



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveyden edistäminen espoolaisten ikääntyneiden voimavarana

Rokala Anja

2012 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea

Terveyden edistäminen espoolaisten ikäntyneiden voimavarana

Anja Rokala
Terveyden edistäminen
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2012

Laurea Tikkurila

Terveyden edistämisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Alueellinen kehittäminen ja johtaminen

Anja Rokala

Terveyden edistäminen espoolaisten ikääntyneiden voimavarana

Vuosi	2012	Sivumäärä	75 (liitteet 4)
-------	------	-----------	-----------------

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotona asuvien yli 65-vuotiaiden espoolaisten ikääntyneiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä terveyttä edistävät palvelut espoolaisten yli 65-vuotiaiden ehdotusten mukaan edistävät terveyttä. Opinnäytetyön teoreettisena viitekehysenä on voimaannuttavan vanhenemisen käsitys sekä Espoon ikääntymispoliittinen ohjelman 2009- 2015 Täyttä elämää ikääntyneenä omaehtoisen ikääntymisen ja voimavarakeskeisen vanhenemisen vanhuskäsitys.

Tutkimuskysymyksiä oli neljä: mitkä tekijät espoolaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan edistävät terveyttä, mitkä tekijät motivoivat edistämään terveyttä, miten terveyden edistämistä tuetaan sekä mitkä terveyttä edistävät palvelut ikääntyneiden espoolaisten ehdotusten mukaan edistävät terveyttä. Haastateltavat kerättiin eräältä espoolaiselta terveysasemalta. Haastatteluun osallistui yhdeksän yli 65-vuotiasta espoolaista ikääntynyttä jotka eivät olleet kotihoidon asiakkaita. Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Aineisto analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysimenetelmää.

Opinnäytetyön keskeisiä tuloksia tarkasteltiin teoreettisen viitekehysten voimaannuttavan ja voimavarakeskeisen vanhenemisen lähtökohdista. Ikääntyneiden espoolaisten näkemykset terveyden edistämisestä painottuivat terveellisten elintapojen noudattamiseen, aktiiviseen toimintaan, sosiaalisten suhteiden tärkeyteen, hyvän olon kokemuksiin sekä tiedon saamiseen terveydestä.

Terveyden edistämisen motivoiviksi tekijöiksi ikääntyneet espoolaiset kuvasivat kotona asumisen tärkeyden, toimintakyvyn säilymisen, elämänhalun, sosiaaliset suhteet, joista tärkeimpinä lasten sekä lastenlasten elämän seuraaminen sekä terveysaiheisen tiedon saaminen, jota voidaan soveltaa omaan tilanteeseen sopivaksi. Espoolaisten ikääntyneiden mukaan terveyden edistämistä tukevat sosiaaliset suhteet, terveellinen ympäristö, terveyden huollon palvelut joista tärkein lääkärin vastaanotto sekä muut palvelut kuten Espoon liikuntatoimen järjestämät liikuntapalvelut.

Espoolaiset ikääntyneet ehdottivat terveytensä edistämiseksi sujuvia palveluja kuten lääkärille pääsyn vaivattomuutta, ikääntyneiden asioihin perehtynyttä asiantuntijaa ja koordinoivaa hoitoa ehdotettiin. Kotiin tuoduista tukipalveluista mainittiin kotihoito, siivousapu, nettituki. Lisäksi ikääntyneiden terveyden edistämisen ehdotukset liittyivät talouden turvaamiseen kuten eläkkeiden nostamiseen, yhteisöllisyyden säilymiseen, tiedon saamiseen terveydestä. Omaan vastuuta terveytensä edistämisestä pidettiin tärkeänä eikä sitä oletettukaan yhteiskunnan vastaavan yksin.

Opinnäytetyön tuloksista tehtiin ikääntyneiden terveyden edistämisestä toimintamalli. Toimintamallin keskeinen henkilö on ikääntynyt omine päätöksineen ja valintoineen. Ikääntyneiden palveluja suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon ikääntyneen motivaatio, terveys ja toimintakyky, elintavat, elinympäristö, sosiaaliset suhteet ja tiedon saaminen asiantuntijalta sekä sellaisen terveysaiheisen tiedon saamisen, jonka voi ikääntynyt soveltaa omaan tilanteeseen sopivasti.

Avainsanat: ikääntynyt, terveys, terveyden edistäminen, terveyspalvelut

Laurea Tikkurila
Master´s degree in Health Promotion
Regional Development and Management

Anja Rokala

Health promotion as asset of elderly persons in Espoo

Year

2012

Pages 75 (attachments 4)

The purpose of this Master´s thesis was to describe the opinions of the senior persons over 65 years old in Espoo living at home. A further aim was to produce information about which health promotion services promote the health according to the suggestions of the persons over 65 years old in Espoo. The theoretical frame of reference of this thesis is the concept of empowering ageing and the elderly people´s conception of uncompelled ageing and of resource centered ageing in the Espoo ageing policy 2009-2015 "Full life as an elderly person". There were four questions in the study: What are the factors promoting the health according to the opinions of the persons in Espoo over 65 years, what factors motivate to promote health, how is health promotion supported and what health promoting services, according to the suggestions of the elderly persons, promote health. The persons to be interviewed were chosen in one of the health centers in Espoo. Nine elderly persons over 65 years old were interviewed. They were not clients of home care services. The method of data collection in this thesis was thematic interview. In the analysis of the data, the method of contents analysis was used.

The essential results of the thesis were considered based on the theoretical frame of reference of the empowering and resource centered ageing. The opinions of the elderly persons in Espoo about health promotion were emphasized in following a healthy life style, active behavior, importance of social relations, encounters with good feelings, and getting health information.

The factors motivating health were described by the elderly persons in Espoo to be; the importance of living at home, keeping working ability, zest for life, social relations - especially connected to follow-up of the life of the children and grandchildren, and getting health related information that can be applied to own situation. According to the elderly in Espoo, health promotion is supported by social relations, healthy environment, health care services - especially medical doctor examinations, and other services such as the exercise services arranged by the Sports and Exercise Service of the city of Espoo. To promote their health, the elderly in Espoo proposed; fluent services such as effortless physician appointments, specialists familiar with the affairs of aged persons; and coordinating care was suggested. Home care services, cleaning help and an internet help desk person were mentioned from the supporting services brought home. Additionally, the elderly persons' suggestions about health promotion were connected to securing finances, such as increased pensions, lasting communal relations, getting information about health. One´s own responsibility in health promotion was considered important, and there were no expectations that the society would be alone responsible for it.

Using the results of this thesis, an operations model to promote the health of elderly people was made. The central person of the model is the aged person with his/her own decisions and choices. When planning the services for elderly persons, it is important to observe the motivation, health and working ability, life style, living environment, social relations and information retrieval of the aged person from an expert and getting such health related information that an elderly person can easily apply to his or her own situation.

Key words: elderly, aged, health, health promotion, medical services, health services

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
3	Ikääntyneiden terveys ja terveyden edistäminen	8
3.1	Vanhenemisen ulottuvuudet	8
3.2	Ikääntyneiden terveys.....	12
3.3	Ikääntyneiden terveyden edistäminen	13
4	Terveys ja toimintakykyisyys ikääntyneiden voimavarana.....	14
4.1	Elintapojen yhteys ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyisyyteen	15
4.2	Terveellinen ympäristö ikääntyneiden voimavarana.....	19
4.3	Ikääntyneiden psyykinen toimintakyky	20
4.4	Ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky	22
5	Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut	23
6	Aineisto ja aineiston menetelmät.....	26
6.1	Aineisto	27
6.2	Aineistonkeruumenetelmät.....	28
6.3	Aineiston analysointi.....	28
7	Tulokset.....	31
7.1	Terveyttä edistävät tekijät espooalaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan....	31
7.2	Terveyden edistämisen motiivit espooalaisten ikääntyneiden mukaan.....	34
7.3	Terveyden edistämisen tukeminen espooalaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan.....	38
7.4	Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut espooalaisten ikääntyneiden ehdotuksiin perustuen.....	41
8	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	49
9	Pohdinta	51
10	Toimintamalli ikääntyneiden terveyden edistämisestä	59
	Lähteet	62
	Kuviot	68
	Taulukot	69
	Liitteet.....	70
	Liite 1. Tutkimuslupa.....	71
	Liite 2. Tiedote tutkimuksesta.....	72
	Liite 3. Teemahaastelurunko	73
	Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä tutkimuskysymys kolmen kohdalla.	75

1 Johdanto

Hyvän toimintakyvyn ja terveyden vaaliminen tulee yhä tärkeämmäksi ihmisten elässä pidempään. Terveenä ikääntymistä voidaan pitää tulevaisuuden haasteena Suomessa ja koko Euroopassa (Liimatainen 2007:37).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotona asuvien espoolaisten ikääntyneiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä terveyttä edistävät palvelut heidän ehdottaminaan edistävät espoolaisten ikääntyneiden terveyttä. Terveyden edistämistä opinnäytetyössä lähestytään ihmis- ja voimavarakeskeisen ajattelun näkökulmasta, joka on läheistä sukua käsitteelle voimaallistaminen eli empowerment. (Liimatainen, Poskiparta, Sjögren 1999: 103.) Tutkimusosiosta saatujen tietojen pohjalta on tarkoituksena luoda ikääntyneiden terveyden edistämisestä toimintamalli, jota voidaan hyödyntää ikääntyneiden palveluja ja tukimuotoja suunniteltaessa.

Eläkeikäisten yli 65- vuotta täyttäneiden lukumäärä kaksinkertaistuu vuoteen 2060 mennessä ja yli 85-vuotiaiden määrän arvioidaan nousevan nykyisestä 108 000:sta 463 000:een. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan kohoavan nykyisestä 17 prosentista vuoteen 2040 mentäessä 27 prosenttiin. (Väestöennuste 2009- 2060.) Kuolleisuus on alentunut Suomessa ja teollistuneissa maissa jo pitkään. Kuolleisuuden ennustetaan alenevan myös tulevaisuudessa. Vuonna 1945- 49 syntyneillä nyt eläkkeelle jäävillä miehillä olisi 60 ikävuoden jälkeen elinikää jäljellä 22 vuotta ja naisilla vastaavasti 27 vuotta. Voidaan siis olettaa, että vuosina 1945- 1949 syntyneistä tytöistä elää 9 prosenttia 100-vuotiaaksi ja miehistä 4 prosenttia. Oletetun kuolleisuuden laskun jatkuessa edelleen, 1975 vuoden jälkeen syntyneistä tytöistä viidennes ja pojista kymmenes elää 100-vuotiaaksi. (Myrskylä: 2010.)

Keskeisesti toimintakykyyn vaikuttavat biologiset, sosiaaliset, taloudelliset, ympäristölliset ja hoivaan liittyvät tekijät sekä useimmat sairaudet ja elintapatekijät. Sosiaali- ja terveystieteiden yhtenä keskeisempänä tavoitteena on löytää niitä keinoja, joilla mahdollistetaan ikääntyneiden asuminen kodissaan mahdollisimman pitkään. Käytännössä tämä edellyttää sellaisten tukiohjelmien rakentamista, jossa huomioidaan mahdollisimman laajasti ikääntyneiden arkea. Se ei tarkoita vaan hengissä pysymistä ja avun saantia, vaan laajemmin ikääntyneiden elämänlaatua ja kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevaa toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä. (Sulander 2009: 2291.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena ovat 65 -vuotta täyttäneet kotona asuvat espoolaiset eläkeläiset, jotka eivät käytä kotipalvelua. Espoossa ikääntyneiden määrän kasvu on nopeampaa kuin muissa suurimmissa kaupungeissa kuten Helsinki, Vantaa, Tampere, Turku ja Oulu.

Espoossa 75 vuotta täyttäneiden määrä on viiden vuoden aikana kasvanut 16,3 prosenttia ja 85- vuotta täyttäneiden 29, 7 prosenttia. (Pasila 2011.) Suurten kaupunkien kuten Espoon, Helsingin, Jyväskylän, Kouvolan, Kuopion, Lahden, Oulun, Porin, Tampereen, Turun sekä Vantaan terveydenhuollon kustannukset nousivat vuonna 2011 edellisestä vuodesta noin kolme prosenttia asukasta kohden. Ikävakioidut terveydenhuollon kustannukset vuonna 2011 Espoossa olivat 2035 euroa/asukas, jotka olivat vertailukuntien kolmanneksi pienimmät. Terveydenhuollon kustannukset sisälsivät erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, kuten avohoidon ja ympärivuorokautisen hoidon. Ikäryhmittäiset kustannukset perusterveydenhuollon (avohoidon ja ympärivuorokautinen hoito) kohdalla olivat 65- 74-vuotiailla 1526 euroa/ ikäryhmän asukasta kohden ja 75- 84-vuotiailla 6053 euroa/ ikäryhmän asukas. Vantaalla vastaavat luvut 65-74-vuotiailla perusterveydenhuollon kustannuksista olivat 1737 euroa/ ikäryhmän asukas ja 75- 84-vuotiaiden kohdalla 5791 euroa/ ikäryhmän asukas. (Mikkola, Nemlander, Tyni 2011: 56.) Vuosien 2006- 2010 välisenä aikana Espoossa ja Vantaalla avoterveydenhuollon palvelujen peittävyudessa on tapahtunut laskua suhteessa Helsinkiin, Tampereeseen, Turkuun sekä Ouluun (Pasila 2011). Pääkaupunkiseudun asuntokuntien tulotasoa koskevan karkean katsauksen mukaan ovat pääkaupunkiseudun suuret kunnat kaupunginosiensa tulotason ja tulojaon suhteen erilaisia. Vantaa erottui tulojaon suhteen muista tasaisimpana. Katsauksessa Espoo näyttäytyi varsin hyvätuloina. Toisaalta korkeatuloisimpien tulot olivat laskeneet, joka selittää osaltaan tulojaon tasa-arvoistumista vuodesta 2000 vuoteen 2005. (Rauniomaa 2008:29.) Espoon ikäpoliittisen ohjelman mukaan vuonna 2006 yli 65- vuotiaista espoolaisista asui yksin 35 prosenttia ja yli 75-vuotiaista 44 prosenttia (Espoon ikäpoliittinen ohjelma 2009:12).

Ikääntyneiden terveyden edistämisen on ajankohtainen Espoon kaupungin terveystoimelle. Terveyden edistämiseen liittyvää työtä on tarkoitus kehittää edelleen etenkin terveysasemalle kuuluvaksi toiminnaksi. Ikäihmiset käyttävät lähtökohtaisesti samoja palveluja kuin muutkin kansalaiset, mutta tarvittaessa saavat erityispalveluja Vanhusten palvelujen tulosyksiköistä. Opinnäytetyön kehyksenä on Espoon Sosiaali- ja terveystoimen Vanhusten palvelujen tulosyksikön laatima Täyttä Elämää, Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2009- 2015. Täyttä Elämää ikääntymispoliittinen ohjelman lähtökohtana ovat valtakunnalliset linjaukset, Vanhasen II hallituksen hallitusohjelma (2007) sekä Sosiaali- ja Terveysministeriön vanhusten hoidon palvelujen linjaukset vuoteen 2015 sekä Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2007), jossa painotetaan terveyden edistämistä, hyvinvoinnin merkitystä ja ehkäisevän toiminnan sekä kotona asumisen tukemista. Ikääntyneen empowerment- ajatteluun perustuva voimavara- lähtöinen vanhuuskäsitys on myös Espoon ikäpoliittisen ohjelman taustavaikuttajana. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009:15.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tutkimusosion tarkoituksena on kuvata kotona asuvien yli 65-vuotiaiden espoolaisten ikääntyneiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, mitkä terveyttä edistävät palvelut edistävät espoolaisten ikääntyneiden terveyttä heidän ehdottaminaan. Tutkimusosiosta saatujen tietojen pohjalta esitetään ikääntyneiden terveyden edistämisestä toimintamalli, jota voisi hyödyntää terveyden edistämisen palveluja suunniteltaessa ja kehittäessä Espoon kaupungilla tai myös muilla ikäihmisen palveluita tuottavilla sektoreilla. Tiedolla on myös merkitystä, miten tai millä tavoin kotona asuvia ikäihmiä voidaan tavoittaa kohdennettaessa terveyden edistämisen toimintaa ikäihmisille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät espoolaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan edistävät terveyttä?
2. Mitkä tekijät espoolaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan motivoivat edistämään terveyttä?
3. Miten terveyden edistämistä tuetaan espoolaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan?
4. Mitkä terveyttä edistävät palvelut yli 65-vuotiaiden espoolaisten ehdotusten mukaan edistävät ikääntyneiden terveyttä?

3 Ikääntyneiden terveys ja terveyden edistäminen

3.1 Vanhenemisen ulottuvuudet

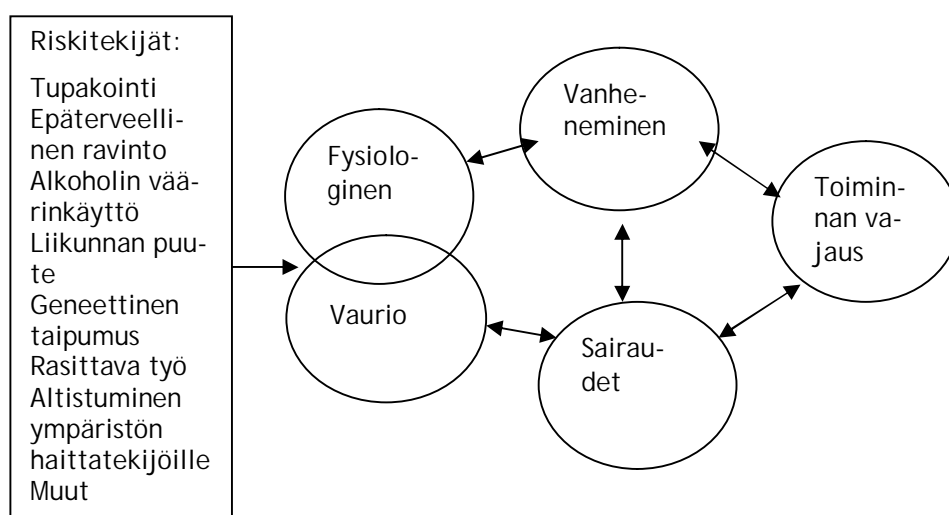
Vanheneminen ja ikääntyminen ovat monimuotoisia prosesseja, jotka voidaan katsoa alkavan jo syntymän jälkeen (Niemelä 2007: 169). Vanhenemisen käsitteissä voidaan erottaa normaali vanheneminen ja sairauksia aiheuttamiin muutoksiin liittyvä vanheneminen. Vanhenemisessä fysiologisella ja biologisella tasolla tapahtuu erinäisiä muutoksia, jotka vähentävät elimistön mm. suoritus- ja vastustuskykyä. Näitä muutoksia ovat mm. lihassmassan vähentyminen, ihon ohentuminen, keuhkojen kimmoisuuden vähentyminen, kuulon heikkeneminen, sekä aivojen kuorikerroksen neutronien vähentyminen. (Heikkinen, 2003: 319.) Vanheneminen on väistämätöntä, luonnollista ja yksilöllistä. Meistä jokainen vanhenee yksilöllisellä nopeudella. Perinnöllisillä ja ulkoisilla ympäristötekijöillä on merkitystä ikääntymiseen liittyvään rappeutumiseen. Ulkoiset tekijät voivat nopeuttaa vanhenemistä, vaikka eivät suoraan ole seurausta siitä, sillä vanhenemisen muutokset ohjautuvat ensisijaisesti sisäisesti. (Ranta 2004:12.)

Ranta on tutkinut väitöskirjassaan vanhenemismuutosten, kuten antropometrinen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn sekä kognitiivisen kyvykkyyden muutosten etenemistä 75- ja 85-ikävuosien välillä. Vanhenemiselle tyypillistä oli sen suuri vaihtelevuus yksilön kannalta

sisäisesti sekä eri yksilöiden välillä. Merkittävää tutkimuksessa oli myös se, että eri toiminnoissa havaittu muutos voi olla heikentymistä, omalla tasolla pysymistä tai jopa toimintakyvyn parantumista korkeallakin iällä. (Ranta 2004:133.) Kuitenkaan toistaiseksi ei ihmiseltä ole voitu osoittaa vanhenemista säätelevien geenien olemassaoloa. Ihmisten kuoliniän eroista voidaan vain kolmannes selittää geneettisillä tekijöillä. Elintapojen ja elinolojen erojen perusteella voidaan eniten kuitenkin selittää ikään liittyvän sairastavuuksia, väestöryhmien elin-aikaeroja sekä toimintakyvyn suuria eroja. (Heikkinen 2003:319- 320.)

Vuonna 2001 Seemanin ja Crimmins esittämän mallin mukaan sosiokulttuurinen ja fyysinen ympäristö vaikuttavat ihmisten sosiaalisiin suhteisiin, sosiaalis-taloudelliseen asemaan, psykologisiin ominaisuuksiin sekä käyttäytymiseen, jotka edelleen erilaisten biologisten reittien kautta vaikuttavat ihmisen elinajan, toimintakyvyn ja terveyden kehitykseen ikääntymisen myötä. (Heikkinen 2003:319- 320.)

Primaari vanheneminen aiheuttaa solutasolla rakenteiden ja toimintojen heikkenemistä myös terveissä henkilöissä. Sairaudet ja ympäristötekijät aiheuttavat sekundääristä vanhenemista. Nämä vanhenemiserottelut perustuvat eläinkokeista saatuihin tuloksiin. Primääriseen vanhenemisen hidastaminen pidentää maksimaalista elinaikaa, kun taas sekundääriseen vanhenemisen hidastamisen seurauksena voidaan pidentää keskimääräistä elinaikaa. Näistä käsitteiden määrittelyistä keskustellaan jatkuvasti gerontologiassa. Kuviossa yksi on esiteltyä teoreettinen malli terveyden ja toimintakyvyn keskinäisistä suhteista, vanhenemisestä sekä niiden taustalla olevista erinäisistä tekijöistä. (Heikkinen 2003:323.)



Kuvio 1. Teoreettinen malli vanhenemisen, terveyden ja toimintakyvyn keskinäisistä suhteista ja niiden taustalla olevista tekijöistä (Heikkinen 2003: 323)

Käsitettä hyvä vanheneminen käytetään gerontologisessa kirjallisuudessa. Määritelmiä hyvästä vanhenemisestä on useita, mutta merkittävien niistä on Rowen & Kahnin vuonna 1987 lanseeraama kuvaus kolmesta hyvän tai onnistuneen vanhenemisen komponenteista, joita ovat sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen, aktiivinen yhteiskuntaan osallistuminen sekä fyysisten ja kognitiivisten toimintojen ylläpitäminen. Toimintakyvyn ylläpidolla tarkoitetaan liikkumista ja muuta aktiivisuutta sekä mahdollisuuksia vaikuttaa älylliseen suoriutskykyyn. Aktiivisella osallistumisella taas tarkoitetaan ihmisten välisiä suhteita sekä produktiivista kyvykkyyttä. (Tilvis 2006: 1523.)

Vasta 2000-luvulla on alettu puhua terveeseen vanhenemisen käsitteestä. Euroopan unionin uusi ikääntyneiden terveyden edistämistä koskeva ohjelma on nimeltään healthy ageing eli terve vanheneminen. Terve vanheneminen kuvataan ohjelmassa prosessiksi, jossa korostetaan mahdollisuuksia fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. Näin halutaan mahdollistaa ikääntyneiden aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan ja riippumattomuuteen sekä hyvään elämänlaatuun. (Lyyra ym. 2007, 25.)

Ikääntymislukitteluja on erilaisia. Moniulotteista ikää voidaan tarkastella mm. kronologisena, biologisena, psykologisena, sosiaalisena, kehityksellisenä, institutionaalisenä, toiminnallisena, juridisena, subjektiivisena, persoonallisena, ruumiillisena, rituaalisena tai symbolisena. Kaikki tarkastelutavat tarjoavat uuden näkökulman ja tulkinnan. (Rantamaa 2001: 51) Sosiaalipoliittisesti vanhenemistä määritellään kronologisella eli ns. kalenteri-ikä. Suomessa kansaneläkelain mukaan vanhuuseläke alkaa 65-vuotiaana (Kela 2012). Gerontologian määritelmän mukaisesti 65- 74 -vuotiaita kuvataan "nuorina vanhuksina". Yli 75-vuotiaita ovat "varsinaisina vanhuksina", johon vanhuuden alkaminen yleensä sijoitetaan. Yli 85 - vuotiaista käytetään nimitystä "vanhat vanhukset". (Tilvis, Strandberg & Vanhanen 1997.) Vanhuusbarometrin mukaan yli 60 -vuotiaista käytetään mieluiten termiä ikääntyneet tai iäkkäät ihmiset. Myös seniorikansalain nimitys saa kannatusta. 80- vuotiaista käytetään luontevimmin sanaa vanhus. (STM Vanhuusbarometri 1999.) Vanhuuden ikäraja on varsin häilyvä ja yksilöllinen. Monet tutkijat katsovat vanhuuden alkavan noin 75- 80-vuoden iässä. (Niemelä 2007: 169.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneillä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita henkilöitä.

Ikääntymistutkimuksissa puhutaan kolmannesta ja neljännestä iästä. Kolmatta ikää elävät yleensä hyväkuntoiset 60- 79 -vuotiaat, jotka voivat iloita mahdollisuudesta toteuttaa itseään työelämästä poistumisen jälkeenkin. (Vaarama 2008: 48.) Työelämän jälkeisestä ajasta käytetään myös käsitettä tuottava ikääntyminen, jota voidaan pitää onnistuneen tai aktiivisen vanhenemisen käsitteiden jatkumona. Tuottavalla ikääntymisellä tarkoitetaan ikääntyneiden osallistumista palkkatyöhön, läheistoimintaan tai muuhun vapaaehtoistoimintaan, jossa korostuu ikääntyneiden arvokas panostus yhteiskunnan hyväksi. Sillä halutaan osoittaa, että ikääntyminen voi tarkoittaa muutakin kuin kulujen lisääntymistä. Ikääntyneiden osallistumisella on

siten myönteisiä sosiaalisia, persoonallisia ja taloudellisia vaikutuksia. (Leinonen 2007:295, 306.)

Neljännessä iässä eli noin 80 vuodesta eteenpäin, voidaan sanoa varsinaisen vanhuuden alkaneen. Korkeassa iässä olevien määrän kasvaessa tulevaisuudessa, myös sairauksien määrä lisääntyy, jolloin sairaudet alkavat todennäköisemmin lisääntymään. Tässä elämän vaiheessa sairastumisen riskien kasvaessa, riippuvaisuus toisten ihmisten avusta useimmiten lisääntyy. (Vaarama 2008: 48.)

Kronologista ikää pidetään ikään kuin ytimenä ja lähtökohtana tarkasteltaessa erilaisia ikäksityksiä. Yksilötasolla kolmatta ikää ei pidä määritellä ainoastaan kronologisen iän perusteella. Kolmatta ikää voidaan pitää sosiaalisesti ja yksilöllisesti uutena elämänvaiheena. Kolmas ikä yhdistyy läheisesti ihmisen subjektiiviseen ikään, mihin liittyvät ihmisen eksistentiaalinen kokemus itsestä, elämästä, ajan suhteellisuuden kokemuksesta, kuolemasta sekä kuoleman jälkeisestä ajattomuudesta. Kaufman (1994) tutkimuksissaan havaitsi, ettei kronologinen ikä ollut merkityksellinen 70- 90 -vuotiaisen puhuessa elämästään ja itsestään. He kertoivat pysyvänäkseenkin samanlaisena koko elämänsä ajan. Muutoksen ja pysyvyyden välinen suhde näyttääkin olevan psykogerontologisen tutkimuksen keskeisiä teemoja. Tutkimuksissa on voitu osoittaa, että ihmisen persoonallisuus, temperamentti ja tavat suhtautua asioihin muotoutuvat jo lapsuudessa ja säilyvät läpi elämän jokseenkin muuttumattomina. Sosiaalisesta iästä puhuttaessa voidaan viitata yksilöiden elämänvaiheisiin tai ryhmän sosiaaliseen asemaan yhteiskunnassa. Etenkin sosiologian käsitteissä sosiaalista ikää voidaan tarkastella myös ikänormien tai ikäroolien näkökulmasta. Sosiaaliselta iältään ihminen voi samanaikaisesti olla erilaisten asioiden suhteen monenikäinen. Jossakin asiassa voi olla elämässään vasta nuori ”aloittelija” ja jossakin toisessa asiassa kokeneempi ja siinä mielessä vanha. Olisi siis hyvä pohtia, mihin käsitykset tietyn ikäisen kyvyistä, toimintamahdollisuuksista ja taidoista perustuvat. (Rantamaa 2001: 52- 64; Jyrkämä 2001:309.)

Palomäki väitöskirjassaan on tutkinut iäkkäiden naisten kokemuksia ja suhdetta vanhenemiseen elämänkerronnan kautta. Tutkijan mukaan oman aikamme vanhuus määritellään usein vain erillisenä, rajattuna elämän lopun vaiheena, johon liittyvät oleellisena raihnaisuus ja toimintakyvyn menetykset. Usein tiede tarkastelee ihmistä vain biologisena kokonaisuutena tai sosiaalisena rakenteena, jolloin jokaisen ainutkertainen eletty elämä kokemuksineen ja tapahtumineen jää huomioimatta. Tutkimus osoitti vanhuuden myönteisyyden lisäksi, myös vanhuuden pelottavuuden. Vanhuuskuvaa ja uskallusta kiinnittyä vanhuuteen varjostivat tulevaisuuden pelko. Tutkimuksen mukaan johdatus ja usko Jumalaan toivat haastateltaville levollisuutta tulevaisuuteen. Samoin elämän jatkuvuuteen löytyi iloa lastenlapsista, ystäväistä sekä veteraanityön kautta. Tutkimus osoittaa, että ikääntyneen ääni ja eletty elämä tulisi näkyä ikääntyneiden palveluita ja interventioita suunniteltaessa. (Palomäki 2004: 13- 15.)

3.2 Ikääntyneiden terveys

Terveyttä on melko vaikeaa määritellä kovin yksiselitteisesti. Sitä voidaan tarkastella mm. yhteisön, yksilön, eri tieteenalojen, ympäristön, yhteiskuntapolitiikan ja esimerkiksi eri kulttuurien näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä terveyttä ja terveyden edistämistä tarkastellaan ikääntyneen yksilön näkemyksistä ja voimavaroista käsin.

Ikääntyneiden näkökulmasta terveys tulisi ymmärtää fyysisen ja sosiaalisen ympäristön sekä yksilön omien voimavarojen ja tavoitteiden välisenä tasapainona. Terveyttä voidaan mitata subjektiivisilla tai objektiivisilla mittareilla. Haluttaessa tarkkaa tietoa terveyttä edistävästä interventioiden vaikutuksista tai terveydentilan muutoksista, tarvitaan objektiivisiä terveysmittareita. Väestötasolla ikääntyneiden terveyttä voidaan mitata esimerkiksi elinajan odotteella. Terveyden subjektiiviset itse arviot ovat osoittautuneet paremmaksi elinajan ennustajiksi kuin objektiiviset mittarit. Terveyden itse arvioilla on katsottu olevan yhteys terveystalvelujen käyttöön, koettuun elämänlaatuun ja terveystalvelujen käyttämiseen. (Pohjolainen 2007: 36.) Lyyran ja Heikkisen (2006) tutkimuksessa iäkkäiltä, reumaa sairastavilta kysyttiin terveyden merkityksestä omalla kohdallaan. Löytyi kuusi kokemuksellisen terveyden teemaa, jota kuvattiin vapautena, vaivattomuutena, arjen sujumisena, sosiaalisena yhtenäisyytenä ja terveenä mielenä. Samanlaisia teemoja on löytynyt muistakin ikääntyneiden terveyttä käsittelevistä tutkimuksista. Sairauksistakin huolimatta, iäkkäät kokivat terveytensä sopeutumisenä ja tekemisenä sekä kokonaisvaltaisena hyvinvointina ja tasapainona, johon pyrkiessään he tekivät aktiivisia valintoja. (Lyyra ym. 2007:17- 20.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleisesti ihmisen itsenäistä suoriutumiskykyä arkipäivän askareista. Toimintakykyä voidaan tarkastella myös psyykkisenä, sosiaalisena ja fyysisenä toimintana. Fyysisen toimintakyvyyteen liittyvät tärkeimpinä aistitoiminnot ja liikkuminen. Psykkiseen toimintakyvyn indikaattoreina voidaan pitää psyykkistä hyvinvointia, selviytymiskeinoja, elämänhallintaa sekä kognitiivisista tehtävistä suoriutumista kuten muistia, oppimista ja kielellisiä taitoja. Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida sosiaalisten suhteiden pohjalta. Hyvää toimintakykyä voidaan kuvata myös hyvänä elämänlaatuna, johon liittyvät keskeisesti ruumiin ja mielen tasapaino sekä itsenäistä selviytymistä edistävä tuki ja hyödyllisyyden kokeminen. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen aktiivisuus edistävät ja lisäävät toimintakyvyn säilymistä ja kohentumista. (Kattainen 2010:195.) Uutta näkökulmaa toimintakyvyn tarkasteluun tuo sosiaaligerontologian keskustelun pohjalta Jyrkämä (2007) käsite toimijuudesta, jolla tarkoitetaan ikääntyneen toimintaa arkielämän tilanteissa. Toimijuuteen liittyy keskeisenä verbit osata, haluta, täytyä, tuntea, voida sekä kyetä. Toimijuudessa nämä ulottuvuuden ovat toisiinsa kietoutuneita ja niitä voidaan tarkastella kokonaiskuvan saamiseksi ikääntyvän käytettävissä olevista voimavaroista käsin. (Jyrkämä 2008: 197.)

3.3 Ikääntyneiden terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen geriatriassa tarkoittaa ennaltaehkäisyä, jonka tavoitteena on sairauksien ja toiminnan vajauksien ehkäiseminen, toimintakykyisten elinvuosien lisääminen, itsenäisyyden lisääminen, hoitotarpeen pienentäminen sekä ennenaikaisen kuoleman siirtäminen. (Strandberg, Tilvis 2010:425.) Terveyden edistämisen käsite on moniselitteinen ja sen lähtökohtana voidaan pitää käsitystä terveydestä (Sjögren, Poskiparta, Liimatainen 2002: 65). Oleellista on ajatus kokonaisvaltaisesta terveydestä ja toimintakyvystä, johon liittyy kiinteästi Maailman terveysjärjestön WHO:n terveyden määritelmä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnin tilasta voimavarana eikä pelkästään elämän tavoitteena tai päämääränä. (Vertio 2006:30; Lyyra ym. 2007:16.)

Ikääntyneiden omien voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen kuuluvat oleellisesti ikääntyneiden terveyden edistämiseen (Lyyra 2007: 16). Lähtökohtaisesti kaikki haluavat olla terveitä. Jokaisella on sisimmässään motivaatio edistää terveyttä, vaikka käytännössä se ei aina johda terveyttä edistävään toimintaan. Usko omiin mahdollisuuksiin hallita terveyden edellytyksiä, johtaa yleensä parempaan tulokseen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Mustajoki & Kunnamo (2009) sekä Kivistö (2007) ovat löytäneet terveyskäyttäytymiseen erilaisia muutosvaiheen malleja. Taustaoletuksena malleissa on löytää käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä ja vahvistaa niitä. Muutostoiminnan tärkein edellytys on aikomus, joka puolestaan liittyy asenteisiin, normeihin sekä tunteeseen siitä, että pystyy toteuttamaan aikomansa. Ihmisten valmius ja halukkuus muuttaa totuttuja tapoja vaihtelee suuresti. Muutoshalukkuutta voidaan kuvata esimerkiksi janana. Vasemmassa päässä ovat ne, jotka eivät ole halukkaita muutokseen ja oikeassa ne, jotka ovat onnistuneet muutoksessa. Elämäntapojen muutokset tapahtuvat vaiheittain prosessina ja etenkin silloin, kun ihminen on valmis muutokseen. (Mustajoki & Kunnamo 2009; Kivistö 2007: 3066.)

Terveyden edistämisen opetus ammattikorkeakouluissa on perustunut useimmiten WHO:n terveyttä kaikille vuoteen 2000 sekä Ottawan Charter-asiakirjaan (1986). Ottawan asiakirjassa terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tulee luoda ihmisten omia mahdollisuuksia terveytensä parantamiseen ja hallintaan. Siihen liittyvät olennaisesti myös yhteiskuntapolitiikka sekä terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi tarvittavat konkreettiset ja tehokkaat toimenpiteet. (Sjögren ym. 2002: 65.)

Voimavarakeskeinen terveyden edistäminen on läheistä sukua voimaalistamiselle (empowerment) (Liimatainen ym. 1999: 103; Vertio 2006: 30.) Empowerment voidaan suomentaa myös elämän haltuunotoksi tai tietoiseksi suuntaamiseksi, jolla tarkoitetaan sosiaalista toimintaprosessia. (Liimatainen ym. 1999: 103; Salmela, Matilainen 2007: 218) Voimaalistamisen prosessi voidaan nähdä psykologisena, sosiaalisena, poliittisena tai kulttuurisena yksilön tai ryh-

män välisenä keinona ilmaista ja vaikuttaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon, jolloin edistetään ihmisen omaa elämäntapaa omassa elinympäristössään. (Savola & Kosinen -Ollonqvist 2005:63; Sjögren ym. 2002:65) Voimaallistamisen avulla ihminen voi vaikuttaa omaan terveyteensä sekä ylipäättään elämäänsä liittyviin tekijöihin (Pirinen 2007:16).

Olen valinnut tämän opinnäytetyön teoreettiseksi viitekehyyksi ihmis- ja voimavarakeskeisen lähestymistavan, johon pohjautuu myös Espoon ikäpoliittinen ohjelma. Espoon ikäpoliittisen ohjelman lähtökohtana on empowerment- ajatteluun perustuva voimaannuttavan vanhenemisen malli, jossa ikääntynyt on läheisineen. Sillä tarkoitetaan sitä, että ikääntynyt tunnistaa jäljellä olevia voimavaroja (fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset) ja pyrkii niitä hyödyntämään omaksi parhaakseen. Espoon ikäpoliittisessa ohjelmassa korostetaan omaehtoista ikääntymistä, jolla tarkoitetaan ikäihmisen oman päätöksenteon tärkeyttä omaan elämäänsä liittyvissä asioissa ja valinnoissa. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009: 21.)

4 Terveys ja toimintakykyisyys ikääntyneiden voimavarana

Ikääntyneiden terveyden ja toimintakykyisyyden kokemuksia on tutkittu useista eri näkökulmista. Lehtosen (2008) pro gradu-tutkielmaan oli teemahaastateltu kahdentoista yli 65-vuotiaan kuopiolaisen kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Tutkielman mukaan lukuisat tekijät vaikuttivat ikääntyneiden terveyteen edistävästi tai sitä heikentävästi. Elämäntapatekijät, taloudellinen tilanne, oman terveyden hoitaminen ja sosiaaliset suhteet sekä oma asennoituminen elämään vaikuttivat erityisesti ikääntyneiden terveyden kokemuksiin. Terveyttä edistävän toiminnan haastateltavat näkivät yksilöllisellä, yhteisöllisellä sekä yhteiskunnallisella tasolla eikä terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kuten sattumaan, ikään, perimään tai ympäristötekijöihin voitu heidän mukaansa vaikuttaa terveyttä tukevilla toimilla. (Lehtonen 2008: 54- 82.)

Vuonna 1999 tarkastetussa väitöskirjassaan Rissanen on selvittänyt vanhenevien Pudasjärveläisten koettua terveyttä, toimintakykyään, selviytymistä kotona sekä heidän tarvettaan terveyspalveluiden käyttöön. Ryhmän haastateltaville terveyden kokemukseen liittyi hyvä olo, joka näyttäytyi arkielämän sujumisena ja hyvinä sosiaalisina suhteina. Yli 75-vuotiaat haastateltavat arvioivat tutkimuksessa selviytyvänsä itsenäisesti päivittäisistä toimista ja he kokivat toimintakykynsä enemmän hyväksi kuin tyydyttäväksi. Tutkimukseen osallistuvat käyttivät sosiaalipalveluita melko vähän. Koettu terveys vaikutti terveyspalveluiden käyttöön. (Rissanen 1999: 7.)

Valta (2008) selvitti väitöskirjassaan iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kotona rakentaen mallin, joka kuvaa suoriutumista ja siihen liittyviä tekijöitä eri näkökulmista. Tutkimuksessa haastateltiin Helsingissä ja toisessa keksikokoisessa kaupungissa asuvia iäkkäitä yli 75-

vuotiaita kotisairaanhoidon asiakkaita. Iäkkään kotona suoriutumisessa olivat keskeisiä kohtuullisen hyvät kognitiiviset toiminnot. Erilaiset vaivat tai runsas lääkkeiden käyttö eivät olleet esteenä kotona suoriutumiseen. Lisäksi sosiaalinen tuki edisti selviytymistä kotona jossain muodossa. Iäkkäiden omien kokemusten perusteella kotona suoriutumisen kokonaisuus koostui hyvästä ympäristöstä, hyvästä ja pahasta olostä sekä avun tarpeesta ja sen saannista. Iäkkäiden kokemusten mukaan kognitiiviset tekijät ja mieliala liittyvät kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen, kun taas sosiaalinen tuki auttoi välineellisissä toiminnoissa. (Valta 2008: 48-53,107.)

4.1 Elintapojen yhteys ikääntyneiden fyysiseen toimintakykyisyyteen

Terveiden kokemiseen kuuluu olennaisena fyysinen toimintakykyisyys, jolla tarkoitetaan toiminnallista kykyä selviytyä fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Olennaista on fyysisen toimintakyvyn kannalta millaisia muutoksia ikääntyessä tapahtuu ja hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimistössä sekä ennen kaikkea lihas- luukudoksessa sekä niveliissä. Ikääntyneiden fyysinen toimintakyky on parantunut viimeisten parin vuosikymmen aikana ja samalla myös elintavoissa on tapahtunut parantumista. (Sulander 2009: 2291- 2297.)

Terveellisillä elintavoilla ja terveystottumuksilla on keskeinen yhteys ikääntyneiden terveyteen, arjessa selviytymiseen ja toimintakykyisyyteen. Ikääntynyt joutuu lähes päivittäin tekemään valintoja liikkumisen, terveellisen ravinnon sekä nukkumisen suhteen. Myös alkoholin käyttö ja tupakoiminen edellyttävät henkilökohtaisia valintoja. (Pohjolainen 2007: 33.) Suomalaisen keskeiset kansanterveysairaudet kuten 2 tyypin diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, murtumat, koti- vapaa-ajan tapaturmat olisi estettävissä ja tai niiden syntyminen siirrettävissä hyvillä elämäntavoilla (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen, Aromaa 2008: 3). Erityisesti vähäinen liikunta ja tupakointi ovat merkittäviä riskitekijöitä toiminnan vajauksien syntymiselle (Sulander 2009: 2292).

Vuoden 2007 Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksessa selvitettiin 65- 84-vuotiaiden eläkeläisten toimintakykyä ja tuloksia verrattiin vastaavanlaiseen tutkimukseen joka oli toteutettu aiemmin vuosina 1993- 2003. Toimintakyvyn selvittämiseksi valittiin kolme osoitinta, jotka olivat liikkumiskyky, perustoiminnot kuten pukeutuminen sekä instrumentaalinen toiminta, kuten kotitöiden tekeminen. Päivittäistoiminnoista suoriutuminen oli kohentunut edelleen. 75-vuoden jälkeen vaikeuksia kokevien osuus kasvoi. Toimintakyvyssä oli koulutusryhmäeroja molemmissa ikäryhmissä 65-74v. ja 75v - 84v. Ne olivat merkittävät 75 v - 84v. Koulutusryhmittäiset erot olivat 2000-luvulla kaventuneet vanhemmassa ikäryhmässä. Korkeammin koulutetuilla naisilla pääkaupunkiseudulla vaikeudet olivat päivittäistoimissa kasvaneet. Miehillä olivat toimintakyvyn vajeet edelleen yleisempiä matalammin koulutetuilla. (Laitalainen, Helakorpi, Martelin, Uutela 2010: 3295- 3265.)

Liikunta ja kaikenlainen fyysinen aktiivisuus lisäävät olennaisesti ikääntyneen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Liikunnan vaikuttavuusnäytöt ovat kiistattomat. (Kiiskinen ym. 2008: 49; Pohjolainen 2007: 36- 3.) Liikunnalla voidaan olennaisesti hidastaa vanhenemisen tuomaa toimintakyvyn heikkenemistä ja liikunnan avulla voidaan lisätä myös psyykkistä (mielialan kohentuminen) ja sosiaalista toimintakykyisyyttä. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen, Heikkinen 2003: 371). Liikunnan harjoittamisella on keskeisiä suojavaikutuksia sydän- ja verisuonitautien, hengityselinten sairauksien, 2-tyyppin diabetekseen sekä aivohalvausten syntymiseen (Kiiskinen ym. 2008: 49). Liikunta parantaa lihasvoimaa ja sillä on merkitystä mm. iäkkäiden kaatumisen, osteoporoosin sekä hauraus-raihnausoireiden ehkäisemisessä. Voimaharjoittelu on tehokas ja turvallinen liikuntamuoto ikääntyvien lihasvoiman ja toimintakyvyn parantajana. Toimintakyvyn mittareina on käytetty mm. portaiden nousukykyä, maksimaalista kävelynopeutta ja tuolista nousemiseen käytettyä aikaa. Timosen & Rantasen tutkimuksen mukaan havaittiin, että voimaharjoittelusta oli hyötyä kävelynopeuteen vielä yhdeksän kuukauden jälkeenkin (Sarin 2005: 2887.) Liikunnalla voidaan ehkäistä, jopa kognitiivista heikentymistä (Strandberg ym.2010:428; Sulander2009: 2293).

Yli kolmen kilometrin suuruiset päivittäiset kävelylenkit vähensivät 71- 91-vuotiailla miehillä seurantatutkimuksessa Alzheimerin taudin ja dementian ilmaantuvuutta 40 %:lla liikunnallisesti passiivisiin henkilöihin verrattuna (Fogelholm 2006: 3110- 3111). Fyysinen liikuntakyky ja kunto ovat merkittäviä resursseja, jotka mahdollistavat sosiaalisten yhteyksien ja aktiviteettien ylläpidon kodin ulkopuolelle (Helin 2003: 346). Suomalaisten ikääntyneiden liikuntaharrastus on kansalainvälisessä vertailussa hyvällä tasolla. Liikuntaharrastus on tutkimusten mukaan lisääntynyt eläkkeelle siirtymisen alkaessa. Suosituimmat liikuntamuodot ovat kävely ja voimistelu. Liikuntaan käytetty aika ja intensiteetti vähentyvät 75- 80 ikävuoden jälkeen, jolloin myös toimintakyvyssä ja terveydessä tapahtuu heikkenemistä. Monet tekijät kuten koulutus, aikaisempi harrastus sekä hyvän terveydentilan kokemukset vaikuttavat positiivisesti aktiiviseen liikuntaharrastuksen jatkumiseen. Jyväskylässä liikuntaharrastuksiin liittyvän pitkittäistutkimuksen (Ikivireät projekti v.1988) tulosten mukaan ohjatuissa liikuntaryhmissä käymiseen motivoivat eniten terveyden ylläpitäminen ja ystävien tapaaminen sekä myös terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu neuvonta ja kehoitus liikunnan harrastamiseen. (Hirvensalo ym.2003: 372- 373.)

Hirvensalon väitöstutkimuksen mukaan liikkumiskyky ja liikkumisharrastus vaikuttivat merkittävästi avuntarpeen vähentymiseen ja kuolleisuuden alenemiseen. Liikunnallinen aktiivisuus hyödytti erityisesti sellaisia ikääntyneitä joiden toimintakyky oli heikentymässä. Tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilökunnan neuvonta auttoi ihmisiä jatkamaan tai aloittamaan liikuntaharrastuksia vielä iäkkäänäkin. Neuvontaan tulee tutkimuksen mukaan panostaa. Tutkimukseen osallistujat kertoivat saaneensa paljon liikuntaan liittyviä varoituksia, jotka sinänsä lisäsivät turvallisuutta, mutta toisaalta rajoittivat turhaan liikkumista aiheuttaen siten tur-

haan toimintakykyisyyden heikentymistä. Hirvensalon tutkimuksen mukaan liikuntaharrastus väheni kahdeksan seurantavuoden aikana, mutta toisaalta vähenemistä saatiin hidastettua liikuntatoimen, sosiaali- ja terveystoimen sekä yliopiston tutkijoiden yhteistyöllä luomalla ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiseksi uusia toimintatapoja. Näitä toimintatapoja olivat liikuntaryhmien lisääminen, kotivoimisteluun liittyvä kampanja, tiedottaminen sekä terveydenhuoltohenkilöstön kouluttaminen. (Hirvensalo 2002:75,83.) Fyysistä aktiviteettiä saadaan lisättyä henkilökohtaisten liikuntaohjeiden sekä lääkärin vastaanotolla annetun lyhytneuvonnan avulla. Liikkumisaktiivisuutta lisää helpommin sellainen liikunta kuten kävely, missä ei tarvita erityisiä välineitä tai varusteita. (Kiiskinen ym.2008: 49.)

Hyvä ravitsemustila ylläpitää ikääntyneen terveyttä ja fyysistä toimintakykyä. Sillä voidaan ehkäistä sekä hidastaa sairauksien pahenemista. (Suominen 2007: 184.) Fyysisen toimintakyvyn ja ruokailutottumusten välisiä yhteyksiä on tutkittu vähän. Tutkimusten vertailu eri maiden välillä on haasteellista kovin erilaisista tutkimusasetelmista johtuen. Suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet vuosien saatossa terveellisimmiksi. Voin käyttö leivällä ja ruuanlaitossa on vähentynyt, kun taas kasvien, marjojen ja hedelmien päivittäiskäyttö eläkeläisillä on lisääntynyt pitkällä aikavälillä. (Laitalainen ym.2010:15-16.) Tämä ilmenee mm. sydän- ja verisuonitautien vähenemisestä. Ruokavaliolla on merkitystä rasva-aineenvaihdunnan häiriöissä, sydän- ja verisuonitautien puhkeamisessa, kohonneen verenpaineen, aikuistyyppin diabeteksen sekä osteoporoosin syntymisessä. Tästä näkökulmasta ajateltuna ruokailutottumuksilla on vaikutusta yleisesti terveyteen ja siten myös fyysiseen toimintakykyyn. (Sulander 2009: 2293,2294; Kiiskinen ym. 2008: 33.)

Eläkkeelle jäädessä ylipaino on tavallista. Ikääntymisen ja sairauksien myötä ruokahalu voi heiketä. 65- 75 -vuotiaana alkaa kehon rasvattoman kudoksen osuus vähentyä. Energian tarve pienenee ikääntyessä, mutta suurimmaksi osaksi se pienenee fyysisen aktiivisuuden vähentymisestä johtuen. Aktiivisesti liikkuvalla ikääntyneellä energian kulutus pysyy lähes samalla tasolla, kuin nuoremmillakin. Ikääntynyt tarvitsee runsaasti kivennäisaineita ja vitamiineja. Ikääntyneiden D-vitamiinin saantisuositus on 20 mikrogrammaa eli 800 IU:ta vuorokaudessa. Lisäksi ikääntynyt tarvitsee myös kohtuullisen määrän proteiinia ruokavaliionsa, joka on noin 1-1,2 grammaa vuorokaudessa painokiloa kohden. (Suominen 2007: 184; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 21.)

Rasvamassan sijasta lihassmassa on yksi terveen ikääntymisen osoitin. Ylipaino heikentää ikääntyneen fyysistä toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua. Ainakin 80- ikävuoteen asti suurentuneella painoindeksillä ja vyötärön ympärysmittalla on yhteyttä huonoon terveydentilaan, heikentäen siten terveyteen liittyvää elämänlaatua. Lihavuudella on selkeitä yhteyksiä moniin sairauksiin kuten mm. virtsanpudotusvaikeuksiin, katkokävelyyn sekä polvien nivelrikoon, kohonneeseen verenpaineeseen, suurentuneisiin kolesterolipitoisuuksiin, uniapneaan

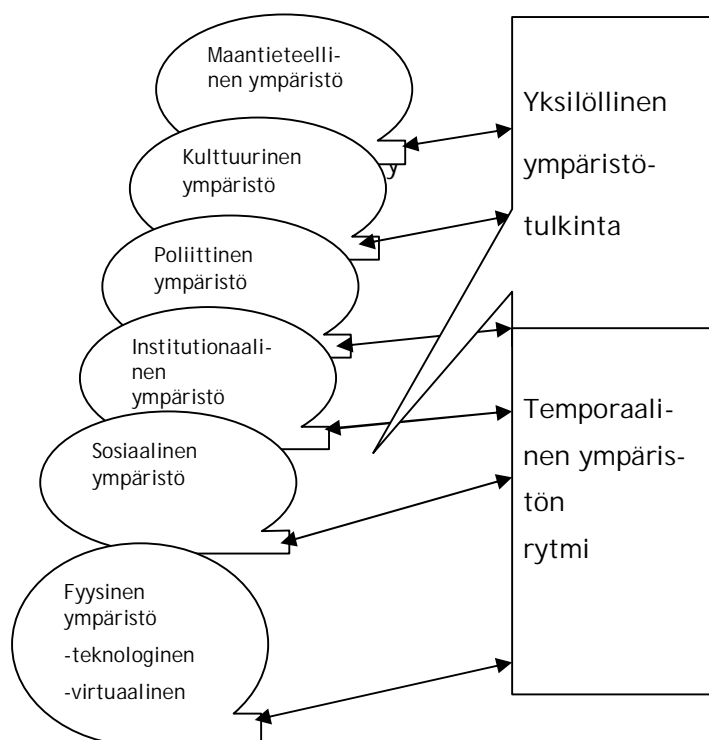
sekä kakkostyyppin diabetekseen. Lihavuudella on osoitettu olevan merkitystä mm. dementian ja Alzheimerin taudin ilmaantuvuuteen. Tutkimusten mukaan yli 70 -vuotiailla painoindeksin mukainen ylipaino ei lisää kuitenkaan kuolleisuutta. (Fogelholm 2006: 3110- 3111.) Tutkimuksissa on voitu kuitenkin osoittaa, että selkeää terveyshaittaa syntyy painoindeksin ylittäessä yli 30. (Sulander 2009: 2294.) Yli 70 -vuotiaiden laihduttamisen turvallisuudesta ja hyödyllisyydestä ei ole riittävästi tutkimusaineistoa. Lihasmassaa vähentävät useat eri tekijät ikääntyneillä ja siksi lihasmassan menetys vähentää laihduttamisen hyötyjä lisäten terveydellisiä riskejä. Ruokailutottumusten muuttaminen terveellisemmiksi ilman selkeitä laihduttamistavoitteita yhdessä liikunnan lisäämisen kanssa on iäkkäille parempi ohje kuin rankka laihdutuskuuri. (Fogelholm 2006:3110- 3111.)

Elintapoihin liittyvänä alkoholin suurkuluttajien ja kohtuukäyttäjien määrä on ikääntyneiden keskuudessa lisääntynyt. Alkoholin kulutus on kasvanut eniten 65- 74-vuotiaiden joukossa ja vastaavasti raittiiden osuus pitkällä aikavälillä on laskenut. (Sulander 2009: 2295: Laitalainen, Helakorpi, Uutela 2010: 17.) Toiminnanvauksia on raportoitu eniten alkoholin suurkuluttajilla ja alkoholia käyttämättömillä. Kohtuukäyttäjillä on todettu säilyttävän pitempään liikunniskykyä, kuin täysin raittiilla. (Sulander 2009: 2295.) Alkoholiperäisten tautien sekä tapaturmaisten alkoholimyrkytysten määrä on noussut työikäisten yleisimmäksi kuolinsyiksi. Myös yli 65 -vuotiaiden alkoholikuolemien määrä on noussut kahden vuosikymmenen aikana yli kolminkertaiseksi. (Sulander 2009: 2295.) Alkoholin käytöllä on vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn ja sen on todettu olevan syy- yhteydessä yli 60 tautiin sekä tapaturmien määrän lisääntymiseen (Kiiskinen ym. 2008: 38). Kognitiivisen kyvykkyyden ja alkoholin välisistä yhteyksistä on ristiriitaista tietoa. Se tiedetään varmasti, että voimakas alkoholin käyttö tuhoaa aivokenteita heikentäen niiden toimintaa. (Suutama & Ruoppila 2007: 125.) Kohtuullisella alkoholin käytöllä, jolla tarkoitetaan alle kahta ravintola-annosta päivässä (20 g alkoholia/ vrk) on sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus ja kuolleisuus näyttänyt olevan alhaisempi, kuin täysin raittiilla (Kiiskinen ym. 2008: 38).

Tupakoinnilla on kiistatonta vaikutusta toiminnanvauksien syntymiseen ikääntyneillä. Päivittäin tupakoi eläkeläisistä miehistä 9 % ja naisista 4 %. Päivittäin tupakoivista eläkeläisistä noin 80 % on tupakoinut yli 25 vuotta. Tupakointi on monien sairauksien kuten sydän- ja verisuonitautien, II tyypin diabeteksen, hengityselinten sairauksien kuten keuhkohtaumataudin suuri riskitekijä. Erään arvion mukaan „joka neljännessä tapauksessa aivoinfarktin aiheuttajana on tupakointi. (Kiiskinen 2009: 39.) Ikääntyneiden tupakoimattomien elämän loppuvuodet on todettu olevan terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin tupakoitsevien (Sulander 2009: 2293).

4.2 Terveellinen ympäristö ikääntyneiden voimavarana

Ympäristötekijöitä voidaan jaotella monella eri tavalla kuten fyysisesti, institutionaalisesti, sosiaalisesti, kulttuurillisesti, poliittisesti sekä maantieteellisesti. Fyysinen ympäristö yhdessä teknologian ja virtuaalisen ympäristön kanssa muodostaa ympäristön ulottuvuuksien ytimen jonka ympärille muut ulottuvuudet laajenevat. Jokainen hahmottaa omalla yksilöllisellä tavallaan ympäristöään. Ajallinen eli temporaalinen ulottuvuus vaikuttaa kaikkiin muihin ulottuvuuksiin. Esimerkiksi luonnon rytmi elää eri vuodenaikojen mukaan tai palveluorganisaation institutionaalinen rytmi rakentuu pitkälle työvuorojen ja aukioloaikojen mukaan, jolloin ympäristön rytmi näkyy ajallisesti esimerkiksi odotusaikoina. Ikääntyneen elämässä eri ympäristöulottuvuuksien yhteisvaikutukset korostuvat etenkin silloin, kun ikääntyneet saavat itsenäisyytensä säilyttämiseksi erilaisia palveluja kotona asumisen ylläpitämiseksi. Ympäristön eri ulottuvuuksia on kuvattu kuviossa kaksi. (Pikkarainen 2007: 45- 47.)



Kuvio 2 Ympäristön eri ulottuvuudet sekä ihmisen yksittäinen ja temporaalinen tulkinta eri ulottuvuuksissa (Pikkarainen 2007: 48)

Ikääntyneen kannalta kodilla ja sen lähiympäristöllä on merkitystä terveyteen ja siten myös elämänlaatuun. Ikääntymispolitiikan tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneiden asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jolloin käsitteet kodista, asunnosta, tilasta ja pai-

kasta saavat merkityksensä yksilöllisen toimintakyvyn kannalta. Kotiin sisältyy paljon muistoja, tuttuja esineitä ja tapoja, jolloin sillä voidaan vahvistaa omaa identiteettiä. Tutussa ympäristössä tietyt rutiinit ja toimintatavat sujuvat automaattisesti toimintakyvyn heiketessäkin. Lähes 90 % suomalaisista asuu itsenäisesti ilman mitään ulkopuolisia palveluita. Tulevaisuudessa yhä heikompi kutoisemmatkin ikääntyneet tulevat asumaan kodissaan erimuotoisten palveluiden avulla. (Pikkarainen 2007: 42,47- 57.)

Ikääntyneiden alaraajojen toimivuutta mittaavassa tutkimuksessa parempiosaisilla asuinalueilla asuvilla näytti olevan vähemmän toiminnanvajauksia (Sulander 2009: 2296).

Kerrostalossa ikääntyneiden suurimmat ongelmat ovat ahtaat ja toimimattomat pesu- ja saniteetitilat sekä hissittömyys. Omakotitaloissa on useita esteettömyysongelmia, joka vaativat tulevaisuudessa korjausrakentamista. Hyvin varustelluissakin kodeissa on yllättävän paljon fyysisiä esteitä kuten kynnyksiä, portaita, tukikahvojen puuttumisia wc-tiloista sekä huono valaistus. Nämä altistavat tapaturmille ja kaatumisille, vaikeuttaen itsenäistä selviytymistä kotona. Yli 80-vuotiailla ikääntyneille tuottaa herkemmin vaikeuksia kurottaminen ja kumar-taminen sekä kyykistyminen. (Pikkarainen 2007: 42,47- 57.)

4.3 Ikääntyneiden psyykinen toimintakyky

Psyykinen terveys tarkoittaa kykyä suoriutua henkistä sekä erilaisia älyllistä ponnistelua vaativista tehtävistä, johon liittyy keskeisenä kognitiiviset eli aivojen tiedolliseen käsittelyyn liittyvät toiminnot. Kognitiivisia toimintoja ovat havaintotoiminnot (aistit), oppiminen, muistaminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, päätöksenteko, ongelmanratkaisukyky, tarkkaavaisuus sekä ajan ja tilan hahmottamiskyky. Myös luovuutta ja viisautta voidaan pitää kognitiivisina toimintoina, johon tosin vaikuttavat myös muutkin tekijät, kuten piirteet persoonallisuudessa, käsitykset itsestä sekä voimavarat. (Suutama & Ruoppila 2007: 116; Pohjolainen 2007: 37.)

Kognitiivisten toimintojen muutokset ikääntyneillä ovat hyvin yksilöllisiä ja voivat olla eri ikävaiheissa suuruudeltaan hyvinkin erilaisia. Iän myötä yleensä näön ja kuulon heikkeneminen on yhteydessä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Suutama & Ruoppila 2007: 116-117.)

Älykkyyden eri lajeja tutkittaessa, ikääntyessä parhaiten säilyvät ja jopa paranevat kiteytyneet älykkyyden eli oppimiseen, kokemukseen sekä tietovarantoon liittyvät älykkyyssuoritukset. Ns. joustava älykkyyden, joka perustuu järkeilyyn sekä abstraktiin ajatteluun, lyhytkestoiseen muistiin nopeissa tilanteissa, heikentyy ikääntyessä. Älykkyydessä yksilöllisiä eroja eniten selittävät elämäntavat, kouluttautuminen sekä aktiivinen kykyjen käyttäminen. (Kuusinen 2003: 169,173.) Viisautta pidetään yleensä ikääntyneiden arvostettuna ominaisuutena, joka on perusta hyvinvoinnille ja hyvälle vanhenemiselle. Hyvään vanhenemiseen kuuluvat merkitykselli-

syyden kokeminen, sosiaalinen tuki ja tyytyväisyys suhteisiin ja elämään. Viisaus ilmenee arvostelukykyisyytenä ja neuvokkuutena elämän perusasioissa sekä epävarmuuden sietämiskykyisyytenä. (Suutama & Ruoppila 2007: 119.)

Keskushermoston toiminnan hidastuessa iän myötä myös muistitoiminnot hidastuvat. Muutokset ovat vaihtelevia. Eniten heikkenemistä aikuisuusiästä alkaen tapahtuu lyhytkestoisessa työmuistissa sekä pitkäkestoisessa muistissa. Muistin ja tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat liittyvät tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn heikkenemiseen. Elämäntapaan, motivaatioon ja terveydentilaan liittyvät tekijät vaikuttavat ikääntyneen muistitoimintaan, joko heikentävästi tai edistävästi. Hyvä kunto, liikkuminen, virkeä olo, uni, aktiivisuus, uudet kokemukset, positiivinen mieliala ja myönteinen elämänasenne sekä hyvä ravitseminen edistävät muistitoimintoja. (Suutama & Ruoppila 2007: 117- 118; Suutama 2003:177.)

Mielenterveys on mielen tasapainoa ja itsensä hallintaa, jolloin ikääntynyt kokee elämän, itsensä sekä suhteen toisiin omassa elinympäristössään hyväksi ja mielekkääksi. Mieleltään tasapainoinen henkilö jaksaa selviytyä vaikeuksien yli sekä kykenee luottamaan omiin mahdollisuuksiinsa ja kykyihinsä. Iän myötä suhtautuminen itseen, ympäröivään maailmaan ja toisiin muuttuu helpommaksi, jolloin osaa suhteuttaa asioita paremmin hyväksyen ja ymmärtäen itseä ja elämää paremmin. Mielenterveyttä voivat horjuttaa äkilliset tapahtumat tai jokin pitkäaikainen raskas elämänvaihe. Masentuneisuus eli depressiivisyys on normaali reaktio elämän ristiriitatilanteessa tai esimerkiksi läheisen ihmisen menetyksessä. Masennuksen saadessa yliotteen, alkaa se haitata elämää pysyvästi tai hallitsemattomasti, jolloin ikääntynyt tarvitsee asiantuntevaa hoitoa. Masennuksen kestoja lyhentävät luonnollisesti ongelmien ratkeaminen sekä ihmisten antama tuki. Masennus heikentää ikääntyneen keskittymiskykyä ja muistia. Depressio on vanhenevilla yksi yleisimmistä psyykkisistä ongelmista. Masennuksen tunne ikääntyneillä liittyy usein voimien vähenemiseen ja siten myös omien vaikutusmahdollisuuksiensa pienenemiseen. (Heikkinen 2007: 130- 142.)

Eläkkeelle jäädessä, yleensä taloudellinen tilanne heikkenee, jolloin huoli toimeentulosta voi osaltaan vaikuttaa mielialaa alentavasti. Ikääntynyt voi kokea ulkoisen olemuksen muuttumisen ja muutokset toimintakyvyssä myös mieltä rasittavina ja ahdistavina. Lisäksi yhteiskunnan arvojen ja käyttäytymisnormien muuttuminen saattavat lisätä syrjäytymisen ja ulkopuolisuuden kokemusta. Ikääntymisen myötä kuolema tulee herkemmin ajatuksiin, jolloin tulevaisuuden suunnitteleminenkin saattaa näiden ajatusten myötä vaikeutua.

Mielenterveyden tukeminen on tärkeä osa ikääntyvän terveyttä ja terveyden edistämistä. Yhteisöllisyydellä ja itseä kiinnostavilla harrastuksilla voidaan torjua yksinäisyyttä ja rakentaa itsetuntoa sekä mielen voimavaroja. Koulutusmahdollisuuksista huolehtiminen, turvattu talous sekä mieltä rasittavien asioiden minimoiminen ovat keskeisiä yhteiskuntapolitiikan keinoja lisätä ikääntyvien mielen hyvinvointia. (Heikkinen 2007: 130- 142.)

Norjassa toteutetussa iäkkäiden elämän laatua koskevassa tutkimuksessa (Quality of Life Model: Predictors of Quality of Life Among Sick Older Adults) selvitettiin miten masennusoireet fyysinen toimintakyky, tyytyväisyys terveydentilaan ikä ja ympäristöolosuhteet ennustavat elämänlaatua. Aineistoa kerättiin haastatteleamalla kotona asuvia apua saavia ja apua saamattomia 60-vuotiaita ja vanhempia norjalaisia. Masennusoireilla ja ympäristötekijöillä oli suoria vaikutuksia elämänlaatuun. Ympäristötekijät kuten kotiolot, talous, turvallisuus, tieto, harrastukset, terveys ja kuljetuspalvelut vaikuttivat tutkimuksen mukaan elämänlaatuun. (Halvorsud, Kirkevold, Diseth, Kalfoss 2010: 241- 255.)

4.4 Ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalista toimintakykyä on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Se on osittain päällekkäinen psyykkisen toimintakykyisyyden kanssa. Sosiaalisesti toimintakykyinen henkilö kykenee tarkoituksen mukaisella tavalla toimimaan yhteisöissä, ihmissuhteissa sekä yhteiskunnassa. Se edellyttää aina yhteisön ja yksilön välistä vuorovaikutusta. (Pohjolainen 2007: 37.) Tiikkainen (2006) väitöskirjassaan on tutkinut ikääntyneiden yksinäisyyttä. Lähes joka kolmasosa yli kahdeksankymmentävuotiaista kokee jossain määrin yksinäiseksi itsensä. Hän erottelee kaksi yksinäisyyden ulottuvuutta; emotionaalisen ja sosiaalisen yksinäisyyden. Emotionaaliseen yksinäisyyteen liittyy kielteisiä tunteita, kuten masentuneisuutta. Masentuneisuuden lisäksi yksin asuminen, leskeys, alentunut toimintakyky ja huonoksi koettu terveys määrittävät yksinäisyyden kokemusta. Sosiaalinen yksinäisyys ilmenee usein vähäisinä vuorovaikutussuhteina, kuten ystävien puutteena. Alentunut toimintakyky ja mielialaongelmat luonnollisesti vaikeuttavat yhteyksien ylläpitämistä. (Tiikkainen 2006: 1, 47- 49.) Länsimaisen kulttuurin yksi keskeinen ominaispiirre on itsenäisyyden ja riippumattomuuden ihannoiminen. Etenkin Pohjoismaissa individualismi, yksilöllisyyden arvostaminen on korostunut, joka näkyy myös ikääntyvien halukkuutena asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Tiikkainen & Lyyra 2007: 77.) Sosiaalinen tuki (social support) näyttäytyy vuorovaikutteisena prosessina, joissa tietyillä toiminnoilla ja käyttäytymisellä on myönteisiä vaikutuksia ikääntyneen kokonaisvaltaiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Sosiaalinen tuki voi olla emotionaalista eli huolehtimiseen, rakkautteen, arvostukseen ja hoivaamiseen liittyvää. Sosiaalinen tuki voi tarkoittaa välineellistä eli konkreettista apua, joka on käytännössä tarkoittaa päivittäisissä toiminnoissa auttamista, rahallista tukea tai palvelujen saamista. Sosiaalinen tuki voi olla myös neuvojen ja tiedon jakamista tai ns. arviointitukea, jolloin ikääntyneen itsenäistä päätöksentekoa halutaan vahvistaa tukemalla hänen itsearviointikykyä. (Tiikkainen & Lyyra 2007: 72.)

Terveyden edistämisen yhtenä tavoitteena on mahdollistaa ikääntyvien aktiivinen osallistuminen yhteiskunnassa täysivaltaisena jäsenenä, sekä tarjota yhteisö- ja yhteiskuntatasolla palveluita ja keinoja, jotka edistävät sosiaalista osallistumista ja kanssakäymistä ihmisten kanssa. Näitä terveyden edistämisen keinoja käytännössä ovat mm. riittävä taloudellinen tuki,

esteetön ja turvallinen ympäristö, liikkumista edistävät palvelut sekä teknologian apuna käyttäminen. Sosiaalisesti aktiivinen elämäntyyli edistää terveyttä ja on osana onnistuvaa ikääntymistä. Sosiaalisesti osallistuvan ikääntyneen itsearvostus lisääntyy ja usko omiin kykyihin sekä tunne tarpeellisuudesta lisääntyy. Sosiaalinen verkosto ikääntyneen voimavarana tukee ikääntyneen terveyttä edistävää käyttäytymistä vahvistaen osallistumisen ja yhteisöllisyyden tunnetta. Sosiaalinen verkosto muodostuu ikääntyneen perheestä, ystävistä ja yhteisöstä, jonka keskiössä ikääntynyt voi kehittää sosiaalisten taitojaan ja sosiaalista aktiivisuuttaan. (Tiikkainen & Lyyra 2007: 76- 80.)

Eläkkeelle jääminen lisää vapaa-aikaa. Monilla ikääntyneillä on jokin mielenkiinnon kohde tai harrastus. Suomalaisista 65- 74- vuotiaista 84 % kokee harrastuksen tärkeäksi lisääntyneen vapaa-ajan myötä. Haarni on tutkinut eläkeläisten kohtaamispaikkoja sosiaalisen aktiivisuuden mahdollistajana. Kohtaamispaikoissa oli erotettavissa varsinainen järjestetty toiminta ja ns. epävirallinen toiminta. Toiminnan muodollinen ydin keskittyi tekemiseen ja tapaamiseen tietyn ryhmän ja asian ympärille. Tekeminen voi olla laulamista, tanssimista, maalaamista, vertaisryhmissä keskustelua jne. Nämä tapaamisen yhteisöt tarjosivat eläkeläisille yhteenkuuluvuuden tunnetta ja monenlaista mielekästä tekemistä arjessa. Kohtaamispaikoilla on siten tärkeä yhteiskunnallinen merkitys sosiaalisen aktiivisuuden ja hyvinvoinnin tukijana. (Haarni 2010: 3- 12.)

5 Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut

Suomen hallituksen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantaminen sekä terveyserojen kaventaminen. Politiikkaohjelman tarkoituksena on huomioida ja edistää terveyden edistämisen näkökohtia kaikessa yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmissä yli hallintosektorirajojen. Ohjelmassa on myös mainittu ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Käytännössä tulevana vuosina ikääntyneiden terveyttä edistetään tuottamalla terveyttä tukevia liikuntamahdollisuuksia, ympäristöjä sekä levitetään ikääntyneiden neuvontakeskusten verkostoja. (Aarnikka, Perho & Wrede 2011: 45.) Kansallishojelma Kaste (2012- 2015) on Valtioneuvoston vahvistama sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishojelma, jonka tavoitteena on kaventaa terveyseroja luomalla asiakaslähtöisesti suunniteltavia sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteita ja palvelujärjestelmiä. Painopiste on ongelmien hoitamisessa, fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemisessa sekä ongelmien ehkäisyssä. Kasteohjelman mukaan ikäihmisten palvelurakennetta ja palveluita tullaan uudistamaan. Erityistä huomiota tullaan kiinnittämään eri ammattiryhmien yhteistyöhön osaamiseen, kehittämiseen sekä yhtenäistämiseen. Tällä hetkellä palvelujärjestelmä on liian hajanainen, jolloin asiakkaan tuki ja palvelut ovat huonosti koordinoituja. Myös kuntoutusta ja muita hyvinvointia edistäviä palveluja ikäihmisille tulee lisätä. Ikääntyneiden palveluiden

laatusuositusta uudistetaan ja toteutetaan käytännössä. Lisäksi valmistellaan mm. ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmaa yhdessä Ympäristöministeriön kanssa. (STM 2012:4.)

Sosiaali- terveysministeriön laatiman ikäneuvosuositusten mukaan ikääntyneillä tulee olla tasavertainen mahdollisuus saada terveyttä edistäviä palveluja. Lainsäädännön uudistuksessa (uusi vanhuslaki) ehdotetaan kuntien valtionosuuksien lisäämistä ikääntyneiden neuvontapalvelujen kehittämiseksi. Neuvontapalvelujen tulee olla maksuttomia ja helposti saatavia, matalan kynnyksen toimipaikkoja, johon saa helposti yhteyden puhelimitse tai verkkopalveluna. Neuvontapalvelujen tulee sisältää terveyteen, sosiaaliturvaan liittyvää neuvontaa ja tiedottamista. Lisäksi ikäneuvotyöryhmä ehdottaa ikääntyvien hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, jotka kohdistettaisiin erityisesti niille 70- 85-vuotiaille, jotka eivät säännöllisesti saa mitään palveluja. Kotikäynneillä arvioidaan asuinympäristön riskitekijöitä, kerrotaan kunnan tarjoamista palveluista sekä ohjataan omaehtoisessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. (Hansson, Heinola, Raassina, Seppänen 2008:3.)

Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuudesta ei ole kuitenkaan aivan kiistatonta näyttöä. Ennakoivien kotikäyntien vaikuttavuuden arviointiin sotkeutuu myös muita enempi sosiaalisia, kuin hoidollisia prosesseja. Näyttäisi siltä, että yli 80-vuotiaat hyötyisivät eniten ennakoivista kotikäynneistä. Alle 75-vuotiaat hyötyisivät todennäköisesti enemmän palveluiden tarpeen arvioinnista, kuin ennakoivista kotikäynneistä. Fyysisen ja sosiaalisen aktiivisuuden ylläpitäminen esimerkiksi kuntouttavien palvelujen muodossa onkin osoittautunut kotikäyntejä hyödyllisemmäksi toiminnaksi. Kotiin tuotava palvelu, esimerkiksi liikunnan ohjaus tuo ikääntyneelle virkistystä, elämänlaatua ja liikkumiskykyä, jolloin muu terveystalouden käyttämisen tarve saattaa vähentyä. Internet-pohjaisia helppokäyttöisiä hakuoppaita tullaan yhä enenevässä määrin suosimaan, koska suuri osa tulevaisuuden ikääntyneistä osaa hakea tietoa internetistä. (Kattainen 2010: 203- 207.)

Espoon ikäpoliittinen ohjelma vuosille 2009- 2015 perustuu valtakunnallisiin ikääntyneitä koskeviin linjauksiin, kuntalaisten, henkilöstön sekä eri kumppaneiden näkemyksiin espoolaisten senioreiden hyvästä ikääntymisestä. Erityishaasteensa Espoon ikääntymispolitiikalle tuo väestön nopea ikääntyminen lähitulevaisuudessa. Espoon ikäpoliittisessa ohjelmassa painottuvat ikäihmisten voimaantuminen, valinnanvapauden ja ennaltaehkäisyn sekä asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Voimavarakeskeinen vanhuuskäsitys perustuu ikääntyneen kunnioittamiseen ja arvostamiseen. Hyvään vanhenemiseen kuuluvat ikääntyneen aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan, fyysisten ja älyllisten toimintojen ylläpitäminen, toimintakyvyn edistäminen sekä sairauksien estäminen. Tavoitteena on ikääntyneen elämänlaadun maksimoiminen. Ikäpoliittisen ohjelman palvelurakenteen kehittämisessä on kiinnitetty huomiota kotihoidon ja avopalvelujen toimintojen ja resurssien lisäämiseen ja kehittämiseen, jotta ikääntyneen kotona asuminen voitaisiin turvata mahdollisimman pitkään. Ohjelman toisena linjauksena on tervey-

den edistämisen ja ennaltaehkäisyn tehostaminen siten, että ajan oloon kotihoitoa ja avopalveluja ei tulevaisuudessa tarvitse enää kasvattaa. Kolmantena linjauksena on pitkällä aikavälillä edellisten tehostuessa vähentää pitkäaikaishoidon paikkamääriä suunnitelmallisesti. Samalla on tarkoitus lisätä lyhytaikaista ympärivuorokautista hoivaa kotona asumisen sekä omaishoidon tukemiseksi. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009: 5-22.)

Espoon ikäpoliittiseen ohjelmaan on kirjattu yhdeksän pitkän tähtäimen tavoitetta toimenpiteeseen ja mittareineen. Näitä ovat mm. seniorien mukana oleminen palvelujen kehittämisessä, kotona asumisen turvaaminen riittävät palvelut turvaten, ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteellinen edistäminen, palvelujen ja tiedon saamisen helpottaminen sekä teknologian tuki. Oheisessa kuviossa kolme on esiteltyä ohjelman espoolaisten ikääntyneiden keskeiset tahot ja toimijat. (Espoon ikäpoliittinen ohjelma 2009: 5-22.)



Kuvio 30 Maehtoinen ikääntyminen - arvot ja toimijat (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015, 2009:21)

Vuona 2009 ilmestyneessä väitöskirjassa Kärnä on seurannut Varkauden kaupungissa vuosina 1926- 1945 syntyneiden ikääntyvien henkilöiden elämää 1991 ja 2004 vuosina soveltaen metodologisesti elämäntutkimuksen paradigmaa. Paradigman mukaan vanhenemista tarkastellaan eri tasoilta paikkaan ja aikaan sijoittuvina ilmiöinä. Tutkimuksessa oli nähtävissä kolmannelle iälle tyypillisiä piirteitä, kuten sosiaalisten suhteiden (perhe ja ystävät) korostumista sekä kulutuksen lisääntymistä, uusien palvelumuotojen ja sekä uusien tarjolle tulevien tavaroitten myötä. Ikääntyneet suhtautuivat luottavaisesti elämäntutkimukseen toivoen terveytensä säilymistä, asuinympäristön puhtaana pysymistä, ihmissuhteiden jatkumista sekä yleisesti tyytyväisyyttä elämään. Tutkittavat näkivät suurimpana uhkana oman autonomiansa kadottamisen sekä tärkeinä pidettyjen asioiden menettämisen. Omassa kodissa asumista ja sinne tuotavia monipuolisia palveluita, kuten kuntoutusta ja sairaanhoitoa toivottiin ennemmin kuin hoivakodeissa asumista. Tutkimus tarjoaa haasteita kehittää tulevaisuudessa uudenlaisia ikääntyvien palveluja, toimintamahdollisuuksia sekä parantaa ikääntyneiden asuinympäristöjä. (Kärnä 2009: 5.)

Terveyden edistäminen on laaja-alaista ja abstraktia ulottuen yksilön terveysvalintoihin tähtäävien toimien ulkopuolelle. Laaja-alainen näkemys tukee Ottavan asiakirjan (1986) julkilausemaa WHO (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Terveyden edistäminen ei voi olla kokonaan terveydenhuollon tehtävä. Huomattava osa siitä tapahtuu yhteiskunnan muilla sektoreilla. Terveydenhuoltohenkilöstöllä on kuitenkin merkittävä asiantuntijan ja tukijan rooli. Tärkeimmäksi osoittautuukin terveydenhuollon työntekijän taito tunnistaa terveyden edistämisen mahdollisuudet asiakkaita kohdatessaan. (Pietilä, Halkoaho, Matveinen 2010: 240- 242.)

6 Aineisto ja aineiston menetelmät

Tämä opinnäytetyö on lähestymistavaltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen tutkimus on yksi ihmistieteissä käytetty tulkinnallinen lähestymistapa tutkittavaan aineistoon (Metsämuuronen 2001: 11- 14). Yksinkertaisimmillaan se on siis tutkittavan aineiston muodon kuvausta ei- numeraalisen sijaan (Eskola, Suoranta 1998:13). Kvalitatiivinen tutkimus voi perustua hyvin pieneenkin aineistoon, jolloin siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Sen sijaan pyritään kuvaamaan tiettyä tapahtumaa tai toimintaa mukana olleiden merkityksistä käsin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa annetaan tietoa tai mielekäs tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Metsämuuronen 2001:14.) Tässä opinnäytetyössä selvitetään ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden espoolaisten näkemyksiä terveyden edistämisestä sekä palveluista, jotka edistävät espoolaisten ikääntyneiden terveyttä.

6.1 Aineisto

Opinnäytetyön aineisto on kerätty yhdeltä espoolaiselta terveysasemalta. Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunnasta/ kehittämissyksiköstä maaliskuussa 2012 tutkimusluvan saavuttua (liite 1), selvittiin, miltä terveysasemalta, olisi haastattelut hyvä kerätä. Sovittiin yhden terveysaseman osastonhoitajan kanssa, että paras ja varmin tapa on saada haastateltavia, on tulla itse terveysasemalle. Haastateltavat kerättiin terveysasemalla satunnaisesti, kysymällä ikääntyneiltä, olisivatko he kiinnostuneita osallistumaan espoolaisia ikääntyneitä koskevaan teemahaastatteluun erikseen sovittuna ajankohtana. Haastattelusta kiinnostuneet saivat esitteen sekä allekirjoitettavaksi tarkoitetun suostumuslomakkeen (liite 2.) Terveysasemalla käyntejä kertyi yhteensä kolme. Etukäteen annettu tiedote auttoi vastaajia orientoitumaan terveyden edistämisen aiheeseen. Kaikki yhdeksän haastattelua nauhoitettiin toukokuun 2012 aikana. Osa haastatteluista tehtiin terveysasemalla ja osa haastateltavien kotona. Haastateltavat ovat 65- 81 vuotta täyttäneitä espoolaisia, jotka eivät käytä kotihoidon palveluja. Yhdeksästä haastateltavista kolme on miestä ja kuusi naista. Suurin osa haastateltavista oli jäännyt suoraan työelämästä vanhuuseläkkeelle. Eläkkeellä oloaika vaihteli 5- 20 vuoteen. Ammattia ei tarkoituksella kysytty, koska haluttiin suojata haastateltavien anonymiteettiä ja osittain siitä syystä, ettei haluttu ammattikoulutuksen vaikuttavan haastatteluun millään tavoin. Yhdeksästä haastateltavasta neljä asuu yksin ja loput viisi asuu puolisonsa kanssa. Kaikilla haastateltavilla yhtä lukuun ottamatta on lapsia sekä myös lastenlapsia. Oheisessa taulukossa yksi on koottuna yhteenveto haastateltavien taustatiedoista.

Taulukko 1. Haasteltavien taustatiedot

Taustamuuttuja	n
Ikä (n=9)	
65- 70 vuotta	3
71- 79 vuotta	3
80- 83 vuotta	3
Sukupuoli (n=9)	
Naiset	6
Miehet	3
Asuinmuoto (n=9)	
Yksin	4
Puolionsa kanssa	5

n= lukumäärä

6.2 Aineistonkeruumenetelmät

Haastattelu on yksi käytetyimmistä menetelmistä sosiaali- ja käyttäytymistieteellisissä tutkimuksissa. Haastattelu keskustelunomaisena menetelmänä perustuu kielelliseen vuorovaikutukseen, jonka avulla saadaan tietoa ja ymmärtämystä ihmisten mielipiteistä, käsityksistä ja uskomuksista. (Hirsijärvi & Hurme 2008:11.) Opinnäytetyöhön valittiin aineiston keruumuodoksi haastattelu, koska se on yksinkertainen ja joustava tapa saada tietoa siitä, mitä ihmiset ajattelevat ja mistä syystä he toimivat tietyllä tavalla. Ks. Tuomi, Sarajärvi 2009: 72- 73.

Tutkimushaastattelut voidaan luokitella haastattelutyyppeihin mukaan. Hirsijärven ym.(2007) mukaan tutkimushaastattelut jaetaan strukturoituihin, puolistrukturoituihin avoimiin haastatteluihin. Puolistrukturoidusta haastattelusta käytetään nimitystä teemahaastattelu, jota nimitystä käytetään myös tässä opinnäytetyössä. Teemahaastattelussa korostuvat vastaajien omat tulkinnat ja merkitykset asioista ja ilmiöistä ja siitä syystä se sopi hyvin opinnäytetyön aiheeseen. Ks. Kankkunen, Vehviläinen- Julkunen 2009: 95- 97. Teemahaastattelu etenee tiettyjen ennalta suunniteltujen teemojen mukaan, joihin on liitetty muutamia tarkentavia kysymyksiä (Tuomi ym.2009:75). Opinnäytetyöhön aihealueiksi valittiin kaksi teemaa jotka ovat: Terveystä edistävät tekijät yli 65-vuotiaiden kotona asuvien espoolaisten näkemyksiin perustuen sekä terveyttä edistävät palvelut yli 65-vuotiaiden espoolaisten ehdottamina. Teemojen tarkennettiin tukikysymyksillä. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset, vaikka eri haastattelujen kysymysten järjestys ja muoto saattoi haastattelujen edetessä vaihdella. Haastattelut nauhoitettiin toukokuun 2012 aikana, joko terveysasemalla tai haastateltavan kotona. Terveysasemalla oman haasteensa nauhoitukseen toi taustamelu. Kotona haastattelu eteni huomattavasti rauhallisemmassa ympäristössä. Vastaajat intoutuivat keskustelemaan monisanaisesti teemasta toiseen, jolloin keskustelu ohjattiin takaisin sovittuun teemaan. Joissakin tapauksissa haastateltava oli epävarma kuuluiko tietty asia aihealueeseen, jolloin vastaajaa rohkaistiin ilman johdattelua vapaasti kertomaan niistä asioista, minkä hän koki tärkeäksi. Vastaajien taustatiedoista kysyttiin ikä, siviilisäätty, lasten määrä ja eläkkeellä olo aika. Teemahaastattelurunko on liitteessä kolme.

6.3 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa ja sen haastattelutilanteessa voi tutkija tehdä havaintoja tutkitavasta ilmiöstä toistuvuuden, jakautuvuuden, useuden ja muiden erityistapausten suhteen. Etuna kvantitatiiviseen analyysiin, laadullisen tutkimuksen aineisto säilyy alkuperäisessä sanallisessa muodossa ja aineiston analysointi tapahtuu ”lähellä” kontekstia.(Hirsijärvi & Hurme 2008:136.) Tämän opinnäytetyön aineiston analyysi, kuten yleensäkin laadullisen aineiston analyysi aloitettiin kirjoittamalla eli litteroimalla haastattelumateriaali nauhalta tekstin muotoon. Ks. Kankkunen ym.2001: 133. Tutkittavaa aineistoa opinnäytetyössä kertyi yhteensä

noin 234 minuuttia eli kolme tuntia ja yhdeksän minuuttia, joka tarkoittaa 63 sivua nauhalta auki kirjoitettua materiaalia. Litteroinnin hoiti asiaan perehtynyt ulkopuolinen taho. Opinnäytetyön analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, joka on yksi tyypillinen kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Ks. Kankkunen ym.2001: 131. Sisällönanalyysissa on tarkoitus tiivistää tutkittava ilmiö yleiseen ja tiivistettyyn muotoon ja kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysilla saadaan järjestettyä aineisto johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi ym.2009:103.) Sisällönanalyysia voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysin tapaa, jossa pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Ks. Kankkunen ym.2001: 135. Sisällönanalyysi on prosessi, josta voidaan erottaa erilaisia vaiheita. Ensimmäiseksi valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksiköksi opinnäytetyössä valittiin asiakokonaisuus. Analyysiyksikön valintaa ohjasivat tässä työssä aineiston laatu ja tutkimuskysymykset. Ks. Kankkunen ym.2001: 135- 136; Tuomi ym.2009: 110.

Toista vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi eli redusoinniksi. Pelkistämisellä tarkoitetaan käytännössä sitä, että aineistosta karsitaan epäolennainen pois, jolloin auki kirjoitetusta aineistosta etsitään ilmauksia tutkimusongelman kysymyksillä. (Tuomi 2009: 109.) Opinnäytetyössä haettiin vastauksia neljään eri tutkimuskysymykseen alleviivaamalla ilmaukset erivärisillä kynillä.

Kolmantena vaiheena tapahtuu aineiston ryhmittely eli klusterointi, jolloin koodatut aineiston alkuperäisilmaisut luetaan tarkasti läpi ja sieltä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Klusterioinnin avulla saadaan tutkimuksen rakenteelle ikään kuin pohja, jolloin luodaan tutkittavasta ilmiöstä kuvauksia. (Tuomi ym.2009: 110- 112.) Opinnäytetyössä löydetyt pelkistetyt lauseet kirjoitettiin tutkimuskysymyksittäin erillisille papereille, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin niputtamalla samaa tarkoittavat asiat yhteen ja luotiin sitä tarkoittavat luokat. Näistä teemoista muodostettiin alaluokkia. Näin edettiin tutkimuskysymyksittäin (liite 4.)

Aineiston abstrahoinnin tarkoituksena on erotella tutkimuksen kannalta olennaisin tieto sekä muodostaa valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi on prosessi, jossa yläkäsitteiden avulla saadaan muodostettua tutkimuskohteesta kuvaus. (Tuomi ym. 2009: 111,112.) Opinnäytetyössä alaluokkien ryhmittelyn jälkeen siirryttiin abstrahoinnin vaiheeseen, jolloin kullekin alaluokille etsittiin yhdistävä yläluokka kuvaamaan asiakokonaisuutta. Esimerkkinä ensimmäisestä tutkimuskysymyksen, terveyden edistämisen tekijöiden alaluokista ravinto, liikunta ym. tekijät muodostettiin yhteiseksi yläluokaksi elintavat. Näin edettiin jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla. Tämän aineiston yhdisteleminen jäi kaikkien tutkimuskysymysten kohdalta yläluokkia kuvaaviin vaiheisiin, joten pääluokkaa ei muodostunut yhdenkään tutkimuskysymyksen kohdalla (liite 4.)

Ohessa on esitetty yhteenveto opinnäytetyön analyysin etenemisestä:

- 1) Analyysiyksikön määrittäminen
- 2) Aineiston lukeminen läpi useita kertoja
- 3) Opinnäytetyön kysymysten esittäminen aineistoa luettaessa
- 4) Aineistosta löydettyjen ilmaisujen alleviivaus erivärisillä kynillä tutkimuskysymyksittäin
- 5) Alkuperäisesti ilmaistujen lauseiden pelkistäminen ja kirjoittaminen tutkimuskysymyksittäin erilliselle paperille
- 6) Samankaltaisten asioiden ryhmittely alaluokkiin
- 7) Alaluokille etsittiin sitä kuvaava yhdistävä yläluokka

7 Tulokset

Opinnäytetyön tulokset raportoidaan tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimuskysymyksiä on neljä. Tuloksia havainnollistetaan taulukoiden avulla sekä alkuperäisilmauksilla.

7.1 Terveyttä edistävät tekijät espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

Ensimmäiseksi etsittiin vastausta siihen, mitkä tekijät espoolaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan edistävät terveyttä. Aineistosta muodostui viisi yläluokkaa, joita olivat terveelliset elintavat, ikääntyneiden aktiivinen toiminta, sosiaalisten suhteiden tärkeys, hyvän olon kokemukset sekä terveysaiheisen tiedon saaminen. (Ks. taulukko 2.)

Taulukko 2. Terveyttä edistävät tekijät espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Terveellinen ravinto • Säännöllinen liikunta • Riittävä uni • Ei turhia lääkityksiä • Kohtuullinen alkoholinkäyttö eikä tupakointia 	Terveelliset elintavat terveyttä edistävänä tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Harrastukset 	Aktiivinen toiminta terveyttä edistävänä tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Ystävät ja sukulaiset ja hyvä parisuhde • Yksinäisyyden välttäminen 	Sosiaaliset suhteet terveyttä edistävänä tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Terve olotila 	Hyvän olon kokemus terveyttä edistävänä tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Terveystiedon saaminen terveyttä edistävänä tekijänä • Radio-ohjelmat • Terveystiedon saaminen terveyttä edistävänä tekijänä • Terveystiedon saaminen terveyttä edistävänä tekijänä 	Terveystiedon saaminen terveyttä edistävänä tekijänä

Terveelliset elintavat terveyttä edistävänä tekijänä

Terveelliset elintavat muodostuivat viidestä alaluokasta, joita olivat terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, riittävä uni, turhien lääkitysten välttäminen ja kohtuullinen alkoholin käyttö sekä tupakoimattomuus.

Ensimmäiseksi alakuokaksi muodostui terveellinen ravinto. Suurin osa yhdeksästä haastateltavasta mainitsi ravinnon. Ravinnon laatua ja ruokailun tärkeyttä pidettiin yhtenä keskeisenä terveyttä edistävänä keinona. Terveellisen ravinnon tärkeyttä perusteltiin mm. verensokerin, painon hallinnan ja terveellisuuden näkökulmista.

”Yleensä ruokailun ja muun tulee olla kohdallaan. Ruoka elättää ja antaa uusia

viri keitä tavallaan”.

”Siihen kuuluu hyvä ruoka, se on äärimmäisen tärkeä saada hyvää ja ravitsevaa ruokaa”

Toiseksi terveellisten elintapojen alaluokaksi muodostui liikunta. Kaikki yhdeksän haastateltava mainitsi liikunnan terveyden edistäjänä. Se esiintyi aineistossa useita kertoja eri vastaajilla. Liikuntaa kuvattiin mielialan virkistäjänä, liikuntakyvyn sekä sosiaalisten suhteiden mahdollistajana.

”Pitää tehdä jo nuorena jotakin liikunnan eteen, eikä vasta sitten kun asia on ajankohtainen, että ei sitten pysty enää mihinkään”.

”No liikuntaa lisää. Liikun joka päivä”.

Kolmanneksi alaluokaksi muodostui riittävä uni. Vastaajat pitivät nukkumista tärkeänä terveyttä edistävänä tekijänä.

”Mennä ajoissa nukkumaan, tulee nukkua riittävästi, sehän auttaa”.

”Nukkuminen pitää saada paremmaksi”.

Terveellisistä elämäntavoista turhien lääkitysten välttämisestä muodostui neljänneksi alaluokaksi. Yksi haastateltavista puhui siitä, miten paljon ikääntyneille määrätään lääkkeitä ja niissä saattaa esiintyä päällekkäisyyksiä ja jotkut lääkkeet saattavat lisätä huimausta ja huonoa oloa.

”Ei turhaa ja päällekkäistä lääkitystä”.

Alkoholi ja tupakka elämäntapatekijöinä mainittiin useiden vastaajien haastatteluissa. Tupakointia vastaajat pitivät yksiselitteisesti vahingollisena terveydelle. Alkoholin käytöstä kohtuullisuus korostettiin. Myös ikääntyneiden alkoholin lisääntynyttä käyttöä kommentoitiin aineistossa.

”Juuri tämä ettei juo eikä tupakoi, kohtuu tai niin ettei liikaa alkoholia”.

" Ei juo, kohtuullisuus tai niin ettei liikaa alkoholia".

"Ja sitten tupakointi pois".

Aktiivinen toiminta terveyttä edistävänä tekijänä

Ikääntyneiden aktiivinen toiminnasta terveyden edistäjänä muodostui alaluokaksi harrastukset. Vireyttä haastateltavat saivat mm. puutarhan hoidosta, kotitöiden tekemisestä, erilaisista harrastuksista ja työelämästä jääneistä kiinnostuksen kohteista.

"Eli tällaisia harrastustöitä ja kaikkea tekemistä on".

"Meillä on puutarha, mä yritän siinä tehdä töitä".

"On jäänyt työelämästä tällaisia kiinnostuksen kohteita"

Sosiaaliset suhteet terveyttä edistävänä tekijänä

Sosiaalisten suhteet muodostuivat kahdesta alaluokasta, joita olivat ystävät, sukulaiset ja hyvä parisuhde sekä yksinäisyyden välttäminen.

Ystävät ja sukulaiset sekä parisuhde mainittiin tärkeänä tukena terveyden edistämisestä kysyttäessä ja siitä muodostui ensimmäinen alaluokka. Sosiaalisista suhteista ammennettiin iloa ja tukea arkeen.

"No sitten ovat sukulaiset ja ystävät sekä tuttavat, heidän tapaamisensa on tärkeää".

"Ja tietysti parisuhde, kaikki tuollainen, hyvä parisuhde".

Yksinäisyyden välttäminen muodostui toiseksi alaluokaksi. Yksinäisyyttä pidettiin uhkana terveydelle. Samaa asiaa kuvattiin myös sosiaalinen kanssakäymisen termein.

"Yksinäisyys nyt ainakin vähentää terveyden kokemusta".

"Sosiaalisuus olisi aika tärkeää".

Hyvän olon kokemus terveyttä edistävänä tekijänä

Hyvän olon kokemuksesta muodostui alaluokaksi terve olotila.

Tervettä olotilaa pidettiin tärkeänä terveyttä edistävänä tekijänä silloin kun sairaudet olivat hallinnassa eikä ollut kipuja. Tervettä oloa käsitti myös henkisen terveyden.

"Terve ja kivuton olo."

"Henkinen terveys on hyvin tärkeää"

"Terveyden edistämiseen kuuluu et on terve olo"

Terveystiedon saaminen terveyttä edistävänä tekijänä

Terveystiedon saaminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita olivat terveysaiheiset TV-ohjelmat ja radio-ohjelmat sekä perusterveydenhuollon palvelut.

Terveyttä edistivät joidenkin vastaajien mukaan erilaiset terveysohjelmat TV:stä ja radiosta. Niitä pidettiin kiinnostavina ja ajankohtaisina ja niitä haluttiin katsella säännöllisesti.

”Terveyden edistäminen tarkoittaa lähinnä television terveysohjelmia, No TV:stä tulee aika paljonkin jumppaohjelmia, terveysohjelmia.”

”Kyllähän tieto auttaa. Kuuntelen aamutohtoria etenkin aina keskiviikkoaamuna niin kuin tänäänkin”.

Toisena alaluokkana terveystiedon saamiseksi terveyden edistäjänä olivat terveydenhuollon palvelut. Terveysasemalta saama tuki koettiin terveyden edistäjänä. Valistaminen ja neuvominen omassa tilanteessa nähtiin terveyttä edistäväksi tekijäksi. Yksi vastaajista mainitsi perusterveydenhuollon palvelujen edistävän ikääntyneiden terveyttä.

”No sen valistuksen. Että on neuvottu, koska mä olin aivan ulkona, enkä mä osannut kysyä mitään. Mutta mua on neuvottu ja kannateltu, niin mä koin et ihanaa apua mä saan”

”Mutta kyllä sitä odottaa, että tämä yhteiskuntakin jollain tavalla edistää.

”Esimerkiksi tämä perusterveydenhuoltokin kuuluu siihen”.

7.2 Terveyden edistämisen motiivit espoolaisten ikääntyneiden mukaan

Toisena tutkimuskysymyksenä haettiin vastausta espoolaisten yli 65-vuotiaiden ikääntyneiden motivaatioon edistää terveyttä. Yläluokkia muodostui kaikkiaan viisi joita olivat itsenäisyyden säilyttäminen, toimintakykyisyys, elämänhalu, sosiaaliset suhteet sekä tieto. (Ks. taulukko 3.)

Taulukko 3. Terveiden edistämisen motiivit espooalaisten ikääntyneiden mukaan

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Vastuun ottaminen itsestä • Omat valinnat • Asuminen kotona 	Itsenäisyyden säilyttäminen motivoivana tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Terveiden säilyttäminen • Liikuntakykyisyys • Harrastukset 	Toimintakykyisyys motivoivana tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Pitkä ikä 	Elämänhalu motivoivana tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Lapset, lastenlapset ja puoliso • Ystävät 	Sosiaaliset suhteet motivoivana tekijänä
<ul style="list-style-type: none"> • Tiedon saaminen terveydestä omaan tilanteeseen soveltaen 	Tieto motivoivana tekijänä

Itsenäisyyden säilyttäminen motivoivana tekijänä

Itsenäisyyden säilyttäminen muodostui kolmesta alaluokasta jotka olivat vastuun ottaminen itsestä, omat valinnat sekä omassa kodissa asuminen.

Ensimmäiseksi alaluokaksi muodostui itsenäisyyden säilyttämisessä vastuun ottaminen itsestä terveyden edistämisen motivoivana tekijänä. Yksi vastaajista koki että jokaisella on kuitenkin vastuu omista valinnoista ja päätäntävalta omasta terveydestä.

”No ensinnäkin ottaa vastuun itsestään, että ei odota että toiset hoitaa sinua vaan ottaa itseään niskasta kiinni.”

Toiseksi alaluokaksi muodostuivat omat valinnat itsenäisyyden säilyttämiseksi. Keskeisinä syinä edistää terveyttä, ilmeni tarve säilyttää oma autonomia. Sillä tarkoitettiin halukkuutta päättää omista asioista. Itsemääräämisoikeus lisäsi vastaajissa motivaatiota edistää terveyttä.

”No en esimerkiksi uskoa kaikkea mitä kuulen. Eliikä minulla pitää olla omat aivot millä ajatella.”

"Ja saa itse valita tavarat kaupasta, ettei joku vaan tuo mitä siellä sattuu olemaan".

Itsenäisyyden säilymisen kolmanneksi alaluokaksi muodostui asuminen kotona. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään esiintyi monenkin vastaajan yhtenä motivoivana tekijänä omasta terveydestä huolehtimiseen. Kotia pidettiin tutuna paikkana ja siellä viihdyttiin parhaiten vaikka sitten yksinkin. Jotkut vastaajista toivat esille pelon joutua pois kotoa kunnon heikentyessä.

"Tulevaisuudessa siis tärkeää, että pärjäisi niin pitkään kuin mahdollista kotona. Kyllä koti on aina koti kuitenkin".

"Kyllä toivoisi olevan hyväkuntoinen tosiaan että pärjää yksin ja tarvittaessa käytän sitten apua."

"No se on tota, kyllä se on sitä että saa olla omassa kodissa".

Toimintakykyisyys motivoivana tekijänä

Toimintakykyisyys motivoivana tekijänä muodostui kolmesta alaluokasta; terveyden säilyttäminen, liikuntakykyisyys sekä harrastukset.

Toimintakykyisyyden ensimmäiseksi alaluokaksi muodostui terveyden säilyttäminen, jota pidettiin tärkeänä kaiken tekemisen mahdollistavana perustana ja hyvän olon tuojana.

"No tärkein nyt on se, ettei tämä terveys nyt huonone".

"Kyllä se motivaatio tietysti löytyy siitä, että pysyy poissa viat ja vaivat."

"Juuri se että huomaa, että voi paremmin".

Toisena toimintakykyisyyden alaluokaksi muodostui liikuntakykyisyys. Liikuntakyvyn säilyttämistä pidettiin yhtenä keskeisemmistä terveyden edistämisen motiiveista. Liikuntakyky vastaajien mukaan mahdollisti itsenäisen kotona selviytymisen, toimintakyvykkyyden sekä sosiaalisen elämän.

"Että pääsee liikkumaan. Etten ole sängyssä ja vaan makaa".

"No ihan pienenä ja yleisenä, että pystyisi joka päivä liikkumaan."

"On hyvin tärkeä se liikkuminen."

Kolmanneksi toimintakykyisyyden alaluokaksi muodostuivat harrastukset joita vastaajat kuvasivat tärkeinä ja arvokkaina asioina arjessa.

"Nykyisin minä nautin näistä arjen pikku asioista."

"Sitä löytyy paljonkin mielekkyyttä elämässä, ja on työstä jääneitä mielenkiinnonkohteita."

"Olis kauheen kiva jos pystyis kulkemaan ulkona ja harrastaa."

Elämänhalu motivoivana tekijänä

Elämänhalun alaluokaksi muodostui toive pitkästä iästä. Pitkää elämää haluttiin jatkaa nimenomaan hyväkuntoisena. Haluun elää pitkä elämä liittyi ajatukseen nähdä lasten ja lastenlasten ja jopa lastenlastenlasten elämää tulevaisuudessa. Sitä kuvattiin aineistossa seuraavasti:

"Pitkä ikä tietysti"

"Ja että saisi näitä elinvuosia nimenomaan hyväkuntoisia elinvuosia vielä viettää."

Sosiaaliset suhteet motivoivana tekijänä

Sosiaalisista suhteista muodostui alaluokkia kaksi, joita olivat lapset, lastenlapset ja aviopuoliso sekä ystävät.

Ensimmäisenä motivoivana tekijänä edistää terveyttä muodostuivat alaluokaksi lapset, lastenlapset ja aviopuoliso. Halu nähdä lasten ja lastenlasten ja jopa heidän lastensa elämää ja tekemisiä sekä kehitystä näyttäytyi yhtenä tärkeänä motivoivana tekijänä. Myös halu elää puolison kanssa motivoi edistämään terveyttä.

"Ja et näen lastenlasten pääsevän eteenpäin ja ammattiin ja että saan nähdä mahdollisesti vielä heidänkin lapsenlapsiaan."

"Perheen kehityksen ja perheen elämän, lastenlasten ja näiden lasten seuraaminen tietenkä."

"Tytär ja vävy ja mahdolliset tulevat lapsenlapset ja kyllä mä sanon että aviomies."

Sosiaalisten suhteiden toiseksi alaluokaksi muodostuivat ystävät.

"On ystäviä jota on entisestä elämästä jäänyt ja työtoveruudesta".

"Mulla on kato ystävät, joiden kanssa me on sovittu että me mennään uimaan ja jumpalle."

Tieto motivoivana tekijänä

Tiedon alaluokaksi muodostui tiedon saaminen omaan tilanteeseen sopien. Tiedon saamista pidettiin tärkeänä motivoivana tekijänä erityisesti silloin, kun tietoa haluttiin arvioida oman tilanteeseen sopivaksi. Joku haastateltavista koki, ettei tietoa saa sillä tavoin kuin haluaisi.

”Se että laihduttamaan mulla on kimmokkeena olisi että mä tiedän, että paljonko mun pitää pudottaa, tai et mua seurataan personal trainerin kautta, joka sanoo että nyt sinä olet laihtunut tai sinä et ole nyt laihtunut, sanoo kaukanako tavoite on vielä.”

”Suomessa on tietoa vaikka kuinka paljon, mutta sen jakaminen sen tiedon antaminen se on puutteellista”.

7.3 Terveyden edistämisen tukeminen espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

Kolmanneksi etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen millä tavoin espoolaisten terveyttä tuetaan. Vastauksista muodostui kaikkiaan neljä yläluokkaa, joita olivat sosiaaliset suhteet, elinympäristö, terveydenhuollon palvelut sekä muut terveyttä tukevat palvelut ja paikat. (Ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Terveyden edistämisen tukeminen espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Puoliso, lapset ja lastenlapset 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaaliset suhteet terveyden tukijoina
<ul style="list-style-type: none"> • Kodin viihtyvyys • Esteettömyys • Luonnon läheisyys • Kaupan läheisyys • Saasteettomuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimiva elinympäristö terveyden tukijana
<ul style="list-style-type: none"> • Terveysaseman tuottamat palvelut • Yksityiset lääkäripalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuollon palvelut terveyden tukijoina
<ul style="list-style-type: none"> • Liikuntapalvelut • Seurakunnan järjestämä toiminta 	<ul style="list-style-type: none"> • Muut terveyttä tukevat palvelut ja paikat terveyden tukijoina

Sosiaaliset suhteet terveyden tukijoina

Sosiaalisista suhteet terveyden tukijoina muodostui alaluokaksi puoliso, lapset ja lastenlapset. Joku koki puolison kannustamisen merkityksellisinä. Myös omien lasten ja lastenlasten vierailut toivat iloa ja tukea omaan jaksamiseen.

"Minun mies on koko ajan siinä minun tukena."

"Sitten on tietysti ihan mielenterveydellisesti tosi ihanaa, että on tytär ja hänen lapset, jotka käyvät meillä ja meillä on hyvät suhteet".

Toimiva elinympäristö terveyden tukijana

Elinympäristöstä terveyden tukijana muodostui alaluokkia kaikkiaan viisi, jotka olivat kodin viihtyvyys, ympäristön esteettömyys, luonnon läheisyys, kaupan läheisyys sekä saasteettomuus.

Ensimmäisenä alaluokaksi muodostui koti, jota pidettiin tärkeänä terveyden edistämisen tukipilarina sen tuttuuden ja viihtyvyyden kannalta.

"Minusta hirmuisen suuri vaikutus on omalla kodilla ja ympäristöllä, missä asuu ja tavallaan niillä tutuilla kuvioilla, että kyllä niillä on merkitystä."

Esteettömyys toisena alaluokkana pidettiin vähemmän tapaturmariskiä aiheuttavana ikääntyneen arjessa.

"Asunnossakaan ei ole mitään sellaisia riskitekijöitä, että on hissit ja tällöiset"

Kolmanneksi alaluokaksi muodostui luonnon läheisyys jota kuvattiin mielenterveyden ja liikunnan harjoittamisen kannalta tärkeänä.

"Kyllä ympäristöllä on erittäin suuri vaikutus, että jo mielenterveyteenkin, että ympäristö on kaunis ja eikä ole liian tiheään asuttu."

"Ulkoilulenkkinä kiertää tuota metsää ja rantaa ja saa joka päivä sitä kaunista luontoa katsella".

Kaupan läheisyyttä neljänä alaluokkana pidettiin tärkeänä jo siitä syystä että se on tuttu ja että se on lähellä helpottaen ikääntyneen arjessa selviytymistä.

”Täällä on luonto lähellä ja nyt nää kaupat lähellä. Täällä on kaikki vaan niin tuttua asua”.

Saasteettomuus muodostui viidenneksi alaluokaksi. Saasteettomuus käsitti puhtaan ympäristön sekä meluttomuuden.

”Ympäristön laatu on just kai se olennainen asia. Se että ei ole saasteita ja melua, se on hyvin selvä tekijä, puhumattakaan sellaisesta ettei ole ympäristömyrkkyyä”.

Terveydenhuollon palvelut terveyden tukijoina

Terveydenhuollon palveluista muodostui alaluokkia kaksi joita olivat terveysaseman tuottamat palvelut sekä yksityiset lääkäripalvelut.

Terveysaseman tuottamat palvelut käsittivät jonkun vastaajan mukaan vapaasti käytettäviä kuntoilulaitteita. Sillä tarkoitettiin myös yleislääkärin vastaanottoa ja tarkastuksia.

”Päällimmäisenä tulee mieleen, se että terveyskeskuksissa on yleensä ilmaispalvelut, joita en ole käyttänyt. Vapaasti käytettävät kuntoilulaitteet terveysasemalla, on kuntopyöriä ja muita.”

”Mä käytän terveyskeskusta, mä käyn näissä niin kuin pakollisissa niin kuin tarkastuksissa.”

Yksityisistä lääkäripalveluista muodostui terveydenhuollon palvelujen toinen alaluokka. Yksityisellä lääkäriasemalla käytiin lähinnä erikoislääkärin vastaanotolla. Jotkut vastaajista kokivat että yksityiselle lääkärille pääsi helpommin silloin kuin tarvittiin tiettyyn vaivaan perehtynyt erikoislääkäriä. Mainittiin myös, ettei kunnallinen terveyspalvelu riittävästi tukenut terveyttä ja siitä syystä joutui käyttämään yksityistä palvelua taloudellisten resurssien puitteissa.

” Jo nyt minä käytän yleislääkäriä, erikoislääkärillä käyn sitten että täällä (terveysasemalla) ei saa sitä”.

”Terveyskeskusta käytän aina kun tarvitsen ja sitten silmälääkärissä käyn keran vuodessa, mutta se on yksityinen.”

Muut terveyttä tukevat palvelut ja paikat terveyden tukijoina

Muista palveluista muodostui alaluokkia kaksi, jotka ovat liikuntapalvelut ja seurakunnan kerhot.

Espoon liikuntapalvelut kuvattiin hyviksi ja edullisiksi. Kaupungin kuntosali, erilaiset jumppaliikuntaryhmät sekä uimahalli saivat erityistä kiitosta. Myös eläkeläisten järjestämä jumppa mainittiin.

"Ja kaupunki tukee tätä hirveän paljon, että tällainen, jumpataan, niin se on vain 15 euroa lukukausi".

"No minä olen saanut terveyden hoidon tukea siinä mielessä, että olen käynyt esimerkiksi viikoittain jumpassa. Espoolainen eläkeläiset ry on järjestänyt tällaista jumppaa".

"Niin liikuntapalvelut ovat Espoon uimahallilla erinomaiset, nämä senioripalvelut".

Toiseksi alaluokaksi muodostui seurakunnan järjestämä toiminta.

"Kun mä talvisaikaan koen että meillä on kerho nyt yhdessä niitä menojaikin käydään retkellä ja sitten seurakunta järjestää vielä kerhon lisäksi tilaisuuksia ja juhlia".

"Seurakunta on yksi, itse asiassa olen toiminutkin siellä".

7.4 Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut espoolaisten ikääntyneiden ehdotuksiin perustuen

Vastausta neljänteen tutkimuskysymykseen mitkä terveyttä edistäviä palvelut yli 65-vuotiaiden espoolaisten mukaan edistävät ikääntyneiden terveyttä, muodostui yhteensä kuusi yläluokkaa. Näitä yläluokkia olivat sujuvat terveystoimen palvelut, muut tukipalvelut, talouden turvaaminen, yhteisöllisyys, tiedon saamisen turvaaminen sekä ikääntyneen omaehtoinen toiminta terveytensä turvaamiseksi. (Ks. taulukko 5.)

Taulukko 5. Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut espoolaisten ikääntyneiden ehdotuksiin perustuen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Terveystarkastus ja muu koordinoitu palvelu • Lääkärille pääsyn sujuvuus • Sujuva yhteyden saanti terveysasemalle • Fysioterapiapalveluista hierontaa • Kotihoitopalvelut • Ympäri vuorokautisen hoidon järjestyminen tarvittaessa kunnan palveluna 	<p>Terveystoimen sujuvat palvelut terveyden edistäjänä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nettituki • Siivousapu (ikkunanpesut) • Puutarhan hoito- ja lumenluontiapu • Kirjastopalvelut kotiin • kauppapalvelut 	<p>Tukipalvelut terveyden edistäjänä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Eläkkeet liian pieniä nykyajan kustannuksiin nähden • ALV pois eläkeläisten aterioista • Bussilippujen hintojen alentaminen 	<p>Talouden turvaaminen terveyden edistäjänä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Naapuriapu ja muu ympärillä olevien ihmisten tuki 	<p>Yhteisöllisyys terveyden edistäjänä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kotiin lähetettävät tiedotteet • TV, Radio, eri toimipisteiden ilmoitustaulut • Netti • Puskaradio, ikääntyneiden kohtaamispaikat tai kerhot 	<p>Terveysaiheisen tiedon saamisen turvaaminen terveyden edistäjänä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mahdollisuus itsestä huolehtimiseen 	<p>Omaehtoinen toiminta terveyden edistäjänä</p>

Terveystoimen sujuvat palvelut terveyden edistäjänä

Terveyttä edistävien terveystoimen sujuvien palvelujen alaluokkia muodostui yhteensä kuusi, joita olivat terveystarkastus ja muu koordinoitu palvelu, lääkärille pääsyn sujuvuus, sujuva yhteyden saanti terveysasemalle, fysioterapiapalveluista hieronta, kotihoidon palvelut sekä ympärivuorokautisen hoidon järjestyminen kunnan tuottamana.

Ensimmäiseksi alaluokaksi terveystoimen palvelujen ehdotuksessa muodostuivat terveystarkastukset ja muu koordinoitu palvelu, joita ehdotettiin ammatti-ihmisen tekemänä. Jonkinlaisista "personal traineria" myös ehdotettiin ikääntyneiden terveyden tilaa seuraamaan. Haastattelussa ehdotettiin ikääntyneille suunnattua koordinoitua palvelua, jolloin terveyden tukeminen olisi yksilöidämpää.

"Terveyshaastattelu kun täyttää 70 vuotta".

"Että vielä tällainen tästä terveydenhuollosta, että oltaisiin aktiivisia terveydenhuollon kannalta, että kutsuttaisiin niin kuin säännöllisesti tarkastuksiin. Että semmoiset sairaudet löytyisivät alkuvaiheessa, mistä ei ole paljon oireita. Esimerkiksi tulee mieleen syöpä ja juuri nämä liikuntaelinsairaudet, muistisairaudet ja dementiat ja tällaiset".

"Ja minä olen sitä mieltä, että ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus, rahallinen mahdollisuus hommata tuollainen personal trainer, joka seuraa sua läpi elämän, vaikka jos tarve vaatii ja jos itse haluaa".

"Juuri se, että jos olisi sellainen koordinaatio, että se tulisi terveydenhuollon kannalta nämä tarkastukset, niinhän sen tiedon saisi".

"Terveystoimen edistämisen täytyy tarkoittaa sitä, että suhtaudutaan potilaaseen yksilöllisesti, vaikka se olisi kunnallisella puolella".

Toiseksi alaluokaksi muodostui lääkärille pääsyn sujuvuus silloin kun on tarve. Joillakin oli kokemuksia pitkistä odotusajoista ja jonottamisesta ja joku taas koki päässeensä lääkärille sujuvasti.

"Että kyllä minun mielestäni vanhempi ihminen jolla on kroonisia sairauksia parikin, niin kyllä lääkäriin pitäisi kumminkin päästä kerran vuodessa ainakin. Että siitä on kyllä puute täällä. Että en mä erikoisemmin tuosta puhelin ehkä nykyisin voi netissäkin hoitaa niitä. Että kyllä mä kuitenkin pidän tärkeänä sitä kontaktia, sitä tilannetta että saat keskustella lääkärin kanssa."

"Lääkärille pitää päästä helposti kun on tarve".

"Yksi moite, terveyskeskuslääkärille pääsy".

"Ja myös terveyskeskukseen pääsee ihan jos aamulla soittaa, jo samana päivänä".

Terveystoimen palvelujen kolmanneksi alaluokaksi muodostui sujuva yhteyden saanti terveysasemalle. Haastattelussa tuli esille, ettei terveysasemalle pääse helposti keskustelemaan terveysasioistaan kun tarve tulee. Joku vastaaja koki vahtimestarin olevan terveysasemalla ainoa suora kontakti, jonka kanssa pääsee näköetäisyydelle.

”Sellainen pieni asia, että jo monta kertaa haluaisi jotain tulla näyttämään, polvea tai nilkkaa tai jotain, niin kyllä sitä aikaa saa odottaa”.

”No sillä tavalla esimerkiksi, että painakaa nappia se, kun haluatte sitä ja sitä palvelua ja painakaa nappia tuo, jos haluatte sitä ja sitä palvelua. ja painakaa nappia, painakaa nappia vielä painakaa nappia. Niin vaan tulee keskus vastaan ja sanoo, mihin te haluatte”.

”Täällä (terveysasema) on vaikea tulla käymään, täällä ei saa puhuteltua kun vahtimestaria”.

Neljänneksi alaluokaksi terveystoimen palveluista muodostui fysioterapiapalvelujen hieronta. Fysioterapiaan liittyviä palveluja pidettiin yleisesti tärkeinä ja erityisesti hierontaa toivottiin.

”Tuo hieronta olisi kaikille hirveän tärkeä. Kun me olimme kuntoutuksessa, niin kaikki toivoivat hierontaa”.

”No oli sellainen vaiva jossa ei pelkät liikkeit riitä niin yksityinen käyttää hierontaa apuna, mutta tuo terveyskeskuksen fysioterapia ei sitä harrasta”.

”Mutta sitä mä kyllä että tuohon, mutta se on varmaan mahdoton asia, että jos noihin yleisiin terveyskeskuksiinkin tulisi sellaisia hoitajattaria joilla on hierojan pätevyys, hieroa noita kun lihakset on jännittyneet varsin on kivulias. Että ne rentouttaisi hieromalla vähän lihaksia koska mä olen kokenut että siitä saa apua pikäksi aikaa, vuosiksi”.

Viidenneksi alaluokaksi terveystoimen palveluista muodostui kotihoito. Kotihoidon suhteen pohdittiin lähinnä resursseja sekä kustannuksia. Myös kotisairaala mainittiin ja se sai kiitosta.

”En tiedä olisiko kotikäyntiasia, ei se yhtään hullumpi ole, sekin tarvii aika paljon sitä, siinä menee aikaa, joo. Että onko siihen resursseja.”

”Nyt koskien vanhuksia, että vanhukset saisivat tällaista kotiapua vaikka ihan koululaisilta kun kaikki tosiaan maksaa”.

”Tulevaisuudessa on varmasti tilanne, että kotihoitopalvelut ovat tärkeitä”.

”Tuo kotisairaala, on musta hyvä palvelu, Kun mulla oli ruusu jalassa, että kun ei tarvinnut jäädä sairaalaan, vaan tuli sieltä kotiin antamaan sen antibiootin”.

Kuudenneksi alaluokaksi muodostui terveyden huollon palveluista ympärivuorokautisen hoidon järjestäminen kunnan toimesta. Haastateltava toi epävarmuuden tulevaisuudesta esiin ja piti yksityistä laitoshoidoa yksinkertaisesti liian kalliina.

”Mutta ennen kaikkea sitten tilanne, mitä itsekkin mietin että missä vaiheessa ja mikä sitten on tie jota edetään sitten kun ei pysty olemaan esimerkiksi öitä enää kotona. Yöllä nimenomaan ei pysty yksin asumaan. Niin mikä, miten paljon silloin on valinnan varaa palveluissa. Minkälaisiin paikkoihin sitten pystyy pääsemään. Täysin yksityiseen hoivakotiin ei minun eläkkeelläni missään tapauksessa pääse”.

Tukipalvelut terveyden edistäjänä

Tukipalveluista muodostui yhteensä viisi alaluokkaa, joita olivat nettituki, siivousapu, puutarhanhoito- ja lumenluontiapu, kirjastopalvelut kotiin tuotuna sekä kauppapalvelut.

Ensimmäisenä tukipalvelun alaluokkana mainittiin nettiapu. Haastateltava koki hankalana ikäkäiden selviytymisen tietokoneen kanssa.

”Sitten internet asia on sellainen, että vanhojen ihmisten on vaikea näitä päivityksiä hoitaa ja sitten näitä virustorjuntia ja tällaisia, että tarvittaisiin sellaisia avustajia jotka näissä asioissa ohjaisi”.

Toiseksi alaluokaksi tukipalveluissa nimettiin siivousapu. Erityisesti ikkunan pesua ja kaikkia kurotteluun ja kyykistymistä vaativiin töihin kaivattiin kotiin tuotavaa apua.

”Niin, siivous on sellainen asia, että mitä vanhemmaksi tulee ja huonokuntoisemmaksi, niin toivoisi sellaista siivousapua”, esimerkiksi ikkunoiden pesu ja kaikki sellainen missä joutuu nousemaan korkealle, sieltä jos putoaa niin tulee näitä murtumia helposti”.

Tukipalvelujen kolmanneksi alaluokaksi muodostui puutarhanhoito- ja lumenluontiapu. Haastattelussa kävi ilmi että monilla ikääntyneillä on Espoossa oma piha ja puutarha joka vaatii huolenpitoa. Puutarhan hoitaminen kesällä ja talvisin lumityöt kuvattiin raskaiksi ikääntymisen myötä.

”Sitten tällainen puutarhan hoitokin, että ihmiset saisivat asua omissa pientaloissaan, että olisi vihreätä ympärillä ja kukkapenkkejä”.

”Että ne osaavat itse neuvoa, että miten siivotaan ja mitä tehdään ja sitten kun on lumitöiden aika, niin voisi tulla lumitöitä tekemään ja näin keväällä sitten siivousapua ja samoin syksyllä siivousapua”.

Neljänneksi tukipalvelujen alaluokaksi muodostui haastattelussa mainittu kirjastopalvelu kotiin tuotuna.

”Ja sitten sellaisille joilla on paljon liikuntarajoittuneisuutta, ja muutenkin niin kirjastosta voitaisiin kotiin lähettää tai kuljettaa kirjoja tilauksesta”.

Viidentenä alaluokkana muodostuivat tukipalveluista kauppapalvelut. Nyt olemassa olevia reittibusseja, jotka kulkevat tiettyinä päivinä tiettyjä reittejä voitaisiin liittää ikääntyneitä avustavaa toimintaa.

”Ja sitten tosiaan näissä kauppapalveluissa voisi saada apua.”

”Täällä onkin sellainen kuljetus, kulkee sellainen pieni bussi pienilläkin kaduilla, mutta sitä voisi kehittää lisää, että vaikka pari kertaa viikossa, että vanhat ihmiset pääsisivät bussilla kauppaan”. Ja ihan huonokuntoisille voisi olla yksi avustaja vielä siinä bussissa, joka avustaisi siellä kaupassa”.

Talouden turvaaminen terveyden edistäjänä

Talouden turvaamisen alaluokiksi muodostui eläkkeiden pienuus suhteessa kustannuksiin, ALV poistaminen eläkeläisten ateriapalveluista sekä bussilippujen hintojen alentaminen.

Ensimmäisenä alaluokkana talouden turvaamiseksi mainittiin eläkkeiden pieneksi jääminen suhteessa nykyajan kustannuksiin. Eläkkeet olivat vastaajan mielestä jääneet pahasti jälkeen. Taloudellinen ahdinko koettiin myös mielenterveydellisenä ongelmana.

”Ja sitten tietysti tulee tuo rahakysymys, jos on ihan pienet eläkkeet, kun ne on sillä tavalla vanhoille ihmisille jääneet pieniksi, kun siihen aikaan kun jäi eläkkeelle niin se eläke ihan riitti, kun se oli 60% palkasta, mutta nyt kun on 20 vuotta mennyt ja 30 vuotta mennyt, niinhups, kas, se onkin ihan eri tavalla, että palkat on nousseet kaksin kolminkertaisiksi siitä mitä ne olivat silloin meidän aikaan. Ja samoin tietysti kustannukset”.

”Että sillä tavalla tämä on yhteiskunnallinen ongelma. Minä uskon että tämä on ihan mielenterveydellinen kysymys”.

Toiseksi alaluokaksi talouden turvaamiseksi muodostui ALV:n eli arvonlisäveron poistaminen eläkeläisten aterioista. Tämän hetken eläkeläisten ruokailukustannuksia pidettiin kalliina. Joskus muualla kuin kotona syömistä pidettiin kuitenkin mukavana vaihteluna arjessa, eikä näin ollen hinta saisi muodostua vastaajan mukaan esteeksi.

”Ateriapalvelut sitten, että on välillä kiva käydä ulkona syömässä vaikka jaksakin itse tehdä ruokaa, että se ALV olisi myöskin eläkeläisiltä pois.”

Kolmanneksi alaluokaksi talouden turvaamisessa muodostui bussilippujen hintojen alentaminen. Bussilipun hinnan alentamista eläkeläisiltä perusteltiin sillä että he liikkuvat usein päiväsaikaan ja eikä bussia kuitenkaan eläkeläiset käytä kovin paljoa.

”No sitten tosiaan nämä bussiliput saisivat olla halpoja tai ilmaisia niin kuin kenellä on pienet eläkkeet. Ei ne niitä kuitenkaan niin paljon käytä”. Bussiliput on tosi kalliita, ja monella on harrastukset vielä Espoon puolelta Helsingissä.”

Yhteisöllisyys terveyden edistäjänä

Yhteisöllisyyden alaluokaksi muodostui naapuriapu ja muu ympärillä olevien ihmisen tuki. Haasteltavalla oli kokemusta naapurinsa tukena olemisessa terveysasioissa ja piti sitä tärkeänä. Mainittiin myös, että ympärillä olevien ihmisten tulisi huomioida, jos joku tarvitsee apua koska yhteiskunta vastaajan mukaan voi olla kaikesta vastuussa.

”Että täytyy sen ympäristönkin olla vähän ehkä varuillaan ja valppaana, että sinne paljon niin kuin epävirallistakin ympäristön apua tarvittaisiin, ei mikään viranomainen voi ovelta ovelle lähteä katsomaan, että onko täällä semmoinen avun tarpeessa olija”.

”No itse asiassa olen toiminut erään naapurini kohdalla sellaisena henkilönä, joka välitti tiedon hänen tilanteestaan lääkärille ja kotipalveluun kun selvästi häneltä jäi asiat hoitamatta. Hänellä ei ollut lähiomaisia ja tuota”.

Terveysaiheisen tiedon saamisen turvaaminen terveyden edistäjänä

Yhtenä keskeisenä teemana haastatteluissa tuli esiin tiedon saaminen erilaista palveluista sekä myös terveyteen liittyvistä aiheista. Tiedon saamisen turvaamisen alaluokiksi muodostuivat yhteensä neljä alaluokkaa joita olivat ensimmäisenä kotiin lähetettävät tiedotteet, toisena TV, radio ja eri toimipisteiden ilmoitustaulut, kolmantena netti sekä neljäntenä puskaradio, ikääntyneiden kohtaamispaikat kuten kerhot.

Ensimmäisenä alaluokkana tiedon saamisen turvaamisessa muodostui kotiin lähetettävät tiedotteet, joilla tarkoitettiin henkilökohtaisesti lähetettävää esitettä terveydestä tai jostakin tapahtumasta.

”Mutta jos kirjeluukusta putoaa jotakin, niin kyllä varmasti tulee luettua”.
”Jos joku sellainen tärkeä tieto pitää tiedottaa, kyllä musta pitäisi tulla kotiin”.

"Pitäisi lähettää jokaiselle eläkeläiselle tai ikääntyvälle ihmiselle kirjallinen kutsu johonkin tilaisuuteen - taikka kertoa yksinkertaisesti, mitä on tapahtunut".

Toisena alaluokkana tiedon turvaamiseksi ehdotettiin tiedotusvälineitä kuten lehtiä ja tv:tä tai ilmoitustauluja.

"Näissä valtakunnallisissa lehdissä tai jossakin terveystiedossa tai ihan aikakauslehdissä ja tv:ssäkin voisi olla ja näissä niin kuin yleisissä tai julkisissa tietoiskuissa".

"Ihan lehdistäkin löytyy paljon tietoa".

"No seurakunnan ilmoitustaulut, paikallislehdistö ja kaikki tällaiset järjestöt"

Kolmantena alaluokaksi tiedon saamisessa muodostui netti.

"Ehkä mä tiedän, että olen ainakin neljälle ihmiselle antanut tiedon, mitä pitää tehdä. Mä otin kuitenkin selvää netistä". Että ihmiset ei pysty ilmeisesti itse ottamaan niitä asioita, tietoja, pitäisi olla joku joka sen tiedon antaisi".

Neljänneksi alaluokaksi muodostui tiedon turvaamisen ehdotuksena erilaisia eläkeläisten kohtaamispaikkoja ja kerhoja siten, että eläkeläiset itse levittävät sanaa ns. puskaradion välityksellä.

"Mutta on vanhustenkerhoja tietysti, joihin ihmiset osallistuu, niin se on vaan pakko että monta eri kanavaa".

"Tiedon niin. Että aina sitä kuulee niin kuin toisilta".

Omaehtoinen toiminta terveyden edistäjänä

Omaehtoisen toiminnan alaluokaksi muodostui mahdollisuus itsestä huolehtimiseen. Haastattelutavat toivat esiin oman vastuunsa terveydestään ja sen ylläpitämisestä ja halunsa itse siihen vaikuttaa. Näin ollen he eivät nähneet yhteiskunnan tuottamia palveluja pelkästään terveyden edistäjinä.

"Kyllä itse voisi paljonkin tehdä, jos olisi itsekuria ja tarmoa".

"Mutta en usko sellaiseen henkilöön, joka tekee jotakin voimisteluliikkeitä ja sanoo että sinun pitää myös tehdä. Minun pitää tehdä sellaisia liikkeitä, jonka minä miellän kohdealueeseen hyväksi".

"Jokainen käy terveysasemalla hoitamassa itseään ja katsomassa omahoitopisteessä esimerkiksi verenpaineen. En minä osaa muuta vastata, kun ihmisen pitää vaan toimia".

”Mun täytyy sanoa että en osaa kaivata mitään. Että se on paljon itsestä kiinni, myös että ne jumpat, ne täytyy itte hoitaa ja ilmoittautua, että ei sitä kukaan tee sun puolesta. Jos sä haluat hoitaa kuntoasi ja terveyttäsi, niin sin täytyy pitää siitä huolta eli ottaa selvää mitä on missäkin”.

8 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä pohdittaessa, huomio kiinnittyy tutkimusaiheen eettiseen oikeuteen sekä arkaluonteisuuteen sekä tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuuden arviointiin. Menetelmälliset valinnat edellyttävät, myös eettistä pohdintaa. Tutkimuksen raportoinnissa analyysissa ja keruussa on arvioitava tutkimukseen osallistuneiden ja tutkijan suhdetta huomioiden keskeiset eettiset periaatteet, kuten hyvän tekeminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus sekä vahingon tuottamisen välttäminen. (Kylmä, Vehviläinen- Julkunen, Lähdevirta 2003:609.) Tämän opinnäytetyön aihe ja sisältö hahmottui opiskelun aikana edeten tutkimussuunnitelman laatimiseen ja tutkimusluvan hakemiseen. Tutkimuslupaa (liite1) haettiin Espoon kaupungin esikunta/kehittämisyksiköstä. Lupa myönnettiin maaliskuussa 2012. Espoon kaupungin kehittämisyksikkö edellyttää opinnäytetyön raportin lähettämistä yksikköön työn valmistuttua. Aineiston keräämisestä sovittiin erikseen yhden espoolaisen terveysaseman osastonhoitajan kanssa.

Tutkimukseen osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista ja sen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavalle kerrotaan tutkimuksen luonne ja hänelle on kerrottava tulosten julkaisemisesta. Lisäksi tutkittavalle tulee antaa mahdollisuus kysymyksille. Hän voi kieltäytyä antamasta tietojaan sekä hänen on saatava halutessaan keskeyttää tutkimus. (Kankkunen ym.2009:177- 180.) Opinnäytetyön haastateltavat saivat nähdä tutkimusluvan ja heille selostettiin henkilökohtaisesti, missä tutkimuksesta on kyse, kauanko tutkimus vie aikaa. Heille myös kerrottiin, että tutkimus tullaan nauhoittamaan. Haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön julkaisemisesta. Kaikki haastateltavat ilmoittivat halukkuutensa nähdä valmiin raportin. Ennen varsinaista haastattelujen aloittamista tutkimushaastattelurunkoa testattiin haastatteleamalla toisella paikkakunnalla asuvaa vastaajien ikäistä, ei kotipalvelua käyttävää henkilöä. Testihaastattelun jälkeen korjattiin tutkimushaastattelurunkoa joiltakin osin vastaamaan tutkimuskysymyksiä. Haastateltavat allekirjoittivat henkilökohtaisesti suostumuksensa tutkimukseen. Heille jaettiin tutkimustiedote, johon he saivat etukäteen tutustua. Haastateltaville myös vakuutettiin, että tutkimus on vapaaehtoista ja siitä saa tarvittaessa kieltäytyä tai sen voi halutessa keskeyttää.

Anonymiteetti on yksi keskeinen asia tutkimustyössä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, ettei tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille, aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja varmistetaan, että tutkittavien anonymiteetin säilyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Kvalitatiivisessa

tutkimuksen alkuperäisilmausten referoiminen ei myöskään saa paljastaa tutkittavan henkilöllisyyttä. (Kankkunen ym.2009: 177- 180). Opinnäytetyön aineistoa säilytettiin lukitussa paikassa. Koko aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyöprosessin päätyttyä. Opinnäytetyössä monet haastateltavat kertoivat avoimesti terveysongelmistaan ja arkaluonteisiksi tulkittavista asioistaan. Tutkimustuloksissa esitettyjen alkuperäisilmausten kirjoittamisessa vastaajien anonymiteetti pyrittiin huomioimaan.

Hyvän tieteellisen käytännön periaatteet on syytä pitää mielessä tutkimusta tehdessä. Ohjeissa tarkastellaan mm. tutkimusvilppiin liittyviä asioita. Niitä ovat mm. alkuperäisten havaintojen muuttaminen, perusteeton tulosten valikointi tai muuttaminen tai olennaisten tietojen poisjättäminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohje 2002.) Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa pyrittiin rehelliseen ja avoimeen tarkasteluun tutkittavasta ilmiöstä.

Objektiivisuuden tarkastelu on osa luotettavuuden arviointia. Havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus on syytä erottaa toisistaan. Tutkijan puolueettomuutta voidaan arvioida siinä, miten tutkija pyrkii kuulemaan ja ymmärtämään tiedonantajia itsenään vai suodattuuko tiedonantajalta saatu tieto tutkijan oman havainnoinnin tai oman kehyksen esim. uskonnon, virka-aseman tms. läpi. (Tuomi ym.2009: 136.) Opinnäytetyön tulosten raportoinnissa kiinnitettiin huomiota alkuperäisten ilmaisujen sanatarkkaan kirjoittamiseen juuri siten, kun asianomainen on sen lausunut. Johdattelua pyrittiin välttämään, mutta aiheen laajalaisuudesta johtuen, jotkut vastaajat ilmaisivat toiveensa saada tarkennusta kysymyksistä. Näin ollen tietynlaista johdattelua joidenkin haastattelukysymysten kohdalla tapahtui. Haastattelusta oli tehty kirjallisia muistiinpanoja, joista pystyi tarkentamaan litteroidun aineiston lisäksi asioiden oikeellisuutta. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston runsaudesta ja mielenkiintoisesta materiaalista johtuen, jouduttiin tutkimussuunnitelmassa esitettyjä tutkimuskysymyksiä jälkeempään vielä muokkaamaan ja luomaan uusia tutkimuskysymyksiä.

Laadullista tutkimusta varten laaditaan omat luotettavuuskriteerit. Kriteereissä korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista. (Kylmä ym.2003:613.) Uskottavuutta lisäävät tulosten selkeä kuvaaminen, analyysin ymmärrettävyys sekä tutkimuksen vahvuuksien ja rajoitusten kuvaaminen. Näin tarkastellaan analyysiprosessia sekä tulosten pätevyyttä eli validiteettia. Luotettavuuden arvioinnin kannalta on tärkeää, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkkaan käyttäen taulukointeja ja liitteitä, joissa etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen ym.2009: 160.) Opinnäytetyön analyysivaiheen haasteellisuus näkyi siinä, miten hyvin onnistuttiin pelkistämään aineistoa tutkimuskysymyksittäin ja muodostamaan luokkia siten, että ne kuvasivat juuri tutkittavaa ilmiötä. Tietyt teemat toistuivat useiden tutkimuskysymysten kohdalla useaan otteeseen, jolloin tutkimuskysymyksiin oli haasteellista löytää täsmällisiä vastauksia. Samaa asiaa tarkoittavilla asiakokonaisuuksilla oli mahdollista vastata useampaan tutkimuskysymykseen, jolloin joitain asioita ilmiön määritte-

lystä jäi opinnäytetyön tekijän varaan. Tulosten esittelykappaleen alkuperäisilmauksilla haettiin todistaa tutkimusaineiston ja tulosten välistä yhteyttä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Sisällönanalyysi pyrittiin kuvaamaan työssä tarkoin. Opinnäytetyön lähdeaineiston asianmukaisuuteen ja luotettavuuteen sekä merkitsemiseen kiinnitettiin erityisesti huomiota. Havainnollisuutta ja luotettavuutta helpotettiin kuvioiden ja taulukoiden avulla.

Yleistäminen ei laadullisessa tutkimuksessa ole tilastollisessa mielessä merkityksellistä. Taustalla on kuitenkin ajatus saada tutkittavasta ilmiöstä samanlaista pohjaa vastaavanlaisiin tapauksiin. Yleistämistä voidaan laadullisessa tutkimuksessa ajatella, myös siirrettävyyden näkökulmasta, jolloin sillä tarkoitetaan tutkimustulosten soveltumista toisenlaiseen toimintaympäristöön. (KvaliMOTV2012.) Opinnäytetyön siirrettävyyden kannalta vastaavanlainen teemahaastattelu voitaisiin toteuttaa hyvinkin toisella paikkakunnalla. Tuloksiin vaikuttaa luonnollisesti tutkittava ympäristö. Siinä mielessä olisi mielenkiintoista vertailla Espoon ja toisen paikkakunnan tuloksia toisiinsa.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tutkimusosiossa kuvattiin kotona asuvien yli 65-vuotaiden espoolaisten näkemyksiä terveyden edistämisestä sekä selvitettiin, mitkä palvelut espoolaisten ikääntyneiden ehdotusten mukaan edistävät terveyttä. Opinnäytetyön pohdinta luvussa tuloksia on tarkasteltu kunkin tutkimuskysymyksen mukaan.

Terveyttä edistävät tekijät espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

Terveyttä edistävät ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan terveelliset elintavat, joita olivat terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, riittävä uni, turhien lääkitysten välttäminen, tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuullinen käyttö.

Espoolaiset ikääntyneet toivat haastattelussa esille terveellisen ravinnon merkityksen. Se ymmärrettiin tärkeänä hyvinvointia lisäävänä tekijänä ikääntyneen arjessa. Terveellisen ruokavalion noudattamista tukee tutkimus, jonka mukaan eläkeläiset kiinnittävät ravinnon laatuun enemmän huomiota. Ruokavalio on muuttunut terveellisemmäksi. Silti vielä parantamisen varaa on runsaasti, sillä terveitä elinvuosia ja toimintakykyä vanhuuseläkkeelle siirtymisen jälkeen voidaan terveellisellä ravinnolla huomattavasti parantaa. (Helldan, Lallukka, Rahkonen, Lahelma 2011: 153- 158.) Ikääntyneillä ravitsemuksen riskitekijöitä voi myös olla ruokahalun vähentyminen, joka johtaa energia- ja proteiini-kadon myötä hitaaseen laihtumiseen ja sitä kautta lihaskatoon eli sarkopeniaan. Ikääntyneiden ravitsemusongelmat liittyvät iäkkäiden sairauksiin selkeästi enemmän kuin ikääntymismuutoksiin. (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg 2005: 5265.)

Tupakoimattomuus ja alkoholin kohtuukäyttö edistävät espoolaisten mukaan terveyttä. Joku vastaajista oli pistänyt merkille alkoholin käytön lisääntyneen kulutuksen ikääntyneiden keskuudessa. Ikääntyneitä alkoholin suurkuluttajia on maassamme kymmeniä tuhansia. Terveysthuollon tulisi yhä enemmän selvittää ikääntyneeltä alkoholin käyttö, sekä huomioida ikääntyneen suurkulutuksen raja, joka on alhaisempi muuhun aikuisväestöön nähden. (Aalto & Holopainen 2008: 1492.) Tutkimuksen mukaan tämän päivän eläkeläinen tupakoi vähemmän, mutta kuitenkin käyttää alkoholia enemmän kuin pari vuosikymmentä sitten. (Sulander, Helander, Rahkonen, Nissinen, Uutela 2005: 2983- 2988.)

Säännöllistä liikuntaa terveyden edistäjänä pitivät espoolaiset ikääntyneet yksimielisesti tärkeänä. Ikääntyneiden liikunnan haurastumista estävästä vaikutuksesta on selvää tieteellistä näyttöä (Pitkälä 2008: 939.) Hirvensalon mukaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä on merkittävä rooli neuvojen antajana, etenkin liikkumisvaikeuksia tai sairauksia poteville ikääntyneille. Yksilöllinen neuvonta ja myönteisten asenteiden tukeminen liikkumista kohtaan on osoittautunut tärkeäksi tehtäväksi terveysalan ammattilaisille. (Hirvensalo 2002:81.) Espoolaiset ikääntyneet toivat esille toiveensa yksilöidystä ohjauksesta mm. liikunnan suhteen. Espoon terveys- ja liikuntatoimen palvelut saivat kiitosta espoolaisilta ikääntyneiltä. Tiedon saamista terveysasioista espoolaiset ikääntyneet pitivät tärkeänä. STM: n terveyden edistämisen suosituksessa tiedon jakaminen, liikunnan ohjaus, neuvonta sekä liikuntapaikkojen kunnossapitäminen ovat terveysliikunnan edistämässä merkittävät palvelumuodot (STM 2006:48).

Unen merkitys mainittiin espoolaisten ikääntyneiden haastattelussa terveyttä edistävänä tekijänä. Tutkijoiden mukaan vanhuusiässä unen rakenne muuttuu siten, että vilkeunen ja syvän unen määrä vähenee, jolloin uni tuntuu kevyemmältä ja herätään herkemmin ympäristön ärsykkeisiin. Uni valvetrytmi on todettu muuttuvan siten, että nukkumaanmeno aikaistuu ja vastaavasti herääminen aikaistuu. Unettomuus ei sinänsä liity ikääntymiseen, mutta se voi usein olla seurausta arjen huolista. Myös somaattiset ja psyykkiset sairaudet aiheuttavat uniongelmia. Pitkäaikaiset uniongelmat saattavat johtaa huomattavaan toimintakyvyn heikkenemiseen, jopa laitoshiitoon erityisesti muistisairaiden vanhusten kohdalla. (Talaslahti, Alanen, Leinonen 2012:151,155.)

Turhien ja päällekkäisten lääkitysten käyttäminen mainittiin espoolaisten ikääntyneiden haastattelussa. Tätä tukevat asiantuntijoiden kirjoitukset liian suurista lääkemääristä. Ikääntyneiden lääkehoidossa tulee välttää moni lääkitystä, mutta myös turhia sedatiivien ja antikolinergisten aineiden käyttöä sekä päällekkäistä lääkitystä niiden interaktioiden vaaran vuoksi. (Kerpola- Sirola, Klaukka, Hartikainen 2003: 294.) Erilaisten geriatrinen hoitokäytäntöjen ja lääkkeettömien hoitojen tuloksellisuudesta on jo vahvaa tutkimusnäyttöä. Lääkkeettö-

män hoidon toteuttaminen vaatii gerontologista asiantuntemusta ja uusia hoitokäytäntöjä ja malleja. (Pitkälä 2008: 939.)

Terveyttä edistävät ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan aktiivinen toiminta, joita edustavat harrastukset ja muut kiinnostuksen kohteet. Aktiivinen tekeminen pitää mielialan virkeänä. Tätä tukee myös Lampisen väitöskirja aktiivisista iäkkäistä, jotka voivat psyykkisesti paremmin. Hän selvitti kahdeksan vuoden ajan jyvaskyläläisten 65- 84-vuotiaiden fyysistä aktiivisuuden, harrastustoiminnan sekä liikkumiskyvyn välisiä yhteyksiä. Liikkumiskyvyn heikkeneminen tutkimuksen mukaan alensi myös psyykkistä hyvinvointia. Sosiaaliseen toimintaan osallistuminen lisäsi ikääntyneiden hyvinvointia. Liikuntakyvyn ja sitä kautta aktiivisuuden säilyttämiseksi tulisi vähentää liikkumisen esteitä sekä yksilön että yhteiskunnan taholta. (Lampinen 2004.)

Espoolaiset ikääntyneiden mukaan sosiaaliset suhteet ovat tärkeitä terveyden edistämässä. Sosiaalisia suhteita edustivat mm. puoliso ja sukulaiset. Jotkut ikääntyneet toivat esille yksinäisyyden välttämisen tärkeyden. Espoolaisten ikääntyneiden ajatuksia tukee eläkeläisten valtakunnallinen terveystutkimus, jossa kuvataan suomalaisten 65- 84-vuotiaiden aktiivista sosiaalista osallistumista. Sosiaalisilla suhteilla on keskeinen merkitys ikääntyneiden hyvinvointiin ja terveyteen. Viisi prosenttia 75- vuotta täyttäneistä suomalaisista kärsii usein tai peräti aina yksinäisyydestä. Ikääntyneiden arvellaan olevan yhä enemmän aktiivisempia tulevaisuudessa. (Nummela 2009: 2110- 2111.)

Ikääntyneet espoolaiset kuvasivat terveyden edistämisen lisäävän hyvän olon kokemuksia. Tällä tarkoitettiin tervettä olotilaa ja kivuttomuutta. Rissanen väitöskirjatutkimuksen mukaan hyvän olon kokemukset liittyivät omaan terveydenhuoltoon ja koettuun terveydentilaan. Hyvää olotilaa koettiin silloin, kun ei ilmennyt kipuja ja sairaudet olivat hallinnassa. (Rissanen 1999: 107.9)

Tietoa terveydestä espoolaiset ikääntyneet saivat tiedotusvälineistä ja terveystalvelujen kautta. STM: n terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta julkais- tun raportin mukaan terveyden edistämistä tarkasteltiin eri interventioiden, kuten valistus- materiaalien, puhelinpalvelun (esimerkiksi tupakan vierottaminen) tai kohderyhmän joukko- tiedotuskampanjan sekä suoraan yksilöön (mini-interventio) tai ryhmään kohdistetun neuvon- nan näkökulmista. Raportin mukaan keskeisten kansanterveysongelmien kuten sydän- ja veri- suonitautien, 2-tyyppin diabeteksen ja kotitapaturmaturmien aiheuttamien riskitekijöihin voi- daan vaikuttaa interventioiden kautta. (Kiiskinen ym.2008:3.)

Terveyden edistämisen motiivit espoolaisten ikääntyneiden mukaan

Terveyden edistämisen yhtenä motiivina oli ikääntyneillä espoolaisilla itsenäisyyden säilyttäminen. Itsenäisyyden säilyttämiseen liittyi toive asua kotona mahdollisimman pitkään. Palomäen tutkimus osoitti, että vanhuutta varjostivat epävarmuus toimintakyvyn ja terveyden menetyksestä ja sitä kautta pelko siitä, kuka hoitaa tulevaisuudessa, ja missä joutuu asumaan. (Palomäki 2004:112.) Espoolaisten ikääntyneiden kotona asumisen toiveita tukee Espoon ikäpoliittinen ohjelma, jonka tavoitteena on kehittää nykyisen kotihoitopalvelujen ohella uusia toimintamuotoja kotona asumisen tukemiseksi. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015,31.)

Toimintakykyisyyden säilyttäminen motivoi espoolaisia ikääntyneitä edistämään terveyttään. Eloranta väitöskirjassaan tutki erään länsisuomalaisen kunnan kotihoidon asiakkaita. Kotihoidon asiakkaat kuvasivat omien voimavarojen muodostumista elämänhallinnan tunteesta sekä toimintatahdon säilymisestä. He ammensivat voimavaransa arjen toimista ja harrastuksista sekä sosiaalisesta verkostosta. Kotihoidon asiakkaat eivät aina kokeneet riittävästi kotihoidon ammattihenkilöstön tukevan heidän toiveitaan voimavarojen tukemisesta. (Eloranta 2009.)

Elämänhalusta muodostui motiivi edistää terveyttä espoolaisia ikääntyneiden mukaan. Sitä kuvattiin toiveena elää pitkään. Elämän tarkoituksellisuutta on tutkittu melko vähän. 16-vuoden seuraututkimuksessa vuosina 1996 ja 2004. Seuraututkimuksen aikana suurin osa koki elämänhalunsa pysyneen ennallaan, vaikka sen jonkin verran naisten kohdalla väheni. Voimanhäpeistä tärkeimmät olivat tutkimuksessa ihmiset ja uskonto. (Read & Suutama 2008: 130.)

Terveyden edistämisen tärkeänä motiivina ikääntyneet kuvasivat lisäksi sosiaalisia suhteita kuten lasten ja lastenlasten elämän seuraamisen tulevaisuudessa. Ikääntyneiden yhdeksi tärkeäksi voimavaraksi muodostuvat sosiaaliset vuorovaikutussuhteet. Vaarama ym. (1999) mukaan yli 60- vuotiaista 85 % oli ainakin viikoittain yhteydessä lähisukulaisiin tai perheeseensä ja jopa puolet päivittäin. Perhe on keskeisin elementti ikääntyneen sosiaalisessa verkostossa. Tiiviit suhteet sekä vastavuoroisuus lasten ja ikäihmisten välillä ovat todellisia. Juuri läheiset, kuten puoliso, lapset, lastenlapset, miniä ja vävy sekä omat sisarukset ovat ikääntyneiden ihmisten pääasiallisin avun lähde apua tarvittaessa. Viisitoista prosenttia 50-vuotiasta ei ole solminut koskaan avioliittoa. Ilman perhettä noin 22 % elää 1947 vuonna syntyneistä. (Koskinen 2004: 75.)

Terveysaiheinen tieto ja tuen saaminen omaan tilanteeseen soveltaen lisäsivät osaltaan espoolaisten ikääntyneiden motivoitumista terveyden edistämiseen. Tiedon saamiseksi terveysneuvonnalla on tärkeä rooli ikääntyneen elämässä. Se korostui useaan otteeseen eri tutkimus-

kysymysten kohdalla. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan henkilökohtaisessa asiakassuhteessa toteutettavaa neuvontaa, jonka perustana on ammattihenkilön tekemä arvio asiakkaan terveydentilasta. Terveyskasvatus on ikään kuin terveysviestinnän ja neuvonnan yläkäsite. (Rimpelä 2005:4654.)

Ikääntyneet espoolaiset halusivat saatua tietoa itse soveltaa omaan tilanteeseensa sopivaksi. Kivistön mukaan elintapojen muutokset tapahtuvat vaiheittain. Ihmiset ovat valmiita muuttamaan sitten, kun ovat siihen valmiita. Vahva usko omiin mahdollisuuksiin hallita terveytensä edellytyksiä, johtaa yleensä parempaan hoitotulokseen. (Kivistö 2007: 3066.)

Terveiden tukeminen espoolaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan

Sosiaaliset suhteet, kuten omat läheiset ja ystävät sekä tuttavat olivat keskeisessä asemassa ikääntyneiden espoolaisten terveyden tukemisessa. Päinvastoin ajateltuna sosiaalisella eristäytymisellä on haitallisia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Yhteiskunnan ikääntyessä ihmiset asuvat yhä enemmän yksin. Tähän vaikuttavat menetykset, mielenterveysongelmat, huono fyysinen terveys, omaishoitajana toimiminen, kommunikaatio, asuinpaikka sekä kuljetusvaikeudet. Sosiaalisella eristäytyneisyydellä on yhteyksiä dementiaan lisääntymiseen, masennukseen, itsemurhiin, jopa kuolleisuuteen. (Jyrkämä, Puustelli, Ylilahti 2009:160.)

Espoolaiset ikääntyneet kokivat terveellisen ympäristön tukevan heidän terveyttään monella tavoin. Kodin esteettömyyttä ja viihtyisyyttä sekä palvelujen läheisyyttä pitivät espoolaiset ikääntyneet tärkeänä arjen sujumisen kannalta. Vaaraman (2004) edustavalla kyselyaineistolla (n=3195) tehdyssä tutkimuksessa toimintakyky oli sidoksissa elinympäristöön. Asunnon liikuntaesteet vähensivät hyvää toimintakyvyn kokemusta 40 %. Asunnon esteettömyys kohottaa elämänlaatua ja sillä on vaikutuksia fyysiselle toimintakyvylle. Kaupunkiympäristö luonnollisesti lisää tyytyväisyyttä, koska monipuoliset vapaa-ajan ja muiden palvelujen tarjoajat ovat ikääntyneiden ulottuvilla. (Vaarama 2009: 127- 129.) Ulkoileminen viherympäristössä tuottaa iloa ja on siten parantamassa mielialaa. Suomessa on saatu lupaavia tuloksia viherympäristön positiivista vaikutuksista laitoksissa asuvien hyvinvointiin. (Sulander 2009:2297.)

Espoolaisten ikääntyneiden näkemyksiä ympäristön vaikutuksista tukee myös tanskalainen tutkimus, jossa selvitettiin seniorien kokemuksia yhteisöasumisesta toimintaa edistävässä ympäristössä. Teemahaastattelussa käsiteltiin kolmea seniorien asumisen teemaa, joita olivat toimintaympäristö, toimintakyky sekä toiminnalliset valinnat. Hallinnan tunne ja omat päätökset, yksilöllisyyden turvaaminen sekä toverisuhteet olivat tärkeitä. Tutkimus osoitti, että osallistujien rajoitukset toimintakyvyssä ja valinnoissa olivat yhteydessä heidän fyysiseen ja psyykkiseen ympäristöönsä. (Andersen, Runge 2002:156.)

Terveyden huollon tarjoamat palvelut sekä muut terveyttä edistävät palvelut, kuten liikunta- palvelut olivat tärkeitä tuen muotoja ikääntyneiden espoolaisten arjessa. Lääkärille pääsyä pidettiin yhtenä keskeisenä tuen muotona. Espoolaiset käyttivät terveyskeskuslääkärin lisäksi myös yksityisiä lääkäreitä, etenkin silloin tarvitsivat erikoislääkärinä. Yli 75-vuotiaiden kuopio- laisten vanhusten lääkäri- ja kotipalveluiden käyttöä selvittävässä tutkimuksessa todettiin, että 75-vuotiaat vanhuksat käyttävät sekä yksityisiä, että julkisia palveluita. Yksityisen käyn- timäärät olivat pienempiä kuin julkisella. Yli 75-vuotiaan toimintakyky tai varallisuustaso ei- vät suoraan määrittäneet ohjautumista yksityisten tai julkisten palveluiden lääkäripalveluiden asiakkaaksi. Kotipalveluasiakkaat olivat yksityisen sektorin asiakkaita huonompikuntoisia ja pienempituloisia. (Rissanen, Rahkonen, Hämäläinen ym. 2001: 925- 928.)

Espoolaiset ikääntyneet kertoivat saavansa tukea terveyden edistämiseen erilaisesta ryhmä- toiminnasta. Kiitosta ikääntyneet antoivat Espoon liikuntatoimelle. Myös muiden tahojen, ku- ten seurakunnan järjestämässä kerhoissa käytiin ahkerasti. Ikääntyneet hyötyvät aktiivisuutta lisäävästä ja tavoitteellisesta sosiaalisesta ryhmätoiminnasta. Vanhustyön keskusliiton valta- kunnallisessa tutkimuksessa hyödynnettiin ryhmädynamiikkaa sekä vertaistukea yksinäisyyden lievittämisessä. Ryhmien aiheina olivat muun muassa liikunta, elämykset, keskustelut ja omasta elämästä kirjoittaminen. Ryhmätoiminta osoittautui erittäin tuloksekkaaksi. Se paran- si osallistujien terveydentilaa, kognitiota ja elämänlaatua sekä vähensi merkittävästi sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Tämänlaatuinen, huolellisesti suunniteltu interventio lisäsi osal- listujissa toimijuuden tunnetta, arvokkuuden kokemuksia sekä autonomiaa, jotka ovat ikään- tyneiden toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta keskeisiä tekijöitä. (Pitkälä & Routasalo 2012:1215 -1216.)

Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut espoolaisten ikääntyneiden ehdotuksiin perustuen

Espoolaiset ikääntyneet toivoivat terveystoimen palveluilta sujuvuutta ja hyvää yhteyden saantia terveysasemalle. Etenkin nopeaa pääsyä lääkärin vastaanotolle toivottiin. Terveyttä edistävästä palveluista kaivattiin ikääntyneen yksilöllistä huomioimista, ikääntyneen asioihin perehtymistä sekä palvelun koordinoimista jollekin asiakasvastaavalle työntekijälle. Tämä tukee hyvin ajatusta kehittää palveluita enemmän yksilöllisemmäksi, huomioiden asiakkaiden ääni palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Espoon kaupungin teettämässä tutkimukses- sa (2011) selvitettiin espoolaisten mielipiteitä kunnallisten palvelujen laadusta. Espoon kun- tapalvelut kyselyssä espoolaiset toivat esiin tyytymättömyytensä terveyskeskusten lääkäripal- veluihin ja hammaslääkäripalveluihin. Vanhusten kotihoitoa vastaajat pitivät useimmiten en- nemminkin huonosti kuin hyvin hoidettuna, tosin suuri osa vastaajista ei osannut sanoa mieli- pidettä asiasta. (Kuntapalvelut Espoossa 2011.)

Tutkimuskirjallisuudessa on yksilöllisyyttä terveydenhuollossa kuvattu potilaiden, omaisten sekä henkilöstön näkökulmista. Yksilöllisistä hoitomenetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta on vielä melko vähän näyttöä. Tulisikin arvioida sitä, mitä terveys ja sairaus kunkin elämässä merkitsevät. Asiakkaalle "räätälöidyt" vastaanotot tai yksilöllistetyt interventiot ovat "osuvia", tehokkaita ja siten myös kustannustehokkaita. Yksilöllistä hoitoa saaneet potilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa, mikä osaltaan motivoi ja sitouttaa potilasta hoitoonsa. Näyttöä on siten saatu yksilöllisen hoidon kohentavasta vaikutuksista potilaan terveydentilaan ja elämänlaatuun. (Suhonen, Puro, Leino- Kilpi 2006: 4251- 4252.)

Yhteisöllisyys, ihmisten kohtaaminen ja muu lähipiirin sekä naapuruston antama apu mainittiin yhtenä terveyttä edistävänä tekijänä ikääntyneiden espoolaisten ehdottamina. Tukipalveluista toivottiin erilaisia kotiin tuotuja palveluja. Samaa vahvasti yli 80-vuotiaita iäkkäitä koskeva hyvinvointitutkimus, jonka mukaan elämänlaadun parantamiseksi, oli tärkeää saada apua heitä tyydyttävällä ja riittävällä tavalla. Avun saaminen ylipäältään oli tutkimuksen mukaan merkityksellisempää, kuin se, mistä apua saatiin. Apu tuli omaisilta, läheisiltä sekä yksityiseltä sektorilta (palveluasuminen). Ikääntyneiden kolmannelta sektorilta hankkima apu oli myös lisääntynyt. (Vaarama 2009: 127- 128.)

Taloudellinen tilanne tuli esille espoolaisten ikääntyneiden haastattelussa. Huoli elinkustannusten noususta, suhteessa eläkkeiden nousuun verraten, on monelle eläkeläiselle todellinen. Yhä enenemässä määrin ikääntyneet joutuvat maksamaan erikseen erilaisista palveluista. Pohjoismaisen sosiaalitaloustutkimuskeskuksen (NOSOSCO) tilaston mukaan Suomessa iäkkäiden suhteellinen köyhyys on muihin Pohjoismaihin verraten yleisempää. Samalla hoivapalvelujen kattavuus on matala. Tilannetta voidaan pitää uhkana iäkkäiden ja erityisesti naisten hyvinvoinnille. Tilaston mukaan kaikissa Pohjoismaissa turvataan kohtuullinen toimeentulo, vaikkakin pienituloisimpien yli 75 vuotta täyttäneiden ja erityisesti 80-vuotiaiden naisten eläketasoa Suomessa voitaisiin perustellusti korottaa. (Vaarama 2009: 136- 139.) Kuntapalvelut Espoossa kyselyn mukaan taloudellisia vaikeuksia koskevan kysymyksen kohdalla useimmin mainittiin pieni eläke, pieni palkka ja liian pienet tulot pakollisiin menoihin nähden. (Kuntapalvelut Espoossa 2011.)

Tiedon saaminen palveluista ja terveyttä edistävästä aiheista eri kanavien kautta osoittautui tärkeäksi elementiksi, espoolaisten ikääntyneiden terveyden edistämisessä. Saatua tietoa espoolaiset ikääntyneet halusivat soveltaa yksilöllisellä tavalla omaan tilanteeseen sopivaksi. Tutkimustulokset osoittavat, että yksilöllisesti suunnatut hoito- ja opetuskokonaisuudet ovat erityisen tehokkaita sairauksien ehkäisyssä. Vahvaa näyttöä on siitä, että yksilöllistetyt materiaalit ja opetusohjelmat auttavat tehokkaimmin elintapamuutosten toteutumisessa kuin standardoidut opetuspaketit ja ohjeet. (Suhonen ym. 2006:4252.)

Osa espoolaisista ikääntyneistä haastattelun mukaan osasi käyttää nettiä apunaan ja osa koki sen käyttämisen vaikeaksi. Espanjalaisessa tutkimuksessa oli kartoitettu esteitä ja etuja liittyen terveysaiheisen tiedon saamiseksi verkkosivujen avulla. Suurimmiksi esteiksi tulivat vapaa nettiin pääsyn puute, huijatuksi tulemisen pelko sekä nettiriippuvuuden pelko. Internet sivustoja pidettiin hyödyllisenä välineenä terveyden edistämässä, kuten liikunnan sekä ystäväpiirin lisäämisessä. (Gusi, Prieto, Forte 2008: 449.)

Terveyden edistämässä ikääntyneiden espoolaisten oma osuus ja vastuu korostuivat. Terveyden edistämistä ei siten vieritetty ainoastaan yhteiskunnan tuottamien palveluiden tehtäväksi, vaan ikääntyneet näkivät oman aktiivisuuden ja itsestä huolenpidon tärkeäksi voimavaraksi terveytensä edistämässä. Espoolaiset ikääntyneet halusivat säilyttää itsemääräämisoikeutensa terveyttään koskevissa asioissa. Näkemys tukee voimaannuttavan vanhuskäsityksen ajatusta sekä teoriaa ihmis- ja voimavarakeskeistä terveyden edistämisestä. Voimavarakeskeisyys merkitsee oman elämän haltuunottoa ja tietoista suuntaamista, jossa korostuvat autonomia, tasa-arvoisuus, kumppanuus, yhteisön osallistuminen, neuvottelu sekä itsemääräämisoikeus. (Liimatainen ym. 1999: 103.)

10 Toimintamalli ikääntyneiden terveyden edistämisestä

Opinnäytetyön tutkimusosiossa tutkimuskysymyksillä selvitettiin ikääntyneiden espoolaisten näkemyksiä terveyden edistämisestä ja kysyttiin heidän ehdotuksiaan, mitkä palvelut edistävät heidän terveyttään. Opinnäytetyön tutkimustuloksiin perustuen luotiin toimintamalli, joka on esiteltyä kuviossa neljä.



Kuvio 4. Toimintamalli ikääntyneiden terveyden edistämisestä

Toimintamallissa on sovellettu Rantanen & Toikko (2009) käyttäjä- ja toimijalähtöisen kehittämisen ymmärrystapaa, jota voidaan kutsua ihmiskeskeiseksi suunnitteluksi (human-centered design). Siinä korostetaan kehittämisen kohdentamista ihmisten tarpeisiin. Tavoitteena on pyrkiä kehittämään esimerkiksi toimintatapaa tai palvelun tai tuotteen käytettävyyttä hyvän suunnittelun kautta, johon saavat käyttäjät itse konkreettisesti osallistua. Perinteinen kehittämiskonsepti, jossa asiantuntijat ja johtajat tietävät, mitä pitää tehdä, ei ole enää riittävää. Näin ollen käyttäjien keskeiset osallistumista korostavat prosessit ovat kehittämisen keskeisiä elementtejä. (Toikko & Rantanen 2009.) Usein terveyden edistäminen lähtee traditionaalista, asiantuntijakeskeisestä lähestymistavasta, joka keskittyy yksilön käyttäytymisen muuttamiseen. (Sjögren ym. 2002: 65).

Toimintamallin syntymisen taustalla on ajatus ns. empaattisesta kehittämisestä, jolla tarkoitetaan tietynlaista herkkyyttä ymmärtää tavallisten käyttäjien ja toimijoiden tarpeita. Heitä konsultoidaan ja kuullaan asiantuntijoina, vaikka eivät itse osallistu varsinaiseen kehittämis-

toimintaan. (Toikko & Rantanen 2009.) Toimintamalli perustuu ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden espoolaisten näkemyksiin ja ehdotuksiin terveytensä edistämisestä. Näin ollen he ovat osaltaan kehittämässä ikääntyneiden terveyden edistämistä, vaikka eivät ole itse konkreettisesti olleet mallia luomassa.

Toimintamallin ytimessä on ikääntynyt itse *omine valintoineen ja tahtoineen*. Ikääntynyt voi vaikuttaa monin keinoin terveytensä edistämiseen ja sitä kautta kokea vanhenemisen voimaannuttavana. Ikääntyneen terveyden edistämisen toimintamalli koostuu kuudesta eri ulottuvuudesta, joita ovat *motivaatio, terveys- ja toimintakykyisyys, elintavat, tieto terveydestä, elinympäristö sekä sosiaalisista suhteet* (läheisten merkitys). Terveiden edistämisen näkökulmasta ikääntynyt tekee valintojaan ja päätöksiään näiden ulottuvuuksien osalta omassa elämässään jatkuvasti.

Motivaatio syntyy ikääntyneen omiin tavoitteisiin ja onnistumisen kokemuksiin liittyvistä tekijöistä. Opinnäytetyön tutkimusosiossa yhdeksi motivaation lähteeksi ikääntyneet kuvasivat sosiaaliset suhteet kuten esimerkiksi omien lastensa ja lastenlastensa elämän seuraamisen. Lisäksi toimintakykyisyys kuten esimerkiksi liikuntakyvyn säilyminen näyttäytyi ikääntyneen elämässä tärkeänä motiivina huolehtia terveydestä. Itsenäisen elämän säilyttämistä pidettiin merkittävänä motiivina edistää terveyttä. Ikääntyneen tulee saada itse vaikuttaa oman terveytensä edistämisen suunnitteluun omista motiiveista käsin. Tämä on otettava huomioon kaikissa ikääntyneen hoivan tai palveluiden toteuttamisessa ja päätöksen teossa.

Ikääntyneen *terveys ja toimintakykyisyys* vaikuttaa päätöksentekoon ja valintoihin terveyden edistämisessä. Terveystila määrittää ikääntyneen toimintakyvyn mahdollistaen kaiken tekemisen ja harrastamisen, jolloin myös tukitoimet tulee suunnitella yhdessä ikääntyneen lähtökohdista käsin. Opinnäytetyön tulosten mukaan espoolaiset ikääntyneet ehdottivat tukitoimiksi erilaisia kotiin järjestettäviä palveluja tai esimerkiksi kaupassa avustamista tai nettitukea.

Terveelliset *elintavat* tukevat ikääntyneen toimintakykyisyyttä arjessa. Näihin tekijöihin voi vain ikääntynyt itse viime kädessä vaikuttaa. Tällä tiedolla on merkitystä silloin kun suunnitellaan esimerkiksi ikääntyneiden terveellisten elämäntapojen käsitteleviä ohjelmia tai tietoisuuksia. On vaikeaa innostua esimerkiksi laihduttamaan, jos ikääntynyt itse ei näe lihavuutta ongelmana. Tähän liittyneenä oikeanlaisen ja kohdistetun terveysaiheisen tiedon saamisen tarkeys korostuu ikääntyneen terveyden edistämisessä. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että haastateltavien mielestä *tiedon* saaminen palveluista oli hajanaista. Myös tietoa omasta terveydentilasta pidettiin merkityksellisenä. Näistä lähtökohdista ikääntyneille suunnatuista terveydestä voisi olla hyötyä. Terveystietoa saatua tietoa voisi ikääntynyt itse arvioida omasta tilanteestaan käsin. Haastateltavat ehdottivat ikääntyneille ns. koordinoitua

palvelua, jolloin ikääntyneen asioihin perehdyttäisiin "yhden luukun" periaatteella ja siten ohjaus oikeisiin palveluihin tai tukimuotoihin konkretisoituisi tehokkaasti ja vaivattomasti. Yhteistyötä ja tiedottamista eri palvelutahojen kanssa olisi syytä lisätä ja tehostaa entistä enemmän. Opinnäytetyön tulokset osoittivat tiedon olevan hajanaista, eikä sitä osata etsiä oikeista paikoista. Espoossa toimii Seniorineuvontapuhelin, johon voi soittaa arkisin. Myös neuvoja on tavattavissa tiettyinä ajankohtina Espoon palvelutaloissa. (Espoon ikäpoliittinen ohjelma 2009: 29.)

Elinympäristöllä on vaikutusta ikääntyneen elämään ja arkeen. Halu asua kotona mahdollisimman pitkään oli espoolaisten ikääntyneiden suurena toiveena. Espoon ikäpoliittisessa ohjelmassa on yhtenä linjauksena laitosasumisen vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen. Kokonaisvaltaista kotihoitoa Espoossa kehitetään jatkuvasti. Kynnystä päästä kotihoidon asiakkaaksi madalletaan. Tarvittaessa ennakoivilla kotikäynneillä voitaisiin kartoittaa ikääntyneen elinympäristöä ja siellä selviytymistä riittävän aikaisessa vaiheessa. (Espoon ikäpoliittinen ohjelma 2009: 30.)

Sosiaaliset suhteet, etenkin läheiset ovat tärkeitä ikääntyneen elämässä. Tästä syystä on tärkeää kartoittaa ikääntyneiden palveluja ja tukitoimia suunnittelussa ikääntyneen koko sosiaalinen verkosto ja muut sosiaaliset kontaktit. Ryhmä ja kerhotoiminta auttavat ikääntyviä sosiaalisten kontaktien luomisessa. Myös ikääntyneiden ruokailupaikat ja muut kohtaamispaikat, esimerkiksi kuntosalit ovat tärkeitä terveyttä ja toimintakykyisyyttä tukevia toiminnan muotoja, joihin Espoon kaupunki on kiitettävästi panostanutkin.

Toimintamallin avulla näkemään kokonaisvaltaisesti ikääntyneiden tarpeita ja kiinnostuksen kohteita. Toimintamalli antaa viitteitä siitä, millä tavoin yhteiskunnan terveystaloutta ja muita tukitoimia kohdennetaan ja kehitetään monipuolisesti, tehokkaasti sekä taloudellisesti ikääntyneiden hyväksi. Mallia voidaan käyttää esimerkiksi ikääntyneiden terveystarkastusten, lääkärin vastaanoton sekä kotikäyntien suunnittelussa. Toimintamalli voi olla käyttökelpoinen myös muilla ikääntyneiden palveluja tai tukimuotoja suunnittelevilla sektoreilla.

Lähteet

- Aalto, M., Holopainen, A., 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*. No.124,1492-1498.
- Aarnikka, Perho & Wrede. 2011. Poliitiikkaohjelman loppuraportti. Vaalikausi 2007-2011. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 6/2011. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 12.8.2012.
<http://vnk.fi/julkaisukansio/2011/j06-politiikkaohjelmien-loppuraportti-j09-politikprogrammens-j10-policy/pdf/fi.pdf>
- Andersen, M, Runge, U. 2002. Co-housing for Seniors Experienced as an Occupational Generative Environment. *Scandinavian journal of occupational therapy*. No.9, 156-166.
- Eloranta, S. 2009. Sosiaali- ja terveyshuollon yhteistyö ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. *Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto*. Viitattu 10.10.2012.
<http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/0/9b741cb7cbd466acc2257641003c354b?OpenDocument>
- Eskola, J, Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. Vastapaino.
- Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009- 2015. Täyttä elämää ikääntyneenä. Espoon kaupunki Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/ 2009.
- Fogelhom, M. 2006. Onko yli 70- vuotiaan tarpeen laihduttaa? *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 61. No 32, 3109- 3111.
- Gusi, N., Prieto, J., Forte, D. 2008. Needs, interests, and limitations for the promotion of health and exercise by a web site for sighted and blind elderly people: A quality exploratory study. *Educational Gerontology*. 34/ 2008, 449-461.
- Haarni, I. 2010. Eläkeläisten kohtaamispaikat eläkeläisten tekemisen ja tapaamisen yhteisönä. *Gerontologia lehti* Vol. 24. No 1, 3-12.
- Halvorsud, L., Kirkevold, Diseth, Å., Kalfoss, M. 2010, Quality of life model: Predictors of Quality of Life among sick older adults. *Reach and theory for nursing practice: An journal* Vol. 24 No.4, 241-255.
- Hansson, A-L., Heinola, R., Raassina, A-L., Seppänen, M. 2008. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja Terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. 3/ 2008. Viitattu 12.8.2012
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf
- Heikkinen, E. 2003. Sosiaalis- taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim. Tampere: Tammer- Paino Oy, 319- 328.
- Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 130- 144.
- Helin, S. 2003. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Kustannus Oy Duodecim. Tampere: Tammer- Paino Oy, 336- 350.
- Helldan, A., Lallukka, T., Rahkonen, O., Lahelma, E. 2011. Ruokailutottumusten muutokset vanhuuseläkkeelle siirryttäessä. *Suomen Lääkärilehti*. Vol.66. No 3, 153- 158.

Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gudeamus University.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ohje. 2002

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T., Heikkinen, E. 2003. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. Tampere: Tammer- Paino Oy, 371- 773.

Hirvensalo, M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Jyrkämä, J., Puustelli, A., Ylilähti, M. 2009. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtion kanslian raportteja. Vaarama M. (toim.) 3/2009.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä-hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehyykseksi. Gerontologia- lehti No 4, 267-323.

Jyrkämä, J. 2001 Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Sankari, A., Jyrkämä, J. (toim.). Lap-suudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. 1. painos. Tampere: Vastapaino, 267-323.

Kankkunen, P. Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä . Helsinki: WSOY pro.

Kattainen, E. 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen - ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelminä. Teoksessa. Pietilä, A-M. (toim.). Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOY Pro Oy. 195-207.

Kela. 2012. Vanhuuseläke. Viitattu 10.1.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/220801145724EH>

Kerpola-Sirola, I., Klaukka, T., Hartikainen, S. 2003. Vanhus lääketakan alla, eikä uutta auringon alla. Suomen Lääkärilehti. Vol. 58. No. 3, 292- 294.

Kiiskinen, U., Vehko, Matikainen, K., Natunen, S., Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja. 2008 Helsinki.

Kivistö, S. 2007: Elintapojen ohjaus onnistuu paremmin, kun lääkäri osaa tarttua hetkeen. Suomen Lääkärilehti Vol. 35. No 62, 3066-3068.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyminen voimavarana, tulevaisuuden liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki. 33/ 2004.

Kuntapalvelut Espoossa 2011. FCG. Finnis Consulting Group. Espoon kaupungin teettämä tutkimus. Viitattu 14.11.2012
<http://www.espoo.fi/download/noname/%7BF9A6ABCD-FF65-48A6-BB2D-FBCCEE15973%7D/12019>

Kuusinen, J. 2003. Älykkyys ja vanhenemine. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. Tampere: Tammer- Paino Oy, 169- 173.

Kvali Motv. Yleistäminen. Viitattu 26.10.2012
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_3.html

Kylmä, J., Vehviläinen- Julkunen, K., Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus- mitä , miten ja miksi? Duodecim No. 119, 609-615.

Kärnä, S. 2009. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien henkilöiden elämäkulun seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupungissa. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto.

Laitalainen, E., Helakorpi, S., Uutela, A. 2010. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993- 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 30/2010. Helsinki.

Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T, A. Uutela 2010. Eläkeläisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. Suomen Lääkärilehti Vol.65. No 41, 3295-3301.

Lampinen, P. 2004. Aktiiviset iäkkäät voivat psyykkisesti paremmin. Väitöskirjatutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.10.2012
<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2004/08/tiedote-2009-10-01-20-44-05-901185>

Lehtonen, H. 2008. Ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Haastattelututkimus kotona asuville kuopiolaisille ikääntyneille. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro- gradu tutkielma: Kuopio.

Liimatainen, L. 2007. Terveyden edistäminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 30- 38.

Liimatainen, L. Poskiparta, M, Sjögren, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol. 36.No 2, 99-109.

Leinonen, A. 2007. Tuottava ikääntyminen, käsitteestä käyttömahdollisuuksiin. Yhteiskuntapolitiikka Vol.72 .No.3, 295-308.

Lyyra, T-M. 2007. Terveyden edistämisen lähtökohdat. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 16-28.

Metsämuuronen, J, 2001: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. E-kirja. Viro. Methelp Ky.

Mikkola, T., Nemlander, A., Tero, T. 2011. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2011. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Kuntaliitto. Helsinki

Mustajoki, P., Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu ja vaikuttava terveysneuvonta Viitattu 9.9.2012.
<http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/0/9b741cb7cbd466acc2257641003c354b?OpenDocument>

Myrskylä, M. 2010. Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. Tilastokeskus, Tieto ja Trendit 2010:1 Viitattu 28.2.2012
http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html

Niemelä, P. 2007. Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Seppänen, M., Karisto A., Kröger T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö- Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä.1.painos. Juva: Tekijät ja PS- kustannus, 169- 179.

Nummela, O. 2009. Ikääntyvien sosiaaliset suhteet kantavat elämässä. Suomen Lääkärilehti. Vol.64. No.23, 2110- 2112.

Ottawa Charter for Health Promotion. 1986:4,III-V.

Palomäki, S-L, 2004. Suhde vanhenemiseen. Iäkkäät naiset elämänsä kertojina ja rakentajina. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Jyväskylä.

Pasila, A. 2010. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystieteiden ja kustannusten vertailu 2010. Kuusikkotyöryhmän julkaisusarja: Helsinki. Viitattu 31.1.2012 http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Vanhuspalvelut/Vapa_raportti_lopullinen.pdf

Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M, 2010. Terveystieteiden edistäminen päivittäisessä työssä -asiantuntijoiden näkemyksiä. Teoksessa. Pietilä, A-M. (toim.). Terveystieteiden edistäminen. Teorioista toimintaan. 1.painos. Helsinki: WSOY Pro Oy, 231- 242.

Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 42- 68.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen - esimerkkinä painonhallinta. Turun yliopisto. Väitöskirja. Painosalama Oy. Turku, Finland.

Pitkälä, K., Routasalo, P.,2012. Ryhmästä apua vanhusten yksinäisyyteen. Duodecim.No.128,1215-1216.

Pitkälä, K. 2008. Voiko vanhuksen lääkkeettömällä hoidolla saavuttaa hyviä tuloksia? Suomen lääkärilehti. Vol. 63. No.10, 939.

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, T. 2005. Vanhuksen aliravitseminen ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti. Vol.60. No.51-52, 5265- 5271.

Pohjolainen, P. 2007. Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisen arjen kysymyksiin. Teoksessa Rajaniemi, J., Heimonen S I, Sarvimäki, A., Tiihonen, A. (toim.) Ikäinstituutti. Oraita 2007: 2, 30- 45.

Ranta, S. 2004. Vanhenemisen eteneminen. 75 -vuotiaiden henkilöiden antropometristen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyyden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja: Jyväskylä.

Rantamaa, P. 2001. Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Sankari, A., Jyrkämä, J. (toim.). Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. 1.painos. Tampere: Vastapaino, 49- 95.

Rauniomaa, E., 2008. Kellä on, kellä ei. Tulotason ja tulojen kehitys pääkaupunkiseudulla vuosina 2000- 2005. Vantaan kaupunki, tilasto ja tutkimus.2008. Viitattu 19.11.2012. http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/63829_nro_50_C20_2008_.pdf

Read, S., Suutama, T. 2008. Elämän tarkoituksellisuuden muutokset iäkkäillä ihmisillä 16 vuoden pitkittäistutkimuksessa. Gerontologia No.3, 130-139.

Rimpelä, M. 2005. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2, kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. Suomen Lääkärilehti Vol. 60. No 45, 4651-4655.

Rissanen, S. Rahkonen, T., Hämäläinen, K., Vatanen, A., Elonniemi- Sulkava, U., Sulkava, R. 2001. Yli 75-vuotiaiden vanhusten yksityisten ja julkisten lääkäri- ja kotipalveluiden käyttö. Suomen Lääkärilehti Vol.56. No.8, 925- 928.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystieteiden koettu tarve. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja: Oulu.

- Salmela, S., Matilainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 218-232.
- Sarin, J., 2005. Hyötyykö vanhus voimaharjoittelusta? Suomen Lääkärilehti Vol. 60 No.27- 29, 2885- 2889.
- Savola, E., Koskinen- Ollonqvist, P., 2005. Terveiden edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisu sarja 3/2007.
- Sjögren, A., Poskiparta, M., Liimatainen L. 2002. Terveiden edistäminen Ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutuksen opettajien käsityksiä terveyden edistämisestä ja opetuksesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol. 39. No.1. 64- 71.
- STM Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen keittämisohjelma KASTE 2012- 2015. 1/ 2012. Viitattu 12.8.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf
- STM Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu.2006.Terveiden edistämisen laatusuosituksia. Helsinki.19/2006, 48.
- STM Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisu.1999. Vanhusbarometrin tiivistelmä 3/1999. Viitattu 10.1.2012. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/vbaro/vbtiivi.htm>
- Strandberg, T., Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M., (toim.) Geriatria. Duodecim.1.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 425- 436.
- Suhonen, R. Puro, M., Leino- Kilpi, H. 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti.Vol.61. No. 41, 4251- 4253.
- Sulander, T. 2009. Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn kohentumiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Suomen Lääkärilehti. Vol. 64. No.25, 2291- 2297.
- Sulander, T., Helander,S., Rahkonen, O., Nissinen, A., Uutela, A. 2005. Eläkeläisten elintapojen muutokset 1985-2003. Suomen Lääkärilehti. Vol. 60. No.30-32, 2983-2988.
- Suominen, M. 2007. Ravitsemus. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 184-200.
- Suutama, T, Ruoppila I,2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy, 116-128.
- Suutama, T. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim. Tampere: Tammer- Paino Oy, 174-184.
- Talasilahti, T., Alanen, H-M., Leinonen, E. 2012. Miten hoidan vanhusten unettomuutta. Suomen Lääkärilehti.Vol.67.No. 3,151-155.
- Tiikkainen, P., Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. 1.painos. Tampere: Tammer- Paino Oy 69-86.
- Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys, Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja: Jyväskylä.
- Tilvis, R. 2006. Hyvä vanheneminen. Duodecim No.122, 1523-1526.

Tilvis, R. Strandber, T., Vanhanen, H. 1997. (toim.) Gernet. Geriatrian kotisivu. Geriatrian opintopaketti. Suomen geriatrit ry. Viitattu 14.9.2012.
<http://www.gernet.fi/auto/opetus/3.html#3>

Toikko, T. Rantanen, T. 2009. Käyttäjä- ja toimijälähtöinen kehittäminen. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Osaaja.net. Viitattu 21.9.2012
<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/viewFile/1115/966>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.5.uudistettu painos. Tammi. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ohje.2002.Viitattu 26.9.2012. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/index.html

Valta, A, 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto. Väitöskirja: Tampere.

Vaarama, M.2009. Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtion kanslian raportteja. Vaarama M.(toim.) 3/2009.

Vaarama, M. 2008. Syvenevä jako hyvä- ja huono-osaisiin on ikääntyvän yksilön ja yhteiskunnan yhteinen riski. Futura No.4, 48-56.

Vertio H.2006. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Viitattu 27.6.2012
<http://www.evira.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Väestöennuste 2009-2060. 2009. Tilastokeskus, väestötilastot. Helsinki. Viitattu 28.1.2012
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_fi.pdf

Kuviot

Kuvio 1. Teoreettinen malli vanhenemisen, terveyden ja toimintakyvyn keskinäisistä suhteista ja niiden taustalla olevista tekijöistä	9
Kuvio 2. Ympäristön eri ulottuvuudet sekä ihmisen yksittäinen ja temporaalinen tulkinta eri ulottuvuuksissa	19
Kuvio 3. Omaehtoinen ikääntyminen - arvot ja toimijat.....	25
Kuvio 4. Toimintamalli ikääntyneiden terveyden edistämisestä	59


Taulukot

Taulukko 1. Haasteltavien taustatiedot.....	27
Taulukko 2. Terveyttä edistävät tekijät espooalaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan	31
Taulukko 3. Terveyden edistämisen motiivit espooalaisten ikääntyneiden mukaan	35
Taulukko 4. Terveyden edistämisen tukeminen espooalaisten ikääntyneiden näkemysten mukaan	38
Taulukko 5. Ikääntyneiden terveyttä edistävät palvelut espooalaisten ikääntyneiden ehdotuksiin perustuen	42

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupa.....	71
Liite 2. Tiedote tutkimuksesta	72
Liite 3. Teemahaastelurunko	73
Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä tutkimuskysymys kolmen kohdalla.....	75

Liite 1. Tutkimuslupa

 **ESPOO
ESBO**

TUTKIMUSLUPA

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 20.2.2012 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.


Hakija/Yhdyshenkilö: Anja Rokala
Aihe: Terveysten edistäminen yli 65 -vuotiaiden espoolaisten voimavarana

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/yhdyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämisyksikön sähköpostiosoitteeseen sotet_tutkimusluvut@espoo.fi lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 7.3.2012


Eeva Honkanummi
va. kehittämispäällikkö

ESPOON KAUPUNKI • SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI/ESIKUNTA/KEHITTÄMISYKSIKKÖ • PL 202 (KIRKKOJÄRVENTIE 6 B, 7 KRSE) •
02070 ESPOON KAUPUNKI • WWW.ESPOO.FI • VAIHDE (09) 816 21

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

TERVEYDEN EDISTÄMINEN YLI 65-VUOTIAIDEN ESPOOLAISTEN VOIMAVARANA
ARVOISA HAASTATTELUUN OSALLISTUVA

Olen 47- vuotias terveydenhuoltoalan ammattilainen. Suoritan tällä hetkellä ylempää ammat-
tikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen, aluelähtöisen kehittämisen ja johtamisen kou-
lutusohjelmassa Laurea Tikkurilassa.

Opinnäytetyöni aiheena on ikääntyvien terveyden edistäminen. Tutkimusten mukaan ikäänty-
vät eniten toivoivat sitä, että saisivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tämän ehtona
ovat hyvä toimintakyky ja terveys.

Opinnäytetyöni tutkimusosion tarkoituksena on kuvata kotona asuvien yli 65 -vuotiaiden Es-
poolaisten, ei kotipalvelua käyttävien ikääntyneiden näkemyksiä terveyden edistämisestä.
Millä tavoin ikääntyneet ovat kiinnostuneita vaalimaan terveyttään? Mitkä kaikki tekijät edis-
tävät terveyttä?

Tarkoituksena on myös tuottaa tietoa ikääntyneiden havaitsemina, miten terveyden edistämi-
seen tärkeimpiä toimia tulisi käytännössä toteuttaa espoolaisten ikääntyneiden hyväksi.
Tutkimus toteutetaan haastattelemalla. Haastattelu kestää puolisen tuntia ja se nauhoite-
taan. Haastattelu tapahtuu Tapiolan terveysasemalla tai halutessa haastateltavan kotona.
Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, siten ettei haastateltavan henki-
öllisyys tule esille missään vaiheessa tietoja käsiteltäessä ja julkaistaessa. Haastatteluun
osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Mikäli kiinnostuit haastatteluun osallistumisesta, olet yli 65-vuotias espoolainen, etkä sinä ole
kotipalvelun asiakas (kotisairaanhoido), voit täyttää seuraavalla sivulla olevan suostumus - ja
yhteydenottolomakkeen.

Otan sinuun yhteyttä kevään 2012 aikana ja sovimme haastatteluajan.

Ystävällisin terveisin YAMK- opiskelija

Anja Rokala

Liite 3. Teemahaastelurunko

Terveyden edistäminen Yli 65-vuotiaiden espooalaisten voimavarana

Taustatiedot:

Ikä:

Sukupuoli:

Taustaa: milloin on jäänyt eläkkeelle?

Perhe: Siviilisääty

Onko lapsia? Lastenlapsia?

Asuminen: yksin, parisuhteessa?

Teema 1: Terveyttä edistäviä tekijöitä yli 65-vuotiaiden kotona asuvien espooalaisten kokemuksiin perustuen

a) Terveyden kokeminen

Mitä on hyvä terveys? Entä huono?

Miten kuvailisit terveyttäsi tällä hetkellä?

Miten terveys ilmenee jokapäiväisessä elämässä?

Mitä ajattelet tulevaisuuden terveydestäsi?

b) Terveyden edistäminen

Mitä ymmärrät terveyden edistämisen? Mitä asioita siihen kuuluu? Kerro konkreettisia esimerkkejä.

Mitkä tekijät / asiat edistävät terveyttä? Mitkä heikentävät sitä?

Mikä innostaa ja motivoi edistämään terveyttäsi?

Mitä terveyden edistäminen sinulle merkitsee jokapäiväisessä elämässä?

Mitä tekijöitä / asioita näet tärkeimpinä terveytesi edistämisen nyt? Entä tulevaisuudessa?

Miten ympäristö tukee terveyttäsi?

c) Onko muita ajatuksia terveyden edistamisestä, mitä tässä keskustelussa ei ole mainittu?

Teema 2: Terveyttä edistäviä toimia ja palveluita yli 65-vuotiaiden espoolaisten ehdottamina

a) Terveyttä edistäviä toimia ja tekijöitä

Miten mielestäsi terveystäsi tuetaan? (läheiset, yhteiskunta, järjestöt tms.)

Mitä sosiaali- ja terveystalvaeluita käytät? Kuinka usein käytät?

Millä tavoin olet kokenut että nämä sosiaali- ja terveystalvaelut (tai muut tekijät) tukevat ja edistävät terveystäsi?

Mitkä talvaelut tukevat vähiten terveystäsi?

Arvio sosiaali- ja terveystalan talvaeluita: riittävyttä/ saatavuutta, mistä saat tietoa talvaeluista?

Onko omahoito sinulle tuttu?

Entä ennakoivat kotikäynnit?

b) Toiveita ja odotuksia terveystä edistävien talvaeluiden suhteen

Mitä ja millaisia talvaeluita toivoisi tai haluaisit terveystenne tukemiseen ja edistämiseen?

Miten ne tulisi järjestää?

Miten saisit talvaeluista tietoa? Miten tiedotus tulisi järjestää?

Millaisia toiveita sinulla on nyt jo olemassa olevia talvaeluita ajatellen?

c) Mitä muita ajatuksia sinulle heräsi? (mitä tässä keskustelussa ei ole vielä tullut esille)

Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä tutkimuskysymys kolmen kohdalla

3) Miten terveyden edistämistä tuetaan espooalaisten yli 65-vuotiaiden näkemysten mukaan?

PELKISTETYT LAUSEET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Tytär ja hänen lapset • Mies tukena • Tytön lapset lähellä 	<ul style="list-style-type: none"> • Puoliso, lapset ja lastenlapset 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaaliset suhteet terveyden tukijoina
<ul style="list-style-type: none"> • ympäristö on kaunis • kaunis ympäristö • tuttu koti tärkeä • kodikkaat sisätilat • viihtyisää kotona • asunnossa ei ole riskitekijöitä • hissi talossa • liikenteen melussa ei haluta kävellä • ei ole melua ja saasteita • saasteettomuus tärkeää • ympäristön laatu hyvä • puhumattakaan ympäristömyrkyistä • pitää olla lähellä kaupat • lähellä kauppapalveluja 	<ul style="list-style-type: none"> • Kodin viihtyisyys • Esteettömyys • Luonnon läheisyys • Saasteettomuus • Kaupan läheisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimiva elinympäristö terveyden tukijana
<ul style="list-style-type: none"> • hammaslääkärissä käynnit • terveyskeskukseen ilmaispalvelut • oma lääkäri tärkeä • käytän laboratoriota • terveysaseman palveluja käytän • verensokeriseuranta terveysaseman laboratoriossa • käytän yleislääkärinä ja erikoislääkärillä yksityisellä • yksityistä silmälääkärinä käytän 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysaseman tuottamat palvelut • Yksityiset lääkäripalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveystuonon palvelut terveyden tukijoina
<ul style="list-style-type: none"> • viikoittaiset ohjatut jumpat • kaupungin tukevat jumpat • terveyskeskukseen ilmaispalvelut • Espoon liikuntatoimen tarjoamat palvelut • seurakunta tukee • seurakunnassa käynnit tukevat 	<ul style="list-style-type: none"> • Liikuntapalvelut • Seurakunnan järjestämä toiminta 	<ul style="list-style-type: none"> • Muut terveyttä tukevat palvelut ja paikat terveyden tukijoina