

Opinnäytetyö (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Kevät 2021

Hietanen Anni, Kauppi Teija & Mäenpää Mira

ILOPISTE.FI DIGITAALISEN LIIKUNTA- JA ELÄMYSPALVELUN VAIKUTTAVUUS IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYYN JA ELÄMÄNLAATUUN

– Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien
kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta

Hietanen Anni, Kauppi Teija & Mäenpää Mira

ILOPSTE.FI DIGITAALISEN LIIKUNTA- JA ELÄMYSPALVELUN VAIKUTTAVUUS IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYYN JA ELÄMÄNLAATUUN

- Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien kokemuksia Ilopsteen vaikuttavuudesta

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön toimeksiantaja oli Ilopiste. Ilopiste tuottaa digitaalisia liikunta- ja elämyspalveluja ikääntyneille. Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien kokemuksia Ilopsteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Tutkimme Ilopsteen vaikuttavuutta liikunnan määrään, psyykkisen kuormittuneisuuden määrään, arjen toimintojen monipuolistumiseen ja energian määrään arjessa.

Tutkimukseemme osallistui 7 omaishoitajaa ja 6 omaishoidettavaa. Tutkittavat pääsivät käyttämään Ilopiste-palvelua kevään 2021 ajan. Aineistonkeruumenetelmämme olivat sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia. Kvantitatiivisesti toteutimme elämänlaatukysely WHOQOL-BREF:n (World Health Organization Quality of Life) sekä energian kulutusta ja fyysistä aktiivisuutta mittaavan MET:n (Metabolic Equivalent of task). Kvalitatiivisesti toteutimme vaikuttavuuskyselyn Ilopsteen käytöstä. Tutkimuksessa omaishoitajaa ja omaishoidettavaa arvioitiin erikseen. Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa, jotta toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneet muutokset voitiin havaita. Toimintakyvyn alkuarviointi toteutettiin ennen Ilopsteen käyttöä maaliskuussa 2021 viikolla 9. Toimintakyvyn loppuarviointi toteutettiin huhtikuussa 2021, viikolla 17. Tutkimusjaksomme kesti 2 kuukautta.

Tulokset osoittivat Ilopisteellä olevan positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Puolet Ilopistettä käyttäneistä tutkittavista kokivat Ilopsteen vaikuttaneen positiivisesti liikunnan määrään arjessa. Tutkittavat kokivat, ettei Ilopisteellä ollut erityistä vaikutusta psyykkisen kuormittuneisuuden määrään arjessa. Kaikki omaishoitajat ja puolet omaishoidettavista kokivat arjen toimintojen monipuolistuneen. Tutkittavien energiamäärissä arjessa oli tapahtunut positiivinen muutos Ilopsteen käytön myötä. Suurin osa tutkittavista koki Ilopsteen muuttaneen arkeaan positiivisesti.

ASIASANAT:

omaishoito, omaishoitaja, omaishoidettava, ikääntyneet, toimintakyky, toimintakyvyn arviointi, elämänlaatu

Hietanen Anni, Kauppi Teija & Mäenpää Mira

ILOPISTE.FI - DIGITAL EXERCISE AND EXPERIENCE SERVICE'S EFFECTIVENESS ON THE FUNCTIONAL CAPACITY AND THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

- The caregivers' and the care-receivers' experiences of the Ilopiste service's effectiveness

This research thesis was commissioned by Ilopiste which provides digital exercise and experience services for the elderly. The aim of this research was to find out experiences of the Ilopiste services's effectiveness on the functional capacity and the perceived quality of life of the caregivers and care-receivers in the city of Salo. The study found out the effects of Ilopiste on the amount of exercise, the amount of mental strain, the diversification of everyday activities and the amount of energy in everyday life.

7 caregivers and 6 care-receivers participated in the research. Subjects were able to use the Ilopiste service during the spring of 2021. The data collection methods were both quantitative and qualitative. The research's quantitative methods were the quality of life survey WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) and the MET (Metabolic Equivalent of task) which measures energy consumption and physical activity. The research's qualitative methods were the effectiveness survey on the use of Ilopiste. The subjects were evaluated separately in the research. The study was conducted in two parts to detect changes in the functional capacity and the quality of life. The initial functional assessment was performed before the use of Ilopiste in March 2021 in week 9. The final functional assessment was performed in April 2021 in week 17. The research lasted for 2 months.

The research proved positive effects on the functional capacity and the quality of life the caregivers and the care-receivers. Half of the subjects felt that Ilopiste had a positive effect on the amount of exercise in everyday life. The caregivers and the care-receivers felt that Ilopiste had no particular effect on the amount of mental stress in everyday life. All the caregivers and half of the care-receivers experienced the diversification of everyday. The amount of energy in everyday life was changed positively among the subjects with the use of Ilopiste. Most of the subjects felt that Ilopiste had changed their daily lives positively.

KEYWORDS:

family caregiving, caregiver, care-receiver, elderly, functional capacity, occupational evaluation, quality of life

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OMAISHOITAJUUS	8
2.1 Mitä on omaishoito?	8
2.2 Omaishoidon arki	9
3 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU	12
3.1 Mitä elämänlaatu tarkoittaa?	12
3.2 Elämänlaatu ikääntyneiden näkökulmasta	13
4 TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET IKÄÄNTYESSÄ	14
4.1 Mitä on toimintakyky?	14
4.2 Fyysisen toimintakyvyn muutokset	15
4.3 Psyykkisen toimintakyvyn muutokset	16
4.4 Sosiaalisen toimintakyvyn muutokset	17
5 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	18
6 ENERGIAN KULUMISEN JA SÄÄSTÄMISEN STRATEGIAT	19
6.1 Energian kuluminen	19
6.2 Energian säästäminen	20
7 PALVELUN VAIKUTTAVUUDEN MITTAAMINEN	21
8 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	23
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
9.1 Tutkimusjoukko	24
9.2 Aineistonkeruumenetelmät	24
9.2.1 Kvantitatiiviset aineistonkeruumenetelmät	25
9.2.2 Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät	28
9.3 Tutkimuksen eteneminen	29
9.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	30
10 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
11 YHTEENVETO	43

12 JOHTOPÄÄTÖKSET **46**

13 POHDINTA **47**

13.1 Tavoitteiden saavuttaminen 47

13.2 Tutkimuksen eettisyys, pätevyys ja luotettavuus 47

13.3 Oman oppimisen reflektointi 49

13.4 Tutkimuksen merkitys ja jatkokehitysideat 51

LÄHTEET **52**

LIITTEET

Liite 1. Vaikuttavuuskysely loppuasteen käytöstä omaishoitajalle ja omaishoidettavalle.

Liite 2. MET-aktiivisuuspäiväkirja omaishoitajalle ja omaishoidettavalle.

KUVAT

Kuva 1. Vaikuttavuusketju.

Kuva 2. Toimintakyvyn arviointimenetelmät ja toteutunut aikataulu.

Kuva 3. Ote WHOQOL-BREF arviointilomakkeesta.

Kuva 4. Aktiviteettien rasittavuus esitettynä MET-arvoina.

Kuva 5. Tutkimuksen eteneminen.

KAAVIOT

Kaavio 1. WHOQOL-BREF fyysisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 2. WHOQOL-BREF fyysisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

Kaavio 3. WHOQOL-BREF psyykkisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 4. WHOQOL-BREF psyykkisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

Kaavio 5. WHOQOL-BREF sosiaalisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 6. WHOQOL-BREF sosiaalisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

Kaavio 7. MET-pistearvojen muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 8. MET-pistearvojen muutokset omaishoidettavilla.

1 JOHDANTO

Omaishoidon veteraani Rosalynn Carter: ”Maailmassa on vain neljänlaisia ihmisiä: heitä jotka ovat olleet omaishoitajia; heitä jotka ovat omaishoitajia; heitä joista tulee omaishoitajia; ja heitä, jotka tarvitsevat omaishoitajia”. Omaishoitaja on henkilö, joka huolehtii läheisestään, joka ei sairaudesta, vammasta tai muusta syystä johtuen selviydy arjestaan omatoimisesti. (Omaishoitajat 2017.) Omaishoidon tarve kasvaa entisestään muun muassa ikärakenteen muutoksesta johtuen (Omaishoitajat 2017,11). Vuonna 2019 Suomessa oli jopa 1,2 miljoonaa yli 65-vuotiasta (Tilastokeskus 2020). Omaishoitajan päivittäiset työtehtävät ovat yksilöllisiä, mutta tyypillisesti sisältävät fyysisiä hoitotehtäviä, valvontaa sekä kodin- ja asianhoidollisia tehtäviä. Omaishoidon arki on sitovaa ja koetaan usein raskaaksi. Riittämättömyyden tunne ja menettämisen pelko ovat usein läsnä. Eläminen läheisen sairauden ehdoilla kaventaa vapaa-ajan mahdollisuuksia ja omasta hyvinvoinnista huolehtimista. Omaishoito on yhteiskunnallisestikin merkittävää. Omaishoidolla arvellaan säästävän jopa 2,8 miljardia euroa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista vuodessa. Omaishoitajan ja omaishoidettavan toimintakykyyn on syytä panostaa. (Ring & Rätty 2016; Omaishoitajat 2017, 11.)

Tämän opinnäytetyön toimeksianto liittyy Ilopiste.fi-elämyspalveluun, joka tarjoaa digitaalisia liikunta- ja elämyspalveluja ikääntyneille. Ilopisteen palveluihin kuuluu ohjattuja liikuntatuokioita, kulttuuria, musiikki- ja luontoelämyksiä sekä muistiharjoituksia. Palvelut toteutuvat verkossa ja ovat asiakkailleen saatavilla kellon ympäri. (Ilopiste 2021.) Ilopiste ja Salon kaupunki aloittivat yhteistyön, jossa Ilopiste pilotoitiin omaishoitoperheiden käyttöön kevään 2021 ajaksi. Pilotoinnin aikana toteutimme tutkimuksen, jossa tutkimme Ilopisteen palvelun vaikuttavuutta omaishoitajilla ja -hoidettavilla. Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun.

Vaikuttavuuden mittaamiseksi teimme kohderyhmälle kaksi toimintakyvyn arviointia, jotta mahdollinen toimintakyvyn ja elämänlaadun muutos voitiin havaita. Alkuarviointi tehtiin pilotoinnin aluksi, jolloin Ilopistettä ei ollut vielä käytetty. Loppuarviointi tehtiin kahden kuukauden kuluttua Ilopisteen käytöstä. Ilopiste voi hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia palveluidensa kehittämiseen ja markkinointiin. Lisäksi tulokset antavat perusteluita Ilopisteen palveluiden vaikuttavuudesta omaishoidon asiakaskunnalle.

Tässä raportissa käsitellään omaishoitoon keskeisesti liittyviä teemoja; omaishoidon arkea, ikääntyneen elämänlaatua, energian kulumista ja säästämistä, toimintakykyä, toimintakyvyn arviointia sekä palvelun vaikuttavuuden teorioita. Tämän jälkeen kuvaamme tutkimuksemme etenemisen vaiheet; tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset, keskeiset tutkimustulokset, johtopäätökset, pohdinnan ja tutkimuksen jatkokehitysideat.

2 OMAISHOITAJUUS

2.1 Mitä on omaishoito?

Omaishoitaja on henkilö, joka huolehtii vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidosta kotiloissa. Omaishoidon määrittely ei ole kuitenkaan näin yksiselitteinen. Rajanveto siihen, mikä luokitellaan tavanomaiseksi huolenpidoksi ja mikä omaishoidoksi on häilyvä. (THL 2021.) Lain mukaan omaishoitajaksi määritellään henkilö, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Omaishoitosopimuksen tehtyään omaishoitaja saa omaishoidon tukea. Se on kokonaisuus, joka oikeuttaa omaishoidettavalle annettaviin palveluihin, kuten ateriat-, kylvytys- ja kauppapalveluihin, turvapuhelimeen, lyhytaikaishoittoon ja päivätoimintaan. Lisäksi omaishoitajalle maksetaan hoitopalkkiota, hän on oikeutettu kahteen vapaapäivään kuukaudessa ja saamaan omaishoitoa tukevia palveluja. Tukea saadakse omaishoidettavalla on oltava sairaus tai vamma, jonka vuoksi hän ei kykene itsenäisesti suoriutumaan arjessa. Lisäksi hoidettavan läheisen on pystyttävä vastaamaan hoidosta, omaishoidon on oltava terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää ja sen on sovelluttava tehtäväksi kotiloissa. (Finlex 2021 & Omaishoitajat 2017.)

Eurooppalainen omaishoitoyhdistys Eurocarers puolestaan määrittelee omaishoidon hoidoksi kroonisesti sairaalle, vammautuneelle tai hoivan tarpeessa olevalle henkilölle virallisen hoivan ulkopuolella (Eurocarers 2021). Suurin osa Suomessakin toimivista omaishoitajista on niin sanottuja epävirallisia omaishoitajia, eli eivät saa työstään rahallista tukea tai tukipalveluja (Swartz & Collins 2019, 699). Suomessa on arvioitu olevan jopa 700 000 epävirallista omaishoitajaa ja virallisia, omaishoidon tukea saavia omaishoitajia vain liki 50 000 omaishoitajaa (Eurocarers 2021).

Seuraavien vuosikymmenten aikana omaishoidettavien määrän on arvioitu kasvavan. Tähän vaikuttavat muutokset ikärakenteessa, lyhennetyt sairaalajaksot, muutokset vakuutuskorvauksissa ja kotihoidon teknologian kehittyminen. On arvioitu, että Suomessa vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaita tulisi olemaan noin 26 % eli 1,5 miljoonaa, joista kasvava osa tulee tarvitsemaan huolenpitoa kotiin. Ikärakenteen muutoksesta johtuen omaishoidettavat ja -hoitajat ovat entistä vanhempia ja ovat monisairaampia kuin aiem-

min. Omaishoidon intensiivisyys ja koettu taakka on kasvanut. Omaishoitajan kuormittumisen ennaltaehkäisyyn tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. (Swartz & Collins 2019, 699–700.)

2.2 Omaishoidon arki

Omaishoitajan päivittäisiin työtehtäviin kuuluu omaishoidettavan hoitoon ja huolenpitoon liittyviä tehtäviä. Omaishoidettavan yksilölliset erot, hoitoisuus ja tarpeet selittävät sen, että omaishoitajan työnkuva on moninainen ja vaihteleva. Omaishoitajan päivittäisiin tehtäviin kuuluu fyysisiä hoitotehtäviä, hoidettavan valvontaa ja taloudellisia tehtäviä. Keskeisiksi hoitotehtäviksi nimetään muun muassa siirtymätilanteissa, pukemisessa ja riisumisessa avustaminen. Itsestä huolehtimisen ja henkilökohtaisen hygienian osa-alueella omaishoitaja tyypillisesti auttaa peseytymisessä, siistiytymisessä ja vessakäynneillä. Lääkkeiden jakaminen ja mahdolliset haavanhoidolliset tehtävät ovat myös keskeisiä. Päivittäisiksi kodin- ja asianhoidollisiksi tehtäviksi mainitaan ruoanlaitto, kaupassakäynti, pankkiasioden hoito ja pyykkihuolto. Omaishoitaja kannustaa omaishoidettavaa fyysiseen aktiivisuuteen ja tarjoaa mielekästä tekemistä arkeen. Henkisen hyvinvoinnin tukeminen, rauhoittaminen ja huolen vähentäminen raportoidaan olevan myös omaishoitajalle keskeisiä tehtäviä. Omaishoitaja osallistuu tyypillisesti omaishoidettavaa koskevaan päätöksentekoon yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Omaishoidettavan voimien, toimintakyvyn muutosten seuranta ja akuutteihin tilanteihin puuttuminen nähdään myös keskeisinä tehtävinä. (Schultz & Eden 2016; Nemati ym. 2017, 309–310; Reckrey ym. 2019, 927, 929–931.)

Omaishoitajana toimimisessa voidaan nähdä sisäisiä ja ulkoisia hyötyjä. Sisäisenä hyötynä nähdään omaishoitajan merkityksellisyyden ja hyödyksi olemisen tunne tehdessään työtä lähimmäisensä auttamiseksi. Ulkoisena hyötynä omaishoitajuuden nähdään tiivistävän perhesuhteita ja mikäli omaishoitajana toimii oma puoliso, myös tiivistävän parisuhdetta. (Ghani ym. 2016, 141; Swartz & Collins 2019, 699.)

Hyötyjen lisäksi omaishoitajuuteen liitetään merkittävää fyysistä, psyykkistä ja taloudellista taakkaa (Swartz & Collins 2019, 699). Moni omaishoitaja kokee, ettei saa terveydenhuollon henkilökunnalta riittävästi tukea omaishoitajana toimimiseen. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät tunnista omaishoitajan tarpeita saada riittävästi tietoa ja henkistä tukea tehtäväänsä. Avunhakemisesta tekee vaikeampaa omaishoitajalle asetetut

paineet ja vaatimukset vastata toisen ihmisen hoidosta. Tutkimuksen mukaan yhä useampi omaishoitaja turvautuu tiedonpuutteessaan internettiin. Tämä lisää entisestään omaishoitajan epävarmuutta siitä, toimiiko oikein. Omaishoitajat haluaisivat enemmän tietoa omaishoitajan rooliin asettumiseen, oman stressitason hallintaan ja siihen, kuinka antaa turvallisesti hoivaa. Omaishoitajana toimimisessa koetaan yleisesti, ettei täysin tiedetä, millaista tukea arkeen voisi saada. (Nemati ym. 2017, 312–313.)

Omaishoitajien haastattelussa kävi ilmi, että puolisonsa omaishoitajat eivät useinkaan miellä itseään omaishoitajiksi vaan ennen kaikkea puolisoiksi. Omaishoitajat haluaisivatkin tulla kohdelluksi pariskuntana, eivätkä pelkästään omaishoitajana ja -hoidettavana. Perheen sisäisten roolien ja työnjaon kerrottiin muuttuvan puolison sairastumisen myötä. Puolisonsa hoitovastuuseen siirtyminen nähtiin kuitenkin olevan itsestään selvää tilanteen niin vaatiessa. Puolisonsa sairastuttua omaishoitajat kokivat elävänsä täysin hoidettavan ehdoilla. Heidän omat tarpeensa unohtuivat tai jäivät taka-alalle. Arkeaan omaishoitajat kuvasivat usein raskaaksi ja haastavaksi. Omaishoitajat kokivat myös usein jäävänsä yksin omaishoidettavan haasteiden kanssa. Puolison hoidontarpeen kasvaessa, omaishoitajat kokivat, että vastuu hoidosta siirrettiin heidän harteilleen ilman neuvotteluja. Omaishoitajien mukaan nykyinen omaishoidontuki painottuu liikaa omaishoidettavan tarpeisiin eikä siinä oteta huomioon omaishoitajien jaksamisen tukemista. (Ring & Rätty 2016.)

Omaishoitajaksi päädytään usein yllättäen perheenjäsenen tai muun läheisen sairastuttua. Uudenlaiseen arkeen sopeutuessaan omaishoitaja joutuu tekemisiin sellaisten hoitotehtävien kanssa, joista hänellä ei välttämättä ole kokemusta. (Nemati ym. 2017, 309–310.) Omaishoitajan ja -hoidettavan välillä on usein vahva side ja yhteinen historia. Omaishoitajalle tyypillistä onkin kokea menettämisen pelkoa ja riittämättömyyden tunnetta. Omaishoitajat kokevat arjessaan usein myös stressiä. Stressitasoja saattavat nostaa rutiinien muuttuminen sekä taloudelliset ja ajanhallinnalliset haasteet. Ajoittaiset toimittomuuden ja turhautumisen tunteet ovat yleisiä. Mikäli sairastuneen lähipiiri ei ymmärrä omaishoidon taakkaa, saattaa omaishoitajuus kaventaa myös sosiaalisia kontakteja. (Nemati ym. 2017, 312–314.)

Omaishoitajien keskuudessa tunnistetaan jopa uupumusta. Uupumus yhdistetään usein alempaan koulutustasoon ja samassa taloudessa asuvaan omaishoidettavaan, jolla on kognitiivisia tunteiden hallintaan vaikuttavia haasteita. Suurimman taakan omaishoitajuudesta kokevat puolisonsa omaishoitajat. Heille hoitotunteja kertyy erityisen paljon, yli

paljona pidetyn 21 hoitotuntia viikossa. Puolisonsa omaishoitajat saavat tutkimuksen mukaan ammattiapua omaishoitajista vähiten. (Swartz & Collins 2019, 700–701.)

Omaishoitajuus vaikuttaa väistämättä omaishoitajan henkilökohtaisiin suunnitelmiin. Tyypillistä on, että omat harrastus- ja vapaa-ajan mahdollisuudet kapenevat ajanpuutteen vuoksi. Omaishoitajat kertoivat haastattelussa tarvitsevansa ja toivovansa enemmän vapaa-aikaa. Vapaa-ajanmenot painottuivat usein iltoihin ja viikonloppuihin. Omaishoitajien mukaan, palvelujärjestelmä ei tue omaishoitajaa tarpeeksi menojen järjestämiseksi, sillä kunnat tarjoavat apua vain virka-aikoina. (Ring & Rätty 2016; Nemati ym. 2017, 312–314.)

Moni edellä mainittu tekijä yhdessä johtaa omaishoitajien keskuudessa yleisesti tunnistettaviin uni- ja terveysongelmiin. Moni omaishoitaja kertoi lisäksi kokevansa yksinäisyyttä. Omaishoitajia tulisi muistuttaa taukojen ja oman terveytensä ylläpitämisen tärkeydestä. Terveyden ylläpitoon kuuluvat muun muassa hengähdystaukojen salliminen itselleen, terveelliset ruokailutottumukset, säännöllinen liikunta, lääkärintarkastukset ja vertaistukiryhmiin osallistuminen. (Swartz & Collins 2019, 700–701.)

3 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU

3.1 Mitä elämänlaatu tarkoittaa?

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen käsitystä elämäntilanteestaan, johon henkilön kulttuuri, arvot, odotukset ja elintaso vaikuttavat. Elämänlaadun ulottuvuuksia on fyysinen terveys, johon kuuluvat kipu ja energia, psyykinen terveys eli positiiviset ja negatiiviset ajatukset, sosiaalinen terveys eli ystävyyssuhteet, seksuaalisuus ja itsenäisyys sekä ympäristöllinen terveys, kuten turvallisuus ja vapaa-aikaan osallistuminen. (Garcia & Navarro 2017, 1–2.)

Toisen lähestymistavan mukaan terveys ja tyytyväisyys elämään tulisi erottaa toisistaan. Tätä on kuitenkin kritisoitu, sillä onnistuneeseen ikääntymiseen liitetään usein onnellisuuden ja tyytyväisyyden tunne elettyyn ja tulevaan elämään ihmissuhteiden ympäröimänä. Tämä näkökulma tuo esiin elämänlaadun subjektiivisen puolen. Elämänlaatu ja tyytyväisyys usein erotetaan termeillä toisistaan, vaikka tyytyväisyyttä pidetään niissä usein yhtenä elämänlaadun määrittäjänä. Monitahoisen elämänlaadun käsitteen määrittelyssä on otettava huomioon, että moni ikääntynyt kokee elämänlaadun kykynä suorittaa päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti. Tämän vuoksi elämänlaadun tarkasteluun on syytä ottaa huomioon myös tyytyväisyys suoriutumiseen, itsenäisyys päivittäisissä toiminnoissa, osallistumisen taso ja elämän kokemukset. (Garcia & Navarro 2017, 1–2.)

Elämänlaadun käsitteeseen yhden näkökulman antaa myös integroitu kirjallisuuskatsaus. Katsauksessa ikääntyneen elämänlaatuun nähtiin vahvasti vaikuttavan ihmisen elämäntapa. Elämäntavalla tarkoitetaan ihmisen valintoja, tapoja ja tottumuksia, jotka vaikuttavat koettuun elämänlaatuun sekä positiivisesti että negatiivisesti. Elämäntavoista merkittävimmin elämänlaatuun nähtiin vaikuttavan fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset, tupakoimattomuus, vähäinen alkoholin käyttö ja sosiaaliset suhteet. Tutkimuksen mukaan elämänlaadun kokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat lisäksi sukupuoli, ikä, koulutustaso, etnisyys, sairaudet, taloudellinen hyvinvointi ja unen laatu. Fyysinen toimintakyky yhdistetään parempaan elämänlaatuun, sillä liikkumisrajoitukset vaikuttavat sosiaalisuuden ja autonomian kokemiseen. Monisairastuvuus yhdistetään myös huonompaan koettuun elämänlaatuun. Tutkimuksessa todetaan, että mikään edellä mainituista ei yksinään määritä hyvää elämänlaatua, vaan se on monen tekijän summa. (Ferreira ym. 2018.)

3.2 Elämänlaatu ikääntyneiden näkökulmasta

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä elämänlaatu tarkoittaa kotona asuville ikääntyneille. Tuloksissa nousi esiin yhdeksän teemaa, jotka ikääntyneet kokivat elämänlaatuun kuuluvan. Ensimmäisenä elämänlaatuun yhdistettiin terveys, johon liitettiin koettu terveys ja se, ettei sairaus rajoita toimimasta. Toiseksi teemaksi nousi autonomian kokeminen eli itsenäisyys. Itsenäisyydessä koettiin tärkeäksi, että pystyy pitämään huolta itsestään, vapautta liikkua ja päättää omista asioistaan. Siinä tärkeänä nähtiin, ettei olla muille vaiaksi tai taakaksi. Aktiivisuuden ylläpitäminen mainittiin kolmantena tärkeänä teemana, johon itselle tärkeiksi kokemiin aktiviteetteihin osallistuminen oli suuressa osassa. Neljäntenä tutkimuksessa mainittiin ystävyyssuhteiden merkitys koetun elämänlaadun tekijänä. Läheiset ihmissuhteet tuovat turvallisen ja merkityksellisen olon. (Leeuwen ym. 2019, 1 & 21–27.)

Asenne ja suhtautuminen muutoksiin koettiin tärkeäksi elämänlaadun kohdalla. Tutkimukseen osallistuneet kokivat positiivisen asenteen auttavan paremman elämänlaadun saavuttamisessa. Lisäksi suhtautuminen muutoksiin, eli eteen tulevien muutosten hyväksyminen, koettiin tärkeänä. Emotionaalinen hyvinvointi ja rauhan tunteen kokeminen elämässä nostettiin tutkimuksen kuudenneksi teemaksi. Yksinäisyys nähtiin tutkimustulosten mukaan olevan yksittäinen merkittävä tekijä, mikä vaikuttaa negatiivisesti elämänlaadun kokemukseen. Spirituaalisuuden kokeminen eli henkisyys niin ikään liitettiin vaikuttavan elämänlaatuun. Spirituaalisuudessa meditaatio, itsensä kehittäminen ja muutosten hyväksyminen nähtiin auttavan sairauden hyväksymisessä. Tutkimuksessa kodin merkitys elämänlaadun määrittäjänä oli merkittävä. Tutkimukseen osallistujat kokivat, että asuminen mukavassa, tutussa ympäristössä tuttujen ihmisten ympärillä, loi turvallisuuden tunnetta. Kodilla on lisäksi paljon tunnearvoa ja eletyn elämän kokemuksia, joista halutaan pitää kiinni. Viimeisenä teemana tutkimuksessa nostettiin taloudellinen turvallisuus elämänlaadun määrittäjänä. Riittävä varallisuus tuo vapauden tunnetta ja materialismista hyvinvointia, minkä koettiin nostavan koettua elämänlaatua. (Leeuwen ym. 2019, 1 & 21–27.)

4 TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET IKÄÄNTYESSÄ

4.1 Mitä on toimintakyky?

Toiminnallisuus on toimintaterapian teorioiden yhteinen yläkäsite. Se muodostuu ihmisen, toiminnan ja ympäristön dynaamisen vuorovaikutuksen seurauksena. Toiminnallisuus kuvaa arjen toimintakykyä yksilötekijöiden, ympäristön ja osallisuuden näkökulmista. Yksilön kyvyt, halukkuus ja mahdollisuudet elää tasapainoista ja mielekästä elämää ovat osa toiminnallisuutta. Toiminnallisuus on myös eri toimintakokonaisuuksien hallintaa. Näitä ovat itsestä huolehtiminen, työ ja vapaa-aika, jossa ihminen käyttää taitoja ja valmiuksia itseään tyydyttävällä tavalla. (Townsend & Polatajko 2013, 28; Savolainen & Aralinna 2017, 10–14; De las Heras de Pablo ym. 2017, 107–108.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) mukaan toimintakyky on tasapainotila henkilön kykyjen, toimintaympäristön ja tavoittelemiensa asioiden välillä. Toimintakyky on ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä itselleen välttämättömistä ja merkityksellisistä päivittäisistä toiminnoista. Näitä voivat olla esimerkiksi työ, opiskelu, itsestä huolehtiminen ja vapaa-aika. Toimintakykyyn nähdään vaikuttavan myös ympäristötekijät, kuten asuin- ja elinympäristö, sosiaalinen ympäristö ja taloudellinen tilanne. (THL 2019a.)

Kansanvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF) puolestaan kuvaa, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät ihmisen elämässä. Toimintakyky on moniulotteinen, vuorovaikutuksellinen ja dynaaminen tila, joka muodostuu kokonaisvaltaisesti yksilön, terveydentilan ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta. ICF koostuu toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja kontekstuaalisista tekijöistä. Toimintakyky ja toimintarajoitteet sisältävät ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet, yksilön suoritukset ja osallistumisen. Ruumiin ja kehon toimintoihin kuuluu kehon fysiologiset toiminnot, elimet, raajat ja rakenteet. Suorituksella tarkoitetaan tehtävää, jonka yksilö arjessaan toteuttaa. Osallistuminen puolestaan kuvaa yksilön osallisuutta elämän tilanteisiin. Kontekstuaaliset tekijöihin kuuluvat ympäristötekijät ja yksilötekijät, jotka voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti yksilön toimintaan. Ympäristötekijöitä ovat yksilön fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö. Yksilötekijöillä puolestaan tarkoitetaan muun muassa ikää, sukupuolta, elintapoja ja käyttäytymispiirteitä, jotka eivät kuulu lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. (WHO 2013, 4–5.)

4.2 Fyysisen toimintakyvyn muutokset

Fyysinen toimintakyky on kykyä liikkua ja liikuttaa itseään. Se tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä itselleen tärkeistä arjen tehtävistä. Elimistön fysiologisista ominaisuuksista lihasvoima ja -kestävyys, nivelten liikkuvuus, kestävyyskunto, asennon- ja liikkeiden hallinta sekä näitä koordinoiva keskushermoston toiminta ovat fyysisen toimintakyvyn osatekijöitä. Aistitoiminnot kuten kuulo-, näkö-, tunto-, maku- ja hajuaisti ovat myös osa fyysistä toimintakykyä. (THL 2019a.)

Normaali ikääntyminen heikentää ihmisen edellytyksiä suoriutua arkielämän toiminnoista. Ikääntyminen liitetään usein moniin sairauksiin, jotka heikentävät signaalien eri-alaisten viestien voimakkuutta aivoissa. Neurologisten yhteyksien kadotessa muun muassa kävelynopeus hidastuu ja liikkumisrajoitukset lisääntyvät. (Amarya ym. 2018, 5.) Ikääntymisen myötä tapahtuu myös kognition laskua, mikä näkyy muun muassa prosessinopeuden hidastumisena, monen asian samanaikaisen tekemisen työläytenä ja työmuistin heikkenemisenä. Näössä tapahtuvia muutoksia ovat kontrastien ja värien erottelukyvyn heikkeneminen. Tämä vaikeuttaa muun muassa lukemista ja tasapainon hallintaa sekä heikentää havaintokykyä liikenteessä. Ikääntyminen aiheuttaa myös kuulon alenemista. Erityisesti korkeiden äänten erottelukyky heikkenee ja konsonanttien kuuleminen puheesta vaikeutuu. Makuaisti niin ikään heikkenee, mikä vaikuttaa yleiseen ruokahalun laskuun. (Amarya ym. 2018, 5–9.)

Ikääntyessä tuntoaisti heikkenee, mikä vaikuttaa kylmän, kuumien, kivun ja paineen erottelukyvyn heikentävästi. Tunnon heikkenemisellä on vaikutusta muun muassa motorisiin taitoihin, kädenotteiden pitävyyteen ja tasapainoon. Ikääntymisen myötä tapahtuu myös luu- ja lihasmassan menetystä, joka vaikuttaa kaatumisriskiin ja tasapainon ylläpitoon. (Amarya ym. 2018, 5–9.)

Liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille

UKK-instituutin yli 65-vuotiaiden liikkumisen suosituksilla pyritään parantamaan ikääntyneiden terveyttä ja toimintakykyä lisäämällä monipuolisesti liikettä ikäihmisten arkeen. Liikuntasuosituksen mukaan yli 65-vuotiaat tulisi harrastaa reipasta liikuntaa vähintään 2,5 tuntia viikossa. Liikunta on reipasta silloin, kun sydämen syke nousee, mutta hen-

gästymisestä huolimatta pystyy vielä puhumaan. Rasittavaa liikuntaa tulisi vaihtoehtoisesti olla vähintään 1 tunti 15 minuuttia viikossa. Liikkuminen on rasittavaa silloin, kun puhuminen hankaloituu hengästymisen vuoksi. Kevyttä liikkumista esimerkiksi kotiaskareiden, ulkoilun tai kauppareissun muodossa tulisi yli 65-vuotiaalla olla mahdollisimman usein. Iän tuomien muutosten vuoksi suositeltavaa olisi tehdä ainakin kaksi kertaa viikossa lihasvoimaa, notkeutta ja tasapainoa kehittäviä harjoituksia. (UKK-instituutti 2020.) Toimeksiantajamme loppisteen palveluissa nämä suositukset on huomioitu.

4.3 Psyykkisen toimintakyvyn muutokset

Psyykinen toimintakyky on laaja kokonaisuus, joka liittyy mielenterveyteen, elämänhallintaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Ajatteleva, tunteminen sekä kyky vastaanottaa ja käsitellä ympäristöstä tulevaa tietoa on osa psyykkistä toimintakykyä. Siihen kuuluu myös ihmisen kyky tehdä valintoja elämänsä suunnittelemiseksi. Myös voimavarat, eli kyky selviytyä arjen haasteista ja kriisitilanteista, ovat osa psyykkistä toimintakykyä. (THL 2019a.)

Yksinäisyys on yksi ikääntyneiden psyykkisen toimintakyvyn riskitekijöistä. Yksinäisyys voi olla pakottavaa ja ahdistavaa. Suuret elämänmuutokset kuten luopumisen kokemukset, toimintakyvyn heikkeneminen tai vieraaseen asuinympäristöön muuttaminen yksin voivat aiheuttaa jopa pelkoa. Jatkuva, kärsimystä aiheuttava yksinäisyys voi johtaa sairasteluun, yleisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja edelleen sosiaaliseen eristäytymiseen. Yksinäisyys voi olla myös myönteistä, mielenterveyttä suojaavaa yksinäisyyttä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista ja rentouttavaa. Tällöin ihminen voi tarkastella elettyä elämää rauhassa ja saavuttaa mielenrauhan. (Routsalo 2016.)

Myönteisten ihmissuhteiden vahvistaminen ja vertaistukiryhmiin osallistuminen lisäävät ikääntyneen sosiaalista aktiivisuutta. Monille ikääntyneille perhesuhteet ovatkin tärkein mielenterveyttä suojaava tekijä. Ikääntyneen psyykkisen toimintakyvyn edistämiseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden lisääntyminen on merkittävää. Turvallinen ja muista riippumattoman elämä edesauttaa psyykkistä hyvinvointia. Digitaalisten palvelut tuovat riippumattomuuteen yhden ratkaisun, sillä niiden kautta palvelut voidaan tuoda ikäihmisten luokse, heidän omaan kotiinsa. (THL 2019c.)

4.4 Sosiaalisen toimintakyvyn muutokset

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä suoriutua yksilöiden ja yhteisöjen välisissä suhteissa. Se näkyy muun muassa sosiaalisen osallistumisen kokemuksina ja erilaisista rooleista suoriutumisena. Sosiaalista toimintakykyä on täten kaikki tekeminen, mikä tehdään yhdessä muiden kanssa. (Tiikkainen & Pynnönen 2018, 123; THL 2019c.)

Sosiaaliseen toimintaan osallistumista pidetään tärkeänä osana onnistunutta ikääntymistä. Tutkimukset osoittavat, että sosiaalinen aktiivisuus vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin vähentämällä palveluiden tarvetta. Sosiaalisen toimintakyvyn haasteet näkyvät puolestaan vuorovaikutuksen ja sosiaalisten suhteiden ongelmina. Muutokset toimintakyvyssä rajoittavat usein sosiaalista toimintakykyä. (Tiikkainen & Pynnönen 2018, 123.) Sosiaaliseen osallistumiseen yhden ratkaisun tarjoaa palveluiden digitalisointi. Pankki-asioiden, uutisten ja vapaa-ajan aktiviteettien digitalisointi tuo mahdollisuuksia ikääntyneille etenkin silloin, kun toimintakyky on alentunut ja rajoittaa pääsemästä sosiaalisiin tilanteisiin. Tietokoneen ja toimivan nettiyhteyden omistamisen nähdään vähentävän ikääntyneiden sosiaalista eristäytymistä. Merkittävä osa ikääntyneistä ei kuitenkaan osaa käyttää tietotekniikkaa hyväksi, sillä aiempia kokemuksia tietotekniikasta ei välttämättä ole. (Bergström 2017, 79–81.)

5 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Toimintakyvyn arvioinnilla arvioidaan osallistumista päivittäisiin toimintoihin (ADL-toiminnot), kuten ruokailuun, pukeutumiseen, hygienian hoitoon, työhön ja vapaa-aikaan. Osallistumisen lisäksi voidaan arvioida välineellisistä arkitoimista (IADL-toiminnot) kuten kaupassakäynnistä, ruoanlaitosta, pyykinpesusta ja raha-asioista suoriutumista. (O'Brien 2018, 3.) Toiminta tapahtuu aina jossain ympäristössä. Ympäristö vaikuttaa toimintaan ja toiminta vaikuttaa ympäristöön. Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan ympäristötekijät, jotta nähdään ympäristön vaikutus toimintaan. (Polatajko ym. 2013, 48.) Toimintakyvyn arvioinnilla kiinnitetään huomiota asiakkaan voimavaroihin sekä toimintakyvyn heikkenemisen taustalla vaikuttaviin tekijöihin. Ikääntyneiden keskeisimpinä toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä ovat kaatuminen, tasapaino-ongelmat, arkiaktiivisuuden väheneminen ja hidastunut liikkuminen. Muistiongelmat, mielialan lasku ja runsas päihteiden käyttö ovat myös tyypillisiä toimintakyvyn riskitekijöitä ikääntyneillä. (STM 2017, 16–17; Finne-Soveri ym. 2020, 7 & 11–12.)

Toimintakyvyn arvioinnilla pyritään saamaan kokonaiskuva asiakkaan toimintakyvystä. Kokonaiskuvan muodostumiseksi voidaan hyödyntää niin sanottua primaari- ja sekundaaritietoa. Primaaritiedolla tarkoitetaan asiakkaan omaa, hänen läheisensä ja arviointimenetelmien kautta saatua tietoa toimintakyvystä. (THL 2019b.) Sekundaarinen tieto puolestaan tarkoittaa asiakasdokumenteista tai tilastoista saatavaa tietoa (THL 2014; Paltamaa & Anttila 2015, 18). Arvioinnin avulla pyritään saamaan tietoa siitä, miten arjessa selviytymistä ja toimintakykyä voidaan tukea (Finne-Soveri ym. 2020, 9–10).

Toimintakyvyn arviointi voidaan tehdä asiakasta havainnoimalla, haastatteleamalla ja arviointimenetelmiä hyödyntäen. Kvantitatiivisen eli numeerisen tiedon saamiseksi suositellaan sellaisten arviointimenetelmien käyttöä, jotka antavat objektiivista ja vertailevaa tietoa toimintakyvystä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tiedon saamiseksi asiakkaan subjektiiviset kokemukset, motivaatio, arvot, asenteet ja ajattelutavat ovat arvioinnin kohteena. (Vilkkä 2015, 75.) TOIMIA-tietokanta on ammattilaisten ja asiantuntijoiden käyttämä työväline, johon on koottu suosituksia ja ohjeita erilaisten arviointimenetelmien käyttöön. Tietokannan tavoitteena on yhtenäistää arviointikäytäntöjä. TOIMIA:ssa kerrotaan muun muassa ikääntyneen toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöistä ja niihin sopivista arviointimenetelmistä, joiden pätevyyttä ja toistettavuutta tiettyyn kohderyhmään on arvioitu. (Terveysportti 2021.)

6 ENERGIAN KULUMISEN JA SÄÄSTÄMISEN STRATEGIAT

6.1 Energian kuluminen

Kaikki toiminta vaatii energiaa. Kokonaiskulutuksesta perusaineenvaihduntaan kuluu keskimäärin 75 prosenttia energiaa, jolla turvataan välttämättömien elintoimintojen, kuten hengityksen, verenkierron, hermoston ja sisäelinten toiminta. Suurin osa perusaineenvaihdunnasta tapahtuu rasvattomassa kudoksessa eli aktiivisessa solumassassa, kuten lihaksissa ja aivoissa. Liikuntaan kuluu noin 15 prosenttia ja termogeneesiin eli elimistön lämmöntuotantoon noin 10 prosenttia. (Yki-Järvinen 2012.) Energian kuluminen on kuitenkin yksilöllistä iän, sukupuolen, painon ja kehon kuormituksen mukaan. (Leppäluoto ym. 2017, 264–265).

Ikääntyessä aktiivisen solumassan suhteellinen määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä kasvaa. Tämä vähentää perusaineenvaihdunnan nopeutta noin kahdella prosentilla jokaista 10 vuotta kohti. (Yki-Järvinen 2012.) Elimistön säätelymekanismit huolehtivat sopivasta ravinnonotosta energian tarpeeseen nähden. Mikäli aikuisen energiatasapaino on positiivinen, ylimääräinen energia varastoituu rasvaksi. Ravinnon tulisi sisältää riittävän määrän hiilihydraatteja, rasvoja ja proteiineja. Mikäli näiden määrä on optimaalinen, energiasta 50-60 prosenttia, rasvoista 30-35 prosenttia ja proteiineista 10-15 prosenttia saadaan ravinnosta. (Leppäluoto ym. 2017, 264–265.)

Kaikki lihasten avulla tehtävä toiminta suurentaa energiankulutusta. Kulutettu energian määrä on yksilöllinen ja riippuu liikunnan kestosta, tehosta eli rasittavuudesta sekä ihmisen painosta. Energian kulutuksen yksikkönä käytetään usein kilokaloria (kcal) minuutissa. (UKK-instituutti 2020.) Keskimääräinen päivittäinen ikääntyneiden miesten energiantarve on 1850–2800 kilokaloria. Ikääntyneillä naisilla päivittäinen energiantarve on puolestaan hieman pienempi, 1570–2270 kilokaloria. (Ruokatieto 2021.) Liikunnan tehossa on huomioitava, että rauhallinen liikunta kuluttaa vähemmän energiaa raskaampaan liikuntaan verrattuna. Kevyttä liikuntaa tulee siis harrastaa raskaampaa kauemmin, jotta sama energiankulutus saavutetaan. Puolen tunnin juoksu ja tunnin kävely kuluttavat suunnilleen saman energiamäärän. (UKK-instituutti 2020.)

6.2 Energian säästäminen

Energian voidaan ajatella olevan kuin raha pankissa, se kannattaa käyttää viisaasti. Työn ja levon välisen tasapainon löytyminen on energian säästämisen ydintä. Energiaa säästävien strategioiden tarkoituksena on säästää energiaa sellaisiin toimintoihin, joita yksilön pitää tehdä ja joita pitää tärkeinä. Sen tarkoituksena on optimoida toimintaan kuluva energia, jolloin keho kuormittuu vähemmän ja energiavarastoa voidaan tehokkaasti hyödyntää muihin arjen toimintoihin. Energian säästäminen ei siis tarkoita sitä, että tehtäisiin vähemmän kuin ennen. Niiden avulla saadaan tehtyä samat toiminnot kuin aiemmin, mutta niihin kuluu vähemmän energiaa. Energian säästäminen vaatii toimintatapojen muutoksia arkeen, niiden opettelu vaatii kärsivällisyyttä ja vie aikaa. (Carson ym. 2002, 1–2 & NHS Foundation Trust 2018.)

Energiaa säästävillä strategioilla voidaan vähentää muun muassa MS-taudissa tyypillisesti esiintyvää fatiikkia eli voimakasta uupumusta. Konkreettisia tapoja säästää energiaa on monia. Kotitöitä tehdessä oleellista on pitää riittävästi taukoja ja pilkkoa toimintaa pienempiin osiin. Kaupassa käydessä energiaa säästävät kauppalistan tekeminen etukäteen, ostoskärryjen valitseminen ostoskorin sijaan ja ostettavien painon jakaminen molemmille käsille tasaisesti. Kotitöitä tehdessä kumartumisen välttäminen, niveliä säästävien työvälineiden käyttö ja tehtävien delegointi ovat oleellisia. Myös toimintojen priorisointi ja suunnittelu, mitä pitää tehdä tänään ja minkä voi siirtää huomiseksi, ovat energiaa säästäviä strategioita. (Carson ym. 2002, 1–2 & NHS Foundation Trust 2018.)

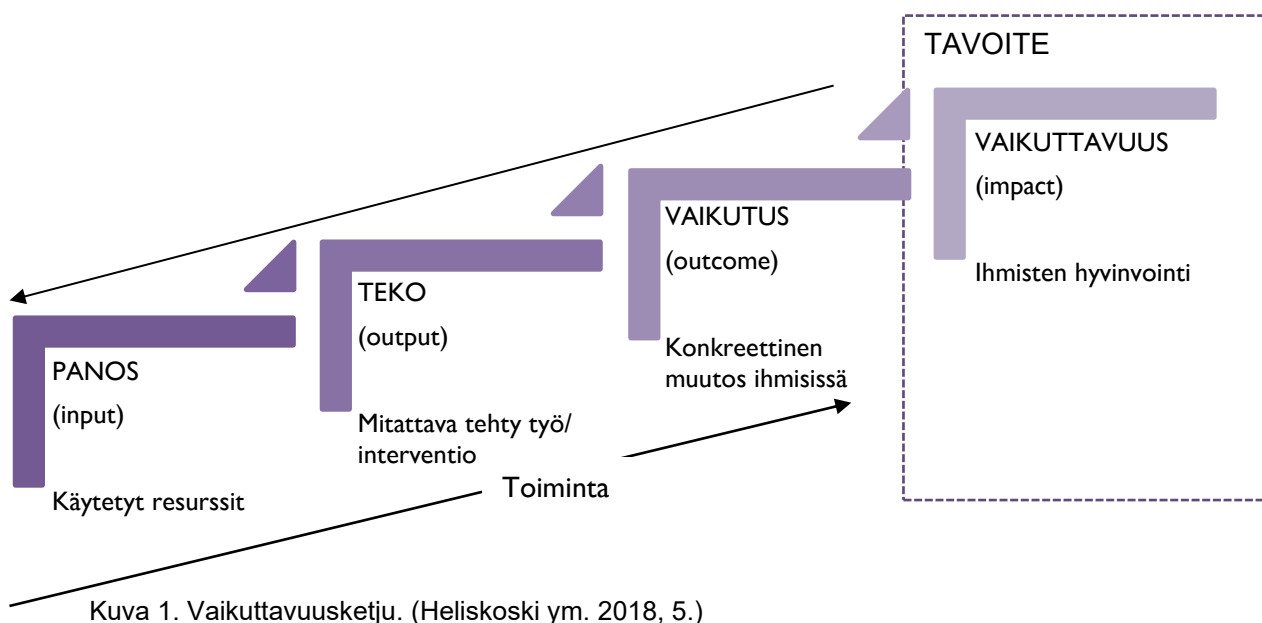
7 PALVELUN VAIKUTTAVUUDEN MITTAAMINEN

Vaikuttavuudella terveystaloustieteessä tarkoitetaan toiminnalla aikaansaattua muutosta ihmisen toimintakyvyssä, terveydentilassa ja hyvinvoinnissa (Drummond 2005). Vaikuttavuuden käsite ei kuitenkaan ole näin yksiselitteinen. Se voidaan nähdä yhtenä palvelun laadun määrittäjänä tai kustannusvaikuttavuutena. Toisaalta se voidaan nähdä mittauksen ja raportoinnin näkökulmasta tai jopa utopistisena eli mahdottomana kokonaisuutena mitata. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on ylläpitää ja tuottaa terveyttä edistäviä palveluita. Tämän mahdollistamiseksi keskeistä on resurssien kohdentaminen ja saavutettavien muutosten toteutuminen. Vaikuttavuuden mittaaminen ja saatujen mittaustulosten hyödyntäminen Suomessa on kuitenkin vielä vähäistä. Palvelujen vaikuttavuutta mitataan harvoin ja pääsääntöisesti kliinisillä mittareilla, kuten osastojaksojen pituudella, kuolleisuudella ja komplikaatioilla. (Pitkänen ym. 2018, 4–5.) Vaikuttavuuden mittaaminen on monimutkainen prosessi. Terveystaloustieteessä palveluissa suoritteen ja vaikutuksen välinen yhteys ei ole suoraan todettavissa. Mahdollisiin tuloksiin vaikuttaa joukko epävarmuustekijöitä, kuten toimenpiteen sopivuus asiakkaalle, hoitovaste ja komplianssi eli hoitomyönteisyys. Vaikuttavuuden mittaamiseen vaikuttavat ulkopuoliset tekijät tulee tunnistaa, jotta mittaustulos olisi mahdollisimman luotettava. (Pitkänen ym. 2020, 5.)

Vaikuttavuuden arviointi tukee näyttöön perustuvaa toimintaa ja luo palvelun läpinäkyvyyttä asiakkaalle. Arviointi perustuu jatkuvaan seurantaan, jonka avulla saadaan kerättyä tietoa asiakkaan hyvinvoinnin muutoksista tiettyyn palveluun liittyen. Vaikuttavuutta mittaamalla voidaan kehittää palvelun tehokkuutta ja laatua. Lisäksi sillä voidaan tarkistaa, että palvelu pyrkii haluamiinsa tavoitteisiin. Vaikuttavuuden arviointia voidaan toteuttaa myös jaksottaisina arviointina, joka toteutetaan tietyissä kohdissa palvelua. Arviointimenetelmät valitaan vastaamaan niihin kysymyksiin, joihin halutaan saada vastauksia. Arviointikysymykset voivat olla kuvailevia (mitä tapahtuu), vertailevia (mitä tapahtuu nyt ja mitä tulisi tapahtua) tai syy-seuraussuhde kysymyksiä (minkä muutoksen interventio saa aikaan). Arvioinnista saatu tieto voi olla sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tietoa. Kvalitatiivisella tiedolla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja tuoda esiin subjektiivisia kokemuksia. Kvantitatiivinen tieto on numeerista ja perustuu skaaloihin tai mittaasteikoihin. Vaikuttavuuden arvioinnissa keskitytään syy-seuraussuhteiden analysointiin, vastaamaan kysymykseen ”Mikä on palvelun vaikutus?”. (Gertler ym. 2016, 3–8.)

Vaikuttavuutta voidaan määritellä ja mitata eri näkökulmista. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi vaikuttavuutta tulisi mitata kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan itsearviointimenetelmillä, kliinisillä mittareilla ja toimintakykytesteillä sekä asiantuntijan raporttoimilla mittareilla. (Pitkänen ym. 2020, 8–9.)

Vaikuttavuusketjulla kuvataan, mistä vaikuttavuuden mittaaminen koostuu ja kuvaa osatekijöiden välisiä suhteita. Vaikuttavuusketjun alimpana on tekojen vaatimat resurssit eli panokset kuten työ, aika, materiaalit ja raha. Ketjun toiseksi alimpana olevilla teoilla tarkoitetaan työtä, joka tehdään muutoksen aikaansaamiseksi. (Heliskoski ym. 2018, 5–6.) Ketjun kolmantena olevan vaikutuksen toteutumiseen tarvitaan konkreettinen muutos ihmisen käyttäytymiseen tai toimintaan. Vaikutus voi olla esimerkiksi konkreettinen muutos asiakkaan toimintakyvyssä palvelun seurauksena. Vaikuttavuusketjun ylimpänä oleva vaikuttavuus tarkoittaa yhteiskunnan myönteistä kehitystä, kuten ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvä positiivinen kehitys. Vaikuttavuuden mittaaminen itsessään on pitkä 3–6 vuoden aikavälin prosessi. (Heliskoski ym. 2018, 6.) Tässä opinnäytetyössä keskitymme loppuasteen palvelun vaikuttavuuden mittaamiseen asiakkaiden näkökulmasta, mikä on kuviossa kolmantena portaana (outcome). Vaikuttavuuslähtöisen toiminnan tavoitteena on aina konkreettisten muutosten aikaansaaminen (Heliskoski ym. 2018, 6).



8 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoitavien kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Ilopiste voi hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia palveluidensa kehittämiseen ja markkinointiin. Lisäksi tulokset antavat perusteluita Ilopisteen palveluiden vaikuttavuudesta omaishoidon asiakaskunnalle.

Tarkoituksenamme oli mitata sellaisten toimintakyvyn ja elämänlaadun osa-alueiden vaikuttavuutta, joihin Ilopisteen palvelut voivat vaikuttaa. Tutkimuskysymysten määrittelyssä otimme huomioon Ilopisteen keskeisen tavoitteen parantaa ikääntyneen toimintakykyä ja koettua elämänlaatua. Toimintakyvyn ja elämänlaadun asettaminen tutkimuksen pääkysymykseksi oli täten perusteltua. Pääkysymyksen lisäksi asetimme neljä alakysymystä, joilla rajasimme pääkysymyksessä tarkasteltavia aiheita.

Tutkimuskysymyksemme olivat:

Kokevatko tutkittavat Ilopiste-palvelun vaikuttaneen heidän toimintakykynsä ja koettuun elämänlaatuunsa?

Kokevatko tutkittavat Ilopiste-palvelun vaikuttaneen heidän liikuntansa määrään arjessa?

Kokevatko tutkittavat Ilopiste-palvelun vaikuttaneen psyykkiseen kuormittuneisuuden määrään?

Kokevatko tutkittavat Ilopiste-palvelun vaikuttaneen arjen toimintojen monipuolistumiseen?

Kokevatko tutkittavat Ilopiste-palvelun vaikuttaneen energian määrään arjessa?

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukko koostui seitsemästä Salon kaupungin omaishoitoperheestä. Tutkimukseen osallistui seitsemän omaishoitajaa ja kuusi omaishoidettavaa. Mukaanottokriteereinä tutkimukselle oli, että kuului Salon kaupungin omaishoitoon ja oli yli 65-vuotias. Tutkimukseen osallistujien tarkemmalla iällä, toimintakyvyn tasolla tai omaishoidon syyllä ei ollut merkitystä. Tutkimukseen osallistuvat omaishoitoperheet saivat käyttöönsä tunnukset Ilopiste-palveluun ja pääsivät tutustumaan sen tarjontaan kevään 2021 ajan. Tutkimuksessa pidettiin tärkeänä, että osallistujat saivat perehdytyksen Ilopisteen käyttöön tutkimuksen aluksi.

Tutkimuksessa emme saaneet omaishoidettava 4:n tuloksia elämänlaadun mittauksesta (WHOQOL-BREF), joten tutkittavan tulokset tämän osalta jätettiin huomioimatta. Muihin tutkimuksen osiin kyseessä olevalta omaishoidettava osallistui. Muu tutkimusjoukko osallistui kaikkiin tutkimuksen osa-alueisiin.

9.2 Aineistonkeruumenetelmät

MAALISKUU 2021: VIIKKO 9	HUHTIKUU 2021: VIIKKO 17
Elämänlaatua mittaava WHOQOL-BREF: Omaishoitajalle ja omaishoidettavalle	Elämänlaatua mittaava WHOQOL-BREF: Omaishoitajalle ja omaishoidettavalle
Arkiaktiivisuutta mittaava MET-arviointi: Omaishoitajalle ja omaishoidettavalle	Arkiaktiivisuutta mittaava MET-arviointi: Omaishoitajalle ja omaishoidettavalle
	Vaikuttavuuskysely Ilopisteen käyttökokemuksista: Omaishoitajalle ja omaishoidettavalle

Kuva 2. Toimintakyvyn arviointimenetelmät ja toteutunut aikataulu.

Aineistonkeruumenetelmämme olivat kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia. Näin pystyimme perustelemaan vaikuttavuutta eri osa-alueisiin laajemmin. Vaikuttavuuden tulosten rapor-

toinnissa otimme huomioon standardoitujen arviointimenetelmien tulokset sekä tutkimusjoukon kokemukset loppisteen käytöstä. Toteutimme omaishoitajalle ja -hoidettavalle 2 elämänlaatua arvioivaa WHOQOL-BREF-kyselyä, 2 arkiaktiivisuutta mittaavaa MET-arviointia ja yhden vaikuttavuuskyselyn loppisteen käyttökokemuksista. Arvioinnit tehtiin omaishoitajalle ja -hoidettavalle erikseen kahdessa osassa. Alkuarviointina toteutimme WHOQOL-BREF ja MET-arvioinnit. Alkuarvioinnit toteutettiin maaliskuussa 2021 viikolla 9 ennen loppisteen käytön aloittamista. Loppuarvioinnit eli WHOQOL-BREF, MET ja vaikuttavuuskysely, toteutettiin huhtikuussa 2021 viikolla 17, jolloin tutkimusjoukko oli saanut käyttää loppistettä 2 kuukautta. Toimintakyvyn mittaukset toteutettiin kahdessa osassa, jotta loppisteen mahdolliset vaikutukset toimintakykyyn ja elämänlaatuun voitiin havaita.

9.2.1 Kvantitatiiviset aineistonkeruumenetelmät

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – BREF)

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
3	Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5
4	Kuinka paljon tarvitsette lääkettä tai muuta hoitoa pystyäksenne toimimaan päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5	Kuinka paljon nautitte elämästä?	1	2	3	4	5
6	Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?	1	2	3	4	5

Kuva 3. Ote WHOQOL-BREF-arviointilomakkeesta. (TOIMIA 2020a.)

Ensimmäiseksi kvantitatiiviseksi arviointimenetelmäksi valitsimme WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin (World Health Organization Quality of Life – BREF). Mittari on tarkoitettu nopeaan elämänlaadun kartoittamiseen ja soveltuu erityisesti iäkkäille. Elämänlaatu on mittarissa jaettu fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja elinympäristölliseen elämänlaatuun. Maksimipistemäärä on 100. Mitä suuremmat pisteet tutkittava saa, sen parempi elämänlaadun oletetaan olevan. Arviointimenetelmä voidaan toteuttaa joko haastatteluna tai itsetäytettävänä kyselylomakkeena. (TOIMIA 2020a.)

Mittarin valinnassa huomioimme, että sillä mitataan asiaa, johon Ilopisteen palvelut voivat vaikuttaa. Ilopisteen yhtenä tavoitteena oleva ikääntyneiden elämänlaadun parantaminen sopi teemallisesti tähän hyvin. Sen on lisäksi tutkittu soveltuvan hyvin ikääntyneille sekä terveys ja kuntoutuspalvelujen arviointiin (TOIMIA 2020a). Menetelmä oli lisäksi mahdollista toteuttaa haastattelemalla ja vallitsevan tilanteen vuoksi etänä. Ilopisteen palveluilla ei voida kuitenkaan vaikuttaa elinympäristölliseen elämänlaatuun, joka arviointimenetelmässä käsittelee muun muassa rahankäyttöä, asuinalueen olosuhteita tai tyytyväisyyttä julkisiin liikennevälineisiin. Päädyimme arviointimenetelmän valintaan tästä huolimatta, sillä mitattavan toimintakyvyn osa-alueet pisteytetään erikseen. Ympäristöllisen toimintakyvyn pisteet eivät siis vaikuttaneet fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen elämänlaadun pisteisiin.

MET (Metabolic Equivalent of Task)

MET SCORES FOR DAILY LIVING					
METS	SELF CARE	HOUSEHOLD	RECREATION	MOBILITY	WORK
10+			competitive squash	running (fast)	
9-10				walking 2.5 mph up a 20% slope	shoveling (35 lb.) shoveling (31 lb.)
8-9			water polo	climbing stairs walking 2.5 mph up a 16% slope	sawing hardwood carrying 175 lb. load digging ditches
7-8			cycling (fast) water skiing	walking 2.5 mph up a 12% slope running	carrying 80 lbs.
6-7		pushing non-powered lawn mower snow shovelling	trail biking tennis (singles) volleyball	light jogging walking at 5 mph	carrying 50 lbs. shovelling (22 lb. For 10 min.)
5-6		bed stripping and remaking	skating digging garden dancing	descending stairs	handyman carrying 20 lbs.
4-5	bowel movement on bed pan hot standing shower	raking leaves hand laundry use washing machine mowing grass (power)	sex cycling (medium speed) badminton (singles) tennis (doubles) golf (no cart)	walking at 4 mph	paper hanger light carpentry
3-4	warm standing shower	vacuuming washing floor making bed washing car	cycling slowly fly fishing yoga	riding motorcycle	cleaning windows machine assembly truck driver brick layer
2-3	bowel movement warm bath sit to shower shaving	riding lawn mower cooking dusting ironing	fishing horseshoes playing piano golf using electric cart swimming (light)	walking at 2.5 mph driving a car canoeing at 2.5 mph	auto repair bartender janitor TV/radio repair
1-2	getting in or out of bed dressing grooming eating	washing dishes sweeping floors	knitting/sewing reading watch TV	walking at 1 mph strolling (less than 1 mph) standing sitting sleeping	desk work drafting computer work receptionist

Kuva 4. Aktiviteettien rasittavuus esitettynä MET-arvoina. (Carson ym. 2002, 53).

Toiseksi kvantitatiiviseksi arviointimenetelmäksi valitsimme energian kulutusta ja fyysistä aktiivisuutta mittaavan MET:n (Metabolic Equivalent of Task). MET-arvoilla mitataan toiminnan energiakulutusta, fyysistä rasittavuutta sekä arjen fyysistä aktiivisuutta. Sen avulla voidaan lisäksi arvioida, onko asiakkaan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyky toiminnan vaatimusten tasolla. (Duodecim 2021.)

MET-arvo kertoo, kuinka paljon tietty toiminta kuluttaa energiaa lepotilaan verrattuna. Se perustuu toiminnan aikana kulutettuun hapen määrään painokiloa kohden. 1 MET eli elimistön lepotason hapenkulutus vastaa 3,5 ml happea minuutissa painokiloa kohden. MET-arvojen oletetaan olevan samat henkilön iästä, kehon koosta tai koostumuksesta riippumatta. Toimintojen katsotaan kuluttavan eri määrän energiaa matalasta korkeaan energian kulutukseen. MET arvo kasvaa toiminnassa vaadittavan energiankulutuksen mukaan. Pienimmillään MET-arvo on nukkuessa (0,9), jolloin energiankulutus on 10 % pienempää kuin lepoaineenvaihdunta. Erittäin raskaan liikunnan, kuten jalkapallon pelaamisen MET arvo on 10, sillä toimintaan vaaditaan kymmenen kertaa enemmän energiaa lepoaineenvaihduntaan verrattuna. (Carson ym. 2002, 1–2.)

Mittarin valinnassa huomioimme, että sillä mitataan asiaa, johon lopisteella voidaan vaikuttaa. Lopisteen palvelut pyrkivät parantamaan ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä tarjoamalla liikuntaa eri muodoissa. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen oli tutkimuksemme kannalta täten oleellista. Tutkimusjoukon fyysisen toimintakyvyn tasoissa oli kuitenkin huomattavia eroja ja osa heistä käytti muun muassa pyörätuolia. Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen esimerkiksi tasapainon muutoksilla ei olisi ollut tutkimusryhmälle sopiva eikä turvallinen toteuttaa. MET-arviointimenetelmä antoi tarvitsemaamme tietoa tutkimusjoukon arjen energiankulutuksen ja fyysisen aktiivisuuden muutoksista ilman muita fyysisen toimintakyvyn vaatimuksia. Mikäli energiankulutuksen nähdään nousseen tutkimusaikana, kertoo tulos energiankulutuksessa ja fyysisessä aktiivisuudessa tapahtuneista positiivista muutoksesta. Tulos antaa lisäksi viitteitä toimintojen lisääntymisestä ja/tai monipuolistumisesta arjessa.

Jotta voisimme seurata tutkittaviemme energiankulutusta ja fyysistä aktiivisuutta, teimme tutkimusjoukolle täytettäväksi aktiivisuuspäiväkirjat (kts. Liite 2.). Aktiivisuuspäiväkirjoihin tutkittavat kirjasivat kaikki tekemänsä toiminnot viikon ajalta. Päiväkirjoista näimme päivittäisten toimintojen ohella lopisteen käytön aktiivisuuden, mikä kertoisi toimintojen lisääntymisestä lopisteen myötä. Päiväkirjoihin merkittyihin toimintoihin laskimme niitä vastaavat MET-arvot pistetaulukon avulla. Jotta voimme perustella energiankulutuksen

muutoksen johtuneen llopisteen käytöstä, poissuljimme tuloksista niiden tutkittavien tulokset, jotka eivät vaikuttavuuskyselyn perusteella olleet llopistettä käyttäneet.

9.2.2 Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät

Palvelun vaikuttavuuskokemusten saamiseksi teimme kyselyn llopisteen käyttökokeimuksista (kts. Liite 1.), joka toimi kolmantena aineistonkeruumenetelmänä. Kyselylomakkeen suunnittelussa on oleellista, että tutkija tietää, mihin kysymyksiin halutaan saada vastauksia. Jokaisen kysymyksen kohdalla tulee pohtia, mitä kysymyksellä mitataan ja onko kysymys tutkimusongelman ratkaisemiseksi oleellinen. Kyselyä toteuttaessa tulee lisäksi miettiä kysymyksen muotoa ja asettelua. Kyselylomakkeen selkeys, vastausvaihtoehtojen toimivuus, kyselylomakkeen pituus ja vastaamiseen käytettävän ajan kohtuullisuus tulee lisäksi tarkistaa. (Vilkkä 2015, 68–70.)

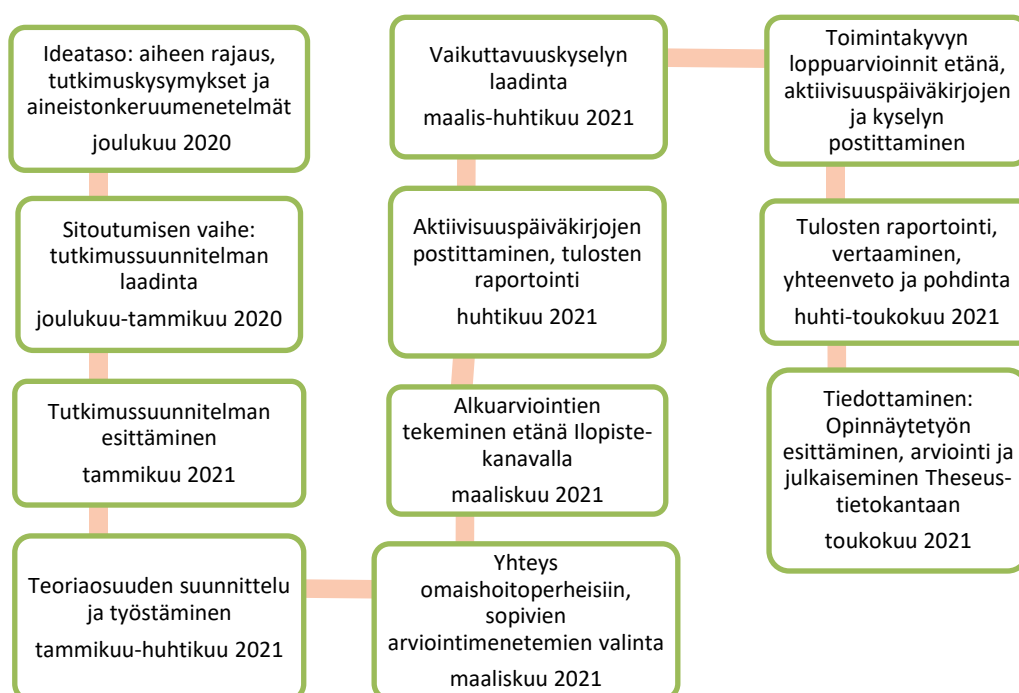
Vaikuttavuuskyselyn tavoitteena oli saada omaishoitajien ja -hoidettavien subjektiivisia kokemuksia llopisteen käytöstä. Kyselyn oli lisäksi tarkoitus tukea numeerisesti keräämäämme tutkimustietoa toimintakyvyn muutoksista WHOQOL-BREF ja MET-arvioinneista. Tavoitteena oli lisäksi kirkastaa kokonais kuvaa llopisteen vaikuttavuudesta omaishoidon asiakaskunnalle. Kyselyyn valitsimme viisi avointa ja yhden monivalintakysymyksen. Avointen kysymysten tavoitteena oli saada tutkittavien spontaanit kokemukset ja mielipiteet palvelun mahdollisista hyödyistä. Monivalintakysymyksellä llopisteen käytön pyrimme saamaan vertailtavaa tietoa llopisteen käytön aktiivisuudesta.

Vaikuttavuuskyselyn teemoina olivat palvelun vaikuttavuus arkeen, liikunnan määrään ja psyykkiseen hyvinvointiin. Llopisteen palvelut pyrkivät parantamaan ikääntyneen elämänlaatua ja koettua hyvinvointia, joten näiden teemojen tarkastelu kyselyssä oli perusteltua. Muodostimme kysymykset llopisteen tavoitteiden, teorian tiedon ja asettamiemme tutkimuskysymysten pohjalta. Näin saimme vastauksia sellaisiin kysymyksiin, joihin llopiste on voinut vaikuttaa.

Ensimmäisellä kysymyksellä llopisteen aktiivisuudesta, halusimme selvittää llopistettä käyttäneiden omaishoitajien ja -hoidettavien määrän. Kysymyksellä halusimme poissulkea ne tutkittavat, jotka eivät palvelua käyttäneet. Mikäli tutkittava ei ollut käyttänyt llopistettä kertaakaan, eivät mahdolliset toimintakyvyn muutokset voineet johtua llopisteestä. Mikäli tutkittava oli käyttänyt llopistettä aktiivisemmin, antaisi se viitteitä siitä, että llopiste on tuonut arkeen muutosta. Toisella kysymyksellä halusimme selvittää, mitä palveluja

tutkittavat olivat käyttäneet. Tämä kysymys antaisi tietoa paitsi arjen toimintojen monipuolistumisesta myös siitä, mitkä palvelut koettiin loppisteeltä kiinnostaviksi. Kolmannella kysymyksellä arjen toimintojen monipuolistumisesta halusimme selvittää tutkittavien kokemuksen siitä, onko loppiste monipuolistanut arkea. Neljännellä kysymyksellä halusimme selvittää loppisteen vaikutusta liikunnan määrään arjessa. Tulokset antaisivat tietoa siitä, oliko liikunnan määrässä koettu muutosta. Viidennellä kysymyksellä halusimme selvittää, onko palvelun käytöllä koettu olevan vaikutusta kuormittuneisuuden määrään arjessa, sillä yleisesti tiedossa on, että omaishoidon arki koetaan usein kuormittavaksi. Viimeinen kysymys on kokoava ja sillä halusimme selvittää, ovatko tutkittavat kokeneet loppisteen muuttaneen arkea. Positiivisilla toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksilla voimme perustella loppisteen palvelun hyötyjä.

9.3 Tutkimuksen eteneminen



Kuva 5. Tutkimuksen eteneminen.

Tutkimusprosessin vaiheita ovat ideataso, sitoutuminen, toteuttaminen, kirjoittaminen ja tiedottaminen. Ideatasolla täsmennetään tutkimusongelma eli mitä tutkitaan, valitaan tutkimuskysymykset ja aineistonkeruumenetelmät. Sitoutumisen vaiheessa luodaan tutkimussuunnitelma, jossa vastataan kysymykseen mitä tehdään ja miten. Lisäksi siinä ku-

vataan tutkimuksen tekijöiden vastuut ja velvollisuudet. Toteuttamisen vaiheessa hankitaan tutkimusaineisto, joka ryhmitellään tutkittavaan muotoon. Lisäksi analysoidaan ja tulkitaan saatu aineisto teorian avulla, esitetään tutkimustulokset, johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset. Kirjoittamisprosessi jatkuu koko tutkimusprosessin ajan ja siinä keskeistä on tekstin johdonmukaisuus, argumentointi ja kriittisyys. Tiedottamisen vaiheessa järjestetään tiedotustilaisuus, jossa tutkimuksen tuloksista tiedotetaan. (Vilkkä 2015, 37–56.)

Tutkimuksellinen opinnäytetyöprosessi alkoi joulukuussa 2020 aiheen rajauksella sekä tutkimuskysymysten ja aineistonkeruumenetelmien valinnalla. Tutkimussuunnitelman laadinta ja esittäminen tapahtui tammikuussa 2021. Teoriatiedon hankinta, työstäminen ja viimeistely ajoittui tammi-huhtikuulle 2021. Otimme yhteyttä omaishoitoperheisiin maaliskuussa 2021, jossa kerroimme tutkimuksen kulusta ja kartoitimme tutkimusjoukolle sopivia arviointimenetelmiä. Tutkittavien kanssa tehdyt toimintakyvyn alkuarvioinnit toteutettiin yksilöidysti etänä maaliskuussa 2021 viikolla 9. Arviointien päätyttyä lähitimme aktiivisuuspäiväkirjat tutkimusjoukolle täytettäväksi, joiden tulokset raportoimme Excel-taulukon tulosten vertailua varten. Vaikuttavuuskysely valmistui maaliskuussa 2021 ja ne postitettiin aktiivisuuspäiväkirjojen kanssa tutkimusjoukolle täytettäväksi loppuarviointia varten. Toimintakyvyn loppuarviointi tapahtui viikolla 17. Arviointien jälkeen raportoimme tulokset WHOQOL-BREF-mittauksista, aktiivisuuspäiväkirjoista ja vaikuttavuuskyselyistä. Tämän lisäksi vertailimme tuloksia aiempiin, teimme tulosten yhteenvedon ja pohdinnan. Opinnäytetyömme esittäminen, arviointi ja julkaiseminen Theseus-tietokantaan tapahtui toukokuussa 2021.

9.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusjoukko koostui seitsemästä Salon kaupungin omaishoitajasta ja kuudesta omaishoidettavasta. Tutkimusjoukon yhteydenpitoa, sopivien arviointimenetelmien valintaa ja postittamista varten saimme tietoomme tutkimukseen osallistujien nimet, osoitteet ja puhelinnumeron. Henkilötietoja käsitelimme huolellisesti ja pidimme niitä erillään muusta tutkimusaineistosta. Henkilötiedot olivat käytössämme vain tutkimuksen tekemisen ajan, jonka jälkeen ne hävitettiin tietoturvallisesti. Tämän tutkimuksen tekijät, llopite ja Salon kaupunki solmivat salassapitosopimuksen henkilötietojen käsittelystä. Salassapitoehdot koskivat tutkimuksen kohteena olevia Salon kaupungin välittämiä omaishoito-

perheiden tietoja. Tutkimusjoukon henkilötietojen suojelemiseksi käytimme tulosten kirjaamis-, raportointi- ja analysointivaiheissa tutkittavista tunnisteita ”omaishoitaja 1, omaishoitaja 2, omaishoidettava 1, omaishoidettava 2 jne.”. Tunnisteen avulla pysyimme vertailemaan arviointituloksia keskenään tutkittavan oikean henkilöllisyyden paljastumatta.

Alkuarvioinnissa osa tutkimusaineistosta kerättiin llopisteen etäyhteyden kautta tai puhelimitse ja osa postittamalla. Etäyhteydellä tai puhelimitse tehtyt elämänlaatukyselyt (WHOQOL-BREF) toteutettiin haastatteluina. Tutkimustulos kirjattiin ensin arviointilomakkeeseen, josta lasketut pisteet kirjattiin Excel-taulukkaan numerotunnisteita käyttämällä. Aktiivisuuspäiväkirjat lähetettiin tutkittaville täytettäväksi postitse. Salon kaupungin omaishoidon tukihenkilö toimitti ne pisteiden laskua ja analysointia varten. Jotta varmistuimme siitä, etteivät päiväkirjat sekaannu keskenään postitettaessa, oli päiväkirjoihin merkitty tutkittavan nimi. Analysointivaiheessa muutimme nimen sitä vastaavaksi numerotunnisteeksi.

Loppuarvioinnissa osa tutkimusaineistosta kerättiin llopisteen etäyhteyden kautta tai puhelimitse ja osa postittamalla. Etäyhteydellä tai puhelimitse kerätyt WHOQOL-BREF tulokset kirjattiin ja analysoitiin alkuarvioinnissa toimitulla tavalla. Lähetimme tutkittaville aktiivisuuspäiväkirjat täytettäväksi, jonka mukana postitimme vaikuttavuuskyselyt tutkittavien täytettäväksi. Salon kaupungin omaishoidon yhteyshenkilö toimitti päiväkirjat ja vaikuttavuuskyselyt meille pisteiden laskua ja analysointia varten tietoturvalisest turvasähköpostilla aikataulullisista syistä johtuen.

Analysointivaiheessa jaoimme tulokset niitä vastaavien tutkimuskysymysten alle. Vertailimme alku- ja loppuarvioinnissa saatuja WHOQOL-BREF ja MET-arvoja keskenään. Aktiivisuuspäiväkirjojen pisteiden laskun teki yksi meistä, jotta toiminnoista annettavat pisteet olisivat mahdollisimman samat alku- ja loppuarvioinnissa. Raportoimme tuloksissa mahdollisesti tapahtuneet muutokset tutkimuksemme tuloksiin ja yhteenvedoon.

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Tutkimuksen tuloksissa tarkastelimme arvioitavia osa-alueita omaishoitajien ja -hoidettavien osalta erikseen. Alla olevissa kaavioissa niiden tutkittavien tulokset oli raskittu yli, jotka eivät käyttäneet Ilopistettä tutkimusaikana. Heidän osaltaan Ilopisteen vaikuttavuutta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun ei voitu arvioida.

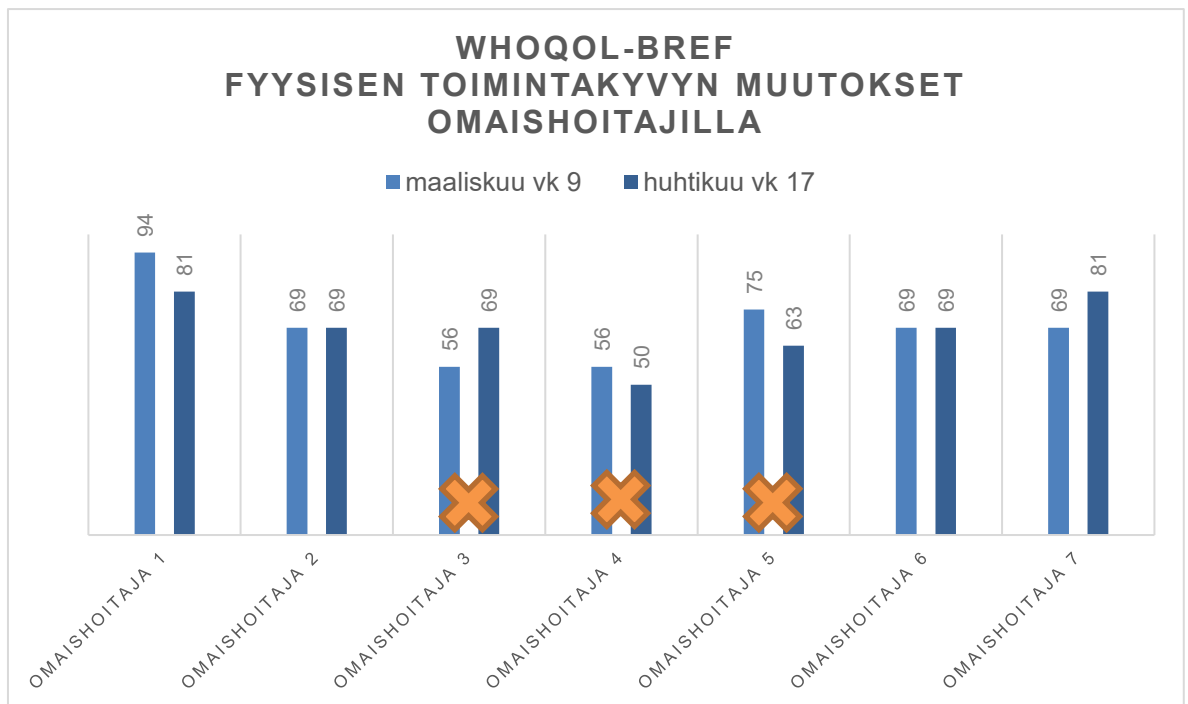
Kaaviossa osoitetut WHOQOL-BREF-arviointien tulokset kuvaavat tutkittavien elämänlaadun muutoksia toimintakyvyn eri osa-alueilla. Maksimipistemäärä arviointimenetelmästä on 100 pistettä. Korkeammat pisteet kertovat siis paremmasta elämänlaadusta. Kaaviossa osoitetut MET-pistearvojen muutokset kuvaavat energiankulutuksen muutoksia tutkimusjaksolla. Korkeampi pistemäärä kertoo fyysisen aktiivisuuden ja energiankulutuksen noususta, mikä viittaa toimintojen lisääntymiseen ja/tai monipuolistumiseen arjessa.

Elämänlaatukysely WHOQOL-BREF:n tulosten raportoinnissa hyödynnetään yksittäisinä tutkimustuloksina kysymyksiä: ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?” ja ”Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?”. Kysymyksistä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suoraan tulosten analysoinnissa. (Kela 2019.)

Omaishoitajista kuudella seitsemästä koettu elämänlaatu oli pysynyt samana tutkimusjaksoimme ajan. Yhdellä omaishoitajista koettu elämänlaatu oli hieman laskenut. Omaishoidettavien kohdalla kolmella viidestä koettu elämänlaatu oli pysynyt samana. Kahdella omaishoidettavalla koettu elämänlaatu oli puolestaan noussut.

Omaishoitajista yhdellä seitsemästä tyytyväisyys terveyteen oli noussut. Kolme koki tyytyväisyyden omaan terveyteen pysyneen samana. Kolmella puolestaan tyytyväisyys omaan terveyteen oli laskenut. Omaishoidettavista kolmella viidestä tyytyväisyys omaan terveyteen oli noussut ja kahdella puolestaan laskenut.

Ilopisteen vaikuttavuus fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun

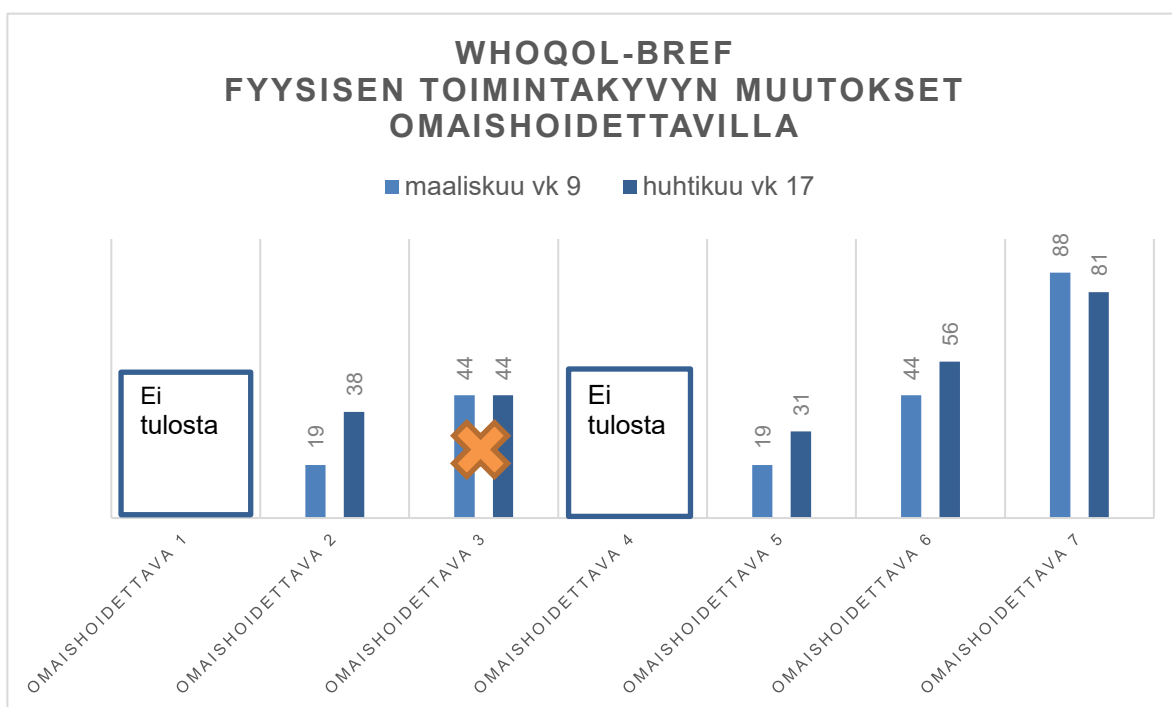


Kaavio 1. WHOQOL-BREF fyysisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 1 osoittaa fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoitajien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasivat kaikki seitsemän omaishoitajaa. Fyysisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet kahdella, pysyneet samana kolmella ja laskeneet kahdella omaishoitajista. Omaishoitajat 3, 4 ja 5 eivät käyttäneet Ilopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ei tutkittavien kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoitajaa oli käyttänyt Ilopistettä. Heistä yhden tuloksissa oli fyysisessä toimintakyvyssä tapahtunut positiivista muutosta. Tutkittava kertoi käyttäneensä Ilopistettä 5–6 kertaa viikossa. Kahden tutkittavan tulokset olivat pysyneet samana. Tutkittavista omaishoitaja 2 kertoi käyttäneensä Ilopistettä 5–6 kertaa viikossa ja omaishoitaja 6 kolmesta neljään kertaan viikossa. Yhden tutkittavan tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoitaja 1 raportoi käyttäneensä Ilopistettä yhdestä kahteen kertaan viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme llopisteen vaikutusta liikunnan määrään arjessa. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoitajasta kaksi koki, että llopisteellä oli positiivista vaikutusta liikunnan määrään arjessa. Kaksi omaishoitajista puolestaan koki, ettei vaikutusta liikunnan määrään ollut. Heistä toinen kertoi, että olisi voinut käyttää tarjontaa monipuolisemmin hyväkseen, erityisesti tasapaino ja venyttelyharjoitukset olivat hyviä. Toisen puolestaan koki, ettei vaikutusta ollut, sillä hänellä oli jo ennestään liikunnallinen elämäntapa. Molemmat tutkittavista kertoivat kuitenkin saaneensa lisää jumppaideoita llopisteeltä.



Kaavio 2. WHOQOL-BREF fyysisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

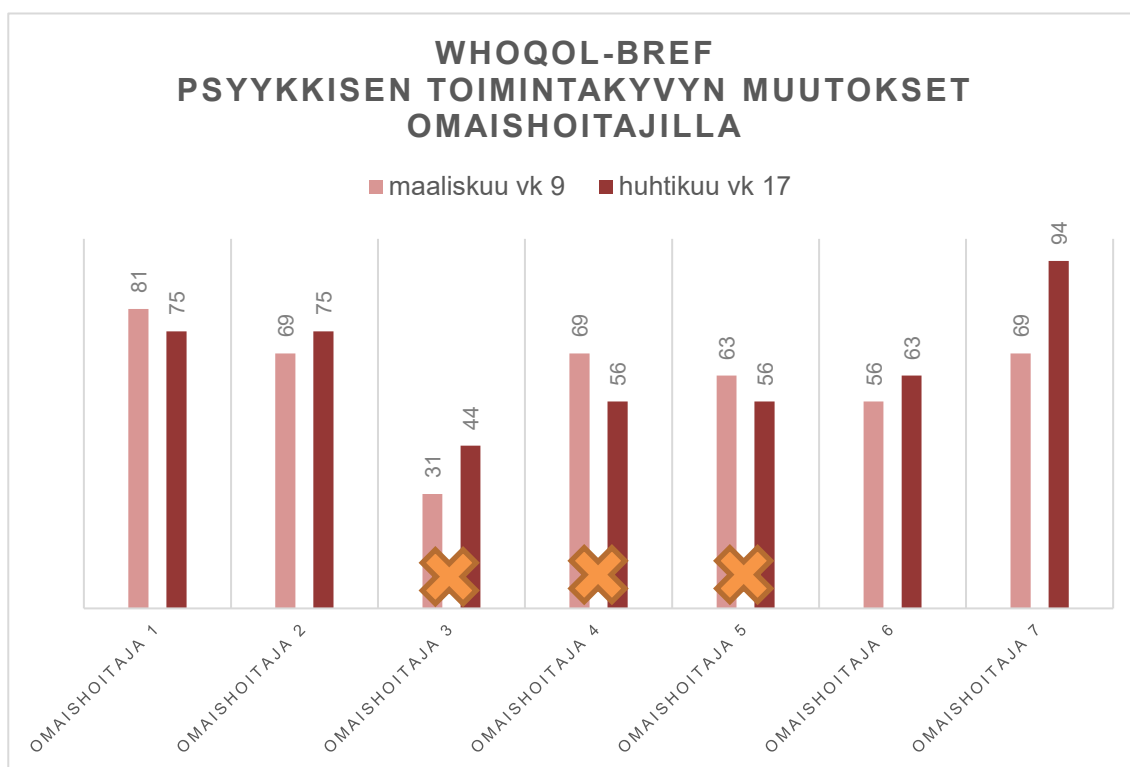
Kaavio 2 osoittaa fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoidettavien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasi viisi omaishoidettavaa. Fyysisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet kolmella, pysyneet samana yhdellä ja laskeneet yhdellä omaishoidettavista. Omaishoidettava 3 ei käyttänyt llopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ei tutkittavan kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoidettavaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä kolmen tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoidettava 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa, omaishoidettava 5 oli käyttänyt 1–2 kertaa ja omaishoidettava 6 oli käyttänyt llopistettä 3–4 kertaa.

viikossa. Yhden tutkittavan kohdalla tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoidettava 7 oli käyttänyt Ilopistettä 3–4 kertaa viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme Ilopisteen vaikutusta liikunnan määrään arjessa. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoidettavasta kaksi koki, että Ilopisteellä oli positiivista vaikutusta liikunnan määrään. Kaksi tutkittavista puolestaan koki, ettei vaikutusta liikunnan määrään ollut. Heistä toinen kertoi tarvitsevänsä apua liikkumiseen, eikä siksi kokenut vaikutusta olleen. Toisella heistä oli ennestään käytössään jumppaohjelma, joten siksi vaikutusta liikunnan määrään ei kokenut olleen. Hän kertoi kuitenkin saaneensa lisävinkkejä jumppaansa Ilopisteeltä.

Ilopisteen vaikuttavuus psyykkiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun

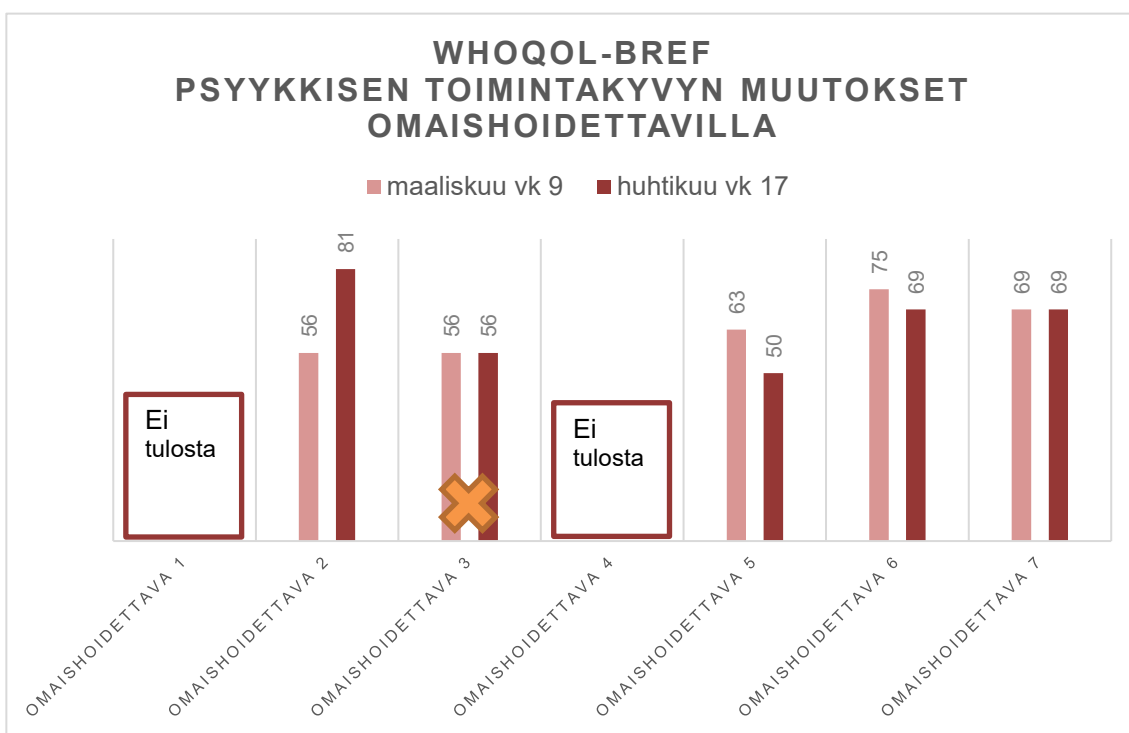


Kaavio 3. WHOQOL-BREF psyykkisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 3 osoittaa psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoitajien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasivat kaikki seitsemän omaishoitajaa. Psyykkisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet neljällä ja puolestaan laskeneet kolmella omaishoidettavista. Omaishoitajat 3, 4 ja 5 eivät käyttäneet Ilopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta psyykkiseen toimintakykyyn ei tutkittavien kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoitajaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä kolmen tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoitaja 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa, omaishoitaja 6 oli käyttänyt 3–4 kertaa ja omaishoitaja 7 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa viikossa. Yhden tutkittavan tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoitaja 1 kertoi käyttäneensä llopistettä 1-2 kertaa viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme llopisteen vaikutusta kuormittuneisuuden määrään arjessa. Kyselyyn vastanneista kolmesta omaishoitajasta yksi koki, että llopisteellä oli positiivista vaikutusta kuormittuneisuuden määrään. Hän kertoi saaneensa llopisteen kautta muuta ajateltavaa arkeensa. Kaksi tutkittavista koki, ettei vaikutusta kuormittuneisuuden määrään ollut. Molemmat kertoivat llopisteen käytön olleen vähäistä, sillä hoito- toimet veivät paljon energiaa, ja irtautuminen niistä oli haastavaa omaishoidettavan korkeahoitoisuuden vuoksi.



Kaavio 4. WHOQOL-BREF psyykkisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

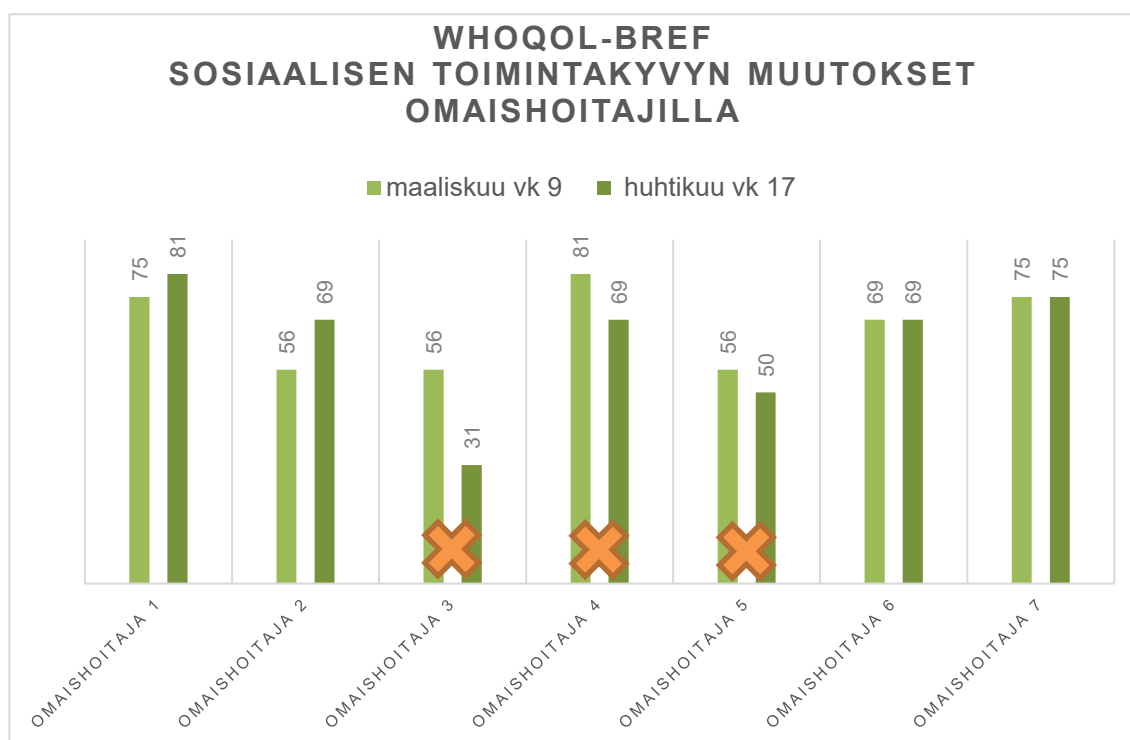
Kaavio 4 osoittaa psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoidettavien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasivat kaikki viisi omaishoidettavaa. Psyykkisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet yhdellä,

pysyneet samana kahdella ja puolestaan laskeneet kahdella omaishoidettavista. Omaishoidettava 3 ei käyttänyt llopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ei tutkittavan kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoidettavaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä yhden tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoidettava 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa viikossa. Yhden tutkittavan tuloksissa ei ollut tapahtunut muutosta. Omaishoidettava 7 oli käyttänyt palvelua 5–6 kertaa viikossa. Kahden tutkittavan tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoidettava 5 oli käyttänyt palvelua 1–2 kertaa ja omaishoidettava 6 oli käyttänyt palvelua 3–4 kertaa viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme llopisteen vaikutusta kuormittuneisuuden määrään arjessa. Kyselyyn vastanneista kolmesta omaishoidettavasta yksi koki, että palvelulla oli positiivista vaikutusta kuormittuneisuuden määrään arjessa. Hän kertoi tanssin olleen mieluisaa. Toinen omaishoidettavista ei kokenut vaikutusta kuormittuneisuuden määrään olleen, mutta ei esittänyt tälle perusteluita. Kolmas omaishoidettavista ei puolestaan osannut sanoa, oliko llopisteellä vaikutusta kuormittuneisuuden määrään.

llopisteen vaikuttavuus sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun

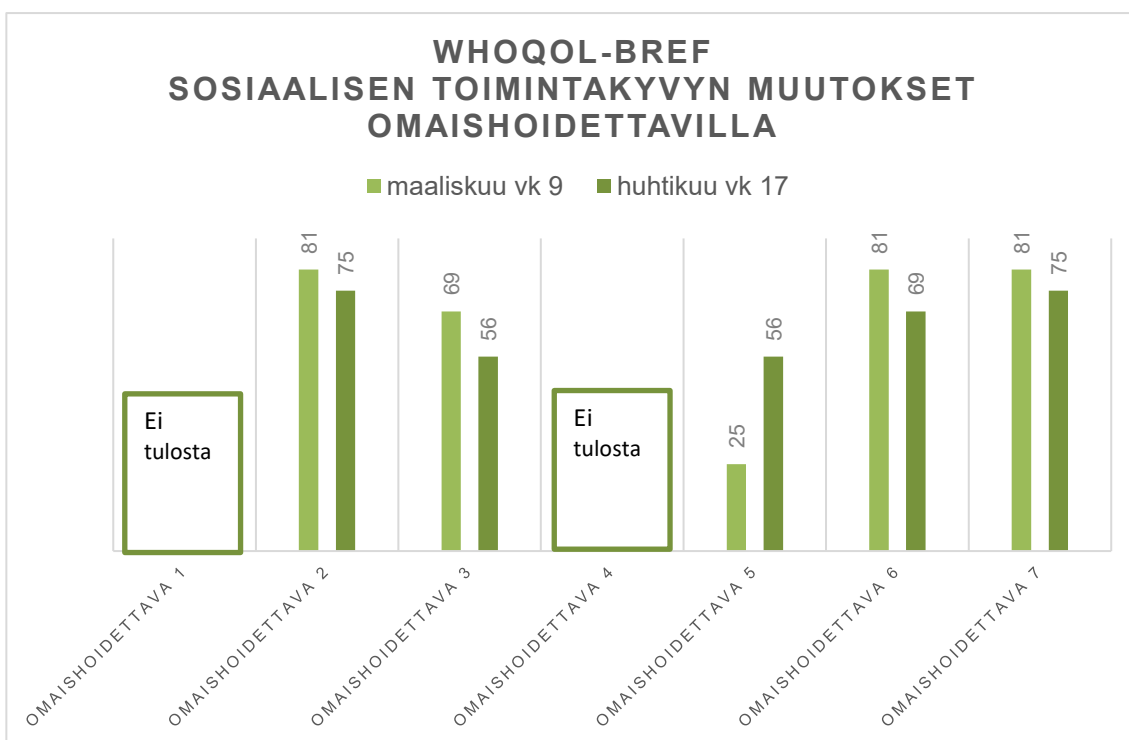


Kaavio 5. WHOQOL-BREF sosiaalisen toimintakyvyn muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 5 osoittaa sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoitajien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasivat kaikki seitsemän omaishoitajaa. Sosiaalisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet kahdella, pysyneet samana kahdella ja puolestaan laskeneet kolmella omaishoitajista. Omaishoitajat 3, 4, ja 5 eivät käyttäneet llopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta psyykkiseen toimintakykyyn ei tutkittavien kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoitajaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä kahden tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoitaja 1 oli käyttänyt llopistettä 1–2 kertaa ja omaishoitaja 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa viikossa. Kahden tutkittavan tulokset puolestaan pysyivät samoina. Omaishoitaja 6 oli käyttänyt llopistettä 3–4 kertaa ja omaishoitaja 7 oli käyttänyt palvelua 5–6 kertaa viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme llopisteen vaikutusta arjen toimintojen monipuolistumiseen. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoitajasta kaikki kokivat, että palvelulla oli positiivista vaikutusta arjen toimintojen monipuolistumiseen. llopisteen palveluiden koettiin olleen monipuolisia ja toimintavaihtoehtoja oli paljon. Palvelun kautta oli tullut jumbua ja saatua vihjeitä oman liikunnan monipuolistamiseen.



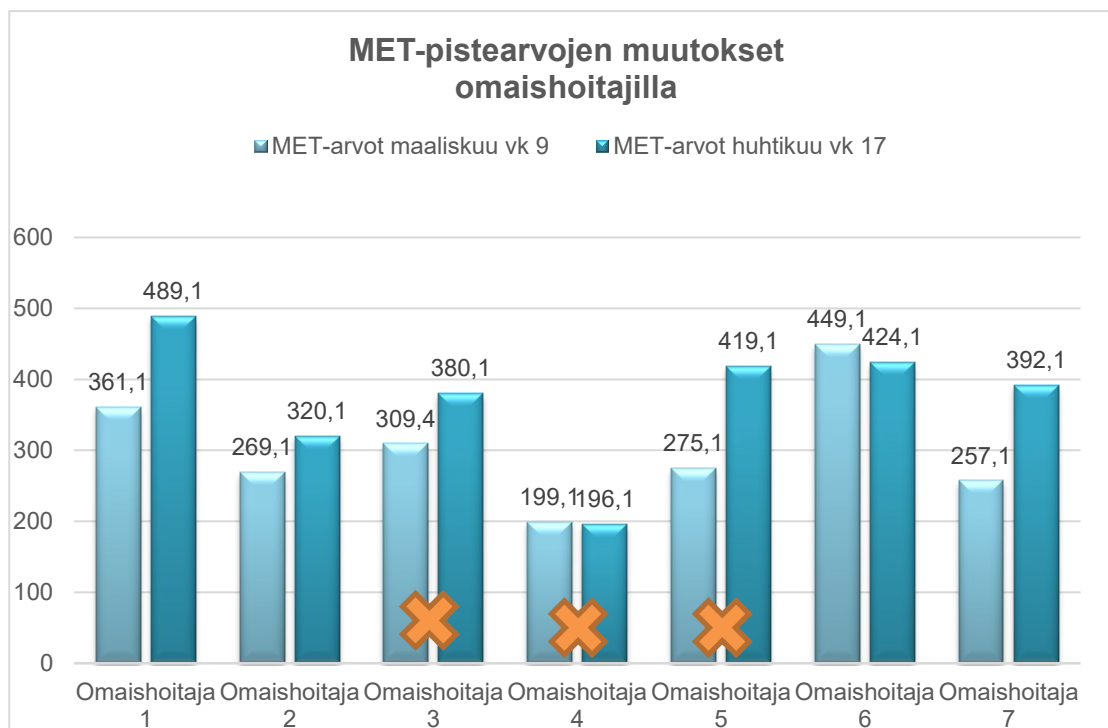
Kaavio 6. WHOQOL-BREF sosiaalisen toimintakyvyn muutokset omaishoidettavilla.

Kaavio 6 osoittaa sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia omaishoidettavien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastasi viisi omaishoidettavaa. Sosiaalisen toimintakyvyn pisteet olivat nousseet yhdellä ja puolestaan laskeneet neljällä omaishoidettavista. Omaishoidettava 3 ei käyttänyt llopistettä tutkimuksemme aikana, joten palvelun vaikutusta sosiaaliseen toimintakykyyn ei tutkittavan kohdalla voitu arvioida.

Neljä omaishoidettavaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä yhden tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoidettava 5 oli käyttänyt llopistettä 1–2 kertaa viikossa lähinnä musiikin kuunteluun. Kolmen tutkittavan tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoidettava 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa, omaishoidettava 6 oli käyttänyt 3–4 kertaa ja omaishoidettava 7 oli käyttänyt llopistettä 3–4 viikossa.

Vaikuttavuuskyselyssä selvitimme llopisteen vaikutusta arjen toimintojen monipuolistumiseen. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoidettavista kaksi koki, että palvelulla oli positiivista vaikutusta arjen toimintojen monipuolistumiseen. Toiset kaksi omaishoidettavaa puolestaan kokivat, ettei vaikutusta ollut, mutta eivät esittäneet perusteluita. Arjen toimintojen monipuolistumiseksi tutkittavat kertoivat käyttäneensä llopisteeltä jumppaa, joogaa, tanssia, muistiharjoittelua, bingoa, luontovideoita, nojatuolimatkoja, taidenäyttelyä, laulua ja erilaisia musiikillisia elämyksiä kuten haitarin soiton kuuntelua.

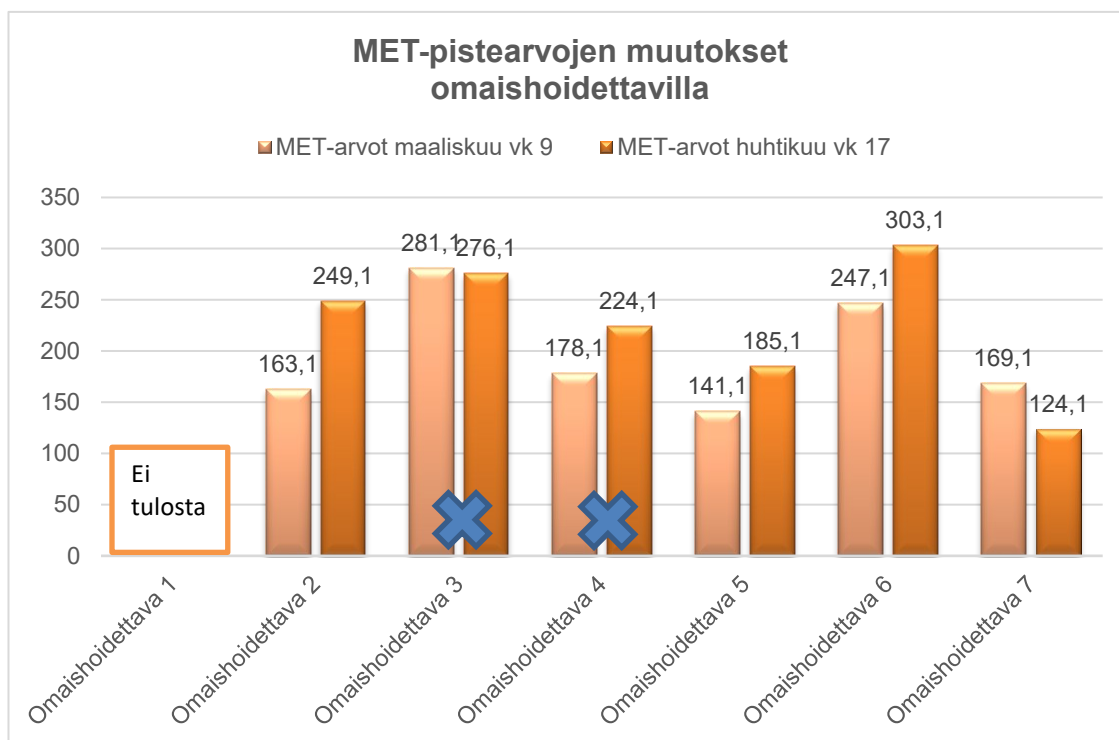
Ilopisteen vaikuttavuus energian määrään arjessa



Kaavio 7. MET-pistearvojen muutokset omaishoitajilla.

Kaavio 7 osoittaa MET-pistearvoissa eli fyysisessä aktiivisuudessa ja energian kulutuksessa tapahtuneita muutoksia omaishoitajien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. Aktiivisuuspäiväkirjan täyttivät kaikki seitsemän omaishoitajaa. Viiden tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta, kahdella puolestaan tulos oli laskenut tai pysynyt lähes samana. Omaishoitajat 3, 4 ja 5 eivät käyttäneet tutkimusjaksonne aikana Ilopistettä, joten heidän tuloksiaan fyysisestä aktiivisuudesta ja energian kulutuksesta ei voitu arvioida.

Neljä omaishoitajaa oli käyttänyt Ilopistettä. MET-arvot olivat nousseet kolmella heistä. Kahdella tulos oli noussut huomattavasti. Toinen heistä eli omaishoitaja 1 oli käyttänyt Ilopistettä 1–2 kertaa ja toinen eli omaishoitaja 7 oli käyttänyt Ilopistettä 5–6 kertaa viikossa. Omaishoitaja 2:n tuloksissa oli kohtalaista nousua. Hän oli käyttänyt Ilopistettä 5–6 kertaa. Yhden tutkittavan tulos oli laskenut vähäisesti. Omaishoitaja 6 oli käyttänyt Ilopistettä 3–4 kertaa.



Kaavio 8. MET-pistearvojen muutokset omaishoidettavilla.

Kaavio 8 osoittaa MET-pistearvoissa eli fyysisessä aktiivisuudessa ja energiankulutuksessa tapahtuneita muutoksia omaishoidettavien kohdalla viikkojen 9 ja 17 välillä. Aktiivisuuspäiväkirjan täytti kuusi omaishoidettavaa. Neljän tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta, kahdella puolestaan tulos oli laskenut tai pysynyt lähes samana. Omaishoidettavat 3 ja 4 eivät käyttäneet tutkimusjakson aikana llopistettä, joten heidän tuloksiaan fyysisestä aktiivisuudesta ja energian kulutuksesta ei voitu arvioida.

Neljä omaishoidettavaa oli käyttänyt llopistettä. Heistä kolmen tuloksissa oli tapahtunut positiivista muutosta. Omaishoidettava 2 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa, omaishoidettava 5 oli käyttänyt llopistettä 1–2 kertaa ja omaishoidettava 6 oli käyttänyt llopistettä 3–4 kertaa viikossa. Yhden tutkittavan tulokset olivat puolestaan laskeneet. Omaishoidettava 7 oli käyttänyt llopistettä 5–6 kertaa viikossa.

Tulosten perusteella llopisteen käytön määrällä viikossa ei ollut suoraa vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen ja energian kulutuksen kasvuun kaikilla tutkittavista. Omaishoidettava 2:n MET-arvoissa oli tapahtunut merkittävää pisteiden nousua, vaikka oli käyttänyt llopistettä yhdestä kahteen kertaa viikossa. Omaishoidettava 6:n tuloksissa oli tapahtunut vain pientä nousua, vaikka llopisteen käytön aktiivisuus oli ollut viidestä kuuteen kertaa viikossa keskimäärin. Omaishoidettava 7:n MET-arvot olivat puolestaan laskeneet,

vaikka Ilopisteen käyttömäärät olivat olleet kolmesta neljään kertaan viikossa. Ilopisteen käyttökertojen vaikutus fyysiseen aktiivisuuteen ja energian kulutukseen oli siis yksilöllistä.

Tuloksia tulee tarkastella kriittisesti. Mikäli Ilopistettä oli käyttänyt säännöllisesti, tulisi sillä olla suora yhteys MET-arvojen nousuun, sillä palvelussa on fyysistä aktiivisuutta ja energian kulutusta vaativia toimintoja. Tutkimuksessa ei voitu kuitenkaan vaikuttaa tutkittavien elämässä tapahtuviin muutoksiin tai luoda sellaista ympäristöä, jossa tuloksiin vaikuttaisi ainoastaan Ilopisteen käyttö. Saadut aktiivisuuspäiväkirjojen tulokset eli MET-pisteet olivat täysin riippuvaisia tutkittavan omasta kirjausaktiivisuudesta ja tavasta kirjata arjen toimintoja ylös. Vain muutamassa aktiivisuuspäiväkirjassa kävi ilmi Ilopisteen käyttö. Näin ollen MET-arvoissa tapahtuneita muutoksia ei voida täysin selittää Ilopisteellä. Ilopisteen käytön todellinen aktiivisuus kävi ilmi vaikuttavuuskyselyistä.

11 YHTEENVETO

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoidettavien kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Alla olevat tulokset oli kerätty Ilopistettä käyttäneiltä ja kysymyksiin vastanneilta omaishoitajilta sekä omaishoidettavilta. Kaikki Ilopistettä käyttäneistä tutkittavista eivät siis vastanneet jokaiseen kyselyn kysymykseen. Tästä syystä tutkittavien kokonaismäärä vaihteli kysymyksestä riippuen.

Tulokset osoittivat Ilopisteellä olevan positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Tuloksissa oli kuitenkin huomioitava, että toimintakyvyn ja elämänlaadun muutokset olivat verrattain pieniä mahdollisesti johtuen tutkimuksen lyhyestä kestosta. Ilopistettä käyttäneiden tutkittavien määrä jäi lisäksi alhaiseksi. Tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että Ilopisteen käytöstä oli hyötyä yksittäisillä omaishoitajilla ja omaishoidettavilla. Tutkittavien toimintakyvyn taso keskenään oli vaihtelevaa, mikä osaltaan vaikutti Ilopisteen käytön aktiivisuuteen ja koettuihin hyötyihin.

Ilopisteen vaikuttavuus liikunnan määrään arjessa

Fyysisen toimintakyvyn osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoitajista (4/7) yhden tuloksissa oli positiivista muutosta, yhdellä tulos oli laskenut ja kahdella omaishoitajalla tulos oli pysynyt samana. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoitajasta kaksi koki palvelun lisänneen liikunnan määrää arjessaan. Erityisesti monipuoliset liikkeet, tasapainoharjoitukset ja venyttelyt vaikuttivat liikunnan määrään positiivisesti.

Fyysisen toimintakyvyn osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoidettavista (4/6) kolmen tuloksissa oli positiivista muutosta. Yhdellä tulos oli puolestaan laskenut. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoidettavasta kaksi koki palvelun lisänneen liikunnan määrää arjessaan. Ilopisteen koettiin lisänneen jumpan ja venyttelyjen määrää arjessa. Tämän tutkimuksen osan perusteella Ilopisteen käytöllä oli positiivista vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn erityisesti omaishoidettavilla ja liikunnan määrään puolella tutkittavista.

Ilopisteen vaikuttavuus psyykkisen kuormittuneisuuden määrään

Psyykkisen toimintakyvyn ja elämänlaadun osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoitajista (4/7) kolmen tuloksissa oli positiivista muutosta. Yhdellä tulos oli puolestaan laskenut. Kyselyyn vastanneista kolmesta omaishoitajasta yksi koki Ilopisteen vaikuttaneen psyykkiseen kuormittuneisuuden määrään positiivisesti. Kyseinen omaishoitaja kertoi palvelun tuoneen arkeen muuta ajateltavaa. Loput kaksi omaishoitajaa kokivat, ettei erityistä vaikutusta kuormittuneisuuden määrään ollut. Omaishoitotoimien kerrottiin olleen niin raskaita, ettei energiaa riittänyt Ilopisteen palveluiden käyttöön siinä määrin, että vaikutus olisi näkynyt.

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoidettavista (4/6) yhden tuloksissa oli positiivista muutosta. Yhdellä tulos oli puolestaan pysynyt samana. Kahdella tutkittavista tulos oli laskenut. Kyselyyn vastanneista kolmesta omaishoidettavasta yksi koki Ilopisteen vaikuttaneen psyykkiseen kuormittuneisuuden määrään positiivisesti. Kyseinen omaishoidettava kertoi tanssin olleen mieluista. Loput kaksi omaishoidettavaa kokivat, ettei vaikutusta kuormittuneisuuden määrään ollut, mutta eivät esittäneet perusteluja. Tämän tutkimuksen osan perusteella Ilopisteellä koettiin olleen positiivista vaikutusta psyykkiseen toimintakykyyn omaishoitajilla. Ilopisteellä ei koettu olleen erityistä vaikutusta kuormittuneisuuden määrään arjessa kummallakaan tutkittavista.

Ilopisteen vaikuttavuus arjen toimintojen monipuolistumiseen

Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoitajista (4/7) kahden tuloksissa oli positiivista muutosta ja kahdella tulos oli pysynyt samana. Kyselyyn vastanneista omaishoitajista kaikki neljä kokivat palvelun vaikuttaneen positiivisesti arjen toimintojen monipuolistumiseen. Tutkittavat kertoivat saaneensa vihjeitä liikunnan monipuolistamiseen Ilopisteeltä.

Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueella Ilopistettä käyttäneistä omaishoidettavista (4/6) yhden tuloksissa oli positiivista muutosta. Kolmella tulos oli puolestaan laskenut. Kyselyyn vastanneista neljästä omaishoidettavasta kaksi koki palvelun vaikuttaneen positiivisesti arjen toimintojen monipuolistumiseen. Ilopisteen koettiin piristävän päivää, vaikka käyttö olikin jäänyt vähäiseksi.

Arjen toimintojen monipuolistumiseksi tutkittavat olivat käyttäneet Ilopisteeltä jumppaa, muistiharjoitteluita, bingoa ja erilaisia musiikillisia elämyksiä. Tämän tutkimuksen osan perusteella Ilopisteellä ei koettu olleen erityistä vaikutusta omaishoitajien tai -hoidettavien sosiaaliseen toimintakykyyn. Ilopisteellä koettiin olleen positiivisia vaikutusta arjen toimintojen monipuolistumiseen molemmilla tutkittavista.

Kokoavana kysymyksenä vaikuttavuuskyselyssä kysyimme Ilopisteen vaikuttavuutta arjen muutokseen. Kyselyyn vastanneista kolmesta omaishoitajasta kaksi koki Ilopisteen muuttaneen positiivisesti arkeaan. Yksi tutkittavista ei kokenut Ilopisteen muuttaneen arkea ja kertoi tämän johtuneen vähäisestä Ilopisteen käytöstä. Kyselyyn vastanneista kahdesta omaishoidettavasta molemmat kokivat Ilopisteen muuttaneen arkea positiivisesti. Tutkittavat kertoivat, että jumppa, tanssi ja musiikki olivat virkistäneet mieltä. Suurin osa tutkittavista koki Ilopisteen muuttaneen arkeaan positiivisesti.

Ilopisteen vaikuttavuus energian määrään arjessa

Fyysinen aktiivisuus ja energian kulutus oli noussut kolmella neljästä Ilopistettä käyttäneistä omaishoitajista (4/7) ja yhdellä tulos oli laskenut vähäisesti. Tutkittavista kahdella MET-arvoissa oli huomattava nousu. Fyysinen aktiivisuus ja energian kulutus oli noussut kolmella neljästä Ilopistettä käyttäneistä omaishoidettavista (4/6) ja puolestaan yhdellä tulos oli laskenut.

Aktiivisuuspäiväkirjojen perusteella suurimmalla osalla omaishoitajista ja omaishoidettavista MET-arvot olivat nousseet tutkimusjakson aikana. Tämän tutkimuksen osan perusteella Ilopisteen käytöllä koettiin olleen positiivista vaikutusta fyysisen aktiivisuuden ja energiankulutuksen nousuun.

12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen aikana ilmeni useita tekijöitä, jotka vaikuttivat tutkittavilla llopisteen käyttämättömyyteen tai käytön vähäisyyteen. Ne omaishoitajat, jotka eivät palvelua käyttäneet lainkaan perustelivat sitä rutinoituneella arjella, jossa on paljon ohjelmaa muutenkin. Osa tutkimusjoukosta koki tietokoneen käytön haastavaksi eikä sen käytön opetteluun ollut kiinnostusta. Omaishoidettavan korkeahoitoisuus ja valvonnan tarve olivat myös syitä, miksi llopistettä ei ollut käytetty. Irtautuminen edes pieneksi hetkeksi johonkin muuhun tekemiseen ei nähty mahdolliseksi. Yksi omaishoitajista koki tutkimuksen ajankohdan vaikuttaneen llopisteen käyttöön. Tutkittava kertoi, että olisi käyttänyt palvelua aktiivisemmin syksyllä ja talvella, jolloin muuta tekemistä on vähemmän.

Tutkimuksen kohderyhmä oli verrattain haastava, sillä omaishoidon arki on kiireinen ja aikataulutettu. Tämä näkyi myös llopisteen käytön aktiivisuudessa. Keinoja löytää aikaa liikunnalle ja mielen virkistämiseksi kuitenkin pitäisi löytää, sillä se vaikuttaa väistämättä arjessa jaksamiseen. Millä liikuntaa ja hyvinvointia koteihin tulisi ”myydä”, jotta sen kokeilemisen kynnys madaltuisi ja siihen otettaisiin aikaa?

Tutkimuksessa saadun palautteen perusteella jäimme miettimään, voisivatko llopisteen palvelut sopia paremmin niille omaishoitoperheille tai ikääntyneille, joiden hoivan tarve ei ole suuri? Tutkimusta varten emme keränneet tutkittavien tarkkaa ikää tai hoidon tarpeen suuruutta. Tutkimusten analysoinnissa tämä tieto olisi kuitenkin auttanut selvittämään, oliko hoitoisuuden asteella tai tutkittavien iällä kenties yhteyttä palvelun käytön aktiivisuuteen. Vai riippuiko palvelun käytön aktiivisuus pikemminkin omaishoitoperheiden asenteesta uuden opettelua ja arjen muutosta kohtaan?

13 POHDINTA

13.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää Salon kaupungin omaishoitajien ja omaishoitavien kokemuksia Ilopisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Onnistuimme toteuttamaan tutkimuksen suunnitellusti ja saavuttamaan tutkimuksemme tavoitteet. Tuloksissa oli nähtävissä positiivisia toimintakyvyn muutoksia ja hyötyjä, vaikka otanta ja tutkimusjakso olivatkin verrattain lyhyitä. Toimeksiantajamme oli työskentelyymme ja saavutettuihin tuloksiin erityisen tyytyväinen. Tulokset osoittavat konkreettisia hyötyjä, joita Ilopisteen käytön myötä havaittiin tapahtuneen. Tutkimuksen lisäksi tulemme toteuttamaan toimeksiantajallemme videoesityksen, jossa kerromme tutkimuksemme tuloksista ja Ilopisteen myötä saavutetuista hyödyistä. Videota tullaan hyödyntämään osana Ilopisteen markkinointia. Tutkimukseen luotu vaikuttavuuskysely tullaan ottamaan Ilopisteen käyttöön tulevaisuudessa. Sen avulla Ilopieste aikoo kerätä kokemuksia palveluistaan eri asiakasryhmillä ja niiden perusteella edelleen kehittää palveluaan.

13.2 Tutkimuksen eettisyys, pätevyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys

Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan tutkijan tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä. Tutkimuksen tulee tuottaa uutta tietoa ja sen aikana tulee noudattaa rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tiedonhankinta tulee perustaa keskeisiin tietolähteisiin, mahdollisimman tuoreeseen tutkimustietoon plagiointia välttäen. (Vilka 2015, 26 & 30.) Henkilötietojen käsittelyperusteisiin kuuluu vain välttämättömien henkilötietojen tunnistaminen, kerääminen, tallennus, säilytys ja tietojen tuhoaminen (Arene 2019, 7). Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan noudatimme eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä, tuotimme uutta tietoa ja noudatimme rehellisyyttä ja huolellisuutta koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti keräsimme tutkimuksen kannalta vain välttämättömiä henkilötietoja. Noudatimme henkilötietojen käsittelyssä erityistä varovaisuutta, etteivät henkilötiedot päädy ulkopuolisten tietoon ja tutkittavien

anonymiteetti säilyy. Tutkimukseen osallistuvia tiedotettiin tutkimuksen kulusta ja tietosuojasta. Heille kerrottiin mahdollisuudesta kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Olimme kriittisiä tutkimuksen tuloksia kohtaan ja otimme huomioon niihin vaikuttaneet mahdolliset muut tekijät. Poissuljimme tutkimuksesta WHOQOL-BREF ympäristöllisen osa-alueen ja ne tutkittavat, joiden tulokseen loppiste ei voinut vaikuttaa.

Tutkimuksen pätevyys

Tutkimuksen pätevyyttä eli validiteettia arvioitaessa on pohdittava aineistonkeruumenetelmien kykyä mitata niitä asioita, mitä tutkimuksessa mitataan. Pätevä tutkimus ei sisällä virheitä. Tutkittavien tulee ymmärtää heiltä kysytyt kysymykset. (Vilkkä 2015, 123.) Taivoitteenamme oli saada kokemuksia loppisteen vaikuttavuudesta toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Valitsimme aineistonkeruumenetelmät tarkkaan, jotta ne mittaisivat haluttuja teemoja. Tutkimustamme voidaan pitää pätevänä. Aineistonkeruumenetelmänä aktiivisuuspäiväkirja saattoi kuitenkin sisältää virheitä, sillä tutkittavien tapa kirjata toimintoja poikkesi toisistaan jopa yhden tutkittavan sisällä. Myös pisteiden laskussa ja tulkinnassa oli virheen mahdollisuus. Vaikuttavuuskyselyistä ja WHOQOL-BREF:stä saatuja tuloksia pidimme pätevinä. Vaikuttavuuskyselyn kysymykset olivat tarkkaan harjoitettuja. Kysymysten väärinymmärryksen riski oli pieni, sillä kiinnitimme erityistä huomiota kysymysten muotoon ja ymmärrettävyyteen. Tämän vuoksi pidimme vaikuttavuuskyselyä pätevänä aineistonkeruumenetelmänä. Elämänlaatumittari WHOQOL-BREF on standardoitu ja sitä voidaan itsessään pitää pätevänä. Arviointitilanteet olivat rauhallisia ja toteutettu arviointimenetelmän ohjeiden mukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta eli validiteettia arvioitaessa pohditaan tutkimustulosten tarkkuutta ja mittaustuloksen toistettavuutta tutkijasta riippuen. Laadullista tutkimusta arvioitaessa tulosten yleistettävyyttä on lisäksi pohdittava. (Vilkkä 2015, 123.) Tutkimustuloksia kirjatessa olimme tarkkoja ja tarkistimme saadut tulokset useaan kertaan virheiden minimoimiseksi. Haasteita tutkimustulosten analysointiin asetti omaishoitajan ja omaishoidettavan samankaltainen kirjoitusasu ja ne tutkittavat, joiden tulos piti poissulkea tutkimuksesta. Mittaustulosten toistettavuudessa WHOQOL-BREF ja vaikuttavuuskysely

olivat hyviä. WHOQOL-BREF on standardoitu arviointimenetelmä ja itsessään toistettava. Vaikuttavuuskyselyn toistettavuus oli mielestämme hyvä. Kysely oli itsetäytettävä, joten niistä saadut tulokset eivät olleet tutkijasta riippuvaisia.

Tutkimuksemme tuloksia ei voida yleistää, sillä tutkimuksen otanta ja llopistettää käyttäneiden määrä jäi alhaiseksi. Tuloksissa yksittäisten omaishoitajien ja omaishoidettavien toimintakyvyssä ja koetussa elämänlaadussa nähtiin kuitenkin olevan positiivista muutosta llopisteen käytön myötä. Tutkimuksen aikana koimme eettiseksi haasteeksi MET-tulosten tulkinnan ja pisteiden laskun luotettavuuden. Ratkaisimme haasteen keskittämällä tulosten tulkinnan ja laskemisen yhdelle tutkimuksen tekijöistä. Tutkittavien kirjaustapa aktiivisuuspäiväkirjoissa vaihteli, jolloin myös tulokset vaihtelivat sen mukaan.

13.3 Oman oppimisen reflektointi

Opinnäytetyöprosessissa oli alusta asti selkeä tavoite mitata llopisteen kokemuksia omaishoidon asiakaskunnalta. Selkeän tavoitteen myötä työskentely tavoitetta kohti oli mielekästä. Motivaatiota työhön lisäsi tutkimukseen tehdyt toimintakyvyn arvioinnit, joissa pääsimme työskentelemään yhdessä kohderyhmän kanssa. Omaishoidon asiakasryhmä oli osalle meistä uusi. Tämä tutkimus antoi meille mahdollisuuden tutustua lähemmin omaishoidon arvokkaaseen työhön ja arkeen. Tutkimuksen myötä saimme käsityksen omaishoidon haasteista ja toisaalta onnistumisista lähietäisyydeltä. Osan tutkittavien vastauksista kävi ilmi omaishoidon raskaus ja se, kuinka ääri rajoilla oman jaksamisen kanssa on. Tutkimuksen edetessä huomasimme, kuinka merkittäväksi lyhyetkin kohtaamiset arviointien aikana muodostuivat osalle tutkittavista.

Tutkimuksen tekeminen opinnäytetyön tekijöiden kesken sujui mielestämme hyvin. Yhteistyö toimeksiantajan, tutkittavien, Salon yhteyshenkilön ja ohjaavan opettajan kanssa toimi mielestämme joustavasti. Työn vahvuuksia olivat tekijöiden kiinnostus aiheeseen, aikataulussa pysyminen ja työnjaon tasapuolisuus. Mahdollisuus toteuttaa työ etänä oli sekä vahvuus että haaste. Vahvuutena pidimme työn toteuttamista eri paikkakunnilta etäyhteyksien välityksellä. Kaikkien tekijöiden henkilökohtaisia vahvuuksia työskentelytavoissa hyödynnettiin opinnäytetyötä tehdessä. Sujuvasta yhteistyöstä tutkittavien kesken kertoi saamamme palaute siitä, että tutkittavat olivat tyytyväisiä mahdollisuudesta osallistua heitä läheisesti koskevaan tutkimukseen. Tutkittavat olivat kiitollisia siitä, että heidän arjestaan ja voinnistaan oltiin kiinnostuneita.

Tutkimusjakso oli tutkimuksen aikatauluun ja maaliskuussa alkaneeseen pilotointiin nähdessä pisin mahdollinen. Tämä mahdollisti sen, että tutkittavat ehtivät käyttää Ilopistettä pidempään, jolloin siitä osoitetut hyödyt näkyivät paremmin kuin lyhyemmällä tarkasteluvälillä. Tämä aiheutti kuitenkin aikataulullisia haasteita, sillä tutkimuksen tuli olla valmis toukokuussa. Onnistuimme mielestämme hienosti kuroma aikaan kiinni ja tähän vaikutti ennen kaikkea tulosten analysointiin käytetty ajallinen panostus tiukasta aikataulusta huolimatta. Mikäli tutkimusjakso olisi ollut vielä pidempi, olisi Ilopisteen arkeen tuomia muutoksia ollut mahdollista arvioida luotettavammin. Tämä ei tutkimuksemme aikataulun kannalta kuitenkaan ollut mahdollista.

Rakensimme opinnäytetyömme keskeisiin omaishoitoon ja toimintakykyyn liittyviin teorioihin pohjautuen. Teorian rajaaminen oli alusta asti selkeää. Omaishoito ja toimintakyky olivat tutkimuksen kannalta keskeisiä teemoja ja siksi pitäydyimme näissä. Vaikuttavuuden mittaamisen teorioihin perehtyminen oli paitsi tutkimuksemme kannalta oleellista, mutta sen avulla saimme uutta tietoa siitä, miten vaikuttavuuden mittaaminen kannattaa toteuttaa. Toimintaterapeuttisten arviointien kautta pääsimme hyödyntämään omaa ammatillista osaamistamme, jossa intervention (Ilopiste) vaikuttavuutta on keskeistä tarkastella toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten kautta. Koemme, että tutkimuksemme nosti esiin toimintaterapian vaikuttavuutta ja ydinosaamista. Tulevaisuudessa pystymme hyödyntämään tämän tutkimuksen kautta opittuja tietoja työelämässä.

Tutkimuksen toteuttaminen itsessään oli meille uutta. Esiin tulleiden haasteiden myötä ongelmanratkaisutaitomme ja paineensietokykymme kehittyivät. Erityisiä haasteita tuottivat tutkimuskysymysten ja kyselyn kysymysten muotoilu. Käytimmekin näiden hiomiseen paljon aikaa, jotta kysymykset olivat selkeitä ja ymmärrettäviä ja niiden kautta saimme vastauksia tutkimuksen kannalta oleellisiin kysymyksiin. Tutkimustulosten analysoinnin työläys yllätti. Vaikka otanta olikin pieni, oli aineistonkeruumenetelmistä saatu tieto kuitenkin runsasta. Teimme tulosten analysoinnin yhdessä, mikä oli hyvä ratkaisu, sillä pystyimme analysoimaan tuloksia tarkemmin. Tutkimuksemme kautta opimme kriittisyyttä ja tutkimuksellista otetta, joka edistää tulevaisuuden työmme näyttöön perustuvaan osaamista ja oman työmme reflektointia.

Tutkimusjoukolle sopivien arviointimenetelmien valinta osoittautui myös yhdeksi haasteeksi. Tutkimuksen alussa meille selvisi, että tutkittavien toimintakyvyn tasoissa oli huomattavia eroja. Erityisesti fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen sopivaa arviointimenetelmää oli tästä syystä vaikea löytää. Selviteltävämmä asiaa tarkemmin selvisi, ettei fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen ole arviointimenetelmää, jolla voisi luotettavasti mitata muun

muassa pyörätuolia käyttävän henkilön fyysistä toimintakykyä. Saimme onneksi neuvoja ohjaavalta opettajaltamme MET-arviointimenetelmästä, jolla voisimme fyysisen aktiivisuuden ja energian kulutuksen muutoksia todentaa. Arviointimenetelmien sopivuus etänä toteutettavaksi luotettavasti osoittautui myös yhdeksi haasteeksi.

Yksi haaste oli myös postin hitaus. Tiukan aikataulun vuoksi loppuarvioinnin tulokset oli saatava meille nopeasti analysoitavaksi. Salon kaupungin yhteyshenkilön kanssa päädyimme ratkaisuun, jossa aineisto palautui meille turvasähköpostilla. Tämä oli tietoturvallinen tapa saada tulokset nopeammin analysoitavaksi, jonka ansiosta pysyimme työhön vaaditussa aikataulussa.

13.4 Tutkimuksen merkitys ja jatkokehitysideat

Tutkimuksemme osoitti llopisteen käytöllä olevan positiivisia vaikutuksia omaishoitajien ja omaishoidettavien toimintakykyyn ja koettuun elämänlaatuun. Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää llopisteen markkinointiin ja toiminnan kehittämiseen. Tutkimuksemme toi uutta tietoa omaishoidon asiakaskunnan toimintakyvystä ja koetusta elämänlaadusta. Vastaavalla tavalla toteutettuja tutkimuksia ei meidän tiedossamme ole.

Omaishoidolla arvellaan tehtävän jopa 2,8 miljardin euron säästöt sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista vuodessa (Omaishoitajat 2017, 11). Tutkimuksemme on myös yhteiskunnallisesti merkittävä tuoden esille ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisen tärkeyden. Omaishoidon määrän oletettu kasvu ja ikääntyneiden toimintakyvyn edistäminen kotona ovat tärkeitä teemoja, joista tulisi puhua lisää. Ikääntyneillä tulisi olla tarjolla toimintakykyä ja elämänlaatua edistäviä palveluita jo ennen kuin palveluiden tarve on suuri. llopiste tarjoaa tähän yhden ratkaisun edistämällä toimintakykyä ja vähentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon taakkaa ja kustannuksia ennaltaehkäisevästi.

Tutkimuksessamme tutkimme toimintakykyä laajasti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että omaishoitajat ja omaishoidettavat selvästi kaipaavat psyykkiseen jaksamiseen enemmän tukea. Etenkin sellaiselle tutkimukselle ja interventiolle, joka keskittyy omaishoidon psyykkiseen hyvinvointiin tarkemmin, olisi varmasti tarvetta.

Lopuksi haluamme kiittää toimeksiantajaamme, tutkimukseen osallistuneita omaishoitoperheitä, Salon kaupungin omaishoitoa sekä ohjaavaa opettajaa tutkimuksemme mahdollistamisesta, neuvoista ja tuesta tutkimuksen aikana.

LÄHTEET

- Amarya, S.; Singh, K. & Sabharwal, M. 2018. Ageing Process and Psychological Changes. Viitattu 26.1.2020 <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi486--yLnuAhVxlMMKHfdxCp8QFjACegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.semanticscholar.org%2Fpaper%2FAgeing-Process-and-Physiological-Changes-Amarya-Singh%2Feca995e85a264ec3633eff3a819f6aaa11c4696d&usq=AOvVaw2uDxaSNiw6ce-BFBcOKSPj>.
- Arene 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 12.11.2020 <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTILSET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>.
- Bergstöm, A. 2017. Digital equality and the uptake of digital applications among seniors of different age. Nordicom Review. Vol 38. Viitattu 10.2.2021 <https://content.sciendo.com/view/journals/nor/38/s1/article-p79.xml>.
- Carson, D. Gaya, A. Milantoni, C. 2002. Energy Conservation: Achieving a balance of work, rest and play. COTA: Toronto, Ontario.
- Caregivers in New York. Research Article. Health Affairs. Vol:38. No:6. Viitattu 3.2.2021 <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2019.00004>.
- De las Heras de Pablo, C-G., Fan, C-W. Kielhofner, G. 2017. Dimensions of doing. Teoksessa Taylor, R.R. 2017. (toim.) Kielhofner's model of human occupation: theory and application. 5. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Drummond M. F.; Sculpher M. J.; Torrance G.W., O'Brien B. J., & Stoddard G. L. 2005. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3. painos. New York: Oxford University Press.
- Duodecim 2021. MET-energiankulutuksen ja fyysisen aktiivisuuden mittari. Viitattu 24.2.2021 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01039.
- Eurocarers 2021. Carer friendly policy environment. Viitattu 16.2.2021 <https://eurocarers.org/country-profiles/finland/>.
- Ferreira, L.; Meireles, J. & Ferreira, M. 2018. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. Reviewed article. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Viitattu 19.2.2021 https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000500616&script=sci_arttext.
- Finne-Soveri, H.; Äijö, M. Tolonen, E.; Rehula, P.; Vähäkangas, P.; Patronen, M.; Autio, T.; Haimi-Liikkanen, S. & Havulinna, S. 2020. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-suositukset. Viitattu 4.2.2020 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140106/TOIMIA_S028_iakkaiden_henkiloiden_toimintakyvyn_arviointi_palvelutarpeen_arvioinnin_yhteydessa%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Finlex 2021. Laki omaishoidon tuesta. Viitattu 10.5.2021 <https://finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2005/20050937>.
- Garcia, L. & Navarro, J. The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. Research Article. Journal of Aging Research. Volume 2018. Viitattu 9.2.2021 <https://downloads.hindawi.com/journals/jar/2018/4086294.pdf>.

Gertler, P. Martinez, S. Premand, P. Rawlings, L.B. Vermeersch, C. M. J. 2016. Impact Evaluation in Practice. Washington, District of Columbia: World Bank Group 2016. Second Edition.

Ghani, S.; Ainuddin, A. & Dahlan, A. 2016. Quality of Life amongst Family Caregivers of Older Persons with Terminal Illnesses. Medan, Indonesia: Elsevier Ltd.

Heliskoski, J.; Humala, H.; Kopola, R.; Tonteri, A. & Tykkyläinen, S. 2018. Vaikuttavuuden askelmerkit-Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130. Viitattu 28.12.2020. <https://media.sitra.fi/2018/03/27105443/vaikuttavuuden-askelmerkit.pdf>.

Ilopiste 2020. Hoivakodit ja palvelutalot. Viitattu 4.5.2021 www.ilopiste.fi.

Kela 2019. Elämänlaatumittari WHOQOL-BREF. Viitattu 5.5. 2021 <https://www.kela.fi/documents/10180/1152184/Arviointimenetelm%C3%A4t.pdf/960556ee-0c02-4580-a4b0-efae13ede99b>.

Leeuwen, K.; Loon, M.; Nes, F.; Bosmans, J.; Vet, H.; Ket, J. Widdershoven, G. & Ostelo, R. 2019. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. Research article. Viitattu 9.2.2021 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0213263>.

Leppäluoto, J.; Kettunen, R.; Rintamäki, H.; Vakkuri, O.; Vierimaa, H.; Lätti, S. 2017. (toim.) Anatomia ja Fysiologia – Rakenteesta toimintaan. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Nemati, S.; Rassouli, M.; Ilkhani, M.; Baghestani, A. 2017. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. Viitattu 1.2.2021 <https://web-a-ebscohost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c4b4e0e2-ff10-4214-9819-af412dda7657%40sessionmgr4007>.

NHS Foundation Trust 2018. Occupational therapy energy conservation booklet. Viitattu 10.5. 2021 <https://www.bfwh.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/02/PL721.pdf>.

O'Brien, J. 2018. Introduction to Occupational therapy. University of New England: Portland, Maine.

Omaishoitajat 2017. Omaishoidon tuki. Viitattu 3.5.2021 https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/03/suomi_pioni_opas_web.pdf.

Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. 2015.(toim.) Toimintakyvyn arviointi - ICF teoriasta käytäntöön. Juvenes Print: Tampere. Viitattu 3.2.2021 <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>

Paltamaa, J & Perttinen, P. 2015.(toim.) Toimintakyvyn arviointi - ICF teoriasta käytäntöön. Juvenes Print: Tampere. Viitattu 3.2.2021 <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>.

Pitkänen, L. Torkki, P. Tolkki, H. Valtakari, M. Leskelä, R-L. 2020. Reittiopas vaikuttavuuteen – Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa. Viitattu 28.12.2020 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161983/2020_1_%20Reittiopas%20vaikuttavuuteen.pdf.

Pitkänen, L.; Haavisto, I.; Vähäviita, P.; Torkki, P.; Leskelä, R-L. & Komssi, V. 2018. Vaikuttavuus SOTE:ssa – suoritteista tuloksiin. Nordic Healthcare Group. Viitattu 18.2.2021 <https://nhg.fi/wp-content/uploads/2018/11/Vaikuttavuus-sotessa-suoritteista-tuloksiin.pdf>.

Polatajko, H. J. Backman, C. Baptiste, S. Davis, J. Eftekhar, P. Harvey, A. Jarman, J. Krupa, T. Lin, N. Pentland, W. Laliberte Rudman, D. Shaw, L. Amoroso, B. Connor-Schisler, A. 2013. Human occupation in context. Teoksessa Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. 2. painos. Ottawa, ON.

Reckrey, J.; Tsui, M.; Morrison, R.; Geduldig, E.; Stone, R.; Ornstein, K. & Faderman, A. 2019. Beyond Functional Support: The Range of Health-Related Tasks Performed in The Home by Paid.

Ring, M.; Rätty, L. 2016. Omaishoidon tukemiseen tarvittaisiin perhekeskeistä otetta. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 4.2.2021 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/omaishoidon-tukemiseen-tarvittaisiin-perhekeskeista-otetta/>.

Ruokatieto 2021. Kuinka paljon tarvitsen energiaa? Viitattu 27.5.2021 <https://www.ruokatieto.fi/ruokakasvatus/ruokaketju-ruuan-matka-pelloilta-poytaan/ravitsemus-ja-ruuan-valinta/energiaravintoaineet/kuinka-paljon-tarvitsen-energiaa>.

Routsalo, P. 2016. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R., & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Duodecim.

Savolainen, T & Aralinna, V. 2017.(toim.) Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 9.2.2021 <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2411/toimintaterapianimikkeisto.pdf>.

Schultz, R. & Eden, J. 2016. Family Caregiving Roles and Impacts. Teoksessa Schulz, R. & Eden, J. 2016. Families Caring for Aging America. Washington DC: National Academies Press.

STM 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Viitattu 16.2.2021 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Swartz, K. & Collins, L. Caregiver Care. Philadelphia: Thomas Jefferson University. American Family Physician. Volume 99, number 11. Viitattu 1.2.2021 <https://www.aafp.org/afp/2019/0601/afp20190601p699.pdf>.

Terveysportti 2021. TOIMIA tietokanta. Viitattu 26.4.2021 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi?toc=802599>.

Therapy Lead 2020. Occupational therapy: Energy Conservation, Pacing and Fatigue Management advice. Viitattu 20.4.2021 <https://www.sthk.nhs.uk/patients-visitors/Documents/Patient%20Information%20Leaflets/Occupational%20Therapy%20Energy%20Conservation%20Pacing%20and%20Fatigue.pdf>.

THL 2019a. Mitä toimintakyky on? Viitattu 1.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

THL 2019b. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 1.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>.

THL 2019c. Ikääntyneiden mielenterveys. Viitattu 9.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>.

THL 2021. Liikkumis- ja toimintakyvyn testaaminen. Viitattu 27.1.2021 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/iakkaiden-tapaturmat/kaatumiset-ja-putoamiset/liikkumis-ja-toimintakyvyn-testaaminen>.

THL 2021a. Omaishoito. Viitattu 11.4.2021 <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/omaishoito#omaishoitajan%20palvelut>.

Tiikkainen, P. & Pynnönen, K. 2018. Sosiaalinen toimintakyky. Julkaisussa Koponen, P.; Borodulin, K.; Lunqvist, A.; Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018 (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa-FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 16.2.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tilastokeskus 2020. Väestöllinen huoltosuhde korkein vuoden 1922 jälkeen. Viitattu 7.5.2021 https://www.stat.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html.

TOIMIA 2020a. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari-lyhyt versio. Viitattu 27.1.2021 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00134/search/whoqol-bref>.

Townsend, E.A & Polatajko, H.J. 2013. The CMOP-E and other models of occupation. Teoksessa Townsend, E.A & Polatajko, H.J. 2013. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publishers.

UKK-instituutti 2021. Liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille. Viitattu 10.2.2021 https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3vo2Sm_PtAhVFi8MKHSDhA3oQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fukkinstituutti.fi%2Fliikkuminen%2Fliikkumisen-suositukset%2Fliikkumisen-suositus-yli-65-vuotiaille%2F&usq=AOvVaw2Y_RgMAD27fvg5N3bKaJoO.

UKK-instituutti 2020. Liikunta kuluttaa energiaa. Viitattu 26.5.2021 <https://ukkinstituutti.fi/liike-laakkeena/liikunta-ja-painonhallinta/liikunta-kuluttaa-energiaa/>.

Vilkka, H. 2015 (toim.) Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

WHO 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 3.2.2021 <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>.

Yki-Järvinen, H. 2012. Energian kulutus. Teoksessa Aro, A.; Mutanen, M.; Uusitupa, M. & Aantaa, R. 2016 (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.

Liite 1. Vaikuttavuuskysely Ilopisteen käytöstä omaishoitajalle ja omaishoidettavalle.



KYSELY ILOPISTEEN PALVELUN KOKEMUKSISTA

1. Kuinka paljon olette käyttäneet Ilopisteen palveluja **keskimäärin viikossa?**
(rastita)

- ☐ en kertaakaan
- ☐ 1–2 kertaa
- ☐ 3–4 kertaa
- ☐ 5–6 kertaa
- ☐ 7 kertaa tai enemmän

2. Mitä Ilopisteen palveluja olette käyttäneet?

3. Koetteko Ilopisteen vaikuttaneen arjen toimintojen monipuolistumiseen? (rastita)

- ☐ Kyllä; Miten?

- ☐ Ei; Miksi?

4. Koetteko llopisteen vaikuttaneen liikuntanne määrään arjessa? (rastita)

☐ Kyllä; Miten?

☐ Ei; Miksi?

5. Koetteko llopisteen vaikuttaneen kuormittuneisuuden määrään? (rastita)

☐ Kyllä; Miten?

☐ Ei; Miksi?

6. Koetteko llopisteen muuttaneen arkeanne? Miten?

Kiitos vastauksistanne! Käsittelemme niitä luottamuksellisesti

Liite 2. MET-aktiivisuuspäiväkirja omaishoitajalle ja omaishoidettavalle.

1 VUOKON AKTIIVISUUSPÄIVÄKIRJA

Nimi:

MAANANTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta:

TIISTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta:

KESKIVIIKKO

Aamu:

Päivä:

Ilta:

TORSTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta:

PERJANTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta:

LAUANTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta:

SUNNUNTAI

Aamu:

Päivä:

Ilta: