

OPINNÄYTETYÖ

Satu Alatalo
Hannele Kivelä
2012

**Ikäihmisten kokemuksia
hyvinvointihaastatteluista Rovaniemellä**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

Opinnäytetyö

IKÄIHMISTEN KOKEMUKSIA HYVINVOINTIHAASTATTELUISTA ROVANIEMELLÄ

Satu Alatalo, Hannele Kivelä

2012

Toimeksiantaja KeSTO-hanke Marita Turulin

Ohjaaja Susanna Kantola

Hyväksytty _____ 2011 _____

Työ on kirjastossa lainattavissa. / Työ on kirjastossa lukusalikappale.



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön
koulutusohjelma

Opinnäytetyön
tiivistelmä

Tekijä	Satu Alatalo Hannele Kivelä	Vuosi	2012
Toimeksiantaja	KeSTO-hanke/ Marita Turulin		
Työn nimi	Ikäihmisten kokemuksia hyvinvointihaastatteluista Rovaniemellä		
Sivu- ja liitemäärä	39 + 9		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikäihmisten kokemuksia Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijoiden tekemistä hyvinvointihaastatteluista Rovaniemen kaupungissa. Opinnäytetyön taustalla oli Kansalaislähtöisen ja teknologiatuetun sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen hanke eli KeSTO-hanke. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että Rovaniemen kaupungin kotihoito voisi jatkossa hyödyntää tutkimustuloksia ikäihmisille suunnattujen ennakkoivien kotikäyntien suunnittelussa. Rovaniemellä ennakkoivien kotikäyntien toimintamalli on kaksiosainen. Siihen kuuluvat hyvinvointihaastattelut Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan loppuvaiheen opiskelijoiden toteuttamina ja ennakkoiva kotikäynti, jonka terveydenhoitaja tekee hyvinvointihaastattelun esiintuoman tarpeen perusteella.

Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista tutkimusotetta. Keräsimme tutkimusaineiston teemahaastattelun avulla haastattelemaan neljää 80-vuotiasta, joille hyvinvointihaastattelut oli tehty keväällä 2011 ja joille terveydenhoitaja oli tehnyt ennakkoivan kotikäynnin. Haastatteluteemoja olivat kokemus, tarve ja jatkuvuus. Aineisto kerättiin marraskuussa 2011. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että haastateltavat ikäihmiset kokivat hyvinvointihaastattelut tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi, vaikka haastatteluja ei yksityiskohtaisesti muistettu. Haastateltavat olivat tyytyväisiä opiskelijoiden tekemiin haastatteluihin ja kokivat opiskelijat asiantuntevina ja ammattitaitoisina haastattelijoina. Tuloksista kävi myös ilmi, että hyvinvointihaastatteluja olisi tarpeen tehdä myös jatkossa säännöllisin väliajoin. Lisäksi haastateltavat kokivat, että heistä välitetään ja hyvinvointihaastattelut lisäsivät myös turvallisuuden tunnetta.

Avainsanat Hyvinvointihaastattelut, ennakkoivat kotikäynnit, ikäihminen, kotona selviytyminen

Authors	Alatalo Satu Kivelä Hannele	Year	2012
Commissioned by	KeSTO-project/ Marita Turulin		
Subject of thesis	Experiences on Well-Being Interviews of The Elderly in Rovaniemi.		
Number of pages	39 + 9		

The purpose of this thesis is to describe the experiences of elderly people about well-being interviews done by students of the Rovaniemi University of Applied Sciences. This thesis is part of a citizen-oriented and technology supported social well-being and health promoting know how-project KeSTO. The goal of this thesis is for the Rovaniemi health services home care unit to be able to use the results of this thesis as a basis in planning for future preventive home calls. In the town of Rovaniemi the operational model of preventive house calls is twofolded. It consists of well-being interviews done by the third year students of the Rovaniemi University of Applied Sciences Degree Programme of Nursing and Health Care and the preventive house calls implemented by a public health nursebased on the needs that emerged from the well-being interviews.

The research method of this study is qualitative. We collected the research material by using theme interviews. We interviewed four 80 year old senior citizens who had previously taken part in a well-being interview in the spring of 2011 and who had been called on later by a nurse from the homecare unit. The themes of the interview were experience, need and continuity. The material was collected in November 2011. The results were analyzed by content analysis.

The results of the study indicate that the elderly perceive the well-being interviews as worthwhile and useful even though they could not precisely recall the interviews. The subjects were happy about students doing the well-being interviews and felt that the students were experts and professional as interviewers. The results also show that the well-being interviews should be conducted regularly in the future as well. The elderly felt appreciated and cared for and this enhanced their feeling of security.

Key words well-being interviews, preventive house calls, elderly, coping at home

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	3
3 ENNAKOIVAT KOTIKÄYNNIT	4
3.1 Ennakoivat kotikäynnit ikäihmisten tukena	4
3.2 Ennakoivat kotikäynnit ulkomailla.....	5
3.3 Ennakoivat kotikäynnit Suomessa.....	5
3.4 Ennakoivat kotikäynnit Rovaniemellä osana KeSTO-hanketta.....	7
3.4.1 Ennakoivat kotikäynnit Rovaniemellä	7
3.4.2 Kansalaislähtöinen ja teknologiatuettu sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen-hanke	9
4 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET KOTONA SELVIITYMISEEN	11
4.1 Ikääntyminen.....	11
4.2 Ikääntymiseen liittyvät muutokset.....	11
4.3 Ikäihmisen kotona selviytyminen	14
4.4 Kodin merkitys ikäihmiselle	16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	17
5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	17
5.2 Ikäihmisen teemahaastattelu.....	17
5.3 Aineiston analysointi	22
6 TUTKIMUSTULOKSET	25
6.1 Haastateltavien kokemukset	25
6.2 Ikäihmisten kokemat tarpeet	26
6.3 Jatkuvuus.....	28
7 POHDINTA	30
7.1 Opinnäytetyömme pohdintaa	30
7.2 Opinnäytetyömme eettisyys	31
7.3 Opinnäytetyömme luotettavuus.....	32
LÄHTEET	35
LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä kasvaa tarve ennaltaehkäiseviin palveluihin, joilla pystytään turvaamaan ikäihmisen itsenäinen kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. Tilastokeskuksen vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan Suomen väestöstä yli 65-vuotiaita oli 941 041 henkilöä eli 17,5 prosenttia väestöstä. Heistä yli 27 prosenttia oli yli 80-vuotiaita ikäihmisiä. Tulevien vuosikymmenten aikana ikäihmisten osuuden väestöstä ennustetaan voimakkaasti lisääntyvän. (Tilastokeskus 2012.) Ennakoivan kotikäynnin avulla on mahdollisuus tukea ikäihmisen terveyttä ja ylläpitää toimintakykyä, jotta hän voi halutessaan asua kotonaan mahdollisimman pitkään (Häkkinen 2002, 12).

Ennakoiva kotikäynti on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen suorittama kotikäynti, jonka avulla on mahdollisuus ennakoida ikäihmisen avuntarve, lisätä turvallisuuden tunnetta sekä antaa tietoa palveluista, jotka tukevat kotona asumista (Häkkinen 2002, 5–12). Roine, Tarkka ja Kaunonen (2000, 319) ovat tutkineet palveluita käyttämättömien ikäihmisten kotona selviytymistä. Tutkimuksessaan he toivat kehittämisehdotuksena esille, että sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutusorganisaatioiden yhteistyötä lisättäisiin siten, että säännöllisiä ennakoivia kotikäyntejä voitaisiin tulevaisuudessa toteuttaa opiskelijakäynnein kotona asuville ikäihmisille, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä.

Rovaniemellä ensimmäisiä ennakoivia kotikäyntejä on toteutettu KeSTO-hankkeessa, jossa Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijat ja Rovaniemen kaupungin kotihoito ovat niitä yhteistyössä toteuttaneet (Niskala 2011, 72). Ennakoivien kotikäyntien toimintamallia on toteutettu kaksiosaisesti. Niihin ovat kuuluneet Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijoiden toteuttamat hyvinvointihaastattelut sekä terveydenhoitajan tekemä kotikäynti, joka on toteutettu hyvinvointihaastattelun esiintuoman tarpeen perusteella. (Saranki-Rantakokko–Lohtander, 68–69.)

Tässä opinnäytetyössä kuvaamme ikäihmisten kokemuksia ennakoivien kotikäyntien hyvinvointihaastatteluista, joita Rovaniemen ammattikorkeakoulun

hyvinvointialojen opiskelijat ovat tehneet heille keväällä 2011. Teoriaosuutemme sisältönä on ikääntyminen ja sen tuomat muutokset sekä ikäihmisen kotona selviytyminen. Käsitlemme työssämme myös ennakoivien kotikäyntien sisältöä ja tavoitteita sekä ikäihmisen teemahaastattelua. Opinnäytetyömme toimeksiantaja oli kansalaislähtöisen ja teknologiatuetun sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen hanke eli KeSTO-hanke (2008–2011), jossa osaaminen painottui uusien oppimisympäristöjen tuottamiseen sekä hyvinvointijärjestelmään ja työhyvinvoinnin kehittämiseen (Saranki-Rantakokko–Turulin 2011, 11).

2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työmme tarkoitus on kuvata ikäihmisten kokemuksia ennakoivien kotikäyntien hyvinvointihaastatteluista Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialojen opiskelijoiden toteuttamana.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa ikäihmisten kokemuksista ja tarpeista. Lisäksi tavoitteena on, että tutkimustuloksia voitaisiin jatkossa hyödyntää ikäihmisille suunnattujen hyvinvointihaastatteluiden ja ennakoivien kotikäyntien suunnittelussa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia ikäihmisillä on opiskelijan tekemästä hyvinvointihaastattelusta?

1.1 Miten tarpeellisena ikäihmiset kokivat hyvinvointihaastattelut?

1.2 Minkälaista tukea ikäihmiset saivat hyvinvointihaastatteluista kotona selviytymiseen?

3 ENNAKOIVAT KOTIKÄYNNIT

3.1 Ennakoivat kotikäynnit ikäihmisten tukena

Ennakoiva kotikäynti on kunnan tarjoama harkinnanvarainen palvelu kotonaan asuvalle ikäihmiselle, joka ei ole kunnan säännöllisen palvelun, kuten kotihoidon tai kotisairaanhoidon piirissä. Ennakoiva kotikäynti on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen suorittama kotikäynti, joka tehdään tietyn ikäiselle ikäihmiselle tai riskiryhmään kuuluvalle, kuten leskeksi jääneelle. (THL 2011.) Ennakoivan kotikäynnin tarkoituksena on, että ikäihminen voisi halutessaan asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotikäynnin avulla pyritään tukemaan ikäihmisen terveyttä ja pitämään yllä toimintakykyä sekä vähentämään säännöllistä palveluntarvetta. Kotona selviytymistä tuetaan ennakoimalla avun tarve ikäihmisen omia voimavaroja tukemalla ja lisäämällä tarvittaessa kodin turvallisuutta. Ikäihmiselle annetaan tietoa kotona selviytymistä tukevista kunnan tarjoamista palveluista yhteydenottotietoineen. Kunnilla on lisäksi mahdollisuus asettaa myös omia tavoitteitaan tarpeen mukaan. (Häkkinen 2002, 5–12.)

Ennakoivien kotikäyntien laajentaminen on yksi valtakunnallisesti tärkeäksi kehittämistavoitteeksi nostettu ikäihmisten palvelu (Seppänen–Heinola–Andersson 2009, 7). Ennakoivan kotikäynnin tulisi olla sekä tavoitteellista että tuloksellista, lisäksi toteuttajilta vaaditaan laaja-alaista vanhustyön osaamista, tietoa oman kuntansa palveluista sekä havainnointikykyä. Kotikäynnin avulla myös kunta pystyy hyödyntämään saamaansa tietoa ikäihmisiin kohdistuvien palveluiden suunnittelussa, palvelutarpeen ennakoinnissa sekä ikäihmisten elinoloista oman kunnan alueella. Ennakoivia kotikäyntejä on toteutettu myös vaihtoehtoisia tapoja käyttäen, esimerkiksi hyödyntämällä opiskelijoita ohjatusti kotikäynneillä työparina. (THL 2011.)

Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) § 12 määrittelee, että kuntien tulee huolehtia asukkaitensa hyvinvoinnista ja terveydestä. Kuntien tulee myös määritellä niihin vaikuttavat tekijät väestöryhmittäin sekä kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin liittyvät toimenpiteet, joita toteutetaan kunnan palveluissa. Kunnat asettavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteensa paikalliset tarpeet ja olosuhteet huomioiden sekä määrittelevät niitä tukevat toimenpiteet. Perustana on kuntakohtaiset terveys- ja hyvinvointiosoitimet. Terveys-

denhuoltolain (1326/2010) § 20 velvoittaa kunnat järjestämään ikäihmisille neuvontapalveluja, jotka tukevat toimintakykyä, hyvinvointia sekä edistävät terveyttä. Neuvontapalvelut sisältävät ohjausta turvalliseen lääkehoitoon, sairaanhoitoon ja neuvontaan. Ne tähtäävät tapaturmien ja sairauksien ehkäisyyn sekä toimintakyvyn ja terveyden heikkenemisestä aiheutuvien terveyteen liittyvien ongelmien tunnistamiseen ja varhaiseen tukemiseen. Lisäksi kuntien on järjestettävä ikäihmisille hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä ja terveyttä edistäviä terveystarkastuksia.

3.2 Ennakoivat kotikäynnit ulkomailla

Ennakoivien kotikäyntien kehittämisessä uranuurtaja on ollut Tanska, josta palvelumuoto on levinnyt muualle Pohjoismaihin ennakoivien kotikäyntien kokeiluina (Häkkinen 2002, 11). Iso-Britanniassa ennakoivia kotikäyntejä on tehty vuodesta 1990, Tanskassa vuodesta 1996 ja Australiassa vuodesta 1999 (Häkkinen–Holma 2004, 79). Ensimmäiset ennakoivat kotikäyntikokeilut tehtiin Tanskassa yli 20 vuotta sitten, Rødovren kunnassa. Kokemukset siellä olivat niin hyviä, että ennakoivat kotikäynnit muuttuivat vuonna 1996 Tanskassa lakisääteisiksi. (Häkkinen 2002, 5.)

Nykyään kunnat tarjoavat Tanskassa ennakoivia kotikäyntejä yli 75-vuotiaille ikäihmisille kaksi kertaa vuodessa, heistä kuitenkin vain noin 40 prosenttia ottaa kotikäynnin vastaan (Häkkinen 2002, 5). Tanskassa ennakoivat kotikäynnit ovat vapaaehtoisia ikäihmiselle ja kunnilla on ollut lupa toteuttaa ne oman mallin mukaisesti. Tutkimuksia ennakoivien kotikäyntien tarpeellisuudesta on tehty monia, mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Tutkimustulokset ovat olleet pienimuotoisia ja vaikeasti yleistettäviä, eikä niistä ei ole pystytty selvittämään, kuka niistä eniten hyötyisi ja mille ikäryhmälle ne olisi hyödyllisintä kohdentaa. Australiassa on Tanskan lisäksi ennakoivien kotikäyntien toteuttamiseen annettu laki vuonna 1998. (Häkkinen–Holma 2004, 79.)

3.3 Ennakoivat kotikäynnit Suomessa

Ennakoivat kotikäynnit on käsitteenä vakiintunut Suomessa 2000-luvun alussa ja se on suora käänös englanninkielestä käsitteestä ”preventive home

visit”. Ennakoivista kotikäynneistä käytetään myös nimitystä ”ehkäisevät kotikäynnit” tai ”hyvinvointia edistävät kotikäynnit”. Suomessa ensimmäiset ikäihmisille suunnatut ennakoivat kotikäynnit otettiin käyttöön 2000-luvun alussa, jolloin Suomen kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö toteuttivat ensimmäisen kehittämishankkeen yhteistyössä kymmenen kunnan kanssa. Ennakoivat kotikäynnit eivät kuitenkaan vielä kata koko Suomea, vaikka myönteistä kehitystä ikäihmisille suunnatuissa palveluissa onkin tapahtunut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 46.)

Ennakoivista kotikäynneistä ei kerätä Suomessa valtakunnallisesti tilastotietoja, vaan tiedot perustuvat erillisiin selvityksiin, lisäksi kuntien väliset tiedonkeruut vaihtelevat huomattavasti. Stakesin tekemän tilastokyselyn mukaan vuonna 2007 Suomessa 188 kuntaa toteutti ennakoivia kotikäyntejä ikäihmisille. Lisäksi 65 kuntaa oli aloittamassa ennakoivia kotikäyntejä tai suunnittelemassa niiden aloittamista. Osassa kunnista toiminta oli pysyvää, osassa määräaikaista tai projektiluonteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 46.)

Ennakoiva kotikäynti on toteutettu kunnissa tavallisimmin tietyn ikäiselle ikäihmiselle kohdennettuna, yleisimmin 80-vuotiaalle. Suurin osa kunnista on toteuttanut ennakoivan kotikäynnin pelkästään kertakäyntinä ja vain noin puolella kunnista on ennakoivaa kotikäyntiä seurannut jatkokäynti. Ennakoivia kotikäyntejä ovat toteuttaneet pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Kunnat ovat käyttäneet ennakoivissa kotikäynneissä itse laatimaansa haastattelulomaketta tai Suomen kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit -haastattelulomakkeesta soveltamaansa lomaketta. Lisäksi käytössä on ollut erilaisia toimintakykyä arvioivia mittareita mm. MMSE-muistitesti ja depressioseula. Ennakoivien kotikäyntien tiedot ovat yleensä kirjattu sosiaali- ja terveystietojärjestelmään ja osa kunnista on arkistoinut tiedot ikäihmisten suostumuksella. Ennakoivista kotikäynneistä kieltäytyneiden määrä on vaihdellut kunnittain 1–55 prosenttia, yleisin syy kieltäytymiseen on ollut ennakoivan kotikäynnin kokeminen tarpeettomaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 50–53.)

3.4 Ennakoivat kotikäynnit Rovaniemellä osana KeSTO-hanketta

3.4.1 Ennakoivat kotikäynnit Rovaniemellä

Ensimmäiset ikäihmisille suunnatut ennakoivat kotikäynnit on Rovaniemellä toteutettu KeSTO-hankkeen osahankkeena yhteistyössä Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan ja Rovaniemen kaupungin kotihoidon kanssa syksyllä 2009, mistä käytäntö on vakiintunut syksyllä 2011. Rovaniemen ikäihmisistä noin 350 täyttää vuosittain 80-vuotta, heistä 80 prosenttia asuu keskustan alueella. Vuonna 2011 oli Rovaniemellä 80-vuotiaita ikäihmisiä 309 henkilöä. Keväällä 2011 hyvinvointihaastatteluja tarjottiin 150 ikäihmiselle. Hyvinvointialan opiskelijoiden tekemän hyvinvointihaastattelun otti vastaan 77 ikäihmistä. Terveystietojen tekijä jatkokäynnin 23 ikäihmiselle. Ennakoivia kotikäyntejä tarjottiin kaikille niille 80-vuotiaille, jotka eivät kuuluneet kotihoidon piiriin. Haastatteluita eivät kuitenkaan kaikki ikäihmiset ottaneet vastaan, osaa heistä ei tavoitettu ja osa oli jo ehtinyt kuolla. (Niskala 2011, 72–75.)

Ennakoivien kotikäyntien tavoitteena on ollut arvioida ja tukea rovaniemeläisten 80-vuotiaiden turvallista selviytymistä omassa kodissaan. Tavoitteeseen on pyritty antamalla tietoa ikäihmisille suunnatuista palveluista sekä ennakoimalla tulevia palvelutarpeita ja selvittämällä ikäihmisten omat käsitykset omasta pärjäämisestään. Lisäksi on pyritty seulomaan riskiryhmät opiskelijoiden tekemän hyvinvointihaastattelun avulla tai terveystietojen tekemän haastattelun ja ennakoivan kotikäynnin pohjalta. Haastateltavat ikäihmiset ovat saaneet kattavan materiaalipaketin kotiinsa, joka on sisältänyt esitteitä Rovaniemen kaupungin apuvälinelainaamon ja fysioterapian toiminnasta, tiedot seniorineuvoloiden aukioloista ja sijainneista sekä yhteystiedot kotihoidon. Myös yksityisten kotipalveluyrittäjien ja turvapuhelintuottajien esitteet yhteystietoineen ovat sisältyneet materiaalipakettiin. (Paavola–Romakkaniemi–Lohtander 2011, 79–80, 86.)

Ennakoivien kotikäyntien toimintamalli on kaksiosainen, siihen kuuluvat hyvinvointihaastattelut Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan loppuvaiheen opiskelijoiden toteuttamina ja ennakoiva kotikäynti, jonka terveystietojen tekijä tekee hyvinvointihaastattelun perusteella. Hyvinvointialan opiskelijat ovat haastatelleet moniammatillisina työpareina kaupungin keskustan alu-

eella asuvat 80-vuotiaat ikäihmiset, terveydenhoitajat puolestaan keskustan ulkopuolella asuvat. (Saranki-Rantakokko–Lohtander, 68–69.) Haastattelulomake on ollut puolistrukturoitu ja se on kuntaliiton haastattelulomakkeesta täydennetty ja tarkennettu haastattelukokemuksien perusteella. (Liite 3) Lomake on jakautunut seitsemään eri teemaan, jotka painottuvat toimintakykyyn ja terveydentilaan. (Niskala 2011, 73.)

Rovaniemen kaupungilla on ollut tarkoitus ennakoivien kotikäyntien avulla arvioida ikäihmisten tilannetta itsenäiseen selviytymiseen sekä kotihoidon ja palvelutarpeiden selvittäminen. Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opettajien tehtävä ennakoivissa kotikäynneissä on ollut suunnitella yhdessä kotihoidon kanssa tiedottaminen, toteuttaminen ja arviointi. Hyvinvointialan opiskelijoille hyvinvointihaastatteluiden avulla on mahdollistettu uudenlainen oppimisympäristö ikäihmisten kotona sekä moniammatillinen työn suunnittelu, toteutus ja arviointi. Lisäksi opiskelijat ovat pystyneet suorittamaan osan opinnoistaan hyvinvointihaastatteluiden avulla. Haastatteluihin osallistuneet hyvinvointialan opiskelijat ovat olleet fysioterapia-, sairaanhoitaja-, sosionomi- ja terveydenhoitajaopiskelijoita. (Niskala 2011, 72,74.)

Hyvinvointialan opiskelijoille Rovaniemen ammattikorkeakoulussa on myös tulevana vuosina suunniteltu hyvinvointihaastattelut oppimistehtäväksi moniammatillisesti toteutettavana yhteistyössä Rovaniemen kaupungin kotihoidon kanssa (Niskala 2011, 77). Hyvinvointihaastatteluiden avulla on pystytty tavoittamaan ja keräämään vuosien ajan iso tietopaketti, joka on antanut mahdollisuuden seurata rovaniemeläisten 80-vuotiaiden ikäihmisten elämäntilannetta, muutoksia palvelutarpeessa ja toimintakyvyn kehitystä. Hyvinvointihaastatteluiden avulla tavoitetaan riskiryhmään kuuluvista kuitenkin vain pieni osa ja tulevien vuosien haasteena koetaankin tavoittaa eri-ikäiset riskiryhmään kuuluvat esim. vastaanotoilla ja kehittää tällä tavoin ennakoivien kotikäyntien toteutusta ja sisältöä edelleen. (Paavola ym. 2011, 86–87.)

3.4.2 Kansalaislähtöinen ja teknologiatuettu sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen-hanke

Kansalaislähtöinen ja teknologiatuettu sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen-hanke eli KeSTO-hanke painottui lähinnä uusien oppimisympäristöjen tuottamiseen sekä hyvinvointipalvelujärjestelmän ja työhyvinvoinnin kehittämiseen. KeSTO-hanke oli toiminnassa vuosina 2008–2011. Hanke oli pääosin Euroopan sosiaalirahaston rahoittama ja sitä hallinnoi Rovaniemen ammattikorkeakoulu. KeSTO-hanke oli kytkeytynyt Lapin KASTE-ohjelmaan, Terve Lappi-hankkeeseen ja sillä oli myös yhteys UULA-hankkeeseen, joka oli Lapin sairaanhoitopiirin hallinnoima. (Saranki-Rantakokko–Turulin 2010, 11.)

KeSTO-hankkeessa osatoteuttajia ovat olleet Rovaniemen kaupungin kotihoito, Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointiala, Rovaniemen seurakunta, Rovaniemen 1. apteekki, Utsjoen seurakunta sekä ArctiCare-yritys. KeSTO-hankkeeseen on osatoteuttajien lisäksi osallistunut Lapin sydänpiiri, Lapin yliopiston taiteiden tiedekunta ja muita vapaaehtoisjärjestöjä. Lisäksi Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Lapin ammattipoisto ja Lapin sairaanhoitopiiri ovat osallistuneet hankkeen rahoitussuunnitelman laadintaan. Hanketta on valvonut ja toimintaa ohjannut nimetty ohjausryhmä muiden osatoteuttajien ja Rovaniemen ammattikorkeakoulun edustajista. (Saranki-Rantakokko–Turulin 2010, 11.)

KeSTO-hankkeen osatoteuttajien yhteistavoitteena oli oppimisympäristöjen kehittäminen työelämälähtöiseksi yhteistyön avulla. Osatoteuttajien muut tavoitteet ja kohteet tulivat heidän omista tilanteistaan, olosuhteistaan ja tarpeistaan. Rovaniemen ammattikorkeakoulu asetti tavoitteekseen opiskelijoiden uudenlaisen oppimisen ja jäsentämisen. Rovaniemen kaupungin kotihoiton tavoitteena oli arvioida ja selvittää kotihoitopalveluja, kehittää ennalta ehkäisevää ja ennakoivaa toimintaa sekä tuottaa uudenlaisia työelämälähtöisiä oppimisympäristöjä. Verkostomainen ja yhteistyölähtöinen työskentelymalli antoi mahdollisuuden tavoitteet huomioiden tuottaa hyödyn kaikille osapuolille ja toi mahdollisuuden joustavuuteen. (Saranki-Rantakokko–Turulin, 2010, 12.)

KeSTO-hankkeessa ensimmäinen painopistealue oli kehittää terveys- ja sosiaalialan palvelujärjestelmää. Kehittämisen kohteeksi nousivat ikäihmisille suunnatut ennaltaehkäisevät palvelut ja palvelumuodot. Tarkoituksena oli lisäksi yhdistää Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan ja Rovaniemen kotihoidon yhteistyötä osaamisen tuottamisessa ja uudenaikaisessa toiminnassa. Toiminnasta tuleva hyöty kohdistuisi ikäihmisille ja heidän läheisilleen sekä hyvinvointipalvelun tuottajille ja Rovaniemen ammattikorkeakoulun opettajille ja opiskelijoille. Toinen painopistealue KeSTO-hankkeessa suuntautui työhyvinvointiin. KeSTO-hankkeen kolmas painopistealue suuntautui oppimiseen ja oppimisympäristöjen kehittämiseen työelämälähtöiseksi. (Saranki-Rantakokko–Turulin 2011, 14–16.)

Ammattikorkeakoululaissa (351/2003) on säädetty ammattikorkeakoulujen tehtäviksi soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä sekä työelämäsuuntautunutta opetusta. Rovaniemen ammattikorkeakoulussa yksi perustehtävistä on työelämän tarpeista lähtevä tutkimus- ja kehitystyö, sen tavoitteita ovat ammatillisen osaamisen tuottaminen ja pohjoisen innovaatiotoiminnan ja elinvoiman edistäminen, jonka pääasiallinen henkilöstövoimavara muodostuu opiskelijoista ja opettajista. Tutkimus- ja kehitystyön hankkeet tarjoavat opiskelijoille oppimisympäristön, joka tukee asiantuntijaksi kehittymistä ja jossa teoriatieto voidaan hyödyntää käytännön ongelmissa. Opettajille hankkeet tarjoavat mahdollisuuden syventää ja ylläpitää työelämätuntemustaan. (RAMK 2010, 3.)

Rovaniemen kaupungin kaupunkistrategiassa vaikuttavuustavoitteissa väestön hyvinvoinnilla korostetaan omaa lisääntyvää vastuuta läheisistään ja itsestään, väestön osallistumisen tukemista, muuttuvien palvelutarpeiden jatkuvaa selvittämistä ja palveluiden laatuksien käyttöä. Tavoitteena on turvallisen ja esteettömän elinympäristön tarjoaminen sekä hyvä elämänlaatu. (Rovaniemen kaupunginvaltuusto 2008, 5–6.) KeSTO-hankkeen avulla saatiin muodostettua teema-alueet, joihin terveyden ja hyvinvoinnin palveluosaaminen Lapissa perustuu. Teema-alueiksi nousivat hyvinvointipalvelujen ja -osaamisen voimavarojen yhdistäminen ja tuottaminen, sosiaalisen tuen ja merkityksen ymmärtäminen sekä kansalaislähtöinen tutkimus- ja kehittämistoiminta. (Saranki-Rantakokko–Seppänen 2011, 148.)

4 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET KOTONA SELVIYTYMISEEN

4.1 Ikääntyminen

Ihminen vanhenee eri tavoilla, tämän vuoksi myös ikääntyminen rakentuu eri tavalla ihmisestä riippuen. Ikääntyminen on prosessi, joka monilla eri tavoin vaikuttaa ihmisen arvoihin ja rooleihin sekä käsitykseen elämästä ja omasta itsestään. Ikääntymisen myötä myös ihmisen tapa katsoa itseään ja asioita muuttuu. (Heikkinen–Marin 2003, 6, 233.) Ikääntyminen sisältää sarjan erilaisia pysäyttämättömiä muutoksia, jotka etenevät eri tahtiin. Vaikka vanhuus tuo luopumista mukanaan, voi se tuoda elämään myös mielenkiintoisia ja uusia toimintoja ja sisältöjä, jopa hyvinvoinnin lisääntymistä. Vanhuus ei siis aina johda syrjäytymiseen ja huonoon toimintakykyyn. (Vallejo Medina–Vehviläinen–Haukka–Pyykkö–Kivelä 2006, 11.)

Ikääntymisen määrittelemisen ei ole helppoa, koska ikääntymistä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Suomessa vanhuusväestöön kuuluvaksi katsotaan 65-vuotta täyttänyt, jolloin alkaa myös yleinen eläkeikä. (Kettunen–Ihalainen–Heikkinen 2003, 175.) Ikäihmiset voidaan jakaa kahdeksi pääryhmäksi. 65–80-vuotiaista ikäihmisistä käytetään nimitystä seniorit, he ovat pääosin terveitä ja elävät aktiivista elämää ollen pääsääntöisesti riippumattomia muiden avuista. Yli 80-vuotiaat ovat vanhuksia, jotka tarvitsevat paljon tukea ja palveluita. (Sonkin–Petäjäkoski–Hult–Rönkä–Södergård 1999, 1.) Kronologinen ikä on jokaisesta suomalaisesta luotettavasti saatavilla, mutta se ei paljonkaan kerro ikäihmisen biologisista muutoksista. Myöskään ikäihmisen oma käsitys iästään ei ole yhtä kuin hänen kronologinen ikänsä, sama ihminen voi kokea ikänsä eri tavalla eri tilanteissa. (Ruusuvuori 2005, 125–126.)

4.2 Ikääntymiseen liittyvät muutokset

Ikääntyminen on sosiaalisten, psyykkisten ja biologisten muutosten kokonaisuus. Nämä muutokset tapahtuvat yksilöllisesti. Jatkuvaan sairasteluun ikääntyminen ei välttämättä johda, vaikka se rappeuttaa. (Koskinen–Ahonen–Jylhä–Korhonen–Paunonen 1992, 35–36.) Kun puhutaan fyysisestä vanhenemisestä, tarkoitetaan sillä elimistön biologista vanhenemistä. Sosiaalinen

ja psyykinen vanheneminen taas voi merkitä muutoksia ja kasvua myönteiseen suuntaan. Vanhenemismuutosten etenemiseen vaikuttavat perimä, elämäntavat ja elinympäristö. (Koskinen ym. 1992, 40.) Toimintakyvyn heikentymiseen on syynä useimmiten jokin rappeuttamisen aiheuttava pitkäaikais sairaus (Voutilainen–Tiikkanen 2009, 48). Psyykkistä vanhenemistä voidaan myös kuvata kypsymiseksi, kehittymiseksi tai muuttumiseksi. Psyykinen vanheneminen ei ole rappeutumista, vaan paremminkin uuteen elämänvaiheeseen siirtymistä ja kehitystä. Ikäihminen joutuu sopeutumaan muutokseen ja elämään kehossaan, joka on muuttumassa hitaammaksi. Jotta iän tuomat luopumiset ja rajoitukset voidaan hyväksyä, on käytävä läpi suru, joka syntyy kehon rappeutumisesta. (Vallejo Medina ym. 2006, 25–26.)

Sosiaalinen vanheneminen sisältää psykologisen, sosiaalisen ja biologisen vanhenemisen. Sosiaalisen vanhenemisen tarkastelu kohdistuu ikäihmisen sekä hänen yhteisönsä ja ympäristönsä välisiin suhteisiin ja niiden muutokseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 29.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että persoonallisuuden piirteet eivät juuri muutu kolmenkymmenen ikävuoden jälkeen. Myös sisäänpäin kääntyvyys ikääntyessä lisääntyy ja ulospäin suuntautuneisuus vähentyy. Olennaista ikäihmisen identiteetissä ei niinkään ole nykyinen elämäntila, vaan asiat joita elämässä on aikaan saatu. Ikäihmisen minäkuvaan vaikuttavat monet eri asiat, esimerkiksi kehon rapistuminen, työstä luopuminen, eläkkeelle siirtyminen ja leskeksi jääminen. Ikääntyessä myös ihmisen minäkuva heikkenee. Kuitenkin, jos ihmisen asenne vanhuuteen on myönteinen, hänen minäkäsityksensä ei muutu kielteiseksi. Myönteisen minäkuvan säilyttäminen ikääntyessä on silti haastavaa. (Vallejo Medina ym. 2006, 26.)

Ikääntyessä kuulon heikkeneminen on tavallista, vaikkei se ikääntymisestä suoranaisesti johdukaan. Esimerkiksi erilaiset melujen aiheuttamat vauriot voivat olla kuulon huononemisen syynä. Tyypillistä vanhuuden huonokuuloisuudelle on, että taustamelu vaikuttaa heikentävästi kykyyn kuulla puhetta. Iän myötä myös näössä tapahtuu muutoksia, esimerkiksi lähinäkö huononee, valontarve lisääntyy, näkökenttä kaventuu ja näköärsykkeiden käsittely hidastuu. Ikääntyneen heikentyneitä näköä on mahdollista parantaa valoa lisäämällä. On todettu, että 70-vuotiaana ihminen tarvitsee näkemiseen valoa

kaksi kertaa enemmän mitä 40-vuotiaana eli ikäihmisen silmät häikäistyvät herkemmin kuin nuoren. Lähinäön huonontumisen johdosta näön korjaantumiseen tarvitaan lukuksit. Ilman laseja kauas voi nähdä ikääntyneenäkin, mutta kuitenkin näön tarkkuus heikkenee. (Vallejo Medina ym. 2006, 23.) Hankaluutta voi olla myös esimerkiksi kasvojen tunnistamisessa (Voutilainen–Tiikkanen 2009, 48).

Kognitiivisiin muutoksiin vaikuttaa ikäihmisen lähtötaso. Mitä parempi on kognitiivinen lähtötaso, sitä suurempana puskurina se toimii vanhenemismuutoksille. Jos keskushermostossa ei ole tapahtunut patologisia muutoksia sairauden tai vamman takia, tavallisessa elämässä suoriutuminen säilyy 80–85-vuotiaaksi asti ennallaan. Älykkyyden lajeiksi on yleensä mainittu kiteytynyt ja joustava älykkyyys. Kiteytyneestä älykkyydestä voidaan myös käyttää sanaa viisaus ja se perustuu jo olemassa olevaan tietoperustaan ja sen soveltamiseen. Ikäihmiset selviytyvät hyvin tehtävistä, jotka mittaavat kiteytyntä älykkyyttä. Joustava äly, joka nuorilla on huipussaan, on heikentynyt ikäihmisellä jonkin verran. Joustavaan älyyn vaikuttavat nopeus, uusien ratkaisujen löytäminen ja hermoston tekijät. Ikäihmisellä myös tiedonkäsittely hidastuu ja ongelmanratkaisukyky heikkenee. (Vallejo Medina ym. 2006, 27–28.)

Yleinen käsitys on, että ikääntymisen myötä muisti heikentyy ainakin jonkin verran. Mitään dramaattista muistin heikentymistä ei kuitenkaan ikääntymiseen liity, vaan vakavammat muistiongelmät ovat joko vamman tai sairauden aiheuttamia. (Vallejo Medina 2006, 28.) Ikäihmisen muistissa tapahtuvat muutokset ovat osittain myönteisiä, osittain kielteisiä. Esimerkiksi looginen päättelykyky ei huonone ja myös oppimiskyky säilyy. Lisäksi tarkkaavaisuuden kohdentaminen ja ylläpito säilyvät. (Voutilainen–Tiikkanen 2009, 50.)

Muistin lajeja ovat pitkäkestoinen ja lyhytkestoinen muisti. Pitkäkestoisen muistin lajeja ovat semanttinen muisti, episodinen muisti ja proseduaalinen muisti. Ongelmanratkaisuun ja päättelyyn tarvitaan sementtistä muistia, joka ilmenee sanavarastona ja tiedon omaksumisena. Se ei iän myötä kovinkaan heikkene, vaan voi jopa parantua. Episodinen muisti heikkenee iän myötä, se on tapahtumasarjan tai tietyn tapahtuman muistamista. Proseduaalinen muis-

ti tarkoittaa toiminnallisten ja älyllisten taitojen hallintaa ja se säilyy hyvin myös ikääntyessä. Iäkkäänä hallitaan arkipäivän taitoja, koska ne ovat toimintamalleja, jotka ovat automatisoituneet. Harjoittamisen puute voi tosin ruostuttaa nämä taidot. Lyhytkestoisen muistin lajeja ovat työmuisti ja toistomuisti. Asiat pidetään mielessä väliaikaisesti työmuistin avulla, joka iän myötä yleensä heikkenee. Normaalissa ikääntymisessä toistomuisti ei juuri heikkene. Toistomuisti on käytössä esimerkiksi silloin, kun katsotaan osoitetietoa ja pidetään sitä muistissa siihen asti, että saadaan osoite kirjoitettua paperille ylös. (Vallejo Medina ym. 2006, 28–29.)

4.3 Ikäihmisen kotona selviytyminen

Ikäihmisen hoitotyössä keskeisenä asiana on voimavarojen vahvistaminen sekä terveyden edistäminen yhteisö- ja yksilölähtöisesti. Gerontologisen hoitotyön kiinnostuksen kohde kohdistuu vanhenevien ihmisten elämään, heidän toimintakykyyn ja terveyteen. (Rissanen 1999, 111.) Ikäihmisten hoitotyössä ydinasiana on ikäihmisen toimintakyvyn kokonaisvaltainen tukeminen. Ammatillisessa vanhustyössä päämäärä on muun muassa edistää ikäihmisen elämänlaatua, toimintakykyä ja hyvinvointia. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 18.)

Ikäihminen viettää valtaosan ajastaan omassa kodissaan. Tämän takia hyvinvoinnin osalta tärkeimmäksi ympäristöksi hänelle muodostuu koti asuin- ympäristöineen, sen lähiympäristö, palvelut ja toimintamahdollisuudet. Laadukas fyysinen ympäristö tarkoittaa esteettömyyttä, turvallisuutta ja viihtyisyyttä. Ikääntymisen tuomat muutokset motorisissa, aisteissa ja kognitiivisissa taidoissa vaarantavat ikäihmisen kykyä selvitä turvallisesti jokapäiväisistä toiminnoista omassa kodissaan. Kotona arjessa selviytymistä rajoittavat myös pitkäaikaissairaudet. (Elo 2009, 94–95.)

Suomessa ikäihmiset selviytyvät 80-vuotiaiksi asti melko itsenäisesti sairauksistaan huolimatta. Yli 80-vuotiaana sairauksista johtuvat asteittain ilmaantuvat erilaiset rajoitteet vaikeuttavat kotona selviytymistä ja tuovat ulkopuolisen avun tarvetta. Vaikka ikäihmisillä sairaudet ovatkin yleisiä, he saattavat niistä huolimatta selviytyä elämästään hyvin. Sairaudet kertovatkin vain osan

ikäihmisen tilasta ja samaa sairautta sairastavat ikäihmiset voivat tarvita varsin erilaisia palveluita. (Heikkinen–Marin 2003, 36–38.) Ikäihmisen kohdalla tulisi ottaa huomioon hänen voimavaransa siten, että toimintakyvyn, sairauksien ja iän tuomat muutokset eivät olisi esteenä omassa kodissa asumiselle. (Backman–Paasivaara–Voutilainen–Isola 2002, 70.)

Keskeinen tavoite Suomessa sosiaali- ja terveystaloudessa sekä ikääntymispolitiikassa on, että ikäihmiset pystyisivät erilaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen turvin elämään itsenäisesti omassa kodissa ja tutussa asuinympäristössä mahdollisimman pitkään. Ikäihmiselle hyvän ympäristön merkitystä on korostettu erilaisissa ikäpoliittisissa selvityksissä. Esteetöntä lähiympäristöä tuetaan kehittämällä avopalveluja. Hoitoteknologian kehittyessä, tulevaisuudessa pystytään paremmin tukemaan ikäihmisten hoitoa kotona. Tutkimukset kotihoidon merkityksestä antavat viitteitä, että kotihoidon avun turvin ikäihmisellä pysyy aktiivisuus ja näin ollen he pidempään selviytyvät omassa kodissaan. Ennakoivilla kotikäynneillä voidaan tehostaa kotona selviytymistä ja arvioida ikäihmisen asumisolosuhteita. Kodissa tehtävien korjaus- ja muutostöiden avulla pyritään luomaan turvallinen fyysinen ympäristö ikäihmiselle. Kotona selviytymistä ja liikkumista voidaan helpottaa myös monenlaisilla apuvälineillä. (Valta 2008, 15–16, 32.)

Elon (2006, 461–462) tutkimuksessa tuli esille, että pohjoissuomalaisen kotona asuvien ikäihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemiseen erityishaasteita tuovat pohjoisen ympäristön ominaispiirteet, kuten pitkät välimatkat, pimeys, jää, lumi ja lämpötilanvaihtelut. Kun ikäihmisen terveydentila heikentyy, korostuvat nämä ominaisuudet. Roineen, Tarkan ja Kaunoson (2000, 314) tutkimuksessa tuli esille se, että ikäihmisen yhteydenpito ystäviin ja sukulaisiin tuki kotona selviytymistä. Lisäksi ikäihmisen voimavaroja lisäsivät hyvä terveys, positiivinen elämänasenne, aktiivisuus kerho- ja harrastustoiminnassa, uskonto ja perhe.

Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että ikäihmiset pitivät tärkeänä saada asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen on kuitenkin välttämätöntä kotona selviytymisen kannalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ikäihmisten kotona selviytymiseen

vaikuttavat ensisijassa ikäihmisen omatoimisuus, toimintakyky ja terveys. Yksi kotona selviytymistä edistävä tärkeä tekijä on sosiaalinen verkosto. Henkinen ja konkreettinen apu ja tuki ovat tärkeitä ja pelkästään tieto siitä, että apua tarvittaessa saa, lisää turvallisuuden tunnetta. Säännöllisillä ennakkoilla kotikäynneillä on mahdollista seurata ikäihmisten terveydentilaa ja toimintakykyä ja näiden avulla voidaan tukea omassa kodissa selviytymistä. (Roine ym. 2000, 314)

4.4 Kodin merkitys ikäihmiselle

Kotimaiset ja kansainväliset tutkimukset antavat viitteitä siihen, että nykyäänkin ikäihmiset haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Jotta tämä olisi mahdollista, ikäihmisen täytyy kokea omassa kodissa asuminen turvallisena ja hänellä täytyy olla tieto siitä, mistä hän saa tarvittaessa apua ja tukea. (Häkkinen–Holma 2004, 9.) Oma koti on ikäihmiselle tärkeä asia elämässä. Ikäihmiset kokevat omassa kodissa asumisen arvokkaaksi asiaksi myös vaatimattomassa asuinympäristössä, se antaa heille kokemuksen itsenäisyydestä. Oma koti ja tuttu ympäristö tuovat ikäihmiselle myös turvallisuuden tunnetta. (Vallejo Medina ym. 2006, 35.)

Valtan (2008, 77–86) tutkimuksessa tuli esille, että ikäihmiset nauttivat kotona olemisesta ja halusivat elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Ikäihmiset pitivät omaa kotia toimintakykyä ylläpitävänä paikkana, vaikka kotona selviytymiseen joutuisikin käyttämään erilaisia auttajia tai apuvälineitä. Ikäihmiset myös kokivat, että omassa kodissa heillä on oikeus päättää omista asioistaan. Ikäihmiset kokivat sairaalan tai palvelutalon ikävänä paikkana, jonne ei haluttu vapaaehtoisesti lähteä. Ikäihmiset nauttivat kodin rauhasta ja kiireettömyydestä sekä siitä, että omassa kodissa sai levätä ja rentoutua omien tarpeiden mukaan. Kotona selviytymistä vaikeuttivat liikkumisen hankaluudet ja turvattomuus, vaikka apuvälineitäkin olisi käytössä. Ikäihmiset pelkäsivät kaatumista huimauksen, tasapainovaikeuksien ja tukielinvaivojen vuoksi, myös ylösnouseminen saattoi olla hankalaa. Portaissa liikkuminen ja hissien puuttuminen saattoivat estää ulos pääsemistä ja sillä tavoin rajoittivat asioiden hoitamista kodin ulkopuolella.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivista tutkimusotetta käyttäen. Hirsjärven ym. (2009, 161) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja tutkimuksessa hankittava tieto saadaan omien havaintojen ja keskustelujen pohjalta eikä tavallisilla mittausvälineillä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä todentaa väittämiä, jotka ovat jo olemassa. Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska se antoi meille mahdollisuuden kokonaisvaltaisen tiedon hankintaan. Haimme kokemuksia satunnaisesti valituilta ikäihmisiltä, joille Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijat olivat tehneet hyvinvointihaastattelun keväällä 2011 ja lisäksi terveydenhoitaja oli tehnyt ennakoivan kotikäynnin hyvinvointihaastattelun esiin tuoman tarpeen perusteella. Haastateltavia ikäihmisiä oli neljä, heistä puolet oli naisia ja puolet miehiä.

Haastattelun alussa halusimme kartoittaa mahdollisia haastateltavien voinnissa tapahtuneita muutoksia hyvinvointihaastatteluiden jälkeen, jotta pystyisimme paremmin ymmärtämään haastateltavien vastauksia. Haastateltavilla oli haastatteluiden jälkeen ilmennyt voinnissa muutoksia huonompaan suuntaan, esimerkiksi aamupäänsärkyä, unettomuutta ja väsymystä. Haastateltavien voimia olivat vieneet myös erilaiset toimenpiteet, joista oli meneillään vielä toipumisvaihe. Haluamme varmistaa haastateltujen anonymiteetin säilymisen, jonka vuoksi emme käsittele voinnissa tapahtuneita muutoksia tätä tarkemmin.

5.2 Ikäihmisen teemahaastattelu

Keräsimme tutkimusaineistomme puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Valitsimme teemahaastattelun, koska se antoi meille mahdollisuuden olla haastateltavan ikäihmisen kanssa suorassa verbaalisessa vuorovaikutuksessa. Haastattelututkimus on mahdollista tehdä minkä ikäiselle tahansa, kunhan se on etukäteen hyvin suunniteltu (Ruusuvuori 2005, 126–128). Muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna teemahaastattelun etuna on myös se, että

tutkittavaan aiheeseen on mahdollisuus saada monipuolisia vastauksia. Teemahaastattelun avulla tutkijalla on mahdollisuus syventää ja selventää saamiaan vastauksia sekä esittää tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Haastattelun etuna on lisäksi se, että tutkijalla on mahdollisuus nähdä haastateltava sekä havainnoida hänen ilmeitään ja eleitään. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–206.)

Haastattelun valintaa aineistonkeruumenetelmänä puolsi myös se, ettei heikentynyt näkö tai hienomotoriikka olisi esteenä haastattelun toteuttamiselle, toisin kuin ne ovat kirjoittamisen tai lukemisen edellytyksenä. Haastattelun avulla pystyimme lisäksi varmistamaan sen, että ikäihminen ymmärsi kysymykset. (Elo–Isola 2008, 217–218.) Ikäihmiset ottivat meidät mielellään vastaan, he jopa kokivat haastateltavaksi pääsemisen arvokkaaksi asiaksi. Haastateltava ikäihminen voi jopa pitää kotona tapahtuvaa haastattelua vierailuna ja itse haastatteluun pääseminen voi olla haastavaa (Ruusuvuori 2005, 129). Teimme haastattelut ikäihmisille heidän kotonaan, koska kotona tapahtuva haastattelu antoi riittävän rauhan ja turvallisuuden tunteen haastattelutapahtumalle. Kotona tapahtuva haastattelu ei myöskään aseta haastateltavan toimintakyvylle rajoituksia, koska tutkija menee haastateltavan luokse (Elo–Isola 2008, 218–219).

Eettiset kysymykset nousevat esille kaikissa haastattelututkimuksen vaiheissa suunnittelusta aineiston analysointiin ja raportoimiseen asti. Ikäihmisen kohdalla eettinen näkökulma nousee esille haastattelijan ja ikäihmisen vuorovaikutuksesta. Haastattelija joutuu pohtimaan, miten luo tasavertaisen suhteen ikäihmiseen haastattelutilanteessa. (Elo–Isola 2008, 221.) Haastatteluja tehdessään tutkija joutuu miettimään tutkimuksensa tarkoitusta tunkeutessaan ihmisten yksityisasioihin. Tässä kohtaa tutkijan kannattaa olla aidosti kiinnostunut haastateltavien kertomista asioista ja olemalla itse avoin. (Aaltola–Valli 2007, 58.)

Ikäihmisiä ei voida haastateltaessa pitää yhtenäisenä ryhmänä, koska he kokevat ikänsä hyvin eri tavalla. Tutkijan kannattaakin haastattelutilanteessa olla hyvin herkkätunteinen haastateltavien iän suhteen. Haastattelijan täytyy kuitenkin kyetä huomioimaan ikäihmisen fyysiset, kognitiiviset ja psyykkiset

muutokset. Lähtökohtana ikäihmisen haastattelemisessa ei ole se, että puhutaan kovaa ja selkeästi, se voi olla loukkaavaa. Haastateltava yleensä huomauttaa, mikäli hänen kuulonsa on heikentynyt eikä hän kuule kysymyksiä. Kuuleminen puhelimesta asioidessa ei kuitenkaan välttämättä suju, vaikka haastattelun tekemiseen se olisikin riittävän hyvä. Ongelman haastattelutilanteeseen voi tuoda esim. haastateltavan dementia, jos haastattelija ei ole siihen osannut varautua. Dementia ei ole kuitenkaan este haastatteluun jos tutkitaan ikäihmisen kokemuksia, mutta vaikeasti dementoituneiden kohdalla haastateltava joutuu pohtimaan, miten hän kysymykset esittää, jotta haastateltava kykenee niihin vastaamaan. (Ruusuvuori 2005, 126–134.)

Ongelmia haastattelutilanteeseen voi tuoda myös haastattelijan ja haastateltavan iso ikäero, koska ikäihminen ei välttämättä koe haastattelijaa tutkijaksi. Tämä voi aiheuttaa sen, että haastateltavaa ei kiinnosta haastattelun teema vain muu jutusteleminen. Haastattelu ei myöskään välttämättä toimi odotetulla tavalla, jos haastattelijana on nuori haastattelija tai opiskelija. Tällöin ikäihminen ei välttämättä koe haastattelututkimusta tärkeäksi ja voikin kokea haluavansa vain auttaa opiskelijaa. Haastattelutilanteeseen voi tuoda haastetta myös haastateltavan omaiset tai puoliso, varsinkin jos haastateltava on erityisen vanha tai sairas. Ongelmaksi tämä muodostuu silloin, jos ikäihminen itse olisi halukas ja kykenevä, mutta kolmas osapuoli ajattelee toisin. Vaarana tässä piilee se, että haastatteluun vastaakin haastateltavan puolesta omainen, jolloin tämä estää haastateltavan omien kokemusten esille tulemisen. Kolmannen osapuolen läsnäolo voi olla myös haastatteluaineistoa rikastuttava tekijä ja se voi tuoda analyysiin uutta ulottuvuutta. (Ruusuvuori 2005, 130–133.)

Haastattelut vievät paljon aikaa ja haastatteluiden tekeminen vaatii huolellista paneutumista etukäteen (Hirsjärvi ym. 2009, 206). Erilaisten asiaan liittyvien lupien saaminen kesti paljon kauemmin kuin olimme suunnitelleet, tämän vuoksi aika haastatteluiden tekemiseen jäi liian lyhyeksi. Jouduimmekin rajaamaan haastateltavien määrän alkuperäisestä suunnitelmasta kuudesta neljään. Tutkimuksessamme oli mukana neljä ikäihmistä, joille Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijat olivat tehneet hyvinvointi-

haastattelun keväällä 2011 ja joille lisäksi terveydenhoitaja oli tehnyt ennakkoivan kotikäynnin.

Teemahaastattelun eteneminen tapahtuu teemojen varassa, sen sijaan että käytäisiin läpi yksityiskohtaisia kysymyksiä. Tällä tavoin saadaan kuuluviin tutkittavan ääni. Teemahaastattelussa on huomioitava, että keskeisiä ovat ihmisten antamat merkitykset asioille ja heidän tulkinnat asioista. Teemahaastattelun haastattelurunkoa laadittaessa laaditaan teema-aluerunko eikä yksityiskohtaista kysymysluetteloa. Haastattelutilanteessa teema-alueet ohjaavat haastattelijaa ja ovat samalla myös muistilistana. Teema-alueiden on hyvä olla väljiä, jotta tutkittavasta ilmiöstä saataisiin monipuolisesti tietoa. (Hirsjärvi–Hurme 2008, 47–48, 66–67.) Tyypillistä teemahaastattelulle on, että haastattelussa esille tulevat aihepiirit ovat tiedossa. Sen sijaan itse kysymysten järjestys ja tarkka muoto ei ole vielä selvillä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208–209.)

Haastattelutilanteessa tarkensimme teema-alueita lisäkysymyksillä. Haastattelumme teemat nostimme esiin haastattelukysymyksistämme, mietimme ensin kysymykset ja sen jälkeen vasta teemat. Haastattelumme teemoja ovat kokemus, tarve ja jatkuvuus. (Liite 2) Valitsimme teemaksi kokemuksen, koska halusimme tutkia ikäihmisten kokemuksia hyvinvointihaastatteluista, kun haastattelijana oli ollut opiskelija. Lisäksi halusimme selvittää, minkälaiseksi ikäihminen koki ilmapiirin ja vuorovaikutuksen opiskelijan kanssa haastattelun aikana. Tarve teeman valitsimme sen vuoksi, että halusimme selvittää, kokivatko ikäihmiset hyvinvointihaastattelut tarpeellisiksi. Jatkuvuus teeman tarkoituksena oli selvittää, saivatko ikäihmiset riittävästi tietoa heille kuuluvista palveluista ja toteutuiko terveydenhoitajan tekemä ennakoiva kotikäynti odotusten mukaisesti.

Haastatteluihin valmistautuminen on merkittävä osa haastattelututkimusta. Joskus ikäihmisen suostuminen haastateltavaksi voi olla vaativaa ja saattaa vaatia jopa hieman suostuttelemista. Haastateltavaksi suostuminen on kuitenkin vapaaehtoista ja sitä tulee kunnioittaa. Lähetimme saatekirjeen viikkoa ennen puhelinyhteyden ottamista. Halusimme antaa ikäihmisille riittävästi aikaa miettiä päätöstä haastatteluun osallistumisesta sekä etukäteen tiedon

siitä, kuka ottaa puhelimitse yhteyttä. Ennen haastatteluun suostumista on haastateltavalla oikeus saada riittävä määrä tietoa tutkimuksen sisällöstä ja siitä, miten kerätty aineisto käytetään. Tutkimuksesta annettava tieto on oltava ymmärrettävässä muodossa. Sen lisäksi haastateltavalla on oltava mahdollisuus esittää tutkijalle tarkentavia kysymyksiä tutkimukseen liittyen. (Elo–Isola 2008, 217–222.) Saatekirjeessä kerroimme lyhyesti itse tutkimuksesta ja sen tavoitteista, tutkimuksen toteuttajasta sekä tulevasta yhteydenotosta. Aineiston keruussa korostimme luottamuksellisuutta, anonyymiuden takaamista ja asianmukaista aineiston tallentamista (Hirsjärvi ym. 2009, 220).

Haastattelutilanteessa vuorovaikutuksen merkitys korostuu, mutta se on otettava huomioon myös haastattelun suunnitteluvaiheessa, tutkimusaineiston analyysivaiheessa ja tutkimustulosten raportoinnin yhteydessä. Haastattelut on tapana nauhoittaa mikäli mahdollista, koska se antaa mahdollisuuden palata haastattelutilanteeseen uudelleen. Lisäksi nauhoitus toimii muistin apuna ja antaa mahdollisuuden tarkastaa tulkintoja sekä mahdollistaa tarkemman raportoinnin. Jotta nauhoitus onnistuisi, on suositeltavaa valmistautua nauhurin käyttöön hyvin jo etukäteen. (Ruusuvuori–Tiittula 2005, 13–15.) Ennen varsinaisia haastatteluita teimme kolme koehaastattelua tuttavillemme, heistä yhdelle oli tehty hyvinvointihaastattelu vuotta aikaisemmin. Nauhoitimme nämä koehaastattelut, jotta saimme harjoitella digitaalisen nauhurin käyttöä ja arvioida omaa haastattelutyöläisyyttä. Koehaastatteluista seurasi myös muutostarpeita kysymyksiimme. Nauhoituksella on myös mahdollisuus arvioida omaa haastattelutyöläisyyttä ja omaa kehittymistä haastattelijana (Elo–Isola 2008, 221).

Haastattelijat toimii luottamuksellisesti ja totuudenmukaisesti kertomalla haastattelun tarkoituksesta haastateltavalle. Haastattelusta saamansa tiedot haastattelijat käsittelee anonyymisti ja luottamuksellisesti. Myös raportointivaiheessa on huomioitava se, ettei haastateltavan henkilöllisyys nouse missään vaiheessa esille. Tutkimuslupa tulee olla myös haastateltavilta, joko suullisena tai kirjallisena. (Ruusuvuori–Tiittula 2005, 17–18.) Haastattelutilanteet on hyvä nauhoittaa, jotta keskustelu olisi luontevaa ja haastattelijat pystyvät keskittymään ikäihmisten kuuntelemiseen (Elo–Isola 2008, 220). Nauhoitimme kaikki haastattelut ikäihmisten luvalla. Tiedotimme haastattelun nauhoit-

tamisesta ikäihmisille sekä saatekirjeessä että ennen haastattelua ja korostimme nauhoitukseen suostumisen vapaaehtoisuutta.

Nauhoituksessa tulee kiinnittää huomiota nauhurin sijoittamiseen, jotta saadaan turvattua äänenlaatu. Ikäihminen saattaa yskiä tai puhua hiljaisella äänellä haastattelutilanteessa, terveydellisistä syistä tai limakalvojen kuivumisesta johtuen. (Elo–Isola 2008, 220.) Ikäihminen voi vierastaa ajatusta nauhurin käytöstä, vaikka tekniset välineet olisivatkin muuten tuttuja (Ruusuvuori 2005, 129). Yhdessä haastattelussa digitaalinen nauhuri ei toiminut odotetulla tavalla, vaan oli lakannut nauhoittamasta kesken haastattelun. Syynä tähän oli se, että haastateltava piti pitkiä taukoja vastauksissaan, jonka vuoksi nauhuri oli automaattisesti kytkeytynyt pois päältä. Tämä ongelma ei tullut meille esille koehaastatteluissa ja asia tuli meille täytenä yllätyksenä. Huomasimme asian heti haastattelun jälkeen ja purimme välittömästi haastattelun kenttämuistiinpanoista.

Teimme haastattelut viikon sisällä, molemmat tutkijat haastattelivat kaksi ikäihmistä. Haastattelut kestivät nauhurin käynnistyksestä sen sulkemiseen yhteensä noin 2 tuntia, yhden haastattelun kesto oli 20–40 minuuttia. Ennen haastatteluja kävimme ikäihmisen kanssa lävitse opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet sekä ilmapiirin rentouttamiseksi vapaata keskustelua. Haastattelut äänitimme digitaalisella nauhurilla ja otimme niistä varmuuskopiot omalle tietokoneelle.

5.3 Aineiston analysointi

Nauhoitettu aineisto kirjoitetaan auki sanasta sanaan eli litteroidaan. Aineistoon perehdytään hyvin ja luetaan se useita kertoja läpi. (Tuomi–Sarajärvi 2002, 110–115.) Litteroimme haastatteluiden tallenteet viikon sisällä haastatteluista. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 29 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Molemmat tutkijat litteroivat omien haastatteluidensa tallenteet, jonka jälkeen kokosimme ne yhteen ja luimme aineistoa läpi useaan kertaan. Tämän jälkeen pelkistimme aineiston karsimalla siitä pois sen tiedon, jolla ei ollut tutkimuksemme kannalta oleellista merkitystä.

Valinnat, joita tutkija on tehnyt tutkimusprosessin alkuvaiheen aikana, vaikuttavat siihen, kuinka aineistoa tulkitaan ja käsitellään. Tutkimuksen ydinasioita ovat analyysin kerääminen aineistosta, sen tulkinta ja johtopäätösten teko, joihin on tähdätty jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa vastaukset asetettuihin ongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Haastattelun analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia, jonka teimme aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan tutkimustehtävän vastaus yhdistelemällä käsitteitä. Analyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa eteneminen tapahtuu empiirisestä aineistosta käsitteelliseen näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija pyrkii ymmärtämään haastateltavia analyysin kaikissa vaiheissa omasta näkökulmastaan. (Tuomi–Sarajärvi 2002, 93, 115.)

Induktiivisen aineiston analyysivaiheita ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineisto pelkistetään auki kirjoitetusta haastatteluaineistosta, jonka yhteydessä tutkimukselle epäolennaiset asiat karsitaan pois. Pelkistäminen voi siis olla informaation pilkkomista tai tiivistämistä osiin. Tutkimustehtävä ja sen kysymykset ohjaavat aineiston pelkistämistä. (Tuomi–Sarajärvi 2002, 110–115.) Auki kirjoitetusta aineistosta etsimme tutkimustehtävän kysymyksellä sitä kuvaavia ilmaisuja. Pelkistimme alkuperäisiä ilmauksia käsittekartan avulla. Pelkistämisestä esimerkkinä ilmaisu ”sehän oli ihan asiallinen, aivan asiallinen”, joka pelkistettynä ilmaisuna on asiallinen.

Ryhmittelyssä etsitään aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia yhdistämällä samaa tarkoittavat asiat luokiksi. Tämän jälkeen luokat nimetään käsitteellä, joka kuvaa sisältöä. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset yhdistellään ja näin muodostetaan alaluokkia. Tämän jälkeen on vuorossa samankaltaisten alaluokkien yhdistäminen, jolloin niistä muodostuvat yläluokat. Lopuksi on vuorossa yläluokkien yhdistäminen, jolloin saadaan muodostettua teoreettinen käsite. (Kyngäs–Vanhanen 1999, 6–7.) Yhdistelimme pelkistettyjä ilmaisuja samankaltaisuuden mukaan, jolloin niistä syntyi alaluokat. Yläluokat muodostuivat alaluokista teemahaastattelulomakkeen teemojen mukaisesti. Yläluokkia muodostui yhteensä kolme. Tutkimuksemme yläluokkia ovat ”haastateltavien kokemukset”, ”ikäihmisten kokemat tarpeet” ja ”jatkuvuus”.

Tutkimus ei ole vielä valmis tulosten analysoinnin jälkeen, vaan tuloksia täytyy vielä tulkita ja selittää. Tulkinnalla tarkoitetaan tutkijan omia pohdintoja ja johtopäätöksiä analyysin tuloksista. Tutkijan tulee pohtia saatujen tulosten merkitystä tutkimusalueella sekä pohtia tulosten mahdollista laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi, ym. 2009, 229–230.) Tutkimusta tulisi tarkastella sellaisesta näkökulmasta, missä tutkittavan inhimillistä tilannetta pystyttäisiin parantamaan. Tutkimuksesta tulisi myös etsiä tieteellistä tietoa. (Ruusuvuori-Tiittula 2005, 17–18.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Haastateltavien kokemukset

Haastateltavat kokivat opiskelijoiden toteuttamat hyvinvointihaastattelut tarpeellisiksi ja hyväksi asiaksi, vaikka yksittäisiä kysymyksiä ei haastatteluista muistettukaan. Haastateltavilla oli kuitenkin muistikuva siitä, että hyvinvointihaastattelu oli edellisenä keväänä tehty.

”Tietenkin positiivinen asia että on kartotettu näitä elämäntilanteita tulevia tarpeita varten, kun ikävuodet lisääntyvät niin tarpeita voi tulla.”

”Kun mie en muista mitä siinä kysyttiin tarkkaan ottaen silloin siinä edellisellä kerralla. Minusta tuntuu, että mie vain kerroin siitä omasta tilanteestani.”

Haastateltaville jäi tunne, että opiskelijat olivat olleet asiantuntevia ja paneutuneet haastatteluihin. Opiskelijoiden haastattelua kuvattiin myös ammattimaiseksi toiminnaksi. Haastattelut olivat sujuneet luontevasti ja asiallisesti eikä esille noussut tunnetta, että haastattelut olisivat olleet kiireellä tehtyjä.

”Niin kyllä ne minusta oli hyvin järkeviä, tiesivät varmaan mitä tekivät. Että en ollut varmaan ensimmäinen ketä ne haastatteli.”

”Opiskelija antoi ammattimaisen vaikutelman.”

”Paneutuneet asiaansa.”

”Ne olivat aivan asiallisia.”

Haastateltavat kokivat ilmapiirin opiskelijan kanssa miellyttäväksi ja mukavaksi, myös vuorovaikutus oli ollut luontevaa. Haastatteluja kuvattiin myös keskustelu- ja juttutuokioiksi. Haastatteluun suhtauduttiin myös huumorimielissä.

”Se oli tavallista juttelua minun mielestä. Ihan normaali tunnelma se oli. Semmoinen keskustelunomainen.”

”Opiskelijan haastateltavana oli mukava olla.”

”Minusta se oli semmoinen rentouttava, ei siinä mitään ongelmia ollut.”

”Kyllä joo, kyllä se oli kivaa, huumorimielessä, huumorimielessä, niinku nytki. En mie nytkään tätä mitenkään jännityksessä piä että ettei tässä mitään jännitystä ole. Ei ole mitään pelkoa että tässä mitään jännitystä olis, puolin tai toisin. Eikä mitään arvostelua. Se oli ihan asiallinen. Asiallinen ja kiva juttutuokio.”

Tutkimuksessamme nousi myös esille, että hyvinvointihaastattelu oli otettu vastaan vain sen vuoksi, että haluttiin auttaa opiskelijaa etenemään opinnoissaan. Koettiin myös, ettei hyvinvointihaastattelu tai ennakoiva kotikäynti pystynyt tarjoamaan haastateltavalle itselleen mitään apuja ja tukea.

”Omalta kohdaltani kyllä tuli sillä tavalla, siis ei minun kannalta. Siis niin kuin sanoin sinulle, ei mitään konkreettista apua minulle tule, mutta opiskelijalle tuli se apu, että hän pääsee etteenpäin niissä.”

”Mie ajattelin sitä vain sen oppilaan kannalta, että hän tekee jo takin työtä opiskelua varten ja hänen pitää saada se tiivistelmä ja työ tehdyksi että pääsee opiskeluissa etteenpäin.”En mie mitenkään sitä ittelleni kokenut, että mie siitä mitään konkreettista apua saan.”

6.2 Ikäihmisten kokemat tarpeet

Haastateltavien mielestä hyvinvointihaastattelu oli tullut oikeaan aikaan omaa elämäntilannetta ajatellen. Haastateltavien mielestä 80-vuotta oli sopiva ikä hyvinvointihaastattelulle, eikä haastatteluikää haluttu nostaa korkeammaksi. Haastateltavien mielestä hyvinvointihaastattelu tai jonkinlainen seurantakäynti olisi tarpeellinen tehdä myöhemmin uudelleen. Tämän käynnin yhteydessä toivottiin kartoitettavan toimintakykyä ja avuntarvetta. Seuraavaa käyntiä toivottiin 1–5 vuoden päähän.

”Varmaan jo 82-vuotiaana. Siinä ehtii tapahtua jo paljon siinä ajassa.”

”Kyllä se on vuosiki jo pitkä aika, sanotaan että tällä iällä sitä on niin jatkoajalla että. Tuntuu että se vuosikin on niin kaukana vaikka se niin äkkiä kulluukin. Että ei siinä minun mielestä

mittään rajaa ole. Mutta sitten 10 vuotta on liian pitkä ajanväli tällä iällä enää, että voi sanoa että harva on enää yhdeksänkymppisenä ja pystyykö enää ja tajuaako ittekkään. Kymmenen vuoden päästä ei varmaan tartte enää haastatellakaan.”

”Että sanoisin että nämä haastattelut kun ne tehdään, että olisiko pahitteeksi että se aina tarkistettaisiin aina esimerkiksi viiden tai kolmen vuoden välein, esimerkiksi kysymällä vaikka puhelinsoitolla, että onko mitään semmosia ongelmia että tartteeko ottaa yhteyttä tai käynnillä käydä tarkistamassa paikan päällä.”

”Joo ja vielä se että ja vielä siinä vaiheessa, sanoisin että ei pelkästään puhelinsoitto tai kirje vaan käytäis kattomassa ku meitä on että kyllä mä täällä pärjään, ei mulla mitään oo. Mä tiedän, meitä on ikäihmisiä ketkä sanoo että kyllä mä pärjään ei mulla mitään oo. Senhän näkee siinä kun ovesta astuu sisään ja katsoo että kuinka pärjätään ja pienen istumisen jälkeen.”

”Sanoisin näin että kaupungin puolelta semmoinen tarkistuskäynti, lähinnä kattoo kuinka pärjäilee. Toisethan osaa tietenkin tuoda ongelmansa esiin, mutta ei kaikki.”

”Kyllä, tilanne on se että aina kun vuosia mennään eteenpäin, tilannehan ei parane.”

Haastatteluissa nousi esille konkreettisen avun tarve. Lähinnä siivousavulle olisi kysyntää kaupungin tarjoamana palveluna, koska omaiset ehtivät avuksi vain harvoin. Kaupungin toimesta toivottiin myös ikäihmisille suunnattua yhdyshenkilöä, joka auttaisi tarpeellisissa asioissa ja keneltä saisi neuvontapalveluita.

”Minun mielestä olis paljon parempi semmoinen systeemi mikä oli silloin aikanaan. Silloin oli kuitenkin että se kunta järjesti että kerran viikossa kävi siivooja siivousavut tekemässä. Mutta se oli vissiin poistettu semmoinen vissiin kokonaan, että niin sanottuja kodinhoitajia oli kunnassa silloin jotka oli kuukausipalkalla. En minä muuta virka. Mutta en minä sitä ruinaa, jos ei sitä tule niin ei sitä tule.”

”Sittenhän mulla on tyttö, hänhän käy sitten joskus kun on vapaapäivä, mutta hälläki kun on oma perhe mitä pitää hoitaa, rajallista.”

”Tätä yhdyshenkilöä mie kyllä kaipaen. Helpommin saavutettavissa pitäisi olla. Tällä tavalla on oman onnensa

nojassa, jos ei itse aktiivinen ole ja yrittää sitten noilta ystäviltä kysellä miten te menettelette, minkälaiset teillä on. Ne neuvoo sitten kuka milläkin tavalla neuvoo, omien kokemustensa perusteella.”

”Semmoista joka neuvois eteenpäin. Se ainakin tietäis kenen puoleen kääntyä. Tämmöinen tiedonsaanti on vaikeata. Tämmöinen henkilö, asiantunteva henkilö on, neuvoo ja opastaa.”

6.3 Jatkuvuus

Haastateltavat olivat tyytyväisiä terveydenhoitajan tekemään ennakoivaan kotikäyntiin ja sen ajankohtaan. Kotikäynti koettiin tarpeelliseksi ja toivottu apu oli saatu nopeasti. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan muistaneet, että heillä olisi terveydenhoitaja kotikäynnillä käynyt. Haastateltavat kokivat myös, ettei kotikäynnillä pystytty tarjoamaan sitä apua, mihin koettiin olevan tarvetta.

”Se toteutui aika nopeasti ja tuota hälle minun täytyy lausua oikein kiitokset tästä, hän on kyllä ihminen joka asiansa hoitaa ja tietää mitä tekee.”

”Kyllä, oli erittäin sympaattinen ja asiansa osaava henkilö.”

”Palveluntarvettahan olis kyllä, mutta ymmärrän senkin että kunnalla, kunnilla on palveluresurssit sen verran pienet, että ei siitä mulle ole siitä mitään tuota mitään odotuksiakaan että tuota niin.”

Terveydenhoitajan tekemään ennakoivaan kotikäyntiin ei haastateltavilla ollut ennako-odotuksia. Tärkeimpänä asiana haastateltavat kokivat sen, että heidän kotona pärjäämisestään oltiin kiinnostuneita.

”No mä, oikeestaan osannu odottaa muuta ku se että edelleenkin koen positiivisena että seurataan. Siinä ei osannu sillä tavalla odottaa, asettaa odotuksia.”

”Se mikä tulikin tärkein jo, että voitaisiin uusia nämä että nämä tarpeet ei vähene vaan lisääntyy. Olkoon se sitten kuinka pienimuotoinen, mutta kuitenkin.”

Haastateltavat kokivat saaneensa tarkoituksenmukaista tietoa ja tukea, mikäli heillä ilmenee jatkossa avuntarvetta. Hyvinvointihaastatteluiden yhteydessä saatu materiaali koettiin tarpeelliseksi ja se oli kaikilla ikäihmisillä tallessa. Materiaaliin ei välttämättä oltu kuitenkaan tutustuttu tai paneuduttu. Epäselvyyttä oli myös siinä, mihin ottaa yhteyttä, mikäli palveluntarvetta jatkossa ilmaantuu.

”Eihän niitä ulkolukuna muista, mutta tässähän ne on hyvin säilöttyinä.”

”Tukea ja tietoa, kun sitä tuen tarvetta ei silloin varsinaisesti ollut, mutta tietoa.”

”Ei minulla ole ainakaan jäänyt mieleen että siitä olisi mitään tullut jotain ohjetta mulle.”

”Minnekkä muualle kuin tuonne terveyskeskukseen, eipä sitä paljo muualle ossaa.”

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyömme pohdintaa

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikäihmisten kokemuksia opiskelijoiden toteuttamista hyvinvointihaastatteluista 80-vuotiaille rovaniemeläisille ikäihmisille. Rovaniemen kaupungissa ei aikaisemmin ole tutkittu ikäihmisten kokemuksia hyvinvointihaastatteluista, siksi koimme mielenkiintoiseksi lähteä selvittämään ja kartoittamaan näitä kokemuksia. Toinen meistä on myös osallistunut kevään 2011 hyvinvointihaastatteluiden tekemiseen. Keräsimme aineiston haastatteleamalla neljää ikäihmistä, joille Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan opiskelijat olivat tehneet hyvinvointihaastattelun. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on jatkossa hyötyä ikäihmisille suunnattujen hyvinvointihaastatteluiden ja ennakkoivien kotikäyntien suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tästä voi olla myös hyötyä Rovaniemen kaupungin kotihoidon ja ammattikorkeakoulun yhteistyöhön hyvinvointihaastatteluiden jatkosuunnitelmissa.

Itsellemme saimme unohtumattomia kokemuksia haastatellessamme ikäihmisiä tutkimustamme varten. Tämä oli hyvin opettavainen kokemus meille molemmille ja sai meidät huomaamaan tekemämme työn tärkeyden. Haastattelutuokiot saivat meidät näkemään, kuinka tärkeitä pienetkin jutusteluhetket ovat ikäihmiselle. Tutkimusprosessin aikana olemme oppineet aikataulutamaan vapaa-aikamme uudella tavalla. Olemme lisäksi oppineet perehtymään erilaisiin tutkimuksiin ja poimimaan niistä oleellisen tiedon. Työmme tekemiseen on tuonut haastetta pitkä välimatka. Siitä huolimatta olemme onnistuneet tekemään työtä tasapuolisesti ja yhteistyömme on onnistunut. Olemme pystyneet huomioimaan molempien elämäntilanteet niin, että tämän työn tekeminen on ollut välillä intensiivisempää ja välillä väljempää. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla kartoittaa Rovaniemen kaupungin kotihoidon näkökulma hyvinvointihaastatteluihin sekä yhteistyön sujuvuus kotihoidon ja Rovaniemen ammattikorkeakoulun hyvinvointialan välillä.

Tutkimustuloksista nousi esille, että ikäihmiset kokivat hyvinvointihaastattelut tarpeellisiksi ja hyödyllisiksi ja pääsääntöisesti he olivat tyytyväisiä opiskeli-

joiden toteuttamiin hyvinvointihaastatteluihin. Esille nousi kuitenkin myös se, että haastatteluja ei välttämättä otettu vakavasti, koska haastateltavilla nousi tarve auttaa opiskelijaa etenemään opinnoissaan. Ruusuvuoren (2005, 130–133) mukaan haastattelutilanteeseen voi tuoda ongelmia se, että haastateltava suostuu haastattelutilanteeseen vain halusta auttaa opiskelijaa. Tällöin vaarana on se, että tutkimustulokset vääristyvät, koska haastateltavaa ei kiinnosta haastattelun varsinainen sisältö. Tuloksista nousi esille myös se, että hyvinvointihaastatteluista olisi tarpeen tehdä jatkossa säännöllisin väliajoin. Haastatteluista ei noussut esille suurta tarvetta palveluille, vaan ikäihmiset kokivat heidän asiansa olevan hyvin. Ikäihmiset kokivat, että heistä välitetään ja haastattelu lisäsi turvallisuuden tunnetta. Haastateltavilla heräsi kuitenkin huoli ikäihmisistä, jotka eivät olleet ottaneet vastaan hyvinvointihaastattelua tai se ei ollut vielä iän puolesta ajankohtainen.

Vaikka tuloksista käy ilmi, että ikäihmiset olivat tyytyväisiä hyvinvointihaastatteluihin, he eivät kuitenkaan muistaneet haastattelukysymyksiä tai edes aihepiirejä. Meidän mielestä haastattelutulokset jäivät hieman vajaiksi tämän asian vuoksi. Pohdimmekin, oliko meidän tekemällä haastattelulla ja kevään 2011 hyvinvointihaastattelulla liian pitkä aikaväli, koska teimme haastattelut marraskuun lopussa 2011. Hyvinvointihaastattelun ja meidän tekemämme haastattelun välillä oli kulunut aikaa yli puoli vuotta. Lisäksi haastateltavia olisi ollut hyvä olla jonkin verran enemmän, jotta tutkimustuloksiin olisi saatu enemmän näkökulmia.

7.2 Opinnäytetyömme eettisyys

Opinnäytetyön tekemisen vaiheisiin liittyy lukuisia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkimuksen tekijän on huomioitava. Ensimmäinen eettinen ratkaisu on opinnäytetyön aiheen valinta. Kun tutkija valitsee tutkimusaineensa, hän joutuu miettimään, miksi tutkimus tehdään ja kenen ehdoilla se tapahtuu. Valitsimme opinnäytetyömme KeSTO-hankkeen valmiiksi ehdotetusta opinnäytetyön aiheesta. Koimme mielenkiintoisena aiheena tutkia ikäihmisten kokemuksia opiskelijoiden tekemistä hyvinvointihaastatteluista.

Opinnäytetyön lähtökohtana on, että ihmisarvoa tulee kunnioittaa. Tutkimuskohteena olevien henkilöiden itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa siten, että heillä on itsellään oikeus päättää tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on tuotava selville mitä tutkimukseen osallistumisesta seuraa ja varmistettava, että hän ymmärtää asian. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Opinnäytetyömme tutkimusluvan saimme Rovaniemen kaupungin terveystalokeskuksen palvelupäälliköltä. Haastateltavien yhteystiedot saimme Rovaniemen kaupungin kotihoidon terveydenhoitajalta, joka on ollut mukana KeSTO-hankkeessa toteuttamassa ja kehittämässä ennakkoivia kotikäyntejä. Haastateltavat on valittu satunnaisotannalla ja heille on etukäteen lähetetty saatekirje (Liite 1), jossa on kerrottu tutkimuksen tarkoitus ja korostettu haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Myös haastattelun nauhoittamisesta kerrottiin etukäteen saatekirjeessä. Tutkimuksen aineisto on hankittu teemahaastattelulla.

Opinnäytetyötä tehtäessä on pyrittävä rehellisyyteen. Toisen kirjoittamaa tekstiä lainattaessa on lähdemerkinnät osoitettava tarkasti. Tutkimustuloksia ei saa yleistää perusteettomasti eikä sepitellä. Opinnäytetyön vaiheet on kerrottava totuudenmukaisesti. Olemme merkinneet opinnäytetyössämme käyttämämme lähteet lainatun tekstin yhteyteen ja pyrkineet käyttämään luotettavia lähteitä työssämme. Työmme vaiheet olemme pyrkineet kertomaan totuudenmukaisesti.

7.3 Opinnäytetyömme luotettavuus

Kun arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, ei siinä ole olemassa selviä yksiselitteisiä ohjeita. Kuitenkin tiettyjä asioita on hyvä pohtia ja miettiä. On hyvä pohtia tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, omia sitoumuksia tutkimuksen tutkijana, aineiston keruuta, tutkimuksen tiedonantajia, tutkija-tiedonantaja suhdetta, tutkimuksen kestoa, aineiston analyysia sekä tutkimuksen luotettavuutta ja raportointia. Edellä mainitut asiat on hyvä löytyä raportista, sillä tutkijan täytyy antaa riittävästi tietoa lukijoille tutkimuksen tekemisestä. (Tuomi–Sarajärvi, 2002, 135–138.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttavat haastatteluteemat. Luotettavuus vähenee, jos teemat ovat liian suppeita sekä jos ne ovat liian väljät. (Paunonen–

Vehviläinen-Julkunen 1998, 217.) Olemme liittäneet teemahaastattelurunkomme opinnäytetyön loppuun (Liite 2). Sisällytimme teemojemme alle kysymykset, joihin mietimme tarkentavia lisäkysymyksiä koehaastattelujen perusteella.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tutkijan yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 26, 232). Olemme pyrkineet mahdollisimman yksityiskohtaiseen kuvaukseen kaikissa tutkimuksemme vaiheissa. Haastatteluiden tekemiseen varasimme riittävästi aikaa ja minimoimme mahdolliset häiriötekijät. Litterointivaiheessa kuuntelimme haastattelut useampaan kertaan virhetulkintojen minimoimiseksi. Tulosten tutkimusselosteita olemme rikastuttaneet suorilla haastatteluotteilla, jotta lukijan olisi helpompi ymmärtää tulkintoja. Analysointivaihe vaatii taitoa asioiden yksinkertaistamiseen ja lajittelemiseen, eikä sitä ei tule tehdä liikaa, jotta asian ydin säilyy samana. Lisäksi täytyy varoa lisäämästä, poistamasta ja muokkaamasta aineistosta mitään pois.

Tämän tutkimustyön tekemisen aloitimme heinäkuussa 2011. Koemme, että meillä on ollut riittävästi aikaa varattuna aineiston keruuta ja tutkimuksen tekoa varten. Olemme mielestämme saaneet vastauksen tutkimuskysymykseemme. Tutkimuskysymyksemme oli: ”Minkälaisia kokemuksia ikäihmisillä on opiskelijan tekemästä hyvinvointihaastattelusta?”. Ikäihmiset olivat ottaneet mielellään hyvinvointialan opiskelijat vastaan eikä heidän vastauksiinsa ollut vaikuttanut se, että haastattelijana oli ollut opiskelija. Halusimme syventää tutkimuskysymystä etsimällä vastauksia siihen, miten tarpeellisena ikäihmiset kokivat hyvinvointihaastattelun ja minkälaista tukea he saivat hyvinvointihaastattelusta kotona selviytymiseen. Haastateltavat kokivat hyvinvointihaastattelut tarpeellisena, vaikka heillä olivat asiat pääasiassa hyvin eikä isompia palvelutarpeita ollut noussut esille. Jatkotarpeena haastateltavat kokivat lähinnä säännöllisin väliajoin toteutettavan seurannan, koska se lisäisi turvallisuuden tunnetta.

Kattavaan materiaalipakettiin haastateltavat olivat olleet tyytyväisiä ja materiaalipaketit olivat kaikilla tallessa. Tosin materiaaleihin ei välttämättä oltu kuitenkaan paneuduttu eikä niitä osattu käyttää. Mietimmekin, olisiko hyvinvoin-

tihaastattelun yhteydessä hyvä jatkossa käydä lävitse myös materiaalipaketin sisältö yhdessä ikäihmisen kanssa. Tämä voisi myös madaltaa ikäihmisen kynnystä lähteä jatkossa hakemaan tarvitsemiansa tukipalveluita.

LÄHTEET

- Aaltola, J. – Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Backman, K – Paasivaara, L. – Voutilainen, P. – Isola, A. 2002. Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmistien hoidossa –gerontologisen hoitotyön haaste. – Teoksessa Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun (toim. P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava ja H. Finne-Soveri), 70–76. Helsinki: Stakes.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Elo, S. 2006. A theory of an environment supporting the well-being of home-dwelling elderly. *International Journal of circumpolar health* 65:5, 461–462. Osoitteessa http://ijch.fi/issues/655/655_Elo_abstract.pdf. 21.1.2012.
- Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö (toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen), 94–95. Porvoo: WSOY.
- Elo, S. - Isola, A. 2008. Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. *Hoitotiede* 20 (4), 215–226.
- Heikkinen, E – Marin, M. 2003. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Häkkinen, H. – Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kankkunen, P. – Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro.
- Kettunen, T. – Ihalainen, J. – Heikkinen, H. 2003. Monimuotoinen sosiaaliturva. Juva: WSOY.
- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 31–2.

- Lähdesmäki, L. – Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Niskala, A. 2011. Yhdessä tehden – Ennakoivat kotikäynnit oppimisen lähteenä. – Teoksessa Lappilaisia voimavaroja yhdistämällä hyvinvointia ja oppimista KeSTO-hanke 2008-2011 (toim. S. Saranki-Rantakokko, R. Seppänen ja M. Turulin), 71–78. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C nro 29. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Paavola, P. – Romakkaniemi, T. – Lohtander, J. 2011. Mitä kuuluu kasiykkymppinen rovaniemeläinen? Haastattelujen tuloksia ja pohdintaa kuntatoimijan näkökulmasta. – Teoksessa Lappilaisia voimavaroja yhdistämällä hyvinvointia ja oppimista KeSTO-hanke 2008-2011 (toim. S. Saranki-Rantakokko, R. Seppänen ja M. Turulin), 79–87. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C nro 29. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Paunonen, M. – Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulu: Oulun yliopisto.
- Roine, K – Tarkka, M-T. – Kaunonen, M. 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusien kotona selviytyminen. Hoitotiede 6/-00. 312–321.
- Rovaniemen kaupunginvaltuusto 2008. Rovaniemen ikäohjelma vuoteen 2020 – Ikäpoliittinen strategia. Osoitteessa <http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=d739894b-3401-48d5-891b-14f9f088a4f4>. 21.1.2012.
- Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2010. Tutkimus ja kehitystyön strategia 2015. Osoitteessa <http://vanha.ramk.fi/?deptid=783>. 16.1.2012.
- Ruusuvuori, J. – Nikander, P. – Hyvärinen, M. (toim.). 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, J. – Tiittula, L. (toim.). 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Saranki-Rantakokko, S. – Lohtander, J. 2011. Ennakoivien kotikäyntien kehittäminen Rovaniemellä. – Teoksessa Lappilaisia voimavaroja yhdistämällä hyvinvointia ja oppimista KeSTO-hanke 2008-2011 (toim. S. Saranki-Rantakokko, R. Seppänen ja M. Turulin), 68–70. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C nro 29. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.

- Saranki-Rantakokko, S. – Seppänen, R. 2011. Lappilaisen hyvinvoinnin ja terveyden palveluosaamisen kehittämismalli. – Teoksessa Lappilaisia voimavaroja yhdistämällä hyvinvointia ja oppimista KeSTO-hanke 2008-2011 (toim. S. Saranki-Rantakokko, R. Seppänen ja M. Turulin), 139–151. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C nro 29. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Saranki-Rantakokko, S. – Turulin, M. 2011. Kansalaislähtöisen ja teknologiatuetun sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osaamisen (KeSTO) -hanke. – Teoksessa Lappilaisia voimavaroja yhdistämällä hyvinvointia ja oppimista KeSTO-hanke 2008-2011 (toim. S. Saranki-Rantakokko, R. Seppänen ja M. Turulin), 11–21. Rovaniemen ammattikorkeakoulun julkaisusarja C nro 29. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Seppänen, M – Heinola, R. – Andersson, S. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Osoitteessa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352>. 16.1.2012.
- Sonkin, L. – Petäjäkoski-Hult, T. – Rönkä, K. – Södergård, H. 1999. Seniori 2000 Ikääntyvä Suomi uudelle vuosituhannele. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf. 24.9.2011.
- Tilastokeskus 2012. Suomi lukuina: väestö. Osoitteessa http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoennuste. 5.2.2012.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Tutkimus ja kehittäminen. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit. 4.10.2011.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vallejo Medina, A. – Vehviläinen, S. – Haukka, U-M. – Pyykkö, V. – Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.

LIITTEET

Saatekirje ikäihmiselle	Liite 1
Teemahaastattelurunko	Liite 2
Hyvinvointihaastattelut 80-vuotta täyttävälle 2011 -haastattelulomake	Liite 3

Saatekirje ikäihmiselle

Liite 1

Hei!

Olemme Rovaniemen ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja(AMK) – aikuisopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta ”Ikäihmisten kokemuksia hyvinvointihaastatteluista Rovaniemellä”.

Rovaniemen ammattikorkeakoulun opiskelijat ovat tehneet opettajien ohjauksena Teille hyvinvointihaastattelun viime keväänä. Tulisimme mielellämme haastattelemaan Teitä kokemuksistanne tästä hyvinvointihaastattelusta. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, miten hyvinvointihaastattelut on koettu opiskelijan toteuttamana.

Rovaniemen kaupungin vanhustyön johtaja on antanut meille luvan opinnäytetyön ja haastatteluiden tekemiseen. Yhteystietonne olemme saaneet Rovaniemen kaupungin kotihoidolta. Käsittelemme Teiltä saamamme tiedot nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti, aineiston hävitämme heti opinnäytetyömme valmistuttua.

Teidän osallistumisenne haastatteluun on vapaaehtoista. Haastattelua varten olisi hyvä varata aikaa noin tunti. Teemme haastattelun Teille parhaiten sopivana ajankohtana ja mieluiten kotonanne. Teidän luvallanne nauhoitamme haastattelun, mutta Teillä on myös oikeus kieltäytyä haastattelun nauhoittamisesta.

Olemme yhteyksissä Teihin lähiaikana puhelimitse sopiaksemme haastatteluajasta tarkemmin. Tarvittaessa saatte lisätietoja alla olevista numeroistamme.

Yhteistyöterveisin

Satu Alatalo
p. 044 5160273

Hannele Kivelä
p. 050 35 52 114

Haastattelukysymykset opinnäytetyöhön "IKÄIHMISTEN KOKEMUKSIA HYVINVOINTIHAASTATTELUISTA ROVANIEMELLÄ"

Teema-alueet:

Kokemus

1. Onko terveydentilassanne tapahtunut muutoksia keväisen hyvinvointihaastattelun jälkeen? Minkälaisia muutoksia?
2. Millaiseksi koitte hyvinvointihaastattelun?
3. Miltä Teistä tuntui olla opiskelijan haastateltavana?
4. Millainen oli kokemuksenne vuorovaikutustilanteesta opiskelijan kanssa?
5. Millaiseksi koitte ilmapiirin hyvinvointihaastattelun aikana?

Tarve

1. Mikä mielestänne olisi oikea ikä hyvinvointihaastattelulle?
2. Olisiko hyvinvointihaastattelu tarpeen tehdä myöhemmin uudelleen? Perustelut vastaukselle.
3. Minkälaista palvelun tarvetta nousi esille hyvinvointihaastattelussa?

4. Minkälaisiin asioihin hyvinvointihaastattelussa mielestänne huomio kiinnittyi?

Jatkuvuus

1. Minkälaista tarvetta tai toivetta Teillä nousi esiin jatkokäynnille?
2. Minkälaista tukea saitte hyvinvointihaastattelusta kotona selviytymiselle?
3. Minkälaisista asioista tai palveluista olisitte kaivanneet enemmän tietoa hyvinvointihaastattelun yhteydessä?
4. Tiedättekö mihin ottaa yhteyttä, jos tarvitsette kotiinne palveluita?
5. Millaiset odotukset Teillä oli terveydenhoitajan tekemälle jatkokäynnille? Millä tavalla odotuksenne toteutuivat / eivät toteutuneet?
6. Mitä asioita teillä jäi kysymättä tai sanomatta hyvinvointihaastattelukäynnillä

HYVINVOINTIHAASTATTELUT 80-VUOTTA TÄYTTÄVILLE 2011

Haastattelun tehneiden opiskelijoiden nimet *

Haastattelun henkilön esitiedot: Nimi, sukupuoli, syntymävuosi ja osoite *

A. ASUMINEN

1. Miten asutte? *

- Yksin
- Puolison kanssa
- Jonkun muun kanssa, kenen? |

2. Missä asutte? *

- Omakoti- tai maalaistalo
- Rivitalo
- Kerrostalo, hissillinen
- Kerrostalo, hissitön, asuinkerros

3. Liittyykö portaiden käyttöön ongelmia? *

- Ei
- Kyllä, minkälaisia? |

4. Onko asunnossanne sisällä mukavuudet? *

	Ei	Kyllä
Sähkö *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vesijohto sisälle *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WC *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suihku *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauna *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Onko asunnossanne toimiva palovaroin? *

- Kyllä
- Ei

- En
- Kyllä. Ketä hoidatte?

8. Lähietäisyydellä (alle 1 km) olevat palvelut? *

- Kauppa
- Pankki/pankkiautomaatti
- Apteekki
- Julkinen liikenne
- Palvelulinja, kyläkytyt tms. _____
- Taloudessa oma auto, kuka ajaa
- Ei palveluja

B. HYVINVOINTI JA TOIMINTAKYKY

9. Millainen on mielestänne oma terveydentila? *

- Erittäin hyvä
- Melko hyvä
- Tyydyttävä
- Melko huono
- Huono

10. Kuinka koette terveydentilanne nyt edellisvuoteen verrattuna? *

- Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten
- Jokseenkin samanlainen
- Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten

11. Millainen on mielestänne oma liikuntakykynne? *

- Erittäin hyvä
- Melko hyvä
- Tyydyttävä
- Melko huono
- Huono

12. Liikuntaharrastukset? *

	Viikottain	Kuukausittain	Harvemmin
Kävely/sauvakävely *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polkupyöräily *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuntosali, -pyörä *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jumppa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiihto *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uinti, vesivoimistelu *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanssi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muuta, mitä?

13. Muut harrastukset? *

	Viikottain	Kuukausittain	Harvemmin
Ryhmätoiminta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kesämökkeily *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulttuuri *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luontoharrastus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matkailu *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maa- ja metsätöyt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muuta, mitä?

14. Onko liikkumisenne? *

- Normaalia
- Rajoittunutta, miten _____
- En pysty kävelemään

15. Onko tasapainonne? *

- Hyvä
- Horjuva
- Muuta, mitä? _____

16. Selviydyttekö seuraavista tilanteista, miten? *

	Itsenäisesti	Tuettuna	En
Tuolilta tai sängystä ylös *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkumisesta asunnossa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kylvystä tai suihkusta *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portaat ylös *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulos asunnostanne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkumisesta ulkona *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Miten tavallisesti kuljette asioidessanne kodin ulkopuolella? *

- Kävelen
- Pyörällä
- Itse ajaen autoa
- Omaisten/ystävien kyydillä
- Taksilla
- Julkisilla kulkuneuvoilla
- Muuten miten?

18. Mitä apuvälineitä käytätte? *

- Kävelykeppi
- Rollaattori
- Pyörätuoli
- Turvapuuhelin, ranneke
- Näön apuvälineet
- Kuulon apuvälineet
- Tukitangot ja kalteet

19. Pysyvät sairaudet, vammat tai niihin liittyvä lääkitys? *

	Ei	Kyllä
Sydänsairaus\verenpaine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reuma, nivelkivut, keinooniveliiä, kulumia *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolesteroli *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma, allergia *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CA, syöpä *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kilpirauhanen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virts- ja eturauhasvalvoja *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielialaongelmia *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkinson *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporoosi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Säännöllinen lääkitys *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Kuinka kauan aikaa on edellisestä lääkärikäynnistä? *

- Alle vuosi
 1-3 vuotta
 yli 3 vuotta

21. Käyttekö pääsääntöisesti terveyskeskuslääkärillä vai yksityisellä lääkärillä? *

- Terveyskeskus Yksityinen

22. Onko teillä tarvetta hammashoittoon? *

- Kyllä Ei

23. Näkö? *

- Hyvä
 Heikentynyt
 Huono

24. Kuulo? *

- Hyvä
 Heikentynyt
 Huono
 Kuulokoje käytössä

25. Käyttekö säännöllisesti? *

- Terveystenhoitajalla
 Jalkojenhoitajalla
 muualla, missä? _____

26. Kuinka usein tunnette itsenne? *

	Usein	Joskus	Harvoin	Ei koskaan
Tyytyväiseksi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virkeäksi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Väsyneeksi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksinäiseksi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelokkaaksi *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Univaikeuksia *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Pelkättekö turvallisuutenne puolesta kotona tai sen ulkopuolella? *

- En Kyllä, missä tilanteessa?

28. Minkälaiseksi koette oman muistinne? *

- Normaali
 Alentunut
 Muistamaton

29. Ravitsemus? *

	Ei	Kyllä
Säännöllinen ruokailu *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämmin ateria päivittäin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monipuolinen ruoka *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D-vitamiini käytössä *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Kuinka usein käytätte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? *

- Ei koskaan
 1 krt/kk tai harvemmin
 2-4 krt/kk
 2-3 krt/vk
 4 krt/vko tai useammin

Kuinka monta alkoholiannosta kerralla? *

- Vähemmän kuin yksi annos
 1 annos
 2 annosta
 3 annosta tai enemmän

31. Tupakoitteko? *

- En
 Kyllä, montako tupakkaa/vrk?

32. Kuinka usein olette yhteydessä? *

	Viikottain	Kuukausittain	Harvemmin
Lapset *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sisarukset/muut sukulaiset *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ystävät/naapurit *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä? *

	En	Kyllä
Lankapuhelin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matkapuhelin *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietokone *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos käytätte tietokonetta niin mihin?

	En	Kyllä
Pankkiasiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sähköposti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjoittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

34. Henkilökohtaiset toimet? *

	Selviytyy itse	Puoliso	Omainen	Muu
Peseytyminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pukeutuminen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WC-käynnit *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Arjen toimintoja? *

	Selviytyy itse	Puoliso	Omainen	Muu
Kaupassa käynti *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aterian valmistus *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoito *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silvous *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaatehuolto *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kodin pienet korjaukset ja ulkotyöt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raha-asioiden hoito (laskujen maksu) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Riittävätkö tulonne elämiseen, kun otatte huomioon tulot, menot ja tuet? *

- Hyvin
 Kohtalaisesti
 Huonosti

37. Tunnetteko tarvitsevanne lisäopetusta tai ohjausta ikäihmisille suunnatuissa palveluissa, mitä? *

38. Haluaisitteko, että teille tehdään tulevan kevään aikana kotikäynti kotihoidosta? *

39. Muut haastattelussa esille tulleet asiat ja toiveet? *
