IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS

Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen

Henna Vasara
Opinnäytetyö, syksy 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Itä, Pieksämäen yksikkö
Sosiaalialan koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Vasara Henna. Ikääntyneiden yksinäisyys – Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä sekä sen vaikutuksista toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen. Pieksämäki, syksy 2011, 61 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä ja siitä, kuinka kokemukset huomioiden kotihoitoa voitaisiin kehittää tukemaan paremmin yksinäisiä asiakkaita.

Tutkimusongelmia muodostui neljä: millaista ikääntyneen yksinäisyys on kotihoidon asiakkaan kokemana, mitä tekijöitä ikääntynyt kokee yksinäisyyden taustalla olevan, kokeeko ikääntynyt yksinäisyydellä olevan vaikutusta hänen toimintakykyynsä ja kotona pärjäämiseen sekä kuinka kotihoito voisi ikääntyneen mielestä toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä.

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Tutkimusmenetelmänä oli teemahaastattelu. Haastattelujoukko muodostui viidestä Pieksämäen kantakaupungin kotihoidon yli 75-vuotiaasta asiakkaasta, jotka saavat säännöllista kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoitoa. Haastateltavien tuli kokea yksinäisyyttä. Haastattelut suoritettiin syyskuussa 2011. Nauhoitettu tutkimusaineisto litteroitiin ja analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten mukaan yksinäisyyttä kokevat Pieksämäen kaupungin kotihoidon ikääntyneet asiakkaat näkevät yksinäisyyden kuuluvan osaksi vanhuutta. Yksinäisyys näyttäytyy heille kielteisenä ilmiönä. Yksinäisyyden taustalla koettiin olevan leskeytyminen, kaipuu ja ikävä omaisia tai läheisiä kohtaan, toimintakyvyn heikkeneminen sekä toimijuuden puute. Yksinäisyyden koettiin vaikuttavan sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen toimintakykyyn. Ikääntyneet kokivat myös yksinäisyyden heikentävän kotona pärjäämistään. Tulokset osoittivat myös kotihoidon roolin olevan merkittävä ikääntyneiden yksinäisyyden lievittäjänä. Ikääntyneiden mielestä kotihoidon roolia yksinäisyyden lievittäjänä tulisi kehittää lisäämällä asiakkaalle annettua palveluaikaa sekä kotihoidon järjestämällä asiakkaille yhteisiä tapahtumia.

Yksinäisyyden kokeminen on yleistä ikääntyneiden keskuudessa. Lähitulevaisuudessa ikääntyneiden määrän kasvu ja kotona asuminen yhä pidempään tulevat vaikuttamaan ongelman lisääntymiseen. Kotihoitoa tulee kehittää lisäämällä yhteistyötä sekä kunnan muiden toimijoiden että yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa.

Asiasanat: yksinäisyys, ikääntyneet, kotihoito, toimintakyky, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Vasara Henna. Loneliness among the elderly - experiences of the clients who get home care in downtown in Pieksämäki and the experienced influences on the loneliness to ability to function and to live at home. Pieksämäki, Autumn 2011. 61 p., 2 appendices.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

The aim of this thesis was to investigate the experiences of loneliness among the elderly, who get home care in Pieksämäki downtown. The other aim was to get information on how to develop home care to support the clients who suffer from loneliness.

There were four assignments of the research: what kind of loneliness the elderly are facing in home care, which different factors are associated with loneliness, does the loneliness have an influence on the ability to function and to live at home and what kind of developing ideas do the elderly have to develop the home care to support better those who suffer from loneliness.

The study was carried out as qualitative research. The data was collected by interviewing clients who suffer from loneliness. In this study was used a sample of the home care clients who are over 75 years old and get home care regularly. There were five clients in this sample. The interviews were carried out in September in 2011. The recorded interviews were transcribed and the data was analyzed by using content analysis.

The results of this study suggest that the elderly clients who get home care in downtown in Pieksämäki see that the loneliness is a part of the old age. The feelings of loneliness are appearing as negative feelings. The state of being a widow or widower, longing for the friend or family, bad ability to function and the lack of interesting and meaningful action were the factors associated with loneliness. The results indicate that the loneliness does have an negative influence on the physical, psychological and social ability to function. The clients also think that the loneliness weakens the ability to live at home. On the basis of the results home care has an important role to help the clients who suffer from loneliness. The clients think that the home care should be developed by increasing the time to work with the client and by arranging events to all clients.

The feelings of loneliness are common among the elderly. In the near feature the problem is even more common because the number of the elderly is increasing and because they should manage to live at home even longer than now. The home care has to be developed by making more cooperation with other who arrange social or health services.

Keywords: loneliness, elderly, home care, ability to function, qualitative investigation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 6
2 VANHANA TÄNÄÄN 7
2.1 Väestön ikärakenteen muuttuminen 7
2.2 Vanhuskäsitykset 8
2.2.1 Biolääketieteellinen käsitys 10
2.2.2 Sosiokulttuurinen käsitys 10
2.3 Vanhustenhoitoa säätelevät lait ja suositukset 11
3 IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS 13
3.1 Yksinäisyys käsitteenä 13
3.2 Ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyys 14
3.3 Ikääntyneiden yksinäisyyden syitä ja seurauksia 15
3.4 Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä ... 17
4 YKSINÄISYYSTEORIAT 18
4.1 Psykodynaaminen teoria 18
4.2 Eksistentiaalinen teoria 19
4.3 Kognitiivinen teoria 20
4.4 Interaktionistinen teoria 21
5 YKSINÄISYYDEN VAIKUTUKSET TOIMINTAKYKYYN 22
5.1 Toimintakyvyn osa-alueet 23
5.1.1 Fyysinen toimintakyky 23
5.1.2 Psyykkinen toimintakyky 25
5.1.3 Sosiaalinen toimintakyky 27
5.2 Toimintakyvyn mittaaminen 28
6 KOTIHOITO TUKENA KOTONA PÄRJÄÄMISESSÄ 29
6.1 Kotihoito käsitteenä 29
6.2 Kotihoidon kehitys 30
6.3 Kotihoito Pieksämäellä 32
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 34
7.1 Tutkimuksen tavoitteet 34
7.2 Tutkimuksen kohderyhmä 35
7.3 Tutkimusmenetelmän valinta 36
7.4 Haastattelulomakkeen laatiminen 37
7.5 Haastattelut ja tutkimusaineisto 38
7.6 Tutkimusaineiston analyysi 39
7.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys 40
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET 42
8.1 Vastaajien taustatiedot 42
8.2 Ikääntyneiden kokemuksia yksinäisyydestä 43
8.2.1 Yksinäisyys osana elämänvaihetta 44
8.2.2 Kielteinen yksinäisyys 45
8.2.3 Yksinäisyyden taustatekijät 46
8.2.4 Yksinäisyyden vaikutukset toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen . 47
8.3 Ikääntyneiden kokemuksia kotihoidosta yksinäisyyden lievittäjänä 48
8.4 Kotihoidon kehittäminen yksinäisten ikääntyneiden tueksi 49
9 POHDINTA 53
LÄHTEET 55
LIITTEET 60

Liite 1. Teemahaastattelulomake 60
Liite 2. Saatekirje haastateltaville 61

1 JOHDANTO

Ikääntyminen ja toimintakyvyn tukeminen ovat keskeisimpiä teemoja puhuttaessa sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden kehittämisestä. Varsinkin lähitulevaisuudessa ikääntyneiden kokonaisvaltainen hyvinvointi nousee yhä enemmän puheenaiheeksi, sillä suuret ikäluokat vanhenevat ja ikääntyneiden määrä lisääntyy merkittävästi. Valtakunnallinen laatusuositus esittää, että laitospaikkoja tulisi vähentää ja ikääntyneitä hoidettaisiin yhä enemmän sekä pidempään kotona. Sen johdosta kotihoidon merkitys tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Ennaltaehkäisystä, varhaisesta puuttumisesta, toimintakyvyn tukemisesta ja kuntouttavasta työotteesta tulee avainsanoja vanhustenhuollossa. Nämä työmuodot vaativat kuitenkin runsaasti aikaa, jota nykyajan tehokkuutta ihannoivassa yhteiskunnassa tuntuu olevan niukasti annettavissa. Kiire tuntuu olevan sosiaalialan työntekijöiden huulilla päivittäin. Onko työntekijöillä riittävästi aikaa huolehtia asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista, vai tuleeko yksinäisten ikääntyneiden määrä yhä kasvamaan?

Asiakasmäärän kasvaessa sosiaalialalla herää kysymys, kuinka asiakkaita voidaan jatkossakin palvella laadukkaasti. Jokainen sosiaalipalvelua tuottava organisaatio on varmasti miettinyt asiaa tarkoin viimeisten vuosien ajan. Todennäköistä on, että henkilöstömäärää ei kovinkaan moni palvelun tuottaja pysty merkittävästi lisäämään. Haasteeseen on pystyttävä vastaamaan muun muassa työn uudelleen organisoinnilla. Lisäksi eri palveluntuottajien, julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin, on tehtävä yhä tiiviimpää yhteistyötä. Palveluiden pirstaloituminen voi osaltaan myös aiheuttaa yksinäisyyttä: kuuleeko kukaan yksinäistä ikääntynyttä?

Tutkimukset osoittavat, että yksinäisyys on yleistä ikääntyneiden keskuudessa. Yksinäisyyttä on varmasti esiintynyt aina, mutta viimeisten vuosien aikaan sen vaikutukset ovat alkaneet enemmän kiinnostamaan tutkijoita. Pitkään kestänyt kielteinen yksinäisyys voi olla kokijalleen hyvinkin haitallista, ja se voi vaikuttaa negatiivisesti kotona pärjäämiseen.

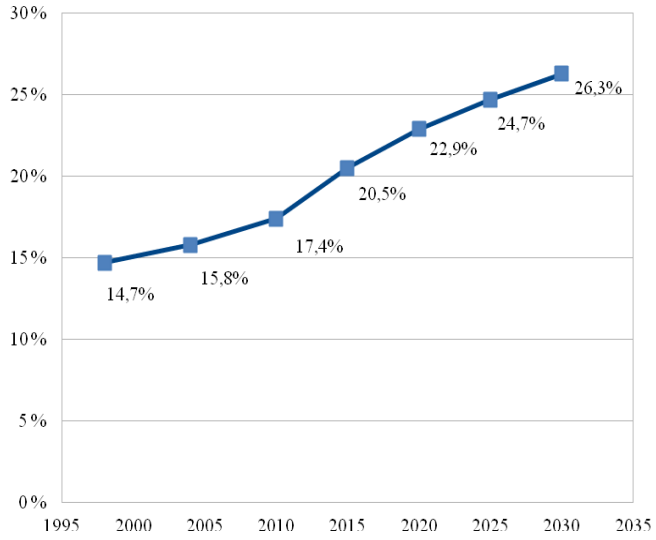
Jo opiskelujeni alkuvaiheessa minulle oli selvää, että opinnäytetyöni tulee koskemaan juuri ikääntyneitä ja heihin hyvinvointiin liittyviä erityiskysymyksiä. Yksinäisyys nousi

kiinnostuksen kohteekseni kotihoidon työkokemuksen kautta. Halu kehittää ikääntyneiden kotona asumista sekä asian vakavuuden esille tuominen työntekijöiden keskuuteen saivat minut valitsemaan tämän aiheen. Aiheen tekee erittäin ajankohtaiseksi kotihoidossa olevien muutosten sekä vanhusväestön kasvuun liittyvien linjausten ja strategioiden valmistelu, joissa yksinäisyyden torjuminen ja lieventäminen on otettava huomioon.

2 VANHANA TÄNÄÄN

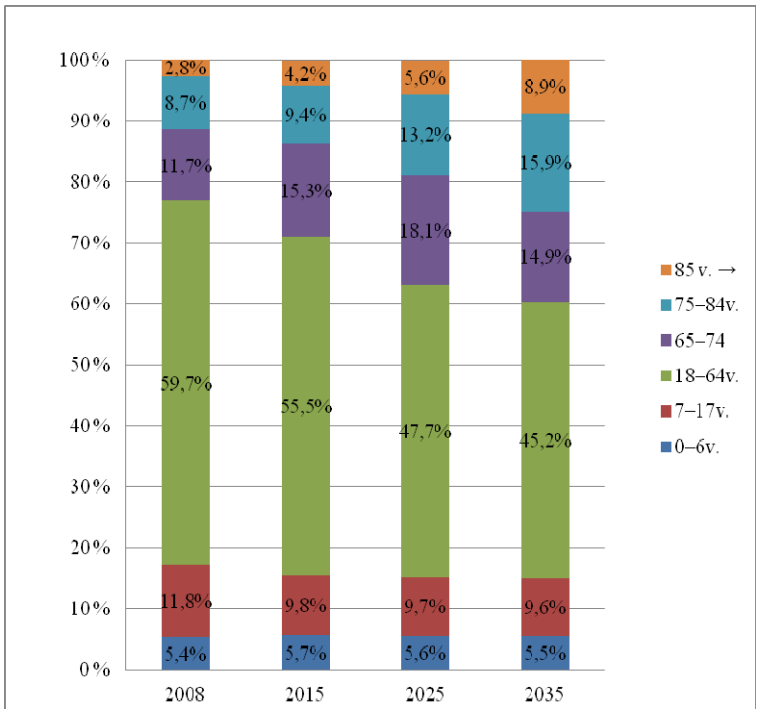
2.1 Väestön ikärakenteen muuttuminen

Suuret ikäluokat, vuonna 1946–1950 syntyneet (Nieminen 2003), jäävät eläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana, mikä merkitsee ikääntyneiden määrän rajua kasvua koko Suomessa (kuvio 1). Vuonna 2000 ikääntyneiden määrä Suomen väestöstä oli 14,7%, ja luvun on ennustettu kasvavan vuoteen 2030 mennessä 26,3%:iin (Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009, 4).



KUVIO 1. Ennuste ikääntyneiden osuudesta koko Suomen väestössä vuoteen 2035 mennessä (Terveyskirjasto 2011)

Pieksämäen kaupungissa väestörakenne muuttuu hyvin vauhdikkaasti vanhuspainotteiseksi. Kehitykseen vaikuttaa olennaisesti vanhemman väen lisääntyminen sekä kokonaisväkiluvun vähentyminen. Työikäisen väestön, 18–64 -vuotiaiden, poismuuton on arvioitu jatkuvan yhä tulevaisuudessa, minkä voidaan nähdä olevan uhka kaupungille. (Pieksämäen kaupunki 2011 b, 5.) Pieksämäen kaupungin yli 75-vuotiaiden määrän on arvioitu kasvavan vuoteen 2025 mennessä 1078:lla henkilöllä nykyhetkeen verrattuna (Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009, 12), kun taas työikäisten määrän arvioidaan vähenevän (kuvio 2). Pieksämäen vetovoimaisuutta tulisi saada nostettua, jotta uutta työikäistä väestöä saataisiin houkuteltua muuttamaan Pieksämäelle sekä jo kaupungissa oleva työikäinen väestö saataisiin pidetty paikkakunnalla.



KUVIO 2. Pieksämäen kaupungin väestörakenteen muutoksen ennustus vuoteen 2035 saakka (Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009, 4)

2.2 Vanhuskäsitykset

Vanhuuden alkamisen raja on nykyään varsin häilyvä. Karkeasti määriteltynä vanhuuden voidaan katsoa alkavan vanhuuseläkeiän saavutettua. Tosin yksilölliset erot vanhuuseläkkeelle siirryttäessä ovat hyvin suuria: toiset voivat olla kunnoltaan edelleen

lähes keski-ikäisen veroisia, jotkut taas puolestaan vanhusten kaltaisia. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 169.) Monien tutkijoiden tapaan tässä tutkimuksessa käytetään termiä ”ikääntynyt”, jolla tarkoitetaan yli 75-vuotiasta ihmistä.

Vanhuskäsitys muovautuu jokaisen aikakauden mukaan. Yhteiskunnan rakenne ja arvot sekä vallitseva kulttuuri vaikuttavat siihen, millaisena sekä kuinka arvokkaana ikääntyviä ja heidän mahdollisuuksiaan pidetään. Leviticus on kirjoittanut pari tuhatta vuotta sitten lauseen: ”Nouse harmaapään edessä ja kunnioita vanhusta”. Kuinkahan hyvin tämä toteutuu nykyajan Suomessa, jossa päällimmäisinä arvoina, varsinkin median esittämänä, ovat nuoruus, kauneus, tehokkuus ja dynaamisuus? (Takala 2008.) Nuoruutta ja kauneutta ihannoidaan ja sitä tavoitellaan monin eri keinoin, muun muassa plastiikkakirurgian avulla. Vanheneminen on puolestaan saanut negatiivisen sävyn, vaikka se pitäisi nähdä luonnollisena osana elämää. Työtä arvostavassa yhteiskunnassamme tehokkuudesta on tullut nykyajan ”trendisana”. Ihmisen tehokkuutta mitataan muun muassa työn suorittamisen määrällä. Myös kiireen voidaan katsoa olevan yksi tehokkuudesta kertova asia. Ikääntynyt ihminen saatetaan nähdä tehottomaksi ja tuottamattomaksi, kun hän ei enää ”kanna korttansa kekoon” eli ole työelämässä. (Mursula 2003.) Ikääntymiselle on kuitenkin olennaista työelämästä poisjäänti sekä eräänlaisen staattisuuden, rauhan ja tasaisuuden löytäminen. Dynaamisuutta eli energisyyttä, aktiivisuutta, muuttumista ja kehittymistä ihannoivassa yhteiskunnassamme tulee ottaa huomioon, että ikääntyviä ei tarvitse niin sanotusti taivuttaa samaan muottiin kuin nuoremmat ikäryhmät.

Suomessa voidaan katsoa olleen kaksi pääasiallista vanhuskäsitystä: biolääketieteellinen ja sosiokulttuurinen vanhuskäsitys. Valloillaan oleva käsitys ei kuitenkaan sulje pois edellistä käsitystä, vaan niiden piirteitä on huomattavasti limittäin. Esimerkiksi nykyajan Suomen vanhuskäsityksen voidaan sanoa olevan sosiokulttuurinen, mutta kuitenkin joissain tilanteissa, ja varsinkin mediassa, voidaan yhä tunnistaa myös entisajan biolääketieteellisen käsityksen piirteitä.

2.2.1 Biolääketieteellinen käsitys

Suomi eli sodan jälkeen 1980-luvun lopulle niin sanottua teollistumisen aikaa ja hyvinvointivaltion rakentamisen kautta. Tuolla ajalla vanhuutta tarkasteltiin ensisijaisesti lääketieteellisesti. Vanhuus nähtiin sairautena, sosiaalisena ongelmana ja hoitotaakkana. Kuudenkymmenenviiden vuoden ikäisenä ihminen siirtyi eläkkeelle, jonka jälkeen hänestä tuli tuottamaton ja yhteiskunnan varoja kuluttava kansalainen, rasite. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2002, 4.)

Biolääketieteellisen käsityksen mukaan kaikilla vanhuksilla on samanlaiset tarpeet, jotka voidaan tyydyttää samoilla palveluilla. Vanhukset nähdään passiivisena homogeenisena ryhmänä. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2002, 4.) 1980-luvulle saakka vanhustenhoito käsitti lähinnä pelkät perushoidolliset tehtävät, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta ja ravinnon saannista huolehtimisen, mikä on tyypillistä kyseenomaiselle vanhuskäsitykselle.

2.2.2 Sosiokulttuurinen käsitys

Nykyään biolääketieteellisen vanhuskäsityksen on pääosin korvannut sosiokulttuurisen tarkastelutapa, joka liittää vanhenemisen kiinteästi historiaan, elämänkulkuun, yhteiskuntaan ja kulttuuriin (Koskinen 2006, 6). Sen mukaan vanhukset nähdään yksilöinä ja vanhuus ainutlaatuisena elämänvaiheena. Vanhuus on elämänkaaren viimeinen jakso, johon kuuluu omat kehitystehtävänsä ja omat kriisinsä. Ikääntyneet ihmiset nähdään voimavaroina sekä tasavertaisina, aktiivisina ja oman elämänsä hallitsevina yhteiskunnan jäseninä. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2002, 4.) Vaikka ikääntyneet eivät ole enää varsinaisessa palkkatyössä ja niin ikään tuottavia yksilöitä, on heidän työpanoksena vapaaehtoistyöntekijöinä ja omaishoitajina erittäin merkittävää. Jos osa ikääntyneistä ei tekisi pyyteettömästi työtä vapaaehtoisena tai omaishoitajana, joutuisi kunta todennäköisesti sijoittamaan monia ikäihmisiä kustannuksiin nähden arvokkaille laitospaikoille.

Vanhustenhoidossa korostetaan nykyään toimintakyvyn tukemista. Koskisen (2006) mukaan ikääntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen onnistuu vain sosio-

kulttuurisen vanhuskäsityksen pohjalta (Koskinen 2006, 6). Vanhusten parissa työskentelevien tulee noudattaa kuntouttavaa työotetta, mikä käytännössä tarkoittaa asiakkaan aktivoimista tekemään asioita itse omien voimavarojen mukaan Esimerkiksi kotihoidossa fyysisesti heikomman toimintakyvyn omaavan ikäihmisen annetaan pukea rauhassa itse, vaikka se veisikin paljon aikaa. Työntekijä avustaa vain tarvittaessa. Näin asiakkaan kyky pukea itse säilyy pidempään. Kuntouttava työote vie aikaa enemmän, sillä työntekijä saisi puettua varmasti nopeammin asiakkaan puolesta hänelle vaatteet. Ajansäästön ei tulisi kuitenkaan olla tärkein työskentelyn tapaa ohjaava asia, vaan se kuinka suurta vaikutusta sillä on asiakkaan jokapäiväiseen elämään. Itsenäinen pukeutuminen voi esimerkiksi pitää yllä fyysistä toimintakykyä sekä myös vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn mielialaa kohottamalla. Ikääntynyt voi tuntea onnistumista sekä hän voi kokea hallitsevan elämäänsä. (Backman, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Paasivaara, Vaarama & Voutilainen 2002, 44.)

2.3 Vanhustenhoitoa säätelevät lait ja suositukset

Suomen kansalaisten hyvinvoinnin turvaamiseksi on säädetty erilaisia lakeja, joita tulee noudattaa. Perustuslaissamme säädetään julkisen vallan, valtion ja kunnan, velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä, yhdenvertaisuutta ja turvallisuutta. Sen mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin, jos ei itse kykene niitä hankkimaan. (Suomen perustuslaki 1999/731.) Sosiaalihuoltolaissa säädetään, mitä sosiaalihuoltoon kuuluvia palveluja kunnan on järjestettävä ja miten. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710.) Lain asiakkaan asemasta ja oikeuksista on tarkoituksena edistää sosiaalipalveluiden asiakaslähtöisyyttä ja luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun. Lisäksi kyseenomainen laki korostaa syrjimättömyyttä ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä asiakkaan toiveiden ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista palvelua suunniteltaessa. Sosiaalihuoltoa toteuttavan organisaation on laadittava yhdessä asiakkaan kanssa palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma. (Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.)

Toukokuussa 2011 voimaan tulleen kansanterveyslain mukaan asiakkaiden valinnanvapaus niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen lisääntyy. Lisäksi laki velvoittaa kunnan järjestämään ikääntyneille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Kunta voi lisäksi järjestää ikääntyneille hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Pieksämäellä tehdään kotihoidon toimesta kaikille 80 vuotta täyttäneille kotihoidon palveluiden piiriin kuulumattomille ikäihmisille hyvinvointia edistävä kotikäynti (HEHKO), jonka tarkoituksena on muun muassa kartoittaa heidän kotona pärjäämistään, neuvoa terveyteen liittyvissä asioissa, tehdä toimintakykytestauksia sekä tiedottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia koskien on tehty vuonna 2011 lakiluonnos. Sen tarkoituksena on huomioida ikääntyneiden erityistarpeet aiempia lakeja tarkemmin sekä turvata kyseenomaisen ikäryhmän oikeuksia. Lakiluonnoksessa on muun muassa esitetty, että kuntien tulisi asettaa vanhusneuvosto, joka seuraisi ja vaikuttaisi eri toimialojen päätöksentekoon. Näin saataisiin enemmän ikääntyneiden arvokkaita mielipiteitä kuuluviin ja heillä olisi mahdollisuus vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Toisena merkittävä uudistuksena lakiluonnoksessa on vastuutyöntekijän osoittaminen. Sen mukaan jokaiselle ikääntyneelle tulisi nimetä vastuutyöntekijä, joka koordinoisi eri palvelujen tuottajista koostuvaa palvelukokonaisuutta ja turvaisi näin asiakkaan oikeuksia sekä kokonaisvaltaista hyvinvointia. Laki viedään eduskunnan päätettäväksi vuonna 2012 ja sen olisi tavoitteena astua voimaan vuonna 2013. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Vuonna 2008 Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Se antaa sosiaali- ja terveysalan palvelujen tuottajille valtakunnalliset linjaukset siitä, kuinka palveluja tulisi tuottaa. Yksi sen merkittävimmistä esityksistä on, että laitospaikkoja tulisi vähentää ja ikääntyneitä hoidettaisiin yhä enemmän sekä pidempään kotona. Tavoitteena olisi vuoteen 2013 mennessä, että 91–92% ikääntyneistä asuisi itsenäisesti kotona, 13–14% säännöllisen kotihoidon turvin ja vain 3% laitospaikalla. (Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009, 12.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kotona asumista mahdollistavia palveluja joudutaan kohdentamaan yhä enemmän vain paljon apua tarvitseville. Kotona asuvat ikääntyneet

ovat myös koko ajan yhä huonompi kuntoisia. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 169.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS

Yksinäisyys on tuttu ja maailmanlaajuinen ilmiö. Lähes jokainen ihminen myös kokee yksinäisyyden tunteita jossain vaiheessa elämäänsä. Osalle ikääntyneistä yksinäisyys on lähes jokapäiväinen tunnetila, ja se on alkanut yhä enemmän kiinnostamaan vanhustyön asiantuntijoita. Aiheesta on lukuisia tutkimuksia, jotka ovat herättäneet todellisuuteen: yksinäisyys on yleistä ikääntyneiden keskuudessa ja sillä on negatiivisia vaikutuksia ikääntyneiden elämään.

3.1 Yksinäisyys käsitteenä

Yksinäisyyttä on lähes mahdotonta määritellä tarkasti, sillä se ei ole yksiselitteinen asia. Yksinäisyys on jokaisen sitä kokevan yksilön sisäinen, subjektiivinen, kokemus. (Routasalo 2004, 5). Se saa erilaisia merkityksiä eri näkökulmista ja elämäntilanteista tarkasteltuna (Palkeinen 2005, 111).

Yksinäisyyden kokemus ei selity sillä, minkä verran henkilö tapaa muita ihmisiä, vaan se on henkilön sisällä oleva ahdistava tunne. Yksinäisyys ei ole siis ole sama asia kuin sosiaalinen eristyneisyys (social isolation), joka kuitenkin saattaa ilmetä usein samanaikaisesti. (Kautiainen, Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2005, 8–9.) Vaikka henkilön ympärillä olisi paljon ihmisiä, voi hän kokea itsensä yksinäiseksi. (Routasalo 2004, 5) Yksinäisyyden ahdistavuus ja epämiellyttävyys linkittää sen masennukseen. Yksinäisyys ja masennus eivät kuitenkaan ole sama asia, mutta niitä on vaikea erottaa. Masentunut ihminen voi kokea sairautensa takia yksinäisyyttä tai päinvastoin; yksinäisyys voi aiheuttaa masennusta. (Palkeinen 2005, 111–119)

Karkeasti määriteltynä yksinäisyyttä voidaan katsoa olevan sekä myönteistä että kielteistä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, voimaa ja luovuutta lisäävää. Se on kokijan hallinnassa: sen saa päättymään silloin kun haluaa. Kielteinen yksinäisyys puolestaan on pakonomaista. Se heikentää toimintakykyä, masentaa, eristää sosiaalisista suhteista, (Vanhustyö 2004, 5.) lisää turvattomuuden ja ulkopuolisuuden tunteita (Palkeinen 2005, 111–119) ja voi johtaa jopa ennenaikaiseen kuolemaan (Routasalo 2004, 5).

3.2 Ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyys

Ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyyttä on tutkittu melko paljon määrällisesti. Yleisyys on vaihdellut muutamasta prosentista kymmeniin prosentteihin. Tutkijat ovat tulleet vuosien mittaan samaan tulokseen: ikääntyneiden yksinäisyys on yleistä. Vanhusbarometrin mukaan 1980-luvun lopulla yli 60-vuotiaista (N=561) suomalaisista 42% koki usein tai joskus yksinäisyyttä. Kymmenen vuotta myöhemmin luku oli vähentynyt: ikääntyneistä 36% koki yksinäisyyden tunteita usein tai toisinaan. (Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2005, 5–31.)

Vuonna 2005 Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen kyselytutkimuksen mukaan suomalaisten yli 75-vuotiaiden ikääntyneiden (N=4113) yksinäisyydestä yli kolmannes (34%) kärsii vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja 5% jatkuvasti yksinäisyydestä. Yksinäisyyden kokemus oli yleisempää maaseudulla kuin kaupungissa ja lisääntyi iän mukana. (Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2005, 5–31.) Esimerkkinä kaupungissa asuvien ikääntyneiden yksinäisyyden määrästä on vuonna 2006 Helsingissä toteutettu yksin asuvien yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaille tehty kyselytutkimus. Helsingissä yksin asuvia kotihoidon asiakkaita oli 93% naisista ja 98% miehistä. Lähes puolet (47%) näistä asiakkaista tunsi olevansa yksinäinen. (Niemelä & Nikkilä 2009, 135.)

3.3 Ikääntyneiden yksinäisyyden syitä ja seurauksia

Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankeen vuonna 2005 tekemän kyselytutkimuksen mukaan ikääntyneiden yksinäisyys liittyy korkeaan ikään, naissukupuoleen, leskeytymiseen, yksin asumiseen, alhaiseen koulutustasoon, sairauksiin ja toimintakykyyn sekä masennukseen, useisiin elämänasenteisiin ja ihmissuhteiden odotuksiin. Yllättävää oli, että yksinäisyys ei liittynyt läheisten tai ystävien tapaamiskertojen vähyyteen. Tärkeimmiksi yksinäisyyden syiksi mainittiin puolison kuoleman, oman sairauden ja heikentyneen toimintakyvyn sekä ystävien vähyyden. Yksinäisyyden tunteilla huomattiin olevan yhteys terveyden kokemiseen: yksinäiset kokivat olevansa sairaampia kuin ei-yksinäiset. Myös aistien heikentymisellä koettiin olevan yhteys yksinäisyyden kokemiseen: yksinäisten vastaajien näkö ja kuulo olivat huonommat kuin ei yksinäisten. (Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2005, 5–31.)

Palkeisen vuonna 2003 tekemä tutkimus Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa on yksi harvoista suomalaisista kvalitatiivisista tutkimuksista yksinäisyydestä. Siinä tutkittiin yli 75-vuotiaiden psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta yksinäisyyden kokemiseen kirjoitusryhmien avulla. Ikääntyneet liittivät kirjoituksissaan yksinäisyyden kokemuksen toimijuuden puutteeseen, turvattomuuden tunteeseen, ulkopuolisuuden kokemuksiin ja kaipaukseen. Toimijuuden ja tekemisen puutteen taustalla oli oma heikentynyt toimintakyky (liikuntakyky, aistit) ja se, ettei pysty toimimaan samalla tavalla kuin aikaisemmin. Yksinäisyyttä lähestyttiin myös turvattomuuden tunteen, lisääntyvän avun tarpeen ja sairauksien kautta. Turvattomuutta ja pelkoa koettiin aiheuttavan se, ettei ole ketään, keneltä pyytää apua tai kenen puoleen kääntyä. Toinen tekijä oli myös se, ettei ehkä itse pysty vaikuttamaan omaan tulevaisuuteensa ja ettei pysty tulevaisuudessa olemaan täysvaltainen ihminen ja osallistumaan tietoisesti elämäänsä esimerkiksi muistisairauden vuoksi. Joissain kirjoituksissa ilmeni, että ihmissuhteiden väheneminen ja erityisesti menetykset merkityksellisissä ihmissuhteissa saavat ikääntyneen tuntemaan itsensä ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. Moni kirjoittaja toi esille, että mitkä tahansa ihmissuhteet eivät lievitä yksinäisyyttä, sillä ihminen voi tuntea olevansa yksin, vaikka ei sitä konkreettisesti olisikaan. Yksinäisyydestä kirjoitettiin myös kaipauksena, joka kohdistuu kahteen suuntaan: elettyyn ja elämättömään elämään. Myös haaveiden ja toiveiden toteutumattomuus sai ikäihmisen kaipaamaan haluttua elämätöntä

elämää ja tuntemaan itsensä yksinäiseksi. Teksteistä nousivat esille, että kirjoittajat koettavat lievittää yksinäisyyttään omin keinoin, pääasiallisesti tekemisen avulla. Myös erilaiset ryhmät ja kerhot tarjoavat mielekästä tekemistä, toimintaan osallistumista ja seuraa, jotka näyttävät poistavan ajoittaista yksinäisyyttä. Kuitenkaan tällaisilla niin sanotusti keinotekoisesti luoduilla ihmissuhteilla ei aina pystytä lievittämään ihmisen yksinäisyyttä, sillä siihen tarvitaan merkityksellisiksi koettuja ihmissuhteita. (Palkeinen 2005, 111–119.)

Kielteinen yksinäisyys on epätoivottu ja epämiellyttävä tunne. Se voi pitkään jatkuessa altistuttaa ikääntyneen masennukselle ja mielenterveydellisille ongelmille riittämättömien sosiaalisten suhteiden vuoksi. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 186.) Masennus on ikääntyneiden keskuudessa hyvin yleistä, sillä sitä on arvioitu esiintyvän noin 5%:lla yli 65-vuotiaista ja ainakin 20% kärsii lievemmästä mielialahäiriöstä (Kemppainen, Lampinen & Selin i.a). Masennus eli depressio on sairaus, johon liittyy muun muassa mielialan laskua, mielihyvän kokemisen menettämistä, unettomuutta, keskittymisvaikeuksia ja itsetuhoisia ajatuksia. (Nurminen 2000, 154). Masennuksen oireiden kokeminen tilapäisesti on normaalia esimerkiksi läheisen ihmisen kuoleman jälkeen, mutta sairaudesta on kyse silloin, kun ikävät tunteet alkavat häiritä pidempiaikaisesti elämää (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 186). Ikääntyneiden masennuksen tunnistaminen voi olla nuorempia ikäryhmiä vaikeampaa. Masennus saattaa ilmetä joskus pelkästään fyysisenä tai kognitiivisena oireiluna, kuten muistin ja ajattelun ongelmina. (Kemppainen, Lampinen & Selin i.a). Ne voidaan joskus virheellisesti sekoittaa normaaleihin vanhenemismuutoksiin. Pitkään jatkunut ja hoitamaton masennus voi pahimmillaan joissain tapauksissa johtaa itsemurhaan. Vuonna 2007 Suomessa tehtiin yhteensä 995 itsemurhaa, joista yli 65-vuotiaita oli 175. Käytännössä tämä luku tarkoittaa sitä, että joka toinen päivä joku ikääntynyt tekee itsemurhan. Tehtyjen itsemurhien lisäki monelle ikääntyneellä on synkkiä ajatuksia, joita hän itse hautoo kun ei ole ketään kenelle puhua. (Punkari 2009.)

Useiden tutkimusten mukaan yksinäisyys on usein eläkkeelle siirtymisen jälkeen alkaneen alkoholin ongelmakäytön taustalla. Vanhenemismuutosten, kuten elimistön vesipitoisuuden vähentymisen, vuoksi ikääntyneet kestävät alkoholia huomattavasti heikommin kuin keski-ikäiset tai nuoret. Sen vuoksi runsaalla alkoholin käytöllä voi olla hyvinkin vahingollisia seurauksia. Esimerkiksi kaatuilu, muistin menetys, sekavuus sekä

arvaamattomat yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa voivat vaarantaa toimintakykyä ja kotona pärjäämistä. (Kivelä 2011, 32.)

3.4 Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työntekijöiden kohtaamana ilmiönä

Laukkarinen ja Miettisen vuonna 2008 tekemän laadullisen tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kohtaavat niin myönteistä kuin kielteistä yksinäisyyttä työssään usein. Työntekijät kokevat kyseisen ilmiön olevan yleistä ja he mielestään hahmottavat, mitä erilaisia tekijöitä yksinäisyyden taustalla voi olla. Työntekijät osaavat tunnistaa asiakkaan yksinäisyyden esimerkiksi mielialan ja käytöksen muutoksista, mutta heillä ei kuitenkaan aina ole mahdollista puuttua tilanteeseen esimerkiksi asiakkaan oman suhtautumisen tai työn kiireisen luonteen vuoksi. Ammatilliset valmiudet he kokivat pääsääntöisesti hyviksi, mutta lisäksi tarvittaisiin lisää ajankohtaista tietoa palveluista ja siitä, kuinka yksinäisyyteen tulisi puuttua. (Laukkarinen & Miettinen 2008.)

Kotihoidon työntekijät kohtaavat työssään usein ikääntyneiden yksinäisyyttä. Kaikki heistä eivät kuitenkaan välttämättä tiedosta, kuinka suuri merkitys sillä voi olla asiakkaan elämänlaatuun ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Työyksiköissä tarvittaisiin lisää koulutusta ja tietoa palveluista, joihin asiakkaita voi ohjata. Lisäksi tarvitaan kykyä tarkastella asiakkaan toimintakykyä kokonaisuutena, sillä kaikki ihmiset eivät osaa sanallisesti ilmaista yksinäisyyttä, vaan se voi ilmetä muilla tavoin, esimerkiksi runsaana alkoholin käyttönä tai selittämättömänä ruumiillisena kipuna. Tällaisen yksinäisyyden toteaminen ja avun tarpeen tunnistaminen vaatii asiakkaan pidempiaikaista tuntemista, mikä saattaa olla isoissa kotihoidon yksiköissä ongelmana jatkuvasti vaihtuvan hoitajan vuoksi.

4 YKSINÄISYYSTEORIAT

Monet tieteenalat, kuten esimerkiksi psykologia ja sosiologia, ovat olleet kiinnostuneita yksinäisyydestä ilmiönä. Yksinäisyysteorioita on kehitetty ainakin kahdeksan eri suuntausta (psykodynaaminen, fenomenologinen, eksistentiaalis-humanistinen, sosiologinen, interaktionistinen, kognitiivinen, läheisyyttä korostava ja systeemiteoreettinen lähestymistapa), jotka ovat kuitenkin yhdistettävissä neljään keskeiseen teoriaan: psykodynaamiseen, eksistentiaaliseen, kognitiiviseen ja interaktionistiseen teoriaan. (Heiskanen & Saaristo 2011, 59.)

Yksinäisyysteoriat eroavat toisistaan lähinnä siinä, miten ja miksi puutteet sosiaalisissa suhteissa johtavat yksinäisyyden kokemukseen. Useimpien teorioiden mukaan yksinäisyys on subjektiivinen ja negatiivinen kokemus, joka liittyy puutteellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyysteoriat ovat yhtä mieltä siitä, että yksinäisyys ei ole sama asia kuin sosiaalinen eristyneisyys (social isolation) vaan ihminen voi olla yksin olematta yksinäinen ja toisaalta kokea itsensä yksinäiseksi vaikka ympärillä olisi paljon ihmisiä. Yksinäisyys käsitetään useimmiten negatiiviseksi ilmiöksi. Kuitenkin jotkut teoreetikot näkevät sen myös joissain tilanteissa positiivisena tunteena. (Heiskanen & Saaristo 2011, 60.)

4.1 Psykodynaaminen teoria

Psykodynaaminen teoria pohjautuu Freudin psykoterapeuttiseen lähestymistapaan, jonka avaintekijät löytyvät lapsuuden aikaisina kokemuksina. Lapsuus nähdään elinkaaren tärkeimpänä vaiheena ja lapsena koetut asiat kulkevat ihmisen mukana koko aikuisiän. (Heiskanen & Saaristo 2011, 60.) Teorian ydin on ihmisyyteen kuuluvan läheisyyden tarpeen huomioiminen kahden ihmisen välisessä vuorovaikutussuhteessa. Lapsuudessa vuorovaikutussuhde muodostuu huolehtivan ihmisen, yleensä äidin, kanssa. Tällainen elintärkeä suhde tuottaa läheisyyttä, turvaa, jatkuvuutta sekä myös konkreettista hoivaa, kuten ruokaa. Jos niin sanottu äiti-lapsi-suhde katkeaa, tuottaa se ahdistusta ja pelkoa. Ilmiötä kutsutaan eroahdistukseksi, jota jokainen ihminen tuntee menettäessään kiinty-

mystä tuottavan hahmon. (Heiskanen & Saaristo 2011, 61.)

Lapsuuden äitihahmon tilalle tulee elämän aikana muita hahmoja, joiden kanssa muodostuu vastaava kiinteä vuorovaikutussuhde. Nuoruudessa tunneside muuttuu kaksisuuntaiseksi eli myös nuori osoittaa läheisyyttä ja turvaa toiselle. Murrosiässä nuori alkaa irrottautua vanhemmistaan ja hakea uutta kiintymyssuhdetta ystävien joukosta. Lapsuuden ja nuoruuden ajan ongelmat kiintymys- ja vuorovaikutussuhteissa ilmenevät vaikeutena solmia ja ylläpitää kaverisuhteita. (Heiskanen & Saaristo 2011, 61.)

Psykodynaamisen teorian mukaan lapsuuden kielteiset kokemukset, turvattomuuden tunne ja epäonnistumiset tunnesiteiden muodostamisessa aiheuttavat negatiivista yksinäisyyttä läpi elämän. Tämä tarkoittaa siis sitä, että yksinäinen ikääntynyt on saattanut viettää lapsuutensa ilman ystäviä ja yksinäisyys on seurannut mukana koko aikuisiän, vaikka kontakteja toisiin ihmisiin olisi ollutkin. Tämä teoria selittää yksinäisyyden vain niiltä ikääntyneiltä, jotka ovat kokeneet yksinäisyyttä koko elämänsä ajan. Tällaisia ikääntyneitä Suomessa on noin kaksi prosenttia, ja heillä yksinäisyyden kokemuksiin liittyy usein vakava masennus. Monet heistä ovat kuvanneet lapsuuden kodin ilmapiirin turvattomaksi ja epämiellyttäväksi, mikä tukee psykodynaamisen teorian näkemystä yksinäisyydestä. (Heiskanen & Saaristo 2011, 62.)

4.2 Eksistentiaalinen teoria

Eksistentiaalisen teorian mukaan yksinäisyys kuuluu jokaisen ihmisen elämään olennaisena osana: ihminen on aina lopulta yksin, esimerkiksi kuollessaan. Teorian mukaan olemassaolon ehtona on erillisyys muista ja sen ymmärtäminen auttaa löytämään myös oman itsensä, minuuden. Yksinäisyyden katsotaan olevan sisäinen, subjektiivinen tunne minuuden ja maailman välillä, eikä se liity vuorovaikutussuhteiden määrään toisten ihmisten kanssa. Ihminen voi kokea itsensä yksinäiseksi, vaikka ympärillä olisi useitakin tyydyttäviä ihmissuhteita. Tällä ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että yksinäinen ihminen ei tarvitsisi ollenkaan muita ihmissuhteita. (Heiskanen & Saaristo 2011, 62.)

Teoria jakaa yksinäisyyden kahdeksi laadullisesti erilaiseksi yksinäisyydeksi: todelliseksi yksinäisyydeksi ja yksinäisyyden peloksi. Yksinäisyyden pelko on kielteinen ja ahdistava tunnetila, jota kokija ei voi valita tai kieltää. Se pakottaa ihmisen hakeutumaan jatkuvasti toisten ihmisten seuraan, sillä kielteisestä yksinäisyydestä kärsivä pelkää olla yksin. Todellinen yksinäisyys on puolestaan myönteinen, positiivinen, tunne, joka perustuu omaan valintaan. Lisäksi se auttaa selviämään yksinäisyyden pelosta. Eksistentiaalisen näkemyksen taustalla on kristillinen näkemys, jonka mukaan yksinäisyyttä tulisi pikemmin tarkastella myönteisenä ilmiönä: yksinäisyyden tunteiden työstäminen ja hyväksyminen voi johtaa henkiseen kasvuun, rauhan ja tasapainon löytymiseen. Yksinäisyyden kokemuksen ovat sidoksissa oman itsensä kohtaamiseen ja tunteiden työstäminen ja hyväksyminen voivat vapauttaa voimavaroja myös luovuudelle. Esimerkiksi monet taiteilijat tarvitsevat tällaista yksinäisyyttä, joka antaa innovaatioita ja synnyttää uutta. (Heiskanen & Saaristo 2011, 64.)

4.3 Kognitiivinen teoria

Kognitiivisen teorian mukaan yksinäisyys on psyykkinen tila, jossa kognitiivinen prosessi on keskeistä yksinäisyyden kokemuksen syntymisessä. Yksinäisyyden tunne syntyy yksilön itselleen tärkeänä pidettyjen ihmissuhteiden ja olemassa olevien sosiaalisten suhteiden välisestä ristiriidasta. Toiveet ja todellisuus eivät siis kohtaa yksilön ihmissuhteissa. (Heiskanen & Saaristo 2011, 65.)

Yksinäisyyden taustalla nähdään olevan persoonaan ja tilanteisiin liittyviä tekijöitä. Ihmiset tulkitsevat tilanteensa oman persoonansa kautta. Seuraavia persoonaan liittyviä piirteitä on yhdistetty usein yksinäisyyteen: ujous, sulkeutuneisuus, heikko itsetunto/-arvostus, sisäänpäin kääntyneisyys, viha, neuroottisuus, jännittyneisyys, ahdistuneisuus ja masentuneisuus. Kognitiivisen teorian mukaan yksinäisyyden kokemuksen syntymiseen voidaan vaikuttaa puuttumalla näihin tekijöihin ja kehittämällä sosiaalisia taitoja. (Heiskanen & Saaristo 2011, 65.)

Yksinäisyyden kokemuksiin vaikuttaa ympäristön kulttuuri sekä sen normit ja vaatimukset. Esimerkiksi Suomessa yksinolo ei ole ollut toivottavaa, jonka vuoksi ihmiset

asettavat tietynlaiset määrälliset vaatimukset ihmissuhteilleen. Esimerkiksi joulu on ollut kulttuurissamme tapana viettää perheen kanssa, minkä vuoksi perheettömät voivat kokea itsensä tavallista yksinäisemmäksi pyhien aikaan. Yksinäisiä ihmisiä leimataan helposti, minkä vuoksi yksinäisyyttä halutaan peitellä. Niin sanottu noidankehä syntyy, kun yksinäinen ihminen eristäytyy leimautumisen pelossa, mikä puolestaan aiheuttaa lisää yksinäisyyttä. (Heiskanen & Saaristo 2011, 66.)

Kognitiivisen yksinäisyysteorian mukaan yksinäisyyttä aiheuttavia tekijöitä ovat yksilön persoona, tilanteet, menneisyys ja nykyisyys. Näitä läpikäymällä ja selityksiä etsimällä voi saada apua ongelman ratkaisemiseen. (Heiskanen & Saaristo 2011, 66.) Osaa asioista voi kuitenkin olla ihmisen vaikeaa itse käsitellä, ja siksi on syytä kääntyä ammattiauttajan puoleen.

4.4 Interaktionistinen teoria

Interaktionistinen eli vuorovaikutusteoria tarkastelee yksinäisyyttä normaalina johonkin elämänvaiheeseen kuuluvana ilmiönä, johon vaikuttavat sekä persoonalliset että tilannetekijät. Teorian kehittäjä Robert Weiss (1974) esittää yksinäisyydellä olevan kaksi eri muotoa: emotionaalinen ja sosiaalinen eristyneisyys, jotka aiheuttavat yksinäisyyttä. Emotionaalinen eristyneisyys on sekä henkistä että tunnetason etäisyyttä muihin ihmisiin. Sosiaalinen eristyneisyys johtuu puolestaan sosiaalisen verkoston puuttumisesta. (Heiskanen & Saaristo 2011, 67.)

Emotionaalisen eli tunneyksinäisyyden perusta on kiintymysteoriassa, joka painottaa läheisten tunnesiteiden tärkeyttä sekä lapsuudessa että aikuisuudessa. Emotionaalinen yksinäisyys syntyy näiden kiintymyssuhteiden puuttumisesta. Lapsena koetut puutteelliset vuorovaikutussuhteet (äiti-lapsisuhde) nähdään heijastuvan yksinäisyytenä myös ihmisen myöhempään elämään. Interaktionistisen teorian mukaan lapsuuden aikaiset kiintymyssuhteiden ongelmat ikään kuin aktivoituvat ikääntyessä uudestaan erilaisten menetysten, esimerkiksi puolison kuoleman, yhteydessä. Se johtaa yksinäisyyden tunteisiin, joita ei saa poistettua millä tahansa uudella suhteella. Emotionaalisesta yksinäisyydestä kärsivä ihminen kokee eroahdistusta, masentuneisuutta, ahdistusta, sisäistä

tyhjyyden tunnetta ja hylätyksi tulemisen pelkoa. Näistä negatiivisista tunteista selviytyy vain uuden hyväksyntää, turvallisuutta, ymmärrystä ja läheisyyttä tuottavan kiintymyssuhteen avulla. (Heiskanen & Saaristo 2011, 67.)

Sosiaalinen eristyneisyys sekä siitä johtuva yksinäisyys johtuu epäonnistuneesta liittymisestä sosiaaliseen yhteisöön. Vaikka ihmisellä olisikin jo yksi tyydyttävä kiintymyssuhde olemassa, tarvitsee hän kuitenkin yhteenkuuluvuuden tunnetta samankaltaisen ihmisten kanssa. Sosiaalisesta yksinäisyydestä kärsivä ihminen haluaa erilaisia ryhmätoimintoja ja vertaisseuraa. Hän saattaa kuitenkin kieltää yksinäisyyden tunteensa suojatakseen itseään epäonnistumisilta ihmissuhteissa ja sitä myötä eristäytyä yhä enemmän. Sosiaalisesti yksinäinen kokee turhautumista, päämäärättömyyttä, välinpitämättömyyttä, ikävystymistä ja epävarmuutta. Tällaisesta yksinäisyydestä selviytyy esimerkiksi erilaisten toisten ihmisten seuraan liittyvillä harrastuksilla tai ryhmätoiminnoilla. (Heiskanen & Saaristo 2011, 67.) Kotihoidon tukipalveluna järjestettävä päivätoiminta auttanee sosiaalisesta yksinäisyydestä kärsiviä ikääntyneitä. Päivätoimintaryhmässä on samanikäisiä kotihoidon asiakkaita, joiden kanssa tehdään yhteisesti erilasia virikkeellisiä toimintoja, kuten käsitöitä ja voimistelua.

5 YKSINÄISYYDEN VAIKUTUKSET TOIMINTAKYKYYN

Toimintakyvyn käsitteellä tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, mihin ihminen kykenee omassa elinympäristössään ja kuinka hyvin ihminen suoriutuu erilaisista arkielämän tehtävistä. Arkielämän tehtäviä voidaan katsoa olevan muun muassa itsestä, kodista ja läheisistä huolehtiminen ja niistä suoriutumiseen vaikuttaa yksilön sisäiset tekijät, kuten kyvyt ja tavoitteet, sekä ympäristön vaatimukset ja toimintaedellytykset. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15.)

5.1 Toimintakyvyn osa-alueet

Toimintakyky jaetaan kolmeksi osa-alueeksi, jotka ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15). Ihmisen toimintakykyä arvioidessa on tarkasteltava näitä kolmea osa-aluetta kokonaisuutena, sillä niillä on vaikutus toisiinsa: muutos yhdellä osa-alueella voi vaikuttaa myös muihin (Häkkinen & Holma 2003, 11). Pieniltäkin tuntuvilta asioilla, esimerkiksi hiusten kampaamisella (fyysinen toimintakyky) itse voi olla hyvinkin suuri merkitys ikääntyneen toimintakyvyn säilymisen kannalta. Se voi kohottaa mielialaa ja tuoda onnistumisen kokemuksia (psyykkinen toimintakyky), jotka voivat kannustaa ikääntynyttä esimerkiksi lähteä ulkoilemaan. Ulkona ollessaan hän voi kohdata vanhoja tuttuja, joiden kanssa voi keskustella ja muistella menneitä aikoja (sosiaalinen toimintakyky). Tällä tavoin yksinäinen ikääntynyt voi saada helpotusta ongelmaansa tukemalla ensin fyysistä toimintakykyä.

Ikääntyneiden kotona asuminen ja pärjääminen on hyvin pitkälti kiinni ikääntyneiden toimintakyvystä (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 72). Koska valtakunnallisena linjauksena on ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään, on ikääntyneiden parissa työskentelevien syytä olla hyvin tietoisia toimintakyvyn tukemisen mahdollisuuksista. Lisää koulutusta varmaankin tarvitaan, sillä esimerkiksi jokaisella kotihoidon palveluiden piirissä olevilla ikääntyneillä on vajetta jollain toimintakyvyn osa-alueella ja hän tarvitsee siksi palveluja arkielämänsä tueksi. Kansanterveyslaitoksen arvion mukaan Suomessa on vuonna 2000 ollut noin 15 000 toimintarajoitteista yli 75-vuotiasta (Kivelä 2006, 22).

5.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen liikkumista, ruumiillista hyvinvointia, yläraajojen toimintaa ja aistitoimintaa (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15). Normaaliin vanhenemiseen kuuluu muun muassa näön ja kuulon heikkeneminen, lihasmassan väheneminen, luuston haurastuminen sekä tasapainon ja koordinaation heikkeneminen (Aalto, Hakonen, Koskinen & Päivärinta 1998), jotka osaltaan vaikuttavat fyysiseen

toimintakykyyn. Lisäksi siihen vaikuttavia tekijöitä voivat olla sairaudet, lihasvoima ja aistivammat. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15).

Fyysinen toimintakyky on määritetty vähiten vaativammaksi kyvyksi, jota voidaan muun muassa harjoittaa. Esimerkiksi säännöllisellä liikunnalla voidaan lisätä lihasvoimaa ja tasapainoa, jotka ovat merkittäviä muun muassa omin voimin seisomaan nousun ja kävelemisen kyvyn säilyttämiseksi mahdollisimman pitkään. (Virkkunen 2001, 11.) Liikkumiskyvyllä on myös vaikutusta mielen virkeyteen. Jos kotona asuva ikääntynyt ei kykene liikkumaan tai liikkuu huonosti, voi hän kokea olevansa niin sanotusti kotinsa vanki. Hän voi mahdollisesti eristäytyä toisista ihmisistä, koska ei pääse kodistaan pois tai huonon liikkumiskykynsä vuoksi ei halua lähteä nolatuksi tulemisen pelossa. Toisista ihmisistä eristäytyminen voi aiheuttaa yksinäisyyttä tai pahentaa jo olemassa olevaa yksinäisyyttä.

Kotihoidon työntekijät voivat tukea käynneillään osaltaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä. Tarpeenmukaisten apuvälineiden toimittaminen kotiin auttaa asiakasta paremmin suoriutumaan itsenäisesti päivän toimista. Rollaattorista tullut monille hyvin merkittävä liikkumisen apuväline, jota ilman ikääntynyt saattaisi jäädä sänkyyn makaamaan pelätessään kaatumista. Kotihoidon työntekijät voivat tukea fyysisiä toimintoja myös ulkoiluttamalla, kuntouttavalla työotteella ja ohjaamalla asiakasta tekemään erilaisia pieniä voimisteluliikkeitä. Myös erilaisiin liikuntaryhmiin ohjaamisella, voi olla merkitystä yksinäisyyden torjumisessa tai lieventämisessä. Ikääntyneiden liikuntaryhmiin kokoontuu samankuntoisia ja -vertaisia ikäihmisiä, jotka voivat kokea yhteisöllisyyttä yhdessä tekemisen kautta.

Liikkumiskyvyn tukemisen ohella aisteihin liittyvien ongelmien, kuten kuulo- ja näköongelmien, hoitaminen voivat olla merkityksellisiä yksinäisyydenkin näkökulmasta (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15). Esimerkiksi huonosta kuulosta kärsivä ikääntynyt voi välttää vuorovaikutustilanteita toisten ihmisten kanssa nolatuksi tulemisen pelossa. Hän voi jättää osallistumisen esimerkiksi päivätoimintaan, kun ei pysty seuraamaan siellä annettuja ohjeita eikä osallistumaan yhteisiin keskusteluhetkiin huonon kuulonsa vuoksi. Tällaisissa tilanteissa on syytä avustaa ikääntynyttä ohjaamalla hänet

kuulotutkimuksiin. Kuulokojeella voi olla suurikin merkitys kanssakäymisen mahdollistajana, ja se voi vaikuttaa positiivisesti yksinäisyyden kokemuksiin.

Sairauksista huolehtiminen ja oikeanlainen lääkitys tukevat kotona pärjäämistä. Suurin osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee apua lääkityksen hoidossa. Tällöin työntekijöillä on vastuu jakaa lääkkeet, seurata mahdollisia haittavaikutuksia sekä oikeaa annostusta. Kivelän mukaan useilla ikääntyneillä on hyvin raskas lääkitys, joka aiheuttaa muun muassa väsymystä, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja muita haittavaikutuksia. Lääkkeiden haittavaikutuksia puolestaan virheellisesti diagnosoidaan jonkun toisen sairauden oireiksi, jonka vuoksi ikääntyneelle määrätään lisää lääkkeitä. (Kivelä 2011.) ”Lääketokkuraisen” ikääntyneen on vaikea ylläpitää ja luoda ihmissuhteita, jonka vuoksi hän saattaa kärsiä yksinäisyydestä.

Yksinäisyys voi vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn ja terveyteen myös ravinnonsaannin kautta. Ikääntynyt voi kokea yksinäisyyden ja siihen mahdollisesti liittyvän lievän masennuksen vuoksi ruokahaluttomuutta. Pitkään jatkunut ruokahaluttomuus ja niukka ravinnon saanti voivat johtaa aliravitsemukseen ja altistaa helpommin sairauksille. (Kivelä 2006, 22.) Tosiasia on, että yksin ei varmastikaan kenestäkään ole mukavaa syödä vuodesta toiseen. Ruokahaluun voitaisiin vaikuttaa ruuan valmistuksesta tulevan tuoksun sekä erilaisten kauniiden kattausten ja esillepanojen avulla. Valitettavasti se ei kotihoidon asiakkailla ole mahdollista, elleivät he itse osta ruuanvalmistuspalvelua yksityiseltä palveluntuottajalta. Hyvin moni kotihoidon asiakas saa ruokansa ateriapalvelun pahvisesta laatikosta, joka ei varmaan ruokahalua kohota. Ruokahaluttomuuteen voi vaikuttaa myös liikunnan vähyys ja niin sanotusti raittiin ilman puute eli jatkuva sisällä oleminen.

5.1.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky koostuu ihmisen psyykkisestä hyvinvoinnista, kongnitiivisistä tehtävistä, selviytymiskeinoista (coping) sekä elämänhallinnasta (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15). Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavat muun muassa ikääntyneen mieliala, mielenterveys sekä persoonallisuus ja minäkuva (Aalto, Hakonen, Koskinen &

Päivärinta 1998, 107). Kognitiiviset tehtävät puolestaan vaativat sujuvaa aivotyöskentelyä, jonka edellytyksenä ovat muun muassa oppimiskykyä, muisti ja kielelliset taidot (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 15). Selviytymiskeinot ovat tietoisia keinoja, joilla ihminen pyrkii säilyttämään psyykkisen tasapainon sitä uhkaavissa tai järkyttävissä tilanteissa. Nämä coping-keinot voivat olla psyykkisiä, sosiaalisia tai fyysisiä. Esimerkiksi puolison kuolema voi horjuttaa psyykkistä tasapainoa ja ihminen voi yrittää helpottaa oloansa esimerkiksi itseään rauhoittamalla, keskustelemalla ystävän kanssa tai aloittamalla uuden harrastuksen, kuten lenkkeilyn. (Leppävirran lukio i.a.) Vaikeista tilanteista selviytyminen luo kokemuksen elämänhallinnasta. Ikääntyneen elämänhallintaan kuuluu oleellisesti myös sopeutuminen avun tarvitsemiseen, vanhenemiseen ja luopumiseen (Kemppainen & Piironen 2008).

Erik Eriksonin (1980) kehitystehtäväteoria ja siitä suoriutuminen vaikuttaa olennaisesti psyykkiseen hyvinvointiin ja sitä myötä psyykkiseen toimintakykyyn. Teorian mukaan ihmisen perimmäinen kehitystehtävä on persoonallisen kiinteyden eli integraation aikaansaaminen. Vanhuuden, viimeisen kehitysvaiheen, kehitystehtävä koskee minän eheyttä, jonka saavuttamiseksi ikääntyneen tulee ymmärtää elämässä tapahtuneiden asioiden ja vaiheiden kuuluvan elämänkaareen. Menneitä hyviä aikoja on hyvä muistella, mutta lisäksi on myös syytä ymmärtää, että negatiivisetkin tapahtumat ovat kuuluneet elämään. Kehitystehtävissä epäonnistuminen voi aiheuttaa epätoivoa, vihaa sekä kypsymättömyyttä vanhuuteen ja elämän päättymiseen. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 169.) Se voi saada aikaan eristäytyneitä ja elämäänsä pettyneitä yksinäisyyttä kokevia ikääntyneitä. He eivät ehkä halua olla missään tekemisissä toisten ihmisten kanssa ja näyttää heikkouttaan, jonka vuoksi yksinäisyyden tunteet yhä voimistuvat.

Kotihoidossa on paljon muistiongelmaisia ikääntyneitä. Muistiongelma, dementia, voi vaikuttaa merkittävästi ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn, yksinäisyyden kokemuksiin ja kotona pärjäämiseen. Itse asiassa, muistiongelmat ovat Pieksämäellä kotihoidon päättymisen ja laitoshoitoon joutumisen keskeisin syy (Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009, 4). Dementia voi eristää ikääntynyttä toisista ihmisistä ja aiheuttaa yksinäisyyttä. Ikääntynyt ei esimerkiksi uskalla poistua asunnostaan eksymisen pelossa tai hän ei halua kotiinsa vierailulle entisiä ystäviä, joita ei enää tunnista. Entiset ystävät ja tuttavat saattavat luopua yhteydenpidosta, sillä keskivaikeaakin sairastavan dementikon kanssa vuorovaikutus voi olla hankalaa. Muistiongelmainen ikääntynytkin tarvit-

see kuitenkin kanssakäymistä, ja kotihoidon työntekijä voi ohjata asiakasta esimerkiksi muistiongelmaisten päivätoimintaryhmään, josta voi saada vertaistukea. Muistiongelmat voivat siis aiheuttaa yksinäisyyttä, mutta tilanne voi olla myös toisinpäin: yksinäisyys voi aiheuttaa muistiongelmia ja dementiaa. Varsinkin Alzheimerin tautiin sairastumisen riski voi jopa kaksinkertaistua pitkään jatkuneen yksinäisyyden johdosta. (Arnold, Barnes, Bennett, Kelly, Krueger, Schneider, Tang & Wilson 2007, 234.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten ikääntyneiden asiakkaiden määrä on noussut kotihoidossa. Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat aiheuttaa yksinäisyyttä. Toisaalta myös yksinäisyys voi pitkään jatkuessa aiheuttaa mielenterveys- ja päihdeongelmia (Karisto Kröger & Seppänen 2007, 186). Tärkeää joka tapauksessa on, että asiakas saa näihin ongelmiinsa ammattiapua, sillä esimerkiksi pitkään jatkunut hoitamaton masennus voi aiheuttaa itsetuhoisia, suicidaalisia, ajatuksia tai jopa tekoja (Nurminen 2000, 154).

Turvattomuus on yksi psyykkisistä olotiloista, joka voi johtua muun muassa yksinäisyyden tunteista. Yksinäinen ikääntynyt voi kokea turvattomuutta, jos tuntee, ettei ole ketään keneltä pyytää apua tarpeen tullen (Palkeinen 2005, 111). Kotihoidossa turvattomille asiakkaille suositellaan turvapalvelua. Turvarannekkeen nappia painamalla hälytys menee Esperin kautta oman kotihoitoalueen yksikölle, jonka työntekijä tulee asiakkaan luokse mahdollisimman pian. Yksinäisyyden tunteita turvapalvelu tuskin pystyy poistamaan, mutta ehkä se tarjoaa edes pientä apua turvattomuuteen.

5.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on suoriutumista ihmisen sosiaalissa taidoissa, kuten ihmissuhdetaidoissa, itsetuntemuksessa ja yhteisökäyttäytymisessä (Häkkinen & Holma 2003, 12). Lisäksi se sisältää suhteet ja vastuuntunteen omaisiin ja läheisiin (Karisto Kröger & Seppänen 2007, 72). Ihminen on luotu olemaan toisten ihmisten kanssa ja sosiaalisella kanssakäymisellä on myönteisiä vaikutuksia myös mielenterveyteen. Monilla ikääntyneilläkin on usein tapana puhua vaivoistaan ja sairauksistaan ikätovereilleen, millä on varmasti hyvinkin suuri vertaistuellinen merkitys. Esimerkiksi yksinäisel-

le ikääntyneelle voi olla hyvin merkityksellistä huomata, että ei ole ainoa ihminen, joka kärsii kyseisestä ongelmasta.

Aktiivinen sosiaalinen osallistuminen on tärkeää myös ikääntyneelle. Se on yhteydessä jopa elinajan ennusteeseen vähentäen vaaraa sairastua tai kuolla. (Kivelä 2011, 101.) Ikääntyneiden parissa työskentelevien on tärkeää huomata milloin asiakas ei enää itse pysty ylläpitämään sosiaalista toimintakykyä vaan tarvitsee toisen ihmisen apua siinä. Sosiaalinen toimintakyky voi heikentyä esimerkiksi fyysisten rajoitteiden, kuten liikkumisvaikeuksien, vuoksi. Myös yksinäisyys voi aiheuttaa eristäytymistä ja vaikuttaa sosiaaliseen kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa. Työntekijät voivat tukea sosiaalista toimintakykyä esimerkiksi ohjaamalla ikääntyneen päivätoimintaan tai ottamalla yhteyttä vapaaehtoisjärjestöihin, kuten Neuvokkaaseen, joka järjestää Ystävärengastoimintaa.

5.2 Toimintakyvyn mittaaminen

Toimintakyvyn mittaamiseksi on kehitetty erilaisia mittareita. Pieksämäen kotihoidossa on pääsääntöisesti käytössä kaksi mittaria: RAVA ja MMSE (MiniMental State Examination). Mittarit sisältävät kysymyksiä ja muutaman tehtävän, joiden avulla työntekijä saa tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Mittari antaa lopputuloksen numeraalisessa muodossa, ja lukua käytetään esimerkiksi kotihoidon piiriin pääsyn kriteerinä: pääsääntöisesti alle 1.5 pistettä RAVA:sta saaneet ohjataan yksityisten palveluntuottajien luokse. (Pieksämäen kaupunki 2008.)

Totuus on kuitenkin se, että toimintakyvyn mittarit kertovat nykyisellään vain osan asiakkaan elämäntilanteesta ja kotona pärjäämisestä. RAVA-indeksi mittaa pääsääntöisesti vain fyysistä toimintakykyä, ja MMSE puolestaan keskittyy kognitiivisista tehtävistä suoriutumiseen. Näiden mittareiden lisäksi myös muilla toimintakykymittareilla on puutteita sosiaalisen toimintakyvyn esilletuomisessa. Esimerkiksi sosiaalisista verkostoista, ympäristöön liittyvästä hallittavuudesta, hyvinvoinnin ulottuvuudesta ja ikääntyneen kokemusmaailmasta ei juurikaan saada tietoa millään yleisesti käytössä olevilla mittareilla. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 72.) Sen vuoksi toimintakyvyn ja palve-

luntarpeen arvioinnissa ei voida luottaa sokeasti pelkkiin mittareihin, vaan ammattilaisen on tarkasteltava ja havainnoitava tilannetta yksilöllisesti huomioiden jokaisen asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne.

Eri vuosikymmenten välisiä ikääntyneiden toimintakyvyn tason eroja on vertailtu muun muassa Mini-Suomi -tutkimuksen ja Terveys 2000 -tutkimuksen avulla. Vertaillessa vuosina 1978–1980 tehdyn Mini-Suomi -tutkimuksen ja vuosina 2000-2001 suoritetun Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 65–74 -vuotiaiden ikääntyvien toimintakyky oli parempi 2000 luvulla kuin parikymmentä vuotta aiemmin. Yli 85-vuotiaiden toimintakyky ei kuitenkaan ollut parantunut vaan päinvastoin. Nykyisen vuosituhannen alussa tämän ikäryhmän liikkumiskyky ja vaikeuksitta päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen oli huonompaa kuin samanikäisten suoriutuminen on ollut 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa. Kivelän mukaan tutkimustulos ei viittaa hyvään hoitoon ja kuntoutukseen maassamme. Ikääntyneiden toimintakyvyn tason laskemiseen syyksi samojen ikäryhmien välillä hän nimeää muun muassa geriatrisen ja gerontologisen erityisosaamisen puutteen, lääkehaitat, dementian puutteellisen hoidon sekä yksinäisyyden ja lievän masennuksen. (Kivelä 2006, 27.)

6 KOTIHOITO TUKENA KOTONA PÄRJÄÄMISESSÄ

6.1 Kotihoito käsitteenä

Kotihoito on yksi sosiaalihuoltolain säätämistä sosiaalipalveluista, joita kunta on velvollinen järjestämään sitä tarvitseville henkilöille (Laki sosiaalihuollosta 1982/710, §3). Kotihoito on asiakkaan saamaa hoitoa ja huolenpitoa hänen omassa kotonaan tai kodinomaisessa asuinyhteisössä. Sen tarkoituksena on tukea asiakkaan heikentynyttä toimintakykyä ja arjessa selviytymistä sekä auttaa häntä asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoitoon kuuluu kotipalvelu ja kotisairaanhoito sekä tukipalvelut (muun muassa ateria- ja turvapalvelu, saattaja-apu, päivätoiminta). Säännöllisesti, eli vähintään yhden kerran viikossa, kotihoitopalveluja käyttävälle asiakkaalle laaditaan palvelu- ja

hoitosuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan tarvitsemat palvelut. (Pieksämäen kaupungin kotihoito i.a.) Sen lisäksi, että palvelu- ja hoitosuunnitelman teko on lakisääteinen velvoite (Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812), se on myös asiakkaan palvelujen saannin turva.

6.2 Kotihoidon kehitys

Aina keskiajalta saakka ihmiset ovat huolehtineet toisistaan perheen ja lähiyhteisön avulla. Jokaisella yhteisöllä oli oma käsityksensä, kuinka sairasta, vammaista tai vanhusta hoidettiin. Vaivaiset elivät osana yhteisöä ja tekivät töitä sen verran kuin kykenivät. Tämä periaate otettiin virallisesti yhteiskunnan käyttöön 1600- ja 1700-luvuilla, kun valtio alkoi vähitellen kehitellä sosiaalista huoltotoimintaa, vaivaishoitoa. Vaivaishoidon periaatteena oli, että vaivaiset osallistuivat vain sen verran työntekoon kuin kykenivät, ja heille tarjottiin tarpeenmukaista hoitoa ja huoltoa. (Oulun yliopisto 2003.) Vanhuksia, orpoja, köyhiä, vammaisia ja mielisairaita niin sanotusti kaupiteltiin kunnan maksamaa korvausta vastaan yksityisille hoidokeiksi. Ne vaivaiset, joita kukaan ei halunnut huollettavakseen, joutuivat turvautumaan viranomaisten hätäapuun, hyväntekeväisyysjärjestöihin ja kerjuuseen. (Lindfors 2006.)

Vuonna 1856 säädetty vaivaishoitoasetus velvoitti seurakunnan huolehtimaan köyhistä ja vaivaisista. Avustusmuotoina olivat vaivaistalot, vaivaishuutokaupat ja vaivaiskassa-avustukset. Vaivaishoito muuttui 1880-luvun lopulla köyhäinhuolloksi. Vuonna 1922 säädettiin köyhäinhoitolaki, joka kielsi aiemmat vaivaishuutokaupat ja velvoitti kunnat huolehtimaan jokaisesta vaikeuksiin joutuneesta. (Oulun yliopisto 2003.)

Kotipalvelu ja kotisairaanhoito ovat kehittyneet erillään. Ensimmäiset terveyssisaret (=kotisairaanhoitajat) alkoivat kiertää kodeissa 1920-luvulla. Laki terveyssisarista tuli voimaan 1944 ja vuonna 1972 säädetyn kansanterveyslain jälkeen alettiin puhua kotisairaanhoitajista. Kotipalvelu puolestaan on käynnistynyt virallisesti vuonna 1950, jolloin kotipalvelusta tuli lakisääteisesti osa kuntien toimintaa. Tuolloin kodinhoitajan työ oli toimia niin sanottuna perheenemäntänä vähävaraisissa ja monilapsisissa perheissä. Vuonna 1966 kodinhoitoavusta säädettiin uusi laki, jossa avun saamisen perusteeksi tuli

tarve, ei enää vähävaraisuus. Samalla palvelu muuttui maksulliseksi. Lakiuudistuksen merkittävä uudistus oli myös se, että vanhusväestö otettiin myös kodinhoitoavun piiriin. 1970-luvulta lähtien kotipalvelu ja kotisairaanhoito ovat laajentuneet. 1990-luvulla alkanut lama sekä vanhustyön laitospainotteisuuden purkaminen lisäsivät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarvetta entisestään. (Tenkanen 2003, 25.)

Vielä 1990-luvun alussa kotipalvelu suoritti asiakkaan luona kaikki tarpeenmukaiset työtehtävät, lukuun ottamatta sairaanhoidollisia tehtäviä. Työntekijät olivat koko päivän yhdessä asiakaspaikassa, jossa työtehtävät vaihtelivat saunotuksesta siivoukseen ja ruuanlaittoon. Nykyään kotihoidon työntekijöiden työpäivät koostuvat usean asiakkaan luona suoritettavista kodinhoidollisista tehtävistä sekä hoito- ja hoivatehtävistä. Osa kodinhoidollisista tehtävistä, kuten siivous ja kaupassakäynti, on siirretty jo yksityiselle sektorille.

Pieksämäen kaupungin kotisairaanhoito ja kotipalvelu yhdistyivät kotihoidoksi vuonna 2007. Siitä lähtien yhteistyön tekeminen eri ammattiryhmien, kuten sairaanhoitajien ja lähihoitajien, kesken on tiivistynyt. Vuonna 2008 syys–lokakuussa Pieksämäen kaupungin kotihoidossa suoritettiin työaikaseuranta. Työntekijät kirjasivat viiden minuutin tarkkuudella tekemänsä päivän työt kahden viikon ajan. Tutkimus osoitti, että peräti 17 % lähi- ja kodinhoitajien työtehtävistä kostuu sairaanhoidollisista tehtävistä, kuten haavanhoidosta, verinäytteiden otosta, katetroinnista tai lääkkeidenjaosta. Vastaavasti sairaanhoitajien työajasta 6% nähtiin kuluvan kotipalvelutehtäviin, kuten asiakkaan ravinnonsaannista tai puhtaudesta huolehtimisesta. Tutkimuksen voidaan nähdä osoittavan kotihoidon kehityksen työtehtävien uudelleen organisoinnista eri ammattiryhmien välillä. (Pieksämäen kaupungin kotihoito 2009.)

Ikääntyneiden määrän kasvun ja valtakunnallisen linjauksen vuoksi kotihoidon palvelujen piiriin pääsyn kriteereitä valvotaan tiukasti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kotona asumista mahdollistavia palveluja joudutaan kohdentamaan yhä enemmän vain paljon apua tarvitseville eli huonompikuntoisimmille. (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 169.) Kuitenkaan työntekijöiden määrä ei ole noususuhdanteessa, vaan samalla henkilöstömäärällä pyritään hoitamaan suurempi määrä asiakkaita. Tämän vuoksi kotihoidon käynnit ovat lyhytkestoisia ja turvaavat pääosin perushoidon. Tutkimuksen mu-

kaan joka viides kotihoidon asiakas tarvitsisi oikeasti hoitoa ympärivuorokautisessa palveluasumisyksikössä kotihoidon sijaan. Myös joka viides haluaisi muuttaa kodistaan palveluasumisyksikköön, jos saisi paikan. (Kivelä 2011.)

6.3 Kotihoito Pieksämäellä

Kotihoito toteutetaan Pieksämäellä kahtena alueena, jotka jakautuvat eri yksiköihin. Ensimmäinen alue on kantakaupungin alue, jossa on kaksi yksikköä: Itäinen yksikkö ja Läntinen yksikkö. Toinen alue on haja-asutuksen alue, johon kuuluu kolme yksikköä: Naarajärven yksikkö, Virtasalmen yksikkö ja Jäppilän yksikkö. Molemmilla alueilla on oma aluevastaavansa, joka toimii kentällä työskentelevien lähiesimiehenä ja on vastuussa toiminnasta. Alueellisten yksiköiden lisäksi Pieksämäen kaupungin kotihoitoon kuuluu lapsiperheiden kotipalvelu, yöpartio, kotisairaala ja kotiutusyksikkö. Kotiutusyksikkö ottaa vastaan kaikki uudet asiakkaat sekä organisoi tehostettuja kotiutuksia esimerkiksi osastoilta tai muista hoitolaitoksista. Syksyllä 2011 kotihoito on saanut myös oman kotihoidon johtajan, joka vastaa muun muassa kehittämistyöstä sekä budjetin laatimisesta ja toteutumisesta. (Pieksämäen kaupunki 2011 a.)

Pieksämäen kotihoidossa on varauduttu lähivuosien ikääntyneiden määrän merkittävään kasvuun muun muassa siirtämällä asiakkaita apteekin koneelliseen lääkejakoon sekä toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton suunnittelulla. Apteekin kanssa yhteistyössä toteutettava koneellinen lääkejako on alkanut vuonna 2011. Se tarkoittaa sitä, että apteekissa oleva kone jakaa asiakkaan lääkkeet kahdeksi viikoksi annospusseihin, jotka joko asiakas itse, omainen, yksityinen palveluntuottaja tai kotihoidon työntekijä toimittaa asiakkaan kotiin. Pieksämäen kaupungin kotihoidossa on havaittu, että suuri osa kotihoidon työntekijöiden työajasta kuluu mekaaniseen lääkkeenjakoon. Koneelliseen lääkejakoon siirtymisen tavoitteena on kohdentaa työaikaa muunlaisiin työtehtäviin, kuten kuntoutukseen ja viriketoimintaan sekä vastata tulevaan asiakasmäärän kasvuun. (Pieksämäen kaupunki 2011 a.)

Pieksämäen kotihoidossa on tällä hetkellä kaksi projektia: Tehokas ja vaikuttava hyvinvointipalvelutuotanto (2009–2012) sekä Virtuaalinen mallinnus ja tutkimusympäristö

(2010–2011). Tehokkaan ja vaikuttavan hyvinvointipalvelutuotannon eli TEVA:n tavoitteena on tutkia kotihoidon vaikuttavuuden ja kustannusten arviointia. Hanke tuo näkyväksi sitä, mitä palveluun sijoitetuilla rahoilla saadaan aikaiseksi. Toisen projektin, Virtuaalisen mallinnuksen ja tutkimusympäristön, tavoitteena on luoda kotihoitoon uusia toimintamalleja, joiden avulla voidaan lisätä työn tehokkuutta ja sitä kautta saada säästöjä kustannuksissa. Työn tehokkuutta on tavoitteena saada lisättyä 30%. Keinona tähän aiotaan ottaa pilotointiin vuoden 2011 lopulla tai vuoden 2012 alussa toiminnanohjausjärjestelmä. Toiminnanohjausjärjestelmä toimii niin, että toiminnanohjaaja, joka on mahdollisesti lähiesimies, jakaa työntekijöille tietokoneen välityksellä päivittäiset asiakaskäynnit. Tiedot asiakaspaikoista siirtyy suoraan työntekijän mobiililaitteeseen. Lisäksi työntekijä voi tilastoida asiakaskäynnit, eli kirjata asiakkaan luona vietetyn ajan, suoraan asiakkaan kotona, joka on aiemmin suoritettu toimistolla. Tämän ajatellaan vapauttavan aikaa itse asiakastyöhön. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla toiminnanohjaaja pystyy seuraamaan niin sanottujen kenttätyöntekijöiden asiakkaiden luona vietettyä aikaa ja jakamaan töitä tasaisesti kaikille työntekijöille. (Pieksämäen kaupunki 2011.)

Pieksämäen kaupungin kotihoito on vastannut mielestäni hyvin asiakkaiden tarpeisiin. Näkemystäni tukee kotihoidossa joka toinen vuosi tehty asiakastyytyväisyyskysely. Vuonna 2009 toteutettuun kyselyyn vastasi 270 kotihoidon asiakasta ympäri Pieksämäkeä ja heistä suurin osa (88%) oli joko erittäin tyytyväinen tai melko tyytyväinen saamaansa palveluun. Voidaan siis todeta, että asiakkaiden tarpeet ovat tulleet melko hyvin tyydytetyiksi, sillä suurin osa heistä ollut tyytyväinen saamaansa palveluun. Kuitenkin merkitykselliseksi yksinäisyyttä koskevan tutkimukseni kannalta nousi se, että vastanneista 28 % koki henkilökunnan kanssa keskustelemisen riittämättömäksi. Useat vastanneista olivat tähän lisäksi maininneet, että työntekijöiden kiireen vuoksi keskustelut jäävät riittämättömiksi. (Pieksämäen kaupungin kotihoito 2009.) Monelle asiakkaalle kotihoidon työntekijä voi olla ainut päivän ihmiskontakti ja sen vuoksi keskustelun merkittävyyden kokemisella voi joillekin asiakkaille olla suurikin merkitys yksinäisyyden lieventäjänä.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Toteutin opinnäytetyöhöni liittyvän tutkimuksen Pieksämäellä, koska asun Pieksämäellä ja olen työskennellyt kotihoidossa muutaman vuoden ajan. Rajasin tutkimusympäristöä Pieksämäen kantakaupunkiin, sillä ensinnäkin kuntien vuonna 2007 yhdistyttyä tutkimusalue olisi maantieteellisesti ja asiakasmäärältään mielestäni liian laaja. Minua myös henkilökohtaisesti kiinnosti erityisesti yksinäisyys kantakaupungissa, jossa on selvästi enemmän ihmisiä lähellä kuin maaseudulla. Keskustan tuntumassa on mahdotonta liikkua ilman että törmäisi keneenkään muuhun. Naapuritkin ovat lähettyvillä, jopa seinän takana. Lisäksi kotihoidon on helpompi tarjota palveluitaan kantakaupungin alueelle tarvittaessa useammankin kerran päivässä, kun taas useiden kilometrien päässä asuvat joutuvat joko pärjäämään harvemmilla käynneillä tai sitten muuttamaan lähemmäs taajamaa.

7.1 Tutkimuksen tavoitteet

Ikääntyneiden yksinäisyyttä ja yleisyyttä on tutkittu määrällisesti melko paljon. Tutkimukset ovat olleet pääosin kvantitatiivisia ja ne on toteutettu kyselylomakkeiden avulla. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa, millaista yksinäisyys on ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kokemana, ja kokevatko he yksinäisyydellä olevan vaikutusta toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen. Yksinäisyys on yleinen ongelma ikääntyneillä, ja sen vuoksi pyrin herättämään keskustelua kotihoidon työntekijöiden aiheesta. Tavoitteenani on kehittää työntekijöiden valmiuksia tunnistaa paremmin yksinäisyyttä.

Päätavoitteenani on saada kehitettyä Pieksämäen kaupungin kotihoitoa toimimaan paremmin yksinäisyyden lievittäjänä ikääntyneiden näkemysten ja kokemusten perusteella. Tutkimukseni perusteella nostan esiin kehittämisehdotuksia, joita tulen viemään eteenpäin työskennellessäni Pieksämäen kaupungin kotihoidossa.

Tutkimusongelmat:

1. Millaista ikääntyneiden yksinäisyys on kotihoidon asiakkaan kokemana?
2. Mitä tekijöitä ikääntynyt kokee yksinäisyytensä taustalla olevan?

3. Kokeeko ikääntynyt yksinäisyydellä olevan vaikutusta hänen toimintakykyynsä ja kotona pärjäämiseensä?
4. Kuinka kotihoito voisi ikääntyneen mielestä toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä?

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimukseni kohderyhmä valikoitui eri iän (kuitenkin yli 75 vuotta), eri toimintakyvyn, eri sukupuolen ja eri kotihoidon palveluiden määrän perusteella. Tutkimusjoukko muodostui viidestä kotihoidon asiakkaasta.

Pieksämäen kaupungin kotihoidossa oli yhteensä 653 asiakasta 23.08.2011 Pegasos-potilastietojärjestelmän mukaan. Heistä 280 oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita, eli he saivat kotipalvelua tai kotisairaanhoitoa vähintään kerran viikossa. Minun oli mahdotonta selvittää, että ketkä kaikki kärsivät yksinäisyydestä. Yksinäisyyden määrällinen kartoitus ja yleisyyden selvitys olisi ollut jo sinällään opinnäytetyön laajuinen tutkimus. En kuitenkaan halunnut tutkia ilmiötä määrällisesti, joten pyysin apua kotihoidon työntekijöiltä yksinäisiä ikääntyneitä etsiessäni. Oletukseni oli, että työntekijät ovat kohdanneet työssään yksinäisiä ikääntyneitä asiakkaita. Laitoin kantakaupungin kotihoidon työntekijöille sähköpostia tutkimukseni aiheesta ja pyysin heiltä asiakkaiden nimiä, jotka ovat joko kertoneet heille yksinäisyyden kokemuksistaan tai joiden yksinäisyyden työntekijät ovat tunnistaneet ilman sanomistakin. Lisäksi laitoin esitteet opinnäytetyöstäni kantakaupungin molempiin yksiköihin (Itäinen yksikkö ja Läntinen yksikkö) sekä esittelin tutkimustani henkilökohtaisesti työntekijöille.

Työntekijöiltä sain yhteensä kolmentoista asiakkaan nimet. Työntekijöiden mielestä ainakin nämä kolmetoista asiakasta ovat joko sanallisesti tai käyttäytymisen perusteella ilmaisseet kärsivänsä yksinäisyydestä. Näistä kolmestatoista asiakkaasta valikoin tutkimukseeni sopivia asiakkaita seitsemän ikääntynyttä, joihin otin yhteyttä kirjeitse. Kirjeessä esittelin itseni, tutkimusaiheeni ja pyysin heiltä lupaa saada tulla haastattelemaan, jos he ovat kokeneet yksinäisyyttä. Lisäksi kirjeessä pyysin saada heidän puhelinnumeronsa, jotta voisin soittaa heille ja sopia haastatteluajan. Kirjeet kulkivat asiakkaan kotiin ja takaisin minulle työntekijöiden välityksellä. Seitsemästä valikoidusta asiakkaasta viisi halusi osallistua tutkimukseen.

7.3 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimuksen lähestymistavaksi valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusotteen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja ilmiön mahdollisimman kokonaisvaltainen tarkastelu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156). Laadullisella tutkimusotteella koin saavani mahdollisimman monipuolisesti esille ikääntyneiden omat kokemukset ja näkemykset. Yksinäisyys on hyvin moniulotteinen ja subjektiivinen ilmiö, ja sen vuoksi kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusote ei olisi soveltunut tämän aiheen tutkimiseen. Yksinäisyyttä tutkiessa kvantitatiivisen tutkimuksen voi tehdä, jos tutkii esimerkiksi ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyyttä.

Varsinaiseksi tutkimusmenetelmäksi valitsin ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden haastattelun. Haastattelun perusidea on hyvin yksinkertainen. Kun haluamme tietää, mitä ajatuksia ja kokemuksia ihmisellä on jostain ilmiöstä, on järkevää kysyä asiaa häneltä itseltään. Haastattelun etuna on ennen kaikkea sen joustavuus. Varsinkin näin moniulotteisessa aihepiirin käsittelyssä ja haastattelun kohteena ollessa ikääntyneet, oli tärkeää voida toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä ja selventää ilmausten sanamuotoja. Haastattelun etuna oli myös se, että haastateltaviksi pystyin valitsemaan juuri ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkimastani ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 72–74.)

Haastatteluja voidaan toteuttaa erilaisilla haastattelumuodoilla, joita ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja syvähaastattelu. Tutkimustani varten valitsin teemahaastattelun, joka on ikään kuin lomakehaastattelun ja syvähaastattelun välimuoto. Lomakehaastattelu oli mielestäni liian strukturoitu ja tarkasti etukäteen mietittyjen kysymysten koin ohjaavan liikaa tutkimistani. Yksinäisyyden ollessa niin moniulotteinen, kaikki kysymykset eivät olisi välttämättä sopineet kaikille haastateltaville. Syvähaastattelun puolestaan koin liian avoimeksi, sillä se on täysin strukturoimaton. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 72–77.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumuoto, jolle ominaista on valita etukäteen tutkimuksen kannalta olennaiset teemat ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Teemahaastattelu on hyvin lähellä syvähaastattelua avoimuuden vuoksi. Teemojen

avoimuutta ja kysymysten noudattamista tutkijan tulee miettiä ja päättää mikä on paras tapa juuri hänen tutkimukselleen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75.) Itse päädyin hyvin avoimeen teemahaastatteluun, lähes syvähaastatteluun, sillä kokemuksien kautta tiedän, että ikääntyneillä on paljon kerrottavaa ja he haluavat esittää asiansa myös omalla tyylillään. Mielestäni on myös epäkohteliasta yrittää ohjata keskustelua tarkasti, sillä ensinnäkin aihepiiristä on oletettavasti vaikea puhua ja toiseksi kunnioitan ikääntyneiden omaa kerronnallista tapaa.

7.4 Haastattelulomakkeen laatiminen

Teemahaastattelulomakkeeseen en tehnyt valmiita kysymyksiä vaan ainoastaan teemat ja niiden alle tarkennuksia asioista, joita haluan käsiteltävän. Halusin tavoittaa haastateltavien kokemukset mahdollisimman aitoina ja antaa heille mahdollisuuden puhua heidän omista tuntemuksistaan avoimesti teemoittain. Tarkoituksenani ei ole noudattaa haastattelulomaketta tarkasti, vaan annan haastateltavan kertoa asioita omassa järjestyksessään, jos hän niin haluaa. Tosin jotkut haastateltavat voivat kokea haluavansa edetä haastattelijan kysymysten mukaisesti ja niissä tapauksissa etenen haastattelulomakkeen mukaisesti. Tärkeää haastattelutilanteessa on aistia, että millainen menettely juuri kyseisen haastattelijan kanssa on tarpeen. Haastattelu tulee mielestäni suorittaa yksilöllisesti ja haastateltavan persoonallisuutta kunnioittaen. Haastattelijan on pystyttävä luomaan ilmapiiri, jossa haastateltavan on turvallista ja luontevaa vastata.

Teemahaastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että haastattelija on perehtynyt tarkoin tutkimaansa aiheeseen. Teemat tulee valita tarkoin ja pohtia, mitkä teemat ovat toteutettavan tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75.) Ensimmäiseksi teemaksi haastattelulomakkeeseeni (LIITE 1) valitsin taustatiedot, johon kuului sukupuoli, ikä, asumismuoto (omakotitalo/rivitalo/kerrostalo) ja siviilisääty. Toiseksi teemaksi valitsin toimintakyvyn, jossa kartoitin haastateltavan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toimintakyvyn teemassa halusin ottaa esille varsinkin seuraavat asiat: sairaudet, liikkuminen, näkö/kuulo, harrastukset, yhteydet kodin ulkopuolelle, turvallisuus ja mieliala. Kolmas teema oli avuntarve sekä kotihoidon palvelut ja muu haastateltavan saama tuki. Neljäs

teema oli yksinäisyys, jossa paneuduttiin lähemmin yksinäisyyden kokemuksiin sekä kotihoidon merkitykseen yksinäisyyden lieventäjänä. Tutkimusongelman mukaisesti kysyin myös sitä, kuinka kotihoito voisi ikääntyneen mielestä toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä. Lisäksi viidentenä teemana oli tulevaisuuden näkymät, jonka avulla pyrin saamaan tietoa millaisena asiakkaat näkevät tulevaisuuden sekä siitä mitä tavoitteita ja toiveita tulevaisuuteen liittyy.

Haastattelulomaketta testasin yhdellä 70-vuotiaalla kotihoidon asiakkaalla, jonka yksinäisyys oli tullut esille työskennellessäni itse kotihoidossa. Lomakkeen testaushaastattelu sujui hyvin, mutta huomasin viidennen teeman olevan tutkimukseeni nähden irrallinen ja turha. Poistin viidennen teeman varsinaisesta haastattelulomakkeesta, joten teemoja jäi jäljelle neljä. Lisäksi taustatieto-osuudesta poistin koulutuksen ja aiemman ammatin, sillä koin niiden olevan merkityksettömiä tutkimukseni kannalta.

7.5 Haastattelut ja tutkimusaineisto

Haastattelut suoritin syyskuussa 2011. Tuohon mennessä olin kirjoittanut tutkimukseni teoreettisen osuuden ja tutustunut aiheeseen mahdollisimman hyvin. Haastattelut suoritin asiakkaiden kotona edeltä sovittuna aikana.

Sovittuani haastatteluun osallistuvien kanssa haastatteluajan postitin heille kotiin vielä saatekirjeen (LIITE 2), jossa oli tietoa tutkimuksestani sekä tutkimusongelmat. Tarkoituksenani oli tutustuttaa haastateltavat vielä tutkimuksen lähtökohtiin ja luoda turvallisuutta tulevaa haastattelutilannetta kohtaan. Mielestäni haastateltavien on tärkeää tietää, millaiseen tutkimukseen he ovat osallistumassa. Lisäksi tarkoituksenani oli saada heitä jo miettimään valmiiksi yksinäisyyttään, jotta haastatteluista tulisi mahdollisimman sujuvia. Kirjeessä oli lisäksi yhteystietoni, jotta haastateltavat tai heidän omaisensa voisivat tarvittaessa sopia uuden ajan mahdollisen estymisen vuoksi.

Haastattelut kestivät yhdestä tunnista kahteen tuntiin. Viidestä haastateltavasta kolme suostui haastattelun nauhoitukseen, kaksi ei sitä halunnut. Kaksi nauhoittamatonta haastattelua pyrin kirjoittamaan käsin mahdollisimman tarkasti haastattelutilanteessa. Tut-

kimukseni kannalta oleelliset sanatarkat ilmaisut kirjasin ylös pyydettyäni asiakkaalta pientä keskeytystä keskustelussa. Haastattelut etenivät rauhallisesti ja ilmapiiri oli mielestäni hyvin rento ja myötämielinen haastattelulle. Itselleni ja haastateltaville jäi hyvä mieli lopetettuamme. Kaikki haastateltavat kiittivät ja olivat onnellisia, että saivat keskustella ongelmastaan jonkun kanssa rauhassa.

7.6 Tutkimusaineiston analyysi

Laadullisissa tutkimuksissa perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jota voidaan käyttää periaatteessa kaikissa laadullisissa, jotain tiettyä ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tarkastelevissa, tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa on käytetty aineistolähtöistä sisällön analyysia. Pyrin luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden, jota tulkitsen induktiivisesti. Induktiivinen tulkinta tarkoittaa yksittäisistä haastatteluista saatujen tulosten yleistämistä. Aineiston analyysin tavoitteena oli luoda sanallinen ja selkeä kuvaus Pieksämäen kantakaupungin ikääntyneiden asiakkaiden yksinäisyydestä. Analysoimalla sain selkeyttä tutkimusaineistooni, jotta pystyin tekemään joitain johtopäätöksiä tutkimusilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91–108.)

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin voidaan nähdä kuuluvan kolme eri vaihetta: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Tutkimusaineistoni analysointi alkoi heti kunkin haastattelutilanteen päätyttyä litteroinnilla. Litterointi tarkoittaa nauhoitetun haastattelun kirjoittamista sanasta sanaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108–109.) Tutkimukseni haastateltavista vain kolme suostui nauhoitukseen. Kuuntelin heidän haastattelut nauhurilta ja kirjoitin ne tietokoneella sanatarkasti. Kahden nauhoituksesta kieltäytyneen haastattelut myös kirjoitin muistiinpanojeni perusteella puhtaaksi. Tosin suoria lainauksia heidän haastatteluistaan en voinut käyttää kovinkaan montaa, sillä en pystynyt kirjoittamaan haastattelutilanteessa kuin joitakin tutkimukseni kannalta oleellisia lauseita sanasta sanaan. Kaikki haastattelut luin useaan kertaan ja perehdyin sisältöön. Alleviivasin teksteistä tutkimusongelmiini nähden oleelliset asiat ja kokosin ne tietokoneelle omaksi tiedostoksi. Kaiken muun, tutkimukselleni epäolennaisen, aineiston karsin tässä vaiheessa pois. Litterointi, tutkimusaineiston sisältöön perehtyminen ja

sen tiivistäminen kuuluivat aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäiseen vaiheeseen eli aineiston pelkistämiseen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108–109.)

Analyysin toisessa vaiheessa, klusteroinnissa eli ryhmittelyssä, kävin läpi aineistosta kerätyt tutkimusongelmiin olennaisesti liittyvät ilmaukset. Etsin samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka ryhmittelin ja yhdistin luokiksi. Viimeisenä aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheena oli aineiston abstrahointi, jossa valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä edetään aineiston alkuperäisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 110–111.) Etenin edellä mainittujen kolmen vaiheen mukaisesti. Yhdistäväksi luokaksi määrittelin Kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä. Pääluokkia jaottelin kaksi: 1) Ikääntyneiden kokemuksia yksinäisyydestä ja 2) Ikääntyneiden kokemuksia kotihoidon vaikutuksista yksinäisyyteen. Ensimmäinen pääluokka, Ikääntyneiden kokemuksia yksinäisyydestä jakaantui neljään yläluokkaan. Toinen pääluokka, Ikääntyneiden kokemuksia kotihoidon vaikutuksista yksinäisyyteen, jakaantui kahteen yläluokkaan.

7.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reabiliteentin käsittein. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on luvattu. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136.) Esimerkiksi, onko tässä opinnäytetyön aineistonkeruussa, haastatteluissa, sekä haastateltava että haastattelija ymmärtäneet yksinäisyydellä samaa tarkoittavan ilmiön. Tiedostin yksinäisyyden olevan käsitteenä melko hankala ja se oli myös yksi osasyy teemahaastattelulomakkeen testaukseen. Testasin lomakkeen yhdellä varsinaisesta tutkimuksesta ikänsä vuoksi karsiutuneella kotihoidon asiakkaalla. Molemmat osapuolet ymmärsivät, että yksinäisyys on tunnetila, joka on eri asia kuin konkreettinen yksinolo. Se ilmenee myös tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien vastauksista. Tarvittaessa olisin voinut haastattelutilanteessa täsmentää yksinäisyyden käsitettä, sillä teemahaastattelu on luonteeltaan avoin ja siinä voidaan toistaa ja täsmentää kysymyksiä.

Tutkimuksen toisen luotettavuuskäsitteen, reabiliteetin, mukaan tutkimustulosten täytyy olla toistettavissa, jotta tutkimuksen voidaan katsoa olevan luotettava (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136). Tämä tutkimus täyttää mielestäni reabiliteetin kriteerin, sillä samoilta asiakkailta saisi varmasti samat vastaukset, jos joku toinen tekisi nyt lähiaikoina tämän tutkimuksen uudestaan. Tosin tässä on otettava huomioon haastateltavien ikääntyminen ja mahdollinen toimintakyvyn lasku, joka voi vaikuttaa samojen tutkimustulosten saantiin pitkän ajan, kuten vuosien päästä. Esimerkiksi joku haastatelluista voi sairastua vaikeaan dementiaan, jonka vuoksi ei enää kykene ajattelemaan tutkimusilmiötä ja siihen liittyviä teemoja samalla tavalla.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan kirjoittama totuudenmukainen ja tarkka selostus aineiston kokoamisesta ja analysoinnista (Sarajärvi & Tuomi 2009, 141). Olen pyrkinyt kirjoittamaan mahdollisimman selkeän, kaikkia tutkimusprosessin vaiheita kuvaavan, raportin. Tosin kritisoin itseäni ajankäytön ongelmasta, jonka vuoksi en saanut tehtyä niin yksityiskohtaista selostusta tutkimuksestani kuin olisin halunnut.

Eettisestä näkökulmasta, hyvän tutkimuksen tulee noudattaa tieteellistä käytäntöä, mikä tarkoittaa eettisyyden riittävää ja oikeanlaista huomioimista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–27). Lisäksi tutkimusprosessin etiikkaan kuuluu tutkimusvilpin välttäminen, vahingon välttäminen, oikeudenmukaisuus, hyödyn maksimointi, sekä elämän, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kivelä & Varpio 2011, 26).

Tutkimuskohteen ollessa ikääntyneet, tulee tutkimuksessa ottaa huomioon iästä johtuvat erityispiirteet (Kivelä & Varpio 2011, 26). Ensinnäkin tiedostin, että melko monella kotihoidon ikääntyneellä asiakkaalla on muistiongelma. Keskivaikean tai vaikean muistisairauden omaavat karsin suoraan pois otoksesta. Mielestäni olisi väärin haastatella heitä, sillä muistisairaus voi vaikuttaa ymmärrykseen. Haastateltavien tuli ymmärtää täysin millaiseen tutkimukseen he ovat osallistumassa ja saada päättää itse haluavatko osallistua vai ei. Laitoin seitsemälle ikääntyneelle kirjeen, jossa esittelin itseni, tutkimukseni aiheen ja tarkoituksen sekä tutkimusongelmat, joihin pyrkisin haastatteluilla saamaan vastauksia. Lisäksi kirjeessä pyysin saada heidän puhelinnumeronsa, jotta voisin sopia haastatteluajan. Asiakkaat, jotka laittoivat kirjeeseen puhelinnumeronsa ja palautti kirjeen työntekijöiden välityksellä takaisin minulle, antoivat täten suostumuk-

sensa tutkimukseen. Lupaa kysyin myös haastattelutilanteen nauhoittamisesta. Kaikki haastateltavat eivät suostuneet nauhurin käyttöön, joten heidän haastattelunsa pyrin kirjoittamaan käsin mahdollisimman tarkasti.

Tärkeää eettisesti oikein toteutetussa tutkimuksessa on tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilyttäminen. Tiedonantajien henkilöllisyys ei saa paljastua (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136). Korostin tätä asiaa haastateltaville jo luvan kysymisen yhteydessä sekä ennen varsinaisen haastattelutilanteen alkamista. Mielestäni onnistuin luomaan luotettavan ilmapiirin haastattelutilanteeseen, sillä haastateltavat pystyivät vastaamaan kysymyksiin arasta ja usein myös vaietusta aiheesta, yksinäisyydestä.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset esittelen analysoinnin kautta saatujen luokkien avulla. Pääluokat, Ikääntyneiden kokemuksia yksinäisyydestä ja Ikääntyneiden kokemuksia kotihoidon vaikutuksista yksinäisyyteen, jakaantuvat alaluokiksi, mikä helpottaa tulosten tarkastelua. Käytän tulosten esille tuomiseksi paljon haastateltavien suoria sanatarkkoja ilmauksia, sitaatteja, sillä haluan välittää aitoja näkemyksiä ja kokemuksia. Esittelen tässä luvussa tulosten yhteydessä myös johtopäätöksiä.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimusotokseen kuului viisi ikääntynyttä Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakasta. Iältään he kaikki olivat yli 75-vuotiaita. Nuorin oli 76-vuotias ja vanhin 87-vuotias. Neljä viidestä haastatelluista olivat sukupuoleltaan naisia ja vain yksi oli mies. Kotihoidossa, sekä ikääntyneiden valtakunnallisessa ikäryhmässä, on huomattavasti enemmän naisia kuin miehiä. Pegasos-potilastietojärjestelmän mukaan (23.09.2011 tilanne) kantakaupungin kotihoidon säännöllistä palvelua saavista asiakkaista 22% (osuus 37/169) on miehiä. Yhden miehen edustus haastattelujoukossa kuvaa mielestäni hyvin kotihoidon

asiakkaiden sukupuolijakaumaa. Yhden miehen osallisuus viiden naisen joukossa tarkoittaa 20 %:a haastatelluista.

Kaikki haastateltavat asuivat yksin. Tavoitteenani olisi ollut saada tutkimukseen myös yksi puolison kanssa asuva kotihoidon asiakas, mutta siinä en valitettavasti onnistunut. Olisi ollut tutkimuksen kannalta merkityksellistä haastatella myös sellaista henkilöä, joka kärsii yksinäisyydestä vaikka ei asu yksin. Siviilisäädyltään haastatelluista kolme oli leskiä, yksi oli eronnut ja yksi naimaton. Suurimmalla osalla (4/5) haastatelluista oli lapsia ja lapsenlapsia.

Haastatellut olivat toimintakyvyltään eri kuntoisia. Muistipisteet vaihtelivat 22/30:stä 29/30:een, mikä tarkoittaa, että kukaan haastateltavista ei omaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Haastateltujen RAVA vaihteli puolestaan 1,47:stä 2,48:aan. Myös kotihoidon palveluiden tarve vaihteli niin, että pienimmän RAVA-arvon omaava henkilö pärjäsi yhdellä kotihoidon käynnillä viikossa. Puolestaan henkilö, jonka RAVA oli 2,48 tarvitsi päivittäin kaksi kertaa päivässä kotihoidon työntekijöiden apua. Loput haastateltavista asettuivat näiden kahden ääripään väliin. Neljällä haastateltavista oli myös kotipalvelun tai kotisairaanhoidon lisäksi tukipalveluita. Kolme vastaajista sai myös siivouspalvelua ja asiointiapua yksityiseltä palveluntuottajalta tai omaiselta/lähimmäiseltä.

8.2 Ikääntyneiden kokemuksia yksinäisyydestä

Vaikka yksinäisyys on jokaisen ihmisen sisäinen kokemus, voidaan näkemyksistä ja kokemuksista löytää samankaltaisuuksia samassa elämäntilanteessa olevien kesken. Tutkimukseni tuotti myös yhtäläisyyksiä haastattelujen perusteella. Yhdistäviä tekijöitä voidaan nähdä haastateltujen kesken muun muassa ikäryhmä (yli 75 vuotta), kotona asuminen kotihoidon palvelujen turvin, toimintakyvyn heikentyminen yhdellä tai useammalla osa-alueella sekä yksinäisyyden kokemukset. Jokaisen haastatellun ikääntyneen yksinäisyyden taustalla on oma tarinansa, mutta niissä kaikissa tai lähes kaikissa tuli esille seuraavat kokemukset: yksinäisyys koettiin osaksi viimeistä elämänvaihetta ja se ilmiö koettiin kielteisenä. Lisäksi yksinäisyyden taustalla oli samankaltaisia tekijöitä sekä ilmiön koettiin vaikuttavan toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen.

8.2.1 Yksinäisyys osana elämänvaihetta

Suurin osa (4/5) haastatelluista näki yksinäisyyden osana ikääntymistä ja vanhuutta. He kokivat sen kuuluvan väistämättömästi elämänkaaren viimeiseen vaiheeseen.

> Yksinäisyys on semmoinen juttu, että se tulee vanhoille ihmisille väkisin. Ei kai sille mittään mahda.
>
> Jokkainen kokkee yksinäisyyttä kun ikkää tullee.
>
> Tässä iässä kun on jo, niin ystävät on jo ehtineet kuolla. Ei käy enää ystävät, ei. Oon minä kuullu muittenkin puhuvan samasta vaivasta.
>
> Sitähän tämä elämä on. Ja vanhuus. En minä varmaan ainoo yksinäinen vanha ole?

Eksistentiaalisen yksinäisyysteorian voidaan nähdä tukevan ikääntyneiden käsitystä yksinäisyyden kuulumisesta vanhuuteen. Teorian mukaan yksinäisyys kuuluu jokaisen ihmisen elämään olennaisena osana: ihminen on aina lopulta yksin. (Heiskanen & Saaristo 2011, 62.) Elämän kaaren viimeisen vaiheeseen kuuluu muun muassa luopumisien hyväksyminen ja minän eheyden löytämäminen (Karisto, Kröger & Seppänen 2007, 169). Ystävistä ja läheisistä luopuminen tai heidän tapaamisen vähentyminen olennaisesti on osa vanhuutta. Tapaamisen tiheyden vähäisyyden sijaan olisi hyvä keskittyä muistelemaan menneitä hyviä aikoja.

Vastanneet liittivät yksinäisyyden niin normaaliksi osaksi vanhuutta, että herää kysymys, ovatko heidän vanhempansa ja isovanhempansa kokeneet myös yksinäisyyttä. Yksinäisyyden ”normaalina” vanhenemiseen liittyvänä ilmiönä kokemisen voisi selittää esimerkiksi se, että vastanneet ovat nähneet aiempienkin sukupolvien kokeneen myös yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä on varmasti aina ilmennyt ikääntyneiden keskuudessa, mutta lähivuosina siihen on alettu enemmän kiinnittämään huomiota ja etsimään keinoja torjua tai lievittää sitä.

Yksinäisyyden liittäminen osaksi vanhuutta antaa yksinäiselle ikääntyneelle varmaan jonkin asteista helpotusta tuntemuksiinsa. Kokemus siitä, että ei ole ainut, joka tuntee yksinäisyyttä lieventää varmaan ongelman syvyyttä. Suurin osa (4/5) vastaajista tunsi tai tiesi jonkun toisen ikääntyneen, joka kärsii samasta ongelmasta. He eivät olleet kuitenkaan keskustelleet asiasta syvällisemmin, vaan he olivat lähinnä vain todenneet on-

gelman. Mielestäni olisi kuitenkin erittäin tärkeää saada keskusteltua syvällisesti toisten yksinäisyyttä kärsivien kanssa, sillä vertaistuellinen merkitys voi olla hyvinkin suuri. Interaktionistisen teorian mukaan yksinäisyydestä kärsivä ihminen tarvitsee juuri yhteenkuuluvuuden tunnetta samankaltaisten ihmisten kanssa (Heiskanen & Saaristo 2011, 67).

8.2.2 Kielteinen yksinäisyys

Kaikki haastateltavista kokivat yksinäisyyden kielteisenä tunteena. Yksinäisyyden koettiin aiheuttavan sisäistä pahaa oloa, surullisuutta, ikävää ja haikeutta.

> Vaikee sitä tunnetta on selittää... Mutta sen voin sanoa, että jos ei tuota televisiota ois, niin minä oisin kuollu jo.
>
> Aina iltaisin tulee sellainen yksinäinen olo kun yksin pitää nukkumaan käydä. Silloin minä rukoilen Jumalalta voimia jaksaa elää.
>
> Tulee semmonen olo, että tämmöstäkö sen loppuelämän pitää olla? Ennen oli vilskettä kun oli lapset ja perhe koossa. Nyt on niin hiljasta.
>
> Kyllä se on aivan eri asia, jos kotona on joku kaveri.. Niin sillonhan hänen kanssaan voi keskustella ja se on sillon elämä ihan toista kun nyt.
> Eihän se mukava tunne ole.

Eksistentiaalisen yksinäisyysteorian mukaan yksinäisyys voi näyttäytyä joko myönteisenä tai kielteisenä tunnetilana. Teorian mukaan myönteinen yksinäisyys (todellinen yksinäisyys) voi olla luovuutta lisäävää ja auttaa kokijaansa löytämään henkisen rauhan. (Heiskanen & Saaristo 2011, 64.) Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan kokenut tuntevansa myönteistä yksinäisyyttä, vaan jokainen heistä toi esiin vastauksissaan yksinäisyyden kielteisyyden ja sen aiheuttaman sisäisen pahan olon. Eksistentiaalisen teorian mukaan kielteinen yksinäisyys (yksinäisyyden pelko) on nimenomaan ahdistava tunnetila, jota kokija ei voi valita tai kieltää. Kielteinen yksinäisyys pakottaa ihmisen hakeutumaan toisten ihmisten seuraan (Heiskanen & Saaristo 2011, 64.). Haastatteltavat toivat esiin, että he hakeutuisivat toisten ihmisten seuraan, jos läheiset olisivat lähempänä tai jos toimintakyky sallisi sen.

Haastateltavilla oli erilaisia keinoja, joilla he itse yrittivät vaikuttaa kielteisiin yksinäisyyden tunteisiin: rukoileminen, television katselu, radion kuuntelu, ikkunasta ulos katsominen ja toisten seuraaminen. Kaikki vastanneista olivat kuitenkin sitä mieltä, että yksinäisyyttä ei saa kokonaan poistettua omin keinoin. Yksinäisyyden pakonomaisuus on nimenomaan kielteisen yksinäisyyden tunnuspiirre – yksinäisyyttä ei saa helposti pois, vaikka kuinka yrittäisi (Heiskanen & Saaristo 2011, 64.). Haastateltavat kokivat kuintekin saavansa joskus tilapäistä helpotusta oloonsa erilaisilla omilla keinoillaan.

8.2.3 Yksinäisyyden taustatekijät

Yksinäisyyden taustalla voidaan kokea olevan yksi taustatekijä tai useampia taustatekijöitä. Tässä tutkimuksessa kaikki siviilisäätynsä leskeksi ilmoittaneet (3/5) liittivät juuri leskeyden suurimmaksi yksinäisyyden taustatekijäksi. He kaipasivat suuresti menehtynyttä puolisoaan.

> Ja sitten vielä, kun mulla on tuo suru puolison kuolemasta. Eikä se tuu häipymään. Minä lähen tuonne vaikka hautausmaalle. Siellä on jo varattu paikka mullekin.

Suurin osa (4/5) haastatelluista koki, että kaipuu ja ikävä toisia ihmisiä, läheisiä tai omaisia, kohtaan aiheuttaa yksinäisyyttä. Yksinäisyyden kokeminen ei liittynyt ihmiskontaktien määrään vaan lähinnä vuorovaikutuksen laatuun. Suurin osa (4/5) haastatelluista kohtaa toisia ihmisiä joka päivä, mutta he kokevat näiden kohtaamisten ja keskusteluiden olevan enemmän ”small talkin”-kaltaisia. Pinnallisilla, esimerkiksi säähän liittyvillä, keskusteluilla ei koettu olevan merkitystä yksinäisyyden lieventäjinä. Muun muassa Palkeinen sekä Pitkälä, Routasalo, Savikko ja Tilvis ovat tutkineet Suomessa ikääntyneiden yksinäisyyttä. He ovat päätyneet tutkimuksissaan myös siihen, että yksinäisyys ei liity ihmisten tapaamiskertojen vähyyteen: ihminen voi olla yksinäinen, vaikka ympärillä olisi lukuisia toisia ihmisiä. (Palkeinen 2005, 111; Pitkälä ym. 2005, 5.) Lisäksi kognitiivinen yksinäisyysteoria tuo esiin, että ihminen tarvitsee häntä itseään henkisesti tyydyttäviä ja tärkeitä ihmissuhteita. Yksinäisyys voi johtua ristiriidasta ikääntyneen olemassa olevien ja häntä tyydyttävien ihmissuhteiden välillä. (Heiskanen & Saaristo 2011, 65.)

Suurin osa (4/5) haastatelluista kokivat heikentyneen toimintakyvyn aiheuttavan yksinäisyyttä. Varsinkin heikentyneellä liikuntakyvyllä tuntui olevan merkitystä. He kokivat, että eivät uskalla lähteä kodin ulkopuolelle tapaamaan läheisiään yksin kaatumisen pelossa. Suurin osa (4/5) haastatelluista koki olleensa ennen seurallinen ihminen, joka kävi kodin ulkopuolella tapaamassa omaisiaan ja läheisiään. Kuitenkin nyt fyysisen toimintakyvyn heikentyessä yhteydenpito on jäänyt hyvin vähäiseksi.

Suurin osa (4/5) vastaajista koki toimijuuden puutteen olevan yksi yksinäisyyden taustatekijöistä. Tämä ikäluokka on tottunut tekemään ahkerasti töitä pienestä lähtien. Eläkkeelle jääminen, lapsien poismuutto, kaupunkiin muuttaminen ja asumisen helppous sekä ovat olleet toimijuuden puutteen taustalla. Lisäksi harrastusten ja mielekkään tekemisen puutteen vaikuttavan toimijuuteen ja aiheuttavan yksinäisyyttä.

8.2.4 Yksinäisyyden vaikutukset toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen

Suurin osa (4/5) koki yksinäisyyden vaikuttavan toimintakykyyn. Selvimmin vaikutukset koettiin psyykkisen toimintakyvyn alueella mielen alakuloisuutena. Mielen alakuloisuuden koettiin puolestaan vaikuttavan fyysiseen toimintakykyyn.

> Kyllähän se niin on, jotta kyllä se yksinäisyys pistää mielen alakuloiseksi. Tuntuu, ettei jaksa tehdä mittään. Saattaa siinä muutama päivä mennäkin, etten teekkään kun istun vaan ja ihmettelen.

> Se on asia niin, että tämä yksinäisyys vaikuttaa myöskin fyysiseen kuntoon. Että, jos minulla on tällä tavalla niin ku reipas mieli, niin kyllä minun on sitten täällä muuallakin parempi.

> Se ehottomasti vaikuttaa. Vaikuttaa kaikkeen. Jopa liikkuminen tässä on reippaampaa, niinku mullakin, jos ei kärsi yksinäisyydestä. Tai no en minä kyllä kovin reippaasti pystykään.. Ja sitten, jos minä tuossa päivällä työskentelen jotakin vähän, se luistaa. Mutta muuten minä oon vaan selälläni tuolla sängyssä. Että tuota, kaikkeen tähän se vaikuttaa. Mitenkä sen nyt voisi sanoa... Joka paikka tuntuu vähän paremmalle semmosina hetkinä kun ei ole sitä yksinäisyyttä.

> Minusta ainaki olo tuntuu pirteemmältä. Sitä on vähän vaikee sitten sanoa, mutta näin sanottuna ruumiillinenki olo ja kaikki ne paranee. Ryhti on kans parempi sillon ku ei yksinäisyys ole mielessä.

Yllättävää mielestäni oli, kuinka hyvin haastateltavat olivat tietoisia yksinäisyyden yhteydestä fyysiseen toimintakykyyn. Kukaan heistä ei ollut lukenut tutkimuksia yksinäisyydestä, mutta heillä tuntui olevan sitä niin sanottua elämänkokemusta.

Suurin osa (4/5) haastatelluista oli myös sitä mieltä, että yksinäisyys vaikuttaa kotona pärjäämiseen.

> Tottakai se vaikuttaa myös kotona pärjäämiseen. Minulla on koti sellainen, että tässä voi asua. Ja haluan asuakin niin pitkään kun elän. Mutta, jos kaikki päivät ruppee olemaan sellasia yksinäisiä niin... en tiedä.

> Kyllähän se vaikuttaa. Jos minä alan täällä vaan päivät pitkät makaamaan kun on mieli alakuloinen, niin enhän minä kohta enää liiku mihinkään. Mitenkäs minä sitten täällä kotona asustelen, tyttö hyvä?

> Minä haluaisin jo muuttaa pois täältä kotoa sinne Xxxxxxx-hoitokotiin. Siellä minulla alkaisi uusi elämä. Olisi ihmisiä lähellä.

Haastatelluista ne, jotka kokivat yksinäisyydellä olevan vaikutusta toimintakykyyn, kokivat myös yksinäisyydellä olevan vaikutusta kotona pärjäämiseen. Suurin osa (4/5) haastatelluista oli sitä mieltä, että he haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Yksi haastatelluista odotti jo nyt pääsevänsä erääseen pieksämäkeläiseen hoitokotiin. Yhtenä syynä kotona pärjäämättömyyteen hän koki yksinäisyyden.

8.3 Ikääntyneiden kokemuksia kotihoidosta yksinäisyyden lievittäjänä

Kaikki vastaajista kokivat, että kotihoidon palvelulla, joko kotipalvelulla tai kotisairaanhoidolla, on merkitystä yksinäisyyden lievittäjänä ainakin jonkun verran. Kotihoidon työntekijä ei ollut kenellekään vastaajista ainoa ihmiskontakti ja vuorovaikutussuhde, vaan kaikkien luona kävi myös muita ihmisiä joko säännöllisesti tai satunnaisesti.

Kotihoidossa on myös sellaisia asiakkaita, joiden luona ei käy ketään muita ihmisiä kuin kotihoidon työntekijä ja mahdollisesti lisäksi vielä joku muu sosiaali- tai terveysalan ammattilainen. Lisäksi on sellaisia asiakkaita, joiden luona läheiset käyvät keskimäärin kerran tai kaksi vuodessa, millä ei näkemykseni mukaan ole merkitystä yksinäisyyden lieventämiseen. Tällaisille asiakkaille kotihoito on ainoa mahdollinen yksinäisyyden torjuja tai lievittäjä. Kuitenkaan kaikille ikääntyneille kotihoito ei tuo lievitystä yksinäi-

syyteen.

Kaikkien haastateltujen yksinäisyydestä kotihoidon työntekijät olivat tietoisia. Haastatellut kokivat työntekijöiden olleen avuliaita järjestämään yksinäisyyden lieventämiseksi erilaisia palveluita, kuten päivätoimintaa, vapaaehtoisjärjestöjen ystävä- tai ulkoilutustoimintaa tai seurakunnan diakonityötä.

Tutkimus viittasi siihen, että kotihoidon rooli yksinäisyyden lievittäjänä on merkittävä. Kotihoito järjestää asiakkailleen tarvittavia palveluita toimintakyvyn ja arkipäivän tukemiseksi. Kaikille tutkimukseen osallistuneiden yksinäisyys oli kotihoidon työntekijöiden tiedossa ja he olivat yrittäneet etsiä keinoja lievittää yksinäisyyttä yhteistyöverkostojen avulla. Tämä osoittaa mielestäni sen, että kotihoidon työntekijät omaavat ammatillisia valmiuksia etsiä ja järjestää asiakkaan tarvitsemia palveluita.

8.4 Kotihoidon kehittäminen yksinäisten ikääntyneiden tueksi

Suurin osa (4/5) haastatelluista koki kotihoidon työntekijän ajan riittämättömäksi. Nämä haastatellut toivoivat, että aikaa asiakkaille annettaisiin enemmän. Kaikki haastatelluista tiedostivat ikääntyneiden määrän kasvun ja useat (3/5) ihmettelivät, miksi kotihoitoon ei oteta lisää työntekijöitä. Haastateltavat olivat kaikki sitä mieltä, että yksinäinen ikääntynyt tarvitsee aikaa työntekijöiltä.

> Yksinkertasesti enemmän aikaa meille ikäihmisille. Varsinkin ilta-aika olisi tärkeää. Että sellasille yksinoleville, sanotaan nyt vaikka niinku minä, se sais olla vähän pitempi tämä aika että tämä kävijä, niin tuota, hänellä olis aikaa myöskin keskustella pikkusen enemmän kun pistää pelkkiä tippoja silmään tai pistää lääkettä kuppiin. Se on psyykkinen merkitys sillon suuri. Että iltasella päivän asioista vähän keskusteltais ja vaihettais juttua ja niinku kuka minulla aikasemmin aina kävi niin hänellä oli aina aikaa jonkun verran. Niin heitettiin vähän huulta ja juteltiin. Mutta nyt se on tuota menny vaan semmoseks piipahtamiseksi.
>
> Nykyään ajetaan takaa, että pystyisi olemaan kotona mahdollisimman pitkään. Siinä mielessä justiinsa nää kotihoidot, ja tämmöset, pitäis kehittää. Ja henkilökuntaa niihin lisää. Teilläkin on liian vähän asiakkaisiin nähden. Nyttenkin ne Pieksämäellä kaikkee muuta, uutta kaupungintalloo ja muuta.. Kyllä sitä aina puhutaan asunnoista, asunnoista, asunnoista, mutta miten siellä kyetään sitten asumaan. Kyllä se mukavaa olis, kun olis vähän enemmän aikaa.

> Kiire niillä tuntuu aina olevan. Ei ne joua istumaan ja kuuntelemaan mitä minulla on sydämellä.

Kotihoidon asiakasmäärän kasvun johdosta ja yhä huonokuntoisempien kotona hoitamisen vuoksi työ on muuttumassa koko ajan hoidollisempaan suuntaan. Kotihoidon työntekijöillä ei välttämättä ole aikaa jäädä asiakkaiden luokse seurustelemaan ja ulkoiluttamaan. Se on hyvin valitettavaa, sillä virikkeellisyydellä on merkitystä yksinäisyyden kokemuksiin. Kuitenkin täytyy muistaa, että vaikka kotihoidon työntekijällä itsellään ei olisi aikaa seurustella asiakkaan kanssa, tulisi hänen tukea sosiaalista toimintakykyä ja kanssakäymistä yhteistyöverkostojen kautta. Yhteistyötä seurakunnan, järjestöjen, yksityisten ja muiden tahojen kanssa tulisi yhä enemmän kehittää. On syytä myös muistaa, että aina asiakas ei välttämättä tarvitse paljoa aikaa, jotta kokee lievitystä yksinäisyyteensä. Esimerkiksi kuunteleminen ja asiakkaan kokemus kuulluksi tulemisesta voivat merkittävästi vähentää yksinäisyyttä. Asiakaskäynneillä on tärkeää keskustella ja selvittää asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Monelle yksinäiselle ikääntyneelle myös koskettaminen voi olla tärkeää, minkä vuoksi työntekijän ei tulisi pelätä vaikka halata asiakasta tilanteen mukaan.

Kotihoito voisi haastatelluista suurimman osan (4/5) mielestä toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä myös järjestämällä jotain yhteisiä tapahtumia asiakkaille. Ehdotuksina yhteisistä tapahtumista tuli muun muassa lauluhetket, yhteistyö päiväkotien kanssa, ulkoilupäivä ja liikuntaryhmä. Tapahtumien järjestämiseksi kotihoidon tulisi tässäkin kohtaa lisätä yhteistyöverkostoja. Tapahtumien ei kuitenkaan tarvitisi olla suuria ja kustannuksilta kalliita vaan varmasti ikääntyneet tyytyisivät pieniinkin tilaisuuksiin tai yhdessäolohetkiin. Interaktionistisen yksinäisyysteorian mukaan yksinäinen ihminen haluaa/tarvitsee erilaisia ryhmätoimintoja ja vertaisseuraa (Heiskanen & Saaristo 2011, 67).

Pieksämäen kaupungin kotihoitoa voitaisiin asiakkaiden mukaan kehittää lisäämällä työntekijöiden määrää sekä lisäämällä asiakkaan luona vietettävää aikaa. Kuitenkin ikääntyneiden määrän kasvu ja valtakunnallinen linjaus kotona asumisesta mahdollisimman pitkään aiheuttavat päinvastaisia vaikutuksia. Todellisuus on, että kunnalla ei ole varaa palkata lisää työntekijöitä. Työntekijöiden tulee huolehtia ja hoitaa yhä useampia asiakkaita päivän mittaan, mikä aiheuttaa käyntien pituuden lyhentymisen. Työn haasteisiin tulee vastata työn uudelleen organisoinnilla. Pieksämäen kaupungin kotihoi-

toon on tulossa vuonna 2012 toiminnanohjausjärjestelmä, jonka avulla kotihoidon työajan käyttö pyritään saamaan tehokkaammaksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoitajien päivittäiset työt jakaa toiminnanohjaaja, joka pystyy seuraamaan tietokoneelta työntekijöiden työajan tehokkaasti ja tasaisesti jakautumista. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla voidaan vaikuttaa työn ”ruuhkahuippujen” pienentämiseen ja kiireen vähentämiseen kun työaika on organisoitu suunnitellusti.

Haastateltavien mainitsemaan työntekijöiden kiireeseen, voidaan vaikuttaa myös muun muassa jokaisen työntekijän omalla käyttäytymisellä. Kotihoidon työntekijöiden tulisi pyrkiä luomaan mahdollisimman kiireetön asiakaskäynti. Asiakkaan luona vietettävää aikaa ei välttämättä tarvitse lisätä olennaisesti, vaan pieneltäkin tuntuvat asiat voivat vaikuttaa positiivisesti asiakkaan mielikuvaan kotipalvelun käynnistä. Esimerkiksi ulkovaatteiden riisuminen ja kotiin peremmälle meneminen sekä rauhallinen käyttäytyminen antavat kuvan kiireettömyydestä, vaikka oikeasti aikaa olisikin varattuna vain viisi minuuttia lääkkeenantoon. Myöskään työntekijöiden ei tulisi koskaan mainita kiirettä sanallisesti. Kotihoito on kuitenkin asiakkaan maksamaa palvelua. Työntekijästä huokuva kiire voi aiheuttaa muun muassa asiakkaalle suorituspaineita, jonka vuoksi on helpompi antaa työntekijän tehdä nopeammin puolesta kuin yrittää itse hitaammin. Se voi kuitenkin vaikuttaa toimintakyvyn ylläpitämiseen negatiivisesti. Työntekijän tulee siis käyttäytyä rauhallisesti asiakaan luona. Vaikka asiakaspaikkoja onkin useita joka vuorossa, ei tule yrittää tehdä montaa asiaa kerrallaan. On hyvä muistaa, että kaikissa asiakaspaikoissa ei tarvitse olla yhtä aikaa. Asiakkaille ei myöskään tule ”opettaa” tarkkaa käyntiaikaa, sillä muutoksia voi tulla päivittäin. Esimerkiksi turvahälytyksen tuleminen sekoittaa melkoisesti päivän suunniteltua aikataulua.

Kotihoidon työvuorojen työtehtävät ovat jakautuneet asiakkaiden tarpeiden mukaan niin, että aamupäivällä ja illalla on eniten käyntejä. Tämä johtuu tietysti siitä, että suurin osa asiakkaista tarvitsee apua muun muassa aamu-/iltapalan saamisessa, lääkkeiden otossa ja pikkupesuissa. Yleisimpiä kotihoidon käyntejä ovat lääkkeenantokäynnit ja yleisimmät lääkkeenottoajat ovat juuri aamu ja ilta. Kuitenkin olen havainnut työskennellessäni kotihoidossa muutaman vuoden ajan, että iltapäivät ovat hyvin rauhallisia, välillä ehkä vähän liiankin rauhallisia asiakaskäyntien suhteen. Useat työntekijät saattavat istua toimistolla parikin tuntia kirjaamassa. Toivon, että toiminnanohjausjärjestel-

män myötä kirjaaminen vähentyy, sillä asiakaskäynnit voidaan muuan muassa tilastoida suoraan jo asiakkaan luota lähtiessä. Näin ollen kirjaamiseen kulunutta työaikaa voitaisiin hyödyntää asiakkaiden viriketoimintaan ja yksinäisyyden lieventämiseen. Aion ehdottaa kotihoidon johtoryhmälle, että virike- ja ulkoilutuskäynnit siirretään suoraan työntekijän päivän töihin yhdeksi asiakaskäynniksi. Asiakkaiden tulee olla tässäkin asiassa tasa-arvoisia, joten ehdotan viriketoimintalistaa, jossa on asiakkaiden nimet ja listan mukaan toiminnanohjaaja voi järjestyksessä siirtää virikekäynnin työntekijän päivän työlistalle. Jo pelkästään kantakaupungissa on arkisin aamuvuoroissa 18 työntekijää, joten olisi merkittävää, jos jokainen heistä kävisi iltapäivällä yhden virikekäynnin.

Useat (3/5) haastateltavista mainitsivat kotihoidon työntekijöiden jatkuvan vaihtumisen vaikuttavan yksinäisyyden tuntemuksiin negatiivisella tavalla ja luovan turvattomuutta.

> Ei sitä enää tiedä kuka sieltä aamulla tulee.

> Teillä on siellä aina uusia työntekijöitä. Mistä sitä voi tietää, onko se edes hoitaja? Miten ne minun yksinäisyydestä muka vois tietää. Ja enkä minäkään sitä ensimmäiseks ala sanomaan.

> Ei kerkiä kenenkään kanssa sillai kunnolla tutustumaan. Pitää ensiksi saaha luottamus, jotta uskaltaa puhua.

Kotihoidon henkilöstön stabilisoituminen voisi parantaa yksinäisyyden lievittämisen mahdollisuuksia kotihoidossa. Välttämättä kaikki ihmiset eivät osaa sanallisesti ilmaista yksinäisyyttä, vaan se voi ilmetä muilla tavoin, esimerkiksi runsaana alkoholin käyttönä tai selittämättömänä ruumiillisena kipuna. Tällaisen yksinäisyyden toteaminen ja avun tarpeen tunnistaminen vaatii asiakkaan pidempiaikaista tuntemista, mikä saattaa olla ongelmana jatkuvasti vaihtuvan hoitajan vuoksi. Pieksämäen kaupungin kotihoidossa asiakkaille on nimetty omahoitajat, ja tällä omahoitajuusjärjestelmällä on pyritti juuri siihen, että ainakin yksi ihminen on perehtynyt asiakkaan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Kuitenkaan tämä omahoitaja ei pysty olemaan joka arkipäivä töissä, sillä kotipalvelun työntekijöiden työ on vuorotyönluonteista. Muun muassa viikonlopputyöt, arkipäivävapaat, iltavuorot, lomat tai sairauspoissaolot aiheuttavat sen, että asiakkaan luona käy joku toinen hoitaja.

9 POHDINTA

Olen aloittanut opintoni syksyllä 2005. Varsinainen opinnäytetyöni työskentelyprosessi alkoi vuonna 2006 aiheen valitsemisella. Jo silloin minulle oli selvää, että opinnäytetyöni aihe käsittelee ikääntyneiden yksinäisyyttä. Kuitenkin vuosien varrella aiheen tarkastelun on muuttunut, ja mielestäni onnistuin löytämään hyvin ajankohtaisen näkökulman valitsemalla tutkimuskohteeksi kotihoidon ikääntyneet asiakkaat. Opinnäytetyöni on ollut hyvin pitkäaikainen projekti, joka on välillä ollut hyvin taka-alallakin. Kuitenkin aiheen säännöllinen herättely mielessä on antanut minulle uusia ajatuksia ja ideoita. Tunnen olevani perehtynyt aiheeseen usean vuoden ajalta.

Opinnäytetyöni valmistumisen kannalta vuosi 2011 on ollut kaikista merkittävin. Silloin olen siirtynyt teorian ja aiheen taustan tarkastelusta varsinaiseen toimintaan eli haastatteluiden suorittamiseen, tutkimusaineiston analyysiin sekä tulosten ja johtopäätösten tekemiseen. Koen kuitenkin, että minun olisi pitänyt aloittaa haastattelut jo esimerkiksi keväällä 2011 eikä jättää niitä alkusyksyyn. Syksyllä 2011 aikatauluni oli varsin tiukka. Tekemällä kyselyt aiemmin olisin voinut laajentaa haastateltavien määrää, ja ehkä olisin saanut vielä enemmän kehittämisideoita. Opinnäytetyöni valmistumisen aikatauluun on vaikuttanut muun muassa perhe-elämän, työn ja opiskelujen yhteensovittamisen vaikeus. Asiat on täytynyt asettaa omaan henkilökohtaiseen tärkeysjärjestykseen, jonka vuoksi en ole pystynyt panostamaan opinnäytetyöhöni niin paljon kuin olisin halunnut.

Monet Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijoista tekevät opinnäytetyön joko pareittain tai pienryhmissä. Minä tein opinnäytetyöni kuitenkin yksin. Jos olisin tehnyt tutkimuksen vaikka parityönä, olisi työni ollut laajempi ja haastateltavien määräkin suurempi. Yksin työtä tehdessä on haasteena myös tekstin tuottaminen selkeästi niin, että lukija pystyy pääsemään perille siitä, mitä on tarkoituksena tuoda ilmi. Koen, että aiheeseen syvällinen perehtyneisyys on herättänyt minussa paljon ajatuksia, joista olisi hyötyä myös lukijoille. En kuitenkaan ole ehkä pystynyt kirjoittamaan niitä kaikkia opinnäytetyöni kirjalliseen tuotokseeni. Jos tekijöitä olisi ollut toinenkin lisäkseni, olisi työtä pystytty koko ajan tekemään niin, että toinen tarkastelee kriittisesti toisen kirjoittamista. Myös näkökulmia olisi syntynyt laajemmin työhön. Tosin aikataulujen yhteensovittaminen olisi ollut todella hankalaa ja mahdotontakin, sillä opintoni ovat venyneet muun

muassa kahden vuoden äitiysloman vuoksi.

Jatkotutkimusaiheiksi minulla olisi muutamia ehdotuksia. Ensinnäkin ikääntyneiden yksinäisyyttä voitaisiin tutkia määrällisesti eli kuinka moni kotihoidon ikääntynyt asiakas kokee yksinäisyyttä. Tutkimus voitaisiin suorittaa koko Pieksämäen kaupungin alueella. Tutkimusaineistoa voitaisiin vertailla alueittain kantakaupungin ja hajaasutusalueen välillä. Lisäksi yksinäisyyttä voisi kartoittaa myös niiltä ikääntyneiltä, jotka eivät ole kotihoidon palveluiden piirissä tai ovat palveluasumisen asiakkaita. Myös laitoshoidossa olevien asiakkaiden yksinäisyyden kokemusten selvittäminen olisi tärkeää ikääntyneiden hyvinvoinnin tarkastelussa ja kehittämisessä.

Koen opinnäytetyöni olevan hyödyllinen Pieksämäen kaupungin kotihoidon kehittämisessä. Tutkimustuloksia ja niiden pohjalta syntyneitä kehittämisideoita aion esitellä kaikille kotihoidon yksiköille. Laadin ikääntyneiden yksinäisyyttä koskevan oppaan, jossa esittelen yksinäisyyden vaikutuksia toimintakykyyn sekä kuinka kotihoito sekä jokainen työntekijä voivat vaikuttaa yksinäisyyden lieventämiseen omalta taholtaan. Ajan puutteen vuoksi en ehtinyt tekemään opasta ennen opinnäytetyön luovuttamista.

Opinnäytetyöni on toteutettu Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia tutkimalla. Täytyy muistaa, että saamiani tutkimustuloksia ei voi yleistää koskemaan koko Suomen kotihoidon kenttään eikä edes Pieksämäen kaupungin kotihoitoa koskevaksi. Kuitenkin tutkimustulosten pohjalta syntyneitä kehittämisideoita on järkevää pohtia jokaisessa Pieksämäen kaupungin kotihoidon yksikössä. Kehittämisehdotukset ovat niin sanottuja yleispäteviä ehdotuksia, joiden tavoitteena on saada ikääntyneiden parissa työskentelevät pohtimaan omaa työkenttäänsä sekä omaa työskentelytapaa.

Koen saaneeni opinnäytetyön tekemisestä hyötyä nykyistä ja tulevaisuuden ammattiani varten. Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut ammatillisia valmiuksiani huomioimaan paremmin asiakkaiden kokonaisvaltainen hyvinvointi. Olen saanut ymmärrystä siitä, kuinka tiiviissä yhteydessä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky todellakin ovat.

LÄHTEET

Aalto, Leena, Hakonen, Sinikka, Koskinen, Simo & Päivärinta, Eeva 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Vanhustyön keskusliitto.

Arnold, Steven, Barnes, Lisa, Bennett, David, Kelly, Jeremiah, Krueger, Kristian, Schneider, Julie, Tang, Yuxiao & Wilson, Robert 2007. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. Archives of General Psyciatry 2, 234-240. Viitattu 12.03.2011. http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/64/2/234.pdf

Backman, Kaisa, Eloniemi-Sulkava, Ulla, Finne-Soveri, Harriet, Paasivaara, Leena, Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heiskanen, Tarja & Saaristo, Liisa 2011. Kaiken keskellä yksin – Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Häkkinen, Hannele, Holma Tupu 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selvitytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishakkeen tulokset ja kokemukset. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Karisto, Antti, Kröger, Teppo & Seppänen Marjaana 2007. Vanhuus ja sosiaalityö – Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kautiainen, Hannu, Pitkälä, Kaisu, Routasalo, Pirkko, Savikko, Niina & Tilvis, Reijo 2005. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Kemppainen, Hanna, Lampinen, Silja & Selin, Irina i.a. Tietoa ikääntyneiden masennuksesta – opas omaisille ja läheisille. Viitattu 22.10.2011. http://www.omaiset-tampere.fi/seniorit/pdf/22.1.2010%20Ikaantyneiden%20masennus%20perusopas%20%28pdf%29.pdf

Kemppainen, Päivi & Piironen, Riikka 2008. Vanhusten elämänhallinnan tukeminen

palveluohjauksella. Tampereen kaupunki. Viitattu 22.10.2011. http://www.tampere.fi/tiedostot/5CuR6Im6t/VANHUSTEN_ELAMANHALLINNAN_TUKEMINEN_PALVELUOHJAUKSELLA2.pdf

Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä30/2006. Viitattu 20.10.2010. http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf

Kivelä, Sirkka-Liisa 2010. Vanhukset ja viina. Viitattu 20.07.2011. http://www.mediuutiset.fi/keskustelutjamielipiteet/kolumnit/vanhukset+ja+viina/a522135

Kivelä, Sirkka-Liisa 2011. Yksinäisyys ja vanhuksen kohtaaminen. Viitattu 20.09.2011. http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:slJV9pI9hWwJ:www.kuopionhiippakunta.fi/%40Bin/1756419/KUOPIO%2B15.9.2011

Kivelä, Sirkka-Liisa & Vaapio, Sari 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen seniori-liike.

Korkiakangas, Mikko; Lyytinen, Heikki & Lyytinen, Paula 1995. Näkökulmia kehitys-psykologiaan – Kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY.

Koskinen, Seppo, Martelin, Tuija & Sainio, Päivi 2007. Iäkkäiden toimintakyky: ulottu-vuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Kansanterveyslaitos: Terveyden ja toimintakyvyn osasto. Kansanterveyslaitokset julkaisuja 24/2007. Viitattu 05.4.2011. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b24.pdf

Koskinen, Simo 2006. Ikäihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. Viitattu 12.08.2011. http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:TzY1a17phigJ:www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/vakka_verkostoon/Simo%2520Koskinen.doc

Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812, 22.09.2000. Viitattu 24.07.2011. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812

Laki sosiaalihuollosta 1982/710, 17.09.1982. Viitattu 23.07.2011. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710

Laukkarinen, Mirja & Miettinen, Iiris 2008. Ikääntyneiden yksinäisyys kotihoidon työn-tekijöiden kohtaamana ilmiönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu

22.09.2010.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17776/jamk_1206007660_0.pdf?sequence=2

Leppävirran lukio i.a. Mielenterveyden määrittelyä. Viitattu 26.10.2010.
http://www.peda.net/veraja/leppavirta/lukio/ps/ps5/5/1

Lindfors, Jukka 2006. Entisajan vaivaishoito. Viitattu 27.07.2011.
http://www.yle.fi/elavaarkisto/?s=s&g=1&ag=5&t=79&a=1073.

Mursula, Jussi 2003. Tappava yksinäisyys. Helsinki-Missio. Viitattu 01.08.2011.
http://www.helsinkimissio.fi/?sid=93&tid=115&arc

Niemelä, Anna-Liisa & Nikkilä, Aila 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Anna-Liisa, Niemelä, Jaana, Nummijoki, Juha, Nyman & Yrjö, Engeström (toim.) Lupaava kotihoito – uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: PS-Kustannus.

Nieminen, Mauri 2003. Suuret ikäluokat – mitä ne ovat? Tilastokeskuksen julkaisuja. Viitattu 13.10.2010.
http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_06_03_nieminen.html

Nurminen, Marja-Leena 2000. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY.

Oulun yliopisto 2003. Kyläyhteisöstä laitokseen. Viitattu 23.07.2011.
http://herkules.oulu.fi/isbn9514271289/html/c78.html

Palkeinen, Hanna 2005. Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. Gerontologia – Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu 3/2005, 111–119.

Pieksämäen kaupungin kotihoito i.a. Kotihoito ja tukipalvelut. Viitattu 23.08.2011.
http://www.pieksamaki.fi/fi/kotihoito

Pieksämäen kaupunki 2008. Kotihoidon palvelut ja kotihoitoon pääsemisen edellytykset. Viitattu 20.11.2011.
http://www.pieksamaki.fi/files/20112008_sos_liite_nro_1_2.pdf

Pieksämäen kaupungin kotihoito 2009. Asiakastyytyväisyyskysely. Perusturvan omat sähköiset tiedostot.

Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2009. Hermanni ja Miina - Ikäihmisten Pieksämäki 2013. Vanhuspalvelustrategia. Viitattu 13.01.2011
http://www.pieksamaki.fi/files/HermanniJaMiina211209.pdf

Pieksämäen kaupunki 2011 a. Kotihoito ja tukipalvelut. Viitattu 18.11.2011.
http://www.pieksamaki.fi/fi/kotihoito-ja-tukipalvelut.

Pieksämäen kaupunki 2011 b. Perusturvan strategia 2020.

Pitkälä, Kaisu; Routasalo, Pirkko; Savikko, Niina & Tilvis, Reijo 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys – Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Punkari, Kerttuli 2009. Itsemurhasta puhuva vanhus on jo suuressa vaarassa. Viitattu 23.10.2010. http://dialogi.stakes.fi/FI/tesson+arkisto/2009/tesso7/sivu/32.htm

Routasalo, Pirkko 2004. Ikääntyneiden yksinäisyys. Vanhustyö 3/2004.

Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Satakunnan ammattikorkeakoulu 2002. Opetussuunnitelma: Ikääntyvien ja pitkäaikaispotilaiden hoidon koulutusohjelma. Viitattu 12.05.2011. http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:pxPtYxwIBoYJ:kesy01.cc.spt.fi/intra/tiimit.nsf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Lainsäädäntöä iäkkäiden palvelujen turvaamisesta pidetään tarpeellisena. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 148/2011. Viitattu 19.09.2011. http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1566754#fi

Suomen Perustuslaki 1999/731, 11.06.1999. Viitattu 07.06.2010. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731.

Takala, Pauliina 2008. Nouse harmaapään edessä ja kunnioita vanhusta. Viitattu 14.09.2011 http://www.vanhusasia.fi/index.php?page=kolumnit&section=6

Tampereen yliopisto - Psykologian laitos i.a. Terveyspsykologia (psykosomatiikka). Viitattu 13.09.2011 http://www.uta.fi/laitokset/psyk/opiskelu/opetus/opetusmateriaalia/psyhair_1999/a7_7.htm

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

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 24.10.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

Terveyskirjasto 2011. Vanhusten palvelut. Viitattu 23.10.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058#T3

Vantaa.fi-verkkotoimitus 2006. Ikääntyminen ja toimintakyky. Viitattu 23.10.2011. http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4722;35327;35333;43206

Virkkunen, Anne 2001. Laadukkaita elinpäiviä kotona asumisen tueksi –osahanke. Omin voimin kotona –projektin raportteja 8/2001. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelulomake

TEEMAHAASTATTELULOMAKE Opinnäytetyö

Henna Vasara

1 TAUSTATIEDOT
- Sukupuoli:
- Ikä:
- Asumismuoto:
- Siviilisääty:

2 TOIMINTAKYKY
- Sairaudet
- Liikkuminen, näkö, kuulo
- Harrastukset
- Yhteydet kodin ulkopuolelle
- Turvallisuus
- Mieliala
- RAVA:
- MMSE:

3 AVUN TARVE: KOTIHOIDON PALVELUT / MUU TUKI
- Mitä palveluita? Kuinka usein?
- Kolmas sektori?
- Omaisten apu
- Onko jatkohoitopaikkahakemus?
- Arvio kotona pärjäämisestä

4 YKSINÄISYYS
- Millaista?
- Mitä tekijöitä taustalla? Mikä aiheuttaa?
- Yksinäisyyden vaikutukset toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen
- Millainen merkitys kotihoidolla on yksinäisyyden lieventäjänä?
- Kuinka kotihoito voisi toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä?

Liite 2. Saatekirje haastateltaville

Hyvä kotihoidon asiakas,

Nimeni on Henna Vasara. Opiskelen Diakonia-ammattikorkeakoulussa sosionomiksi. Lisäksi työskentelen Pieksämäen kaupungin kotihoidossa palveluohjaajana.

Teen opintoihini liittyvää opinnäytetyötä aiheesta: **Ikääntyneiden yksinäisyys Pieksämäen kaupungin kotihoidossa – asiakkaiden kokemuksia ilmiöstä sekä sen vaikutuksista toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen.**

Suoritan parhaillaan opinnäytetyötäni koskevaa tutkimusaineiston keruuta. Haastattelen yli 75-vuotiaita Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaita, jotka kokevat yksinäisyyttä.

1. Pyrin saamaan haastatteluillani mm. seuraaviin kysymyksiin vastauksia:
2. Millaista ikääntyneiden yksinäisyys on kotihoidon asiakkaan kokemana?
3. Mitä tekijöitä ikääntynyt kokee yksinäisyytensä taustalla olevan?
4. Kokeeko ikääntynyt yksinäisyydellä olevan vaikutusta hänen toimintakykyynsä ja kotona pärjäämiseensä?
5. Kuinka kotihoito voisi ikääntyneen mielestä toimia paremmin yksinäisyyden lievittäjänä?

Tutkimukseni tavoitteena on saada tietoa ikääntyneiden yksinäisyydestä kotihoidon kehittämiseksi hyväksenne.

Tutkimustani koskee ehdoton vaitiolovelvollisuus, eli Teidän henkilöllisyytenne ei tule esille.

Syksyisin terveisin

_____

Henna Vasara
Sosionomi (AMK) –opiskelija
Diakonia ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö
p. xxx-xxxxxxx