta ja liikuntaa toivottiin lisää. (Karvinen 2000, 7–17.)

Karvinen (2000, 19) mainitsee, että saman tutkimuksen mukaan päivä laitoksissa kuluu olemisen, katselemisen, nukkumisen, syömisen ja perushoitoon liittyvien toimintojen merkeissä. Asukkaiden sosiaaliset suhteet ja kontaktit päivittäisessä elämässä ovat vähäisiä. Näytti siltä, että laitoksiin muuttaminen vähentää usein vanhuksen fyysistä aktiivisuutta siitä huolimatta, että asukkaat suhtautuvat myönteisesti liikuntaan. Liikunnan merkitystä korostavan tutkimustiedon valossa joudutaan miettimään, miten vanhusten fyysinen aktiivisuus laitoksissa säilyisi vähintään samalla tasolla kuin kotona ja kuntoutumisen periaatteen mukaan jopa lisääntyisi. Mielekäs elämä lisää fyysistä aktiivisuutta, mutta yhtäläillä fyysinen aktiivisuus voi lisätä elämän mielekkyyttä. Asukkaiden myönteinen suhtautuminen liikuntaan puoltaa liikuntamah-

dollisuuksien lisäämistä niin arjen osana kuin erityisinä kuntoutus- ja liikuntapalveluina. Laitoksissa työtä tehdään niin rutiininomaisesti ennalta määrättyjen aikataulujen mukaan, että vanhusten yksilölliset tarpeet jäävät ottamatta huomioon. Tästä syystä vanhukset pidemminkin passivoituvat laitoksissa kuin kuntoutuvat.

Perinteiseen hoitoon kuuluu mm. vanhuksen puolesta tekeminen ja vanhuksen turvallisuuden ylikorostaminen. Liikkumisen suhteen suuri pelko on yleensä vanhuksen kaatuminen, jota perinteisesti pyritään estämällä liikuntaa ja käyttämällä fyysisiä pakotteita kuten sitominen. Toimintatapa johtaa tasapainon heikentymiseen ja yhä suurempaan kaatumisriskiin. Nykytiedon mukaan kaatumisen ehkäisyyn kuuluu olennaisena liikkumiskyvyn ylläpito. Esimerkiksi Helsingin sairaaloiden pitkäaikaishoitoa koskevassa selvityksessä omaiset kritisivat voimakkaasti osastojen makuuttavaa ilmapiiriä sekä sitä, että ulkoilua ja kävelyttämistä sisältyi vanhusten päivään aivan liian vähän. Omaiset nostivat esiin kuntouttavan hoidon puutteen, jonka syiksi nähtiin mm. henkilökunnan asenteet ja tiedon puute. Vanhuksille toivottiin aktiivisempaa ja virikkeellisempää hoitoa. Joissakin kyselyissä myös hoitajat halusivat lisää liikuntaa vanhuksille. Kauhajärven tutkimuksen tulokset osoittivat, että dementoituneiden liikkumisen osa-alue toteutui huonosti sekä omaisten että hoitajien arvioimana. Heidän tuloksissaan vain 5 % hoitajista vastasi vanhuksen päässeen ulkoilemaan säännöllisesti. Myös omaiset olivat tyytymättömiä vanhusten ulkoilumahdollisuuksiin. Suurin osa hoitajista vastasi että asukkaat pääsevät ”harvoin” ulkoilemaan säännöllisesti tai silloin kun he haluavat. (Karvinen 2000, 21; Kauhajärvi 2005, 43.)

Liikuntaa on alettu korostaa vanhustyön uutena sisältönä. Vanhuspoliittisen tavoite ja strategiatoimikunnan mietintö suosittelee, että liikunnan tulee saada suurempi merkitys vanhuspolitiikan ja vanhustyön alueena. Sen mukaan kaikilla iäkkäillä ihmisillä tulee asuinpaikasta riippumatta olla päivittäinen mahdollisuus kuntouttavaan ja virkistykselliseen liikuntaan. Erityisesti mainitaan liikunnan lisäämisen vanhainkotien ja päiväkeskusten päivittäiseen toimintaan. (Karvinen 2000, 22.)

2.3 Tehostettu palveluasuminen

Palveluasuminen on lakisääteistä sosiaalipalvelua ja sillä pyritään vähentämään pitkäaikaista laitoshoidon. Vanhusten palveluasumisen tavoitteena on, että jatkuvaa apua ja tukea tarvitse-

vat vanhukset pystyisivät asumaan mahdollisimman itsenäisesti. Palveluasuminen on vuokrasuhteeseen perustuvaa asumista hoito- ja hoivapalvelujen tukemana, mitkä määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Palveluasumisessa asiakkaan yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus korostuu paremmin kuin laitoshoidossa. (stakes.fi.)

Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen on asumismuoto, jolla järjestetään vanhuksen asuminen asunnossa, jossa henkilökunta on käytössä ympäri vuorokauden. Palveluasumiseen kuuluu asunnon lisäksi sellaiset asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaalle päivittäiselle suoriutumiselle. (sosiaaliportti.fi.)

Suomessa ollaan hyvin yleisesti sitä mieltä, että laitospaikkojen suhteellista määrää pitää ja voidaan pienentää. Halutaan muutosta Laitos – Suomesta kohti Koti – Suomea. Tavoite on monella tavalla hyvä. Esille nousee kuitenkin joitakin kysymyksiä: Miten yhteiskunta tähän kykenee? Mitä tilalle? Miten työvoima riittää? Kuka maksaa? Valtakunnalliset suositukset ovat jo osin vanhentuneet. On esimerkiksi asetettu tavoitteeksi, että vanhustenhuollon laitospaikkoja saa olla enintään 7 % suhteessa 75 vuotta täyttäneiden määrään. Tällä hetkellä ikäryhmä 85+ käyttää noin neljä kertaa enemmän laitoshoidoa henkilöä kohti vuodessa kuin ikäryhmä 75 – 84 – vuotiaat. Eri kunnissa näiden ikäryhmien kasvuvauhti on hyvinkin erilainen. (Sonkin, Petäkoski-Hult, Rönkä & Södergård 2001, 7.)

3 TOIMINTAKYKY JA LIIKUNTAMUODOT

Tässä opinnäytetyössä toimintakyvyllä tarkoitetaan pääasiassa fyysistä toimintakykyä. Ikäihmisen liikuttaminen ennaltaehkäisee toimintakyvyn heikkenemistä. Ulkoliikunta kävellen, tuolijumppa ja vuodepotilaan aktivointi ovat helpoimmin toteutettavia liikuntamuotoja.

3.1 Toimintakyky

Helin (2000, 15) mainitsee toimintakyvyllä tarkoitettavan yleisesti yksilön käytännön mahdollisuuksia ja edellytyksiä suoriutua ja selviytyä erilaisista tehtävistä ja haasteista. Monesti kirjallisuudessa toimintakykyä käytetään eräänlaisena yleiskäsitteenä määrittelemättä sen tarkemmin käsitteen sisältöä, kompleksisuutta ja mahdollisesti käytettyjen arviointimittareiden tarkoitusperää.

Tulevina vuosina ikääntyneen väestön määrä tulee kasvamaan Suomessa. Ikääntymiseen liittyy sairauksien lisäksi myös alentunut fyysinen suorituskyky. Hyvä fyysinen suorituskyky on lähes suorassa suhteessa liikunnan harrastajien määrään. Liikunta on tärkeä terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäjä sekä sairauksien ennaltaehkäisijä. (Suominen, Kannus, Käyhty, Ahvo, Rahikainen, Kaikkonen, Timonen, Koivula, Berg, Salmelin & Jalkanen-Mayer 2001, 9.)

Ihminen on yleensä sitä alttiimpi ympäristön vaikutuksille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä heikkenee. Siksi asuminen tutussa ympäristössä pidentää autonomista elinaikaa. Tutussa ympäristössä iäkäs ihminen kehittää kompensatio- ja selviytymiskeinoja sitä mukaa kuin hänen toimintakykynsä heikkenee. Esteetön, helppokulkuinen ja turvalliseksi koettu ympäristö edistää raihaistuvan vanhuksen selviytymisen kokemusta. Vanheneminen vaikuttaa kaikkiin biologisiin toimintoihin ja johtaa osaltaan käytettävissä olevien voimavarojen vähenemiseen ja toimintojen heikentymiseen (Tilvis, Hervonen, Lehtonen & Sulkava 2001, 343.)

Biologisella ja fysiologisella tasolla elimistössä tapahtuu ikääntymisen mukana muutoksia, jotka vähentävät elimistön suoritus-, vastustus- ja sopeutumiskykyä Vanhenemiseen ja rappeuttaviin pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn asteittainen heikentyminen ilmenee ensin vaativien päivittäisten toimintojen kuten juhlien järjestämisen, yhteiskunnallisen harras-

tustoiminnan ja liikuntaharrastusten karsiutumisenä. Seuraavaksi ilmenee ongelmia asioiden hoitamisessa eli välinetoiminnoissa, joita ovat esimerkiksi taloustyöt, kaupassakäynti ja puhelimen käyttö. Lopulta raihnaistuminen haittaa jo päivittäisiä perustoimintoja. Niiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. Päivittäisistä toimista selviytyminen riippuu psykofyysisen suorituskyvyn lisäksi elinympäristön toimintakyvylle asettamista vaatimuksista, ulkopuolisesta avusta sekä yksilön omista toimintatavoitteista ja kompensatiokeinoista. Raihnaistumisen seuraamusten minimoimiseksi on toimintavajavuuden, yksilön omien toimintatavoitteiden ja elinympäristön vaatimusten välisiä ristiriitaisuuksia pyrittävä minimoimaan. Vanhusväestön tärkeimmät toimintarajoitteiden syyt ovat 80 - 85 ikävuoteen saakka tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä sydänsairaudet ja sitä iäkkäimmillä dementoivat sairaudet. Aivohalvauksen jälkitila, krooniset ahtauttavat keuhkosairaudet, parkinsonin tauti ja silmänpohjanrappeuma ovat esimerkkejä iäkkäiden vähemmän altistavista, mutta yleensä toimintakykyä huomattavasti rajoittavista sairauksista. Hyvin vanhoilla dementia on ylivoimaisesti tärkein toiminnanvajavuuden syy. (Tilvis, Hervonen, Lehtonen & Sulkava, 2001, 344; Heikkinen & Rantanen 2003, 330.)

Toimintakyvyn heikkeneminen vanhuudessa ei ole seurausta pelkästään vanhenemisestä. Fyysinen toimintakyky on erityisesti alue, jossa harjoittamisen vaikutukset näkyvät; kuntouttavuus säilyy ihmisessä läpi elämän. Tämä koskee myös sellaisia ihmisiä, jotka eivät ole aikaisemmin harrastaneet liikuntaa. Liikunnalla on myönteinen merkitys sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon kannalta. Useissa kroonisissa sairauksissa säännöllisen liikunnan nähdään olevan hoidon tärkeä osa. Liikuntaharrastuksen motiivina on liikunnassa koettu ilo ja virkistys sekä kunnan ja terveyden ylläpito. Sen merkitys myös muille toimintakyvyn osa-alueille kuin fyysiselle on merkittävä. Esimerkiksi psyykkisellä puolella ihmisen mieliala ja vireys paranevat liikunnan ansiosta, rentoutuminen on helpompaa sopivan rasituksen jälkeen ja stressin tunne vähenee liikunnan seurauksena. Liikunnan avulla voidaan tukea fyysistä minäkuvausta, jota vanhuuden raihnaistuminen uhkaa ja jonka merkitys mielenterveydelle on suuri. Myös aivojen ja muistitoimintojen kannalta liikunta on tärkeää. Liikunnan vaikutukset eivät varastoidu, ja passivoituessaan ikääntyvä ihminen menettää lyhyessäkin ajassa nopeasti kuntoaan. Tästä syystä liikunta tulisi niveltää luontevaksi ja helpoksi osaksi arkielämää, ja taukoja säännöllisessä liikunnassa tulisi välttää. (Karvinen 1994, 11–12, 15.)

3.1.1 Ulkoliikunta kävelleen

Kävely on ihanteellista liikuntaa iäkkäille. Kävely parantaa hapenottokykyä, lihasvoimaa, nivelten liikkeet paranevat, osteoporoosin kehitys hidastuu, energiatasapaino paranee, ehkäisee masennusta ja stressiä sekä D-vitamiinin saanti lisääntyy. Se parantaa mielialaa ja pidentää elinikäennustetta. 2 – 5 kilometrin kävely päivittäin auttaa säilyttämään hyvän peruskunnon. Sauvakävely tuo lisää monipuolisuutta ja sauvat lisäävät turvallisuutta ainakin liukkaiden keli- en aikana. Jatkuva säännöllinen fyysinen harjoittelu on mahdollista ja turvallista korkeaan ikään asti. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 341.)

Hiltusen (2001, 238 - 242) mukaan kävely on ihmiselle luontaista, mutta se vaatii elimistöltä hyvää ja saumatonta yhteistyötä – aivan kuten mikä liikunta tahansa. Kävely pistää sekä aivot että tuki- ja liikuntaelimistön vilkkaaseen työhön. Aivojen on saatava runsaasti tietoa hermostolta ja eri aisteilta pystyäkseen säilyttämään tasapainon maaston mukaan muuttuvissa olosuhteissa. Liikuntaa säätelevät pikkuaivot käsittelevät saamaansa monipuolista informaatiota ja koordinoivat sen mukaisesti lihasten liikkeitä. Monen asiantuntijan ja tutkijan mielestä ihmisen tulisi kävellä päivittäin tunnin ajan. Suuntaus hyvinvointivaltiossa on kuitenkin päinvastainen: ihminen pyrkii välttämään kaikkea turhaa liikuntaa ja askartelua, myös kävelyä. Aivotutkijat korostavat riittävän hapensaannin merkitystä aivojen hyvinvoinnille. Kovassakin kävelyvauhdissa on aikaa nauttia luonnosta ja kauniista maisemista. Pelkästään rauhallinen kävely metsässä virkistää ja aktivoi mieltä, tunteita ja ajatuksia.

Kävely sopii kuntoliikunnaksi suurelle osalle väestöstä. Sitä harrastaa yli 90 prosenttia suomalaisista. Kävelyä voi harrastaa melkein missä tahansa ja se ei vaadi erityisiä välineitä. Riittää, kun on kävelyyn sopivat kengät ja vaatteet. Kävellessä hengitys- ja verenkiertoelimistö työskentelee tauotta ja alaraajojen suuret lihasryhmät ja ryhti- ja liikelihakset kuormittuvat. Siten kävely kehittää kestävyyttä, kohottaa lihasten kuntoa, pitää yllä tuki- ja liikuntaelimistön toimintakykyä, auttaa pitämään painoa kurissa, ehkäisee ja hoitaa verenpainetta sekä parantaa sokeri- ja rasva-aineen vaihduntaa. Kävelyssä ei juuri ole haittoja, mutta tottumattomalle runsas kävely tai huonot jalkineet saattavat aiheuttaa lihas- ja nivelvaivoja ja tottuneellekin alaraajojen rasisusvammoja pitemmällä matkoilla. (tohtori.fi, terveyden tietolähde.)

Terveyden kannalta on edullista kävellä reippaasti vähintään 10 minuuttia kerrallaan, yhteensä vähintään 30 minuuttia päivittäin. Tätä kutsutaan terveysliikunnan suositukseksi. Päivittäistä yhteensä tunnin reipasta kävelyä voidaan pitää terveyden kannalta ihanteellisena liikuntamääränä, erityisesti laihduttamisen jälkeisen painohallinnan kannalta. Kävely on suomalaisten suosituin liikuntamuoto ja se vaikuttaa edullisesti terveyteen ja fyysiseen kuntoon. Yli kaksi miljoonaa suomalaista ilmoittaa harrastavansa kävelyä. (suomen latu ry – lajit - kävely.)

3.1.2 Vuodepotilaan aktivointi

Vuodepotilaalle liikeratojen harjoittaminen on erityisen tärkeää. Pitkään yhdessä kohdassa olevan potilaan raajat jäykistyvät, verenkierto ja aineenvaihdunta heikkenevät. Riski saada painehaavaumia ja tukoksia lisääntyy. Hoitajalla on tärkeä rooli kuntouttajana. Hoitaja liikuttaa vuodepotilaan raajoja rauhallisesti ja hitaasti. Liikkeet ovat yksinkertaisia ja selkeitä. Vuodepotilaan kuntouttaminen auttaa hoitajia esimerkiksi potilaan hoitamisessa ja nostamisessa. (Era 1997, 179.)

Vuodepotilaan asentohoidolla pyritään edistämään elintoimintoja, erityisesti hengitystä ja verenkiertoa, sekä estämään nivelten virheasentoja ja ihovaurioiden syntymistä. Asento- ja liikehoidon yhdistämisellä voidaan ehkäistä vuodelevon haittoja. Potilaan omat kyvyt ja mahdollisuudet liikkua vuoteessa tulee huomioida. Tällöin on selvitettävä kykeneekö potilas kääntymään vuoteessa, jaksako hän liikutella raajojaan ja onko hänellä voimia käyttää vuoteeseen sijoitettuja apuvälineitä. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2004, 178.)

Vanheneminen aiheuttaa useita hengityselimistön toimintaa eri tavoilla huonontavia muutoksia. Esimerkkejä ovat rintakehän ja keuhkokudoksen jäykistyminen, hengitykseen osallistuvien lihasten heikkeneminen, keuhkoputkien ruston heikentyminen, limarauhasten määrän kasvu ja keuhkorakkuloiden ja niiden hiussuonten väheneminen. Sydämessä ja verisuonistossa vanheneminen aiheuttaa lukuisia niiden toimintoja huonontavia muutoksia. (Fogelholm & Vuori 2005, 177.)

Sekä lyhytaikaisesti että pitkäksi aikaa tai pysyvästi vuodepotilaiksi joutuneiden vanhusten suorittamien liikeharjoitteiden tulisi vaikuttaa edullisesti koko kehoon ja sen toimintoihin. Säännöllisen harjoittelun tulee sydämen ja verisuonten toimintaa vilkastuttamalla pitää verenkierto hyvällä kannalla. Samoin sen tulee parantaa hengitystä ja pitää yllä liikuntakykyä.

Lihaskadon estämiseen sopivat liikeharjoittelun lisäksi isometriset harjoitteet, jotka auttavat kasvattamaan lihasvoimaa. (Fogelholm & Vuori 2005, 182; Beyschlag 1996, 77.)

3.1.3 Tuolijumppa

Nykyisin vältetään antamasta yksioikoisia ohjeita siitä, millainen liikunta on suotavaa ja mitä liikunnassa tulisi välttää. Vaikuttaa siltä että liikunnan `välttely` on aina huonompi vaihtoehto kuin melko huoletonkin liikkuminen. Ihmisruumis on luotu liikkumista varten ja kestää vanhanakin varsin monipuolista liikuntaa. Vanheneminen aiheuttaa lihasmassan vähenemistä, rasvan osuuden kasvamista, lihasvoiman heikkenemistä ja ns. nopeiden lihassolujen katoa. Tyypillistä vanhuudelle näiden muutosten lisäksi on lihasten keskinäisen suhteen eli lihas-tasapainon muutokset. Se tarkoittaa koukistajalihas-ten kiristymistäipumista samanaikaisesti kun ojentajalihakset menettävät voimaa. Käytännössä heikentynyt lihas-tasapaino näkyy kumarana ryhtinä erityisesti yläselän, lantion ja polvien alueella. Lihas-tasapainoa parannetaan vahvistamalla heikkoja lihasryhmiä ja venyttämällä ja rentouttamalla kireitä lihasryhmiä. Lihaskunnan ja ryhdin parantaminen on tärkeää ikääntyessä, koska vanhenemismuutokset pyrkivät heikentämään näitä ominaisuuksia. Lihaksistoa tarvitaan päivittäisessä elämässä ja kaikessa liikunnassa. Hyvät lihakset suojaavat tukirankaa ja niveliä. Lihaksiston kuntoa ikääntyessä voidaan parantaa säännöllisellä harjoittelulla. Lihasten suorituskyvyn parantaminen edellyttää vähintään kolme kertaa viikossa toistuvaa harjoittelua. Erittäin suositeltavaa ikääntyville on päivittäinen kotivoimistelu. (Karvinen 1994, 21, 97–98.)

Ikääntyville on hyödyllistä yleinen, mahdollisimman monipuolinen lihaskuntoharjoittelu. Se voi sisältää erilaista voimistelua, jossa vastuksena käytetään omaa kehon painoa, vettä, erilaisia kevyitä kuntovälineitä, paria, esteratoja ym. Tuolijumpan avulla voidaan edistää lihas-tasapainoa vahvistamalla ja venyttämällä eri lihasryhmiä. Tuolilla istuen voidaan esimerkiksi kaulan etuosaa vahvistaa työntämällä päätä eteen vastustavaa kämmentä päin. Keski- ja yläselkää vahvistetaan esimerkiksi käsien ojennuksella eteen ja vetämällä käsiä taakse lapaluita lähentäen. Vatsalihaksia vahvistetaan tuolilla istuen ja vetämällä polvia ja kyynärpäitä yhteen vuorotellen molemmilla puolilla. Vatsan alaosaa vahvistetaan esimerkiksi nostamalla jalkoja vuorotellen vartalon lähelle ja reiden etuosaa polvien ojennuksella suoraksi vuorotellen tuolilla istuen. Tuolilla istuen voi myös jännittää ja rentouttaa pakaroita jolloin isot pakaralihak-

set vahvistuvat. Lihaskuntoa parannettaessa tulee liikkeitä tehdä vähintään kolme kertaa viikossa ja niitä voidaan tehdä myös tuolilla istuen. (Karvinen 1994, 99–100, 104.)

Nivelet kangistuvat ja niiden liikeradat pienenevät iän myötä. Nivelliikkuvuuden heikkeneminen johtuu niveltä ympäröivien lihasten elastisuuden vähenemisestä ja nivelten rappeutumisesta. Rappeutumisen syynä voi vanhenemisen lisäksi olla erilaiset niveltä heikentävät sairaudet ja/tai liikunnallinen passiivisuus, joka jouduttaa nivelten vanhenemisprosessia. Nivelliikkuvuus on tärkeä ominaisuus arkielämässä; sitä tarvitaan pukeutumisessa, riisuuntumisessa ja useissa kotiaskareissa. Arkielämässä hyvä nivelliikkuvuus lisää liikkumisvarmuutta ja vähentää kaatumisriskejä, koska hyvin toimivat nivelet mahdollistavat korjausliikkeet tasapainoa horjuttavissa tilanteissa. Nivelliikkuvuudesta on tärkeää pitää huolta iän karttuessa, koska jäykistymistäipumus nivelissä on suuri. Nivelten jäykistymistä, kuten muidenkin fyysisten ominaisuuksien heikkenemistä voidaan hidastaa iäkkäänä. Tuloksia saadaan, vaikka harjoittelu aloitetaan vasta vanhuudessa. Säännöllisellä nivelharjoittelulla, joka iäkkäällä ihmisellä on hyvä olla päivittäistä, saadaan supistuneet liikeradat vähitellen laajenemaan. Kipeitä niveliä harjoitetaan siten, että ruumiin paino kuormittaa niveliä mahdollisimman vähän liikkeen aikana, esim. istuen. (Karvinen 1994, 151.)

Liikkuvuusharjoituksia voidaan käyttää lisäämään tietyn ruumiinosan liikkuvuutta, jolloin harjoitus keskitetään siihen. Harjoitettaessa kaikkia niveliä tulee toistojen määrä olla sama. Istuma-asento on nivelharjoituksissa hyvä, koska tällöin kuorma nivelten päältä vähenee ja niveltä voi liikuttaa kivuttomammin. Tuolilla voi tehdä esimerkiksi rintarangan liikkuvuutta lisääviä liikkeitä niin että kädet ovat ristissä niskan takana, kierretään ylävartaloa vuorotellen molemmille puolille tai laskemalla toinen käsi alas ja nostamalla toinen käsi ylös, viedään molempia käsiä yhtä aikaa taaksepäin mahdollisimman pitkälle. Jalkaterien niveliä liikutellaan esimerkiksi varpaiden kipuristuksilla ja harituksilla. Tuolilla istuen on hyvä harrastaa myös mielikuvajumppaa. Työskennellessään ikääntyvien kanssa, joilla on vähän kokemuksia liikunnasta tai joiden on vaikea seurata liikunnallisia ohjeita (esim. dementia), kannattaa ottaa mielikuvat liikunnan ohjauksen tueksi. Riittävän tutun mielikuvan avulla ohjattava löytää liikkeet hyvin, ja onnistumisen tunne on varmemmin saavutettavissa. Liikettä tukevat mielikuvat liittyvät yleensä arkiaskareisiin, työ- ja liikkumisliikkeisiin. Istuen voidaan esimerkiksi mielikuvituksen avulla pukea vaatteita päälle kurotellen tai pestä selkää tai jauhaa vaikka kahvin poroja kahvimyllyllä. (Karvinen 1994, 154–155, 178.)

Tuolin lisäksi apuvälineenä voidaan käyttää keinutuolia. Keinutulijumppa on keinutuolissa istuen tapahtuvaa kuntoliikuntaa, joka kuormittaa hengitys- ja verenkiertoelimistöä, vahvistaa lihaksia sekä lisää nivelten liikkuvuutta. Samalla keinutuolijumppa on terveystuolijumppaa. Keinutuolijumppa perustuu kuntojumppaan, mutta liikkeet tehdään keinuen samalla tuolissa. Keinutuolijumppan perustana ovat tutkimukset, jotka tukevat keinutuolilla keinumisen fyysisiä vaikutuksia. Keinutuolijumppaa soveltuu mm. liikuntaharrastukseksi ja kuntoutukseksi ikääntyneille. Keinutuolijumppaa voi toteuttaa sekä ryhmänä että yksilöllisesti. (Huuhtanen & Kautto 2006, 12.)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa minkä verran kainuulaisissa yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään liikuntaa ja mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä sitä edistävät tai estävät. Erityisesti kartoitamme ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia. Opinnäytetyön avulla toivomme lisäävämmehostetussa palveluasumisyksiköissä asuvien kainuulaisten ikäihmisten ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia. Opinnäytetyöllä toivomme lisäävämmehostetussa yksiköiden positiivista näkemystä ikäihmisten liikuntaa kohtaan ja liikuttamaan ikäihmisiä enemmän. Opinnäytetyöllämme haluamme herättää ajatuksia, joilla tehostetun palveluasumisen yksiköissä ikäihmisten elämänlaatua voidaan parantaa liikunnan avulla. Tutkimustehtävät on laadittu työelämäntahon toiveiden mukaan. Opinnäytetyössä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkä verran kainuulaisissa yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia?
2. Mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä edistävät tai estävät ikäihmisten liikunnan järjestämistä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat; johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineistonkeruun suunnitelmat ja tutkittavien henkilöiden valinta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135 - 136.) Tutkimus on onnistunut, jos sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja niin, ettei vastaajille aiheudu tutkimuksesta haittaa. (Heikkilä 2008, 29.)

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto kerättiin yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköille osoitetulla kyselylomakkeella. Kysely tehtiin hoitajille, koska he toteuttavat tehostetun palveluasumisen yksiköissä ikäihmisten kokonaisvaltaista hoitotyötä.

5.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Lomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös se, miten aineisto käsitellään. Kysymyksiä ja niiden vastausvaihtoehtoja suunniteltaessa on selvitettävä, kuinka tarkkoja vastauksia halutaan ja toisaalta kuinka tarkkoja tietoja on mahdollisuus saada. Samaa asiaa voidaan kysyä usealla eri tavalla ja jopa eri mitta-asteikon tasolla. Tutkimuksen tavoite on oltava täysin selvillä, ennen kuin kyselylomakkeen laatiminen aloitetaan. Tutkijan tulee tietää, mihin kysymyksiin hän etsii vastauksia. Kysymyksiä ei voi parannella tai muuttaa enää tiedonkeruun jälkeen. (Heikkilä 2008, 47.)

Tutkimus lähtee liikkeelle siitä, että tutkija hakee ja löytää tutkittavasta ilmiöstä relevantin eli olennaisen kysymyksen, johon on tärkeää saada vastaus. Käytännössä esitetään joko tutkimusongelmat tai tutkimuskysymykset. Termin valinta riippuu tutkijan omasta ajattelutavasta ja yhteydestä tutkimuksen lähtökohtiin tai esimerkiksi taustateoriaan. Kysymykset muotoillaan niin, että niihin saadaan vastaus aineiston avulla. Päällekkäisiä, liian laajoja ja monipolvaisia kysymyksiä tulee välttää. (Anttila 2000, 169.) Kyselylomakkeella haimme vastauksia kysymyksiin: Minkä verran kainuulaisissa yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktiivointia ja mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä edistävät tai estävät ikäihmisten liikunnan järjestämistä?

Kyselytutkimus eli survey on ehkä laajimmin levinnyt muoto hankkia sellainen tutkimusaineisto, joka kuvaa laajojen joukkojen käsityksiä, mielipiteitä, asenteita jne. Se on siis tyypillinen muuttujien välisiä suhteita tarkasteleva menetelmä. Pidemmälle analysoitua tietoa voidaan käyttää edelleen yksityiskohtaisempiin ja tarkempiin tutkimuksiin johtavana lähtökohdatietona ja yleensä kuvaamaan, mitä johonkin ilmiöön sisältyy, missä määrin sitä ilmenee ja missä yhteydessä se esiintyy. (Anttila 2000, 237.)

Usein kyselylomake aloitetaan ns. taustakysymyksillä esimerkiksi kysymällä sukupuolta, ikää ja koulutusta. Ne toimivat samalla lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen, jolloin vastaaja pääsee vähitellen mukaan. Nämä taustakysymykset toimivat yleensä ns. selittävinä muuttujina, eli tutkittavaa ominaisuutta tarkastellaan niiden suhteen. Esimerkiksi voidaan verrata sukupuolen yhteyttä sosiaalisuuteen, siis miten naiset ja miehet eroavat tämän tutkitavan ominaisuuden suhteen. Taustakysymysten jälkeen tulevat helpot kysymykset: näissä kysymyksissä ei käydä läpi vielä arkoja aiheita, vaan vasta johdatellaan niihin. Arkojen aihealueiden kysymykset on sijoitettu vasta tämän jälkeen. Lopuksi tulevat ns. jäähdyttelyvaiheen kysymykset, joissa on muutamia helposti vastattavia kysymyksiä. Toinen vaihtoehto on sijoittaa ns. taustakysymykset lomakkeen loppuun. Tätä vaihtoehtoa puoltaa näkemys, että lomakkeen loppua kohden – etenkin jos se on pitkä – vastaajan motivaatio voi hiipua. Taustakysymykset, kuten ikä, ovat helppoja vastattavia, vaikka aistit eivät enää olisikaan terävimmillään. Näin kyselyn luotettavuus säilyy hyvänä. (Aaltola & Valli 2007, 103 - 104.)

Aaltolan ja Vallin (2007, 104 - 105) mukaan lomakkeen pituutta kannattaa aina miettiä huolellisesti. Liian pitkä lomake saa vastaajan luopumaan vastaamisesta jo ennen kuin edes tutustuu siihen tarkemmin. Lomakkeen maksimipituus vaihtelee kohderyhmän mukaan: täytyy huomioida muun muassa heidän lukutaitonsa, mutta myös aihealue ja aiheen merkitys vastaajalle vaikuttavat vastaamisinnokkuuteen. Yleisenä ohjenuorana voi pitää aikuisten ihmisten kohdalla viittä sivua. Samalla tulee miettiä, kuinka kauan koehenkilö jaksaa keskittyä lomakkeeseen siinä vaaditulla tavalla. Jos lomake on liian pitkä, niin helposti viimeisiin kysymyksiin vastataan ilman suurempaa pohdintaa, joten tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä. Tutkijat painottavat myös käytetyn kielen merkityksellisyyttä kyselyn onnistumisen kannalta: miellyttävä kieli on mukava lukea. Lomakkeen kysymykset kannattaakin kielellisesti pyrkiä muotoilemaan oikein. Kuitenkin täytyy aina muistaa kohderyhmä. Vierasperäisten sanojen käyttö ei aina ole sopivaa, sillä se voi saada tutkijan tuntumaan etäiseltä. Siksi kysymyksiin voidaan vastata varauksellisesti esimerkiksi jättämällä osan ns. aroista tiedoista kertomatta.

Kyselylomakkeen kokeilu on välttämätöntä. Kun kysymykset on saatu valmiiksi, kootaan lomake. Sen tulisi näyttää helposti täytettävältä. Sen tulisi olla myös ulkoasultaan moitteeton ja siisti. Avovastauksille tuli olla riittävästi tilaa. Joskus lomakkeisiin merkitään, varsinkin suurissa aineistokeruutapauksissa, valmiiksi koodausmerkinnät. (Hirsijärvi, ym. 2007, 199.) Lomakkeen testaamiseen riittää 5-10 henkeä, kunhan he pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. (Heikkilä 2008, 61). Kyselylomake esiteltiin kolmessa tehostetussa palveluasumisyksikössä. Nämä yksiköt eivät osallistuneet varsinaiseen tutkimukseen. Esitelluksen jälkeen teimme muutamia muutoksia kysymyksiin. Kysymyksiin 9 ja 12 lisättiin sana ”mielestäni”, jotta ne vastauksissa paremmin toisivat esille työntekijän mielipiteen. Kysymyksissä 19 ja 20 vaihdoin sanan ”kuntouttamiseen” sanaksi ”liikuttamiseen”, koska työmme käsitteli nimenomaan ikäihmisen liikuttamista.

Kyselylomakkeen ensimmäinen sivu on saatekirje(liite 1), jossa tiedotetaan vastaajalle, mihin kysely liittyy ja kenelle kysely on tarkoitettu. Saatekirjeessä ilmoitimme myös luotettavuudesta eli kyselyyn vastataan nimettömänä. Kirjeessä mainittiin myös lomakkeen palautuspäivämäärä ja mukana oli palautuskuori ja postimaksu maksettu. Lomakkeen lopussa kiitämme vastaajia. Kyselylomakkeemme(liite 2, sivut 1–5)sisälsi taustakysymyksiä, monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa oli 21 kysymystä, jolla keräsimme tietoa tutkimustehtäviimme. Kyselylomakkeessa kysymykset 1 - 5 olivat taustatietoja, kartoitettavia kysymyksiä. Kysymyksillä 6 – 8, 10 – 11, 13 – 17 ja 19 olivat monivalintakysymyksiä eli niissä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Kysymykset 9, 12, 18 ja 20 olivat avoimia kysymyksiä. Kysymys 21 oli likert - asteikkoon perustuva kysymys. Tämän kysymyslomakkeen pohjana käytimme Elina Karvisen omassa tutkimuksessaan, (Tulee friski ja hyvä olo, Jyväskylän yliopisto 2000) käyttämää kyselylomaketta. Hirsijärvi, ym. (2007, 195) mukaan asteikot ovat tavallisimmin 5- tai 7-portaisia, ja vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan.

5.2 Aineiston keruu

Kirje- eli postikysely eroaa haastattelututkimuksesta siten, että kysyjä ja vastaaja eivät ole välittömässä vuorovaikutuksessa keskenään, vaan viestintä tapahtuu postitse kyselylomakkeen

välityksellä. Postikyselyn haittoja on pelättävissä oleva suuren kadon lisäksi se, ettei voida olla varmoja, onko vastaukset antanut otokseen valittu henkilö vai joku muu. Toisaalta postitse lähetetty lomake tavoittaa haastattelijaa paremmin vastaanottajan. Erityisen tärkeä palautusprosenttiin vaikuttava asia on se, kuinka tärkeänä vastaajat tutkimusta pitävät. Sopiva vastausaika on yleensä 7-10 päivää. Vastaamisaika voi tarvittaessa olla lyhyempikin. Jos palautuspäivämäärä on vasta usean viikon kuluessa, on asia saattanut jo unohtua ja kyselylomake joutua postipinon alimmaiseksi. (Heikkilä 2008, 66.)

Yksi tapa kerätä aineistoa on kysely. Se tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Englanninkielinen termi survey tarkoittaa sellaisia kyselyä, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa sitä, että jos haluaa esimerkiksi saada selville, mikä koulutus vastaajilla on, tätä asiaa on kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi, ym. 2007, 188.)

Anttilan (2000, 238) mukaan kyselyt toteutetaan aina otokseen perustuen, ellei perusjoukko ole niin pieni, että sen voi kokonaisuudessaan tavoittaa kyselyn kohteeksi. Kyselyaineiston kokoamisen perusoletuksena on, että vastaajat ovat rehellisiä ja että vastaukset voidaan saada kokoon täsmällisesti ja luotettavasti. Tavallisesti kysely tapahtuu sitä tarkoitusta varten suunnitellun lomakkeen avulla ja siihen sisältyy tietty määrä kysymyksiä. Kysymysten määrä on tutkittava lomakkeen esitestauksen avulla.

Kyselylomakkeet lähetettiin postitse 15 kainuulaiseen tehostetun palveluasumisyksikköihin, joissa hoidetaan ikäihmisiä. Kyselyyn vastasivat yksikön hoitajat nimettömästi. Jokaisen yksikön johtaja päätti osallistuuko kyseinen tehostetun palveluasumisen yksikkö kyselyyn. Postituskoureen laitettiin useita kyselylomakkeita, koska emme tieneet palveluasumisyksiköiden työntekijöiden tarkkaa määrää. Kyselylomakkeesta oli mahdollisuus ottaa kopioita. Kyselylomakkeet palautettiin postitse lokakuun puoliväliin mennessä. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kaikki vastauskirjeet postitettiin yhteen osoitteeseen. Tällä pyrittiin välttämään lomakkeiden katoaminen ja lisäämään kyselyn luotettavuutta.

Vastausajan umpeuduttua saimme vastauksen 11 tehostetun palveluasumisenyksiköstä. Vastausprosentti oli 73,3 %. Vastatut kyselylomakkeet kävimme läpi yhdessä ja sitten jaoinme ne tasapuolisesti ja aloitimme tulosten käsittelyn ja analysoinnin. Kaikki kyselylomakkeet olivat nimettömiä ja meillä ei ole mitään tietoa siitä, mistä yksiköistä ne ovat tulleet.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin kun tulokset on analysoitu. Tuloksia ei pitäisi jättää lukijan eteen jakaumina ja korrelaatioina vaan niitä olisi selvitettävä ja tulkittava. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Tulkinta on aineiston analyysissa esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. Tulkintaongelmia ja tulkinnan kohteita tulee eteen monentasoisena. On esimerkiksi pohdittava mitä tutkittavien kielelliset ilmaukset ovat merkinneet tulosanalyysissa. Tulosten analysointi ei vielä riitä kertomaan tutkimuksen tuloksia, vaan tuloksista olisi pyrittävä laatimaan synteesejä. Synteesit kokoavat yhteen pääseikat ja antavat kirkkaasti vastaukset asetettuihin ongelmiin. Yleensäkin olisi pyrittävä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. (Hirsjärvi, ym. 2007, 224 - 225.)

Kyselylomakkeiden palauduttua analysoimme niitä erikseen ja yhdessä, jotta saisimme mahdollisimman luotettavan ja tarkan tuloksen. Taustakysymysten analysointi oli nopeaa ja helppoa. Monivalintakysymyksissä vastaukset olivat valmiina ja niiden vastauksia oli helppo vertailla. Kysymykseen vastattiin esimerkiksi kyllä tai ei. Avoimilla kysymyksillä halusimme antaa vastaajalle mahdollisuuden vastata omin sanoin. Avoimet kysymykset helpottivat meitä joidenkin monivalintakysymysten analysoinnissa. Kysymyksessä 21 käytimme Likert - asteikkoa. Kysymyksessä oli vaihtoehtoina täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä olevat vastukset

Heikkilän (2008, 53) mukaan Likertin asteikko on mielipideväittämissä käytetty, tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Vastaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Asteikolla voi olla arvoja enemmänkin kuin viisi. Likertin asteikkoa käyttäessä on harkittava seuraavia seikkoja; miten monta arvoa asteikolle otetaan, miten asteikon eri arvot ilmoitetaan sanallisesti, aloitetaanko vaihtoehdolla samaa mieltä vai eri mieltä? Miten asteikon keskikohta muotoillaan vai jätetäänkö se kokonaan pois, tai sijoitetaan en osaa sanoa viimeiseksi vaihtoehdoksi?

Tutkimustuloksia esitettäessä tekstillä, taulukolla ja kuviolla on kullakin oma, erityisluonteensa mukainen tehtävä. Taulukossa tarkkuus on oleellista, kuvio taas on nopean tiedonvälityksen väline. Molempien on oltava selkeitä ja yksiselitteisiä. Taulukon ja kuvion ero on suurinpiirtein sama kuin ajan katsominen digitaalikellosta verrattuna viisarikelloon. Kuvioista käy-

tään monenlaisia nimityksiä, joita voidaan pitää synonyymeinä: kuvio, kuva, kuvaaja, kaavio, graafi, diagrammi. (Heikkilä 2008, 154.)

Työssämme havainnollistimme tutkimustuloksia taulukoiden avulla, käytimme kuvailevia SPSS- toimintoja. Taulukot valitsimme graphs - valikosta löytyvällä kuviotyypin ohjelmalla. Kuviot helpottavat tutkimustulosten lukemista ja nopeuttavat tulosten ymmärtämistä. Kysymyslomakkeen kysymykset 1-3, 5-8, 10, 11, 13-17 ja 19 ovat havainnollistettu piirakka eli ympyräkuvion avulla. Piirakkakuvio kuvaa kokonaisuuden jakautumista osiin ja se sopii suhteellisten (prosenttilukujen) kuvaamiseen (Heikkilä 2008, 162). Kysymys 21 oli likert - asteikon muodossa ja vastaukset havainnollistimme pylväskuviolla. Pylväskuvio sopii hyvin normaaliasteikon tasoisen muuttujan arvojen kuvaamiseen (Heikkilä 2008, 156).

Hirsjärvi ym. (2007, 219) mukaan aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Analyysitavat voidaan jäsentää kahdella tavalla: Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Pääperiaate on helppo sanoa; valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastuksen ongelmaan tai tutkimustehtävään.

Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. Se on työväline, jolla voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. Tutkittava aineisto voi olla jokseenkin mitä tahansa, kunhan sillä on yhteyttä tutkittavaan ilmiöön ja jos sitä voidaan koota, havainnoida ja analysoida. Sisällön analyysille on tyypillistä aineiston luokittelu ja tilastollinen käsittely, jos halutaan kuvata aineistoa määrällisesti. Sisällön analyysin onnistuminen edellyttää seuraavia seikkoja; sisällönanalyysin on oltava objektiivista eli jokainen askel siinä tapahtuu pelkästään, jotta saadaan vastaus ennakoituihin kysymyksiin. Sen tulee olla systemaattista toimintaa. Se merkitsee esimerkiksi, ettei sellaista aineistoa, joka ei tue tutkijan hypoteeseja, saa myöskään jättää analyysin ulkopuolelle. Sisällönanalyysin tulee tähdätä yleistettävyyteen, joka merkitsee, että analyysin tulee tukeutua teoriaan. Tavoitteena tulee olla enemmän kuin vain sisällön kuvaus, tuloksen tulee liittyä ilmiön määrittelyyn tai sen taustalla oleviin henkilöihin tai kulttuurisiin, taloudellisiin, sosiaalisiin seikkoihin laajemminkin. (Anttila 2000, 154 - 156.)

Avoimien kysymysten analyysi tehtiin induktiivisen sisällön analyysin mukaan (liite 3, sivut 1 – 6). Vastajat olivat vastanneet avoimiin kysymyksiin luettelomaisesti. Vastaukset luettiin

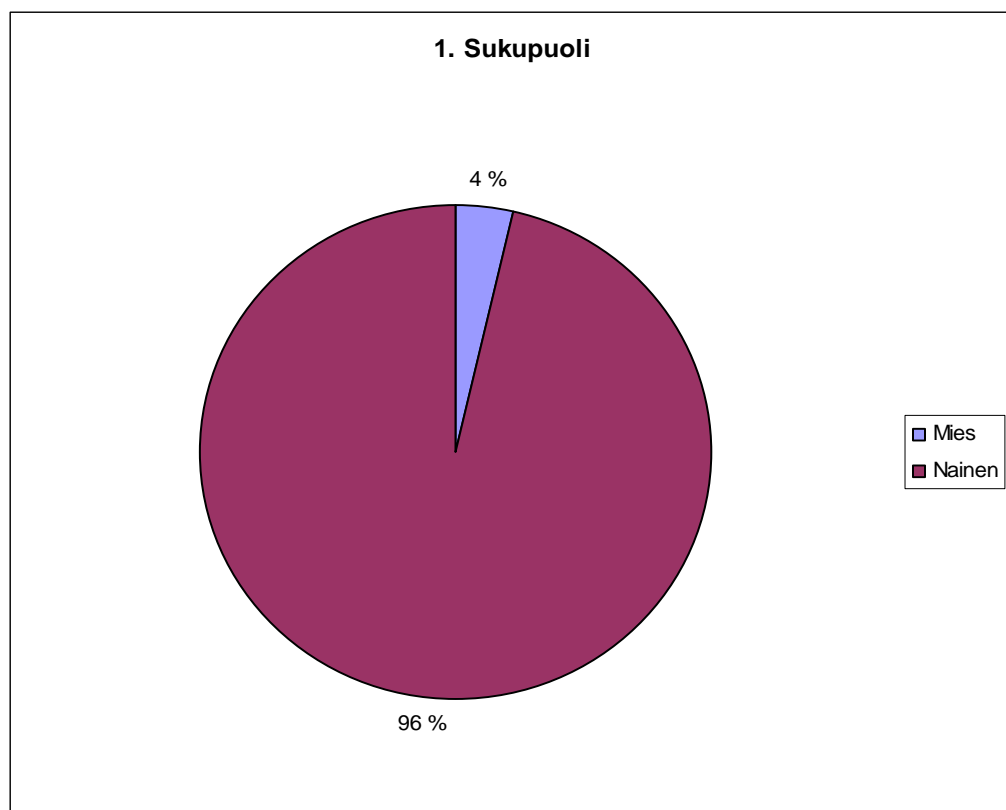
moneen kertaan läpi ja aineisto kirjoitettiin luettavaan muotoon muutamatta asiasisältöä. Ilmaukset pelkistettiin jonka jälkeen ne ryhmiteltiin 15 eri teemaan. Tuloksissa on esitetty avoimista kysymyksistä muodostuneet teemat. Alkuperäisillä ilmauksilla kevennettiin tulosten sisältöä.

6 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Lähetimme kyselyn 15 kainuulaiseen tehostetun asumispalveluyksikköihin ja vastauksia saimme 11 tehostetun asumispalveluyksiköstä. Vastausprosentti oli varsin hyvä eli 73,3 %. Vastauksia tuli 55 kappaletta, joten keskimäärin 5 työntekijää jokaista yksikköä kohden vastasi. Meillä ei ole tietoa vastanneiden yksiköiden työntekijöiden määrästä.

6.1 Taustatiedot

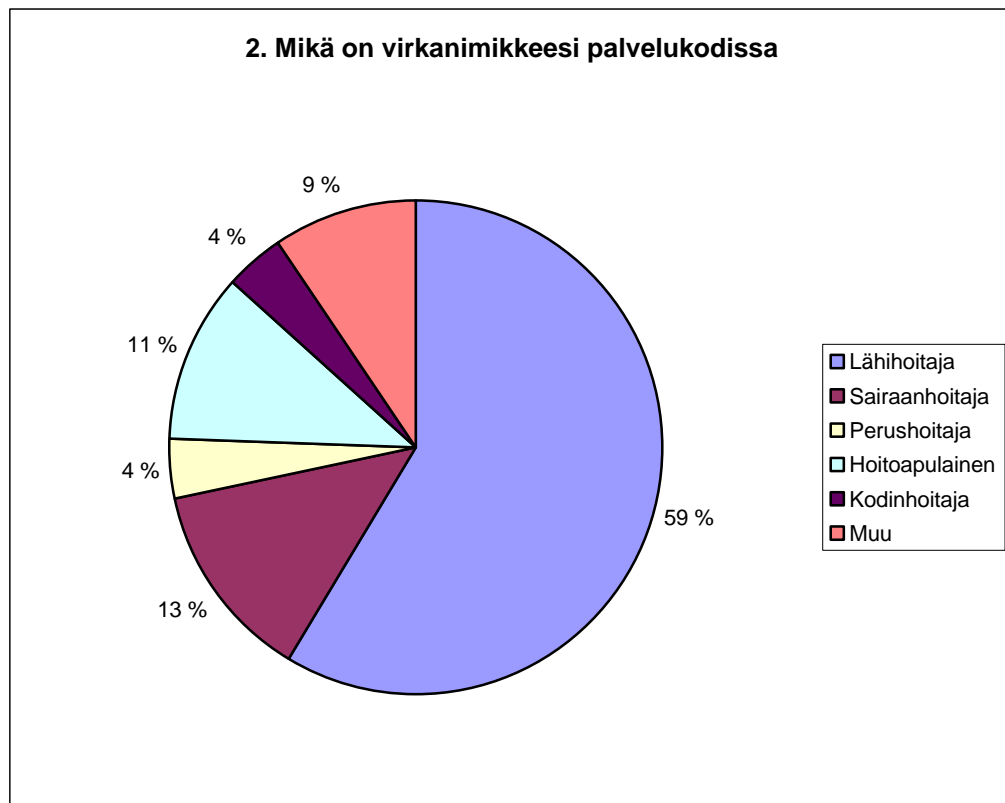
Kuvat 1 – 5 eivät vastaa tutkimustehtävään suoraan vaan ovat alussa taustakysymyksiä. Vastaajien taustatietoina kysyttiin sukupuolta, koulutusta, työkokemusta vanhustyöstä ja omien liikuntatottumusten määrää.



Kuva 1 Sukupuolijakauma

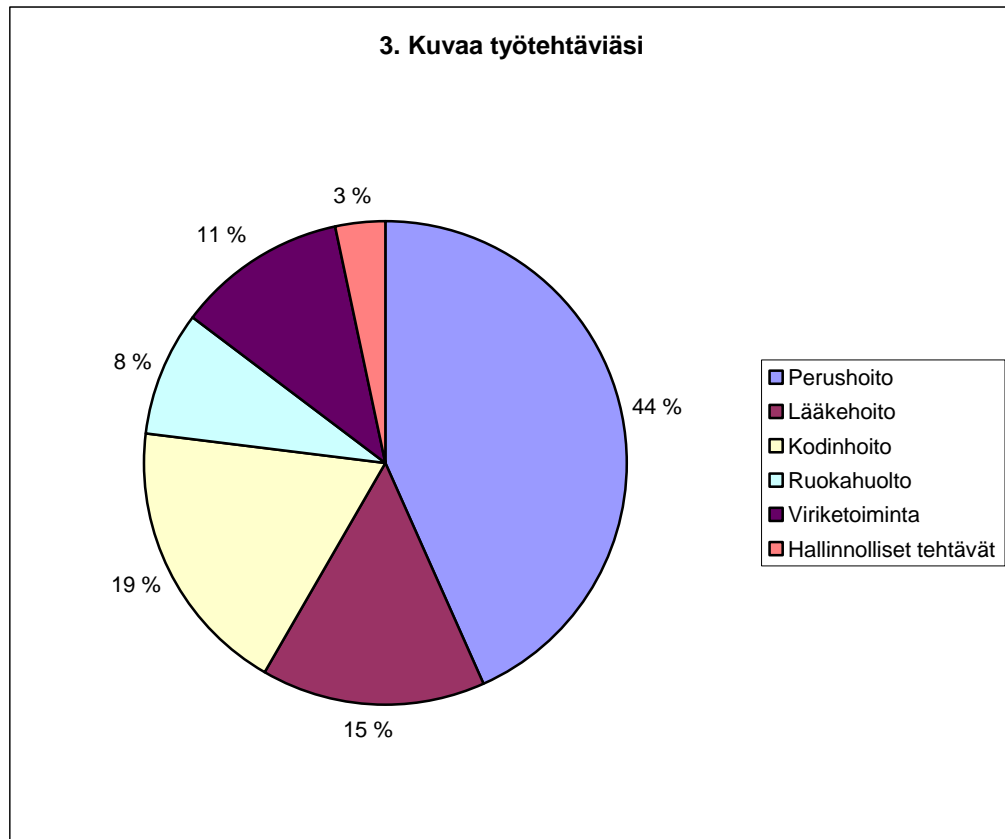
Kaikista vastaajista 96 % oli naisia ja vain 4 % miehiä. (Naisia 53 ja miehiä 2)

Vertailua sukupuolen perusteella ei voitu tehdä, koska vastanneista miehiä on niin vähän.



Kuva 2 Virkanimike

67 % vastaajista oli lähihoitajia, kodinhoitajia ja perushoitajia, 13 % oli sairaanhoitajia, 20 % oli hoitoapulaisia tai muita. (muu = virikeohjaaja, keittäjä, laitosapulainen, kuntohoitaja)
Henkilöstö yksiköissä on hyvin koulutettua koska 80 % on hoitoalan koulutus, joko sairaanhoitaja, lähihoitaja, perushoitaja tai kodinhoitaja.



Kuva 3 Työtehtävät

Perushoitoa oli työtehtävistä 44 %, lääkehoitoa 15 %, kodinhoitoa 19 %, ruokahuoltoa 8 %, viriketoimintaa 11 % ja hallinnolliset tehtävät 3 %.

Avoimella kysymyksellä (3) haettiin työtehtäviä ja teemoiksi vastauksista nousivat perushoito, lääkehoito, kodinhoito, ruokahuolto, viriketoiminta ja hallinnolliset tehtävät (liite 3/1 – 2). Vastauksissa ilmeni, että kodinomaisessa yksikössä kaikki työntekijät tekevät kokonaisvaltaisesti kaikkea työtä.

”Vanhusten hoito ja huolenpitoa”

”Siivous”

”Avustamista arkisissa askareissa”

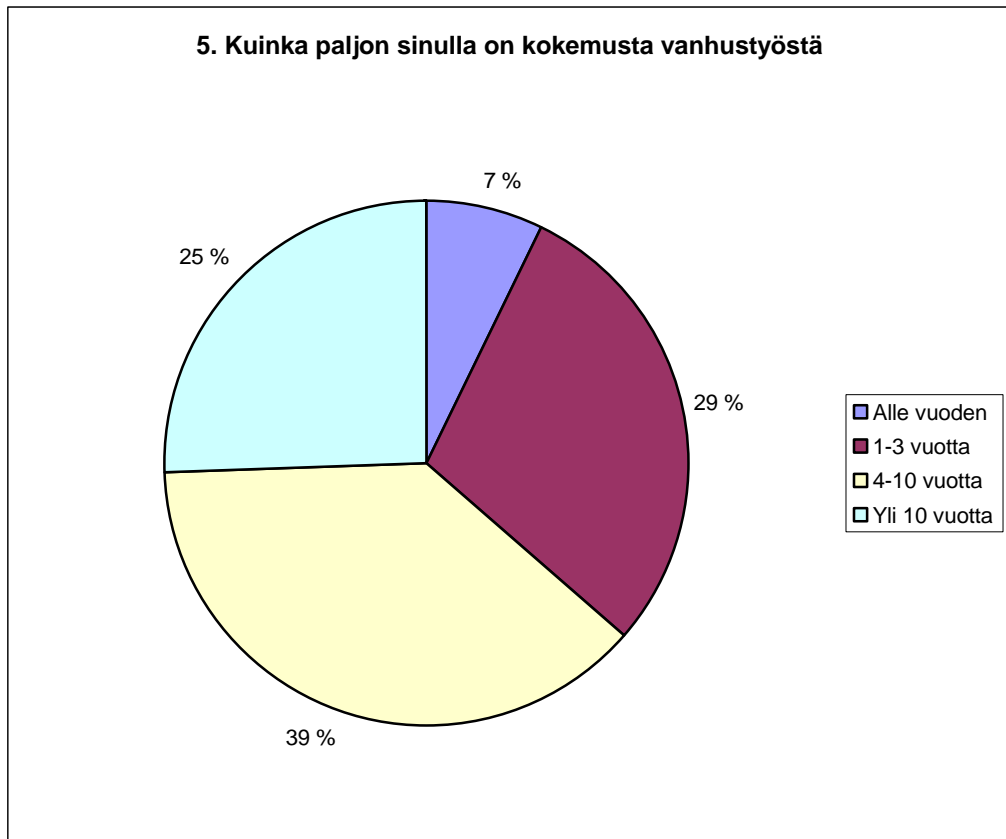
”Perushoitoa ja huolenpitoa”

”Lääkehoito”

”Erialaisten viriketuokioiden pitäminen”

”Työvuorolistojen tekeminen”

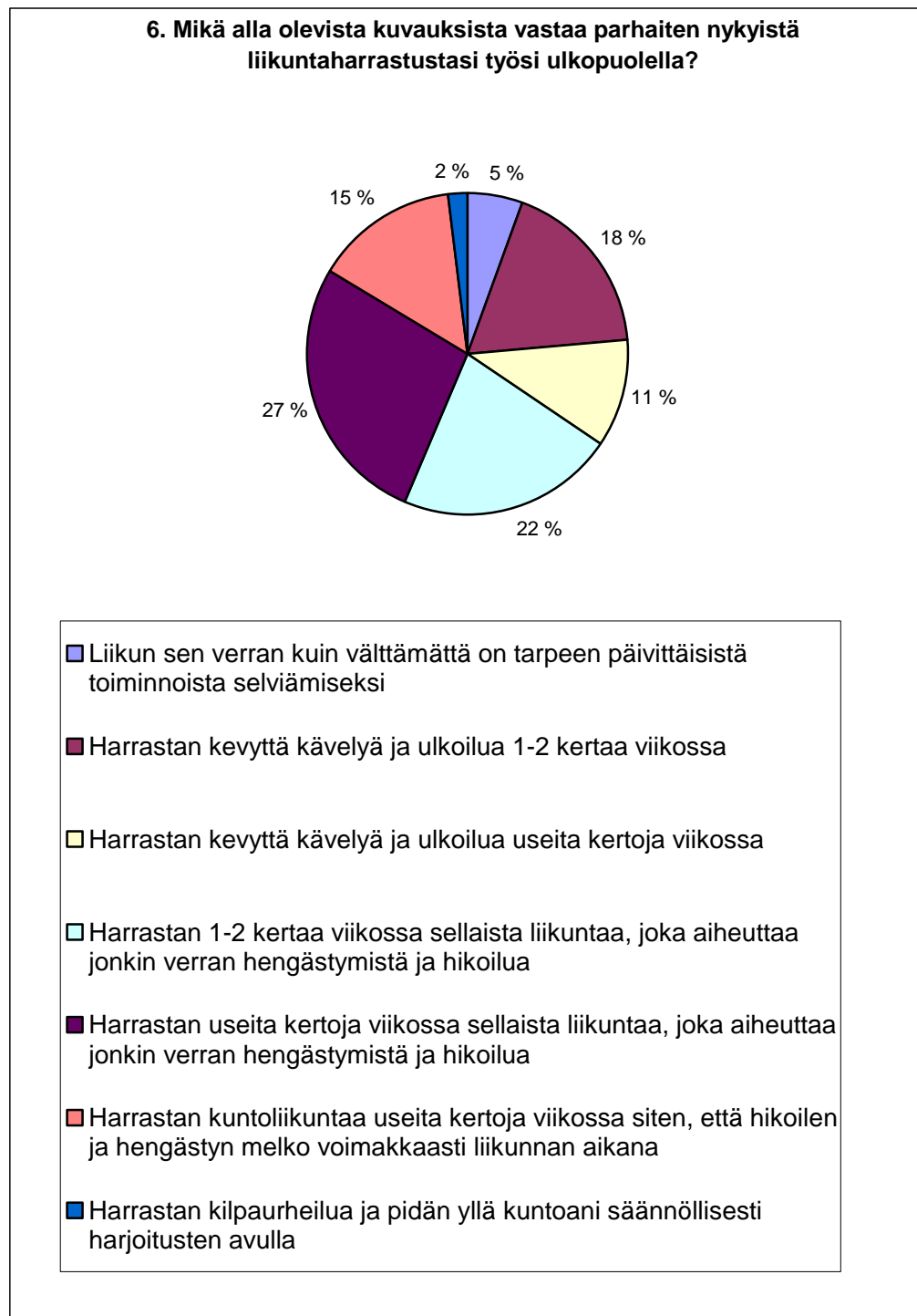
”Ruuan laitto, keittiötöitä”



Kuva 4 Työkokemus

Vastaajista yli 10 vuoden työkokemus oli 25 %, yli 4 vuoden työkokemus oli 39 %, 1-3 vuoden kokemus oli 29 % ja alle vuoden töissä oli ollut 7 %.

Yksiköissä työskentelee kokenutta henkilöstöä, koska neljäsosalla on työkokemusta yli kymmenen vuotta ja lähes 40 % yli 4 vuotta.



Kuva 5 Omat liikuntatottumukset

Olemme yhdistäneet vastaukset 2 - 4 ja 5 - 6, koska vaihtoehdot ovat niin samankaltaisia. 2 % vastaajista harrastaa kilpaurheilua, 42 % harrastaa liikuntaa useita kertoja hengästymiseen asti, 11 % harrastaa kevyttä liikuntaa useita kertoja viikossa, 40 % harrastaa liikuntaa tai

kävelyä 1 – 2 kertaa viikossa ja 5 % harrastaa liikuntaa vain sen verran kuin on tarpeen päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi.

6.2 Työntekijöiden mielipiteet ja tieto ikäihmisten liikuttamisesta

Kysymyksillä 7 – 9 selvitimme työntekijöiden mielipiteitä ja tietoa ikäihmisen liikkumiseen liittyen. Kysymykset liittyvät tutkimustehtävään 2 jossa kysytään mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä edistävät tai estävät ikäihmisen liikunnan järjestämistä. Tarkastelemme näitä kysymyksiä myös koulutuksen ja työkokemuksen kautta, eli onko näillä tekijöillä merkitystä vastaajien mielipiteisiin ja tietoon.

Johtopäätöksenä näihin kysymyksiin on se, että työntekijät koulutuksesta tai työkokemuksesta riippumatta antavat tärkeän merkityksen ikäihmisen liikunnalliselle kuntoutukselle. Mitä enemmän työntekijällä on koulutusta ja työkokemusta, sitä enemmän koetaan itsellä olevan tietoa ikäihmisen liikkumiseen liittyvissä asioissa.



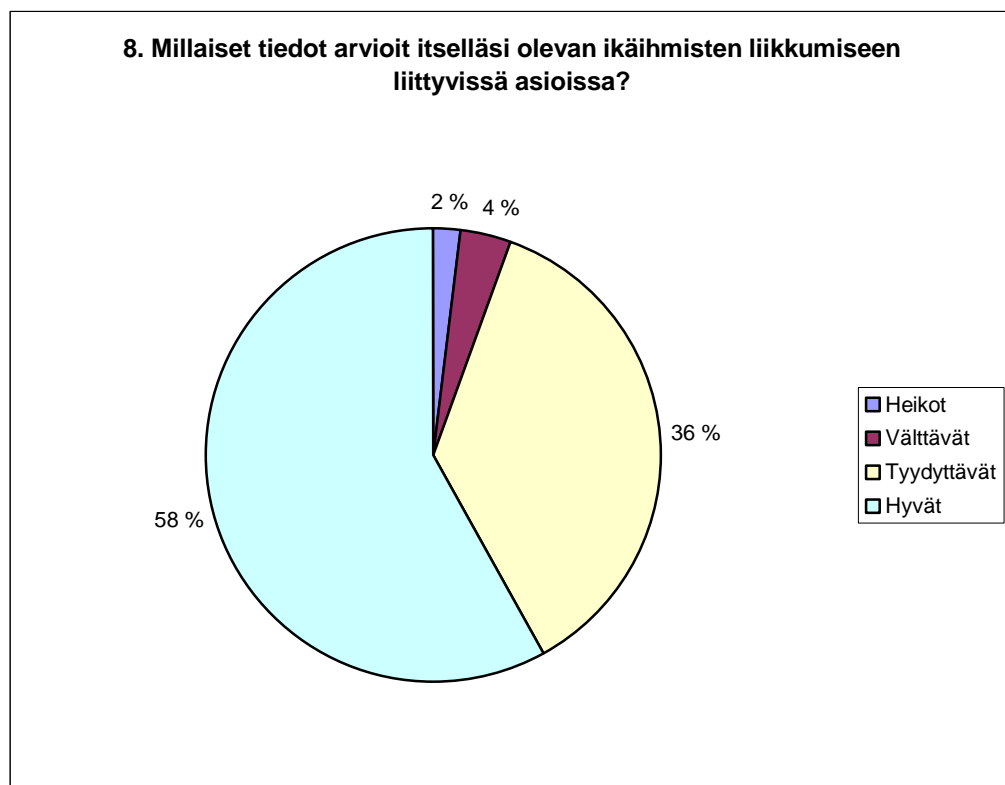
Kuva 6 Ikäihmisen liikkuminen

Vastaajista 89 % näkee erittäin tärkeäksi ja 11 % melko tärkeäksi ikäihmisten liikunnallisen kuntoutuksen omassa työssään.

Koulutuksella ja työkokemuksella ei ole vastaukseen suurta merkitystä vaan kaikkien työntekijöiden mielestä asia oli tärkeä.

85 % lähihoitajista, kaikki sairaanhoitajat ja lähes 90 % hoitoapulaisista piti erittäin tärkeänä omassa työssään ikäihmisten liikkumisen edistymistä, omatoimisuuteen tukemista ja fyysisten ominaisuuksien harjoittamista. Loputkin pitivät niitä melko tärkeänä.

Kaikki vastaajat joilla on työkokemusta alle vuosi, noin 90 % vastaajista joilla työkokemusta 1 – 3 vuotta, 85 % vastaajista joilla on työkokemusta 4 - 10 vuotta ja 85 % vastaajista, joilla on työkokemusta yli 10 vuotta pitivät näitä asioita erittäin tärkeänä. Loputkin pitivät asioita melko tärkeänä.



Kuva 7 Tiedot ikäihmisten liikkumiseen liittyvissä asioissa vastaajien itse arvioimana

58 % vastaajista arvioi tietonsa hyväksi. 36 % tyydyttäväksi, 4 % välttäväksi ja 2 % heikoksi.

Vastauksesta voi päätellä, että koulutuksella on jonkin verran merkitystä siihen, kokeeko tietävänsä tarpeeksi ikäihmisten liikkumiseen liittyviä asioita, koska hoitoapulaisista osa arvioi tietonsa välttäväksi ja yksi jopa heikoksi. Lisäksi vastauksesta ilmenee, että mitä enemmän on työkokemusta, sitä paremmaksi omat tiedot koetaan.

Lähihoitajista noin 65 %, sairaanhoitajista 50 % ja hoitoapulaisista noin 35 % arvioivat tietonsa hyväksi. Tietonsa tyydyttäväksi arvioi lähihoitajista noin 30 %, sairaanhoitajista 50 % ja hoitoapulaisista noin 60 %. Yksi lähihoitaja ja yksi hoitoapulainen arvioivat tietonsa välttäväksi. Yksi hoitoapulainen arvioi tietonsa heikoksi.

9. Mikä merkitys päivittäisellä liikuntatuokiolla on ikäihmiselle?

Avoimella kysymyksellä (9) haimme yksikön työntekijöiden mielipidettä ja tukea, miksi ikäihminen tarvitsee päivittäisen liikuntatuokion. Teemoiksi nousivat fyysinen -, psyykkinen - ja sosiaalinen merkitys (liite 3/3).

”liikuttaa raajoja sen sijaan että istuu vain tekemättä mitään”

”edesauttaa erittämistä, parantaa ruokahalua ja yö unia”

”tuovat iloa ja lisäävät yhteisöllisyyttä”

”sosiaalisuus kun toisten kanssa yhdessä”

”itsetunto kohoaa kun vielä pystyy/ osaa jotakin”

55 vastaajan mielestä liikuntatuokioilla on merkitystä eniten fyysisesti. 12 vastaajan mielestä liikuntatuokioilla on merkitystä psyykkisesti. 34 vastaajan mielestä liikuntatuokioilla on merkitystä sosiaalisesti.

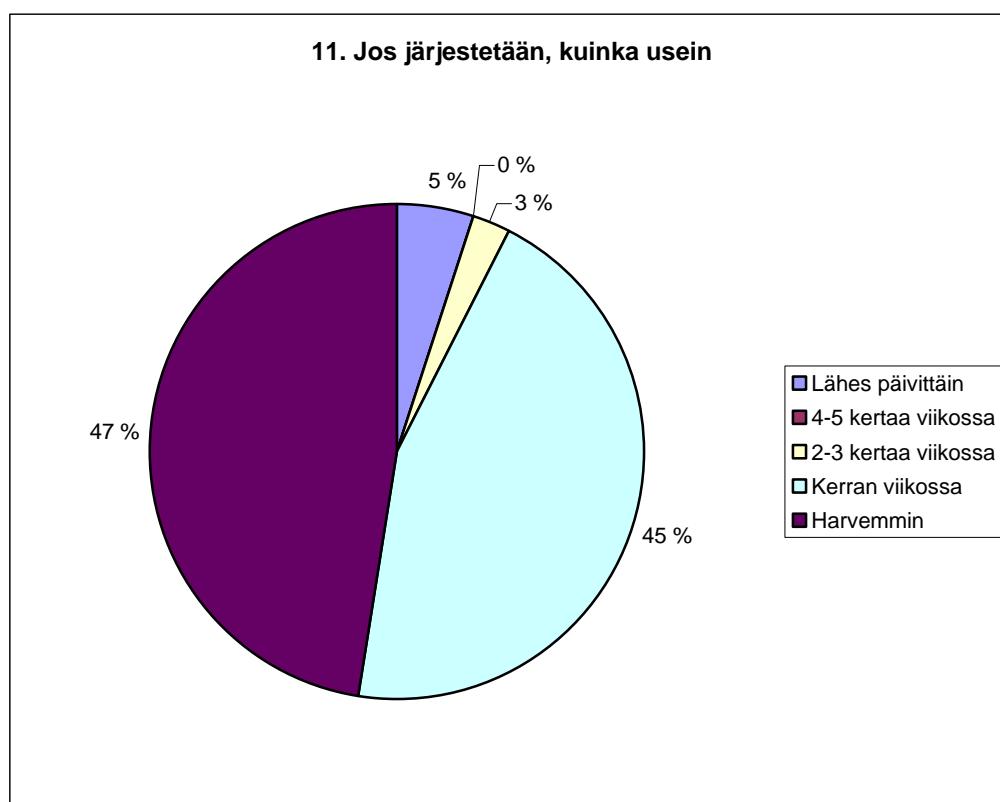
Kyselyyn vastaajilla oli samansuuntainen näkemys kuin aiemmilla tutkimuksilla on osoitettu. Liikuntakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa raihnaisessakin vanhuudessa säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella. Fyysinen aktiivisuus voi olla päivittäistä liikuntaharrastusta tai kuntoutumistarkoituksessa toteutuvaa liikuntaa. (Karvinen 2000, 1.)

Kysymyksillä 10 – 19 haimme vastausta tutkimustehtävään 1 eli siihen, minkä verran kainuulaisissa yksityisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia?

Vastauksista ilmeni, että liikuntaa pidetään lähes kaikkien (98 %) vastaajien mielestä yksiköissä tärkeänä ja ulkoliikuntaa kävellen järjestetään näistä liikuntamuodoista eniten. Tuolijumppaa ja vuodepotilaan aktivointia järjestetään vähemmän. Ulkoliikuntaa lähes päivittäin järjestetään n. 30 % yksiköistä ja 32 % kerran viikossa tai harvemmin. Tuolijumppaa järjestetään päivittäin 5 % yksiköistä ja yli 90 % kerran viikossa tai harvemmin.

10. Järjestetäänkö asukkaille tuolijumppaa?

65 % yksiköistä järjestää tuolijumppaa. Tuolijumppa ei ole niin yleisesti järjestettyä kuin ulkoliikunta kävellen mutta sitä järjestetään yli puolessa yksiköistä ainakin silloin tällöin.



Kuva 8 Tuolijumppa kertojen määrä

5 % järjestää lähes päivittäin, 3 % 2-3 kertaa viikossa, 45 % kerran viikossa ja 47 % järjestää harvemmin.

Tuolijumppaa ei järjestetä kaikissa yksiköissä ja niissä joissa järjestetään, sitä järjestetään suurimmaksi osaksi kerran viikossa tai harvemmin.

12. Mikä merkitys päivittäisellä ulkoilulla on ikäihmiselle yleensä?

Avoimella kysymyksellä (12) haimme yksikön työntekijöiden mielipidettä, miksi ikäihminen tarvitsee päivittäistä ulkoilua. Teemoiksi nousivat fyysinen-, psyykinen- ja sosiaalinen merkitys (liite 3/4).

”pääsee kävelemään erimaisemissa”

”saa happea”

”lisää unta yöksi”

”mielenvirkistys”

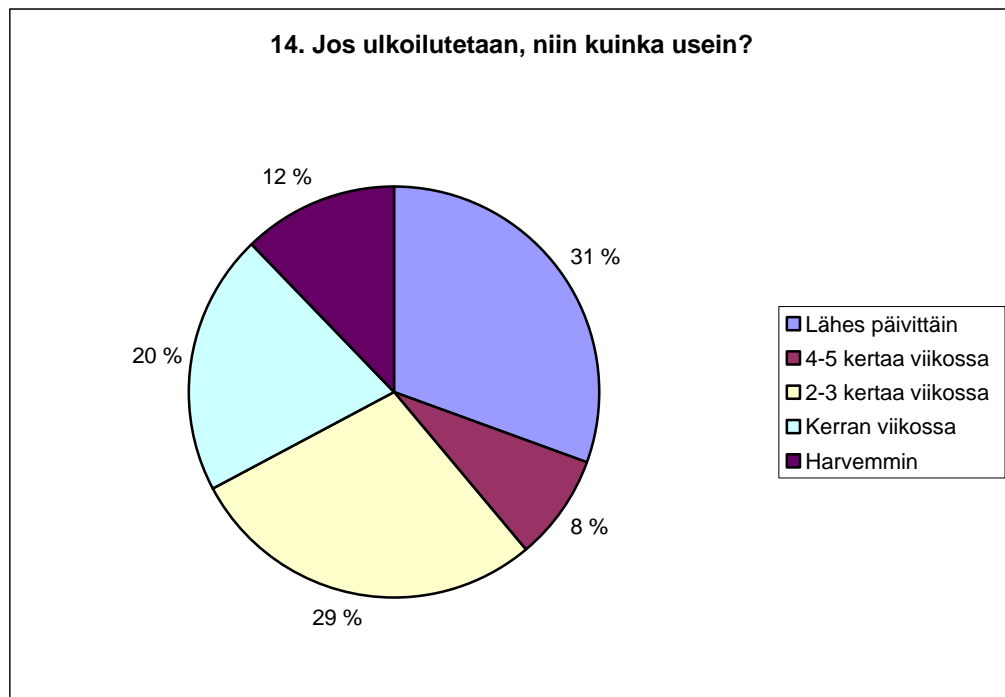
”vuodenajat, tuoksut ym. antavat elämyksiä asukkaille -> hyvä mieli!”

”tapaa tuttuja (sosiaaliset subteet vielä vanhuudessa tärkeitä)”

Kaikkien vastaajien mielestä päivittäisellä ulkoilulla on tärkeä merkitys. Ulkoilulle löytyi monia merkityksiä mutta melko harva kertoi ulkoliikunnalla olevan suuri merkitys fyysisen kunnon ylläpitäjänä. Monen asiantuntijan ja tutkijan mielestä ihmisen tulisi kävellä päivittäin tunnin ajan. Pelkästään rauhallinen kävely metsässä virkistää ja aktivoi mieltä, tunteita ja ajatuksia.(Hiltunen 2001, 240.)

13. Ulkoilutetaanko työssäsi käveleviä (apulaitteella tai itsenäisesti) asukkaita?

Vastauksesta käy ilmi että ulkoilua järjestetään 100 % eli kaikissa yksiköissä.



Kuva 9 Ulkoilu kertojen määrä

31 % yksiköistä ulkoilutetaan asukkaita lähes päivittäin, 8 % yksiköistä 4 – 5 kertaa viikossa, 29 % yksiköistä 2 – 3 kertaa viikossa, 20 % yksiköistä kerran viikossa, 12 % yksiköistä harvemmin kuin kerran viikossa.

Ulkoilua järjestetään kaikissa yksiköissä mutta suurimmassa osassa se ei ole säännöllistä eikä päivittäistä.

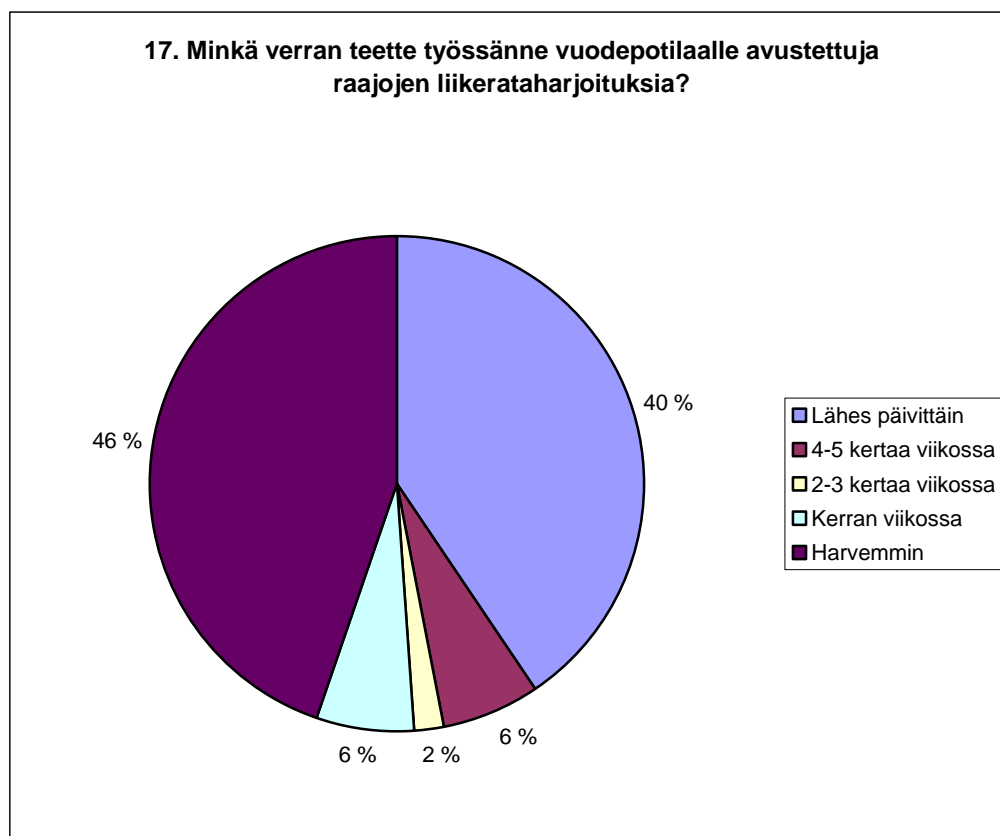
15. Pidetäänkö työyhteisössäsi ulkoilutusta tärkeänä?

98 % vastaajista piti ulkoiluttamista tärkeänä työyksikössään. 2 % ei kokenut sitä tärkeäksi.

Vastauksista voi päätellä, että ulkoliikuntaa järjestetään eniten kyselyssä olleista liikuntamuodoista. Sitä järjestetään noin joka kolmannessa yksikössä lähes päivittäin. Lähes kaikkien vastaajien mielestä ulkoiluttamista pidetään tärkeänä. Lähihoitajista vain yksi ja hoitoapulaisista yksi olivat sitä mieltä, ettei työyhteisössä pidetä ulkoilutusta tärkeänä. Koulutuksella ei ole merkitystä siinä, miten työyhteisössä arvioidaan ulkoilutuksen merkitystä. Myöskään työkokemuksella ei ole merkitystä arviointiin koska vain yksi alle yhden vuoden työkokemuksen omaava ja yksi yli 10 vuoden työkokemuksen omaava ei kokenut ulkoiluttamista tärkeänä.

16. Ulkoilutetaanko kaikkia asukkaita saman verran?

87 % vastaajista ulkoiluttaa työyksikössään asukkaita asukkaan jaksamisen mukaan. 13 % työyksiköistä ulkoiluttaa kaikkia asukkaita saman verran. Suurin osa työntekijöistä ottaa huomioon asukkaan fyysisen kunnon ja ulkoiluttaa heitä sen mukaan kuinka pitkän matkan he jaksavat kävellä. Vain osa kävelyttää kaikkia asukkaita yhtä pitkästi fyysisestä kunnosta riippumatta.



Kuva 10 Vuodepotilaan aktivointi

40 % vastaajista tekee vuodepotilaan avustettuja liikerataharjoituksia lähes päivittäin. 6 % tekee niitä 4 – 5 kertaa viikossa, 2 % tekee 2 – 3 kertaa viikossa ja 6% tekee kerran viikossa 46 % vastaajista tekee vuodepotilaalle avustettuja liikerataharjoituksia harvemmin kuin kerran viikossa.

Noin puolet vastaajista tekee vuodepotilaan aktivointia usein ja puolet hyvin harvoin.

18. Miten muuten työssäsi aktivoit vuodepotilasta?

Avoimella kysymyksellä (18) haimme yksikön työntekijöiden perusteluja miten he työssään aktivoivat vuodepotilasta. Teemoiksi nousivat asentohoito, liikehoito ja sosiaalinen tapahtuma (liite 3/5).

”seurustelulla”

”erilaiset tuokiot, kuten musiikin kuuntelu, jalkojen rasvaus, pallobieronta jne.”

”oiotaan raajoja”

”asentohoidoissa kääntämään kylkeä yms.”

”katsekontakti, keskustelu (vaikei vastausta)”

”kertomalla hänelle mitä kulloinkin teen (aktivoi puheen tuottamista)”

”ei riitä aikaa siihen”

17 ei vastannut kysymykseen.

Vastauksista ilmeni, ettei vuodepotilaita aktivoida kaikissa yksiköissä. Tähän vaikutti osaltaan se, että kysymyksessä sanan vuodepotilas, vastaajat tulkitsevat monella tavalla.

6.3 Työntekijöiden mielipide koulutustarpeesta

Kysymyksillä 19 – 20 selvitimme työntekijöiden koulutustarvetta Kysymykset liittyvät tutkimustehtävään 2 eli mitkä tekijät edistävät tai estävät liikunnan järjestämistä?

19. Koetko, että työssäsi tarvitset koulutusta ikäihmisen liikuttamiseen?

Suurin osa vastaajista koki tarvitsevansa koulutusta.

Vastausten mukaan koulutuksella tai työkokemuksella ei ole merkitystä sille, kokeeko tarvitsevansa koulutusta. Lähihoitajista noin 30 %, sairaanhoitajista 10 % ja hoitoapulaisista 20 % ei kokenut tarvitsevansa koulutusta ikäihmisten kuntouttamiseen. Kaikissa ammattiryhmissä näyttää olevan tarvetta lisäkoulutukseen. Kyselyssä kuitenkin hoitoapulaisista monet arvioivat tietonsa heikoksi vanhusten liikuttamiseen liittyen, mutta kaikki eivät silti kokeneet tarvitsevansa koulutusta. Onko niin, että koulutukseen ei yleensä ole innostusta eikä sitä koeta tärkeäksi. Vastaajat, joilla on työkokemusta alle yksi vuosi, lähes kaikki kokevat tarvitsevansa koulutusta (yksi ei tarvitse). 1 – 3 vuotta työssä olleista noin 70 % tarvitsee koulutusta, 4 – 10

vuotta työssä olleista noin 70 % ja yli 10 vuotta olleista noin 60 % kokevat tarvitsevansa koulutusta.

20. Millaista koulutusta toivoisit saavasi ikäihmisen liikuttamiseen liittyen?

Avoimella kysymyksellä (20) kartoitimme yksikön työntekijöiden koulutustarpeita ikäihmisen liikuttamiseen liittyen. Teemoiksi nousivat toimintakyvyn ylläpitäminen ja lisääminen sekä yksilöllinen kuntoutus (liite 3/6).

”vuodepotilaan liikuntaan liittyvää koulutusta”

”lihaskunnan ylläpitäviä ohjeita/välineitä ikäihmisille”

”yksilölliset kuntouttavat ohjeet/arviointi”

”perusohjausta, ideoita”

”kuntoarviointi, jonka pohjalta voi arvioida kuntoutusta”

”viriketoimintaa”

”aktiivisista ja passiivista liikkeistä fysioterapeuttisesti”

”asiakkaamme ovat erikuntoisia, mitä kellekin voisi tehdä”

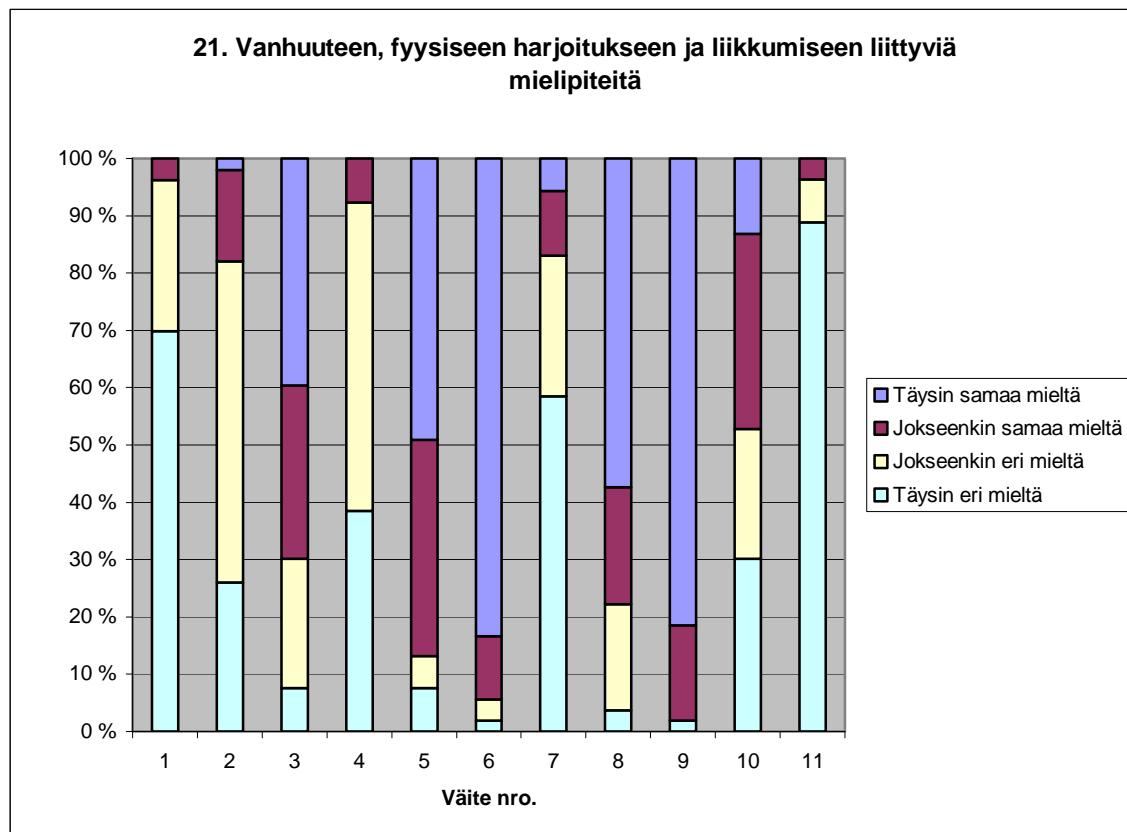
7 ei vastannut kysymykseen.

Vastausten perusteella työntekijät toivoivat monipuolista koulutusta.

6.4 Tehostetun asumispalveluyksiköiden työntekijöiden mielipiteitä vanhuuteen, fyysiseen harjoittamiseen ja liikkumiseen liittyen

Kysymyksellä 21 haimme vastausta tutkimustehtävään 2, eli siihen mitkä tekijät hoitotyöntekijöillä edistävät tai estävät ikäihmisten liikunnan järjestämistä.

Vastauksista päätellen suurin osa vastaajista suhtautuu vanhuksen liikkumiseen ja liikuttamiseen positiivisesti ja haluaisi järjestää liikuntaa. Monissa vastauksissa käy ilmi, ettei aikaa liikuttamiseen ja siihen avustamiseen ole tarpeeksi. Tulosten mukaan pitkän työkokemuksen omaavat vastaajat kokevat, ettei aikaa ole ja lyhyen työkokemuksen omaavat kokivat turvallisuuden liikuntaa tärkeämmäksi. Hoitoapulaiset kaipaavat liikuntatuokioiden järjestämiseen erityishenkilöstöä.



Kuva 11

Väite 1. Liikunta on palvelukodin asukkaille liian rasittavaa.

Olemme yhdistäneet vastaukset täysin samaa ja jokseenkin samaa mieltä. Samoin olemme yhdistäneet vastaukset täysin ja jokseenkin eri mieltä.

Koulutuksella, työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastaukseen. Lähes kaikki eli 96 % vastaajista on sitä mieltä, ettei liikunta ole asukkaille liian rasittavaa.

97 % lähihoitajista sekä kaikki sairaanhoitajat ja hoitoapulaiset olivat sitä mieltä, ettei liikunta ole liian rasittavaa palvelukodin asukkaille.

Lähes kaikki työntekijät työkokemuksesta riippumatta olivat sitä mieltä, ettei liikunta ole palvelukodin asukkaille liian rasittavaa. Vain 2 työntekijää, joiden työkokemus oli 4 - 10 vuotta, olivat eri mieltä asiasta.

Riippumatta siitä, kuinka paljon harrastaa liikuntaa työn ulkopuolella, kahta lukuun ottamatta vastasi, ettei liikunta ole liian rasittavaa palvelukodin asukkaille.

Väite 2. Turvallisuutta pitäisi palvelukodissa korostaa enemmän kuin liikkumista.

Suurin osa eli 82 % kaikista vastaajista on sitä mieltä, ettei turvallisuutta pidä korostaa enemmän kuin liikkumista. Kuitenkin melko moni eli 18 % on eri mieltä.

Koulutuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastaukseen, mutta työkokemuksella siihen on jonkin verran merkitystä. Tuloksista käy ilmi, että mitä vähemmän on työkokemusta, sitä useamman mielestä turvallisuutta pitäisi korostaa enemmän kuin liikkumista.

Suurin osa vastaajista eli 80 % lähihoitajista, 95 % sairaanhoitajista ja kaikki hoitoapulaiset olivat sitä mieltä, ettei turvallisuutta tarvitse korostaa enemmän kuin liikkumista. Suurin osa eli 81 % työntekijöistä joiden työkokemus on 1 – 3 vuotta, 83 % työntekijöistä joiden työkokemus on 4 – 10 vuotta ja 81 % työntekijöistä joiden työkokemus on yli 10 vuotta, olivat sitä mieltä, ettei turvallisuutta pitäisi korostaa enemmän kuin liikkumista. Kaikki työntekijät joiden työkokemus oli alle yhden vuoden, olivat sitä mieltä että turvallisuus on tärkeämpää kuin liikkuminen. Myös hieman alle 20 % kaikista muista vastaajistakin piti turvallisuutta tärkeämpänä kuin liikkumista.

Väite 3. Päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä liikunnaksi.

Noin 70 % kaikista vastaajista on sitä mieltä, ettei päivittäisten toimien suorittaminen pelkästään riitä liikunnaksi, mutta 30 % vastaajista on kuitenkin sitä mieltä että se riittää. Koulutuksella ei ole merkitystä, koska kaikissa ryhmissä on saman verran eriäviä mielipiteitä. Työkokemuksella ja omilla liikuntatottumuksilla voi olla merkitystä.

Vastauksesta voi tehdä johtopäätöksen; mitä vähemmän on työkokemusta tai mitä vähemmän harrastaa liikuntaa, sitä useamman mielestä päivittäiset toiminnot riittävät liikunnaksi. Otos lyhyen aikaa työskennelleistä on niin pieni, että vastaus voi siltä osin olla sattumaa ja se vaikuttaa tuloksen luotettavuuteen.

Suurin osa eli lähes 70 % lähihoitajista, 75 % sairaanhoitajista sekä 75 % hoitoapulaisista ovat sitä mieltä, ettei päivittäisten toimien suorittaminen pelkästään riitä liikunnaksi. Kuitenkin noin 30 % mielestä se on riittävää.

Suurin osa eli 75 % työntekijöistä, joilla on työkokemusta alle vuoden, oli sitä mieltä, että päivittäisten toimien suorittaminen riittää liikunnaksi. 1 – 3 vuotta työssä olleista vain 34 %, 4 – 10 vuotta työskennelleistä 15 % ja yli 10 vuotta työssä olleista noin 30 % olivat samaa mieltä.

Väite 4. Asukkaiden tulisi saada levätä enemmän.

Lähes kaikki eli 96 % on sitä mieltä, että lepoa on asukkailla riittävästi eikä heidän tarvitse levätä nykyistä enempää.

Koulutuksella, työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastauksessa.

Lähes kaikki eli 92 % lähihoitajista, kaikki sairaanhoitajat ja 95 % hoitoapulaisista oli sitä mieltä, ettei asukkaiden tulisi levätä enemmän. Kaikista vastaajista vain 4 henkilöä oli eri mieltä.

Lähes kaikkien vastanneiden työkokemuksesta tai omista liikuntatottumuksista riippumatta, asukkaiden ei tulisi saada levätä enempää.

Väite 5. Liikunnan anti asukkaille on suurempi kuin siihen sisältyvät riskit.

87 % on sitä mieltä, että liikunnan asti on suurempi kuin siihen sisältyvät riskit, mutta kuitenkin 13 % mielestä riskit ovat suuremmat kuin liikunnan anti.

Koulutuksella näyttää olevan jonkin verran merkitystä, koska vain hoitoapulaisista aika suuri osa pitää riskejä suurempana kuin liikunnan antia. Työkokemuksen pituudella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä mielipiteisiin edellä olevissa asioissa.

89 % lähihoitajista, kaikki sairaanhoitajat ja 65 % hoitoapulaisista oli sitä mieltä, että liikunnan anti on asukkaille suurempi kuin siihen sisältyvät riskit. Kuitenkin 35 % hoitoapulaisista ja 11 % lähihoitajista piti riskejä suurempina.

Noin 13 % kaikista vastanneista työkokemuksesta riippumatta oli sitä mieltä, että liikuntaan sisältyvät riskit ovat asukkaille suuremmat kuin liikunnan tuoma anti.

Väite 6. Asukkaiden kävelyttäminen ja avustaminen jumppatuokioissa kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Lähes kaikki eli 96 % on sitä mieltä, että asukkaiden kävelyttäminen ja avustaminen jumppatuokioissa kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Koulutuksella, työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastaukseen.

Lähes kaikki eli 91 % lähihoitajista, kaikki sairaanhoitajat ja kaikki hoitoapulaiset olivat sitä mieltä että asukkaiden kävelyttäminen ja avustaminen jumppatuokioissa kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Kaikki työntekijät, joilla oli työkokemusta alle yksi vuosi tai 1 - 3 vuotta, olivat sitä mieltä että asukkaiden kävelyttäminen ja avustaminen jumppatuokioissa kuuluvat hoitohenkilökunnan tehtäviin. Myös 4-10 vuotta ja yli 10 vuotta työskennelleistä kaikki kolmea työntekijää lukuun ottamatta olivat samaa mieltä siitä, että ne kuuluvat hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Väite 7. Asukkaiden avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä.

Suurin osa eli 82 % oli sitä mieltä, ettei asukkaiden avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä vaan siihen riittää aikaa. Aika moni eli 18 % oli sitä mieltä, ettei omatoimisuuteen avustamiseen ole aikaa.

Koulutuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole suurta merkitystä vastaukseen, mutta tuloksista käy ilmi, että mitä enemmän työkokemusta on, sitä vähemmän on aikaa avustaa omatoimisuuteen.

Noin 89 % lähihoitajista, yli 90 % sairaanhoitajista ja kaikki hoitoapulaiset olivat sitä mieltä, ettei asukkaiden avustaminen omatoimisuuteen vie liikaa aikaa muilta töiltä.

Lähes kaikki työntekijät työkokemuksesta riippumatta olivat sitä mieltä, että asukkaiden avustaminen omatoimisuuteen ei vie liikaa aikaa muilta töiltä. Vain 15 % työntekijöistä, joilla oli työkokemusta 4 – 10 vuotta ja noin 30 % työntekijöistä, joilla oli työkokemusta yli 10 vuotta, olivat eri mieltä.

Väite 8. Asukkaiden fyysinen aktivointi ei edellytä erityishenkilökuntaa.

Suurin osa eli 78 % oli sitä mieltä, ettei asukkaiden fyysinen aktivointi edellytä erityishenkilökuntaa. 22 % oli sitä mieltä, että siihen tarvitaan erityishenkilökuntaa.

Työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole suurta merkitystä vastaukseen. Koulutuksella on merkitystä, koska 35 % hoitoapulaisista edellyttäisi erityishenkilökuntaa fyysiseen aktivointiin, mutta muissa ryhmissä samaa mieltä on vain muutama.

90 % lähihoitajista, noin 90 % sairaanhoitajista ja 65 % hoitoapulaisista on sitä mieltä, että asukkaiden fyysinen aktivointi ei edellytä erityishenkilökuntaa.

Lähes 80 % työntekijöistä joilla on työkokemusta 1 – 3 vuotta, 95 % työntekijöistä joilla on työkokemusta 4 – 10 vuotta ja 73 % työntekijöistä joilla on yli 10 vuotta työkokemusta, olivat sitä mieltä, että asukkaiden fyysinen aktivointi ei edellytä erityishenkilökuntaa. Työntekijöistä, joilla on työkokemusta alle 1 vuosi, 75 % oli sitä mieltä, että asukkaiden fyysinen aktivointi edellyttää erityishenkilökuntaa.

Väite 9. Asukkaiden kävelyttäminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Lähes kaikki eli 99 % oli sitä mieltä, että asukkaiden kävelyttäminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Koulutuksella, työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastaukseen. Asukkaiden kävelyttäminen kuuluu yhtä lukuun ottamatta kaikkien lähihoitajien, kaikkien sairaanhoitajien ja hoitoapulaisten mielestä hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Kaikkien vastaajien mielestä, joiden työkokemus on korkeintaan 10 vuotta, olivat sitä mieltä, että asukkaiden kävelyttäminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin. Työntekijöistä, joiden työkokemus on yli 10 vuotta, 95 % vastaajasta oli samaa mieltä. Työkokemuksesta riippumatta lähes kaikkien mielestä kävelyttäminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Väite 10. Liikuntatuokioiden järjestämiseen asukkaille ei jää aikaa muiden töiden takia.

Noin puolet eli 52 % oli sitä mieltä, että liikuntatuokioiden järjestämiseen asukkaille jää aikaa. Lähes puolet (48 %) oli sitä mieltä, että aikaa ei jää muiden töiden takia.

Koulutuksella ja myös työkokemuksella voi olla merkitystä, koska yli puolet (52 %) lähihoitajista oli sitä mieltä, ettei aikaa jää muiden töiden takia. Muista ryhmistä vain 35 % on sitä mieltä. Työkokemuksen osalta tulokset osoittavat, että yli 10 vuotta työskennelleistä puolet on sitä mieltä, että aikaa ei riitä, kun muissa ryhmissä pienempi osa on samaa mieltä heidän kanssaan.

48 % lähihoitajista, 65 % sairaanhoitajista ja hoitoapulaisista oli sitä mieltä, että liikuntatuokioiden järjestämiseen asukkaille jää aikaa muilta töiltä. Kuitenkin yli puolet lähihoitajista eli 52 % sekä 35 % sairaanhoitajista ja hoitoapulaisista oli sitä mieltä, että aikaa ei jää.

Työntekijöistä 75 % joilla on työkokemusta alle vuosi, olivat sitä mieltä, ettei liikuntatuokioiden järjestämiseen asukkaille jää aikaa muiden töiden takia. Samaa mieltä olivat 66 % vastaa-

jista joilla on työkokemusta 1 – 3 vuotta, noin 75 % vastaajista joilla on työkokemusta 4- 10 vuotta ja 50 % vastaajista joilla on työkokemusta yli 10 vuotta

Omien liikuntatottumusten osalta vastaukset jakaantuivat siten, että riippumatta liikunnan määrästä puolet vastasi, ettei aikaa liikuntatuokioiden järjestämiseen jää muilta töiltä.

Väite 11. Asukkaiden ulkoiluttaminen ei kuulu hoitohenkilökunnan tehtäviin.

Lähes kaikki eli 97 % oli sitä mieltä, että ulkoiluttaminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin. Koulutuksella, työkokemuksella tai omilla liikuntatottumuksilla ei ole merkitystä vastauksessa.

Asukkaiden ulkoiluttaminen kuuluu 95 % lähihoitajista ja kaikkien sairaanhoitajien sekä hoitopulaisten mielestä henkilökunnan tehtäviin. Vastauksesta ilmenee, että vain kahden lähihoitajan mielestä ulkoiluttaminen ei kuulu henkilökunnan tehtäviin.

Lähes kaikkien mielestä työkokemuksesta riippumatta asukkaiden ulkoiluttaminen kuuluu hoitohenkilökunnan tehtäviin (vain 2 henkilöä joilla on työkokemusta 4 – 10 vuotta oli eri mieltä).

6.5 Tutkimustulosten ja johtopäätösten pohdintaa

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa minkä verran yksityisissä tehostetun palveluasumisen yksiköissä järjestetään liikuntaa ja mitkä tekijät edistävät tai estävät liikunnan järjestämistä. Opinnäytetyössämme käsitelimme ulkoliikuntaa kävellen, tuolijumpaa ja vuodepotilaan aktivointia. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että työntekijät suhtautuvat ikäihmisen liikuttamiseen periaatteessa erittäin positiivisesti, mutta yksiköissä sitä ei kuitenkaan järjestetä kovin säännöllisesti eikä se ole päivittäistä.

Kaikki työntekijät vastasivat että ulkoliikuntaa kävellen järjestetään, mutta kertojen määrät vaihtelevat eri yksiköiden välillä paljon. Alle puolet vastaajista vastasi, että kävelyä järjestetään päivittäin tai ainakin 4-5 kertaa viikossa. Noin kolmannes vastasi, että kävelyä järjestetään vain kerran viikossa tai harvemmin.

65 % vastaajista vastasi, että tuolijumppaa järjestetään, mutta vain 5 % vastasi, että järjestetään lähes päivittäin. 95 % vastaajista vastasi, että sitä järjestetään vain kerran viikossa tai harvemmin.

Vuodejumppaa järjestettiin useimmissa yksiköissä, joissa oli vuodepotilaita, mutta 40 % vastaajista vastasi, että sitä järjestetään harvemmin kuin kerran viikossa.

Ikäihmiselle päivittäinen liikunta on erityisen tärkeää. Aiempien tutkimusten mukaan päivittäinen kävely ulkona on ihanteellista liikuntaa iäkkäille. Kävely parantaa hapenottoa, lihaskuntoa, nivelten liikkuvuutta, hidastaa osteoporoosin kehittymistä, energiatasapaino paranee, ehkäisee masennusta ja stressiä ja D-vitamiinin saanti lisääntyy. Säännöllisillä nivelharjoituksilla joka iäkkäällä ihmisellä on hyvä olla päivittäistä, saadaan supistuneet liikeradat vähitellen laajenemaan. (Karvinen 1994) Tuolijumppa on hyvä liikuntamuoto sillä istuma-asento on nivelharjoituksissa hyvä koska tällöin kuorma nivelten päältä vähenee ja niveltä voi liikuttaa kivuttomammin. Myös vuodepotilaan liikeratojen harjoittaminen on erityisen tärkeää. Pitkään yhdessä kohdassa olevan potilaan raajat jäykistyvät, verenkierto ja aineenvaihdunta heikkenevät. Riski saada painehaavaumia ja tukoksia lisääntyy. Hoitajalla on tärkeä rooli kuntouttajana. (Era 1997)

Vastanneissa yksiköissä suurin osa työntekijöistä on koulutettuja lähihoitajia, perushoitajia tai sairaanhoitajia. Joukossa on myös muutamia hoitoapulaisia tai muita. Työkokemus on vankka, suurimmalla osalla työntekijöistä on työkokemusta vanhustenhoidossa ainakin yli 4 vuotta. Useimmat työntekijät harrastavat liikuntaa useita kertoja viikossa vapaa-aikanaan. Näillä tekijöillä ei kuitenkaan näytä olevan kovinkaan suurta merkitystä asenteissa ikäihmisten liikuttamista kohtaan. Vain koulutustarve ja oma kokemus siitä, että ei ole riittävästi tietoa ikäihmisen liikunnasta näyttää olevan suurempi niillä, joilla ei ole alan koulutusta.

Kyselyn mukaan työntekijät ovat samaa mieltä liikunnan tärkeydestä, mutta sitä ei kuitenkaan järjestetä päivittäin. Syitä voi olla monia. Useissa vastauksissa ajan puute oli yksi tekijä miksi liikuntaa ei järjestetä riittävästi. Aiempien tutkimusten mukaan (Karvinen) työntekijän oma asenne on suurin este liikuttamiselle. Työntekijä ei pidä liikuntaa tärkeänä, kun kyseessä on raihnainen vanhus ja töissä riittävästi muutakin tekemistä.

Opinnäytetyömme kyselyn viimeisessä kysymyksessä oli väittämiä, joissa selvitettiin työntekijöiden mielipiteitä ikäihmisen liikuntaa kohtaan. Vastaukset olivat suurimmaksi osaksi odo-

tustemme kaltaisia ja suhtautuminen ikäihmisen liikuttamiseen positiivista, mutta hajontaa tuli kuitenkin jonkin verran.

Esimerkiksi suurin osa vastaajista oli eri mieltä siitä, että turvallisuutta pitäisi korostaa liikumista enemmän, mutta 9 vastaajaa kuitenkin piti turvallisuutta liikumista tärkeämpänä. Suurin osa oli sitä mieltä, että ikäihmisen päivittäiset toiminnot eivät riitä liikunnaksi, vaan myös erillistä liikuntaa tarvitaan. Kuitenkin 25 % vastaajista oli sitä mieltä, että päivittäiset toiminnot riittävät. Tässä vastauksessa kävi selkeimmin ilmi omat liikuntatottumukset. Mitä enemmän harrastaa liikuntaa, sitä useamman vastaajan mielestä päivittäisten toimien suorittaminen ei riitä liikunnaksi. Omakohtainen kokemus liikunnan tärkeydestä on voinut vaikuttaa tähän.

Suurimman osan mielestä fyysisen aktiivisuuden järjestäminen ei vaadi mitään erityishenkilökuntaa, vaan hoitajat voivat tehdä sen. Peräti 12 vastaajaa oli sitä mieltä, että siihen pitäisi olla erityinen henkilö. Yleensä hoitokodit ovat pieniä yksiköitä, eikä erityistä henkilökuntaa ole mahdollista palkata päivittäisen aktiivisuuden järjestämiseen vaan kaikki työntekijät joutuvat osallistumaan sen järjestämiseen. Työssä oppimisen, ohjeiden, koulutuksen ja kirjallisuuden avulla voi jokainen työntekijä järjestää perusliikuntaa kuten tuolijumppaa, kävelyä ja vuodepotilaan aktivointia ilman erityistä henkilökuntaa.

Lähes puolet vastaajista vastasi, että työntekijöillä ei riitä aikaa järjestää liikuntatuokioita ja myös omatoimisuuteen avustaminen vie monen työntekijän mielestä liikaa aikaa. Useissa yksiköissä omatoimisuuden tukeminen ja kuntoutuksen tukeminen ovat toiminnan lähtökohtia, mutta jos siihen ei riitä aikaa, tulisiko miettiä mikä siihen on syytä ja miten sitä voitaisiin parantaa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme on teorialähtöinen eli deduktiivinen. Opinnäytetyömme pohjautuu useisiin eri tutkimuksiin ja ne vahvistavat meidän käsitystämme työmme aiheesta. Pohdintaosiossa käsittelemme luotettavuutta, reliabiliteettiä, validiteettiä, työmme eettisyyttä sekä pohdimme yleisesti opinnäytetyömme prosessia ja ammatillista kehittymistämme. Lopussa mietimme jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöllemme.

7.1 Luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Systemaattiset virheet johtavat tuloksia harhaan ja heikentävät sekä tutkimuksen reliabiliteettiä että validiteettiä. Systemaattinen virhe voi johtua kadosta tai siitä, että vastaajat valehtelevat, kaunistelevat tai vähättelevät asioiden tilaa. Systemaattisesta virheestä voi löytyä myös uusia kysymyksiä, kun tutkija vertailee sitä aiempiin vastaaviin tutkimuksiin. Sen sijaan satunnaisvirheet, kuten vastaajan muisti- virhe, heikentävät tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilka 2007, 152 - 153.)

Heikkilän (2008, 188) mukaan hyvässä tutkimusraportissa tutkija arvioi koko tutkimuksen luotettavuutta käytettävissä olevien tietojen perusteella. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on hyvin tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti on korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelmaa.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää otoksen koko, koska lähetimme kyselyn kaikkiin yksityisiin yksiköihin ja vastausprosentti oli 73,3 %.

Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentää se, että joidenkin vastaajaryhmien joukossa oli niin vähän vastaajia, että tulos voi vääristyä (esimerkiksi alle yksi vuotta työskennelleissä oli vähän vastaajia). Pohdimme myös kuinka paljon vastauksiin vaikutti pelko siitä, että esimiehet tai työnantajat voivat lukea vastaukset ennen lähettämistä, koska vastaukset työpaikoilta tulivat samassa kuussa.

Heikkilän (2008, 185) mukaan ensimmäinen edellytys luotettavuudelle on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Mittauksen hyvyttä tai luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä: validiteetti ja reliabiliteetti. Nämä muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden.

7.1.1 Validiteetti

Tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä oli tarkoituskin selvittää. Jos tutkija ei ole asettanut täsmällisiä tavoitteita tutkimukselleen, hän tutkii helposti vääriä asioita. Validius (pätevyys) tarkoittaa karkeasti ottaen systemaattisen virheen puuttumista. Validilla mittarilla suoritettavat mittaukset ovat keskimäärin oikeita. Validiutta on hankala tarkastella jälkikäteen. Se on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti, ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. (Heikkilä 2008, 30.)

Vilkan (2007, 150) tutkimuksen mukaan validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tosin sanoen, miten tutkija on onnistunut operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle eli miten onnistuneesti tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuudet lomakkeeseen eli mittariin. Tutkimuksen validius on hyvä, jos tutkija ei ole joutunut tutkimuksessa esimerkiksi käsitteiden tasolla harhaan ja systemaattiset virheet puuttuvat. Tutkimuksen validiteetissa arvioinnin kohteena ovat seuraavat asiat: Miten tutkija on onnistunut teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa arkikielellä? Miten mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältö ja muotoilu on onnistunut? Miten onnistunut on valitun asteikon toimivuus? Millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy? (Vilka 2007, 150.)

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituksena mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Mittari siis aiheuttaa tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226 - 227.)

Kyselylomakkeella olevat kysymykset on laadittu niin, että niillä saatuihin tuloksiin löytyy teoriasta vastaukset. Muutama kysymys oli laadittu siten, että sen tulkinnassa voi olla eroja. Esimerkiksi vuodepotilas käsitteessä oli selviä eroja siinä, miten se ymmärrettiin. Joissakin vastauksissa vuodepotilasta aktivoitiin esimerkiksi kävelyttämällä. Kysymyksessä olimme tarkoittaneet, että vuodepotilas on vuoteessa lähes ympärivuorokauden eikä pysty enää kävelemään edes autettuna.

7.1.2 Reliaabelius

Tutkimuksessa reliaabelius tarkoittaa mittatulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämä voidaan todeta monella usealla tavalla. Esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päättyy samaan tulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina, tai jos samaa henkilö tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan jälleen todeta tulokset reliaabeleiksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Opinnäytetyössämme esille nousseet tulokset ovat samansuuntaiset aiemmin samasta aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa. Teimme kyselyn yksityisiin yksiköihin ja vastaavanlainen tutkimus voitaisiin tehdä esimerkiksi myös julkisella puolella oleviin tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Tulokset voitaisiin näin todeta reliaabeleiksi.

Heikkilän (2002, 30) mukaan reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan sen toistettavuutta samanlaisin tuloksin. Tutkijan on oltava koko tutkimuksen ajan tarkka ja kriittinen. Tärkeintä tutkijalle on taito tulkita tulosteet oikein ja käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hän hallitsee hyvin.

Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Kysymys on tutkimuksen toistettavuudesta. Tutkimus on luotettava ja tarkka, kun toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta eri tutkijasta. Tutkimuksen reliabiliteettia tulee arvioida jo tutkimuksen aikana. Reliabiliteettiin liittyviä asioita voidaan tarkastella myös tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen tarkkuudella tarkoitetaan, että tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä. Arvioinnin kohteena ovat seuraavat asiat: Miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa? Mikä on vastausprosentti? Miten huolellisesti havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot on syötetty? Millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy eli mittarin kyky mitata tutkittavia asioita kattavasti? (Vilka 2007, 149 - 150.)

Opinnäytetyömme oli kyselytutkimus. Kyselylomake laadittiin teoriataustan pohjalta. Kyselylomakkeesta pyrimme tekemään sellaisen, jolla saimme vastaukset tutkimustehtäviin. Esitetauksen tarkoituksena oli selvittää, onko kyselymme ymmärrettävässä muodossa ja onko siihen helppo vastata, viekö lomakkeen täyttäminen paljon aikaa ja onko turhia kysymyksiä.

Lähetimme kyselyn 15 yksikköön eli kaikkiin kainuulaisiin yksityisiin tehostetun palveluasumisen yksikköihin joissa hoidetaan ikäihmisiä. Vastauksia saimme 11 yksiköstä. Otos edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. Itse emme voineet vaikuttaa siihen kuinka moni yksikön hoitajista vastasi. Jokaisesta yksiköstä on vastannut keskimäärin 5 työntekijää, joten vastausprosentti on hyvä, koska useat yksiköt ovat pieniä. Vastaajista suurin osa oli lähihoitajia tai perushoitajia mutta joukossa kuitenkin oli useita sairaanhoitajia ja hoitoapulaisia joten kaikki ammattiryhmät ovat vastanneet tasaisesti.

7.2 Eettisyys

Hirsijärvi ym. (2007, 25, 27) mukaan hyvää tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monin tavoin. Erityisesti tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt aiheuttavat ihmistieteissä ongelmia. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. On myös selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan ja millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Yleensä tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus. Tällä halutaan estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeissa. Perehtyneisyys tarkoittaa sitä, että kaikki tärkeät näkökohdat siitä, mitä tulee tapahtumaan tai mitä saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa, paljastetaan tutkimushenkilölle ja että henkilön tulee olla kykenevä ymmärtämään tämä informaatio. Termi suostumus tarkoittaa sitä, että henkilö on pätevä tekemään rationaalisia ja kypsä arviointeja ja että osallistumista koskevan suostumuksen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimustyössä pyrkimyksenä tulisi olla, että tehdään tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja tutkimustoiminnan eri vaiheissa. Kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä on otettava huomioon kunnioittavan kohtelun edellyttämät näkökohdat. Aineiston keräämisessä otetaan huomioon mm. anonyymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti.

Opinnäytetyöhömmöme tarvittavat luvat ovat hankittu asianmukaisesti. Tehtävässä kyselytutkimuksessa vastaajat eivät tule tunnustettua missään vaiheessa ja me noudatamme vaitiolovelvollisuutta. Kyselylomakkeet postitettiin suoraan meille ja ne hävitetään asianmukaisesti. Kyselyssä saamamme tulokset käsitelimme luottamuksellisesti.

Hirsjärvi ym.(2007, 25 - 27) mukaan tutkimustyössä on vältettävä epärehellisyyttä kaikissa vaiheissa. Keskeisiä ovat ainakin seuraavat huomioon otettavat periaatteet. Toisten tekstiä ei saa plagioida. Luvatonta lainaamista on kaikki sellainen toiminta, jossa jonkun toisen käsikirjoitusta, artikkelia tai tekstiä esitetään omana. Jokaisella on tuottamaansa tekstiin copyright-oikeus, mikä merkitsee sitä, että tekstiä lainattaessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Suoraan lainattaessa on lainauksen oltava tarkka aina painovirheitä myöten. Myös asiasisältöjä lainattaessa ovat lainaukset osoitettava. Tutkijan ei pidä plagioida itseään, omia tutkimuksiaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija tuottaa näennäisesti uutta tutkimusta muuttamalla vain pieniä osia tutkimuksestaan. Tuloksia ei yleistetä kriitikittömästi. Tuloksia ei sepitetä eikä niitä kaunistella. Vilppiä on mm. tulosten yleistäminen, vaikka siihen ei olisi perusteita, ja tulosten sepittäminen, jolloin tiedeyhteisölle esitetään tekaistuja havaintoja. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä eli julkaisussa on mainittava kaikki tutkimusryhmän jäsenet.

Hyvä tieteellinen käytäntö pitää tärkeänä, että tutkittavat, kuten yksilöt, ryhmät ja paikkakunnat, säilyvät tuntemattomina. Määrällisessä tutkimuksessa ei kirjata yksilöittäin, joten tunnistamisen riskiä ei ole. Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu toisen työn kunnioittaminen. Tutkimuksessa sillä tarkoitetaan muun muassa, että oman tutkimuksen ulkopuolisia lähteitä käytetään asiallisesti. Toisen työn tuloksia tulee selostaa kunnioittavasti. Toisen tutkijan tuottamaa tietoa ei saa vähätellä tai vääristellä. (Vilka 2007, 166 - 168.)

Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi ja oikein huomioon otetuksi, on vaativa tehtävä. On tärkeää, että näihin seikkoihin harjaannutaan jo ensimmäisestä tutkimus- ja kirjoitustehtävästä lähtien. Internetin käyttö tutkimuksen aineistona tuo esiin uusia eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 27.)

Opinnäytetyötä olemme tehneet kolmen hengen ryhmässä. Vastuu työn tekemisestä on jaettu tasapuolisesti, kaikkien mielipiteitä ja havaintoja on otettu huomioon. Epärehellisyyttä on vältetty kaikissa vaiheissa. Opinnäytteessä käytetyt lähteen on merkitty asianmukaisesti. In-

ternetlähteiden käyttö on ollut vähäistä. Opinnäytetyömme tulokset on pyritty esittämään totuudenmukaisesti. Kyselylomakkeita ei ole lukeneet muut kuin opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyön jälkeen kyselylomakkeet hävitetään polttamalla.

7.3 Yleinen pohdinta

Opinnäytetyömme tekeminen on kysynyt voimia meiltä kaikilta. On ollut monenlaista ylä- ja alamäkeä tutkimusprosessimme aikana. Työmme vaihtui aiheanalyysin jälkeen teorialähtöiseksi eli deduktiiviseksi. Alussa ajatuksenamme oli toteuttaa tuote, mutta siihen resurssimme eivät riittäneet.

Alkuvaiheessa tutustuimme aiheeseemme liittyvään aikaisempaan teorian tietoon ja tutkimuksiin. Keskeisten käsitteiden valitsemisen jälkeen työmme selkeytyi ja saimme mietittyä itsellemme kaksi tutkimustehtävää. Tämän jälkeen laadimme kyselylomakkeen. Kyselylomaketta muokattiin useaan kertaan, jotta saisimme sen avulla mahdollisimman tarkat vastaukset tutkimustehtäviin. Esitestaukset auttoivat lomakkeen muokkauksessa. Kyselylomakkeesta halusimme lyhyen ja ytimekkään ja mahdollisimman nopeasti vastattavan. Sitä se myös mielestämme oli. Saimme hyvän vastausprosentin, joka toisaalta kertoo mielenkiinnosta asiaan. Jälkikäteen huomasimme, että joitakin kysymyksiä olisi hyvä ollut tarkentaa jotta kaikki vastaajat olisivat vastanneet samalla tavoin. Kokonaisuudessaan olemme kuitenkin tyytyväisiä. Halusimme selvittää liikuntakertojen määrää ja työntekijöiden mielipiteitä ja niitä me myös saimme.

Meitä on kolmen hengen ryhmä ja asumme eripuolilla Kainuuta. Tämä on ollut eräänlainen haaste työmme tekemisessä. Kaikki olemme työelämässä ja jokaisella on myös oma perhe-elämä. Kaikkien näiden tekijöiden yhteensovittaminen ei ole ollut helppoa. Yhteisen ajan löytäminen on ollut tärkeää ja yhdessä kokoontumiset ovat auttaneet meitä jaksamaan. Välillä tunteemme ovat olleet luovuttamisessa; ei enää jakseta. On ollut paljon myös onnistumisen tunteita, jotka ovat auttaneet meitä tekemään työtämme loppuun.

Työmme viivästyminen on toisaalta ollut meille hyvä asia. Olemme joutuneet miettimään asioita useaan kertaan ja joskus aloittamaan aina uudestaan. Olemme huomanneet monet

virheet ja toisaalta ymmärtäneet asioiden johdonmukaisuuden. Uskomme, että tämä on vahvistanut työtämme ja tehnyt siitä paremman.

Opinnäytetyömme tekeminen on kehittänyt meitä ammatillisesti. Työ on kasvattanut meitä henkisesti eli olemme saaneet oppia pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä. Välillä olemme tunteet olevamme täysin umpikujassa. Toisiamme tukien ja ohjaavan opettajan tuella olemme aloittaneet uudestaan ja taas päässeet jaloilleen. Tämä kuvaa mielestämme myös pitkäaikaispotilaan hoitotyötä eli välillä mennään sairaudenhoidossa nopeasti eteenpäin ja välillä tulee takapakkia reilusti. Opinnäytetyömme on myös opettanut meille, miten saamme hankittua uutta ja luotettavaa tietoa. Opimme myös kyseenalaistamaan muiden kirjoittamaa tietoa ja tekemään siitä omia johtopäätöksiä.

Opinnäytetyön loppupuolella huomasimme paljon tekemiämme virheitä. Kehityimme myös arvioimaan omia kirjoituksiamme ja miettimään mitä on järkevä kirjoittaa ja miksi? Esimerkiksi huomasimme, että kysymyslomakkeella olisi voinut olla vielä enemmän taustakysymyksiä. Olisimme näin saaneet enemmän tietoa vastaajista. Eli tässäkin asiassa tapahtui ammatillista kasvua; osaamme omassa työssämme arvioida itseämme ja omia päätöksiämme sekä miten tekemämme päätökset vaikuttavat johonkin toiseen asiaan. Me työskentelimme opinnäytetyötä tehdessämme kolmen hengen ryhmässä. Ryhmätyöskentely opettaa huomioimaan muita ryhmän jäseniä ja jakamaan tehtäviä. Sairaanhoidajana työskenteleminen on ryhmätyötä eli teemme työtä moniammatillisessa työryhmässä ja meidän on osattava hoitaa hoidettavaa yksimielisesti ja jokaisella on oltava samat hoidon tavoitteet. Ryhmässä työskentely hioo sosiaalisia taitoja ja opimme kunnioittamaan toistemme näkemyksiä.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä vastaavanlaisen kyselyn yksiköiden asukkaille tai maakuntakuntayhtymän tehostetun palveluasumisenyksikköihin.

LÄHTEET

- Aaltola J. & Valli R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS-kustannus, Juva. (uudistettu painos)
- Anttila P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Beyschlag R. 1996. Ikäihmisten liikuntaa leikkimielisesti. Edita Helsinki.
- Era P. (toim.)1997. Ikääntyminen ja liikunta.
- Fogelholm M, Vuori I toim. Terveysliikunta, Duodecim UKK-instituutti 2005.
- Hakala S. 2006. Liikuntapalveluiden tarjonta ikäihmisille Periaatteiden ja suositusten toteutuminen Raumalla ja Varkaudessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntasosiologian pro gradu – tutkielma.
- Heikkinen E. & Marin M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Heikkinen E. & Rantanen T.(toim.) 2003 Gerontologia. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helin S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatio-prosessi. Lievestuore ER-paino Ky.
- Hiltunen P. 2001. Liikunnan iloa. Otavan kirjapaino Oy
- Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi.
- Hirvensalo M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Hirvensalo M. 1998. iäkkäiden henkilöiden liikuntaharrastus sekä liikkumiskyvyn ja liikuntaharrastuksen yhteys kuolleisuuteen ja avun tarpeeseen kahdeksan vuoden seurannan aikana. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikan lisensiaattitutkimus.
- Huuhtanen M. & Kautto M. 2006. Keinutuolijumppa. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

- Iivanainen A. & Jauhianen M. & Pikkarainen P. 2004. Hoitamisen taito: Tammi. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.
- Ijäs K. 2006. Ikääntyvän ihmissuhteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kainuun liitto: Kainuun hyvinvointistrategia 2006.
- Kangas I & Nikander P. 1999. Naiset ja ikääntyminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Karvinen E. 2000. ”Tulee friski ja hyvä olla” Toimintatutkimus fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi Kontulan vanhainkodissa. Jyväskylän yliopisto. Gerontologian ja kansanterveyden lisensiaatintutkimus.
- Karvinen E. 1994. Iloisesti ikääntyvien liikunnalliset rajoitteet. Gummerus Oy:n Kirjapaino, Jyväskylä.
- Kauhajärvi S. 2005. Dementoituneiden vanhusten hoitotyö Ryhmäkoti Mäntyrinteessä hoitajien arvioimana. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Lahden yksikkö. Opinnäytetyö.
- Krons M. 2003. Seniori opas, vinkkejä/palveluja/terveyttä. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Kivinummi T. 2007. Alaraajojen toimintakyvyn yhteys koettuihin liikunnan esteisiin iäkkäällä henkilöllä. Jyväskylän yliopisto.
- Sonkin L., Petäkoski – Hult T., Rönkä K. & Södergård H. 2001. Seniori 2000, Ikääntyvä Suomi uudelle vuositukselle. Yliopistopaino, Helsinki.
- Squires A.. 1996. Rehabilitation of olders people. Chapman & Hell. Great Britain.
- Suominen M. Kannus P. Käyhty M. ym. 2001. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky, VK- kustannus Oy
- Tilvis R., Hervonen A., Lehtonen A., Sulkava R., 2001. Geriatria, Duodecim. Hämeenlinna.
- Tulva T., Uusitalo I. & Harra K. 2007. Saarijärven offset Oy. Saarijärvi.
- Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viramo P & Ahvo L & Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Novartis Finland Oy.

Internetlähteet

www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit 2007 Luettu 7.1.2009

www.suomenlatu.fi Luettu 7.1.2009

www.tohtori.fi Luettu 7.1.2009

LIITTEET

Liite nro 1: Saatekirje

Liite nro 2: Kyselylomake

Liite nro 3: Avointen kysymysten teemoittelut sisällön analyysin mukaan

Liitteet luettavina Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastossa, paperiversiossa.