



TANJA SAARINEN

”Molemmat päät kuntoon”

Hyvinvointiryhmän toteutus Kosken TI kunnassa

VANHUSTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2021

Tekijä(t) Saarinen, Tanja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä syyskuu 2021
	Sivumäärä 77	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi ”Molemmat päät kuntoon” – Hyvinvointiryhmän toteutus Kosken Tl kunnassa		
Tutkinto-ohjelma Vanhustyö		
Tiivistelmä <p>Tässä opinnäytetyössä kehitettiin ja toteutettiin Kosken Tl kunnassa yli 65-vuotiaille kotona ilman säännöllisiä palveluita asuville, toimintakyvyltään heikentyneille kokonaisvaltaista hyvinvointia tukeva toimintamuoto Ikiliikkuja-hankkeessa.</p> <p>Toimintamuodossa tehtiin vapaaehtoisille ikäihmisille kokonaisvaltainen hyvinvointikartoitus, jonka perusteella valittiin motivoituneita osallistujia hyvinvointiryhmään. Ryhmätoiminnassa hyvinvointiryhmäläisiä ohjattiin ja tuettiin mahdolliseen elintapamuutoksen aloittamiseen. Tavoitteena oli hyvinvointiryhmään osallistuneiden ikäihmisten osallisuuden, fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisääminen, jolloin mahdollisuus toimintakykyiseen vanhuuteen vahvistuu ja mahdollistetaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään.</p> <p>Kehittämistutkimuksen interventio-osuus sisälsi hyvinvointiryhmän toteutuksen. Ryhmä kokoontui kymmenen kertaa eri teemoilla erilaisissa paikoissa kunnan alueella hyödyntäen ulkopuolisia luennoitsijoita sekä paikallisten yhdistysten ohjaajia. Opinnäytetyö kuvaa toteutuneen toimintamuodon sekä arvioi ryhmätoiminnan muutoksia ja vaikutuksia ryhmään osallistuneiden toimintakykyyn ja koettuun hyvinvointiin kyselytutkimuksella sekä suorittamalla uudelleen osa hyvinvointikartoituksessa tehdyistä testeistä.</p> <p>Tutkimuksen perusteella voidaan todeta toimintamuodon olleen onnistunut ja hyvinvointia tukeva. Hyvinvointiryhmään osallistuneiden mielestä ryhmätoiminnalla pystyttiin eniten vaikuttamaan oman terveyden hoitamiseen, liikuntakykyyn ja mielialaan. Lisääntynyt fyysinen aktiivisuus näkyi lihaskunnan sekä kävelymatkan ja maksimaalisen hapenottokyvyn paranemisena.</p>		
Asiasanat Hyvinvointi, ikääntyvät, osallisuus, toimintakyky		

Author Saarinen, Tanja	Type of Publication Bachelor's thesis	Date September 2021
	Number of pages 77	Language of publication: Finnish
Title of publication “Well-being from head to toe” – Implementation of a well-being group in the municipality of Koski Tl		
Degree program Bachelor of Elderly Care		
Abstract <p>In this bachelor's thesis, a form of activity contributing to holistic well-being among senior citizens was developed and implemented in the municipality of Koski Tl as part of a project called Ikiliikkuja. The participants were over 65-year-old people who have a weakened ability to function and who live at home without using any services regularly.</p> <p>The well-being of the senior citizens who volunteered to take part in the study was mapped comprehensively. Based on the mapping, motivated people were chosen to take part in a well-being group. The chosen senior citizens received guidance and support in group activities so that they could start changing their lifestyle habits. The objective was to increase participation, physical activity and exercising among the members of the well-being group so that they could remain functional and live at home for as long as possible.</p> <p>The intervention part of the development study included the implementation of the well-being group. The well-being group met ten times in different places in the municipality. Various themes were adopted, and both external lecturers and instructors from local associations were involved in the activities. This bachelor's thesis describes the form of activity used and assesses changes in group activities and effects on the functional capacity and well-being of the people taking part in the group by means of a questionnaire. In addition, some of the tests used in the well-being mapping were retaken.</p> <p>Based on this study, it can be concluded that this form of activity was successful, and it contributed to well-being. The members of the well-being group thought that the group activities mostly promoted the management of their health, their ability to move and mood. Increased physical activity improved muscle fitness and maximal oxygen uptake and made it possible for the participants to take longer walks.</p>		
<u>Key words</u> Well-being, senior citizens, participation, functional capacity		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ	7
3 TEOREETTINEN TAUSTA.....	8
3.1 Ikääntynyt.....	8
3.2 Osallisuus.....	9
3.3 Toimintakyky.....	10
3.4 Hyvinvointi.....	11
3.4.1 Aivoterveys, mielenterveys ja mielen hyvinvointi.....	13
3.4.2 Muisti.....	15
3.4.3 Ravitsemus.....	16
3.4.4 Uni.....	20
3.4.5 Liikunta.....	22
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	26
5.1 Kehittämistutkimuksen eteneminen ja tutkimusryhmä	26
5.2 Tutkimus- ja analysointimenetelmä	31
5.3 Käytetyt mittarit	34
5.3.1 SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö.....	34
5.3.2 Käden puristusvoima	35
5.3.3 6 minuutin kävelytesti	36
6 INTERVENTION ELI HYVINVOINTIRYHMÄN TOTEUTUS	37
7 TULOKSET	46
7.1 Hyvinvointiryhmän palaute	46
7.2 Testaustulokset.....	49
7.2.1 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB).....	49
7.2.2 Käden puristusvoiman mittaus.....	51
7.2.3 6 minuutin kävelytesti	52
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	53
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	55
10 POHDINTA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMA	58
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomi on ikääntyvä maa, jossa ikääntyneiden osuus väestöstä on kasvussa. Arvioiden mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaita olisi 1,5 miljoonaa eli n. 26 % väestöstä. Ikääntyneet myös elävät entistä pidempään ja esim. 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kasvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, 2020, 14.) Eri maakuntien kuntien välillä kasvuvauhti on erilainen tuoden paineita mm. ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen. Tämän vuoksi ikääntyneiden terveys, hyvinvointi ja palvelut ovat ajankohtaisia sekä tärkeitä asioita, joita tulee kehittää. Ikääntyneiden määrän kasvu tuo haastetta erilaisten ikäihmisten palveluiden toteuttamiseen ja tämän vuoksi haasteet tarvitsevat uudenlaisia toimintamalleja.

Maailman Terveysjärjestö (WHO) on aloittanut tänä vuonna kansainvälisen YK:n Terveen ikääntymisen vuosikymmen -ohjelman (UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030), jossa maailmanlaajuisen yhteistyön avulla parannetaan ikääntyvien ihmisten ja heidän perheiden ja yhteisöjen elämää (World Health Organization www-sivut 2021). Euroopan komissio on käynnistänyt väestön ikääntymistä koskevan laajan periaatekeskustelun, jossa käsitellään ikääntyvän väestön haasteita, ennakoitua ja niihin vastaamista (Euroopan komissio 2021, 2). Suomessa Marinin hallitus (2020) on aloittanut Ikäohjelma 2030 -hankkeen, jossa keskeisenä vaikuttavuustavoitteena on toteuttaa mm. ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimia iäkkäille väestöryhmille sekä riskiryhmille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 3). Aihe on myös kansainvälisesti tärkeä ja koskee koko maailmaa.

Kosken Tl kunta on hakenut opetus- ja kulttuuriministeriön hankerahaa liikunnallisen elämäntavan paikalliseen kehittämiseen Ikiliikkuja-hankkeessa. Hankkeen tavoitteena on ikäihmisten osallisuuden, fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisääminen, jolla mahdollistetaan toimintakykyisen vanhuuden vahvistaminen. Kunnat voivat kehittää toimintaansa omien tarpeiden ja toiveiden pohjalta omalla tavallaan, jossa tulee/saa hyödyntää jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä. (Aluehallintoviraston www-sivut 2021.)

Kosken TI kunnan ikäihmisten hyvinvointisuunnitelmaan (2020) on kirjattuna päämääräksi mm. turvallinen ja osallistava toimintaympäristö, osallisuuden ja yhteisöllisyyden lisääminen, ikäihmisten toimintakyvyn ja kotona asumisen tukeminen sekä ikäihmisten merkityksellisyyden kokeminen ja yksinäisyyden ehkäiseminen. Päämäärille on asetettu tavoitteet ja toimenpiteet suunnitelmaan. (Kosken TI hyvinvointilautakunnan pöytäkirja 17.6.2020, liite 4.) Ikiliikkuja-hanke on juuri sopiva hyvinvointisuunnitelman päämäärien saavuttamiseen ja toimintamuotojen kehittämiseen.

Hanke on nimetty hankehakemukseen nimellä Ikiliikkuja-kehittämishanke 2020–2022 Kosken TI kunnassa. Hankkeen tarkoituksena on tukea yli 65-vuotiaita kotona ilman säännöllisiä palveluita asuvia, toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten aktiivisuutta ja lisätä liikuntaa. Hanke- ja omarahoituksen turvin kunnassa kehitettiin mm. toimintamalli, joka tuki ja ohjasi liikunnallisempaan elämäntapaan ja antoi elintapaohjausta ryhmätoimintana. (Honkala sähköposti 19.1.2021.) Toimintamallissa tehtiin vapaaehtoisille ikäihmisille kokonaisvaltainen hyvinvointikartoitus, jonka tulosten perusteella valittiin motivoituneita osallistujia hyvinvointiryhmään. Ryhmä kokoontui kymmenen kertaa eri teemoilla ja lopussa tehtiin uudelleen osa hyvinvointikartoituksessa tehdyistä testeistä. Opinnäytetyöni kuvaa tätä kehitettyä toimintamallia ja esittelee sen tuloksia.

Kysellessäni työnantajani toimeksiantohalukkuutta opinnäytetyöhön, sain ehdotuksen kyseiseen tehtävään ja kiinnostuin heti, vaikka kokonaisuutta oli aluksi vaikeaa hahmottaa. Olen toiminut kunnan kotipalvelussa kodinhoitajana yli 20 vuotta ja havainnut suuren muutoksen asiakkaiden kuntoisuudessa ja toimintakyvyssä tänä aikana. Kotona hoidetaan entistä huonokuntoisempia ja toimintakyvyltään heikentyneitä ikäihmisiä ja heidän määränsä nousee koko ajan. Tämän vuoksi tarvitaan ennaltaehkäiseviä toimintamuotoja, joita voidaan räätälöidä oman kunnan tarpeita vastaavaksi. Lisäksi toimintamuodon kuvauksella ja tuloksilla pystytään perustelemaan esim. kuntapäätäjille ennaltaehkäisyn/toimintamuodon hyödyt niin toimintakyvyn paranemisena sekä pitkällä tähtäimellä taloudellisia hyötyjä tuovana. Kehitetty toimintamuoto ja sen sisältö kuuluu kokonaisuudessaan geronomin osaamisalueisiin ja tämän vuoksi tämäntapainen ryhmätoiminnan vetäminen sopii geronomille erittäin hyvin.

Opinnäytetyöni mahdollisti gerontologisen osaamisen hyödyntämisen hankkeessa. Hankkeessa toimi osa-aikaisena kunnan hyvinvointikoordinaattori sekä alussa myös vapaa-ajansihteeri, joilla ei ole ikäihmisiin liittyvää koulutusta ja osaamista. Lisäksi pienelle kunnalle opiskelijan saaminen mukaan hankkeeseen koettiin suurena apuna, ns. ”lottovoittona” ja mahdollisti laaja-alaisemman näkemyksen sekä resursseilta suuremman hankkeen.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Koski Tl on pieni maalaispaikkakunta Varsinais-Suomessa, ”keskellä kaikkea” kunnan tunnuslauseen mukaisesti. Kunnassa on asukkaita n. 2 300, josta yli 64-vuotiaiden osuus on 33,7 %. Ikääntyneiden määrän arvioidaan pysyvän samoina tulevina vuosina. (Tilastokeskuksen PxWeb-tietokannan www-sivut 2021.) Kunnan terveystoimintaa tuottaa Liedon kunta, Härkätien sosiaali- ja terveystoimintatilat. Kunnassa on terveyskeskuksen toimipiste, jossa on lääkärivastaanotto, kotisairaanhoidon, suun- ja neuvolapalvelut. Tykslab näyttötoiminta käy kerran viikossa. 70-vuotiaiden ikäryhmä kutsutaan vuosittain ikäneuvolatarkastukseen ennaltaehkäisevänä toimintamuotona. Kunta tuottaa itse muut ikäihmisten sosiaalipalvelut lukuun ottamatta päihde- ja mielenterveyspalveluita sekä yksityistä ikääntyneiden palvelutoimintaa. Kolmannen sektorin toimijoita kunnassa on runsaasti, erityisesti yhdistystoimintaa.

Opinnäytetyön toteutus tehtiin kokonaisuudessaan Kosken Tl kunnan alueella, hyödyntäen virkistys-, ulko- ja sisäliikuntapaikkoja (esim. Nuortentupa, kuntosali, Hevonlinnan ulkoilukeskus) sekä harraste- ja palvelutoimipaikkoja (esim. kirjasto, yhdistystalo).

3 TEOREETTINEN TAUSTA

3.1 Ikääntynyt

Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä eli yli 65-vuotiaita. Iäkäs henkilö on laissa määritelty henkilöksi, ”jonka fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairausten tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen vuoksi”. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 luku 3 §.)

Ikääntyneellä henkilöllä ei ole olemassa yksiselitteistä ja tarkkaa määritelmää. Ikääntyminen voidaan vaiheistaa kolmeen ja neljään ikäkauteen, jossa kolmasikä tarkoittaa eläkkeelle siirtymisen jälkeistä toimintakykyistä ikää ja neljäs ikä elämän loppuvaihetta, jolloin toimintakyky on jossakin määrin heikentynyt. Tällöin karkeasti jaoteltuna kolmas ikä ajoittuu ikävuosiin 65–90 ja yli 90-vuotias neljälönteen ikään. Suomessa yleisesti määritellään ikääntyminen alkavaksi eläkkeelle jäämisen ajankohtana, kun taas terveiden elinvuosien lisääntyminen on siirtänyt varsinaista vanhuutta myöhemmäksi. (Kivelä 2012, 13–14; Terveyskylän www-sivut 2021.)

Eläkeliitto teetti +60-barometritutkimuksen toukokuussa 2021. Kyselyyn vastasi 1027 61–90-vuotiasta henkilöä. Tutkimuksessa kysyttiin mm. mikä vastaajien mielestä on heitä itseään parhaiten kuvaava ilmaisu. Tarjolla oli 8 erilaista vastausvaihtoehtoa ja mahdollisuus esittää jokin muu nimitys. Noin 58 % kaikista vastaajista parhaana ilmaisuna piti eläkeläistä. Seniorikansalaista suosi 15 % vastaajista, ikääntynyttä ihmistä 9 % ja ikäihmistä 6 %. Huomionarvoista tutkimuksessa oli se, että 61–80-vuotiaasta enää 16 % kannattaa ilmaisuja ikääntyneet ihmiset, ikäihmiset tai iäkkäät ihmiset, kun 1990-luvulla se sai vielä noin 40 % kannatuksen, joten näiden termien suosio on laskussa. Nykyään yli 80-vuotiaista vain 8 % haluaisi kutsua itseään vanhukseksi tai vanhaksi, luvun olleessa 43 % vuonna 1998. (Eläkeliitto 2021, 1–4.)

Ikääntymiseen liittyviin käsitteisiin liittyy paljon erilaisia mielikuvia sekä asenteita ja se koetaan nykyään hyvin yksilölliseksi. Nykyään ikääntyminen nähdään yhä enemmän kielteisempänä aikaisempaan verrattuna. Muutoksia on erityisesti asennevääntämissä, jossa usko ikääntymisen tuomaan uuteen elinvoimaan on vähentynyt sekä nuoruutta on alettu liialti ihannoimaan yhteiskunnassa. Ikäihmisten syrjintää tapahtuu myös nykyään sosiaalisessa mediassa, mitä aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole ilmennyt. (Eläkeliitto 2021, 7–8, 29–30, 35–41, 45.)

Tässä opinnäytetyössä yli 65-vuotiaista käytetään pääsääntöisesti nimitystä ikäihminen, koska se on aikaisemmin koettu neutraaliseksi ja tällä hetkellä kirjallisuudessa yleisesti käytetty.

3.2 Osallisuus

Osallisuus käsitteenä on moniulotteinen ja sitä on vaikea rajata. Yksiötasolla sillä tarkoitetaan ihmisen tunneperäistä kokemusta, joka syntyy ihmisen kuuluessa itselle merkitykselliseen ryhmään tai yhteisöön, jossa se ilmenee arvostuksena, tasavertaisuutena, luottamuksena sekä mahdollisuutena vaikuttaa omassa yhteisössään. Olennaista osallisuudessa on omakohtainen sitoutuminen, omaehtoinen toimiminen ja vaikuttaminen oman elämän kulkuun, palveluihin ja joihinkin yhteisiin asioihin sekä vastuun ottamista seurauksista. Osallisuuden keskeisempiä asioita ovat luottamus, sitoutuminen ja kuulluksi tuleminen. (Rouvinen-Wilenius, 2014, 51; Särkelä-Kukko 2014, 34–36; Terveiden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2021.)

”Osallisuuden kokemus vaikuttaa yksilön hyvinvointiin, kuten psyykkiseen kuormittuneisuuteen, yksinäisyyteen, koettuun terveyteen, elämänlaatuun ja köyhyyteen.” Osallisuuden edistämällä pystytään vaikuttamaan yksilön, mutta myös yhteisön hyvinvointiin. Osallisuuden avulla erilaiset yhteiskuntaryhmät voivat kohdata toisensa, jolloin saadaan uusia kokemuksia ja näkökulmia. Osallisuus vaikuttaa myös kunnioittamiseen ja yhdessä tekemiseen sekä vähentää syrjintää, ennakkoluuloja ja yksinäisyyttä. (Kukkonen & Isola, 2021, 104.) Osallisuuden kokemus voidaan jaotella kolmeen osa-alueeseen: osallisuus yhteiskunnassa, osallisuus ympäröivässä yhteisössä ja

osallisuus omassa elämässä. Jokaisella osa-alueella on omat keinot sen edistämiseen. (Kukkonen & Isola 2021, 104–106; THL:n www-sivut 2021.)

3.3 Toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä selviytyä päivittäisistä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla hänen omassa elinympäristössään. Toimintakyky muodostuu yksilön terveydentilasta, yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksesta. Toimintakykyyn voidaan vaikuttaa tukemalla sekä arjessa selviytymistä parantaa mm. asuin- ja elinympäristöön liittyviin tekijöihin, erilaisilla palveluilla tai muiden henkilöiden tuella. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56; THL:n www-sivut 2021.)

Toimintakyvyn käsite on moniulotteinen ja se liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Se voidaan jakaa voimavaralähtöisiin eli jäljellä olevaan toimintakyvyn tasoihin tai todennettuina toiminnan vajeena. Toimintakyvyn käsite voidaan jakaa erillisiin osa-alueisiin, joita ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. (Heimonen 2009, 10)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä toimia, liikkua ja tehdä päivittäisiä perustoimintoja eli kykyä syödä, pukeutua ja peseytyä sekä asioiden hoitamiseen liittyviä päivittäisiä toimintoja. Fyysisen toimintakyvyn tärkeitä fysiologisia ominaisuuksia ovat lihasvoima- ja kestävyys, kestävyyskunto, nivelten liikkuvuus, kehon asentojen ja liikkeiden hallinta sekä näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Fyysinen toimintakyky näkyy siinä, että yksilö kykenee liikkumaan ja liikuttamaan itseään. Fyysisen toimintakyvyn alueella lasketaan kuuluvaksi myös aistitoiminnot kuten näkö ja kuulo. (Sainio, Stenholm, Valkeinen, Vaara, Heliövaara & Koskinen 2018, 108; THL:n www-sivut 2021.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön voimavaroja, joiden avulla hän pystyy selviytymään arjen haasteissa ja kriisitilanteissa. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus, mieliala sekä psyykkiset voimavarat. (THL:n www-sivut 2021.)

Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedon vastaanottoon, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä toimintoja, jotka ovat näiden tiedonkäsittelyn osa-alueiden yhteistoimintaa. Nämä mahdollistavat arjessa suoriutumisen vaatimukset. Kognitiivisissa tehtävissä suoriutuminen heikkenee selvästi iän myötä. (Koskinen, Tuulio-Henriksson, Ngandu & Sainio 2018, 118; Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 59.)

Täysin vakiintunutta sosiaalisen toimintakyvyn määritelmää ei ole löydettävissä. Se voidaan kuitenkin määritellä kyvyksi toimia yksilöiden välisissä läheisissä suhteissa ja eri yhteisöissä. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisen verkoston kanssa, rooleista suoriutumisena, kokemuksina sosiaalisesta osallisuudesta sekä sosiaalisena osallistumisena. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat voivat näkyä vaikeuksina arkielämän edellyttämien tehtävien selvittämisessä ja sosiaalisten suhteiden sekä vuorovaikutuksen ongelmina. (Martelin, Nieminen, Sainio, Koskinen & Tiikkainen 2018, 123.)

3.4 Hyvinvointi

Hyvinvointia on tutkittu jo 1900-luvun alusta alkaen monin eri tavoin ja erilaisilla painotuksilla. 1960- ja 1970-luvuilla painottui elinolojen merkitys, 1980-luvulla elämänkerrat, 1990-luvun laman myötä taloudellisiin taantumiin ja hyvinvoinnin välisiin mekanismeihin, mutta 2000-luvulla suurimmaksi tutkimuskohteeksi on noussut koettu hyvinvointi. 2010-luvulla on tutkimuksissa huomioitu kaikki nämä eri ajanjaksojen näkökulmat, jolloin siitä on tullut monimutkaista ja monimuotoista hyvinvointitutkimusten esittelyä. (Saari 2011a, 33.)

Tutkijoilla on erilaisia näkemyksiä hyvinvoinnista. Perinteisessä eli utilitaristisessa hyötyopin mukaisessa teoriassa korostetaan koettua hyvinvointia, useimmiten myös hyötyä eli utiliteettia. Vastakohta utiliteetille on resurssipohjainen hyvinvointitutkimus, jossa korostetaan resurssipohjaisten hyvinvointierojen vertailtavuutta. Uusklassisen taloustieteen hyvinvointikäsitys liittyy rahaan ja sen käyttämistä palveluihin, tavaroihin ja vapaa-aikaan. Uusi onnellisuustutkimus korostaa koettuun hyvinvointiin

liittyvien erojen vertailukelpoisuutta. (Saari 2011a, 35–38.) Kaikkien hyvinvointitutkimusten peruskysymys on, mitä ja mikä on hyvä elämä, joskin joidenkin tutkijoiden mielestä hyvää elämää ei ylipäätään voi määritellä (Saari 2011b, 11).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) määrittelee hyvinvoinnin kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Suomen kielessä se viittaa yksilölliseen hyvinvointiin (esim. sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma) että yhteisötason hyvinvointiin (esim. elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo). (THL:n www-sivut 2021.)

Koettua hyvinvointia voidaan mitata mm. elämänlaadulla. Elämänlaatuun vaikuttaa yksilön terveys, materiaallinen hyvinvointi, hyvän elämän odotukset, ihmissuhteet, omanarvontunto sekä mielekäs tekeminen. (THL:n www-sivut 2021.)

Hyvinvoinnin käsitettä käytetään paljon ja varsinkin hyvinvoinnin edistämistä. Kuitenkaan täsmällistä määritelmää ei ole löydettävissä. Lähikäsitteinä voidaan käyttää terveyden edistämistä ja hyvinvointipolitiikkaa. Terveystieteissä käytetään mielellään käsitteestä nimitystä terveyden edistäminen ja sosiaalipuolella hyvinvoinnin edistäminen tai sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. (Paahtama 2016, 2.)

Eri lait määrittelevät hyvinvoinnin edistämisestä. Kuntalain mukaan kunnan tulee edistää asukkaidensa hyvinvointia, kestävästä kehityksestä ja elinvoimaisuutta sekä vanhusneuvoston mahdollisuuksista vaikuttaa ikäihmisten hyvinvointiin (Kuntalaki 410/2015, 1 luku 1 §, 5 luku 27 §, 7 luku 37 §). Terveystieteissä (1326/2010, 2 luku 11–13 §) määritellään kunnan perustehtäväksi mm. terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Myös sosiaalihuoltolaissa on oma luku hyvinvoinnin edistämiseen rakenteellisessa sosiaalityössä (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 2 luku 6–8 §). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (2 luku 5 §, 12 §) eli ns. vanhuspalvelulaissa on säädetty mm. suunnitelmasta ikääntyneen väestön tukemiseksi ja hyvinvointia edistävästä palveluista. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 antaa useita suosituksia ikäihmisten hyvinvoinnin lisäämiseksi (STM & Suomen Kuntaliitto 2020, 24).

3.4.1 Aivoterveys, mielenterveys ja mielen hyvinvointi

Aivoterveydellä ei ole vakiintunutta määritelmää. ”Aivoterveys on sateenvarjokäsite, joka kattaa aivojen ja muun hermoston toiminnallisuuden, sairaudet, aivovammat ja häiriöt aina optimaalisesta toiminnasta vakavaan sairaustilaan. Yhdysvaltain kansallinen terveysinstituutti (National Institutes of Health, NIH) kiteyttää aivoterveyden mahdollisuudeksi käyttää aivojaan parhaalla tavalla ja kyvyksi pienentää iän myötä lisääntyviä riskejä.” Aivoterveydellä tarkoitetaan aivojen hyvinvointia, jota edistää terveelliset elämäntavat, kuten terveellinen ravinto, riittävä liikunta, päihteettömyys sekä aivojen sopiva haastaminen ja aktivoiminen, mutta myös riittävä lepo ja uni sekä haitallisen tai jatkuvan stressin välttäminen. Aivoille on hyväksi myös sosiaaliset suhteet ja aktiivinen elämä mielekkäineen harrastuksineen. Aivoihin vaikuttaa myös ympäristötekijät. (Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2020, 3, 11; Jaakson & Jaakkola 2017, 8.)

”Mielenterveys on Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään elämään normaalisti kuuluvista paineista, työskentelemään tuloksia tuottavasti ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.” Mielenterveyden tila muokkautuu koko elämän ajan, jossa psyykkiset oireet eivät merkitse välttämättä sairautta, vaan ovat väliaikaisia reaktioita eri elämäntilanteissa. (Suomen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2020, 3, 11.) Mielenterveydellä tarkoitetaan yksinkertaisesti mielen voimavaroja ja hyvinvointia. Ikäihmisten mielenterveydestä osan muodostavat elämäkokemus ja siitä muodostuvat elämäntaidot. Mielenterveyteen vaikuttavat kulttuurit, ympäristö, yhteiskunta ja muut ihmiset. Mielenterveys koostuukin monista asioista eikä se ole yksilökeskeinen asia. Nämä osaluuetekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja mikäli johonkin osa-alueelle tulee muutoksia, vaikuttaa se myös mielenterveyteen. (Haarni, Viljanen & Hansen 2014, 10.)

Mielen hyvinvointi on henkilön oma kokemus mielen tasapainosta, johon kuuluu toiminnallinen ulottuvuus (Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2020, 3). Ei ole olemassa yhtenäistä mielen hyvinvoinnin määritelmää. Ikäihmiset määrittelevä ja kokevat mielenterveyden ja mielen hyvinvoinnin omasta tilanteestaan katsottuna eri elämänvaiheissa eri tavoin sen ollessa yksilöllinen. Tämän vuoksi tulisi mielen

hyvinvointi esittää kysymyksellä: mikä tuo sinulle mielen hyvinvointia? (Haarni ym. 2014, 12.)

Mielen hyvinvointi sisältää hyvän olon tuntemuksia, toimintakykyä ja oma-aloitteisuutta, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja sekä tunne- ja selviytymistaitoja (Haarni ym. 2014, 12).

Suomen Mielenterveysseurassa aloitettiin vuonna 2012 kehittämishanke Mirakle – mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville, jossa osana hanketta kyseltiin eläkeläisiltä, mitä mielenterveys heille merkitsee ja mikä heidän mielestään tukee mielen hyvinvointia. Kyselyyn tai haastatteluun osallistuneiden mielestä, mitä tutkimustietokin kuvaa, mielen hyvinvoinnilla on suuri merkitys hyvälle vanhenemiselle tuottaen ja tukien toimintakykyä. Mielenterveyden merkitystä luonnehdittiin mielen hyvinvoinnin merkityksen tunnistamiseksi, tärkeäksi tai olennaiseksi osaksi terveyttä ja elämää, jota kuvattiin välttämättömäksi ja perustaksi. Muutama vastaaja arvosti mielenterveyttä, koska on kohdannut siihen liittyviä ongelmia. Mielenterveyden merkitystä toimintakykyyn kuvattiin toimintaa ja arkea tukevana sekä se nähtiin voimavarana, joka tuo elämänhallintaa ja energisyyttä esim. jaksamisena, virkeytenä, omien asioiden hoitamisenä ja itsensä huolehtimisen muotona. Voimavarana se mahdollistaa tavallisen elämän. Mielenterveyden merkitys on myös tasapainoa ja hyvää oloa, joka mahdollistaa hyvän ja rauhallisen elämän, tuo elämänhalua, hyvän yöunen ja lääkkeettömän elämän. Elämäntaidot ja asennoituminen nousi neljänneksi merkitykseksi, jossa korostettiin myönteistä elämänasennetta, itsetuntemusta ja hyväksymistä, suvaitsevaisuutta, arvostamista ja kiittollisuutta. Näitä kuvattiin myös ihmisenä kasvamisena ja tarpeettoman murehtimisen välttämisenä sekä ihmissuhteiden vaalimisena. Muutama vastaaja oli vastannut yksilötasoa laajemmin, jolloin ne koskivat toimeentulon riittävyttä, asumista ja turvallisuutta. (Haarni 2013, 39–41.)

Kyselyssä vastaajilta kyseltiin millä keinoin mielenterveyttä kannattaa tukea. Useat vastaajat olivat nimenneet enemmän kuin yhden keinon. Käsitukset olivat monipuolisia. Vastaajat tunnistivat erinomaisesti sosiaalisten aktiviteettien merkityksen. Mielenterveyden ylläpitämisen välineistä mainittiin mm. aktiivisuus, harrastukset, osallistuminen ja mielekäs tekeminen. Harrastuksista eniten mainintoja saivat käsityöt, musiikki ja kulttuuririennot, lukeminen ja tanssi. Vapaaehtoistyön oli maininnut muutama

vastaaja. Tästä voidaan todeta, että kodin ulkopuolisen toimintaan osallistuminen on yksi keskeisempiä mielenterveyden tukemisen keinoja, jolla vältetään yksinäisyys ja hyväksytyksi olemisen tunne. Liikunta ja ulkoilu sekä fyysisestä terveydestä huolta pitäminen terveiden elintapojen ja kohtuullisuutta korostaen. Myös kosketuksella, hellyydellä ja seksuaalisuudella on tärkeyttä. Tässä ajassa pysyminen koettiin tärkeäksi. Maailman ja ajankohtaisten asioiden seuraaminen ja uuden oppiminen, ihmissuhteet esim. kyläily ja läheisten suhteiden hoitaminen sekä erityisesti isovanhemmuus tukee mielen hyvinvointia. Pieni osa vastaajista oli kommentoinut iäkkäiden asemaa, palveluita ja ikään asennoitumista yhteiskunnassa esim. riittävä toimeentulo, terveystalvet, ammattiapu, palvelukeskukset, liikenneyhteydet ja toimintaan tarkoitettut tilat olivat näitä. Yhteiskunnan ikäterrorismin poisto myös mainittiin. Muutama maininta tuli myös oman asennoitumisen merkityksestä. Aloitteellisuus, sopeutuminen, positiivisuus ja armollisuus on näistä esimerkinä. Vastausten perusteella ikäihmiset tietävät itse mikä tuottaa mielen hyvinvointia eli fyysiset ja sosiaaliset toiminnot, taiteeseen ja kulttuuriin liittyvät, henkisiin tai kognitiivisiin välineisiin, joiden mukaisesti he toimivat. (Haarni 2013, 41–42.)

3.4.2 Muisti

Muisti perustuu ihmisen älylliseen toimintaan, joka tapahtuu aivoissa. Aivot ovat todella monimutkainen ja hienostunut järjestelmä, minkä vuoksi jokaisen yksilön aivot ovat ainutlaatuiset. Aivot ovat hyvin alttiita vaurioitumaan ja toimivaa muistia tarvitsemme mm. toimivassa arjessa osana tätä hetkeä sekä menneisyyttä ja tulevaisuutta. (Muistiliiton [www-sivut](#) 2021.) Sisällöllisesti muisti jaetaan kolmeen osaan: tapahtuma-, tieto- ja taitomuistiin. Muistaminen koostuu kolmesta osavaiheesta: mieleen painaminen, säilyttäminen ja mieleen palauttaminen. Normaaliin ikääntymiseen kuuluu lievät muistivaikeudet keskushermoston toiminnan hidastumisen myötä. Uuden oppiminen voi hidastua ja se vaatii enemmän toistoja sekä keskittymiskyky voi heikentyä. Ikääntyneen voi olla vaikeampi muistaa asioita ja usean asian samanaikainen suorittaminen vaikeutuu. Vanhat asiat ja taidot osataan ja ne muistetaan hyvin. Kun ikääntynyt opettelee uutta asiaa, yhdistelee aivot jo olemassa olevaa tietoa hyödyntäen sitä, jonka vuoksi ikääntyneet voivat hahmottaa monimutkaisia asiakokonaisuuksia nuoria paremmin. (Juva 2018; Muistiliiton [www-sivut](#) 2021.)

Muistia voi heikentää useat eri asiat ja joihin itse pystyy vaikuttamaan. Muistiin voi vaikuttaa samoilla asioilla kuin mitä aivoterveysteen, koska muisti sisältyy myös siihen. Muistia heikentäviä sairauksia ovat mm. masennus, aivohalvaus tai -vamma, tietyt aineenvaihduntasairaudet, Parkinsonin tauti ja alkoholismi (Juva 2018). Joka kolmas yli 65-vuotias kokee kärsivänsä eriasteisista muistioireista, jonka merkittäviksi koettujen muistivaikeuksien vuoksi on hakeuduttava terveydenhuoltoon syiden selvittämiseksi. Suomessa vuosittain muistisairauksiin sairastuu noin 14 500 henkilöä, vaikka merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta. Myös työikäisillä voi esiintyä muistisairauksia. (Muistisairaudet Käypä hoito -suositus 2021.)

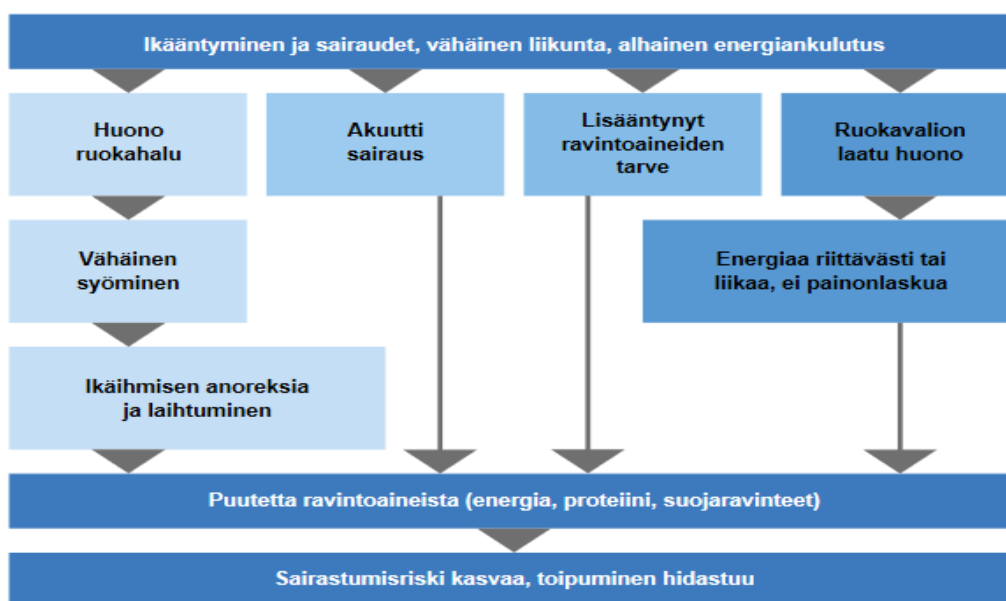
Muistisairauksien riskitekijöitä ovat korkea ikä ja perinnöllisyys, verisuonisairaudet mm. korkea verenpaine, kohonnut kolesteroli ja ylipaino. Suomalainen CAIDE-tutkimus (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia) on osoittanut, että keski-iässä nämä riskitekijät lähes kaksinkertaistavat riskin sairastua myöhäsiän muistisairauteen. Jos henkilöllä on kolme riskitekijää edellä mainituista samanaikaisesti, on hänellä kuusinkertainen riski sairastua Alzheimerin tautiin. Myös elintapatekijöillä kuten liikunnan, ravinnon, alkoholin, tupakan ja stressin vaikutukset ovat suuremmat, mikäli henkilö kantaa ApoE4-geeniä. Koulutuksella, henkisellä aktiivisuudella ja sosiaalisella verkostolla on suojaavia ominaisuuksia. (Kivipelto & Ngandu 2014, 26–27; THL:n www-sivut 2021.)

3.4.3 Ravitsemus

Vuonna 2020 on julkaistu Vireyttä seniorivuosiin -ikäntyneiden ruokasuositus, joka on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) ja Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) yhteinen julkaisu. Suositus korvaa aikaisemmin Ravitsemussuositukset ikääntyneille -julkaisun vuodelta 2010. Suosituksessa määritellään iäkkäiden ravitsemuksen tukemista ja laadukkaiden ruokapalveluiden järjestämisestä, jotka on laadittu ikäihmisten tarpeisiin ja yhdessä syömisen edistämiseen. Ikäihmiset ovat yksilöitä ja vanhenevat yksilöllisesti. Tämän vuoksi ikääntyneiden ravitsemuksesta puhuttaessa on tarkasteltava enemmän terveydentilaa ja toimintakykyä. Työikäisille annetut ravitsemussuositukset voivat olla pätevämpiä hyväkuntoisille ja paljon liikkuville alle 70-

vuotiaille. Keskimäärin 70 ikävuoden jälkeen ikääntymismuutosten riski lisääntyy merkittävästi ja heitä ei voi verrata työikäisiin. Kotona asuvien ikäihmisten kohdalla erityisesti korostuvat tasapaino energiansaannissa ja -kulutuksessa, ruoan ravitsemuksellinen laatu sekä maku. (Suominen 2013, 485–486; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 6).

Ikääntyminen, sairaudet ja toimintakyky asettavat ravitsemukselle erityisvaatimuksia, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ikääntyessä energiantarve vähenee, mutta ravintoaineiden tarve ei vähene, jonka vuoksi ravinnon laatuun tulee kiinnittää huomiota. Kuvassa 1. on esitelty virheravitsemuksen syntyminen eri teitä pitkin. Virheravitseminen voi aiheuttaa ikäihmiselle pitkittyessä tilanteen, josta on vaikea päästä pois. Huono ruokahalu ja vähentynyt syöminen aiheuttaa helposti laihtumista ja anoreksiaa, liikunta- ja toimintakyvyn laskua sekä kaatumis- ja murtumavaaran kasvua, iho-ongelmia sekä infektiokierrettä, joka voi lisätä mm. sairastumisriskiä sekä hidastaa sairauksista toipumista. Tämän seurauksena hoitojaksot voivat pidentyä ja teho huonontua sekä hoitokustannukset kasvavat. Runsas alkoholin käyttö heikentää myös ravitsemustilaa sekä ruokavalion huono laatu ja yksipuolisuus. Tämän vuoksi paino ei välttämättä laske lainkaan tai se voi jopa nousta. Ylipainoisella ikäihmisellä ravitsemustila voi olla huono ja siksi siihen tulee myös kiinnittää huomiota. Hoitamattoman virheravitsemuksen on todettu lisäävän myös kuolleisuutta. (Paavola & Suominen 2018, 4–5; Schwab 2020; Suominen 2013, 486; Valve ym. 2018, 19–20.)



Kuva 1. Ikääntyneiden virheravitsemuksen kehittyminen (Valve ym. 2018, 20).

Ravitsemustilaa voidaan arvioida seuraamalla painoa säännöllisesti kerran kuukaudessa tai tarvittaessa tiheämmin, arvioimalla ruokavalion laatu ja syödyn ruuan määrä. Painonmuutokset merkitsevät enemmän kuin yksittäinen mittaus. Mitä nopeammin ja suuremmin laihtumista tapahtuu tahattomasti, on syytä epäillä ravitsemustilan heikentymistä. Painon seurannan lisäksi tulee käyttää erilaisia ravitsemustilan mittareita, joita voidaan käyttää ravitsemusongelmien seulontaan ja ennaltaehkäisyyn. MNA (Mini nutritional assessment) -mittari on kehitelty erityisesti yli 65-vuotiaiden ikäihmisten ravitsemustilan arviointiin. Mittaristo sisältää antropometrisia mittauksia, ruokavalion arvioinnin sekä ikäihmisen oman arvion terveyden- ja ravitsemustilastaan. Kokonaispisteiden perusteella voidaan todentaa ravitsemustila. Käytössä on myös NRS 2002 (Nutrition Risk Screening) -menetelmä, mutta se ei huomioi matalan painoindeksin vajaaravitsemusriskiä niin hyvin kuin MNA. (Suominen 2013, 486–487; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 57–58.)

Ikääntyneen elimistö on erityisen herkkä muutoksille. Tämän vuoksi ikäihmiselle ei suositella laihduttamista. 60–70-vuotiailla lihavuus on melko yleistä, jonka jälkeen se alkaa vähentyä hyvinkin nopeasti (Schwab 2020). FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan suomalaisista eläkeläisistä 59 % naisista oli vyötärölihavia, miehistä 53 %. sekä painoindeksin perusteella naisista joka kolmas ja joka neljäs mies oli lihava (Lundqvist ym. 2017, 47–48). Kuitenkin lihavuuden haitallinen vaikutus heikkenee ikääntyessä ja lihavuudella voi olla suojaava merkitys. Esim. 70-vuotiaan ylipaino on yhteydessä pienemmän ennenaikaisen kuoleman riskiin. Tämän vuoksi ikääntyneiden ylipainon raja on normaalia korkeampi painoindeksialueen ollessa 23–29. Painonpudotuksesta voi olla hyötyä, mikäli painosta on huomattavia haittoja esim. ylipaino selvästi haittaa liikumista ja toimintakykyä, diabeteksen hoitotasapainoon tai nivelrikkoihin. Myös uniapneaan, virtsankarkailuun tai ihopoimujen iho-ongelmiin on laihdutuksesta apua. (Mustajoki 2020; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 94–95.)

Ikäihmisen tulisi päivittäin saada kulutustaan vastaava määrä energiaa, joka on yksilöllistä. Tähän vaikuttavat mm. fyysinen aktiivisuus, lihasmassan määrä, pitkäaikaiset sairaudet ja lääkitys. Ikääntyneen päivittäisen ruokavalion sisältämä energiamäärä tulee olla vähintään 1 600 kcal (6,5 MJ), joka saavutetaan syömällä päivittäin kolme ateriaa sekä 2 tai 3 välipalaa. Proteiinia tarvitaan lihasten ja luuston rakennusaineeksi.

Ikääntyneille suositellaan käytettäväksi proteiineja enemmän, koska niiden hyväksikäyttö heikkenee ikääntymisen myötä. Proteiinia tulisi saada 1,2–1,4 g/painokilo/vrk eli 15–20 % energiansaannista. Laihduttajilla ja sairaudesta toipuvalla jopa enemmän. Tärkeää on myös huomioida, että ikääntynyt saa riittävästi energiaa, jotta elimistö ei käytä proteiinia energianlähteenä ja vähennä lihasmassaa. (Schwab 2020; Suominen 2012, 487; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 79–80.)

Ikäihmisille suositellaan D-vitamiinivalmisteen käyttämistä ympäri vuoden. D-vitamiinia tarvitaan luuston kunnon ylläpitämiseen yhdessä kalsiumin kanssa. D-vitamiinin saanniksi suositellaan alle 75-vuotiaille 10 mikrogrammaa/vrk ja yli 75-vuotiaille 10–20 mikrogrammaa/vrk. Kalsiumia tulisi nauttia 800 mg/vrk, jonka saa nauttimalla päivässä esim. 3 lasillista maitoa, piimää, viiliä tai jogurttia ja 2–3 viipaleesta juustoa. (Schwab 2020; Suominen 2012, 487–488.)

Päivittäisen nesteen tarve on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat mm. lämpötila, fyysinen aktiivisuus ja ikä. Ikäihmisen tulisi juoda 1–1,5 litraa (5–8 lasillista) nestettä päivässä ruokien mukana saadun nesteen lisäksi. Suositeltavia juomia ovat esim. vesi ja kivennäisvesi, maitotuotteet, täysmehut ja mehukeitot. Alkoholin käyttöä ei suositella ikääntyneille. Alkoholin vaikutukset elimistössä voimistuvat ikääntymisen myötä, jolloin se lisää kaatumisalttiutta, nopeuttaa tai hidastaa lääkkeiden vaikutusta sekä vaikuttaa glukoositasapainoon. Mikäli ikääntynyt käyttää alkoholijuomia, tulisi määrän olla korkeintaan yksi annos päivässä ja seitsemän viikossa. Kerralla ei tulisi juoda kolme annosta enempää. Yksi annos vastaa pientä pulloa keskioletta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. (Schwab 2020; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 84–86.)

Ikääntyneiden ruokasuositus sekä WHO suosittelee, että jodioitua suolaa tulisi ikäihmisten käyttää vuorokaudessa enintään 5 g, joka vastaa 2 g natriumia. Määrällä turvataan riittävän jodin saaminen vuorokaudessa. Liiallisen natriumin nauttiminen aiheuttaa verenpaineen nousua, kuormittaa munuaisia sekä sydän- ja verisuonia. (Jula 2013, 1814; Vireyttä seniorivuosiin 2020, 87.)

Pehmeitä eli tyydyttämättömiä rasvoja tulisi suosia ruokavaliossa, jolloin sillä olisi terveydellisiä vaikutuksia mm. kolesteroliin, sepelvaltimotaudin ja diabeteksen ehkäisyssä sekä kohonneen verenpaineen hoidossa. Keskikokoisen naisen rasvatarve on

keskimäärin 60 g päivässä, josta vähintään 40 g tulisi olla pehmeää rasvaa. Keski-koiselle miehelle vastaavat määrät ovat 85 g ja vähintään 60 g (Vireyttä seniorivuosiin 2020, 82–83.)

3.4.4 Uni

Aristoteles on määritellyt unen tilaksi, jossa ihminen ei ole tietoinen ympäristöstään. Uni on aivojen syklinen tila, jossa eri vaiheet seuraavat toisiaan. Unisykli kestää yleensä puolestatoista kahteen tuntiin ja unijakso koostuu neljästä erilaisesta unen vaiheesta eli unisyklistä peräkkäin. (Kajaste & Markula 2020, 21–22; Kivelä 2013, 365.)

Unen tehtävänä on aivojen aineenvaihdunnan ylläpitäminen ja energian varastointi. Unen aikana aivoista poistuu haitallisia aineenvaihduntatuotteita, joita valvetilan aikana sinne kerääntyy. Uni ehkäisee stressiä, vaikuttaa immunologiseen tasapainoon eli ylläpitää vastustuskykyä, ylläpitää aineenvaihduntaa ja hormonitasapainon toimintaa. Uni auttaa tunteiden käsittelyssä sekä ylläpitää muistia, keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta. Unen aikana tallentuu päivän aikana opitut asiat muistiin ja yllä pitää näin oppimiskykyä. (Jaakson & Jaakkola 2017, 36; Kajaste & Markula 2020, 39–40; Kivelä 2007, 13–14; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020.)

Unen tarve on hyvin yksilöllistä. Keskimäärin ihmiset nukkuvat 7,5–8 tuntia vuorokaudessa. FinTerveys 2017 -tutkimuksessa todettiin naisten nukkuvan keskimäärin 7 tuntia 24 minuuttia ja miesten 7 tuntia 18 minuuttia. Eniten nukkuivat yli 70-vuotiaat miehet ja yli 80-vuotiaat naiset. (Partonen, Lundqvist, Wennman & Borodulin 2018, 42.) Ikääntyminen muuttaa unta. Nukahtamiseen kuluva aika pitenee, yölliset heräämiset lisääntyvät ja uni on kevyempää, pinnallisempaa. Tämä johtuu syvempien univaiheiden määrän vähenemisestä, mikä aiheuttaa yöunien häiriintymisen kokemukseen. Ikäihmisten saattaa olla vaikeaa ylläpitää yhtäjaksoista valvetilaa päivän aikana, jonka vuoksi he nukahtelevat helposti iltapäivisin jopa 1,5 tunniksi. Päiväunet saattavat vaikuttaa yöunen kestoon lyhentävästi, koska vuorokaudessa tarvittava unen määrä ei muutu ikääntyessä. Päiväunilla on myönteinen vaikutus kognitiivisiin ja psykomotorisiin toimintoihin, jolloin ne parantavat elämänlaatua. Pitkien päiväunien ottamista tulee välttää, mikäli se heikentää yöunen laatua. Uni-valverytmin muuttuminen liittyy

fyysisiin muutoksiin, jonka vuoksi ikäihminen saattaa nukahtaa aikaisemmin illalla ja herätä aikaisemmin aamulla. Uni-valverytmin ulkoiset tekijät laimenevat ikääntymisen myötä ja veressä kiertävän melatoniinin määrä vähenee, jolloin nämä vaikuttavat sirkadiaaniseen rytmiin. (Kajaste & Markula 2020, 26–27; Kivelä 2012, 367–369.)

Univajeella tarkoitetaan sitä määrää unta, joka jää uupumaan yksilölle riittävästä unen määrästä. Univaje voi syntyä valvotusta yöstä tai vähitellen vuosien mittaan, jonka seurauksena syntyy univelkaa. Univaje vaikuttaa mielialaan ja psyykkiseen olotilaan, pidentää reaktioaikaa, lisää tarkkaamattomuutta sekä suorituskyvyn heikkenemistä. Univaje lisää sairastumisriskiä esim. diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, lihavuuteen ja masennukseen. (Huttunen 2018; Kajaste & Markula 2020, 38–39.)

Unettomuudella tarkoitetaan ihmisen kokemia oireita nukahtamisen vaikeudesta, tilapäisestä tai jatkuvasta huonokestoisesta tai lyhytkestoisesta unesta, joka heikentää yksilön toimintakykyä sekä toiminnallisuuden ja kokemuksellista haittaa (Kajaste & Markula 2020, 61; Kivelä 2007, 32–33). Unettomuus on yleisin unihäiriö ja yksi unen häiriintymisen muodoista. Muita unihäiriöitä ovat hypersomnia (liikaunisuus), parasomniat (uneen liittyvät erityishäiriöt) sekä uni-valverytmin häiriöt. (Kajaste & Markula 2020, 50.) Ihmisen tulisi nukahtaa melko nopeasti, yleensä alle puolessa tunnissa nukkumaan menosta ja on hereillä yön aikana vajaat puoli tuntia. Mikäli ihminen kärsii unen saamisen tai unessa pysymisen vaikeudesta kolmena yönä viikossa, katsotaan se unettomuudeksi. (Huttunen, 2018.) Unettomuus on yleinen ongelma, joka vaivaa välillä meistä jokaista (Kajaste & Markula 2020, 61).

Ikäihmisten unta voi häiritä useat eri tekijät. Uni on kevyempää ja herättää herkemmin. Erilaiset äänet, eteenkin hälinä ja melu sekä valo, kuumuus tai kylmyys saattavat häiritä unta. Tahdikkuuden puute tai vähyys voi johtaa uni-valverytmin häiriintymiseen ja unen laadun heikentymiseen sekä päiväaikainen liikunnan puute, sosiaalisuus, pitkäkestoinen vuoteessa oleskelu sekä rutiinitoimintojen puute iltaisin. Myös sisätiloissa oleminen kesäisin ja päivänvalon vähyys talvisin sekä huono sisätilojen valaistus aiheuttaa unihäiriöitä. Kohtalaisen runsas alkoholin tai kofeiinin nauttiminen heikentää unta. Nälän tunne esim. ilta-aterian väliin jättäminen voi aiheuttaa yöllisen heräämisen. Ikääntymismuutokset elimistössä aiheuttavat virtsan määrän lisääntymistä yöaikaan ja virtsaamisen tarvetta esiintyy öisin. Vanhenemilla miehillä saman ongelman

voi aiheuttaa myös prostatan koon suureneminen. Elämänmuutokset esim. läheisen kuolema, pelot ja huolet tai oma sairastuminen sekä stressi vaikuttaa uneen. Vieraassa ympäristössä nukkuminen on yleensä huonompaa. Keholle sopimaton sänky, patja ja peitto edistää yöunen häiriintymistä ja voi aiheuttaa erilaisia kiputiloja elimistöön varsinkin tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Huonossa hoitotasapainossa olevat fyysiset sairaudet aiheuttavat oireita öisin esim. kiputilat, hengenahdistus, refluksi tai sepelvaltimotauti. Sairauksista mm. depressio, ahdistuneisuushäiriö, erilaiset demenciasairaudet sekä Parkinsonin tautiin liittyy unihäiriöitä. Jotkut lääkkeet vaikuttavat kielteisesti yöunen laatuun. (Kivelä 2012, 369–370.)

Melatoniinia voi käyttää lääkkeenä edistämään uneen pääsyä, vähentämään unen katkonaisuutta ja parantamaan unen laatua. Melatoniinilla on vähäiset haittavaikutukset ja sitä pidetään turvallisena pitkäaikaisessa käytössäkin. Uni- ja nukahtamislääkkeillä eli bentsodiatsepiinivalmisteilla ei pystytä vaikuttamaan myönteisesti ikääntymisestä johtuviin unen muutoksiin. Niiden käyttö tulisikin perustua unettomuuden syiden tarkkaan määrittämiseen ja niiden käyttö tulisi rajata 2 viikkoon. Uni- ja nukahtamislääkkeillä on useita interaktio- ja haittavaikutusriskejä esim. kaatumisriski suurenee ja kognitio heikkenee. Annostuksen tulee olla ikäihmisillä pienempi kuin muilla ikäryhmillä. (Kivelä 2012, 371; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2020.)

3.4.5 Liikunta

Liikunnan on todettu edistävän ikäihmisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä sekä toimintakykyä, hyvinvointia ja elämänlaatua jokaisessa elämänkaaren vaiheissa. Liikunnalla pystytään hidastamaan vanhenemiseen liittyviä fyysistä toimintakyvyn heikentymistä, tukea psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, lieventää ja ehkäistä sairauksia esim. sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia. Tästä hyvänä esimerkkinä on Ikivihreät-projekti, joka toteutettiin vuosina 1988–2004 Jyväskylän kaupungin ja yliopiston yhteisenä tutkimuksena. Tutkimuksen avulla pyrittiin ylläpitämään ikääntyvien henkilöiden terveyttä ja toimintakykyä. Tulokset olivat myönteisiä. Ikääntyneet ihmiset liikkuvat entistä enemmän toimintakykynsä ylläpitämiseksi ja kaupungin liikunta-, sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenne kehittyi tukemaan aktiivisempaa ikääntymistä. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474–475.)

Suosituimmat liikuntamuodot tutkimuksessa olivat kävelylenkkeily, kotivoimistelu ja ohjatut liikuntaryhmät (Mäkilä, Hirvensalo & Parkatti 2008, 50–53).

Tutkimusnäyttö on osoittanut, että myös kevyemmällä liikuskelulla on terveyshyötyjä erityisesti vähän liikkuville. Kevytkin liikuskelu voi alentaa muun muassa veren-sokeri- ja rasva-arvoja. Lisäksi se vilkastuttaa verenkiertoa sekä vetreyttää lihaksia ja niveliä. (Kutinlahti 2021; UKK-instituutin www-sivut 2021.) Forssell ja Walker (2018, 102–103) ovat tutkimuksessaan todenneet, että yksi voimaharjoitus viikossa ylläpitää ikääntyvien toimintakykyä. Säännöllinen ja jatkunut voimaharjoittelu voi kehittää iäkkäiden toimintakykyä. He myös toteavat, että voimaharjoittelulla on positiivisia vaikutuksia toimintakykyyn, koska se sisältää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintaa, tehden siitä monitekijäisen.

Liikunnan vaikutukset terveyteen on olleet tiedossa jo vuosikymmenten ajan. Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut maailmanlaajuisesti liian vähäisen liikunnan olevan neljänneksi suurin kuolleisuuden aiheuttaja. Liikkumattomuus ja runsas päivittäinen istuminen on tutkimustulosten perusteella yksi itsenäinen kokonaiskuolleisuuden vaikuttava riski, huolimatta siitä, että yksilö voi liikkua päivittäin liikuntasuosituksen mukaisesti. Istumisen kokonaisajan kasvaessa yli 7 tuntiin päivässä, yksi lisätunti istumista lisää kuolleisuutta 5 %. Runsa päivittäinen istuminen onkin nykyään tupakoinnin, liikunnan vähyden, ylipainon ja lihavuuden kaltainen riski. (Vasankari 2014, 1869–1870; Suni & Husu 2012, 14.) Arjen istumisen vähentäminen on ollut yksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetus- ja kulttuuriministeriön yhteisistä painopisteistä, terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan strategiassa vuoteen 2020 asti. Vain muutama prosentti ikäihmisistä liikkuu liikuntasuosituksen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 4, 17, 21.)

Vasankari ja Kolu (toim.) ovat julkaisseet tutkimuksen, jossa todetaan liikkumattomuuden aiheuttavan vuosittaisten kustannusten ja tuottavuuden menetykseksi 3,2–7,5 miljardia euroa. Arvion mukaan noin 150 milj. euroa pystyttäisiin säästämään ikäihmisten koti- ja laitoshoidon kustannuksissa liikunnallisella elämäntavalla. Samassa tutkimuksessa todettiin joka kolmannen lonkkamurtuman olevan ehkäistävässä terveyden kannalta riittävällä liikunnalla. (Vasankari ym. 2018, 1, 21–22, 57.) Suomessa hoidetaan leikkaushoitona vuosittain noin 6 000 lonkkamurtumaa, jonka ensimmäisen

vuoden hoitokustannusten arvioidaan maksavan 27 000–34 800 euroa eli 1,6–2,1 milj. euroa vuodessa (Lonkkamurtuma: Käypä hoito -suositus 2017).







UKK-instituutti on päivittänyt vuonna 2019 yli 65-vuotiaiden viikoittaisen liikkumisen suosituksen (Kuva 2.), joka perustuu Yhdysvaltain terveysviranomaisten laatimiin liikkumisen suosituksiin. Nykyinen suositus huomioi entistä vahvemmin hyvinvoinnin kokonaisuutta ja siihen on otettu mukaan istumisen tauottaminen sekä palauttavan unen määrä. Suosituksessa korostuu erityisesti lihasvoiman, tasapainon ja notkeuden harjoittaminen vähintään kahdesti viikossa. Reipasta liikkumista, joka kohottaa sydämen sykettä suositellaan harjoitettavan ainakin 2 tuntia 30 minuuttia viikossa tai lisäämällä liikkumisen tehoa reippaasta rasittavaksi, jolloin sitä tulisi harjoittaa vähintään 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa. Päivään tulisi kuulua kevyttä liikuskelua mahdollisimman usein venyttelyä unohtamatta. Liikuntasuosituksien monipuolinen yhdistely edistää parhaiten terveyttä ja toimintakykyä. (Vireyttä liikkumalla. Viikoittainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille.)



Kuva 2. Viikoittainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille (UKK-instituutin www-sivut 2020.)

Maailman terveysjärjestö WHO (2020) on julkaissut päivitetyn terveyttä edistävän fyysisen aktiivisuuden suositukset 65 vuotta täyttäneille. Ikäinstituutin suomennettu versio WHO:n suosituksesta on nähtävillä kuvassa 3. Suositus on saman linjainen UKK-instituutin liikkumisen suosituksen kanssa. (Voimaa vanhuuteen www-sivut 2021.)

Jokaisen ikäihmisen tulisi valita itselleen mieleisiä tapoja liikkua erilaisin tavoin hyötyliikuntaa (kotiaskareet, pihatyöt, ulkoilu, kaupassa käynti ym.) unohtamatta. Suositeltuja liikuntamuotoja ikääntyneelle ovat mm. kävely, vesiliikunta, pyöräily, hiihto, tanssi ja porraskävely. Liikkua tulisi oman toimintakyvyn ja terveydentilan mukaisesti. Vähän liikuntaa harrastaneiden tulisi lisätä arkeen liikkumiskertoja, kestoja ja tehoa pienissä määrin kerrallaan. Minimisuositusten saavuttaminen tuo terveyshyötyjä, mutta mikä tahansa liikkuminen normaalia enemmän edistää yksilön hyvinvointia. (Voimaa vanhuuteen www-sivut 2021.)

	 Kestävyysliikunta	 Lihasvoimaharjoittelu	 Monipuolinen yhdistelmäharjoittelu
MÄÄRÄ	Kohtuukuormitteinen 2,5–5 h/vk tai raskaskuormitteinen 1,25–2,5 h/vk tai edellisten yhdistelmä	Ainakin 2 krt/vk Suuria lihasryhmiä vahvistava vähintään kohtuukuormitteisena	Ainakin 3 krt/vk Tasapainoa ja koordinaatiota haastava
ESIMERKIT	<ul style="list-style-type: none"> • kävely • uinti • pyöräily • jumppa • hiihto 	<ul style="list-style-type: none"> • kuntosaliharjoittelu • kuntopiiri • etäjumppa 	<ul style="list-style-type: none"> • porraskävely • tanssi • voimistelu • tasapainorata • kaupassakäynti 

Lähde: WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ikäinstituutti

Kuva 3. WHO:n liikuntasuositus 65 vuotta täyttäneille (Voimaa vanhuuteen www-sivut 2021.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän kehittämistutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena oli kehittää toimintamuoto, joka sisälsi ikäihmisten kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioimisen hyvinvointikaritoituksen avulla sekä ohjaamiseen ja tukemiseen mahdollisen elintapamuutoksen aloittamiseen ryhmätoimintana hyvinvointiryhmässä. Lisäksi arvioitiin ryhmätoiminnan muutokset ja vaikutukset ryhmään osallistuvilta.

Tavoitteena oli myös hyvinvointiryhmän osallistuneiden ikäihmisten osallisuuden, fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisääminen, jolloin mahdollisuus toimintakykyiseen vanhuuteen vahvistuu ja mahdollistetaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Opinnäytetyö kuvaa tätä toimintamuotoa, kertoo sen sisällön ja tulokset sekä arvioi sisällön vaikutuksia hyvinvointiryhmään osallistuneiden hyvinvointiin.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten hyvinvointiryhmä toteutui ryhmään osallistuneiden mielestä?
2. Miten hyvinvointiryhmään osallistuneet kokivat toimintamuodon vaikuttaneen omaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn?
3. Mitä vaikutuksia interventiolla oli osallistujien liikkumiseen, tasapainoon, lihasvoimaan, kävelemiseen ja toimintakykyyn?
4. Miten toimintamuotoa pitäisi kehittää hyvinvointiryhmään osallistuneiden mielestä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Kehittämistutkimuksen eteneminen ja tutkimusryhmä

Otin syyskuussa 2020 yhteyttä sähköpostitse Kosken Tl kuntaan, jossa kyselin mahdollisuutta saada toimeksiantoa opinnäytetyötäni varten. Kunnan

hyvinvointikoordinaattori otti minuun yhteyttä ja pidimme palaverin 1.10.2020, jossa hän esitteli hanketta ja ajatuksiaan opinnäytetyön sisällöstä. Olen työskennellyt kuntani kotipalvelussa yli 20 vuotta ja havaitsin heti hankkeen olevan sisällöltään sellainen, mitä kuntamme ikäihmiset tarvitsevat ja jolla pystyttäisiin vaikuttamaan kotona asuvien ikäihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Hankkeen sisältö vastasi täysin geronomin ammattiosaamista ja siinä pystyttiin hyödyntämään gerontologista osaamistani.

Hyvinvointikoordinaattori oli antanut Turun ammattikorkeakoululle toimeksiannon suunnitella kokonaisvaltaisen hyvinvointikartoitustestauksen, joka oli tarkoitettu Iki-
liikkuja-hankkeen mukaisesti kotona asuville yli 65-vuotiaille, joiden toimintakyky on laskenut ja he eivät ole kunnan ikäihmisten palveluiden piirissä.

Testauspäivään otettiin mukaan 20 ikäihmistä, huomioiden sen hetken koronarajoitukset. Testattavat tulivat pääsääntöisesti lääkärivastaanoton tai fysioterapeutin kautta ja paikallislehdessä olleen ilmoituksen perusteella. Lääkärivastaanotolla hoitaja suositteli testausta sopivaksi katsoneille potilaille ja pyysi suullisesti luvan nimen ja puhelinnumeron luovuttamiseen hyvinvointikoordinaattorille, samoin teki fysioterapeutti. Hyvinvointikoordinaattori otti henkilökohtaisesti yhteyttä mahdollisiin testattaviin ja haastatteli puhelimitse asiakkaan sekä antoi testausajan. Tällä mahdollistettiin se, että kohdehenkilöt olivat sopivat ja he tulivat testaukseen. Mikäli asiakkaalle olisi annettu vain yhteystietolappu, kynnys soittamiseen ja ilmoittautumiseen itse olisi korkeampi ja olisi jäänyt helposti tekemättä.

Hyvinvointikartoitus järjestettiin Kosken liikuntahallilla 24.11.2020. Testauksesta ja käytännön toteutuksesta vastasi Turun AMK:n SUN-klinikan opettajien ohjauksessa moniammatillinen tiimi, joka koostui fysioterapeutti-, sairaanhoitaja-, sosionomi- ja toimintaterapeuttiopiskelijoista. He olivat suunnitelleet päivän huomioiden kunnan tarpeet ja toiveet sekä käytettävät menetelmät ja aikataulun, huomioiden koronarajoitukset ja ohjeet. Hyvinvointikoordinaattorin ja minun tehtäväkseni jäi tilan varaaminen, tehtävapisteyden paikkojen suunnittelu sekä materiaalien hankinta esim. pöydät, tuolit ja jatkojohdot ohjeiden mukaisesti sekä paikan valmistelu. Opiskelijat olivat myös suunnitelleet testattaville lähetetyn kutsukirjeen testausajankohtineen, joka postitse heille lähetettiin.

Hyvinvointikartoitukseen osallistui 16 ikäihmistä, jotka olivat iältään 66–79-vuotiaita. Yksi oli sairastunut ja kolme oli perunut tulonsa koronatilanteen pahenemiseen vedoten edellisenä päivänä. Heidän tilalleen ei ehditty soittamaan ketään. Kahdelle osallistujalle soitettiin paikan päältä ja kysyttiin mahdollisuutta tulemaan sovittua aikaisemmin, jolloin testausryhmiä saatiin tasattua ja toiminta pyörimässä tehokkaasti. Testaus oli maksutonta testattaville.

Olin hyvinvointikoordinaattorin kanssa aulassa testattavia vastassa ja pyysimme heitä desinfioimaan kädet sekä laittamaan maskin, ellei sen käyttöön ollut estettä. Testattavat henkilöt olivat numeroituja ja heidän rintaansa liimattiin numerolappu. Näin he pysyivät anonyymeinä testajille ja testattavien henkilötiedot olivat vain hyvinvointikoordinaattorin ja minun tiedossani.

Hyvinvointikartoituksessa sairaanhoitajaopiskelijat suorittivat antropometriamittaukset (pituus, paino ja BMI) sekä vatsanympärys- sekä verenpaineenmittauksen. Lisäksi kyseltiin ravitsemuksesta ja annettiin näihin ohjausta sekä vinkkejä. Fysioterapeuttiopiskelijat suorittivat lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön eli SBBP-testin, 6 minuutin kävelytestin sekä mittasivat puristusvoiman, toimintaterapeuttiopiskelijat merkityksellisten toimintojen ja niiden mahdollisten haasteiden suorittamisen kartoittamista COPM-haastattelulla sekä kognitiivisia valmiuksia MoCA-seulontatestistöllä. Testeistä sai nopean suullisen palautteen heti. Sosionomiopiskelijat kartoittivat testattavien itselle tärkeitä asioita sekä haastattelulla koskelaisten ikäihmisten hyvinvoinnin tilaa.

Testin jälkeen kyselimme suullisesti testatuilta mm. miltä testit tuntuivat ja mikä mieliala heillä oli. Lähes kaikki olivat tyytyväisiä ja joku oli yllättänyt itsensä mm. 6 minuutin kävelytestissä, jossa nähtiin yksi upea loppukirikin. Saaduista suullisista palautteista nousi esille erityisesti kokemus siitä, että heitä oli kuunneltu ja paneuduttu heidän asioihinsa ajan kanssa. Tapahtumasta he kertoivat saaneensa iloa sekä motivaatiota myönteisemmän elintavan toteuttamiseen jatkossa.

Testauspäivä oli onnistunut ja liikuntahalli toteutuspaikkana oli hyvä sekä riittävän väljä. Osa toiminnoista oli sijoitettu pukuhuoneisiin, jossa oli työskentelyrauha, mutta

kaikuvat seinät. Kaikuva tila sekä maskien käyttö vaikutti mahdollisesti kuulemiseen testituloksia heikentäen. Lisäksi tilat olivat viileät ja niissä tuli herkästi kylmä, kun istui paikoillaan pidemmän ajan.

Opiskelijat koostivat jokaiselle testattavalle henkilökohtaisen palautekoosteen sekä haastattelujen pohjalta yhteenvedon ikäihmisten hyvinvoinnin tilasta Koskella. Kaikki testatut kutsuttiin henkilökohtaiseen palautepäivään, joka järjestettiin viikon kuluttua testauspäivästä 2.12.2020 kirjaston yläkerrassa. Testattuja pyydettiin tulemaan paikalle n. puoli tuntia ennen annettua palauteaikaa, jotta he ehtivät tutustumaan palautekoosteeseen sekä muihin suostumuskavakkeisiin rauhassa. Etäyhteyden kautta opiskelijat antoivat testattavalle henkilökohtaisen palautteen sekä tarvittaessa lisäohjausta ja neuvontaa. Palautekavakkeet he saivat mukaansa. Keskustelut sujuivat hyvin ja vuorovaikutus oli molemmin puolin antoisaa ja useille puolen tunnin aika ei tahtonut riittää.

Olin hyvinvointikoordinaattorin kanssa koko tilaisuuden ajan läsnä ja huolehdimme aikataulun pitävyydestä ja teknisistä asioista. Testatuille selvitettiin mihin ja mitä suostumuskavakkeita oli täytettävänä. Härkätien sosiaali- ja terveystalvet tekivät meille suostumuskavakkeen, jonka allekirjoituksella voitiin siirtää testaustulokset testatun terveydenhuollon potilastietojärjestelmään. Lisäksi täytettävänä oli suostumus (LIITE 1.), jossa hyvinvointikartoituksessa saatuja tuloksia sain käyttää opinnäytetyössäni. Kaikki testattavat halusivat allekirjoittaa suostumukset.

Palautetilaisuuden lopussa kysyttiin halukkuutta osallistua perustettavaan hyvinvointiryhmään. Testattavien joukossa oli vain muutamia, joilla ei ollut tarvetta tähän. Kaksi sopivaa henkilöä kieltäytyi, muut olivat halukkaita. Annettujen palautteiden perusteella kokosimme yhdeksän hengen hyvinvointiryhmän, jonka toiminnan tarkempi kuvaus on kerrottu myöhemmin tässä opinnäytetyössä.

Hyvinvointiryhmän lopputestaus pidettiin 5.8.2021 liikuntahallilla, kun ryhmän viimeisestä kokoontumisesta oli kulunut noin neljä kuukautta ja hyvinvointikartoituksen alkutestauksesta reilu kahdeksan kuukautta. Hyvinvointikoordinaattori oli varannut tilan käyttöömmme aamupäivän ajaksi. Kunnan liikuntakirjastosta lainattiin sykemittareita ja vapaa-aikatoimesta käden puhdistusvoiman mittari testaustilaisuuteen. Lisäksi

tarvittiin mittanauha ja painovaaka sekä teippiä kävelytestiä varten. Muu tarvittava välineistö oli liikuntahallilla valmiina. Tilaisuudessa huomioitiin sen hetken koronaohjeistus. Testattavien määrän ollessa pieni (6 henkilöä), pystyimme tekemään testit omakustanteisesti eli ryhmän vetäjän, hyvinvointikoordinaattorin ja minun toimestani.

Kaikki hyvinvointiryhmäläiset saapuivat paikalle. Yksi osallistuja ilmoitti, ettei hän pysty terveydellisistä syistä osallistumaan testaukseen, mutta halusi tulla tilaisuuteen siitä huolimatta. Hyvinvointiryhmäläiset olivat keskenään sopineet ja pyytäneet kuntosalin avainkorttien luovuttamista tilaisuudessa. Kunnassa hetki sitten työskentelyn aloittanut liikuntapalveluvastaava kävi tilaisuuden alussa ne heille luovuttamassa ja tuli samalla esittäytyneeksi.

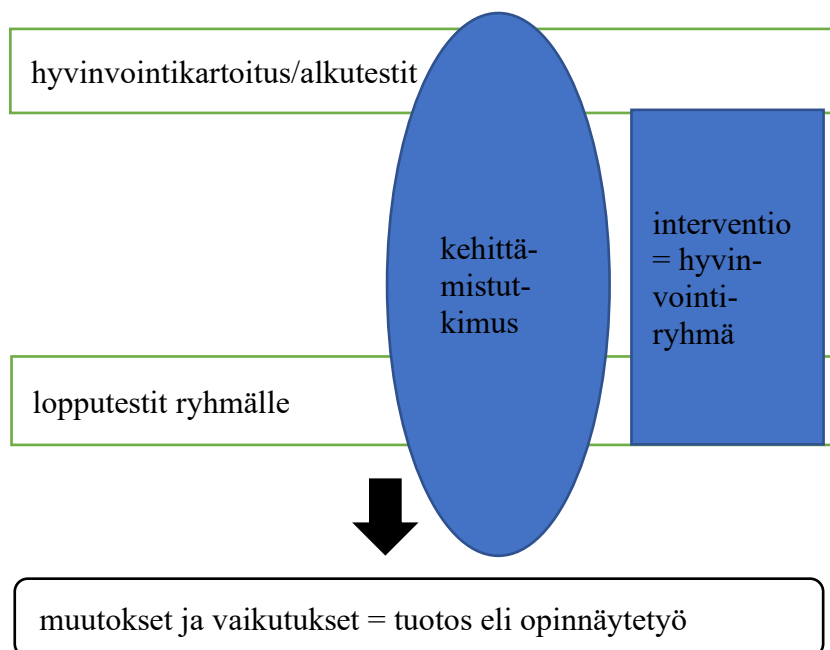
Lopputestauksessa ei tehty kaikkia samoja testejä kuin hyvinvointikartoituksessa. Suoritetut testit olivat toimintakykyä ja lihasvoimaa mittaavia testejä eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB), käden puristusvoiman mittaus sekä 6 minuutin kävelytesti. Ryhmäläisiltä mitattiin paino, jotta pystyttiin laskemaan kuntoisuusluokka ja hapenottokyky kävelytestissä. Samalla tuli tehtyä koko antropometrinen mittaus, koska pituus tulkittiin olevan sama kuin alkumittauksessa. Myös vatsanympäryys mitattiin, mutta se ei ole tässä opinnäytetyön tutkimuksessa mukana, koska ryhmään osallistujia ei kehoitettu laihduttamaan, ellei se ollut hänen oma tavoitteensa. 6 minuutin kävelytestin tulosten laskennassa käytin UKK-instituutin [www-sivuilta](http://www.sivuilla) löytyvää laskuria, joka laskee samalla BMI-arvon. Muut tulokset tulkittiin TOIMIA-tietokannan viitearvojen mukaisesti.

Jokaiselle testattavalle tein henkilökohtainen kaavakkeen (LIITE 2.), jossa oli kirjattuna alkutestien tulokset suoritettavista testeistä sekä antropometriset tulokset. Lisäksi kysyttiin nykyhetken ikä. Kaavakkeeseen kirjasin lopputestin mittaukset ja tulokset sekä kirjoitin jokaiselle positiivista palautetta testituloksista. Otin tilaisuudessa itseleni mittauksista ja tuloksista kopiot tutkimusanalyysia varten. Testituloksesta annettiin jokaiselle suullinen palaute tilaisuudessa ja onnistumisista testattavat osasivat iloita. Testattavat saivat tulokset mukaansa kotiin ja heille kerrottiin, että hyvinvointikartoituksen palautepaperista löytyvät testien viitearvot, jos on kiinnostusta tutkia itse tuloksia.

5.2 Tutkimus- ja analysointimenetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kehittämistutkimusta, johon sisältyi hyvinvointiryhmälle toteutettavia interventioita. Tutkimuksen lähestymistapana käytettiin kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Testauskerroilta saatiin tuloksia, joita verrattiin keskenään intervention hyötyjen arvioinnissa. Intervention viimeisellä kerralla osallistujat palauttivat kyselytutkimuksen (LIITE 3.), jonka tuloksia käytettiin yhdessä testaustulosten kanssa analysoinnissa sekä toimintamuodon kehittämisessä.

Tämän kehittämistutkimuksen prosessi on esitetty kuviossa 1. Kehittämistutkimukseen kuului kaksi eri prosessia. Prosessin osat olivat kehittämistyö, jonka kohteena on hyvinvointiryhmän perustaminen ja toteuttaminen mittauksineen sekä tutkimus, jonka tuotos on tämä opinnäytetyö. (Kananen 2012, 45.)



Kuvio 1. Kehittämistutkimuksen prosessi

Kehittämistutkimus on yhdistelmä tutkimus, jolla ei ole omia menetelmiä. Kehittämistutkimuksessa käytetään kvalitatiivista tutkimusta eli laadullista että kvantitatiivista tutkimusta eli määrällistä sekä näiden menetelmiä. (Kananen 2012, 25.) Kehittämistyö opinnäytetyönä on aina sidoksissa käytäntöön. Kehittämistutkimuksessa on aina kohde, jonka muutokseen tähdätään ja joka kehittämisen tai muutoksen jälkeen on parempi kuin lähtötilanteessa. Kehittämisen kohteen voi esittää ongelman muodossa. Kehittämiskohteena voi olla menetelmä, tuote tai organisaatio. Kehittämistutkimuksessa

tulee olla tutkimuksellinen ote ja tutkimusosio, joka dokumentoidaan, jotta se on muiden käytössä, ellei kyseessä ole liikesalaisuus. Tieteen perusvaatimuksia onkin avoimuus ja julkisuus. (Kananen 2012, 13–14; Kananen 2017, 18.)

Kehittämistutkimuksessa tutkijan rooli vaihtelee ja se voi olla keskeisessä roolissa muutoksen organisoimisessa ja olla osa tutkimuksen kohdetta. Perinteisessä tutkimuksessa tutkija ja tutkittava tulee olla erillään tutkimuksen ajan. (Kananen 2012, 28.) Tässä opinnäytetyössä interventio-osuuden piti erillinen ryhmän vetäjä ja opinnäytetyön tekijänä olin hyvinvointitestausta- ja palautepäivässä, kahdessa interventio-osuudessa sekä lopputestissä mukana (Taulukko 1.).

Tässä opinnäytetyössä on käytetty määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimus käsittelee lukuja, jonka aineistonkeruumenetelmänä käytetään yleensä yksityiskohtaisista kysymyksistä koostunutta kyselylomaketta. Kerätystä aineistosta tehdään analyysimenetelmillä tiivistetysti erilaisia tunnuslukuja, jakaumia ja taulukoita, joita voidaan analysoida. Kvantitatiivisessa kyselyssä tutkijan tulee olla perehtynyt ilmiön teorioihin ja malleihin, jotta hän pystyy laatimaan oikeat kysymykset. (Kananen 2017, 21.) Kysymykset tulee perustua tutkimusongelmaan, jolloin tutkimusongelmaan saadaan vastaukset (Kananen 2012, 122). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustulos on objektiivinen eli tutkijasta riippumaton, jossa tutkija ei vaikuta lopputulokseen (Vilkkä 2007, 13). Tutkijan ei tarvitse olla kontaktissa tutkittaviin tutkimuksen aikana (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 194).

Kvantitatiivinen tutkimus tehdään yleensä kyselytutkimuksena, jossa kysymykset ovat kaikille yhtäläiset, vakioidut. Vakioidusta käytetään myös nimitystä standardoitu. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaaran (2009, 193) mukaan kysely tunnetaan survey-tutkimuksena, jossa aineisto kerätään standardoidusti kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoina kohdehenkilöiltä, jolloin he muodostavat otoksen tai näytteen. Kysely sopii erityisen hyvin, kun tutkittavia on paljon eri paikoissa sekä kysymyksien ollessa hyvin henkilökohtaisia. (Vilkkä 2007, 27–28.)

Kyselyaineisto voidaan kerätä useilla eri tavoilla, joista yksi muoto on kontrolloitu kysely. Informoidun kyselyn muodossa tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti josakin tilaisuudessa. Lomakkeiden jakamisen yhteydessä kerrotaan tutkimuksen

tarkoituksesta, selostetaan kyselyä sekä vastataan kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–197.) Lomakkeet jaettiin toiseksi viimeisellä ryhmätapaamiskerralla ja heille annettiin suullista ohjausta lomakkeen täyttämiseen sekä kerrottiin mihin tarkoitukseen lomaketta käytetään. Lomake pyydettiin tuomaan viimeisen tapaamiskertaan, jotta ne palautuvat varmasti. Yhden osallistujan kanssa sovittiin, että hän toimittaa sen ryhmän vetäjälle toisen tilaisuuden yhteydessä. Samalla kerrottiin viimeisen tapaamiskerran tarkoituksesta ja sisällöstä, jotta vastaajat pystyvät tämän vastauksissaan huomioimaan.

Jaettu kyselykaavake on liitteessä 3. Lomakkeessa kyseltiin standardoituina väittäminä ryhmään osallistumisesta sekä ryhmään osallistumisen suosittelua muille ikäihmisille, itselleen asettamien tavoitteiden täyttymistä, ryhmätoiminnan vaikutusta eri teemoihin sekä halukkuutta vertaistapaamisiin tulevaisuudessa. Väittämät helpottivat vastaajan vastaamista sekä mahdollistivat vastausten vertailun (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Lisäksi kysyttiin avoimella sanalla mistä asioista koki saaneen hyödyllistä tietoa, parannusehdotuksia, opittuja asioita sekä mitä asioita aikoo vielä hyödyntää tulevaisuudessa. Tämä mahdollisti vastaajan kertoa, mitä mieltä hän todellisuudessa oli (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Kyselyyn vastattiin nimettömänä eikä siinä kysytty mitään mistä olisi voinut päätellä vastaajan henkilöllisyyttä.

Kysely tehtiin Google Forms:ssa, jonka paperillinen tuloste jaettiin ryhmäläisille. Tulokset kirjattiin ohjelmaan ja analysoitiin myös Excel-taulukkolaskennassa, jonka avulla tein graafisia taulukoita selkeyttämään tuloksia. Avoimet kysymykset kirjasin sanasta sanaan. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu vaihtelevasti. Näistä koostin lopullisen selkeän yhteenvedon, jota voidaan hyödyntää myöhemmässä vaiheessa, kun tuloksia esitellään mm. Ikiliikkuja-hankkeessa.

Tutkimuksen aikana tehtiin myös osallistuvaa havainnointia (observointia) ryhmän vetäjän, hyvinvointikoordinaattorin ja tutkimuksen tekijän toimesta. Havainnointia käytetään, kun millään muilla keinoilla ei saada kerättyä tietoa. (Kananen 2012, 94). Havainnoinnin avulla saadaan tietoa, ovatko ryhmäläiset toimineet niin kuin sanoivat toimineensa sekä välitöntä ja suoraa tietoa yksilöiden ja ryhmän toiminnasta, mutta myös organisaation toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Hirsjärvi ym. 2009, 212–214.) ”Tutkijan tulee pitää erillään havainnot ja omat tulkinnat näistä havainnoista (Hirsjärvi ym.

2009, 217). Interventio-osuudessa ryhmän vetäjä teki omia havaintojaan ja kirjasi niitä ylös sähköposteihin, jotka hän lähetti minulle jokaisen tapaamiskerran jälkeen, joissa en ollut mukana. Näin sain tiedon mm. siitä, mitä ryhmäkerrat lopultakin pitivät sisällään ja miten ne menivät. Tämä mahdollisti arvioida intervention etenemistä ja tarvittaessa suunniteltuja asioita pystyttiin muuttamaan (Kananen 2012, 95). Tapaamiskerroilla, jolloin olin itse mukana, tein vastaavanlaisen kirjauksen itselleni. Havaintoja kerrottiin ja käytiin läpi myös ohjaajien välipalaverissa, jolloin kirjasin niitä paperille ylös. Tässä opinnäytetyössä havainnointia käytettiin täydentämään muita tutkimusmenetelmiä.

5.3 Käytetyt mittarit

Erilaisilla toimenpiteillä pyritään saamaan muutos kohteeseen vaikuttamalla siihen joillakin keinoilla, joka tässä opinnäytetyössä oli interventio. Jotta intervention onnistumista voidaan mitata ja arvioida, tulee muutos mitata esim. erilaisilla mittareilla. Käytettävien mittarien tulee mitata oikeita asioita eli muutosta. (Kananen 2012, 21–23.) Tässä tutkimuksessa mitattiin lähtötilanne hyvinvointikartoituksessa eli alkutestissä sekä intervention jälkeen lopputilanne lopputestissä kuvion 1. mukaisesti.

Käytetyt mittarit olivat samat, joita hyvinvointikartoituksessa eli alkutestissä oli käytetty, ja jotka mittasivat fyysisiä suoriutumisen- ja toimintakykyjä. Mittarit olivat soveltuvia ikäihmisten testaukseen. Valittujen mittarien avulla tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia.

Mittariston mukaiset tulokset alku- ja lopputestistä analysoitiin Excel-taulukkolaskennan avulla ja tehtiin selkeitä graafisia taulukoita kuvastamaan intervention muutoksia alku- ja lopputestien välillä. Taulukoita voidaan hyödyntää myöhemmässä vaiheessa, kun tuloksia esitellään mm. Ikiliikkuja-hankkeessa.

5.3.1 SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö

SPPB (Short Physical Performance Battery) eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö on kehitetty National Institute Aging (NIA):ssa mittaamaan iäkkäiden henkilöiden

liikkumis- sekä toimintakykyä. Testi sisältää kolme erilaista osiota, jossa mitataan testattavan tasapainoa kolmessa erilaisessa asennossa, kävelynopeutta 4 metrin matkalta ja alaraajojen lihasvoimaa tuoilta ylösnousutestinä. Tasapainotestin tarkoitus on arvioida pystyasennon hallintaa erilaisissa asennoissa seisten. Heikentynyt tasapaino altistaa mm. kaatumistapaturmille. Kävelynopeustesti mittaa liikkumiskykyä paikasta toiseen. Hidastunut kävelynopeus on yhteydessä kaatumisherkkyyteen ja liikkumisvaikeuksiin. Tuoilta ylösnousutesti arvioi kykyä suoriutua arjen toiminnoista sekä alaraajojen lihasvoimaa. Alaraajojen vähäinen lihasvoima saattaa lisätä mm. liikkumiskyvyn rajoituksia ja kaatumisriskiä. Jokaisesta osiosta saa suorituksen mukaisesti 0–4 pistettä ja testin kokonaistulos on 0–12 pistettä. Mitä suuremman pistemäärän testattava saa, sitä parempi liikkumis- ja toimintakyky hänellä on. Yhteispistemäärän ollessa 4–6, liikkumiskyvyn huonontumisen riski kasvaa huomattavasti seuraavan neljän vuoden aikana sekä riski päivittäisten toimintojen rajoituksille kasvaa. Yhteispistemäärän ollessa 7–9, riski liikkumiskyvyn heikentymiseen on edelleen suuri verrattuna niihin, joiden pistemäärä on 10–12. Tämä voidaan tulkita myös siten, että testin yhteispisteiden ollessa alle 10, alaraajojen suorituskyky on alkanut heikentyä ja tähän on syytä kiinnittää huomiota. (Valkeinen, Stenholm, Sainio, Pajala & Vaara 2014.)

5.3.2 Käden puristusvoima

Puristusvoimamittarilla tehty käden puristusvoiman mittaus mittaa käden tarttumaotteen tai puristuksen maksimaalista voimaa. Menetelmä on helppo ja yksinkertainen, jossa istuma-asennossa, olkavarren ollessa neutraalissa asennossa ja kyynärniveleen 90 asteen kulmassa puristetaan mittaria, joka on säädetty testattavan käden kokoon sopivaksi. Mittaus tehdään yleensä kaksi kertaa maksimaalisesti puristaen molemmilla käsillä ja parempi tulos huomioidaan. Tulosta verrataan viitearvoihin, jotka perustuvat FinTerveys 2017 -tutkimuksessa tehtyihin mittauksiin. Viitearvot huomioivat iän ja sukupuolen, viitearvojen ollessa 1–5, jossa kuntoluokan arvo 1 = selvästi keskimääräistä heikompi, 2 = jonkin verran keskimääräistä heikompi, 3 = keskimääräinen, 4 = jonkin verran keskimääräistä parempi ja 5 = selvästi keskimääräistä parempi. Seurantatutkimuksissa tulisi käyttää aina samaa mittaria. (Stenholm, Punakallio, & Valkeinen, 2013.)

Puristusvoiman mittausta voidaan käyttää kuvaamaan yleistä lihasvoimatasoa. Heikon käden puristusvoiman on todettu ennustavan mm. toiminnanvajaavuuksia päivittäisissä toiminnoissa, fyysisessä toimintakyvyssä ja kognitioiden heikkenemisessä sekä aikaisempaa kuolleisuutta. (Rantanen 2019, 290; Stenholm ym. 2013.)

5.3.3 6 minuutin kävelytesti

6 minuutin kävelytestissä mitataan eri sairausryhmien sekä terveiden ikäihmisten liikumista ja kävelyä sekä yleistä toimintakykyä. Tuloksista voidaan laskea kestävyyskunto ja hapenottokyky, mikäli testauksessa käytetään sykemittaria. Kestävyyttä tarvitaan arkiaskareista selviytymiseen esimerkiksi asiointikäynneillä kaupassa tai apteekissa. (Peurala & Paltamaa 2019; UKK-instituutin www-sivut 2021.)

Testi voidaan suorittaa yksilötestinä, mutta myös pienissä 3–5 hengen ryhmissä. Testi soveltuu hyvin liikuntainterventioiden seurantatyökaluksi. Testi suoritetaan yleensä 15 metrin radalla, mutta se voidaan suorittaa pidemmällä 30 metrin radalla. Testissä kierretään ratamerkkejä kävellen 6 minuutin ajan mahdollisimman nopeaa vauhtia mahdollisimman pitkälle. Testin suorittaja merkkää tukkimiehen kirjanpidolla kävelykierrokset. Suositeltua on seurata testattavan sykettä kahden ja neljän minuutin kohdalla ja kysellä rasittuneisuutta. 6 minuutin jälkeen pysähdytään välittömästi ja katsotaan syke, joka kirjataan ylös. (Peurala & Paltamaa 2019; UKK-instituutin www-sivut 2021.)

UKK-instituutin www-sivuilla on laskuri, jolla voi laskea kuntoluokituksen tai käyttää laskukaavaa. Laskemista varten tarvitaan tieto sukupuolesta, ikä, pituus (cm), paino (kg), kävelty matka (m) sekä syke kävelyn lopussa. ”Tällöin testitulos ilmaistaan maksimaalisena hapenkulutuksena painokiloa kohden minuutissa eli $VO_2\max$ (ml/kg/min)”. Viitearvot perustuvat KunnonKartta 2017 väestötutkimukseen. Kuntoluokituksen viitearvot ovat 1-3, jossa 1 = keskimääräistä heikompi, 2 = keskimääräinen ja 3 = keskimääräistä parempi kestävyyskunto. (UKK-instituutin www-sivut 2021.)

Hyvinvointikartoituksessa oli käytetty UKK-instituutin kuntoluokitusta, jota käytin myös lopputestissä. Viitearvo voidaan laskea myös manuaalisesti, jonka laskukaava on nähtävillä kuvassa 4. Tällöin tulosta tulee verrata TOIMIA-tietokannasta löytyviin 6 minuutin kävelytestin viitearvoihin. (Peurala & Paltamaa 2019.)

Viitearvot voidaan laskea terveille 40–80-vuotiaille aikuisille tehdyistä yhtälöistä (Enright ja Sherrill 1998)

Miehet: $6 \text{ MWT} = (7.57 \times \text{pituus}) - (5.02 \times \text{ikä}) - 1.76 \times \text{paino} - 309 \text{ m.}$

Naiset: $6 \text{ MWT} = (2.11 \times \text{pituus}) - (5.78 \times \text{ikä}) - 2.29 \times \text{paino} + 667 \text{ m.}$

Kuva 4. Viitearvojen laskentataulukko (www.terveysportti.fi 2021)

Maksimaalisesta hapenottokyvystä on tehty myös kansainvälinen, iänmukainen kuntoluokitus, jossa kuntoluokan arvot ovat 1–7. (Kutinlahti 2021.)

6 INTERVENTION ELI HYVINVOINTIRYHMÄN TOTEUTUS

Lääketieteen termistössä interventio määritellään väliintuloksi tai toimenpiteeksi, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Terveysportin www-sivut 2021). Nimitystä käytetään kuvaamaan sitä tekijää, jolla muutos saadaan aikaiseksi. Intervention toimenpiteillä pyritään muutokseen ja poistamaan ongelmia tekemällä asiat toisin tai keksimällä siihen parempi ratkaisu. (Kananen 2017, 10.)

Interventio tässä opinnäytetyössä toteutui hyvinvointiryhmän kymmenen kerran ryhmätapaamisina erilaisissa paikoissa kunnan alueella. Taulukossa 1. on nähtävillä toteutuneen hyvinvointiryhmän ohjelma, jonka sisällöstä on kerrottu myöhemmin tässä opinnäytetyössä. Jokaisessa ryhmätapaamisessa oli oma teemansa ja osassa hyödynnettiin myös ulkopuolisia luennoitsijoita sekä paikallisten yhdistysten ohjaajia.

Taulukko 1. Hyvinvointiryhmän ohjelma

Päivä	Teema	Paikka ja ajankohta	Ohjaajat ym.
Tammikuu 2021	Tiedotuskirjeet osallistujille ja alkukyselyn lähettäminen		hyvinvointikoordinaattori
28.1.2021	Tutustuminen ja yhteinen aloituskeskustelu	Yhdistystalo klo 13–14.30	ryhmän vetäjä, hyvinvointikoordinaattori
4.2.2021	Tasapaino ja sen merkitys hyvinvointiin ja ikääntymiseen	Mäenrannan koulu klo 10–11.30	ryhmän vetäjä
11.2.2021	Ravitsemus ja ruoan vaikutus hyvinvointiin, miten minä syön ja miten voisinkin syödä paremmin?	Yhdistystalo klo 13–14.30	ryhmän vetäjä ja ulkopuolinen luennoitsija
25.2.2021	Lihaskuntoharjoittelu ja kuntosalin tutustuminen	Liikuntahalli/kuntosali klo 10–11.30	ryhmän vetäjä, ikäihmisten kuntosalivuoron ohjaaja
4.3.2021	Uni ja väsymyksen vaikutus hyvinvointiin. Uneen ja nukkumiseen vaikuttavat tekijät	Kirjaston yläkerta klo 14–16	ryhmän vetäjä ja terveyskeskuksen unihoitaja
11.3.2021	Tuolijumppa ja boccia	Nuortentupa klo 10–12	ryhmän vetäjä ja Kosken TI Eläkeliiitto ry:n tuolijumpan ja boccia ohjaajat
18.3.2021	Mielen hyvinvointi	Kirjaston yläkerta klo 13–14.30	ryhmän vetäjä ja ulkopuolinen luennoitsija
25.3.2021	Muisti ja kulttuurihyvinvointi: kirjaston palvelut, digipalvelut ja liikuntakirjasto	Kirjasto ja kirjaston yläkerta klo 10–11.30	ryhmän vetäjä, muistihoitaja, kirjaston johtaja
22.4.2021	Ikäihmisten etuudet ja kunnan palvelut. Palautekyselyn jakaminen	Yhdistystalo klo 10–11.30	ryhmän vetäjä ja geronomiopiskelija
29.4.2021	Ulkoliikuntaa: porras- ja sauvakävely, yhdessäoloa luonnossa	Hevonlinnan ulkoilu-keskus klo 13-	ryhmän vetäjä, hyvinvointikoordinaattori, geronomiopiskelija ja Terveys ry:n sauvakävelyohjaaja
5.8.2021	Loppupöytä	Liikuntahalli klo 10–12	ryhmän vetäjä, hyvinvointikoordinaattori ja geronomiopiskelija

Ryhmään kutsuttiin yhdeksän henkilöä hyvinvointikartoituksen perusteella, joista kaksi perutti tulemisensa. Ryhmäläisille lähetettiin postitse hyvinvointiryhmän koontumisajat teemoineen ja vetäjien nimet sekä yhteystietoja. Lisäksi ennen ryhmän aloituskertaa pyydettiin täyttämään ja lähettämään hyvinvointikoordinaattorin tekemä kyselykaavake, jossa kyseltiin ryhmäläisten elämäntilanteen ja hyvinvoinnin tilaa teemojen mukaisesti. Kaikki eivät täyttäneet ja palauttaneet kaavaketta.

Ryhmätapaamisiin osallistui aluksi seitsemän henkilöä, yksi heistä joutui keskeyttämään hyvinvointiryhmässä käymisen. Ryhmäkerroilla otettiin huomioon covid-19 mukaiset Aluehallintoviraston (AVI) rajoitukset ja suositukset. Kaikilla osallistujilla oli asianmukainen nenä-suusuojia käytössä koko ajan sekä turvaväleistä ja käsihygieniasta huolehdittiin THL:n suositusten mukaisesti.

Tarkoituksena oli tavata viikoittain ja viimeisellä kerralla tehdä uudelleen osa alkukartoituksessa tehdyistä testeistä. Kunnassa jouduttiin keskeyttämään kaikki harrastus- ja ryhmätoiminnat koronavirusepidemian vuoksi ja hyvinvointiryhmä olikin tauolla kolme viikkoa. Tauko antoi mahdollisuuden arvioida ryhmän toimintamuotoa ja loppujen tapaamiskertojen sisältöä. Ohjaajien yhteisessä palaverissa 9.4.2021 todettiin, että siirrämme viimeisellä kerralla tarkoitetun testauksen syksyyn, jotta pystymme paremmin arvioimaan ryhmätoiminnan vaikutukset mm. lihasvoimaan ja miten ryhmätoiminnan sisältöä kyetty hyödyntämään pidemmän ajan. Lisäksi tämä saattaisi motivoita ryhmäläisiä esim. liikkumaan kesän aikana enemmän. Päädyimme myös antamaan palautekyselyn jo toiseksi viimeisellä kerralla, jotta ne palautuisivat varmasti takaisin ja palauttamisessa säilyisi jonkinlainen kontrolli. Näin saatiin yksi tapaamiskerta vielä lisättyä ohjelmaan, jossa keskusteltaisiin kunnan palveluista sekä ikäihmisten etuuksista sekä pelattaisiin jotakin mukavaa peliä.

Hyvinvointikoordinaattori huolehti tilojen varaukset ja yhteydenpidon ulkopuolisten luennoitsijoiden kanssa. Ryhmän vetäjä yhteydenpidon ryhmäläisten kanssa.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla 28.1.2021 Yhdistystalolla oli mukana kuusi osallistujaa, yhden puuttuessa. Ryhmän vetäjän lisäksi hyvinvointikoordinaattori oli mukana. Tapaaminen aloitettiin tutustumiskeskustelulla, jossa osallistujat esittelivät itsensä ja kertoivat mm. omia ongelmiaan. Ryhmässä jokainen sai itse päättää, mitä asioita toi

itsestään julki. Keskustelun aikana osallistujat saivat yleisiä ohjeita ongelmiinsa sekä vinkkejä arkeen. Ryhmäläisille pyrittiin luomaan positiivista mieltä ja he olivat saaneet runsaasti kannustusta. Ryhmän kesken sovittiin yhteisistä ”pelisäännöistä”, joihin kuuluu mm. vaitiolo ryhmän ulkopuolella.

Tehtäväksi ryhmä sai miettiä hyvinvointiryhmän nimeä sekä yhteistä tavoitetta. Nimi oli jäänyt keksimättä, mutta yhteiseksi tavoitteeksi he nimesivät ”molemmat päät kuntoon”.

Tapaamiskerran aikana jaettiin ryhmäläisille liikunta- ja ruokapäiväkirja täytettäväksi ja annettiin ohjeistus sen täyttämiseen.

Ennen kotiin lähtöä oli tehty lyhyt jumppa, jonka ohjeet osallistujat olivat saaneet mukaansa.

Toisella tapaamiskerralla 4.2.2021 teemana oli tasapaino. Ryhmä kokoontui entisellä Mäenrannan koululla, jonne on tehty liikuntatila ikäihmisten liikuntaryhmien pitoa varten. Ryhmän jäsenistä yksi oli poissa ja yksi tuli paikalle, kun hänelle soitettiin.

Tapaamiskerran alussa kyseltiin kuulumiset ja palauteltiin muistiin ryhmän tavoitteita. Tapaamiskerran aikana osallistujat saivat ja tekivät käytännön harjoitteita tasapainon ja lihaskunnan harjoittamiseen, tietoa tasapainoon vaikuttavista tekijöistä sekä hyväntahtuisesta asentohuimauksesta. Mukaansa ryhmäläiset saivat Ikäinstituutin tasapaino taitavaksi -ohjeet. Ryhmäläisiä muistutettiin ruokapäiväkirjan täytöstä ensi tapaamiskertaa varten.

Kolmannella tapaamiskerralla 11.2.2021 aiheena oli ravitsemus. Hyvinvointikoordinaattori oli sopinut ruoka-asiantuntijan tulemaan luennoimaan ja lähettänyt hänelle informaatiota osallistujista sekä saanut häneltä ohjeet ja lomakkeen ruokapäiväkirjan pitämisestä. Luennoitsija oli sairastunut ja estynyt tulemasta paikalle eikä sijaistajaa löydetty, joten hyvinvointikoordinaattori tuli ryhmäkertaan mukaan.

Ryhmäläisille oli jaettu ensimmäisellä tapaamiskerralla ravitsemuspäiväkirja, jota tuli täyttää kolmen päivän ajan itselleen sopivaan ajankohtaan eli kirjata ylös mitä oli

päivän aikana syönyt ja mihin aikaan. Vain yhdeltä ryhmäläiseltä oli puuttunut täytetty ruokapäiväkirja. Keskustellen oli käyty jokaisen ruokapäiväkirja lävitse ja hyvää keskustelua oli ollut. Yhdellä ryhmäläisistä oli lähes täydellinen ruokapäiväkirja ja hän olikin ottanut palautekeskustelusta saadun ohjauksen käyttöön. Keskustelun aikana oli annettu vinkkejä mm. proteiinien lisäämiseen ruokavalioon, kasvien käyttöön, aterioiden ajoittamisesta sekä kahvin juomisesta iltaisin ja miten se voi vaikuttaa yöuneen. Kahdelle oli annettu selkeitä konkreettisia ohjeita ruokavalion pieniin muutoksiin, ja muut saaneet ideoita ja vertaistukea. Keskustelua oli käyty myös laihduttamisesta, jota ei suositeltu vaan ennemmin huomio olisi kiinnitettävä siihen mitä ja milloin syö.

Keskustelun välissä oli tehty reisirihasharjoitus, ettei tullut koko kahta tuntia istuttua paikoillaan. Ravitsemus olikin aihe, jossa kaksi tuntinen tapaaminen meni nopeasti ja keskustelua riitti.

Neljäs tapaamiskerta oli liikuntahallin kuntosalilla, jossa ikäihmisten kuntosaliohjausta vetävä ohjaaja oli opastamassa kuntosalilaitteiden käytössä. Kaksi ryhmäläistä ei päässyt paikalle.

Liikuntasalin puolella oli alkulämmittelynä tehty keppijumppa, jonka jälkeen oli kuntosalilaitteiden käytön opastusta. Lisäksi oli näytetty erilaisia vaihtoehtoja selkälihasliikkeiden tekemiseen kotona lattialla. Ryhmäläiset olivat saaneet kotiin viemisinä ohjenipun läpi käydyistä liikkeistä muistinvirkistykseksi, jos innostuvat kuntosaliharjoittelusta koronaepidemian rauhoitettua ja kuntosalin avaamisen jälkeen. Ryhmäläisille oli kerrottu ikäihmisten ohjatusta kuntosalivuorosta sekä muista vapaavuoroista. Ryhmäläisille oli luvattu vapaakortteja kuntosalin käyttöön, kun hyvinvointiryhmä loppuu.

Viides tapaamiskerta 4.3.2021 pidettiin kirjaston yläkerrassa. Kaikki ryhmäläiset olivat läsnä aiheen ollessa unen ja väsymyksen vaikutus hyvinvointiin. Terveyskeskuksen fysioterapeutti/unihoitaja oli pitämässä luennon eli ns. ”unikoulua”. Hän kertoi kattavasti uneen vaikuttavista tekijöistä, unirytmistä ja unen laadusta. Ryhmäläisten kanssa hän kävi läpi 13 kohtaa, joihin voi itse vaikuttaa ja parantaa unta.

Tietoa ja käytännön neuvoja sekä hyviä vinkkejä ryhmäläiset olivat saaneet runsaasti ja yli kaksi tuntia olikin mennyt asioista keskusteltaessa. Kotiin he olivat saaneet

monisteet nukkumisergonomiasta, unen huollosta, ohjeen huolihetkeen sekä alkoholin linkäytön itsearviointilomakkeen.

Kuudennella tapaamiskerralla 11.3.2021 ryhmäläiset olivat Nuortentuvalla tuolijumpassa ja boccia-peliä pelaamassa Eläkeliiton ohjaajien kanssa. Paikalla oli vain viisi ryhmäläistä.

Aluksi oli n. 40 minuutin jumppa, jossa liikkeet tehtiin pääasiassa tuolilla istuen tai seisten tuolista tukea ottaen. Jumpan kerrottiin olleen ryhmäläisille oikein sopiva ja tehokas. Jumpan jälkeen oli ohjattua boccia-pelin pelaamista, josta muutama henkilö tuntui kiinnostuvan. Ryhmäläiset saivat myös tietoa, mitä Eläkeliiton ryhmiä on olemassa.

Seitsemännen tapaamiskerran 18.3.2021 aiheena oli mielen hyvinvointi. Hyvinvointikoordinaattori oli järjestänyt siihen luennoitsijan, mutta hän joutui perumaan tulonsa edellisenä päivänä. Koska varasuunnitelmaa ei ollut, miettivät ryhmän vetäjä ja hyvinvointikoordinaattori illan aikana tahoillaan, miten ryhmäkerta saadaan pidettyä teeman mukaisesti.

Mielen hyvinvointia oli käyty pääasiassa keskustelun avulla läpi. Aluksi oli kerätty yhteiseen listaa mieltä vaivaavia asioita ja pohdittu voimaannuttavia asioita. Lopulta keskustelelevassa ryhmässä niitä oli mietitty sekaisin. Ryhmäläiset saivat kotiläksyksi miettiä omia vahvuuksiaan.

Ennen kotiin lähtöä oli tehty Mielenterveystalon harjoitteen: levähtäminen ajatuksen avulla.

Tämä ryhmäkerta oli ollut selkeästi muutamalle osallistujalle pettymys, kun olivat kovin odottaneet tätä kertaa ja ulkopuolista luennoitsijaa. Aihe oli koettu tärkeäksi.

Kahdeksas tapaaminen oli 25.3.2021 kirjastossa, jossa terveyskeskuksen muistihoitaja kertoi muistista ja muistiin vaikuttavista tekijöistä sekä miten muistia kannattaa harjoittaa. Mukaansa jokainen sai Muistiliiton monistenipun, missä kerrotaan eri osa-alueiden vaikutuksista muistiin. Nipussa oli myös erilaisia muistin harjoitteita. Tietoa

oli ollut myös hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutuksen tekemisestä, ja hoitotahtokavakkeen ryhmäläiset olivat saaneet mukaansa.

Kirjaston johtaja esittelin mielen hyvinvointiin, liikuntaan, lääketieteeseen ja ravintoon liittyviä kirjoja sekä kirjaston cd ja dvd tarjontaa. Kirjastossa on myös erilaisia lainattavia liikuntavälineitä, joihin myös oli tutustuttu. Tarkoituksena oli myös esitellä kirjaston digipalveluita, mutta ajanpuutteen vuoksi niistä oli vain kerrottu lyhyesti.

Yksi ryhmäläisistä hankki käynnillä kirjastokortin ja lainasi kirjan tupakanpolton lopettamisesta sekä romaanin.

Yhdeksäs tapaamiskerta 22.4.2021 oli juuri remontoitulla yhdistystalolla ja sen kauneutta aluksi ihasteltiin. Itse olin mukana tämän ryhmän vetämisessä.

Aluksi vaihdettiin kuulumisia, kun edellisestä tapaamisesta oli kulunut lähes kuukausi. Kerroimme suunnitelman muutoksista eli lopputestauksen siirtymisestä elokuulle, jonne oli ajateltu muutoinkin tapaamiskertaa sekä seuraavan kerran ryhmätapaamisesta Hevonlinnan ulkoilukeskuksessa. Nämä asiat ryhmän vetäjä olikin jo kaikille puhelimesta ilmoittanut. Lisäksi kerroin antavani jo tänään kyselykaavakkeet mukaan, jotta ne saa rauhassa täyttää ja palauttaa ensi kerralla.

Kerroin ja keskustelimme erilaisista ikäihmisten tuista ja etuuksista sekä kunnan palveluista ikäihmisille. Keskustelua syntyi varsinkin edunvalvontavaltuutuksesta ja hoitotahdosta, josta jo edellisellä kerralla oli ollut puhetta muistihoitajan kanssa. Tämä ryhmä oli todella keskusteleva ja antoivat toisilleen hyviä esimerkkejä ja neuvoja.

Ennen kotiin lähtöä kerrattiin seuraavan ryhmätapaamisen ohjeistus ja sisältö sekä sovittiin yhteislähtöaika torille. Ryhmäläiset saivat kyselykaavakkeen täytettäväksi ja lisäksi suullisen ohjeistuksen sen täyttämiseen. Yhden ryhmäläisen kanssa sovimme, että hän toimittaa kaavakkeen ryhmän vetäjälle, kun oli seuraavalla kerralla estynyt tulemaan ryhmätapaamiseen.

Tarkoituksena oli ehtiä pelaamaan Mieli ry:n kehittämää Nestori Nurjamieli peliä, mutta aika ei siihen riittänyt ja useimmilla oli tarve päästä syömään.

Kymmenes ja viimeinen ryhmätapaaminen oli 29.4.2021 Hevonlinnan ulkoilukeskuksessa iltapäivällä. Kokoontuminen oli sovitusti torilla, josta yhdessä lähdettiin pääasiassa omilla autoilla Hevonlinnalle vallitsevan epidemian vuoksi. Yhden osallistujan ryhmän vetäjä kävi hakemassa kotoa, kun hän oli katsonut kokoontumisajan väärin. Itse saavuin suoraan paikan päälle. Yksi ryhmäläinen ei päässyt paikalle. Liikunnallisessa osuudessa oli sauvakävelyn opastusta sekä kuntoportaissa kävelyä. Aluksi ryhmäläiset saivat opastusta portaissa kävelyyn ja yksilöllisesti saivat ohjausta. Osalla ryhmäläisistä oli esim. polvissa kipua ja ohjauksen avulla he pystyivät kävelemään ulkoilukeskuksessa olevat raput ylös ja alas. Ryhmäläiset saivat hyviä vinkkejä reisi-lihasten vahvistamiseen erilaisten askellusten avulla. Heille myös kerrottiin kunnan alueella olevista kuntoportaista.

Sauvakävelyä oli opastamassa Terveys ry:n edustaja, joka vetää kerran viikossa sauvakävelyryhmää keskustan alueella. Yhdellä ryhmäläisellä ei ollut sauvoja mukana, koska käyttää ulkona rollaattoria, mutta muilla oli. Alkuun kiinnitettiin oikeaan sauvapituuteen huomiota sekä kävelytekniikkaan. Hevonlinnan ulkoilukeskus sijaitsee harjualueella, jossa on runsaasti erilaisia ulkoilumahdollisuuksia. Harjun kukkulalla sijaitsee laavu ja näkötorni, jonne oli tarkoitus ryhmäläisten kanssa kävellä metsäpolkua pitkin. Kahdella ryhmän jäsenellä oli jaloissa kipua, ja he matkasivat autolla ryhmänvetäjän kanssa vähän lähemmäksi laavua, mutta joutuivat kiipeämään jyrkähköä rinnettä ylös lyhyen matkan. Rollaattori oli kulkenut pehmeässä maastossa vähän huonosti, mutta vetoliinan ja yhteistyön avulla hänkin pääsi ylös asti. Sauvakävelijöiden kanssa kiivettiin uudelleen rappuut ylös ja käveltiin omalla vauhdilla kohti kukkulaa. Nopeammat menivät Terveys ry:n edustajan kanssa ja itse kuljin vähän hitaammin kävelevien kanssa. Matkalla perehdyttiin frisbeegolfin pelaamiseen ja itseäni harmitti, kun unohdin ottaa kiekkoja mukaan. Sitä olisi voinut kokeilla heittää koriin. Matkaa kukkulalle tuli noin 400 metriä, mutta se oli koko ajan ylämäkeä. Matkan varrella myös ihailtiin luontoa, tutkittiin kukkiko puolukka ja halattiin puita. Kukkulalla meitä odottikin hyvinvointikoordinaattori, joka liittyi seuraamme. Auringon paistaessa ihailtiin maisemia ja useat eivät olleet nähneet vielä tuulimyllyjä, jotka alueelle on pystytetty viime vuoden aikana. Viimeisenä teimme ohjatusti venyttelyä.

Olimme ohjeistaneet ryhmäläisiä, että varaavat riittävästi aikaa tälle tapaamiskerralle. Paistoimme makkarat ja joimme kahvit kiireettömässä ilmapiirissä ja juttelimme. Kaikki olivat muistaneet tuoda mukanaan palautekyselyn. Juttelun lomassa ryhmäläiset päättivät kokoontua seuraavalla viikolla samaan aikaan sauvakävelijöiden kanssa ja suunnittelivat tekevänsä oman lenkin ja suuntaavansa sitten porukalla kahville tai syömään. Mikäli ryhmäläiset haluavat tavata esim. yhdistystalolla, lupasi hyvinvointikoordinaattori varata heille tilan, kun siitä ilmoittavat. Hyvinvointikoordinaattori lupasi tehdä ja lähettää kaikille ryhmäläisten yhteystiedot, jotta he voisivat jatkossa sopia tapaamisia ryhmän kesken. Tähän kaikki olivat halukkaita. Samassa lähetyksessä tulee myös kirjallisena muistilappu elokuun lopputestauspäivästä.

Ennen kotiin lähtöä oli ryhmäläisten palkitsemisen vuoro. Jokaiselle oli kirjekuori, jossa oli diplomi ryhmään osallistumisesta, kartta Koskelaisseura ry:n kulttuurirasteista sekä kuntosalin vapaakortin/avaimen lunastusoikeus, joka on vuoden voimassa hakuhetkestä lähtien. Ryhmäläiset saivat siis ilmaisen kuntosalin käyttöoikeuden vuodeksi, jolla oli tarkoitus kannustaa ylläpitämään ja kehittämään lihaskuntoa. Heitä muistutettiin myös kuntosalin ikäihmisille tarkoitetuista vuoroista, jolloin siellä on ohjaaja paikalla.

Paluumatka autoille tehtiin pururataa pitkin, jolloin tuli käveltyä vähän pidempi lenkki. Yksi ryhmäläinen otti loppukirin ja juoksi keskusalueen kentän läpi, ollen todella ylpeä itsestään.

Lopputestaus suoritettiin liikuntahallilla 5.8.2021. Testauksesta on kerrottu aikaisemmin tässä opinnäytetyössä tutkimuksen toteutuksen yhteydessä.

7 TULOKSET

7.1 Hyvinvointiryhmän palaute

Palautekyselyn palautti kaikki ryhmäläiset (n=6), vastausprosentin ollessa sata. Kaikki ryhmäläiset olivat samaa mieltä ryhmään osallistumisen kannattamisesta sekä suosittelivat muita ikäihmisiä osallistumaan hyvinvointiryhmään.

Kysymykseen mistä asioista sait hyödyllistä tietoa, oli vastannut viisi vastaajaa. Kolme vastaajaa oli saanut ravitsemuksesta hyödyllistä tietoa.

Vinkkejä terveelliseen ruokailuun.

Unesta, lihaskunnosta, ulkoilusta ja liikunnasta kaksi vastaajaa oli saanut hyödyllistä tietoa.

*Makuuhuone ei ole viihdekeskus.
Virikkeitä oman kunnon kohentamiseen eli meidät yritettiin potkaista liikkeelle.*

Myös kuntotestauksesta, tasapainosta, kirjaston palveluista sekä digipalvelun esittelystä koki yksi vastaaja saaneen hyödyllistä tietoa. Yksi vastaaja koki kaikki luennot ja tekemiset hyödylliseksi.

Kysymykseen kaipaanko jotain teemaa/asiaa mitä olisi tarvinnut käsitellä ryhmässä, vastauksia tuli kolme. Mielenterveyteen liittyviä asioita, eläkeläisten etuuksista sekä helppoja kasvisruokaohjeita kaivattiin.

*Mielenterveyteen liittyvät asiat. Olivat kyllä ”listalla”, muttei toteutunut.
Eläkeläisten eduksista.
Yksinkertaisia eli vähätöisiä kasvisruokaohjeita.*

Mitä muuttaisit ryhmätoiminnassa kysymykseen vastasi kolme vastaajaa, jotka tekisivät varasuunnitelman luennoitsijan sairastumisen varalle, lisäisi ryhmän sisäistä vapaata keskustelua. Yksi vastaaja ei osannut sanoa mitä muuttaisi.

Ryhmässä opittuihin asioiden hyödyntämiseen vastasi viisi vastaajaa, joista kolme oli hyödyntänyt opittuja asioita ravitsemuksesta ja liikunnasta.

*Kiinnittänyt huomiota syömiini.
Liikuntapäiväkirjaa.
Kevyitä voimisteluliikkeitä yrittänyt lisätä päiväohjelmaan.*

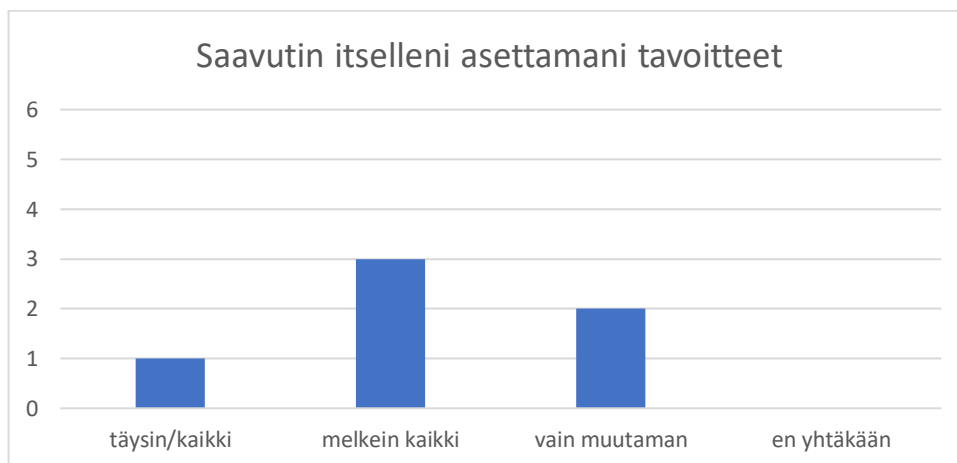
Verenpainetta oli alkanut yksi vastaaja seuraamaan. Myös uneen, tasapainoon, lihasvoimaan liittyviä asioita hyödynsi yksi vastaaja.

Ei vuoteeseen kännykän kanssa.

Tulevaisuudessa opittujen asioiden hyödyntämiseen vastasi viisi vastaajaa. Kolme vastaajaa aikoi hyödyntää liikuntaa, kaksi lihasvoimaa. Tasapainoa, ravitsemusta ja digipalveluita yksi vastaaja kutakin. Yksi vastaaja aikoi hyödyntää tulevaisuudessa kaikkia saamiaan neuvoja.

*Tasapainoa tulee harjoitella, lihasvoimaa kohottaa kunhan terveystilanteeni sallii.
Liikuntaohjeita. Voimaa käsivarsiin ja yläkroppaan.
Yritän lisätä liikuntaa.
Kaikkia mitä muista ja sattuu kohdalleni.*

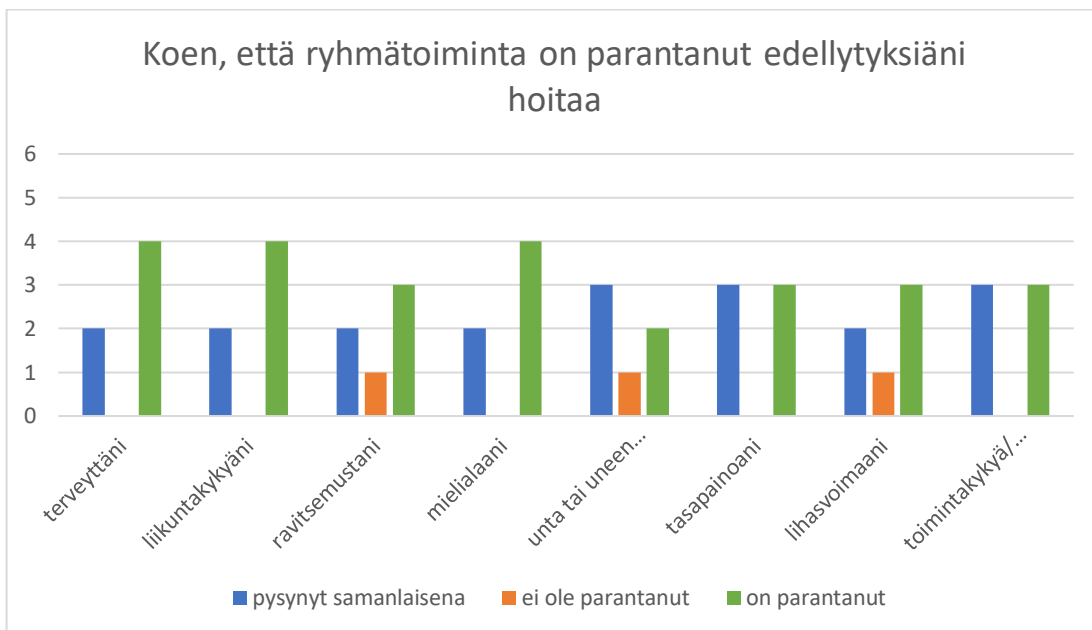
Kyselyssä kysyttiin, saavuttiko itselle asettamansa tavoitteet. Kysymyksen vastausprosentti oli sata. Kuvion 2. mukaisesti yksi vastaaja oli saavuttanut kaikki tavoitteet, kolme vastaajaa melkein kaikki ja kaksi vain muutaman tavoitteen.



Kuvio 2. Itselle saavuttamien tavoitteiden täytyminen

Väittämään ryhmätoiminnan parantamisen edellytyksistä kuvion 3. mukaisesti vastasi kaikki vastaajat (100 %). Neljä vastaajaa koki terveyden hoitamisen, liikuntakyvyn ja mielialan parantuneen ryhmätoiminnan vuoksi. Puolet (3 vastaajaa) koki tasapainon sekä toimintakyvyn/päivittäisen toimien suorittamisen parantuneen, puolet (3

vastaajaa) pysyneen samanlaisena. Ravitsemuksen ja lihasvoiman koki kolme vastaajaa parantuneen, kahden pysyneen samanlaisena ja yhden ei ollenkaan parantuneen. Unta tai uneen pääsemisen koki kaksi parantuneen, kolme pysyneen samanlaisena ja yksi ei ole parantunut. Eräs vastaaja oli kirjannut tai korjannut otsikon muotoon: ”Ryhmätoiminta on motivoinut hoitamaan itseäni ja lähimmäisiäni.”



Kuvio 3. Kokemus ryhmätoiminnan parantamisen edellytyksistä

Kaikki vastaajat ilmoittivat olevansa kiinnostuneita jatkossa osallistumaan vertaistapaamisiin hyvinvointiryhmän kanssa.

Kyselyssä oli mahdollista antaa vapaata palautetta, risuja ja ruusuja, kehittämissuhteita jne. Tähän tuli neljä vastausta, jossa kiitosta saivat ryhmän ohjaajat ja luennoitsijat, monipuolinen ohjelma sekä ryhmän vapaa tunnelma.

*Ryhmän vetäjät ansaitsee ruusun. Samoin luennoitsijat.
Kiitos paljon. Ihan hyvä kokemus.
Monipuolinen ohjelma ja iloiset ohjaajat. Vapaa tunnelma.
Sain monia vastauksia.*

Ryhmätoiminnan aikana ollut koronaepidemia vaikutti suunniteltuun ohjelmaan, ja luennoitsijoiden äkilliset estymiset näkyivät palautteissa negatiivisina, mutta itse ryhmätoiminta koettiin tärkeiksi ja pidempää kokoontumisaikaa toivottiin.

*Varautuminen tilanteisiin jolloin luennoitsija äkillisesti sairastuu.
Korona-aika häiritsi toiminta.*

*Asiantuntijat sairaana eli tieto jäi hieman vajaaksi.
Näin ”korona-aikana” tapaamiset olivat kuin henkireikä, sai luvalla
tavata muita ihmisiä.*

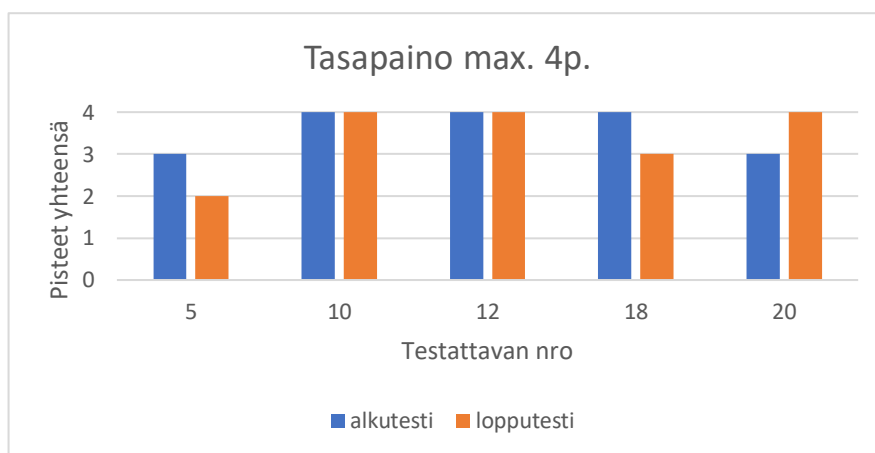
Yksi osallistuja toivoi kokoontumia jatkossakin, luentoja sekä mahdollisesti ruokailua.

*Kokoontuminen silloin tällöin ja joku luento ohjelmassa ehkä ruokailu
(ei muurahaisia ja heinäsirkkoja).*

7.2 Testaustulokset

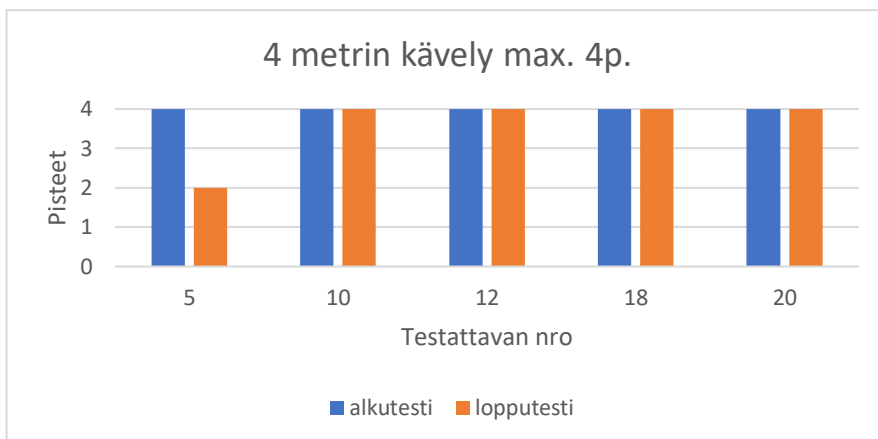
7.2.1 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB)

Tasapainotestissä (Kuvio 4.) kahden testattavan tulos huononi pisteellä ja yhden parani pisteellä. Kahden testattavan tulos pysyi samana.



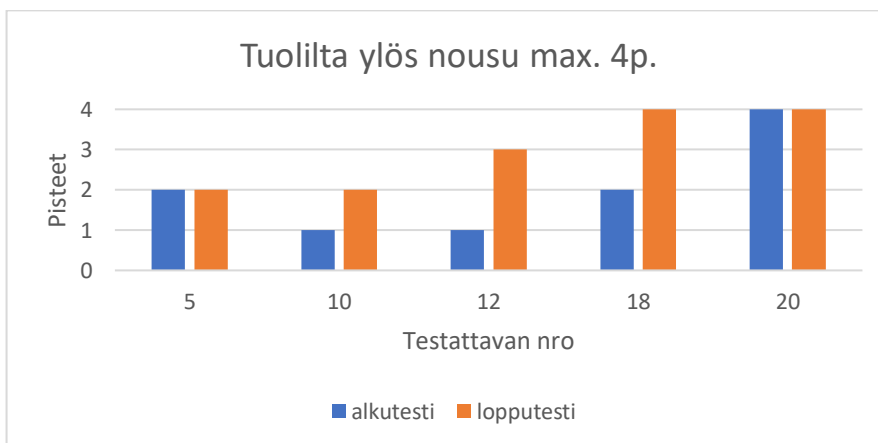
Kuvio 4. Tasapainotestin yhteistulokset

4 metrin kävelyssä (Kuvio 5.) testaustulokset pysyivät samoina neljällä testattavalla heidän saatuansa täydet pisteet. Yhden testattavan tulos huononi kahdella pisteellä eli kävelynopeus oli hidastunut kahteen pisteeseen, jolloin esimerkiksi tien ylittämiseen kuluu enemmän aikaa.



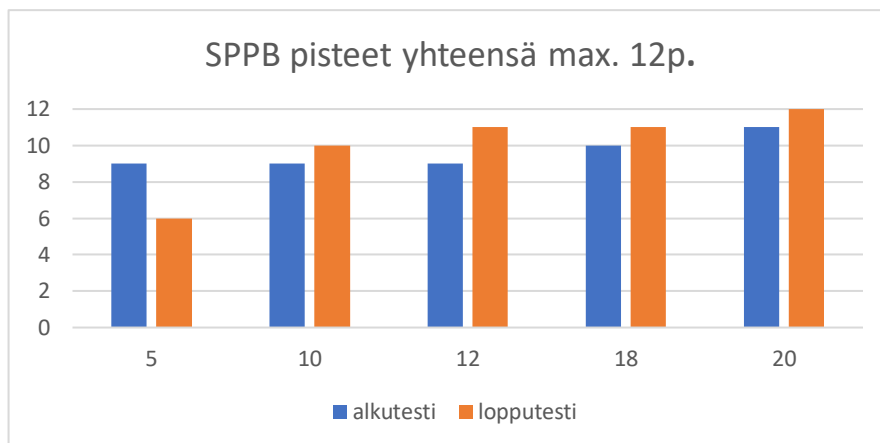
Kuvio 5. 4 metrin kävelyn tulokset

Tuolilta ylös nousussa (Kuvio 6.) kolme testattavaa paransi tulostaan pisteellä tai kahdella. Kahdella tulokset pysyivät samoina.



Kuvio 6. Tuolilta ylös nousun tulokset

Lyhyen SPPB testistön yhteen lasketuissa pisteissä (Kuvio 7.) lähes kaikki (4) testattavat yhtä lukuun ottamatta paransivat lopputestauksen tulosta alkutestaukseen verrattuna. Yksi testattavista sai lopputestissä täydet 12 pistettä. Kahdella yhteistulos jäi 10 tai alle ja heidän alaraajojen suorituskyky on testin perusteella edelleen heikko.

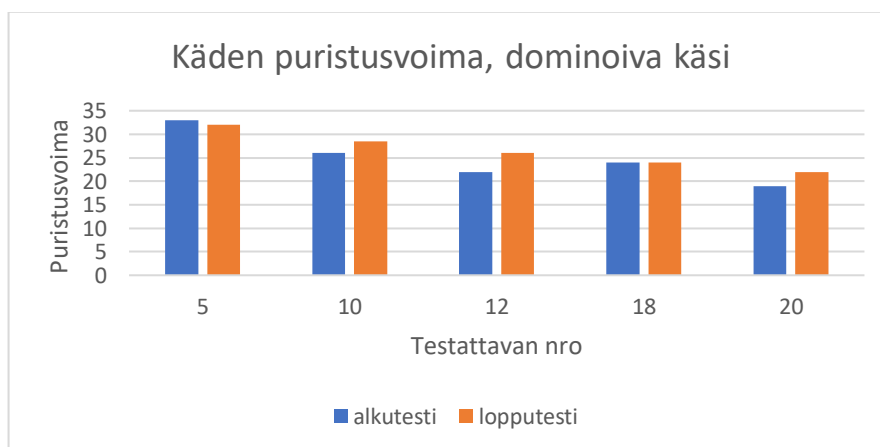


Kuvio 7. SPPB-testistön suorituspisteet yhteensä

7.2.2 Käden puristusvoiman mittaus

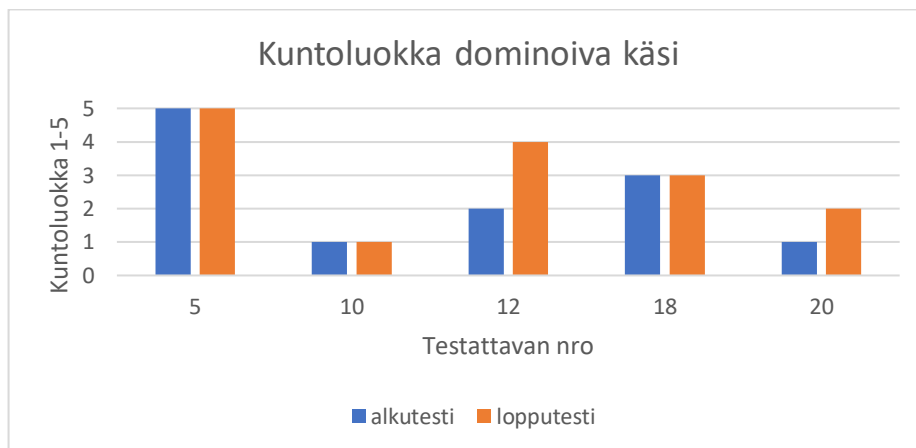
Tuloksissa on huomioitu TOIMIA-tietokannan mukainen ohjeistus eli tulos on mitattu dominoivasta kädestä. Hyvinvointitestauksen eli alkutestauksessa oli käytetty Saehanmerkkistä puristusvoimamittaria (Hyytiä sähköposti 25.8.2021). Lopputestauksessa oli käytössä saman valmistajan puristusvoimamittari, joka oli vastaava.

Käden puristusvoimatestissä (Kuvio 8.) kolmella testattavista tulos parani, yhden tulos pysyi samana. Yhden tulos heikkeni vain vähän, mutta hänen kuntoluokkansa pysyi siitä huolimatta korkeimmassa. Tulosten mukaan lähes kaikkien testattavien yleinen lihasvoima sekä puristusvoima on parantunut.



Kuvio 8. Puristusvoimamittauksen tulokset dominoivalla kädellä

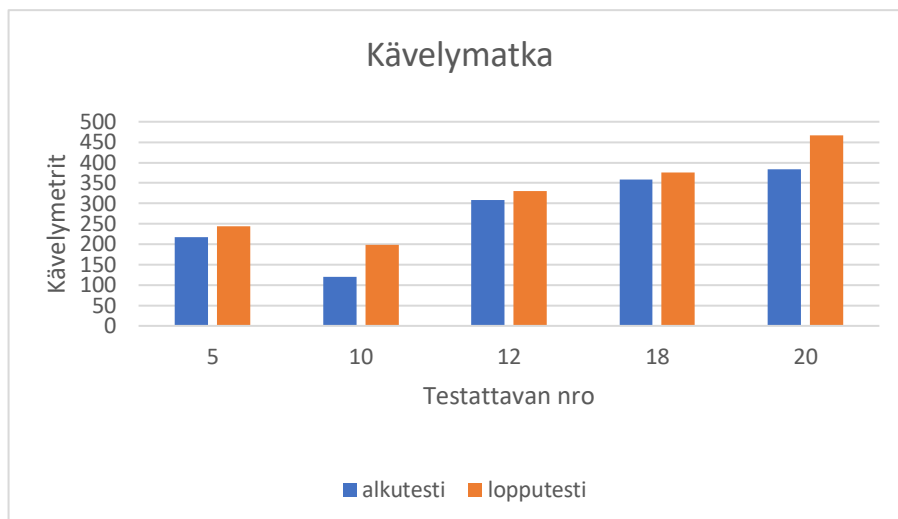
FinTerveys 2017 -tutkimukseen pohjautuviin viitearvoihin ja siitä saataviin kuntoluokkiin verrattuna kolmen testattavan kuntoluokka pysyi samana ja kahden testattavan kuntoluokka parani yhdellä sekä kahdella arvolla lopputestissä (Kuvio 9.). Lopputestissä jokaiseen kuntoluokkaan selvästi keskimääräistä heikommasta, selväsi keskimääräistä parempaan kuului yksi testattava kuvion 9. mukaisesti.



Kuvio 9. Puristusvoiman kuntoluokitus testattavilla

7.2.3 6 minuutin kävelytesti

6 minuutin kävelytestin alkutestissä yksi testattava joutui keskeyttämään testitilanteen, mutta lopputestissä jokainen testattava suoritti testin loppuun asti ja sai tuloksen kaikissa testin osa-alueissa. Testattavien kävelymatka pidentyi 26, 78, 22, 17 ja 83 metriä kuvion 10. mukaisesti. TOIMIA-tietokannan (2021) mukaan yli 70 metrin kävelymatkan lisäyksellä voi olla merkitystä kunnon lisääntymisen kannalta. Tämän mukaan kahden testattavan kunto voi olla merkityksellisesti lisääntynyt.



Kaavio 10. 6 minuutin kävelytestin kävellyt metrit

Neljän testattavan maksimaalinen hapenottookyky nousi ja yhden laski, mutta alku- ja lopputestausten erotusarvot olivat pieniä. Tämä kuitenkin osoittaa, että testattavat ovat liikkuneet testausten välillä, koska normaalisti hapenottookyky laskee noin yhden prosentin vuodessa ihmisen ikääntyessä (Kutinlahti 2021).

Yksi testattava nosti kävelytestin kuntoluokkaa 1,5 pisteellä ikänsä mukaisesti keskimääräiseen luokkaan eli kakkoseen. Muiden testattavien kuntoluokka pysyi edelleen ykkösessä, joka on ikänsä mukaisesti keskimääräistä huonompi.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Hyvinvointiryhmän palautteiden mukaan voidaan todeta, että ryhmätoiminta on ollut onnistunut ja mielekäs osallistujille sekä osallistujat suosittelivat muita ikäihmisiä osallistumaan hyvinvointiryhmään. Tapaamiskertojen teemat oli koettu hyväksi ja monipuolisiksi. Lähes kaikki teemat koettiin tarpeellisiksi ja käsiteltäviä asioita on osattu hyödyntää ja tullaan hyödyntämään jatkossa niiden tukiessa ryhmäläisten sekä heidän lähimmäisten hyvinvointia. Varsinkin liikunnan ja ravitsemuksen teemat olivat olleet mielekkäitä. Ryhmätapaamiset koettiin itselle tärkeiksi ja niissä oli vapaa tunnelma. Ryhmä oli keskustelevalta ja keskenään hyvin toimeen tuleva, jossa ryhmäytyminen tapahtui nopeasti. Ryhmätoiminnan aikana vallinnut koronaepidemia vaikutti

suunniteltuun ohjelmaan ja ulkopuolisten luennoitsijoiden peruuntumiset aiheuttivat muutamassa osallistujassa selkeästi pettymystä, jonka he ilmaisivat sanallisesti ryhmässä sekä palautteissa. He myös kokivat saadun tiedon jääneen näillä kerroilla vähäisemmäksi.

Osallistujien mielestä ryhmätoiminnassa olisi voinut olla enemmän vapaata keskustelua ja pidempi kokoontumisaika. Muutaman ryhmäkerran aikana osallistujat kaipasivat kahvittelua, vaikka itse palautteessa siitä ei mainittu. Sen hetkisten hygieniaohteiden mukaisesti sitä ei voitu järjestää. Osallistujat toivoivat myös varasuunnitelmaa tilanteisiin, mikäli ulkopuolinen luennoitsija ei pääse tulemaan sekä ryhmän kokoontumista jatkossa silloin tällöin, jolloin voisi käydä esimerkiksi yhdessä syömässä. Yhdessä syömistä myös ikääntyneiden ruokasuosituskkin suosittelee.

Ryhmätoiminnalla oli positiivisia vaikutuksia ryhmäläisten koettuun hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Osallistujien mielestä ryhmätoiminnalla pystyttiin eniten vaikuttamaan oman terveyden hoitamiseen, liikuntakykyyn ja mielialaan. Sillä oli myös vaikutuksia tasapainon paranemiseen sekä toimintakykyyn joidenkin osallistujien mielestä. Kuitenkin kaksi ryhmäläistä oli kokenut, ettei ryhmätoiminta ollut tuonut mitään muutosta heidän hyvinvointiinsa tai toimintakykyyn.

Hyvinvointiryhmäläisten tasapainotulokset olivat vaihtelevia alku- ja lopputestissä. Vain yksi osallistuja pystyi parantamaan tulosta ja kahden osallistujan tulos heikkeni pisteellä, muiden saadessa täydet pisteet. Lihasvoimaan ryhmätoiminnalla oli selkeästi vaikutusta sitä parantaen niin tuoilta ylös nousun kuin käden puristusvoiman perusteella. Vaikka tasapainotestin tulokset osalla huononivat, parantuivat lihasvoimat, joten ryhmätoiminnalla on pystytty vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn sitä parantavasti ja ennaltaehkäisevään mm. kaatumisia ja näin erilaisten luunmurtumien syntymistä.

Myös kaikkien hyvinvointiryhmäläisten kävelymatka pidentyi ja lähes kaikilla maksimaalinen hapenotto- ja keuhkokuivaus nousi. Kahden ryhmäläisen kunto voi olla merkityksellisesti lisääntynyt, jota tukee yhden testattavan kuntoluokan kohoaminen 6 minuutin kävelytestissä. Tämä on upea tulos koko ryhmältä huomioiden, että mennyt kesä oli ennätyskuuma ja sen vuoksi ryhmäläiset eivät olleet jaksaneet liikkua.

Ryhmäläiset ovat selkeästi alkaneet liikkua omien kykyjensä mukaisesti ja näin parantaneet vähäiselläkin liikuntamäärän nostamisella terveyshyötyjä, hyvinvointia ja elämänlaatua, vaikka heillä on tulosten mukaan keskimääräistä heikompi kestävyyskunto yhtä henkilöä lukuun ottamatta. Lihaskuntoon tulee jokaisen ryhmäläisen kiinnittää tulevaisuudessa huomiota, koska heillä on tulosten perusteella ennustettavissa toiminnanvajaavuuksia päivittäisissä toiminnoissa sekä fyysisessä toimintakyvyssä. Tutkimuksessa ei huomioitu ryhmäläisten perussairauksia, jotka omalta osaltaan vaikuttavat yksilön hyvinvoinnin eri osa-alueisiin nyt ja tulevaisuudessa.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että interventiolla eli ryhmätoiminnalla oli positiivisia vaikutuksia hyvinvointiryhmäläisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Mielestäni tämän kehittämistutkimuksen tarkoitus ja tavoite tuli täytetyksi sekä tutkimuskysymyksiin vastaukset.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikan peruskysymykset koskevat hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää. Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee ottaa huomioon useita eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössään, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen, jossa tutkimukseen osallistuva itse päättää tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkimustuloksia ei tule yleistää ilman kritiikkiä tai vilppiä. Raportoinnin menetelmä sekä tulokset on selostettava huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–26.)

Hyvinvointikartoitukseen ja lopputestiin sekä hyvinvointiryhmään osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja sen on voinut keskeyttää milloin tahansa. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus tulosten käyttämiseen opinnäytetyöhön (LIITE 1 ja LIITE 4.) sekä tulosten siirtämiseen terveydenhuollon potilastietojärjestelmään. Hyvinvointiryhmäläisten palautekyselyyn osallistuminen oli myös vapaaehtoista ja kyselystä

annettiin tietoa kaavakkeessa (LIITE 3.) sekä suullinen ohjeistus toiseksi viimeisellä ryhmäkerralla. Aineistoa käsiteltiin huolellisesti ja luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat numeroituja ja heidän henkilöllisyyttään ei voinut tunnistaa tutkimuksen aikana, tulosten arvioinnissa ja esittämisessä. Koska tutkimuksen otanta oli pieni, ei palautekyselyssä kysely taustietoja tai sukupuolta, koska tällöin olisi ollut mahdollisuus tunnistaa osallistujia. Tämän vuoksi tutkimustulosten esittämisessä ei ole näkyvissä osallistujien ikää tai sukupuolta. Tutkimuksen valmistumisen ja raportoinnin jälkeen hallussani oleva aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Opinnäytetyön tekemisestä laadittiin opinnäytetyön sopimus kaikkien osapuolien kesken. Lisäksi opinnäytetyön tilaajalta kysyttiin tutkimusluvan tarpeellisuus. Erillistä tutkimuslupaa ei kunnanjohtajan mukaan tarvittu, lähettämäni sähköpostiviesti riitti tähän. (Matilainen sähköposti 11.12.2020.)

Hyvinvointiryhmään osallistuneilta ohjaajilta on kysytty suullisesti tai sähköpostitse lupa käyttää heidän nimiänsä opinnäytetyössä, ja kaikki vastanneet ovat antaneet siihen suostumuksen. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan nimiä ole julkaistu vaan heidän edustamansa yhdistys tai organisaatio on mainittu.

Kehittämistutkimuksella ei ole olemassa omia luotettavuustarkasteluja, koska sillä ei ole omaa tutkimusotetta. Kehittämistutkimus on sekoitus laadullista ja määrällistä tutkimusta. (Kananen 2012, 167.) Tutkimuksen tai mittauksen luotettavuuden mittareita ovat reliaabelius ja validius, josta muodostuu samalla opinnäytetyön laatu. Reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta, sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tällöin toistettava tutkimus antaa samat tulokset, jolloin siitä voidaan käyttää nimitystä pysyvyys. Mittareiden luotettavuutta mitataan erilaisilla kvantitatiivisten tutkimusten tilastollisilla menettelytavoilla, jotka voivat olla myös kansainvälisesti kehitettyjä ja testattuja. Validius mittaa tutkimuksen pätevyyttä eli valitun mittarin tai menetelmän kykyä mitata täysin oikeaa asiaa. Validiuksessa on erilaisia näkökulmia, joiden avulla sitä voidaan arvioida. Tällöin kyseessä on ennustevalidius, tutkimusasetelmavalidius ja rakennevalidius. Minkä tahansa tutkimuksen reliaabeliutta ja validiutta tulee arvioida jollakin tavoin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232; Kananen 2012, 164, 167.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin kolmea erilaista fyysisen toimintakyvyn testiä, jotka löytyvät TOIMIA-tietokannasta. Tietokannan sisältö on tuotettu Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa (TOIMIA), jota Suomessa koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (THL:n www-sivut 2021.) Testeille on määritelty suorittamistavat ja tulosten tulkitsemiseksi viitearvot. Testit voidaan toistaa uudelleen samalla tavalla, missä tahansa. Käytetyt testit olivat ikäihmisille soveltuvia ja niistä oli saatavilla riittävästi tutkimustietoa. Molemmissa testeissä on käytetty saman valmistajan puristusvoimamittaria.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan dokumentoimalla kehittämistutkimusta ja intervention sisältöä, tuloksia ja tulosten arviointia mahdollisimman tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti pohjautuen hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja tieteellisen neuvottelukunnan (TENK) sekä Satakunnan ammattikorkeakoulun (SAMK) ohjeiden mukaisesti. Laadukkaan ja luotettavan opinnäytetyön edellytyksenä on riittävän tarkka dokumentointi (Kananen 2012, 164–165). Hyvinvointikoordinaattori ja ryhmän vetäjä ovat tarkastaneet ja hyväksyneet kyselykaavakkeen sisällön ennen jalkoa sekä ryhmän vetäjä interventio-osuuden toteutuksen opinnäytetyöhön.

Primaariaineisto eli tutkijan keräämä aineisto tutkittavasta kohteesta edellyttää aina lähdekriittisyyttä. Primaariaineistoon on suhtauduttava kriittisesti ja arvioitava tarkasti sen luotettavuus ja ajantasaisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 186, 189.) Tämän opinnäytetyön luotettavuus ja lähdekriittisyys on huomioitu käyttämällä teoreettisessa osiossa mahdollisimman uusia lähdeaineistoja ja suhtautumalla niiden sisältöön kriittisesti sekä käyttämällä valtakunnallisesti merkittävien lähteiden julkaisuja. Aineisto muodostui käyttämällä Finna.fi, Google Scholar, Duodecim ja TOIMIA-tietokantoja. Lisäksi muutamia manuaalisia hakuja on käytetty tiedonhankintaan. Muiden tekemiin julkaisuihin ja tutkimuksiin viitattiin asianmukaisesti, plagiointia välttämällä. Plagionilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin, tutkimustulosten tai ideoiden esittämistä siten, ettei ilmasta sen alkuperäistä lähdettä eli on luvaton lainaamista (Hirsjärvi ym. 2009, 122). Kyselykaavakkeen tulosten esittämisessä luotettavuus huomioidiin käyttämällä tekstissä tarkkoja lainauksia vastauksista.

Tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä heikentää tutkimusaineiston pieni määrä. Hyvinvointiryhmään osallistui kuusi (n=6) ja lopputestaukseen fyysisesti viisi (n=5)

henkilöä. Covid-19 epidemia ja sen tuomat rajoitteet pienensivät suunniteltua ryhmäkoko entisestään sekä yksi ryhmäläinen joutui keskeyttämään ryhmätoiminnan. Hyvinvointikartoituksen ja lopputestauksen tehneet henkilöt eivät olleet samat sekä käytetty välineistö oli eri (esim. käden puristusvoimamittari, painovaaka, sykemittari), jolloin mittauksissa ja -tuloksissa saattaa olla pientä eroavaisuutta, vaikka ne tehtiin TOIMIA-tietokannan ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen aikana varmistettiin hyvinvointikartoituksessa käytetyn puristusvoimamittarin merkki ja samankaltaisuus, jotta mittauksen luotettavuus olisi parempi.

Hyvinvointiryhmäläisille tehdyssä palautekyselyssä kohdassa 9 vastaajat ovat voineet tulkita vastausväittämän eri lailla vastaamismuodon ollessa liian lähellä toisiaan. Tämä kohta vaikutti kyselytutkimuksen validiteettiin sitä heikentäen. Vastaamismuodon läheisyyttä toisiinsa ei havaittu edes kyselyn tarkistaneiden toimesta.

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää tai tehdä johtopäätöksiä koskien koko ikäihmisten joukkoa vaan tutkimusaineisto antaa tietoa vain tämän hyvinvointiryhmän tuloksista. Toimintamallia toistettaessa samalla tavalla useammilla hyvinvointiryhmillä mahdollistettaisiin tulevaisuudessa aineiston tutkiminen ja vertailu laajemmalla aineistolla, jolloin se olisi enemmän yleistävämpi tulos.

10 POHDINTA JA KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Tämä toimintamuoto mahdollistaa havainnoida varhaisessa vaiheessa erilaiset tuen tarpeet ja ennaltaehkäistä isompia ongelmia ohjaamalla asiakkaita muiden palveluiden käyttäjäksi tai asiakkaaksi. Esimerkiksi hyvinvointikartoituksen palautepäivän jälkeen ohjasimme muutaman osallistujan muiden terveystalvelujen piiriin, jotka eivät olleet hyvinvointiryhmään sopivia. Toimintamuodossa pystytään antamaan hyvin yksilöllistä neuvontaa ja konkreettisia ohjeita, joita hyvinvointiryhmän palautteissa tuli esille. Näitä esimerkkejä on sitaatteihin kirjattu tulokset osiossa.

Toimintamuoto myös täyttää kunnille annettuja velvollisuuksia. Tästä esimerkkinä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli tutummin vanhuspalvelulaki, jossa määritetään mm. yhteistyöstä kunnan eri toimialojen kanssa sekä julkisten ja ikääntyntä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa (Vanhuspalvelulaki 2 luku 4 §). Toimintamuodossa hyödynnettiin kulttuuri-, liikunta- ja sosiaalitoimea sekä paikallisia yhdistyksiä ja näiden toimipaikkoja. Toiminta on ollut eri sektorirajojen ylittävää toimintaa sekä yhteistyötä parantavaa. Näiden toiminta ja toimipaikat tulivat samalla tutuiksi hyvinvointiryhmäläisille. Toimintamuoto myös täyttää Kosken T1 kunnan ikäihmisten hyvinvointisuunnitelman päämääriä ja toimintamuotojen kehittämistä, josta vanhuspalvelulaissakin määrätään. Se on myös Ikäohjelma 2030 -hankkeen mukaista ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä parantavaa toimintaa. Tulevassa sote-uudistuksessa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jää kunnan tehtäväksi (Sote-uudistuksen www-sivut 2021).

Toimintamuoto pitää sisällään useita geronomin osaamisalueita. Geronomin ammatteettisten ohjeidenkin mukaan geronomin tehtäviin kuuluu ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja voimavarojen tukeminen sekä yhteistyössä koko palvelujärjestelmän kanssa toimiminen asiakkaan parhaaksi, tavoitteellisesti, avoimesti ja luottamuksellisesti toimien. (Suomen Geronomiliiton www-sivut 2021.) Tämän vuoksi geronomi on sovelias toteuttamaan ja kehittämään toimintamuotoa yhteistyössä erilaisten palvelusektorien kanssa.

Tulevaisuudessa ryhmätoimintaa voisi muutamalla tapaamiskerralla lisätä, jolloin muistista ja kulttuurihyvinvoinnista tulisi omat osiot sekä suun hoito saataisiin mahdollutettua mukaan. Hyvinvointiin kuuluu myös terveet hampaat ja suu, johon vaikuttaa mm. ikääntymismuutokset ja yleissairaudet (Hammaslääkäriliiton www-sivut 2021). Myös ikääntymismuutosten vaikutukset lääkitykseen ja lääkkeiden käyttöön sekä apteekin palveluiden esittely olisi hyvä luentoaihe. Kokoontumisajankohtaa tulisi miettiä tarkemmin ja mielestäni parhain vaihtoehto olisi tavata iltapäivisin. Tällöin osallistujat olisivat syöneet lounaan ja tapaamisissa voisi kahvitella, jolloin tapaamisaikaa voisi pidentää ja vapaata keskustelua voisi olla enemmän. Kokoontumiset eri tiloissa voi vaihtelua ja joukossa oli aina henkilöitä, jotka eivät olleet kyseisessä paikassa käyneet tai siitä oli pitkä aika. Asiantuntijaluonnoitsijoiden peruuntumiset ovat aina ikäviä ja

tämä tulee ottaa tulevaisuudessa huomioon, kun aikatauluja ja toimintaa suunnitellaan. Se ei ole helppo toteuttaa, jos toiminta halutaan pitää tiiviinä. Nyt toteutuneessa suunnitelmassa (Taulukko 1.) oli vain kaksi kertaa, jossa jotakin ulkopuolista tahoa (luennoitsija, yhdistyksen ohjaaja jne.) ei ollut mukana, jolloin teemojen vaihtaminenkaan ei helpolla onnistu. Tämä onkin yksi haaste tulevaisuudessa.

Asiantuntijaluennoitsijoita voitaisiin hyödyntää isommassa mittakaavassa, koko kunnan ikäihmisiä palvelemaan. Esimerkiksi kunnassa toimii muistihoidajan vetämä kaikille avoin muistikahvila, jossa on ollut mm. luentoja hyvinvointiryhmän teemoista. Kahvilatoiminta on ollut hyvin suosittua ja edistää ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja osallisuutta, unohtamatta tiedottamisen tärkeyttä esim. muistiasioihin, aivoterveysteen, mielenterveyteen tai mielen hyvinvointiin. Hyvinvointiryhmään osallistujat voisivat osallistua ensin näille yhteisille luennoille muistikahvilassa ja varsinaisessa ryhmäkerrassa kerrattaisiin luennon asioita ja perehdyttäisiin teemaan tarkemmin osallistujan omasta näkökulmasta katsottuna. Tällöin siitä saataisiin suurempi hyöty hyvinvointiryhmäläisille ja tasaisi mahdollisia luennoitsijoiden palkkioita, kun se voitaisiin jakaa eri toimijoiden kesken. Lisäksi tämä lisäisi julkisen ja kolmannen sektorin yhteistoimintaa.

Liikunta- ja ruokapäiväkirjan pitäminen havaittiin hyväksi ja ne olivat toimivia. Myös ryhmäläisten henkilökohtaisia tavoitteita tulisi kirjata ylös ja seurata aktiivisemmin sen mahdollista täyttymistä, jolloin siitä tulisi enemmän tavoitteellisempaa toimintaa. Nyt tavoitteita ei kirjattu ja ne pääsivät unohtumaan, vaikka tarkoitus alun perin oli, että jokainen tekee pienen realistisen tavoitteen joka tapaamiskerralla teeman mukaisesti esim. syön aamupalan joka aamu, käyn ulkona päivittäin, jotka ikääntyneiden ruokasuosituksissakin on mainittu.

Tulevaisuudessa kehitetyn toimintamuodon haasteena on löytää siihen toimintakyvyltään vähän alentuneita tai sen vaarassa olevia ikäihmisiä ja saada heidät ohjattua tai hakeutumaan hyvinvointiryhmään sekä motivoitumaan oman hyvinvoinnin huolehtimiseen. Hyvinvointiryhmään ohjautumisen avainasemassa ovatkin ikäihmisten palvelujen alkupäässä olevat esim. lääkärit ja muu terveyskeskushenkilökunta sekä ikäihmisten palveluohjaus, jotka voivat hyödyntää mm. RAI-arviointimittaristoa. Unohtaa ei saa ikäihmisten läheisiä, jotka yleensä ensimmäisenä havaitsevat mm.

toimintakyvyn laskun ja he voivat kannustaa osallistumaan ryhmään. Ikäihmiset, jotka hakeutuvat ryhmään oma-aloitteisesti, ovat yleensä valmiiksi motivoituneita. Ikiliikkuja-hankkeen päättymisen jälkeen hyvinvointiryhmään voisi osallistua myös ikäihmisiä, joilla on jo vähän kunnallisia palveluita, jolloin se tukisi heidän hyvinvointiansa sekä toimintakykyä. Tällä mahdollistettaisiin kotona asuminen pidempään sekä siirtäisi palveluiden lisäämistarvetta eteenpäin.

Tämä opinnäytetyön tekeminen hyvässä yhteistyössä ryhmän vetäjän ja hyvinvointikoordinaattorin kanssa on ollut mielenkiintoista ja herättänyt itselleni mielenkiinnon kokonaisvaltaista hyvinvointia kohtaan. Ei ihme, että aluksi koko toimintamuoto vaikutti hyvin laajalta ja kokonaisuuden hahmottamiseen meni aikaa, koska kokonaisvaltainen hyvinvointi ja hyvinvoinnin edistäminen on kuin pullataikina, joka suurenee suuremmistaan, kun sen alustaa hyvin. Näin tälle opinnäytetyön sisällöllekin meinasi käydä eli kasvaa liian suureksi ja mahdottomaksi pitää kasassa. Opinnäytetyöstä tuli lopulta iso ja laaja sekä lähdeluettelosta mittava, mutta aivan minun näköiseni.

Opinnäytetyön tekemisen prosessi meni lopulta ihan hyvin ja aikataulutus onnistui loistavasti, vaikka lopputestit siirtyivätkin syksyyn. Itselläni ei ole aiempaa kokemusta kyselyiden tekemisestä ja niiden analysoimisesta sekä näiden tekemisessä käytettävistä ohjelmista. Tämä kokemattomuus näkyi tässä opinnäytetyössä kyselykaavakkeen teossa.

Kehitettyyn toimintamuotoon olen tyytyväinen ja toivon muiden toimijoiden ottavan tästä vinkkejä tai mallia, kun uusia ikäihmisten hyvinvointia edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluita kehitetään lakien edellyttämällä tavalla. Toimintamuotoa tullaan esittelemään laajemmin Ikiliikkuja-hankkeessa ja erilaisissa foorumeissa, joissa tutkimuksen tuloksia esitellään. Tutkimuksen otos oli pieni, mutta suuntaa antava. Valitettavasti vallitseva covid-19 epidemia hankaloitti ryhmätoimintaa ja pienensi sitä entisestään, mutta hyvinvointiryhmäläiset eivät antaneet sen haitata.

Tutkimuksessa osallisuus ja toiminnan sosiaalisuus jäi vähäiselle painotukselle. Mikäli tulevaisuudessa muissa ryhmissä käytetään tämän tutkimuksen hyvinvointiryhmän palautekaavaketta, voisi siihen lisätä kysymyksen ryhmätoiminnan vaikutuksista koettuun sosiaalisuuteen ja osallisuuteen. Osallisuus ja sosiaalisuus oli

hyvinvointiryhmässä suuri tekijä, jonka toteutuminen on parantanut ryhmäläisten hyvinvointia mielestäni kaikesta eniten. Osallisuus on näkynyt aivan kaikessa tässä hyvinvointiryhmässä. Ryhmästä muodostui oma sosiaalinen yhteisö, jossa jokainen on tasavertainen yksilö. He arvostavat toisiaan ja se näkyy vahvana luottamuksena toisia kohtaan sekä kannustuksessa ja ennen kaikkea siinä, että he pystyvät ryhmänä sopimaan asioista hyvinvointiryhmän aikana ja sen jälkeen. Esimerkiksi ryhmätoiminnan päättyttyä he jatkoivat ryhmänä ulkoilua sekä kuntosalilla käymistä kaikille sopivana ajankohtana tai lopputestiin tuli ryhmäläinen mukaan, vaikka hän ei pystynyt osallistumaan varsinaiseen testaukseen. Lopputestauksessa oli mukava kuunnella ryhmän keskustelua kuntosalille menosta: yksi aristeli yksin sinne menoa, kun ei osaa eikä muista liikkeitä, joku puhui ulkopuolisista henkilöistä, toinen koki olevansa siellä ”tumpelo”. Yhdessä he sopivat ajankohdan, koska sinne ryhmänä menevät ja siellä he ovat käyneetkin toisiansa tukien. Ryhmä on tämän syksyn aikana kokoontunut liikkumaan kaksi kertaa viikossa ja se jos mikä, parantaa kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tämän perusteella olisi mielenkiintoista testata ryhmäläiset toistamiseen esim. ensi keväänä ja tutkia mitä fyysiselle toimintakyvylle ja lihasvoimille on tapahtunut ryhmätoiminnan päättyttyä.

Tämän opinnäytetyön perusteella hyvinvointiryhmäläisten hyvinvointi on parantunut, ja he ovat ottaneet liikunnan osaksi elämäntapaa. Ensimmäisellä ryhmätapaamiskerralla mietitty tavoite, josta tämän opinnäytetyön nimi tuli eli molemmat päät kuntoon tuli täytettyä.

LÄHTEET

- Aluehallintoviraston www-sivut. 2021. Viitattu 28.2.2021. https://minedu.fi/documents/1410845/4269043/LIITE_+Ikiliikkuja+2020.pdf/8d651fb5-aaea-db9c-8fa6-1106158e177f/LIITE_+Ikiliikkuja+2020.pdf
- Eläkeliitto. 2021. +60-barometri. Yli 60-vuotiaiden hyvinvointi ja arki 2021. Viitattu 6.9.2021. https://elakeliitto.fi/sites/default/files/2021-09/EI%C3%A4keliitto_%2B60-barometri_2021.pdf
- Euroopan komissio. 2021. Vihreä kirja väestön ikääntymisestä. Sukupolvien välisen solidaarisuuden ja vastuullisuuden edistäminen. Bryssel: Euroopan komissio. 27.1.2021, COM(2021) 50 final. Viitattu 19.4.2021. <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2021/FI/COM-2021-50-F1-FI-MAIN-PART-1.PDF>
- Forssell, J. & Walker, S. 2018. Vain yksi voimaharjoitus viikossa riittää toimintakyvyn ylläpitämiseen ikääntyneillä. *Liikunta ja tiede* 55, 98–104. Viitattu 27.3.2021. <https://www.lts.fi/liikunta-tiede/vertaisarvioidut-tutkimusartikkelit.html>
- Haarni, I. 2013. Mikä tukee mielen hyvinvointia ikääntyessä? *Eläkeläisien näkemyksiä*. *Gerontologia* 27, 39–44. Viitattu 11.4.2021. <http://elektra.helsinki.fi>
- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2014. Ikääntyvä mieli: Mielen hyvinvointia vanhetessa. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 11.4.2021. https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_korj2_print.pdf
- Hammaslääkäriliiton www-sivut. 2021. Viitattu 1.9.2021. <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suunterveys-eri-ikakausina/ikaantyneiden-suunterveys#.YS91jd-U-Ul>
- Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Teoksessa P. Pohjolainen & S. Heimonen (toim.) *Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen*. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti. Viitattu 27.3.2021. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraita_1-2009-pdf.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2013. *Liikunta*. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474–484.
- Honkala, K. Ikiliikkuja-hankkeen organisaatio. Vastaanottaja: tanja.saari-nen@koski.fi. Lähetetty 18.1.2021 klo 20.17. Viitattu 28.2.2021.
- Huttunen, M. 2018. *Unettomuus*. Viitattu 8.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Hyytiä, T. Testauksessa käytetty puristusvoimamittari. Vastaanottaja tanja.saari-nen@koski.fi. Lähetetty 25.8.2021 klo 14.29. Viitattu 25.8.2021.

Jaakson, S. & Jaakkola, U. 2017. Aivoterveyttä edistämään! Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry. Suomen muistiasiantuntijat ry:n julkaisut 14/2017.

Jula, A. 2013. Natriuminsaannin vähentäminen lisää terveitä elinvuosia. Lääkärilehti 24, 1814. Viitattu 2.4.2021. <https://www.laakarilehti.fi/>

Juva, K. 2018. Muistihäiriö. Viitattu 10.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Kajaste, S. & Markkula, J. 2020. Hyvää yötä: Apua univaikeuksiin. Uudistettu ja lyhennetty laitos. Helsinki: Kirjapaja.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona: Opas opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 232. Viitattu 5.4.2021. <https://www.booky.fi>

Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. 2020. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. Viitattu 19.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>

Kivelä, S.-L. 2007. Voimavaroja unesta: Hyvä uni iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S.-L. 2012. Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S.-L. 2013. Uni. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364–372.

Kivipelto, M. & Ngandu, T. 2014. Muistisairauksien suoja- ja riskitekijät. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 26–28.

Kosken Tl hyvinvointilautakunnan pöytäkirja 17.6.2020. Viitattu 28.2.2021. <https://koski.fi/17861/>

Koskinen, S., Tuulio-Henriksson, A.-M., Ngandu, T. & Sainio, P. 2018. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 29.11.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Kukkonen, M. & Isola, A.-M. 2021. Osallisuuden kokemus – ensimmäisiä koko aikuisväestöä koskevia tuloksia. Gerontologia 35, 103–106. Viitattu 18.4.2021. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/103102/60241>

Kuntalaki 10.4.2015/410 muutoksineen.

Kutinlahti, E. 2021. Maksimaalinen hapenottokyky kestävyyskunnan mittarina. Viitattu 6.9.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Viitattu 26.1.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 muutoksineen.

Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi>

Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2017. Lihavuus. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 2.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Martelin, T., Nieminen, T., Sainio, P., Koskinen, S. & Tiikkainen, P. 2018. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 29.11.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Matilainen, J. Opinnäytetyön tutkimuslupa. Vastaanottaja: tanja.saarinen@koski.fi. Lähetetty 11.12.2020 klo 14.10. Viitattu 26.8.2021.

Muistiliiton www-sivut. 2021. Viitattu 10.4.2021. <https://www.muistiliitto.fi>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.4.2020. www.kaypahoito.fi

Mustajoki, P. 2020. Ikääntyneen lihavuus – milloin ja miten voi laihduttaa. Viitattu 2.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Muutosta Liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveystä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. 2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Viitattu 27.3.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3412-2>

Mäkilä, P., Hirvensalo, M. & Parkatti, T. 2008. Iäkkäiden jyväskyläläisten liikuntaharrastus ja sen muutokset 16 vuoden seuraututkimuksessa. Liikunta & tiede 45, 50–54. Viitattu 18.8.2021. <https://www.lts.fi>

Paahtama, S. 2016. Hyvinvoinnin edistämisen käsite ja sisältö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. ARTTU2-tutkimusohjelman julkaisusarja 7/2016. Viitattu 25.3.2021.

<https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2016/1776-hyvinvoinnin-edistamisen-kasite-ja-sisalto-arttu2-tutkimusohjelman>

Paavola, S. & Suominen, M. 2018. Katsaus ikääntyneiden ravinnonsaantiin ja ravitsemustilaan Suomessa. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä -hanke. Gerontologinen ravitsemus Gery ry. Viitattu 2.4.2021.

https://www.gery.fi/site/assets/files/1371/katsaus_ikaantyneiden_ravitsemuksesta.pdf

Partonen, T., Lundqvist, A., Wennman, H. & Borodulin, K. 2018. Uni. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 8.4.2021.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Peurala, S. & Paltanmaa, J. 2019. Terveysportti. TOIMIA-tietokanta. 6-minuutin kävelytesti. Viitattu 27.5.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00148/search/kuuden%20minuutin%20k%C3%A4velytesti#R2>

Rantanen, T. 2019. Sarkopenia. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3.–10. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 287–296.

Rouvinen-Wilenius, P. 2014. Kohti osallisuutta - mikä estää mikä mahdollistaa. Teoksessa A. Jämsén & A. Pyykkönen (toim.) Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Viitattu 18.4.2021. <https://www.pksotu.fi>

Saari, J. 2011a. Hyvinvoinnin kentät. Teoksessa J. Saari (toim.) Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. Viitattu 28.3.2021. <https://www.ellibslibrary.com>

Saari, J. 2011b. Johdanto. Teoksessa J. Saari (toim.) Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. Viitattu 28.3.2021. <https://www.ellibslibrary.com>

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A.-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50–65.

Sainio, P., Stenholm, S., Valkeinen, H., Vaara, M., Heliövaara, M. & Koskinen, S. 2018. Toiminta- ja työkyky. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 29.11.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Schwab, U. 2020. Ikääntyneiden ravitsemus. Viitattu 2.4.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 muutoksineen.

Sote-uudistuksen www-sivut. 2021. Viitattu 11.9.2021. <https://soteuudistus.fi>

- Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. 2013. Terveysportti. TOIMIA-tietokanta. Käden puristusvoima. Viitattu 27.5.2021. https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=tmm00141
- Suni, J. & Husu, P. 2012. Toimintakyky ja terveystoimintasuositukset Teoksessa J. Suni & A. Taulaniemi (toim.). Terveystoiminnan testaus: menetelmä terveystoiminnan edistämiseen. Helsinki: Sanoma Pro, 14–21.
- Suomen Geronomiliiton www-sivut. 2021. Viitattu 19.8.2021. <https://www.suomen-geronomiliitto.fi>
- Suomen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. 2020. Konsensus 2020: Aivot ja mieli. Viitattu 10.4.2021. <https://www.duodecim.fi>
- Suominen, M. 2013. Ravitsemus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485–494.
- Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Teoksessa A. Jämsén & A. Pyykkönen (toim.) Osallisuuden jäljillä. Saarijärvi: Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. Viitattu 18.4.2021. <https://www.pksotu.fi>
- Terveyden ja hyvinvointilaitoksen www-sivut. 2021. Viitattu 18.4.2021. <https://thl.fi>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 muutoksineen.
- Terveyskylän www-sivut. 2021. Viitattu 1.9.2021. <https://www.terveyskyla.fi>
- Terveysportin www-sivut. 2021. Viitattu 5.4.2021. <https://www.terveysportti.fi>
- Tilastokeskuksen PxWb-tietokannan www-sivut. 2021. Viitattu 28.02.2021. <https://pxnet2.stat.fi>
- UKK-instituutin www-sivut. 2021. Viitattu 27.5.2021. <https://ukkinstituutti.fi/>
- Unettomuus. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.4.2021. <https://www.kaypahoito.fi/>
- Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. 2014. Terveysportti. TOIMIA-tietokanta. SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Viitattu 27.5.2021. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00154?toc=307486>
- Valve, R., Itkonen, S., Huhtala, M., Jämsén, P., Mertanen, E., Mäkeläinen, P., Paavola, S., Raulio, S., Suominen, M. & Tuikkanen, R. 2018. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 73/2018. Viitattu 2.4.2021. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-624-9>
- Vasankari, T. 2014. Runsas istuminen lisää kuolemanriskiä. Suomen lääkirilehti 25–32, 1869–1870. Viitattu 27.3.2021. <http://www.ukkterveyspalvelut.fi>

Vasankari, T., Kolu, P., Kari, J., Pehkonen, J., Havas, E., Tammelin, T., Jalava, J., Koski, H., Pihlainen, K., Kyröläinen, H., Santtila, M., Sievänen, H., Raitanen, J. & Tokola, K. 2018. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018. Viitattu 10.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 5.4.2021. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vireyttä liikkumalla. Viikoittainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille. 2019. UKK-instituutin www-sivut. Viitattu 18.8.2021. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/liikkumisen-suositus-yli-65-vuotiaille/>

Vireyttä seniorivuosiin - Ikääntyneiden ruokasuositus. 2020. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus 4/2020. Viitattu 2.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-472-1>

Voimaa vanhuuteen www-sivut 2021. Viitattu 18.8.2021. <https://www.voimaa-vanhuuteen.fi>

World Health Organization. 2021. UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030. Viitattu 19.4.2021. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

TIEDOTE +65-VUOTIAIDEN HYVINVOINTIKARTOITUKSISTA KOSKELLA TL

Hyvinvointikartoitukseen osallistuminen

Olette osallistuneet ikäihmisten kokonaisvaltaiseen hyvinvointikartoitukseen 24.11.2020 Koskella TI.
Tuloksista olette saaneet palautteen kirjallisena ja suullisena 2.12.2020.

Vapaaehtoisuus

Hyvinvointikartoitukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista.

Hyvinvointikartoituksen tarkoitus

Hyvinvointikartoituksen tarkoituksena on saada tietoa osallistujien kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista eri osa-alueet huomioon ottaen. Tietoa tullaan käyttämään jatkosuunnitelmia tehtäessä kunnan Ikiliikkuja -hankkeeseen ja hyvinvointiryhmiä koottaessa. Tuloksia voi hyödyntää Satakunnan ammattikorkeakoulun geronomiopiskelija Tanja Saarisen opinnäytetyössä.

Hyvinvointikartoituksen toteuttajat

Hyvinvointikartoituksen järjestämisestä vastasi Kosken TI kunta.
Mittaukset toteuttivat Turun ammattikorkeakoulun opiskelijat.

Tietojen luottamuksellisuus

Hyvinvointikartoitusten tulokset ovat luottamuksellisia. Osallistujat ovat osallistuneet anonyymisti hyvinvointikartoitukseen, eikä tuloksista käy ilmi henkilöllisyyttä. Tuloksia käytetään vain tässä tiedotteessa mainittuun tarkoitukseen, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille.
Hyvinvointikartoitukseen osallistuneiden yhteystiedot ovat hyvinvointikoordinaattori Katri Honkalan hallussa.
Halutessanne, erillisellä suostumuksella tulokset siirretään potilastietojärjestelmään Härkätien sosiaali- ja terveyspalveluihin.
Halutessanne, erillisellä suostumuksella tuloksia voi hyödyntää opinnäytetyössään geronomiopiskelija Tanja Saarinen.
Tulokset tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistuttua tai Ikiliikkuja-hankkeen päätyttyä.

Lisätiedot

Lisätietoja antavat:
Hyvinvointikoordinaattori Katri Honkala, p. 044 744 1137, katri.honkala@koski.fi
Geronomiopiskelija Tanja Saarinen, p. 044 484 2808, tanja.saarinen@koski.fi

Koskella TI 2.12.2020

SUOSTUMUS

Hyvinvointikartoituksessa saatuja tietojani voi käyttää
Satakunnan ammattikorkeakoulun geronomiopiskelija
Tanja Saarinen opinnäytetyössään.

Koskella TI 2.12.2020

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____

Kosken TI kunta

Yli 65-vuotiaiden hyvinvointiryhmän testausten yhteenvetokaavake

Testattavan numero: _____ Ikä: _____

Testauspäivä	24.11.2020	4.8.2021
Antropometria		
• pituus		
• paino		
• BMI		
• vyötärön ympäryys		
6 minuutin kävelytesti		
• metrit		
• VO2 max		
• kuntoluokka		
Käden puristusvoima vas/oik		
• kuntoluokka		
Lyhyt fyysisen toimintakyvyn testistö (SBBP)		
• tasapaino		
• 4 m kävelynopeus		
• 5x tuolilta ylösnousu		

Muita huomioita:

Palautekysely hyvinvointiryhmäläisille

Vastaa mielellään kaikkiin kysymyksiin. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Palaute annetaan nimettömänä.

Palautteen avulla kehitämme hyvinvointiryhmää vielä paremmaksi.

Geronomiopiskelija Tanja Saarinen tulee hyödyntämään opinnäytetyössään saatuja palautteita.

LÄMMIN KIITOS KAIKILLE RYHMÄÄN OSALLISTUJILLE!

1. Ryhmään kannatti osallistua

- samaa mieltä
 eri mieltä
 en osaa sanoa

2. Suosittelen muille ikäihmisille ryhmään osallistumista

- samaa mieltä
 eri mieltä
 en osaa sanoa

3. Mistä asioista sait hyödyllistä tietoa?

4. Kaipaako jotain teemaa/asiaa mitä olisi tarvinnut käsitellä ryhmässä?

5. Mitä muuttaisit ryhmätoiminnassa?

6. Mitä ryhmässä opittuja asioita olet jo hyödyntänyt?

7. Mitä asioita aiot hyödyntää tulevaisuudessa?

8. Saavutin itselleni asettamani tavoitteet

- täysin/kaikki
 melkein kaikki
 vain muutaman
 en yhtäkään

9. Koen, että ryhmätoiminta on parantanut edellytyksiäni hoitaa

	on parantanut	ei ole parantanut	pysynyt samanlaisena
terveyttäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikuntakykyäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ravitsemustani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mielialaani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unta tai uneen pääsemistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tasapainoani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lihasvoimaani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toimintakykyä/päivittäisten toimintojen suorittamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Olisitko kiinnostunut osallistumaan jatkossa vertaistapaamisiin oman hyvinvointiryhmän kanssa?

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

11. Vapaa sana, risut ja ruusut, kehittämisehdotuksia ym.

Google ei ole luonut tai hyväksynyt tätä sisältöä.

Google Forms

Saatekirje hyvinvointiryhmään osallistuville

ARVOISA HYVINVOINTIRYHMÄÄN OSALLISTUJA

Olen vanhustyön opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyönäni tutkimusta Kosken TI kunnan ikäihmisille suunnatusta hyvinvointiryhmän toiminnasta ja sen tuloksista. Opinnäytetyöni tavoitteena on kertoa kokonaisvaltaisen hyvinvointikartoituksen sekä hyvinvointiryhmän sisältö, toteutus, tulokset testauksista ja palautteista sekä arvioida toteutunut toimintamuoto. Näiden perusteella voidaan kehittää toimintamuotoa paremmaksi.

Tutkimukseni aineistona käytetään kokonaisvaltaisen hyvinvointikartoituksen tuloksia, hyvinvointiryhmän palautetta sekä lopputestien tuloksia. Tutkimusaineistoa syntyy myös ryhmän vetäjän, hyvinvointikoordinaattorin ja minun tekemistäni havainnoista toiminnan aikana.

Tietoja käytetään vain tähän tutkimukseen. Tiedot tulevat näkymään anonyymeinä eli henkilöllisyys tai sukupuoli ei tule millään tavoin opinnäytetyössä ilmi. Tutkimukseen osallistuneiden henkilötiedot ovat vain hyvinvointikoordinaattori Katri Honkalan hallussa. Sitoudun hävittämään tutkimusaineiston opinnäytetyön valmistuttua itseltäni.

Liitteenä on suostumuslomake halutessanne täytettäväksi. Olette aikaisemmin antaneet suostumuksen kokonaisvaltaisen hyvinvointikartoituksen tulosten käyttämiseen opinnäytetyössäni palautepäivässä.

Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseuksessa nettiosoitteessa: www.theseus.fi

Annan tarvittaessa lisätietoa tutkimukseen tai ryhmätoimintaan liittyvistä asioista.

Yhteistyöstä kiittäen,

Tanja Saarinen
Vanhustyön AMK -tutkinnon (geronomi) opiskelija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Puh. 044 4842808
tanja.saarinen@koski.fi

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi kirjallista ja suullista tietoa Kosken Tl kunnan ikäihmisten hyvinvointiryhmän toiminnasta ja tarkoituksesta sekä siihen liittyvästä tutkimuksesta.

Olen tietoinen, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että sen voin keskeyttää milloin tahansa.

Annan suostumukseni siihen, että hyvinvointiryhmän lopputestin sekä palautekaavakkeen tuloksia voi käyttää hyvinvointiryhmän tulosten arvioimisessa tutkimuksessa. Tutkimustulokset näkyvät Tanja Saarisen opinnäytetyössä anonyymeinä eikä niistä voi päätellä henkilöllisyyttäni.

Olen tietoinen, että tutkimukseen kuuluu kokonaisvaltainen hyvinvointikartoitus, täyttämäni hyvinvointiryhmän palautekaavake, lopputestin tulokset sekä hyvinvointiryhmän toteutuminen kokonaisuudessaan.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys