
**IKÄÄNTYNEIDEN ENNALTAEHKÄISEVÄT
KOTIKÄYNNIT HÄMEENLINNASSA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2014

Janica Salomaa

Salla Naukkarinen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

| | | |
|------------------|---|-------------------|
| Tekijät | Janica Salomaa ja Salla Naukkarinen | Vuosi 2014 |
| Työn nimi | Ikääntyneiden ennaltaehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa | |

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hämeenlinnalaisten 75-vuotiaiden ikäihmisten elämäntilanteeseen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä ja selvittää onko Hämeenlinnassa tarvetta ennaltaehkäiseville kotikäynneille. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Hämeenlinnan kaupungille oman kunnan ikäihmisten terveydentilasta.

Työn tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska sen avulla saatiin tehtyä tilastollista analyysiä aineistosta. Aineisto kerättiin kotikäynnein Hämeen ammattikorkeakoulun terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden toimesta. Kotikäynnillä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin kvantitatiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu kotikäynneillä käytetyn haastattelulomakkeen aihealueista. Jokainen haastattelulomakkeessa esiintyvä aihe on avattu opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä mahdollisimman hyvin ja perustellusti, jotta tuloksia voidaan peilata tutkittuun tietoon.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että iso osa hämeenlinnalaisista 75-vuotiaista tarvitsee kotiin erilaisia tukipalveluja, koska yli puolet vastaajista haluaa jatkoyhteydenoton vuoden sisään opiskelijoiden tekemästä kotikäynnistä. Tulosten perusteella havaitsimme ikäihmisten tarvitsevan apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten siivouksessa sekä asiainnissa.

Tulosten perusteella hämeenlinnalaisten ikäihmisten terveydentila voidaan todeta hyväksi. Myös asuinolosuhteet ovat hyvät. Ikäihmiset toivovat heille suunnattuja aktiviteetteja omalle asuinalueelleen.

Avainsanat Ennaltaehkäisevä kotikäynti, ikääntyneet, hyvinvointi, toimintakyky

Sivut 57 s. + liitteet 11 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Janica Salomaa and Salla Naukkarinen **Year** 2014

Subject of Bachelor's thesis Preventive home visits in Hämeenlinna.

ABSTRACT

The purpose of this study was to clarify the major subjects that affect life situations and welfare of 75-year-old citizens in Hämeenlinna and find out if there was a need for preventing home visits. The objective was to produce information about the state of health of local elderly to the use of Hämeenlinna city.

In this study the research method was quantitative. In order to use quantitative methods a statistical analysis regarding the study material was produced. Material was received by students in nursing degree program in HAMK University of applied sciences. Receiving method was home visit and interview. The interviews were based on structured questionnaires. The theoretic context of the study constituted from the subjects which were used in the home visits and structured questionnaire.

Every subject of the questionnaire was explained in the theoretic context of this study to reflect results to scientific knowledge. According to the study results, it was discovered that a big part of the over 75 year-old citizens in Hämeenlinna need different support services. Most of the interviewees wish to be contacted during the following year. There was need for help in daily activities like cleaning and running errands.

The results show that the welfare of elderly can be considered as good. Also the living conditions are good. The elderly people hope that more activities would be provided in their living environments.

Keywords Preventive home visit, elderly, welfare, ability to function

Pages 57 p. + appendices 11 p.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT | 2 |
| 3 | IKÄÄNTYNEIDEN ASUMINEN JA LÄHIYMPÄRISTÖ | 3 |
| 3.1 | Asuinolosuhteiden ja lähiympäristön merkitys iäkkään asumiseen..... | 3 |
| 3.2 | Sosiaaliset suhteet | 4 |
| 4 | FYYSINEN AKTIVITEETTI..... | 5 |
| 4.1 | Liikunnan merkitys fyysisen toimintakyvyn tukemisessa | 5 |
| 4.2 | Liikunnan merkitys sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa..... | 7 |
| 4.3 | Geriatrinen kuntoutus | 8 |
| 4.4 | Liikuntasuunnitelma..... | 9 |
| 4.5 | Liikkumisen apuvälineet | 10 |
| 5 | LÄHEISTUKI | 11 |
| 6 | SOSIAALINEN AKTIVITEETTI | 12 |
| 7 | KAATUMISET | 13 |
| 7.1 | Sisäiset ja ulkoiset riskitekijät | 14 |
| 7.1.1 | Tasapaino ja aistitoiminnot..... | 15 |
| 7.1.2 | Kaatumiselle altistavat akuutit sairaudet | 16 |
| 7.2 | Kaatumisen ehkäiseminen..... | 17 |
| 7.2.1 | Voima- ja tasapainoharjoittelu | 17 |
| 7.2.2 | Terveysongelmien hoito ja ympäristö | 17 |
| 8 | LÄÄKITYS | 18 |
| 8.1 | Lääkeaineiden vaikutuksien muutokset ikääntyessä | 18 |
| 8.1.1 | Imeytymisen muutokset..... | 19 |
| 8.1.2 | Jakaantumisen muutokset..... | 20 |
| 8.1.3 | Hajoamisen muutokset | 20 |
| 8.1.4 | Erittymisen muutokset..... | 21 |
| 8.2 | Lääkkeiden yleiset haittavaikutukset | 21 |
| 8.3 | Lääkehoidon ongelmia | 22 |
| 9 | RAVINTO | 23 |
| 9.1 | Ikääntymisen aiheuttamat muutokset ruoansulatuselimistössä | 23 |
| 9.2 | Energian tarve ja ruokavalio | 24 |
| 9.3 | Vitamiinit ja kivennäisaineet..... | 24 |
| 9.4 | Ravitsemustilan arviointi..... | 26 |
| 9.5 | Ravinnon vaikutus lääkkeisiin | 27 |
| 9.6 | Virtsaamis- ja ulostamisvaivat | 27 |

| | |
|--|----|
| 10 FYYSSINEN JA PSYYKKINEN HYVINVOINTI..... | 28 |
| 10.1 Suun terveys | 28 |
| 10.2 Unen muutoksia..... | 29 |
| 10.3 Unettomuus | 30 |
| 10.4 Masennus..... | 31 |
| 10.5 Kivunhoito..... | 32 |
| 10.6 Näön ja kuulon muutokset..... | 33 |
| 10.6.1 Kuulon aleneminen..... | 33 |
| 10.6.2 Näön heikkeneminen | 34 |
| 11 TURVALLISUUS | 36 |
| 12 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT..... | 37 |
| 13 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS..... | 37 |
| 13.1 Tutkimusmenetelmä | 37 |
| 13.2 Aineiston kerääminen..... | 38 |
| 13.3 Aineiston analysointi..... | 38 |
| 14 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET..... | 39 |
| 14.1 Asuminen ja lähiympäristö..... | 39 |
| 14.2 Fyysinen aktiviteetti | 40 |
| 14.3 Läheistuki ja sosiaalinen aktiviteetti | 41 |
| 14.4 Kaatumiset..... | 42 |
| 14.5 Lääkitys | 43 |
| 14.6 Ravinto | 44 |
| 14.7 Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi | 44 |
| 14.8 Turvallisuus..... | 45 |
| 15 POHDINTA..... | 46 |
| 15.1 Eettisyys ja luotettavuus..... | 46 |
| 15.2 Johtopäätökset | 47 |
| 15.3 Jatkotutkimusaiheet..... | 49 |
| LÄHTEET | 51 |

Liite 1 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit keskusteluopas

Liite 2 Downton Fall Risk Index

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hämeenlinnalaisten 75-vuotiaiden ikäihmisten elämäntilanteeseen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Valitsimme aiheeksi ennaltaehkäisevät kotikäynnit, koska ennaltaehkäisevä vanhustyö on ajankohtainen aihe ja ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tehdään Suomessa melko vähän. Lisäksi ennaltaehkäisevän toiminnan tärkeys korostuu vanhusväestön määrän lisääntyessä.

Idea opinnäytetyön aiheesta tuli Reco-hankkeeseen liittyvästä kouluprojektista, joka toteutettiin Hämeen ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoilla vuonna 2012–2013. Projektissa käytiin pareittain tekemässä ennalta valituille ikäihmisille kotikäynti ja keskustelun runkona käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomake on Ruotsissa laadittu ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä varten ja suomennettu Suomessa käytettäväksi. Kotikäynnillä kartoitettiin monipuolisesti ikäihmisen eri elämänalueisiin liittyviä asioita sekä tarjottiin tietoa paikallisista palveluista. Reco-hankkeen tutkijayliopettaja Päivi Sanerma tarjosi kotikäyntien pohjalta täytettyjä kyselylomakkeita opinnäytetyötutkimuksen aiheeksi.

Reco-hanke on kansainvälinen hanke, joka toimii seitsemässä eri maassa Euroopassa 1.1.2011–31.12.2012. Hankkeen tarkoituksena on alueellisen yhteistyön avulla kehittää uusia menetelmiä ikäihmisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Hankkeessa on tarkoitus kehittää yhteistyömenetelmiä järjestöjen, kuntien, vapaaehtoistyön ja yliopistojen välillä, sekä hyvien käytäntöjen ja kokemusten jakaminen ja vaihtaminen. Reco-hanke toimii yhtenä osana Myllymäki-hanketta. Myllymäki-hankkeen tavoitteena on tarjota mahdollisimman monipuolisia palveluita Myllymäen alueella asuville ikäihmisille. (Kehittämiskeskus Häme Oy 2012.)

Tutkimustyön teoreettinen viitekehys mukailee ennaltaehkäisevän kotikäynnin kyselylomakkeen aihealueita. Tutkimusongelmilla olemme pyrkineet selvittämään, minkälaisia mahdollisia avuntarpeita ja riskejä hämeenlinnalaisilla ikääntyneillä on kotona asuessaan.

2 ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT

Ennaltaehkäisevän toiminnan tärkeys korostuu entisestään vanhusväestön määrän lisääntyessä. Ehkäisevällä toiminnalla tuetaan toimintakykyisten vanhusten säännöllisen palvelutarpeen siirtymistä myöhäisempään ajankohtaan. Useissa tutkimuksissa on todettu, että vanhukset haluavat asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Tämä edellyttää, että vanhus kokee olonsa kotona turvalliseksi ja tietää, mistä tarvittaessa saa apua ja tukea. (Häkkinen 2012, 24–27.)

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tavoite on ennakoida vanhuksen avuntarve, antaa neuvoa erilaisista tukipalveluista sekä lisätä turvallisuutta. Käynnillä pyritään löytämään vanhuksen omat voimavarat ja kannustetaan käyttämään niitä. Suomessa on paljon yksinäisiä vanhuksia, joilla ei ole sosiaalisia kontakteja. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien avulla saadaan vanhuk- sille kotiin tietoa esimerkiksi mahdollisuuksista osallistua päivätoimin- taan. Kotikäynnillä kartoitetaan myös kodin ja ympäristön turvallisuus. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tehdään pääasiassa yli 70-vuotiaille kotona asuville ikääntyneille, jotka eivät ole säännöllisesti sosiaali- ja terveystal- veluiden piirissä. (Häkkinen 2012, 24–27.)

Kotikäyntejä varten on laadittu keskustelurunko, joka ohjaa keskustelua eri teemojen ja apukysymysten mukaan (liite 1). Lisäksi kotikäynneillä voidaan mitata verenpaine ja tehdä erilaisia testejä, kuten kaatumisriskin arviointi (liite 2). Keskustelu käydään ikääntyneen ehdoilla. Kotikäynnillä käydään läpi palveluesitteitä ja muuta materiaalia ja annetaan niitä ikäih- misille luettavaksi. Palveluista tiedottaminen tulisi tapahtua iäkkään eh- doilla ja välttämättä liiallista tietotulvaa. Mukana olisi myös hyvä olla niiden henkilöiden yhteystietoja, joita ikääntynyt saattaa myöhemmin tarvita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Kotikäynnin loppuvaiheessa ammattilainen tekee johtopäätökset mahdolli- sista elämänlaatua uhkaavista riskitekijöistä sekä kotona selviytymistä mahdollistavista tekijöistä yhdessä iäkkään kanssa keskustellen. Jos riski- tekijöitä kertyy iäkkään kohdalla runsaasti, on syytä harkita seurantakäyn- tiä tai muulla tavoin tehostaa tilanteen seurantaa. (Terveyden ja hyvin- voinnin laitos 2013b.)

Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä on tehty yli 20 vuotta ja ensimmäiset ko- keilut suoritettiin Tanskassa. Kotikäynneistä on tehty tutkimuksia, mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Vuonna 2001 tehdyssä tutkimuksessa tu- lokset ovat olleet myönteisiä. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien vaikutuk- sesta kuolleisuus laski ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtyminen väheni. (Häkkinen 2002, 82.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN ASUMINEN JA LÄHIYMPÄRISTÖ

Kotona asuminen edellyttää ikäihmiseltä toimintakykyä, jolla suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kykyä selviytyä päivittäisestä elämästä. Ihmisen vanhetessa toimintakyky heikkenee yleensä asteittain, joka ilmenee ensin vaativien päivittäisten toimintojen suorittamisen hankaloitumisena. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi kutsujen järjestäminen, yhteiskunnallinen osallistuminen ja aktiivinen liikunta. Lopulta ikääntyminen johtaa päivittäisten perustoimintojen heikkenemiseen, kuten henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen, sängystä tai tuolista ylösnousemiseen ja kävelyyn. Toimintakyky on riippuvainen myös ympäristön toimintaedellytyksistä. Esimerkiksi hissittömässä kerrostalossa asuvan ikääntyneen, jolla fyysinen toimintakyky on heikentynyt, on vaikeampi selviytyä kun taas hissillisessä kerrostalossa asuvan selviytyminen on huomattavasti helpompaa. (Kan & Pohjola 2012, 43; Valta 2008; Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 438.)

Kotona mahdollisimman pitkään asumista voidaan pitää yleisesti tavoiteltuna asiana. Kotona asuminen on ikäihmiselle tärkeä ja merkittävä asia. Kotona hoidettavat päivittäiset askareet tuovat sisältöä elämään ja kotitöiden tekeminen ylläpitää itsetuntoa. Kotona asumisen merkitykseen vaikuttavia tekijöitä ovat autonomia, asuinolosuhteet, tyytyväisyys ja sosiaaliset suhteet. Autonomia tarkoittaa ikäihmisen omatoimisuutta ja itsemääräämistä mahdollistavat tekijöitä, joita ovat vapaus ja itsenäisyys, talous, terveys, toiminnallisuus ja turvallisuuden tunne. Turvallisuuden tunne on selkeä kotona asumisen ja näin ollen myös autonomian mahdollistaja. (Nykänen 2007, 59–67; Andersson 2008, 81.)

Terveysten merkitys korostuu iäkkään ihmisen elämässä ja on yksi iäkkään ihmisen itsenäisen elämän mahdollistaja. Iäkkäät voivat kokea omaan terveydentilaan liittyvät ongelmat raskaina, eivätkä he välttämättä jaksa tehdä kaikkia haluamiaan asioita. (Valta 2008, 81,89.)

3.1 Asuinolosuhteiden ja lähiympäristön merkitys iäkkään asumiseen

Sosiaali- ja terveystieteellinen tavoite tukea ikääntyvän väestön itsenäistä asumista edellyttää esteetöntä asuntoa ja lähiympäristöä. Suomessa on noin miljoona kerrostaloasuntoa joista 40 prosenttia on hissittömiä. Erityisesti kaupungeissa hissittömät kerrostalot ovat ongelmana. Maaseudulla ongelmana ovat yleensä asunnon puutteellinen varustetaso. Vuonna 2001 Tilastokeskuksen mukaan puutteellisesti asui 16,5 prosenttia yli 65-vuotiaista. Puutteellisesti varustettu asunto tarkoittaa, että siellä ei ole peseytymistiloja tai keskuslämmitystä. Ikääntyvän väestön kotona asumisen tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan asuntokannan korjausta sekä uusia esteettömiä asuntoja. Ikääntyneen asumis- ja lähiympäristöä tulisikin arvioida säännöllisesti ja muutostöihin ryhtyä heti ikääntyneen toimintakyvyn ja terveydentilan muuttuessa. (Pikkarainen 2007, 60; Olsbo-Rusanen & Väinänen-Sainio 2003, 16.)

Iäkkäät henkilöt pitävät kotia parhaana ja tärkeimpänä paikkana. Kotona selviytymiseen ollaan tyytyväisiä, vaikka joudutaankin käyttämään erilai-

sia apuvälineitä. Asunto on iäkkäille keskeinen paikka, ja sen viihtyisyys ja mukavuus ovat tärkeitä. Ikäihmiset arvostavat asuinympäristön tuttuutta ja turvallisuutta. Vanhat esineet ovat myös pidettyjä, sillä ne tuovat mieleen muistoja. (Valta 2008, 78–79.) Ikääntyneet pitävät myös merkittävänä asuinympäristön rauhallisuutta ja sitä, että he voivat vapaasti liikkua kotinsa ympäristössä tuntien olonsa turvalliseksi. Tärkeitä kodissa asumisen haluamista lisääviä tekijöitä ovat esteetön ulospääsy ja hissi. (Nykänen 2007, 69–72.)

Turvallinen ja esteetön ympäristö lisäävät omatoimista asioiden hoitamista ja aktivoivat liikkumaan. Vaikeuksia ikäihmisen liikkumisessa aiheuttavat erilaiset tasoerot jalankulkuympäristössä ja liikennevälineissä. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 30.) Tutkimuksessa Ruonakoski, Somerpalo, Kaakinen ja Kinnunen (2005, 61) selvittivät, että ikääntyneiden kokemat ongelmat liikkumisympäristössä liittyivät usein matkojen pituuteen ja levähtämismahdollisuuksiin sekä teiden ylittämiseen. Talvella liukkaus oli suurin liikkumista haittaava tekijä.

Välimatkat yleisiin palveluihin ovat yleensä kaupungin keskusta-alueella kävelymatkan päässä. Pientaloalueilla tai haja-asutusalueilla lähes kaikki palvelut ovat kaukana ja asiointimatkat liian pitkiä käveltäviksi. Näin ollen taksipalvelut ja esteettömät joukkoliikennepalvelut ovat välttämättömiä ikääntyvälle, joka asuu kaukana keskustasta. Ikääntyvien kotona asumisen ja selviytymisen kannalta keskeisiä palveluita ovat kauppa-, posti-, pankki-, apteekki-, sairaanhoito-, koti-, liikenne-, liikunta- ja kulttuuripalvelut. Ikääntyneen selviytymisen edellytykset voivat vaarantua, sillä asiointimahdollisuudet ja usein myös sosiaalinen toiminta on sidoksissa mahdollisuuteen käyttää joukkoliikennettä tai muita henkilökohtaisia kuljetuspalveluita. (Ruonakoski ym. 2005, 60; Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31.)

3.2 Sosiaaliset suhteet

Ihmisen ikääntyessä elämä saattaa hankaloitua mahdollisten fyysisten vaikeuksien takia. Tämän vuoksi sosiaaliset suhteet elämässä nousevat entistä merkityksellisemmiksi. Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen verkosto voivat edistää terveyttä ja suojata riskeiltä. Hyviksi koetut sosiaaliset suhteet auttavat selviytymään elämän erilaisista menetyksistä, sopeutumaan sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Toimiva sosiaalinen verkosto edistää psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä alentaa kuolemanriskiä. (Nykänen 2007, 79; Tiikkainen & Lyyra 2007, 72.)

Sosiaalisen ympäristön voidaan katsoa koostuvan perheenjäsenistä, sukulaisista, ystävistä, naapureista ja esimerkiksi harrastusten kautta saaduista ihmissuhteista. Hyvä sosiaalinen verkosto yhdistää ikääntyneiden ihmisten voimavaroja ja edistää vastavuoroisuutta ja vuorovaikutuksellisuutta. Yleisimmin ikäihmisten mielenterveyttä heikentää fyysisen rajoittuneisuuden ja avuttomuuden tunteen ohella sosiaalisten kontaktien vähäisyys tai puute. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31–32.)

Myös ajalla on vaikutusta sosiaalisiin suhteisiin. Pitkäkestoinen asuminen luo sosiaalisen suhteen asukkaan, paikan, kodin ja ympäristön välillä. Heikkisen (2001) mukaan elämä on vastavuoroista; elämässä syntyvät tunteet ja merkitykset tulevat koettujen ihmissuhteiden kautta ja ihminen on luotu toisen ihmisen seuraan. Sosiaalisista suhteista läheisin on oma lapsuuden perhe (Nykänen 2007). Tutkimusten mukaan sosiaalinen eristäytyneisyys, toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetys altistavat yksinäisyydelle (Tiikkainen 2006; Routasalo 2010, 413).

4 FYYSINEN AKTIVITEETTI

Ihminen kokee vanhentumisen selvimmin silloin, kun toimintakyky alkaa heikentyä. Säännöllisellä liikunnalla voidaan vaikuttaa toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen kotona. Liikunnalla edistetään fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Liikuntaa tulisi harrastaa päivittäin vähintään kolmenkymmenen minuutin ajan. Parasta liikuntaa ovat suuriin lihasryhmiin kohdistuvat lajit kuten kävely, uinti ja hiihto. Arkisten askareiden parissa tapahtuva liikunta kuten pihatyöt tai kauppaan kävely ovat tärkeitä liikuntamuotoja. (Alapappila & Koivisto 2003, 18.)

Ikäihmisille suositellaan kestävyysliikunnan ohella nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Liikuntaa voi harrastaa jokainen ihminen ikää katsomatta oman toimintakyvyn mukaan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 323.)

Vanhusten nuoruudessa liikunta oli jokapäiväistä elämää ja se näkyi esimerkiksi fyysisen työn tekemisenä sekä pitkien välimatkojen kävelen kulkemisena. Tämän vuoksi liikunnan jälkeinen hyvinolon tunne voi olla kokemuksena outo vanhuksille. Lisäksi taitojen puute voi olla esteenä vanhusten liikuntaharrastuksissa. Ennen vanhaan on ylläpidetty käsitystä siitä, että liikunta ei sopisi vanhuksille vaan ikääntyneenä olisi parempi levätä. Käsitys vahvistaa vanhusten liikkumattomuutta. (Partala 2009). Vanhusten fyysisen aktiviteetin tukemiseksi kaupungit ja kunnat järjestävät päivätoimintaa sekä tarjoavat vanhuksille erilaisia liikuntaryhmiä. Esimerkiksi Hämeenlinnan kaupunki tarjoaa ikäihmisille kumppanuustoimintaa, jonka tarkoituksena on luoda alueen ikäihmisille avoin, kumppanuuteen pohjautuva kohtaamispaikka.

On arvioitu, että yli 65-vuotiaista ihmisistä 1-2 prosenttia on aktiivisia veteraaniurheilijoita, 40 prosenttia kuntoliikkujia ja noin 60 prosenttia hyötyliikuntaa harrastavia ihmisiä. Vähemmän kuin joka kymmenes on liikunnallisesti passiivisia ihmisiä tai kunnoltaan niin heikentyneitä, että on ovat riippuvaisia muiden avusta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 323.)

4.1 Liikunnan merkitys fyysisen toimintakyvyn tukemisessa

Fyysisen toimintakyvyn keskeisimpiä osatekijöitä ovat hapenottokyky, lihasvoima, tasapaino ja koordinaatio, nivelliikkuvuus sekä kehon koostumus. Kaikkia edellä mainittuja voi liikunnan avulla kehittää. Vanhusten suoriutumista suhteessa ympäristön vaatimuksiin voidaan edistää joko pa-

rantamalla yksilön suorituskykyä tai alentamalla ympäristön vaatimuksia esimerkiksi apuvälineiden avulla. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 324.)

Monipuolinen liikunta ja fyysinen aktiivisuus ovat avainasioita toimintakyvyn ja itsenäisen elämän säilyttämisessä. Hyvän toimintakyvyn avulla edistetään elämänlaatua, koska silloin voi toteuttaa itselle tärkeitä asioita. Vireys paranee liikunnan ansiosta ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen on helpompaa. Liikunta lisää fyysistä hyvinvointia silloin kun se on säännöllistä, monipuolista ja riittävän usein toistuvaa. Mahdollisimman runsas jalkeilla olo sekä kohtuullisesti rasittavat arjen toiminnat kuten siivous ja portaissa kävely ovat hyviä liikunnallisia itsehoitomuotoja. (Alapappila & Koivisto 2003, 23.)

Liikunnan lisääminen päivittäisiin toimiin on oivallettava valintojen kautta. Esimerkiksi autoilun sijaan kannattaa valita kävely ja bussista on hyvä jäää paria pysäkkiä aikaisemmin pois. Liikunnan positiiviset vaikutukset kannustavat liikkumaan lisää, kun muistaa valita sellaisia liikuntamuotoja joista itse nauttii. (Alapappila & Koivisto 2003, 23.) Taulukossa 1. on kuvattuna hyödyllisiä liikuntamuotoja toimintakyvyn eri osa-alueille sekä osa-alueiden merkitys toimintakyvyn kannalta.

Taulukko 1. Liikunnan merkitys fyysisen toimintakyvyn hidastajana (Hartikainen & Lönnroos 2008, 325)

| Toimintakyvyn osa-alueet | Merkitys toimintakyvyn kannalta | Tehokkaita liikuntamuotoja |
|--------------------------|---|---|
| Lihaskoivu | Nostaminen, kantaminen, portaiden nousu | Kuntosaliharjoittelu, kuntosuunnittelu, arkiliikunta |
| Hapenotto | Pitkäkestoinen liikkuminen, kävely, siivoaminen | Kävely, pyöräily, uinti, patikointi, hiihto, soutu, arkiliikunta |
| Tasapaino | Kaatumisten ehkäisy | Erilaisissa maastoissa käveleminen, tasapainoharjoittelu, tanssi, voimistelu, pelit |
| Nivelliikkuvuus | Kurkottelu, pukeutuminen, arkipäivän askareiden suorittaminen | Venyttely, arkiliikunta |
| Havaintomotoriikka | Kaatumisten ja onnettomuuksien ehkäisy | Reagointia vaativat liikuntamuodot, pallopelit, tanssi |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Kehon koostumus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittävä lihasmassa • Luun tiheys • Sopiva rasvamassa • Liian suuri rasvamassa | <p>Edistää sairauksista ja leikkauksista toipumista</p> <p>Murtumien ehkäisy</p> <p>Toimii pehmusteena ja varravintona</p> <p>Lisää painoa ja vaikeuttaa liikumista</p> | <p>Kuntosaliharjoittelu</p> <p>Hyppyjä ja suunnan muutoksia sisältävä liikunta, pallopelit, tanssi</p> <p>Kaikki liikunta</p> |
|--|---|---|

4.2 Liikunnan merkitys sairauksien ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa

Ihmisen ikääntyessä keskushermoston toiminta hidastuu ja näin ollen aiheuttaa muistitoimintojen hidastumista. Muistiin vaikuttaa edistävasti aktiivisuus, motivaatio, riittävä uni, hyvä ravinto sekä liikunta. Muistia puolestaan heikentää passiivisuus, virikkeetön ympäristö, väsymys ja liikunnan puute. Liikunnan avulla voidaan kohottaa mielialaa ja vähentää masentuneisuutta. Liikunta ehkäisee masennusoireita, unettomuutta ja jännitystiloja. Liikunnasta koettu ilo ja nautinto tukevat fyysisen minäkuvan kehittymistä. Fyysinen minäkuva on osa persoonallisuutta ja mielenterveyden perusta, joten ruumiillisen eheyden tukeminen on tärkeässä asemassa iäkkäiden liikunnassa. Virkistystä tarjotaan hyvällä ilmapiirillä ja monipuolisilla vuorovaikutussuhteilla sekä mahdollisuudella luovuuteen. Oppiminen, onnistuminen ja toisten kanssa oleminen tuottavat kaikki hyvää mieltä. (Alapappila & Koivisto 2003, 23.)

Liikunnan vaikutus perustuu lihasten luonnolliseen kuormittamiseen. Kuormittaminen ja rentouttaminen purkaa lihaksiin patoutuneita jännityksiä. Samalla vaikutetaan kuntouttavasti sydämeen ja verenkiertoelimistöön sekä autonomiseen hermostoon ja sitä kautta keskushermostoon. (Alapappila & Koivisto 2003, 23.)

Säännöllinen liikunta hoitaa ja ennaltaehkäisee sepelvaltimosairauksia, diabetesta, verenpainetautiä ja ylipainoisuutta. Oikein valittu liikunta alentaa verenpainetta ja edistää aineenvaihduntaa. Lisäksi liikunta hidastaa osteoporoosia tai ehkäisee sen syntyä ja vähentää kaatumisriskiä. Luuston haurastumisen ehkäisyn kannalta parasta liikuntaa on sellainen, jossa paino on pitkien luiden päällä. Esimerkiksi hyppely sisältää kuormitushuippuja, jotka lisäävät reisiluun massaa ja vahvistaa reisiluuta. Nivelten päivittäinen liikkuttelu lisää ympäröivien lihasten elastisuutta ja pitää liikeradat suurina. Nivelten liikkuvuutta lisää esimerkiksi pyykin ripustus ja astiakaapin täyttäminen. (Alapappila & Koivisto 2003, 22, 24.) Liikunta, etenkin voimaharjoittelu vähentää nivelrikosta aiheutuvaa kipua (Liikunta 2012).

Hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto kohoaa kun kestävyysharjoittelua tehdään kolme kertaa viikossa. Teho on silloin riittävä kun ihminen hen-

gästyy ja hikoilee. Puheen pitää sujua harjoituksen aikana, muuten harjoittelu on liian raskasta. Hyviä kestävyyslajeja ovat sauvakävely, patikointi sekä erilaiset apuvälineiden kanssa tehtävät harjoittelut kuten hyppynarulla hyppiminen tai soutulaitteella soutu. (Alapappila & Koivisto 2003, 25.) Säännöllinen liikunta ehkäisee verenpaineen nousua ja suurentaa HDL kolesterolin pitoisuutta sekä pienentää LDL kolesterolin pitoisuutta veressä. Liikunta parantaa glukoositasapainoa ja sillä voidaan ehkäistä kakkostyyppin diabeteksen syntyä. Hyvä hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyky ehkäisee sepelvaltimotautia ja aivoinfarktia sekä niihin liittyviä kuolemia. (Liikunta 2012.)

4.3 Geriatriinen kuntoutus

Kuntoutuksen avulla voidaan kohentaa ikäihmisen toimintakykyä ja edistää terveyttä. Geriatriinen eli ikääntyneiden kuntoutus perustuu toiminnalliseen lähestymistapaan, mutta ammattilaisen tulee muistaa, että toimintakyvyn heikkenemisen takana on lähes aina sairaus. Kuntoutusta tarvitaan tavallisesti kohentamaan akuutin sairauden tai vamman aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä, mutta kuntoutus voi olla myös ennaltaehkäisevää. Riittävän aikaisin aloitettu kuntoutus parantaa vanhuksen omatoimisen elämän mahdollisuuksia. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 438–454.)

Ikäihmisillä on usein toisiinsa kytkeytyviä sairauksia, jotka voivat jäädä huomioimatta jos niitä ei osata etsiä. Ikäihmisten kuntoutuksessa käytetään geriatriasta kokonaisvaltaista arviointia, joka on osoittautunut useissa tieteellisissä tutkimuksissa vaikuttavaksi sekä vanhusten toimintakyvyn kohenemisen kannalta, että elämänlaadun parantumisen kannalta. Geriatriassa kokonaisvaltaisessa arvioinnissa kliinisen tutkimuksen rinnalla selvitetään fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä asuinympäristö. Arviointia tekee koko geriatriinen tiimi ja siinä käytetään hyväksi monia mittareita. Yleisimpiä mittareita ovat MMSE eli muistitesti, GDS eli masennustesti ja MNA eli ravitsemustilan arviointitesti. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Geriatrinen kuntoutuksen tavoitteena on ikäihmisen omatoimisuuden ja hyvinvoinnin optimointi. Kuntoutuminen vaatii kuntoutujalta sitoutumista ja halua kuntoutua. Omaiset otetaan alusta lähtien mukaan kuntoutukseen. Kuntoutus on suunnitelmallista tuen vähentämistä, mutta ikäihmisten ollessa kyseessä korostuu hoidon jatkuvuus. Geriatriinen kuntoutus ja arviointi rakentuvat tiedon keruusta, tavoitteiden asettamisesta, yhteistyöstä, arvioinnista ja seurannasta. Toiminnan vajauksesta eli toimintakyvyn heikkenemisestä kärsivän ikäihmisen tulisi pyrkiä täsmällisiin tavoitteisiin välitavoitteiden kautta ja omat toiveet huomioon ottaen. Tavoitteiden tulee olla realistisia, mutta samalla haastavia. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Suomen palvelujärjestelmät toimivat usein pienellä henkilöstömitoituksella, jonka vuoksi kuntoutumista edistävää työtettä on vähän ja kuntoutusyksikköön siirtymisessä on viiveitä. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan makuuttava, passiivinen sairaalahoito 60-kertaistaa toiminnan vajauksien riskin. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Ikäihmisten kuntoutukseen tulee varata riittävästi aikaa eikä johtopäätöksiä esimerkiksi ennusteesta saa tehdä ennen kuin kaikki mahdollinen on tehty kuntoutumisen hyväksi. Tavallisimpia ongelmia kuntoutusprosessissa ovat viiveet kuntoutuksen käynnistämisessä sekä huono asiakaslähtöinen toiminta. Huono asiakaslähtöisyys näkyy kuntoutujan motivaation puutteessa ja sitoutumattomuudessa. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin toteutumattomuus johtuu asian-
tuntemuksen puutteesta ja arvioinnin sekä ennaltaehkäisevän toiminnan toteutumattomuudesta. Omahoitajan puute voi näkyä kuntoutuksen huonona koordinoituna niin ammattilaisten kuin omaisten ja kuntoutujan välillä. Mahdollisuuksien luominen ja myönteinen asenne on kuntoutuksessa ensiarvoisen tärkeää. Konkreettinen keino on tarkastella toiminnan vajautta vahvuuksien ja heikkouksien näkökulmasta. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Geriatrinen kuntoutus muodostuu monista erilaisista tekniikoista, jotka voidaan jaotella koviin ja pehmeisiin tekniikoihin. Kovaan kuntoutukseen liittyy terapiahenkilöstön käsittely ja pehmeään muotoon potilaan neuvominen, ohjaaminen ja kuunteleminen. Useimmiten tarvitaan molempia kuntoutuksen muotoja. Kuntoutustoimenpiteitä käytetään toiminnan vajauksien eri vaiheissa. Niillä pyritään lykkäämään, vähentämään tai ehkäisemään toiminnan vajausta ja siitä johtuvia haittoja. Esimerkiksi lihasharjoitusohjelma voi helpottaa portaiden nousua ja parantaa ikäihmisen yleistä fyysistä aktiivisuutta. Mikäli kuntoutujan yleistila on niin huono, ettei hän kykene aktiiviseen harjoitteluun, ei ennuste kuntoutumisen kannalta ole paras mahdollinen. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Vakuuttavin näyttö geriatrisen kuntoutuksen tuloksellisuudesta on saatu akuutisti sairaiden ikäihmisten, aivohalvauksen sairastaneiden ja lonkkamurtuman saaneiden osalta kun on arvioitu toimintakyvyn kohenemista ja laitoshoitoon joutumisen todennäköisyyttä. Kustannusten vähenemisestä on myös näyttöä. Olennaista hyvien hoitotulosten saamiseksi on kuntoutuksen käynnistyminen viivytyksettä, hoidon organisointi, erikoistuminen sekä koulutus. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

Valtaosa kuntouttavasta toiminnasta kohdistuu liikunnan ongelmiin ja liikuntakykyä rajoittaviin sairauksiin. Lihassoiman lisäykseen ja tasapainon parantamiseen tähtäävien harjoitusten on todettu parantavan toiminnan rajoitteita. Esimerkiksi kävelynopeus paranee, portaiden nousu alkaa sujua ja lihasvoima paranee. Tutkimusten mukaan hitaasti haurastuneiden ikäihmisten intensiivinen ja pitkäkestoinen liikunta parantaa päivittäistä toimintakykyä. Tieteellistä näyttöä on myös ennaltaehkäisevästä kuntoutuksesta, kognitiivisesta kuntoutuksesta eli tiedollisesta ja älyllisestä kuntoutuksesta sekä toimintaterapeutin ohjauksesta. (Tilvis ym. 2010, 438–454.)

4.4 Liikuntasuunnitelma

Ikäihmisille suunnatun liikuntasuunnitelman tarkoituksena on ylläpitää ja parantaa iäkkäiden liikuntakykyä niin, että toimintakyky säilyisi ja kotona

asuminen olisi mahdollista mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn kannalta keskeisemmät lihasryhmät ovat alaraajojen lihakset ja sen vuoksi liikuntasuunnitelmassa painotetaan alaraajojen lihasvoimia vahvistavia liikuntamuotoja. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 334–338.)

Liikuntasuunnitelman laatii terveydenhuollon ammattilainen yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmaan kirjataan testeihin ja keskusteluun pohjautuva tavoite sekä suunnitelma tavoitteen saavuttamiseksi. Liikuntakykyä voidaan testata esimerkiksi tuolista ylösnousulla tai viivakävelyllä. Liikuntasuunnitelmaa laatiessa motivaation kannalta on tärkeää selvittää, kuinka tärkeäksi iäkäs kokee liikunnan harrastamisen ja mikä motivoi häntä liikkumaan. Sopivien liikuntalajien ja harrastuspaikkojen löytäminen on myös tärkeää. Myönteisten liikuntakokemusten saaminen on välttämätöntä liikuntamotivaation säilymiseksi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 334–338.)

4.5 Liikkumisen apuvälineet

Ikäihmisille tarjotaan apuvälineitä kun toiminnan vajavuuden vuoksi toimintatapojen muutokset eivät ole riittäviä. Apuvälineiden käyttö voi merkittävästi helpottaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista itsenäisesti. Tekniikka on usein tehokkaampi toiminnan vajavuuden lievittäjä kuin toinen ihminen. On kuitenkin otettava huomioon, että teknisten laitteiden väärinkäyttäminen voi edistää toimintakyvyn heikkenemistä. Apuvälineisiin turvauduttaessa tulee hoitohenkilökunnan huolehtia seurannasta ja apuvälineiden huollosta. Lisäksi tulee varmistaa, että asiakas osaa käyttää laitetta oikein. (Tilvis ym. 2010, 457–458.)

Apuvälineiden myöntäminen kuuluu kansanterveyslainsäädännön piiriin eli kunnat järjestävät asukkailleen apuvälineet. Kansanterveyslakia toteuttaa terveyskeskukset ja vastuu apuvälineisiin liittyvistä päätöksistä on yleensä lääkärillä. Apuvälinepalveluun liittyvää asiakastyötä tekevät fysioterapeutit, kuntohoitajat ja toimintaterapeutit. (Alapappila & Koivisto 2003, 41–42.)

Apuvälineen tarpeen toteaa useimmiten sairaanhoitaja tai lääkäri ja toimintakyvyn arvioinnin suorittaa fysioterapeutti joko asiakkaan kotona tai terveyskeskuksessa. Kun apuvälineen myöntämisen ehdot täyttyvät, väline myönnetään tuloista tai varallisuudesta riippumatta. Apuvälineen lainaamisesta tehdään kirjallinen sopimus ja asiakas on velvollinen palauttamaan apuvälineen kun tarvetta sille ei enää ole. (Alapappila & Koivisto 2003, 41–42.)

Liikkumisen apuvälineillä pyritään helpottamaan ja mahdollistamaan ikäihmisten liikkuminen. Iäkkäitä tulisi rohkaista apuvälineiden käyttöön. Tavallisimmat ikäihmisten käyttämät liikkumisen apuvälineet ovat kävelykeppi, rollaattori ja kyynärsauvat. Näissä etuina ovat korkeudensäätö ja helpokäyttöisyys. (Tilvis ym. 2010, 461–467.)

Apuvälineiden vaikuttavuudesta on tutkimuksia vähän ja tehtyjen tutkimusten menetelmällisten puutteiden vuoksi ei ole mahdollista tehdä johtopäätöksiä liikkumisen apuvälineiden vaikuttavuudesta. Yksittäisten tutki-

musten mukaan liikkumisen apuvälineet voivat vaikuttaa merkittävästi liikkumiseen, osallistumiseen, toimintaan ja elämänlaatuun. Apuvälineillä näyttäisi olevan myös vaikutusta ikäihmisen kykyyn osallistua yhteiskunnan toimintaan. Esimerkiksi eräässä tutkimuksen mukaan sähköpyörätuoli paransi merkittävästi aivohalvauspotilaiden osallistumista ja elämänlaatua. Apuvälineiden hyötyä ei voi määrittellä käyttötiheyden mukaan, sillä käyttö on tilannesidonnaista. Sen vuoksi toiminta ja osallisuus ovat tärkeimmät apuvälineen vaikuttavuuden osoittimet. (Tilvis ym. 2010, 461–467.)

5 LÄHEISTUKI

Ihminen tarvitsee sosiaalista tukea, jolla tarkoitetaan lähipiirin antamaa hyväksymistä, rakkautta ja arvostusta Ikääntyessä tulee yhä tärkeämmäksi, että läheisyyttä ja kiintymystä tuottavalta ihmissuhteelta saa myös konkreettista apua esimerkiksi arjen askareisiin. (Tiikkanen 2006, 55; Kan & Pohjola 2012, 23.)

Sosiaalinen tuki nähdään vuorovaikutusprosessina, jolla on positiivisia vaikutuksia yksilön sosiaaliseen, psyykkiseen tai somaattiseen terveyteen (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72). Toimintakyvyn heiketessä sosiaalinen verkosto, kuten sukulaiset ja ystävät käyvät yhä tärkeämmäksi. Mitä riippuvaisempi ikääntynyt on ulkopuolisesta avusta, sitä enemmän hänen elinpiirinsä kapenee lähiympäristöön, ja sosiaaliset kontaktit ulkopuolella vähenevät. (Kan & Pohjola 2012, 21.)

Ikääntyneet ihmiset haluavat säilyttää läheiset ihmissuhteensa, mutta ovat huolissaan itsenäisyytensä ja riippumattomuutensa menetyksestä. Toisaalta perhe ja lähiyhteisö tulisi ottaa entistä enemmän ja tavoitteellisemmin mukaan ikääntyneen ihmisen terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen, yksinäisyyden ehkäisemiseen ja kotona asumisen tukemiseen. Muutto palvelukotiin tai johonkin muuhun vieraaseen ympäristöön altistaa yksinäisyydelle. (Tiikkainen 2007, 158.)

Kotona asuminen on yleensä ihmisen oma toive, jonka toteutumisen omaishoitaja mahdollistaa esimerkiksi dementoituvan sairauden edetessä. Omaishoito on prosessi, johon läheinen liukuu yleensä huomaamattaan. Puolison tukeminen saattaa tuntua luonnolliselta, kun toinen tarvitsee enemmän apua. Etenkin puoliset kokevat toisen hoitamisen kotona palkitsevana, sillä se mahdollistaa pariskunnan yhdessäolon sairaudesta huolimatta. Omaishoitajaksi ryhtymisen motiiveiksi on tutkimuksissa havaittu muun muassa velvollisuudentunne, vastuuntunto, läheisyys, vastavuoroisuus, valinnan puute ja syyllisyys. (Lumme-Sandt 2008, 77–78; Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Savikko & Pitkälä 2007, 27.)

Omaishoitolaissa omaishoitaja määritellään henkilöksi, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen omaishoidon tuesta. Suomen omaishoidon verkosto määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka huolehtii perheenjäsenestään tai muusta läheisestä, joka ei itse sairauden, vammaisuuden tai muun erityisestä hoivan tarpeesta johtuen pysty selviytymään arjesta omatoimisesti. Suomessa on arviolta 300 000 omaistaan hoitavaa henkilöä, joista 60 000

olisi pysyvän laitoshoidon tarpeessa ilman omaishoitoa. (Järnstedt, Kaivola, Laakso & Salanko–Vuorela 2009, 7.)

Erilaiset palvelut ovat tärkeä osa omaishoivatilannetta ja myös omaishoitajan henkistä ja fyysistä jaksamista. Tehdyssä haastattelututkimuksessa selvisi, että palveluja käyttivät lähes kaikki omaishoitajat. Yleisimmin käytettyjä palveluja olivat siivousapu ja läsnäoloapu sekä vammaispalvelulain mukaiset taksimatkat. (Lipponen 2008, 46.)

Tärkein tukiverkko omaistaan tai läheistään hoitavalle on oma perhe tai lähipiiri. Kun hoidettava vielä selviytyy pienten apujen, kuten kauppapalvelun avulla, omaishoitoperhe pärjää usein pelkän epävirallisen avun turvin ilman yhteiskunnan tukimuotoja. Usein kuitenkin omaishoidon arki on vaativaa ja raskasta, jolloin arkea tulisi helpottaa yhteiskunnan tukimuodoin. Omaishoito tarvitsee tuekseen palvelut ja taloudellisen tuen hoidettavalle, hoidon onnistumiseksi tarvittavat hoitotarvikkeet, apuvälineet ja asunnon muutostyöt, riittävän taloudellisen ja henkisen tuen ja palvelut omaishoitajalle, sekä vapaa-ajan omaishoidosta. (Järnstedt ym. 2009, 8–9.)

6 SOSIAALINEN AKTIVITEETTI

Iän myötä sosiaalinen aktiviteetti vähenee johtuen muun muassa terveydellisistä syistä. Liikuntakyvyn heikentyessä mahdollisuus liikkua itsenäisesti saattaa hankaloitua ja omaehtoinen osallistuminen erilaisiin tilaisuuksiin estyä. Sosiaalisia taitoja saattaa heikentää yksinolo ja mahdollisuus psyykkiseen tukeen on vähäinen. Näin ollen vaarana voi olla mielialan lasku ja jopa masennus. Lähiomaisten on tärkeä huomioida vanhuksen yksinäisyys ja järjestää virikkeitä esimerkiksi vapaaehtoistoiminnan avulla. (Alapappila & Koivisto 2003, 44.)

Sosiaalisella aktiivisuudella on todettu olevan hyötyä erilaisiin terveysmuuttujiin. Sosiaalinen aktiivisuus pienentää kuolleisuutta, hidastaa toiminnanvajeen kehittymistä ja kognitiivista heikentymistä sekä pienentää laitoshoitoon sijoittamisen riskiä. Vähäinen sosiaalinen osallistuminen ja vaikutusmahdollisuuden vähäiseksi kokeminen ennustaa suurempaa riskiä sairastua sepelvaltimotautiin, dementiaan ja toiminnanvajeen kehittymiseen. Järjestötoiminnallinen aktiivisuus kuten osallistuminen vapaaehtoisjärjestöihin tai urheilujärjestöihin on yhteydessä hyvään itse arvioituun terveyteen. Henkiseen hyvinvointiin ja terveyteen on merkittävästi yhteydessä toisten auttaminen ja avun saaminen. (Pynnönen 2006, 8–9.)

Ikäihmisten sosiaaliseen aktiivisuuteen ovat yhteydessä asumisympäristö, koulutus ja ammatti. Eri tutkimusten mukaan puolison kanssa asuvilla naisilla on vähäisemmät sosiaaliset suhteet kuin yksin asuvilla iäkkäillä naisilla. Koulutus ja tulot ovat positiivisesti yhteydessä vapaaehtoistyön määrään. (Pynnönen 2006, 9–10.)

Sosiaalisen osallistumisen edistäminen on yksi tärkeä haaste tulevaisuudessa. Osallistumismahdollisuuksien kautta eri roolit vahvistuvat ja roolit puolestaan tuottavat arvostettuna olemisen ja johonkin kuulumisen tun-

teen. Sosiaalisen aktiivisuuden positiiviset vaikutukset välittyvät, kun vanhus kokee itsensä hyödylliseksi ja kyvykkääksi. Erilaisiin toimintoihin osallistuminen saattaa ylläpitää käsitystä itsestä hyödyllisenä ja kykenevänä sekä vahvistaa tunnetta elämänhallinnasta. (Pynnönen 2006, 12.)

Yksinäisyys on yleistä ikääntyneillä. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan 74-vuotta täyttäneistä kotona tai palveluasunnoissa asuvista 39 prosenttia kärsi toisinaan yksinäisyydestä ja 5 prosenttia kärsi usein tai aina. Yksinäisyyden tunnistaminen on haastavaa, sillä se ei ole pysyvä tila ja sen kokemista hävetään. Myös tilanne ja miten kysymys yksinäisyydestä esitetään, vaikuttaa yksinäisyyden kokemiseen. (Tilvis ym. 2010, 411–415.)

Ikääntyneiden yksinäisyys on yhteydessä oman ikäryhmän ystävien harvenemiseen kuoleman johdosta. Tämä johtaa myös sosiaalisen aktiivisuuden vähenemiseen ja elämänlaadun heikkenemiseen. Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa merkittävimmät ikääntyneiden yksinäisyyttä selittävät tekijät ovat masentuneisuus, pessimistinen elämänasenne, yksin asuminen, leskeys, tarpeettomuuden tunne, lasten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus sekä heikentynyt terveydentila. Yksinäisyys jatkuessaan johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, sairasteluun ja sosiaaliseen eristytymiseen. (Tilvis ym. 2010, 411–415.)

Ikääntyneiden yksinäisyyttä on pyritty lieventämään yksilö- ja ryhmäinterventioin. Ryhmäinterventio on ryhmäneuvontatilaisuus, joka perustuu vuorovaikutukseen. Suomalaisessa ikääntyneiden yksinäisyyden lievittämiseen pyrkivässä tutkimuksessa käytettiin psykososiaalista ryhmäkuntoutusinterventiota. Vanhuksista muodostettiin kahdeksan hengen ryhmiä, jotka kokoontuivat kerran viikossa. Interventoryhmien aiheina oli virike, taide, liikunta, keskustelu, kirjoittaminen ja terapia. Osallistujista 95 prosenttia koki yksinäisyyden lievittyneen ryhmäinterventioaikana. 40 prosenttia ryhmäläisistä jatkoi tapaamista vielä vuoden kuluttua ryhmän loppumisesta ja 45 prosenttia koki löytävän uusia ystäviä ryhmän kautta. Interventio oli myös taloudellisesti kannattava, sillä ryhmäläiset käyttivät huomattavasti vähemmän terveyspalveluja kuin aiemmin. (Tilvis ym. 2010, 415–416.)

7 KAATUMISET

Kaatuminen voidaan määritellä tapahtumaksi, jossa henkilö tahattomasti tai tahallisesti joutuu makaamaan lattialle tai muulle matalalle tasolle kuten WC-istuimelle, tuolille tai vuoteelle. Kaatumisriski on olemassa silloin, kun henkilö menettää tasapainonsa, eli kun keho siirtyy pois tukipisteestään. (Tideiksaar 2005, 26.) Kotona asuvista vanhuksista joka toinen ja palvelukodeissa ja laitoshoidossa asuvista joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. Kerran kaatuneella on suuri riski kaatua uudelleen ja kerran kaatuneista noin puolet kaatuu uudestaan (Sisäasiainministeriö 2012).

Vanhus voi menettää tasapainonsa päivittäisissä toiminnoissaan, kävellessään, istumaan ja seisomaan nousussa tai kumartuessa nostamaan pudon-

nutta esinettä lattialta. Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että naiset kaatuvat miehiä useammin. Naiset pelkäsivät kaatumista enemmän kuin miehet (Tilvis 2010, 330; Tideiksaar 2005, 26.)

Kaatumisen aiheuttaman vamman seurauksena monella iäkkäällä on vaarana menettää itsenäinen toimintakykynsä. Myös riski joutua laitoshiitoon kasvaa. Kaatumisriskiä voidaan vähentää tunnistamalla yksilölliset kaatumiselle altistavat tekijät ja niiden tekijöiden poistaminen. Yleisimpiä kaatumisen riskitekijöitä ovat aiemmat kaatumiset, heikentynyt liikkumiskyky ja tasapaino, sairaudet, lääkitys, heikentynyt näkö, kaatumisen pelko, liikkumisapuvälineiden käyttö, fyysinen liikkumattomuus ja yli 80 vuoden ikä. (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007.)

Kaatumisen taustalla on yleensä useita yhtäaikaista sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Kaatumisriskin on todettu nousevan riskitekijöiden lukumäärän lisääntyessä. Tutkimusten mukaan alle 80-vuotiaiden kaatumisissa korostuvat ulkoiset riskitekijät, kun taas yli 80-vuotiaiden riski kaatua johtuu todennäköisemmin sisäisestä tekijästä. Usein kaatumisen taustalla kuitenkin on monen samanaikaisen kaatumiselle altistavan tekijän yhteisvaikutus (Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008; Saari 2007, 204.)

7.1 Sisäiset ja ulkoiset riskitekijät

Kaatumisia aiheuttavia sisäisiä tekijöitä ovat ikääntymisen myötä kehossa tapahtuvat fysiologiset muutokset, erilaiset akuutti- ja pitkäaikaissairaudet, liikkumisen vaikeudet ja monet lääkkeet (Tideiksaar 2005, 27). Ulkoisia kaatumisen syitä ovat käytännössä asuntoon ja lähiympäristöön liittyviä riskitekijöitä, kuten portaikot, irtomatot ja liukkaus. Asunto ja sen välitön ympäristö ovat yleisimpiä ikääntyneen ihmisen tapaturmapaikkoja. Tutkimusten mukaan kahdeksalla kymmenestä iäkkäästä on kaatumisriskiä lisääviä ulkoisia tekijöitä ympäristössään. (Tilvis 2010, 330; Lyyra ym. 2007.)

Loog ja Puustelli (2011) tutkimuksessaan totesivat, että yli puolet tutkimukseen vastanneista (72,2 prosenttia) ilmoittivat, että heidän kotinsa turvallisuutta ei ollut kartoitettu kaatumistapaturmia varten. Myös monien liikkumisen apuvälineiden kuten rollaattorin, kävelykepin ja pyörätuolin käytön on todettu aiheuttavan epäsuorasti kaatumisia (Tideiksaar 2005, 42).

Ympäristön ja asuintilojen esteettömyys vaikuttaa osaltaan ikäihmisen turvalliseen liikkumiseen asuinympäristössään. Fyysisen ympäristön tulee tukea ikäihmisen jäljellä olevaa toimintakykyä. Ympäristön suunnittelussa tulee ottaa huomioon ikääntyvän ihmisen aistitoimintojen, kuten tasapainon, kuulon ja näön heikentyminen. Esteettömyyden kannalta on olennaista myös esteiden poistaminen jalankulkuväyliltä, teiden talvikunnossa pitäminen sekä esteettömien joukkoliikennemahdollisuuksien tarjoaminen. (Pesola 2001, 32; Ruonakoski, Somerpalo, Kaakinen & Kinnunen 2005, 19.)

7.1.1 Tasapaino ja aistitoiminnot

Tasapainojärjestelmän keskeinen hallintokeskus joka koordinoi eri aistijärjestelmistä tulevat viestit, sijaitsee pikkuaivoissa ja aivorungon alueella. Tämän vuoksi on tärkeä havaita, että aivosairaudet kuten infarktit, jotka paikallistuvat pikkuaivojen ja aivorungon alueelle, aiheuttavat huimausta. Isojen aivojen sairauksissa huimaus on harvoin merkittävää. (Ojala 2007, 25–26.)

Tasapainolla tarkoitetaan kehon kykyä ylläpitää asento stabiilina eli vaakaassa tasapainotilassa. Kykyä pitää keho stabiilina paikoillaan kutsutaan staattiseksi tasapainoksi. Dynaamisella tasapainolla tarkoitetaan kehon kykyä ylläpitää tasapaino liikkeessä. (Ahtiainen 2007, 187–188.)

Tasapainon säilyttäminen vaatii keskushermoston, lihasten ja luuston yhteistoimintaa, sekä riittävää näkökykyä ja lihasvoimaa. Nämä järjestelmät yhdessä vastaavat pystyasennossa pysymisestä. (Tideiksaar 2005, 30.)

Kehoa korjaavien liikkeiden eli oikaisurefleksien toiminta heikkenee vanhetessa, joten ikäihmisen horjahtaessa tasapainon löytäminen ja kaatumisen välttäminen on vaikeampaa. Korjausliikkeet ja suojelurefleksit tuotetaan muun muassa lihasten ja nivelten avulla. Lihasvoima alkaa heiketä merkittävästi 50. ikävuoden jälkeen. Erityisesti alaraajojen lihasvoiman heikkeneminen lisää kaatumisriskiä. Liikunnan vähäisyys, liikuntaa estävät sairaudet ja nivelten kulumat ovat keskeisiä lihastoimintaa heikentäviä tekijöitä. (Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008; Tideiksaar 2005, 32; Saari 2007, 205.)

Näkö- ja kuuloaistilla on keskeinen merkitys ihmisen tasapainon kontrolloinnissa ja niiden heikkenemisellä on todettu olevan yhteys iäkkäiden kaatumisiin. Näköaistin avulla pystymme myös osittain kompensoimaan tasapainoelimen heikkouksia ja vaurioita. (Ennis 2013.)

Vanhetessa silmän kyky sopeutua vaihteleviin valaistusolosuhteisiin heikkenee ja silmät tarvitsevat enemmän aikaa sopeutuakseen valaistuksen muutoksiin. Siirtyessään valoisasta hämärään, vanhuksen silmät ovat hetkellisesti lähes sokeat. Myös kirkas valo saattaa haitata näkökykyä. Esimerkiksi kiiltävät pinnat, kuten juuri vahattu lattia, saattaa heijastaa valoa niin, että lattialla olevia mahdollisia vaarakohtia ei erota. Vanhetessa näkökenttä myös kapenee ja avaruudellinen hahmotuskyky heikkenee. Kulkureitin varrella olevia esineitä sekä niiden varjo- ja heijastuskohtia ei helposti huomaa. Myös etäisyyksien hahmotuskyky heikkenee. Alentunut näköaisti lisää kaatumisriskin jopa kaksinkertaiseksi. (Tideiksaar 2005, 27–28; Pirilä 2012, 50.)

Kuulo heikkenee iän myötä. Kuulo-ongelmat ovat erittäin yleisiä; tutkimusten mukaan jopa 50 prosentilla yli 75-vuotiaista on alentunut kuuloaisti. Iäkkään näkö- ja kuulo-ongelmat heikentävät toimintakykyä ja lisäävät masennuksen riskiä. Yleisin kuulovammaisuutta aiheuttava syy ikääntyneillä on ikähuonokuuloisuus, joka johtuu sisäkorvan ja kuulohermoratojen rappeutumismuutoksista. Ikähuonokuuloisuuteen liittyy lähes aina myös tinnitusta, eli korvien soimista ilman ulkoista ärsykettä. Pahimmil-

laan tinnitus voi häiritä jokapäiväistä elämää ja johtaa unihäiriöihin, keskittymisvaikeuksiin ja masennukseen. (Lupsakko&Ikäheimo 2008, 146; Kuulonhuoltoliitto ry.)

7.1.2 Kaatumiselle altistavat akuutit sairaudet

Ikääntyminen ja sen myötä tapahtuvat fysiologiset muutokset eivät varsinaisesti yksinään aiheuta ikääntyneen kaatumista, vaan taustalla on usein jokin piilevä sairaus (Tideiksaar 2005, 37). Akuutit ja krooniset sairaudet kuten aivoverenkiertohäiriöt ja Parkinsonin tauti heikentävät ikääntyneen ihmisen liikunta- ja toimintakykyä lisäämällä kaatumisriskiä (Lyyra ym. 2007, 206).

Kallin, Jensen, Olsson, Nyberg ja Gustafson (2004) selvittivät tutkimuksessaan virtsatieinfektioiden, aivoverenkiertohäiriöiden ja pyörtymisen aiheuttavan suurimman osan kaatumisista. Edellä mainitut sairaudet saattavat aiheuttaa myös äkillisen sekavuustilan (delirium), joka osaltaan heikentää toimintakykyä ja näin ollen lisää kaatumisen riskiä. (Rahkonen & Laurila 2008, 71, 78.)

Monet vanhenemista aiheuttavat muutokset altistavat huimaukselle ja näin myös heikentävät tasapainoa. Huimausta aiheuttavista sairauksista yleisimpiä ovat aivoverenkiertohäiriöt, joita esiintyy aivovaltimon ateroskleroosin tai sydänperäisen tukkeuman seurauksena (Ojala 2007, 78 – 79; Tilvis 2010.)

Sydänsairauksista merkittävä huimausta aiheuttava tekijä on sick sinus syndrome eli sairas sinus oireyhtymä, jossa sydäntä tahdistava sinussolmuke menettää toimintakykyään ihmisen ikääntyessä. Oireena on tyypillisesti nopeiden ja hitaiden rytmihäiriöiden tiheä vaihtelu, joka aikaansaa huimausta ja pyöräytyksen tunnetta. (Kettunen 2008, 62; Ruikka, Sourander & Tilvis 1992, 190.)

Matala verenpaine ylösnousemisen yhteydessä eli ortostaattinen hypotensio on yksi yleisimmistä syistä huimauksen aiheuttamaan kaatumiseen. Iäkkäällä on tärkeämpää se, miltä tasolta verenpaine laskee kuin se, kuinka paljon verenpaine kokonaisuutena laskee. Matalalta tasolta pienikin verenpaineen lasku voi aiheuttaa kaatumisen. (Jäntti 2008, 291.)

Virtsanpidätyskyvyttömyys eli virtsainkontinenssi merkitsee, että ihminen ei pysty kontrolloimaan virtsaamista. Siitä seurauksena on virtsankarkailu. Virtsankarkailu on naisilla yleisempää kuin miehillä. Virtsainkontinenssi lisää kaatumisen riskiä etenkin huonosti liikkuvalla ikääntyneellä aiheuttamalla äkillisen virtsaamistarpeen esimerkiksi keskellä yötä (Nuotio 2008, 181; Ulmsten 2007, 9.)

7.2 Kaatumisen ehkäiseminen

Enemmistö ikääntyneistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jonka takia kaatumiselle altistavien vaaratekijöiden kartoittaminen tulisi tehdä mahdollisimman ajoissa. Kaatumisen paras ennaltaehkäisykeino on kartoittaa samanaikaisesti sisäiset ja ulkoiset riskitekijät ottaen huomioon ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn heikkoudet ja henkilökohtaisen elämäntilanteen (Saari 2007, 208).

Vaapion (2009) tutkimuksessa todettiin eräällä kaatumisen ehkäisyohjelmalla olevan positiivisia vaikutuksia ikäihmisen elämänlaadun psyykkisiin ja sosiaalisiin ulottuvuuksiin. Tutkimukseen osallistujista lähes kaikki pitivät kaatumisen ehkäisyä tarpeellisena. Säännöllisellä tasapainoharjoittelulla sosiaaliset kontaktit lisääntyivät ja ahdistuneisuus- ja masennusoireet vähenivät. (Vaapio 2009; Halvarsson, Franzen, Farén, Olsson, Oddsson & Ståhle 2012, 454.)

7.2.1 Voima- ja tasapainoharjoittelu

Säännöllinen tasapainon, kävelyn ja lihasvoiman harjoittaminen on tehokas keino ehkäisemään kaatumisia (Walter, Nikolaus, Schaaf & Hörmann 2008.) Tutkimuksessaan Halvarsson ym. (2012, 453–454) totesivat 12 viikon säännöllisen tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelun vaikuttavan positiivisesti kävelytasapainoon ja kaatumisen pelkoon.

Voimaharjoittelu tulisi suuntautua ylä- ja alaraajojen lihaksistoon. Alaraajojen lihakset kannattelevat kehoa painovoimaa vastaan. Myös yläraajojen voimaa tarvitaan esimerkiksi käyttämään apuvälineitä, kuten tarttumiskahvoja ja nousutukia. Voimaharjoittelua on mahdollista tehdä ikääntyneen toimintakyvyn mukaan eli maaten, istuma-asennossa tai seisten. (Good 2013, 268.)

Tasapainoa kannattaa harjoitella vielä silloin, kun se on suhteellisen hyvä. Harjoittelu suositellaan liitettäväksi esimerkiksi arkiaskareiden lomaan. Ikääntyneitä ihmisiä tulee kannustaa olemaan mahdollisimman paljon jalkeilla, sillä pystyasennon hallinta heikkenee, jos ikääntynyt viettää suurimman osan päivästä istuen tai maaten. (Saari 2007, 210.)

7.2.2 Terveysongelmien hoito ja ympäristö

Ikääntynytkin ihminen voi vaikuttaa terveyskäyttäytymisellään oman elämänsä laatuun ja terveyteen. Huono tuki- ja liikuntaelinten terveys johtaa helposti pahenevaan kierteseen, jossa oireet, kuten kipu ja elinpiirin rajoittuminen johtaa henkiseen ja fyysiseen uupumukseen ja masennukseen. Kivun hoito on myös osa terveystieteiden hoitoa, jolloin voidaan pitää yllä esimerkiksi nivelten liikkuvuutta ja näin ollen myös mahdollistaa riittävä lihaskunnon ylläpito. Tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö vähentävät luuston mineraalipitoisuutta ja edistävät osteoporoosin kehittymistä. (Saari 2007, 210; Bäckmand & Vuori 2010, 32–33.)

Kaatumiseen vaikuttavia tekijöitä voi olla ympäristössä niin kodin sisällä kuin kodin ulkopuolellakin. Seuraavat ehdotukset saattavat auttaa ehkäisemään kaatumisia kodissa ja lähiympäristössä:

- Matalakantaiset, mielellään kumipohjaiset kengät ja etenkin talvella lämpimät kengät ovat liikkeessä turvalliset.
 - Kaiteet auttavat pitämään tasapainon esimerkiksi portaissa kulkiessa.
 - Piha ja kulkureitit on syytä pitää puhtaana ja kunnossa.
 - Julkisissa paikoissa kannattaa varoa liukkaista tai märkiä lattiapintoja.
 - Jos tie näyttää liukkaalta, kannattaa vaihtaa reittiä tai oikaista esimerkiksi nurmikon poikki.
 - Ulkona liikkeessä kannattaa pitää puhelinta mukana, jotta tarvittaessa on mahdollisuus hälyttää apua.
 - Kotona lattialta kannattaa siirtää vaaralliset esineet pois, kuten johdot ja liukkaat matot.
 - Hyvä valaistus etenkin portaikoissa ja pimeällä helpottavat liikkumista.
 - Erilaiset tarttumiskahvat ja kaiteet auttavat siirtymisissä.
 - Kiire lisää kaatumisen riskiä.
- (Preventing Falls n.d. National Osteoporosis Foundation).

8 LÄÄKITYS

Ikäihmisten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt hurjasti viime vuosikymmenen aikana. Merkittävän iso osa vanhuksista käyttää samaan aikaan useita ja monen eri lääkärin määräämiä lääkkeitä. Tähän liittyy riski vakaviin yhteisvaikutuksiin ja päällekkäislääkityksiin. Lääkkeitä käyttävien vanhusten lääkityksen tarpeen arviointi on tehtävä vähintään kerran vuodessa. (Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet 2007.)

8.1 Lääkeaineiden vaikutuksien muutokset ikääntyessä

Kehon vanhenemiseen kuuluu monia muutoksia. Keskeisimmät niistä ovat hidastuminen, kuivuminen ja rasvoittuminen. Kehon ikääntyessä sairaudet yleistyvät ja se saattaa johtaa sairastuneiden elinten toimintojen heikkenemiseen. Tästä syystä lääkeaineiden vaikutukset muuttuvat. Lääkeaineiden imeytyminen, hajoaminen ja erittyminen muuttuvat. Käytännössä vanhenemismuutokset johtavat siihen, että lääkeaineiden vaikutukset tehostuvat ja kestävät pidempään. Lisäksi lääkkeiden haittavaikutukset kasvavat ja puoliintumisajat saattavat olla pitkiä. (Kivelä, S-L 2005, 33.)

Maailman terveysjärjestön mukaan 75–80 vuotta täyttäneillä ei tulisi olla samanaikaisesti käytössään kuin korkeintaan neljää eri lääkeainetta. Toisen suosituksen mukaan 75-vuotta täyttäneiden päivittäisen lääkeannoksen tulee olla yksilöllinen, yleensä puolet keski-ikäisen lääkeannoksesta tai jopa pienempi. Suositus koskee erityisesti keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 33.)

8.1.1 Imeytymisen muutokset

Ikääntyessä sylkirauhasten toiminta hidastuu ja syljen erityys vähenee. Tämä ilmenee suun kuivuutena. Myös monet lääkeaineet aiheuttavat syljen erityksen vähenemistä. Suun pinnalla on ohut limakalvo ja hiusverisuonisto, johon imeskeltävät tai suuhun sulavat lääkkeet imeytyvät. Vanhetessa hiusverisuoniston seinämät jäykistyvät ja suusta imeytyvät lääkkeet kulkevat hiusverisuonistoon hitaammin kuin nuorempana. Tämä vuoksi resoribletit eli kielenalustabletit hajoavat hitaammin suussa ja imeytyvät hitaammin verisuonistoon. Resoriblettien vaikutusta tulee odottaa ikäihmisillä 5–10 minuuttia normaalia kauemmin. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 34–36.)

Vanhetessa ruokatorven sidekudos jäykistyy, lihasvoima heikkenee ja rauhasten eritystoiminta vähenee. Ikäihmisen ruokatorven sisäpinta on usein kuivahko ja seinämän lihassupistelut saattavat olla heikkoja. Supistelujen tehtävänä on kuljettaa ruoka ja lääkevalmisteet mahalaukkuun ja iän myötä kuljettaminen hidastuu. Myös painovoima vaikuttaa ruuan ja lääkkeiden kulkeutumiseen, ja sen vuoksi lääkkeet tulee aina ottaa istuma-asennossa. Ruokatorvi kannattaa myös kosteuttaa vedellä ennen lääkkeiden ottoa. Lääkkeiden oton jälkeen tulee juoda lasillinen vettä, etteivät lääkkeet takerru ruokatorven seinämään. Ruokatorven seinämään tarttuneista tableteista vapautuva lääkeaine saattaa vaurioittaa ruokatorven limakalvoa ja pahimmillaan seurauksena voi olla seinämän puhkeaminen. Suoliston seinämän rakenne on samanlainen kuin ruokatorven, joten suolistossa esiintyy samanlaisia toiminnallisia muutoksia kuin ruokatorvessa. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 34–36.)

Ikäihmisillä mahalaukun rauhasten erityys on hitaampaa ja tämän vuoksi maha tyhjenee iäkkäillä hitaammin. Mahalaukun hidas tyhjeneminen saattaa hidastaa lääkeaineen vaikutuksen alkamista. Suurin osa lääkeaineista imeytyy ohutsuolessa. Ohutsuolen seinämän muutokset ja pinta-alan pieneneminen saattaa vanhetessa heikentää ravinnon ja lääkeaineiden imeytymistä. Hitaiden supisteluaaltojen vuoksi ruoka ja lääkeaineet viipyvät ohutsuolessa suhteellisen kauan. Kun imeytyminen tapahtuu pitkän ajan sisällä, on se tehokkaampaa kuin lyhyen aikavälin sisällä tapahtuva imeytyminen. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 34–36.)

Paksusuolesta imeytyy elimistöön vettä ja sen mukana lääkeaineita. Paksusuolen seinämän supistusaaltojen hidastuminen edistää veden ja lääkeaineiden imeytymistä. Tehokas veden imeytyminen johtaa kovaan ulostemassaan ja se yhdessä heikon supistustoiminnan kanssa altistaa ummetukselle. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 34–36.)

Peräsuoleen, emättimeen ja ihon alle annettavien lääkkeiden imeytyminen hidastuu iän myötä. Näin käy myös injektoiden osalla. Hidastuminen johtuu hiusverisuoniston seinämien jäykistymisestä. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 34–36.)

8.1.2 Jakaantumisen muutokset

Iän myötä lihasmassan ja muiden toiminnallisten kudosten sekä kehon veden osuus kehon kokonaispainosta vähenee ja rasvan osuus lisääntyy. Vesiliukoisten lääkeaineiden jakaantumista varten iäkkäillä on nuorempiin nähden kehossa vähemmän vettä. Lääkeainepitoisuudet nousevat iäkkäillä korkeammaksi kuin nuoremmilla, koska lääkeannoksen jälkeen lääkeainemolekyylejä on iäkkäillä pienemmässä vesimäärässä tiheämmin. (Kivelä, S-L 2005, 36–37.)

Elimistön kuivuminen vanhetessa johtaa siihen, että vesiliukoisten lääkkeiden teho kasvaa ja haittavaikutusvaara lisääntyy. Esimerkiksi tulehduskipulääkkeet ovat vesiliukoisia ja niiden vuorokausiannosten pitää olla iäkkäillä pienemmät kuin nuoremmilla henkilöillä. Rasvaliukoisten lääkkeiden ollessa kyseessä tilanne on toisenlainen. Kun rasvan osuus kokonaispainosta kasvaa, rasvaliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus suurenee. Tämä johtaa puoliintumisaikojen pitenemiseen. Rasvaliukoiset lääkkeet varastoituvat rasvaan vaikka se ei ole niiden vaikutuspaikka. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 36–37.)

Useat psyykenlääkkeet ovat rasvaliukoisia ja lääkeaineet vaikuttavat iäkkään ihmisen kehossa pidempään kuin nuorempien. Illalla otettu unilääke saattaa vaikuttaa vielä aamulla. Vaarana saattaa olla lääkeainepitoisuuden kohoaminen etenkin viikkojen tai kuukausien käytön aikana. Rasvaliukoisten lääkeaineiden haittana on myös varastoituminen rasvaan, ja lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen lääkeainetta siirtyy rasvasta vereen. Näin ollen lääkeaine saattaa vaikuttaa vielä useita viikkoja lopettamisen jälkeenkin. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 36–37.)

Lääkeaineita sitoo vereen albumiini ja sen pitoisuus veressä alenee iän myötä. Tämän vuoksi useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden veressä albumiinin sitoutumattomina kulkeutuvien lääkeaineiden määrä voi olla iso. Vapaat lääkeaineet ovat tehokkaita ja sen vuoksi lääkeaineen teho nousee. Myös tästä syystä iäkkäiden, jotka käyttävät montaa eri lääkevalmistetta vuorokaudessa, tulee lääkeannosten olla pienempiä kuin heitä nuoremmilla. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 36–37.)

8.1.3 Hajoamisen muutokset

Maksan muutokset johtavat lääkeaineiden hajoamisen hidastumiseen iäkkäillä. Sen vuoksi rasvaliukoiset lääkeaineet muuntuvat erityyvään muotoon hitaasti ja vaikutusajat pitenevät. Myös maksan sairaudet heikentävät lääkeaineiden hajoamista. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 37.)

Iäkkäiltä potilailta tulee selvittää lääkehoidon alussa laboratoriotutkimusten avulla maksan toimintakyky. Pitkäaikaisessa lääkehoidossa maksan toimintaa tulee kontrolloida säännöllisesti laboratoriotutkimusten avulla. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 37.)

8.1.4 Erittymisen muutokset

Munuaisten kyky erittää lääkkeitä heikkenee ikääntyessä. Yli 75-vuotiaiden lääkkeiden vuorokausiannosten tulee olla noin puolet keski-ikäisten annoksista. Munuaissairaudet heikentävät munuaisten erityskykyä ja ennen lääkeshoidon aloittamista tulee määrittää munuaisten erityskyky kreatiniinimäärityksellä. Kreatiniiniarvoa tulee seurata säännöllisesti laboratoriotokokein. Verinäytteestä määritetty kreatiniinipitoisuus on epätarkka, mutta toistaiseksi ei ole käytössä parempaa määritysmenetelmää. Epätarkkuuden selittää kreatiniinin tuotantokanavat elimistössä. (Kivelä, S-L 2005, 37–38.)

Kreatiniini on lihaksiston normaalin aineenvaihdunnan tuotos ja se on kuona-aine. Munuaiset erittävät kreatiniinia virtsaan ja näin jatkuvasti muodostuvaa kreatiniinia poistuu koko ajan. Laboratoriotokokeissa määritetty kreatiniinipitoisuus riippuu lihaksistossa tietynä aikayksikkönä tuotetun kreatiniinin määrästä, sekä munuaisissa samaan aikaan eritetyn kreatiniinin määrästä. Vaikka kreatiniiniarvo iäkkäällä olisi normaali, on tieteellisissä tutkimuksissa havaittu, että munuaisten erityskyky on selvästi heikentynyt. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 37–38.)

8.2 Lääkkeiden yleiset haittavaikutukset

Lääkkeiden haittavaikutukset saattavat olla ongelmallisia ja johtaa jopa sairaalahoitoon. Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa lääkkeiden haittavaikutukset on todettu hoidon syyksi hieman useammalla kuin joka kymmenennellä potilaalla, jota on hoidettu geriatrisessa sairaalassa. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat muun muassa sekavuus, huimaus, voimattomuus, verenpaineen lasku, ummetus, pahoinvointi, vapina ja unettomuus. Monen haittavaikutuksen syynä on usein masennuslääkkeiden, unilääkkeiden ja opioidikipulääkkeiden samanaikainen käyttö. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 39–45.)

Brittiläisessä lääketieteellisessä lehdessä (*British Medical Journal*) julkaistiin vuonna 2004 heinäkuussa tutkimus, jossa tutkittiin lääkkeiden haittavaikutusten ja haitallisten yhteisvaikutusten aiheuttamia sairaalahoitoja. Tutkimuksessa oli mukana kaksi brittiläistä yleissairaalaa ja kuuden perättäisen kuukauden aikana hoidettuja aikuisia potilaita. Tutkimuksen mukaan 6,5 prosenttia potilaista oli joutunut sairaalahoitoon lääkkeiden haittavaikutusten tai haitallisen yhteisvaikutuksen takia. Suurin osa lääkehaitoista kärsivistä oli iäkkäitä potilaita. Tulehduskipulääkkeiden aiheuttamat maha-suolikanavan verenvuodot olivat yleisin sairaalahoitoon johtanut haittavaikutus. Toiseksi yleisin syy oli neste-poistolääkkeiden haittavaikutukset, kuten verenpaineen lasku sekä kihti. Myös opioidikipulääkkeiden aiheuttamat oireet kuuluivat haittavaikutuksiin, jotka olivat johtaneet sairaalahoitoon. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 39–45.)

Iäkkäille ihmisille syntyy nuoria herkemmin sairaalahoitoa vaativia haittavaikutuksia. Mitä useampaa lääkettä käyttää samanaikaisesti, sitä suurempi todennäköisyys on haitallisille yhteisvaikutuksille. Haittavaikutus voi syntyä myös siksi, että toisen sairauden hoitoon tarkoitettu lääke huonon-

taa toisen sairauden hoitotasapainoa. Myös eri lääkevalmisteilla voi olla samantyyppisiä haittavaikutuksia ja kahden tai useamman tällaisen lääkkeen käyttö voi johtaa hankaliin haittavaikutuksiin. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 39–45.)

Haitalliset vaikutukset syntyvät useiden mekanismien kautta. Monet niistä ovat lääkkeiden oikeita vaikutuksia väärissä elimissä. Ongelmia voi aiheutua siksi, koska lääkeaineiden sitoutumispaikkoja on muissakin elimissä kuin varsinaisessa kohde-elimessä. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 39–45.)

Todellisia täsmälääkkeitä on vähän. Täsmälääke vaikuttaa ainoastaan elimistön toivotussa osassa. Esimerkkinä täsmälääkkeestä on tietyn rintasyöpätyypin hoitoon käytettävä lääke, jolle on omat reseptorit vain tiettyssä syöpäkudoksessa. Täsmälääkkeillä ei ole haittavaikutuksia, koska lääkeaineelle ei ole sitoutumispaikkoja muualla kuin sen oikeassa kohdepaikassa. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 39–45.)

8.3 Lääkehoidon ongelmia

Ongelmia ikäihmisten lääkehoidon toteutumiseksi voivat aiheuttaa erilaiset toimintavajeet. Näön heikentyminen voi johtaa siihen, ettei pillereitä näe kunnolla ja tällöin lääkkeitä voi jäädä ottamatta. Käsien vapina ja nielemisvaikeudet voivat myös aiheuttaa ongelmia lääkehoidon toteutumisessa. Osan lääkevalmisteista saa puolittaa tai jauhaa, mutta asia on aina ensin varmistettava apteekista tai lääkäriltä. Jos tabletissa on jakouurre, sen voi tarvittaessa puolittaa. Hitaasti liukenevat tabletit sekä pitkävaikutteiset lääkkeet pitää yleensä ottaa kokonaisina. Jos edellä mainittuja lääkkeitä murskaa tai puolittaa, voi vaikutus alkaa liian nopeasti ja liian voimakkaana tai vaikutus voi myös hävitä liian aikaisin. (Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä n.d.)

Yhdellä ihmisellä voi olla käytössään montaa eri lääkevalmistetta. Lääkeannostelija eli dosetti on hyvä apu jos käyttää useaa lääkevalmistetta samanaikaisesti. Siitä voi tarkistaa myös onko muistanut ottaa lääkkeet. Lääkeannostelijoita voi ostaa apteekista. On myös hyvä selvittää itselleen kaikkien lääkkeiden käyttötarkoitus. On tärkeää erottaa, mikä lääke on tarkoitettu jatkuvasti käytettäväksi ja mikä tarvittaessa otettavaksi. Markkinoilla on runsaasti tarjolla itsehoitolääkkeitä ja luonnonlääkkeitä. Myös näillä lääkkeillä voi olla sivuvaikutuksia ja yhteisvaikutuksia. (Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä n.d.)

Sairausvakuutus korvaa osan lääkkeiden hankkimiskuluista. Silti omavastuuosuus voi olla liian suuri itse maksettavaksi. On hyvä keskustella lääkärin kanssa lääkekustannuksista, sillä lääkäri pystyy arvioimaan, voiko jonkun lääkkeen annosta pienentää tai voiko jopa lääkkeen lopettaa. Tietyistä lääkkeistä on mahdollista saada erityiskorvausta, mutta siihen tarvitaan lääkärin lausunto, joka toimitetaan Kelaan. (Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä n.d.)

Suurin osa lääkehoitoon liittyvistä ongelmista johtuu vanhenemisen aiheuttamista kehon muutoksista. Onkin tärkeää, että kehon muutoksien mer-

kityksestä lääkehoitoon sovelletaan iäkkäiden lääkehoidossa. Iäkkäiden lääkehoidon toteuttaminen edellyttää tietoa myös tavanomaisista vanhenemismuutoksista. Lääkehoitoa toteuttavat tahot tarvitsevat tietoa myös terveyskäyttäytymisen vaikutuksista sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Lisäksi hoitohenkilökunnan on oltava tietoinen siitä, mitkä ovat muiden kuin lääkehoidon vaikutukset sairauksien paranemisessa tai oireiden lievitymisessä. Oikeiden lääkeannosten määrittäminen, haittavaikutusten seuranta sekä lääkkeen vaikutuksen seuranta, lääkkeettömän hoidon toteutus ja haitallisten yhteisvaikutusten ehkäiseminen ovat tärkeitä asioita iäkkäiden lääkehoidossa. (Kivelä, Sirkka-Liisa 2005, 19–20.)

9 RAVINTO

Hyvä ravitsemus ja liikkuminen edistävät ikäihmisen terveyttä ja parantavat toimintakykyä selviytyä arkiaskareista (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 143). Ikääntyneen henkilön ravitsemuksen tavoitteita ovat hyvä ravitsemustila, riittävä toimintakyky ja hyvä elämänlaatu. Fysiologisten muutosten lisäksi vanhenemiseen liittyvät sosiaaliset, taloudelliset ja psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa ikääntyneen ravitsemustilaan. Huonon ravitsemustilan riskiryhmään kuuluvat muun muassa pitkäaikaissairaat, yksinasuvat, useita lääkkeitä käyttävät, masentuneet ja runsaasti alkoholia käyttävät vanhukset. (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2008, 85.)

Ruokailu ei ole pelkästään energian ja ravintoaineiden tarpeen tyydyttämistä, vaan ruokailuun liittyy paljon myös sosiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä. Tutkimusten mukaan ruokailuun liittyvillä sosiaalisilla ja psykologisilla tekijöillä voidaan parantaa iäkkäiden ravitsemustilaa ja elämänlaatua. Yksinjäämisen seurauksena ruokailutilanne muuttuu ja yhdelle ihmiselle ruoan laittaminen voi tuntua turhautavalta. Ruokaseura ja ruoan yhdessä valmistaminen voivat motivoida ja auttaa kunnollisiin ja täysipainoisiin valintoihin. Apuna tässä voivat olla omaiset tai esimerkiksi ateriapalvelu. (Suominen 2006, 19–20, 29.)

9.1 Ikääntymisen aiheuttamat muutokset ruoansulatuselimistössä

Vanheneminen saa aikaan ikääntyneen kehossa muutoksia, jotka lisäävät ravitsemushäiriöiden riskiä ja ruoansulatuksen toiminnallisia häiriöitä (Räihä 2012, 281–282.) Kehon koostumus muuttuu iän myötä, jolloin elimistön nestepitoisuus ja solumassa vähenevät. Ikääntyessä ruoansulatus hidastuu; mahalaukku tyhjenee hitaammin ja ravintoaineiden imeytyminen ohutsuoletta heikkenee. Myös luuston tiheys pienenee ja osteoporoosin riski kasvaa. Luuston haurastuminen ja siitä johtuvat luunmurtumat ovat erityisesti naisilla yleisiä, koska naisten luuston tiheys on miehiä pienempi ja vaihdevuosien jälkeen luuston tiheyden lasku kiihtyy. (Suominen 2006, 11; Haglund ym. 2007, 142.)

Yksi merkittävimmistä muutoksista ikääntyneen ruoansulatusjärjestelmässä on mahalaukun suolahappoerityksen väheneminen. Suolahapon erityksen väheneminen johtuu mahalaukun limakalvon surkastumisesta. Noin

kolmasosalta ikääntyneistä on löydettävissä jonkin asteinen mahalaukun limakalvon surkastuma, joka on yleensä oireeton. Suolahapon erityksen väheneminen ja limakalvon merkittävä oheneminen voi johtaa B12-vitamiinin imeytymishäiriöön ja anemiaan. Hapottomuus voi johtaa myös kalsiumin ja raudan imeytymishäiriöön ja lisätä haitallisten bakteerien määrää ruoansulatuselimistössä. (Räihä 2012, 283.)

9.2 Energian tarve ja ruokavalio

Energian tarpeeseen vaikuttavat perusaineenvaihdunnan lisäksi myös fyysisten toimintojen aiheuttama energiankulutus. Perusaineenvaihdunta kuluu jopa 80 prosenttia kehon energiantuotosta. Perusaineenvaihduntaan kuuluvat kaikki välttämättömät perustoiminnot kuten aivotoiminta, lämmönsäätely, sydämen- ja verenkiertoelimistön toiminta sekä hengittäminen. Ikääntyneen ihmisen elintoimintojen hidastuessa ja lihaskudoksen surkastuessa perusaineenvaihdunta hidastuu. Ikääntyneillä perusaineenvaihdunnan hidastuminen ja fyysisen aktiivisuuden väheneminen vähentävät energian tarvetta. (Niemi 2006, 8–10.)

Ikäihmisen ruokavalio kootaan ruokaympyrän mukaisesti suosimalla täysjyväviljavalmisteita, perunaa, monipuolisia kasviksia, hedelmiä ja marjoja, maitovalmisteita, lihaa ja kalaa. Säännölliset ruokailuajat ovat tärkeitä ikääntyneelle ja näin myös verensokeri pysyy tasaisena. (Ihanainen ym. 2008, 87.)

Tärkeimpiä ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä on proteiinin saanti. Proteiinin tarve on noin yksi gramma painokiloa kohden ja monet sairaudet nostavat tarvetta vielä enemmän. Riittävä proteiinien saanti on keskeistä, sillä kun proteiinia saadaan tarpeeksi, lihasmassa ja -voima säilyvät pidempään ja näin ollen ehkäisee myös kaatumisriskiä Ravintokuitupitoinen ruoka, runsas juominen ja liikunta ehkäisevät ummetusta. (Haglund ym. 2007, 145–147; Ihanainen ym. 2008, 86.)

Ikääntyneen nesteen saanti voi usein jäädä vähäiseksi. Ikääntyneellä janon tunne heikkenee. Koska veden määrä kehossa vähenee iän myötä, nestevaigus saattaa ikääntyneellä olla paljon vakavampaa kuin nuorilla. Suositeltava nestemäärä on vähintään puolitoista litraa päivässä. (Suominen 2006, 46; Ihanainen 2008, 88.)

9.3 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Vitamiinit ja kivennäisaineet ovat välttämättömiä ravintoaineita, jotka osaltaan ylläpitävät elimistön toimintaa ja säätelyjärjestelmiä (Freese & Voutilainen 2012, 88). Vaikka ikäihmisen energiantarve laskee, ravintoaineiden kuten vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve ei katoa. Sairauksien yhteydessä on perusteltua myös käyttää vitamiini- ja kivennäisainelisiä tai täydennysravintovalmisteita. (Suominen 2006, 13.)

Ikäihmisen ravinnon on oltava ravinteikasta, koska pienestä ruokamäärästä on saatava tarvittavat ravintoaineet. Ravintoaineiden saanti riippuu myös syödyn ruoan määrästä. Jos syö esimerkiksi vain osan ruoka-annoksestaan, kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti jää vähäiseksi. Varsinaiset vitamiinien puutostaudit ovat länsimaissa ikääntyneilläkin harvinaisia, mutta ainakin D-vitamiinia suositellaan lisänä ikääntyneen ruokavalioon. Tutkimusten mukaan Suomessa D-vitamiinin saanti ravinnosta oli suosituksia alhaisempaa, mutta ravintoainevalmisteiden käyttö lisäsi D-vitamiinin ja B12-vitamiinin saantia. D-vitamiini lisää kalsiumin ja fosfaatin imeytymistä ja siten turvaa luuston kestävyuden kannalta olennaisten ravintoaineiden saannin. Huolehtimalla ikääntyneen riittävästä D-vitamiinin saannista voidaan ehkäistä osteoporoosin syntyä. (Lamberg–Allardt & Kröger 2012, 320; Haglund ym. 2007, 146–147; Suominen 2006, 15; Rähä 2012, 285; Finravinto 2007.)

C-vitamiinia saa vihanneksista, marjoista ja hedelmistä. C-vitamiinin puutos eli keripukki aiheuttaa verenvuotoa ja mustelmataipumusta, lihasheikkoutta, haavojen hidasta paranemista ja luukipuja. C-vitamiini heikentää oleellisesti kehon vastustuskykyä. (Hänninen, Rauma, Laaksonen & Mattila 2003, 55; Freese & Voutilainen 2012, 109.)

B-vitamiinien ryhmästä kaikkia vitamiineja saadaan tavallisesti samoista ruoka-aineista, kuten liha, maksa, kala, täysjyvävalmisteet, maitovalmisteet ja kananmuna. B-vitamiineista tiamiinin, riboflaviinin ja foolihapon (foliaatti) saanti ravinnosta on niukempaa kuin keskimääräinen tarve. Foolihapon vähäinen saanti aiheuttaa anemiaa ja samantapaisia neurologisia oireita kuin B12-vitamiinin puute. Foolihapolla katsotaan myös olevan sydän- ja verisuonisairauksia ehkäisevä vaikutus. B12-vitamiinilla on epäilty olevan yhteyttä dementoiviin sairauksiin. (Rähä 2012, 287; Hänninen ym. 2003, 59; Haglund ym. 2007, 65–66; Finravinto 2007).

Kalsium on elimistön yleisin kivennäisaine, jonka tärkein tehtävä on osallistua luiden ja hampaiden muodostukseen ja uusiutumiseen. Luusto toimii kalsiumin varastona, josta sitä myös vapautuu tarpeen mukaan muualle elimistöön. Vanhetessa keho ei enää pysty korvaamaan niin hyvin luustosta vapautunutta kalsiumia, joten luusto haurastuu ja kehittyy osteoporoosia. (Hänninen ym. 2003, 47; Ihalainen ym. 2008, 192.)

Kaliumia on elimistössä runsaasti, ja suurin osa siitä on varastoituneena lihaksiin. Kaliumilla on tärkeä merkitys muun muassa hermoimpulssien siirrossa ja lihasten supistumisessa. Normaalisti kaliumin saanti ravinnon kautta on riittävää, mutta esimerkiksi joidenkin lääkkeiden käyttö saattaa aiheuttaa nopeita muutoksia veren kaliumpitoisuuteen. Kaliumpitoisuuden vaihtelulla voi olla vaikutuksia sydämen rytmiiin, lihasvoimaan ja suoliston toimintaan. Yleensä hypokalemia eli kaliumin puutetila liittyy lääkkeiden aiheuttamaan kaliumin poistumiseen virtsanerityksen kautta. (Hänninen ym. 2003, 45–46.) Kaliumilla on myös verenpainetta alentava vaikutus (Aro 2012, 302).

Natrium on tärkeä kivennäisaine ruoansulatuksessa ja se edistää muun muassa glukoosin ja aminohappojen imeytymistä. Liiallinen natriumin saanti kuitenkin lisää riskiä sydän- ja verisuonisairauksille. Lisäksi natrium lisää kohonneen verenpaineen riskiä erityisesti iäkkäillä. (Hänninen ym. 2003, 45; Aro 2012, 302.)

9.4 Ravitsemustilan arviointi

Ikääntyneen ravitsemustilan arvioiminen voi olla hankalaa, sillä ravitsemustilan huononemisen taustalla on useita syitä jotka tulee ottaa huomioon arviointia tehdessä. Ikääntyneen ravinnonsaantiin tulisi kiinnittää huomiota, jos painoindeksi on alle 23 tai jos paino on pudonnut yli 3 kilogrammaa kolmessa kuukaudessa. Ravinnon saantia tulee seurata myös tilanteissa, joissa energian ja proteiinin tarve kasvavat. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi erilaiset sairaudet. (Räihä 2012, 289.)

Ikääntyneen aliravitsemuksessa energian ja ravintoaineiden saanti ei vastaa tarvetta. Keskeinen syy ikäihmisen ravitsemustilan heikkenemisessä on ruokahaluttomuus. Ruokahalun heikentyminen voi johtua maku- ja hajuaistimuutoksista, masennuksesta, yksinäisyydestä tai suolen toimintahäiriöstä. Riskiryhmään kuuluvaa seurataan säännöllisillä punnituksilla, ruokavalion kartoituksella sekä henkilön ulkoista olemusta havainnoimalla. Pitkäaikainen aliravitseminen ilmenee laihtumisena, kuivumisena ja lihaskudoksen vähenemisenä. (Ihanainen ym. 2008, 89.)

Ruokahaluttomuuden syynä voivat olla myös sairaudet, psyykkiset syyt, lääkitys, tarjotun ruuan soveltumattomuus ikääntyneelle tai suun huono hygienia. Suun huono hygienia altistaa hampaiden reikiintymiselle ja myös muille tulehduksille. Lääkkeiden aiheuttama suun kuivuminen heikentää kykyä maistaa, joka myös osaltaan altistaa suun tulehduksille ja vaikeuttaa ruoan pureskelua. Huonosti istuva irtoproteesi voi vaikeuttaa kovien ruoka-aineiden pureskelua, jolloin kuidun, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti voi jäädä alhaiseksi. (Suominen 2006, 11, 36; Hausen 2012, 332–333.)

Erityisesti palvelutaloissa ja vanhainkodeissa iäkkään tahattoman painonlaskun syynä ovat psyykkiset tekijät. Menetykset ihmissuhteissa, kuten leskeys, saattavat aiheuttaa yksinäisyyttä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. Tähän liittyy usein masennusta, jolloin syömättömyys voi johtua alitajuisesta toiveesta kuolla. (Suominen 2006, 56.)

Lihavuus iäkkäillä on yleistä Suomessa. Iäkkäistä naisista neljännes ja miehistä joka kahdeksas on selvästi ylipainoisia. Toisin kuin nuorilla, iäkkäillä ei ylipaino lisää kuolleisuuden riskiä. Sen sijaan riskinä ovat nivelten kulumat, verenpaineen nousu, verensokerin huono tasapaino ja sydänoireet. (Suominen 2006, 81.)

9.5 Ravinnon vaikutus lääkkeisiin

Ravinto voi hidastaa lääkkeen imeytymistä. Mahalaukun tyhjeneminen iän myötä hidastuu, jolloin lääkeaineen eteneminen hidastuu ja samanaikaisesti siihen voi lisäksi vaikuttaa mahalaukun matala happopitoisuus. On myös löydetty tutkimustietoa, että jotkin greipin sisältämät flavonoidit eli kemialliset yhdisteet estävät lääkeaineen metaboliaa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saatu myös muiden hedelmien sisältämistä aineista, joten lääkkeet ovat turvallisinta pelkän veden kanssa. K-vitamiinia sisältävät ruoka-aineet, ensisijaisesti tumman vihreät kasvikset, saattavat vaikuttaa veren hyytymistä estävän varfariiniin tehoon. Kasviksien poisjättäminen ruokavaliosta lääkityksen vuoksi ei kuitenkaan ole suositeltavaa. (Sinisalo & Paakkari 2012, 498–499.)

Alkoholin käyttö aiheuttaa nestevajetta ja madaltaa vireystilaa. Kohtuullinen alkoholinkäyttö, eli 1–2 annosta vuorokaudessa, ei ole vaarallista, mutta liikakäyttöön liittyvät haittavaikutukset ovat selkeitä. (Niemi 2006, 42.) Runsas alkoholin käyttö syrjäyttää muita ravintoaineita ruokavaliosta ja saattaa näin aiheuttaa ravitsemushäiriöille. Alkoholin käytön seurauksena lääkkeiden käyttö saattaa unohtua. Lisäksi alkoholilla on yhteisvaikutuksia monien lääkkeiden kanssa sekä se voi lisätä tai vähentää lääkkeen pitoisuuksia elimistössä. (Aira 2008, 270.) Etanoli vaikuttaa glukoosin aineenvaihduntaan, jolloin runsas alkoholin nauttiminen voi johtaa vakavaan hypoglykemiaan. Etanolin katsotaan aiheuttavan myös suuontelon, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja maksan syöpää, sekä rintasyöpää. (Mutanen & Voutilainen 2012, 72–74.)

9.6 Virtsaamis- ja ulostamisvaivat

Suolisto- ja virtsaamisoireet ja erityisesti pidätyskykyyn liittyvät ongelmat ovat usein sen kaltaisia, että siitä kärsivä ei itse välttämättä ota asiaa puheeksi, vaikka ne vaikuttaisivat merkittävällä tavalla jokapäiväiseen elämään. Ummetusta esiintyy 10 prosentilla väestössä. Ummetukseen on monia syitä, mutta yleisimpiä ovat liikunnan vähäisyys ja vääränlainen ruokavalio. Iäkkäillä yleinen ummetuksen syy on ulosteen kovettuminen pörsäsuoleen. Ummetukseen voidaan käyttää myös lääkitystä, kuten magnesiumsuolaa, laktuloosia ja suolta stimuloivia laksatiiveja. (Pikkarainen 2012, 440; Nuotio 2008, 185–186).

Myös monet iäkkäiden yleisesti käyttämät lääkkeet aiheuttavat ummetusta. Sairauksiin kuten aivoverenkiertohäiriöihin, diabetekseen ja munuaisten vajaatoimintaan liittyy lisääntynyt ummetustaipumus. (Nuotio 2008, 169.)

Ummetus on yksi ulosteinkontinenssin eli ulosteen pidättämiskyvyttömyyden aiheuttajista. Ummetukseen ja ulosteinkontinenssiin liittyy usein myös virtsainkontinenssi. Ulosteinkontinenssi on yleensä elämänlaatua vakavammin haittaava oire kuin virtsainkontinenssi ja sitä esiintyy eri tutkimustulosten mukaan 3–21 prosentilla kotona asuvista yli 65-vuotiaista. Inkontinenssin taustalla on yleensä jokin neurologinen sairaus ja siihen

liittyvä lääkitys tai liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Nuotio 2008, 169–180.)

Virtsainkontinenssin syinä voivat olla miehillä eturauhasen liikakasvu, kun taas naisilla estrogeenin puutoksen aiheuttama limakalvojen haurastuminen voi altistaa virtsaputken ärsytysoireille ja muille virtsaamisvaikeuksille. Äkillisesti alkanut virtsainkontinenssi tai virtsaamispakko voivat olla merkkejä virtsatietulehduksesta. Ikääntyessä peräaukon sulkijalihaksen toiminta heikkenee, joka edesauttaa ongelmaa. Inkontinenssia voidaan hoitaa muun muassa fysioterapialla lantionpohjan lihaksia harjoittaen. Apuvälineenä inkontinenssiin voidaan käyttää vaippoja. (Nuotio 2008, 169–180.)

10 FYYSINEN JA PSYYKKINEN HYVINVOINTI

Ikääntyneiden sairastavuus ja elämäntavan muutokset heikentävät vähitellen toimintakykyä ja lisäävät avun tarpeita. Ikääntyneiden hoidon tärkeitä kulmakiviä ovat ennaltaehkäisy ja kuntoutus. Fyysinen aktiivisuus, terveelliset elämäntavat sekä psyykkisen vireyden ylläpitäminen ovat tärkeitä asioita terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Fyysisen ja psyykkisen voimien heikentyessä itsenäinen selviytyminen hankaloituu, vaikka vaikeita sairauksia ei olisikaan. (Heikkinen 2005.)

10.1 Suun terveys

Hyvä suun terveys on osa ikäihmisten päivittäistä hyvinvointia. Suussa esiintyvien vaivojen hyvä hoito ja ennaltaehkäisy ovat tärkeitä asioita yleisen terveydentilan ylläpidossa. Suomalaisista yli 75-vuotiaista yli puolet ovat täysin hampaattomia. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan iäkkäillä ihmisillä on paljon hoitamattomia suusairauksia. Joka kolmannella iäkkäällä ihmisellä on tulehduksia proteesien alla ja laitoshoidossa olevilla tulehdukset ovat vielä yleisempiä. Tutkimuksen mukaan yleisimmät ongelmat suussa ovat kipu, syömisen vaikeus ja vaivaantuneisuus sosiaalisissa tilanteissa huonon suun tilanteen vuoksi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

Suun hoito on jäänyt muiden sairauksien ja perushoidon varjoon. Suun hoito on kuitenkin erittäin tärkeää, sillä tulehdukset voivat vaarantaa koko terveyden. Vuonna 2005 tehdyssä eläkeikäisen väestön terveystutkimuksesta koskevassa tutkimuksessa lähes 45 prosentilla yli 75-vuotiaista oli pureskeluongelmia. Epäsopivat proteesit ja tulehdukset voivat aiheuttaa vaikeuksia puhumisessa ja makuaistin heikkenemisessä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

Suuinfektioista erityisesti hampaiden tukikudostulehdus lisää sepelvaltimotaudin riskiä 20 prosenttia. Aivohalvauksen osalta riski on vieläkin suurempi. Keuhkokuume on henkeä uhkaava sairaus ja sen yhtenä infektio-olähteenä on todettu huono suuhygienia. Hampaistossa olevat bakteerit aspiroidaan keuhkoihin, jolloin seurauksena voi olla keuhkokuume. Ham-

paattomuus ei vähennä suutulehdusten riskiä, koska proteesien alla kasvaa paljon bakteereita. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

Suun kuivuminen johtuu syljen erityksen vähentymisestä ja se on iäkkäiden suun terveyden suurin uhkatekijä. Suun kuivuminen ei ole ainoastaan iän tuoma ongelma vaan monien lääkkeiden sivuvaikutuksena on syljen erityksen väheneminen. Kuivassa suussa hampaiden reikiintyminen lisääntyy, ientulehdukset yleistyvät ja limakalvot ovat alttiimpia erilaisille sairauksille. Tärkein suun kuivumista ehkäisevä keino on kuivuutta aiheuttavan tekijän poistaminen. Jos tämä ei ole mahdollista, pyritään jäljellä olevien sylkirauhasten toimintaa lisätä. Keinoja tähän ovat runsas veden juonti, happamien ja sokeria sisältävien juomien välttäminen, ksylitolituotteiden imeskely, purukumin syönti, pureskelua vaativien aterioiden valitseminen, hyvä suuhygienia sekä kostuttaminen etenkin yötä vasten esimerkiksi oliiviöljyllä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

Ikääntymisen ja sairauksien seurauksena suun sairauksille altistavat tekijät voivat vahvistua ja puolustavat tekijät heikentyä. Hyvä suuhygienia on tehokkain keino suun ongelmien ennaltaehkäisyssä. Tehokas plakin mekaaninen poistaminen on oleellista hampaiden terveyden kannalta. Paras hampaiden harjaukseen on sähköhammasharja. Ikääntyessä suun anatomia muuttuu ja syntyy vaikeasti puhdistettavia paikkoja, joihin tarvitaan erityisvälineitä, kuten hammasväliharjoja ja hammastikkuja. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

Hammasproteesit puhdistetaan kaksi kertaa päivässä astianpesuaineella tai proteesien puhdistukseen tarkoitettulla aineella. Limakalvot proteesin alta huuhdellaan vedellä. Jos limakalvo punoittaa, on proteesit hyvä ottaa aina yöksi pois ja osaksi päivälläkin. Proteesit säilytetään kuivana puhtaassa astiassa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 228–243.)

10.2 Unen muutoksia

Elimistön rytmistä toimintaa ohjaa sisäinen kello. Sisäisen kellon ansiosta elintoiminnat noudattaa vuorokausirytmiiä. Monet ulkoiset tekijät edistävät sisäisen kellon toimintaa, kuten valo, äänet, liikkeet ja ateriat. Myös muutamat hormonit auttavat pysymään ajassa ja ylläpitämään valveen ja unen rytmejä. Tärkein näistä hormoneista on aivojen käpyrauhanen erittämä melatoniini. Sen erittyminen on suurinta pimeään aikaan. Hormonin eritystä säätelee silmän verkkokalvolle tulevan valon määrä. (Kivelä 2007, 10–12.)

Unen tarve on erilaista eri ikäkausina ja ikääntyvillä unen määrällinen tarve on noin 7–8,5 tuntia vuorokaudessa. Muutokset unen laadussa alkavat 50–60 ikävuoden paikkeilla ja tulevat selkeämmin esiin 70 ikävuoden jälkeen. Uni jaetaan kahteen eri päävaiheeseen, NREM ja REM uneen. Iäkkäiden uneen kuuluu harvemmin NREM eli non-REM-unen syviä vaiheita ja ne kestävät vain lyhyen ajan. Iäkkäänä suurin osa yöunesta on kevyttä NREM-unta, noin 5,5 tuntia. Kevyen NREM-unen määrä lisääntyy vanhetessa. NREM-unessa silmien liikkeet loppuvat ja tätä unta kutsutaan myös perusuneksi. NREM-unen aikana lihasjännitys vähenee ja syvän NREM-

unen aikana tapahtuu asioiden muistiin painuminen ja uusien asioiden oppiminen. NREM-uni voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on kevyin ja neljäs syvin vaihe. (Kivelä 2007, 15–16, 23–24.)

REM-unen aikana silmissä esiintyy nopeita liikkeitä ja aivosähkökäyrässä, hengityksessä ja verenkierrossa esiintyy muutoksia. Iäkäs on keskimäärin yön aikana REM-unessa 1,5–2 tuntia eli vähemmän kuin nuoremmat ihmiset. REM-unta kutsutaan myös aktiivisen eli vilkeuden vaiheeksi. Syvän unen määrän väheneminen ja kevyen unen keston piteneminen ikääntyessä johtaa unen muuttumiseen pinnallisemmaksi. Ikääntyessä unen vaipumisen aika pitenee ja valvetilan ylläpitäminen päivääikaan heikkenee. Näin ollen myös päivätorkut yleistyvät. Vanhemmiten nukahtaminen siirtyy varhaisemmaksi iltaan ja herääminen varhaisemmaksi aamuun. (Kivelä 2007, 25.)

Parin minuutin pituiset yölliset heräämiset yleistyvät vanhetessa. Tämä ja muut vanhenemiseen liittyvät normaalit unen muutokset voidaan ajatella olevan unettomuutta vaikka todellisuudessa ovat normaaleja vanhenemiseen liittyviä muutoksia. (Kivelä 2007, 31.)

10.3 Unettomuus

Unettomuus on ihmisen kokema oire huonolaatuisesta tai lyhytkestoisesta yönestä. On kyse unettomuudesta, kun huonon unen laatu tai lyhyt uni aiheuttaa päiväväsymystä ja selviytymisen ongelmia päivääikaan. Näitä ongelmia ovat väsymys, ärtyneisyys, tuskaisuus, heikentynyt muisti ja keskittymiskyky, voimattomuus ja nukahtelu päivisin. Unen vähäisyys voi myös heijastua päänsärkinä. Unettomuuden taustalla on aina jokin syy, ja hoito perustuu syyn selvittämiseen. (Kivelä 2007, 32.)

Unettomuus johtuu usein monesta eri syystä ja tavallisimpia syitä ovat virheelliset elämäntavat, huonot nukkumistottumukset, toiminnan puute, psyykkiset häiriöt, elämän vaikeudet ja lääkkeiden haittavaikutukset. Pitkäkestoisen unettomuuden syynä voi olla unilääkkeiden jatkuva käyttö. Myös jotkut sairaudet aiheuttavat unettomuutta, kuten uniapnea ja levottomat jalat. (Kivelä 2007, 35.)

Valeunettomuudessa on kyse väärin arvioidusta unen kestosta. Ihminen kokee nukkuneensa pari tuntia yössä, mutta todellisuudessa on nukkunut enemmän. Unen rekisteröintiin on olemassa laitteita, joilla voidaan todeta valeunettomuus. Usein valeunettomuudesta kärsivät eivät ole päivisin väsyneitä. Valeunettomuuteen liittyvän ristiriidan syyt tunnetaan huonosti, mutta on arvioitu, että NREM-unen ensimmäinen vaihe on kokemuksellisesti unen ja valveen rajamaastoa eikä sitä välttämättä koeta uneksi. Myös NREM-unen toinen vaihe on kevyttä unta ja sekin voidaan kokea pinnalliseksi uneksi. Tämä ei kuitenkaan täysin selitä valeunettomuutta, sillä on henkilöitä, jotka eivät koe nukkuneensa, vaikka heidät on herätetty NREM-unen syvästä vaiheesta. (Kivelä 2007, 53.)

Unettomuuden hoito keskittyy löydettyjen syiden poistamiseen tai vähentämiseen. Vaikka uni muuttuu pinnalliseksi ja katkonaiseksi vanhetessa, ei

nämä muutokset johda virkistämättömään yöuneen. Unettomuuden syyn selvittämiseksi käytetään haastattelua tai kyselylomaketta. Tärkeää on kartoittaa nukkumisympäristö, fyysiset sairaudet, fyysinen aktiviteetti, elämän muutokset, käytössä olevat lääkkeet ja alkoholin käyttö. Uniongelmiin tarkkaa kartoittamista varten voidaan pitää muutaman viikon ajan uni-päiväkirjaa. (Kivelä 2007, 54–58.)

Iäkkäiden unettomuuden lääkehoito tulee kyseeseen silloin, kun lääke valitaan unettomuuden syyn perusteella. Lääkkeitä on markkinoilla paljon erilaisia ja oikea lääke valitaan uniongelman taustan mukaan. Minkään unettomuuden muodon hoito ei ole pelkästään lääkehoitoa vaan lääkehoidon rinnalle tulee liittää lääkkeetöntä hoitoa. Bentsodiatsepiinijohdannaisia lääkkeitä käytetään unilääkkeinä tilapäisen toiminnallisen unettomuuden lyhytkestoiseen hoitoon tarvittaessa otettuna. Niiden teho perustuu keskushermostoa lamaavaan vaikutukseen. Näiden lääkkeiden käyttö on perustuttava tarkkaan harkintaa, koska niiden pitkäaikainen käyttö johtaa usein lääkeunettomuuteen. Lisäksi näillä lääkkeillä on paljon haittavaikutuksia kuten riippuvuus, tottuminen eli toleranssi ja tasapainohäiriöt. . (Kivelä 2007, 87–88.)

Melatoniini on paljon käytetty uni-valverytmin häiriöiden ja unettomuuden hoidossa. Tämän hormonin käyttö perustuu kansainvälisiin tutkimuksiin, joiden perusteella se on todettu hyödylliseksi unihäiriöiden hoidossa. Vuoden 2007 keväällä Euroopan lääkelaitoksen komitea on esittänyt myönteisen lausunnon melatoniinin käytöstä 55 vuotta täyttäneiden ei-elimellisen unettomuuden lyhytaikaisessa hoidossa. Tämän kannanoton myötä melatoniini on rekisteröity Euroopassa 55 vuotta täyttäneiden muihin sairauksiin liittymättömän unettomuuden lääkkeeksi. Melatoniinilla on hyvin vähän haittavaikutuksia. (Kivelä 2007, 87–88.)

10.4 Masennus

Tyypillisessä masennuksessa ihminen kärsii mielialan laskusta ja toimeilaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista on heikentynyt ja pienikin ponnistus voi johtaa uupumukseen. Iäkkäiden masennuksen keskeisiä oireita ovat ruokahaluttomuus, painon lasku, psykomotorinen estyneisyys tai kiihtyneisyys, harhaluulot liittyen köyhyyteen tai rangaistuksiin sekä itsetuhoisuus. Estyneisyys voi ilmetä liikkumisen ja toimintojen hidastumisena ja kiihtyneisyys voi ilmetä levottomuutena. Myös runsaat somaattiset oireet ja tunne muistamattomuudesta voivat olla iäkkään masennuksen oireita. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 132, 134.)

Masennus on vaikeudeltaan psykoosin tasoinen 20–45 prosentilla sairaalassa hoidetuista ikääntyneistä. Avohoidossa noin neljä prosenttia ikääntyneistä kärsii psykoottisista oireista. Pitkäaikaisen masennuksen keskeisimpiä oireita ovat univaikeudet, energian puute, heikko itsetunto, keskittymisvaikeudet ja mielihyvän kokemisen menetys. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 134–135.)

Kaksi kolmasosaa potilaista hyötyy masennuksen hoitomuodoista ja joka kymmenes iäkkäiden masennus kroonistuu. Seurantatutkimusten mukaan

noin 40 prosenttia ikääntyneistä masennuspotilaista sairastuu uudelleen. Masennuksen ja dementian erottaminen toisistaan saattaa tuottaa vaikeuksia, sillä Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa saattaa esiintyä masennuksen kaltaisia oireita. Erotusdiagnoosin kannalta masennuslääkkeiden kokeileminen on joskus hyödyllistä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 135–136.)

Iäkkäiden masennuksen diagnosoimiseksi tarvitaan usein neuroradiologia ja fysiologisia tutkimuksia sekä laboratoriotutkimuksia. Näitä ovat muun muassa täydellinen verenkuva ja unitutkimukset. Dementoivien sairauksien ja masennuksen erottamiseen tarvitaan yleensä aivojen tietokonekerroskuvaus tai magneettikuvaus. Masennuksen hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä, sähköhoitoa ja psykososiaalisia hoitomuotoja. Noin kaksi kolmasosaa potilaista hyötyy masennuslääkkeiden käytöstä. Usein ensisijaiset masennuslääkkeet iäkkäille on serotoniiniselektiiviset ja uudet kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet. (Hartikainen & Lönnroos 2008,138–142.)

Serotoniiniselektiiviset eli SSRI-lääkkeet vaikuttavat serotoniiniin aivoissa ja kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet vaikuttavat serotoniinin lisäksi noradrenaliiniin. Vaikeimmissa masennustiloissa hoitoa voidaan tehostaa sähköhoidolla, lääkannoksen suurentamisella tai liittämällä lääkitykseen toisen polven psykoosilääke. Aivojen sähköhoito on turvallinen ja hyvä masennuksen hoitomuoto etenkin iäkkäillä potilailla. Toivottuun hoitotulokseen päästää lähes 90 prosentissa tapauksista. Jos masennukseen liittyy harhaluuloja tai itsemurhavaara, sähköhoito on tehokkain hoitomuoto. (Hartikainen & Lönnroos 2008,138–142.)

Iäkkään psykoterapia on ongelmakeskeistä ja tukea antavaa. Huomion tulisi keskittyä nykyisiin asioihin ja toimintakyvyn tukemiseen sekä parantamiseen. Akuuttivaiheessa keskitytään toivon ylläpitämiseen ja kielteisten ajatusmallien lievittämiseen. Iäkkäiden käytetyimmät psykoterapiamuodot ovat kognitiivinen eli ajatus- ja tunnekeskeinen terapia, interpersoonallinen eli diagnoosikeskeinen psykoterapia, sekä psykoanalyttinen lyhytterapia, jota kuvataan usein oire- ja tunnekeskeiseksi. (Hartikainen & Lönnroos 2008,138–142.)

10.5 Kivunhoito

Kipu on iäkkäillä yleistä ja se liittyy moniin iän myötä yleistyviin sairauksiin. Akuutti kipu aiheutuu kudosvauriosta tai sen uhasta. Hoitamattomana kipu voi kroonistua ja huonontaa merkittävästi elämänlaatua. Kipu on vaaritusmerkki uhkaavasta vaarasta ja täten suojeleva tuntemus. Tutkimusten mukaan naiset kärsivät kivuista miehiä useammin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 190.)

Jotta kipua voi hoitaa, se pitää tunnistaa. Kivun arviointiin ja tunnistamiseen on käytössä erilaisia apuvälineitä. Yleisin käytössä oleva kipumittari on VAS-asteikko, johon tutkittava merkitsee itse rastin oikeaan kohtaan. Asteikko on nolasta viiteen, kymmeneen tai sataan ja nolla tarkoittaa kivutonta tilaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 197.)

Kivun hoitoon on olemassa lääkkeellistä ja lääkkeetöntä hoitoa. Asianmukaisen hoidon tärkein edellytys on käsitys kivun aiheuttajasta. Kivun hoidon ensisijainen tavoite on kivuttomuus, mutta läheskään kaikkea iäkkäiden kipua ei voida parantaa, koska mahdollista kivun taustalla olevaa sairautta ei voi parantaa. Tällöin tavoitteena on estää sairauden eteneminen ja kivun paheneminen. Kivuliaan potilaan hoidossa on syytä noudattaa tiettyä kaavaa. Ensin selvitetään kivun aiheuttaja, sitten eliminoidaan kivun syy. Tämän jälkeen aloitetaan kivun lievitys ja arvioidaan hoitomuodon tehokkuutta ja soveltuvuutta säännöllisesti. Hoidon tehottua hoito lopetetaan kivun syyn parannuttua tai jos kyseessä on krooninen kipu, jatketaan hoidon seurannan suunnittelua. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 201–202.)

Kivun lääkehoidossa noudatetaan kansainvälisiä suosituksia. Ohjeistuksen kulmakivenä on löytää tehokas ja turvallinen lääke kullekin henkilölle välttämättä sivuvaikutuksia. Lääkkeettömän kivunhoidon keinoja ovat esimerkiksi verenkierron vahvistaminen, fysioterapia, hieronta, kylmän ja lämmön käyttö, lepo sekä akupunktio. Pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen kuuluu myös kivunhoitoon. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 203–206.)

10.6 Näön ja kuulon muutokset

Suurin osa vanhusten kuulon heikkenemisestä johtuu sisäkorvan ikärappeumasta. Haittaa voidaan kompensoida kuulolaitteen avulla, mutta ongelmana on vanhusten vähäinen kuulokojeen käyttö. Myös näön heikkeneminen on normaali ikääntymiseen liittyvä ilmiö, mutta merkittävän näön heikkenemisen taustalla on aina jokin silmän sairaus. Eräiden tutkimusten mukaan 22 prosentilla yli 75-vuotiaista on näköongelmia ja 50 prosentilla kuulo-ongelmia. Fyysisesti huonokuntoisten sekä dementikkojen aistiongelmat jäävät usein huomioimatta, koska he eivät itse kykene hakeutumaan hoitoon tai tutkimuksiin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 145–146.)

10.6.1 Kuulon aleneminen

Kuulon arviointi sisältyy iäkkäiden seulontatutkimuksiin. Tavoitteena on varhainen kuulon alenemisen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus. Jos kuulon aleneman taustalla ei ole selvää hoidettavaa syytä kuten korvakäytävän tulehdus tai tärykalvovaurio, tehdään audiometria-tutkimus. Suomalaisen vanhustutkimuksen mukaan 41-47 prosenttia yli 75-vuotiaista kokee kuulon niin huonoksi, että heidän on vaikea kuulla keskustelua ryhmässä ollessaan. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 146–147.)

Ensimmäinen merkki kuulon alenemisesta on korkeiden äänitaajuuksien katoaminen. Muutokset etenevät pikku hiljaa ja voivat johtaa jopa täydelliseen kuurouteen. Yleisin kuulovammaisuutta aiheuttava tekijä iäkkäillä on ikähuonokuuloisuus. Kyseessä on molemminpuolinen kuuloelinten aistin- ja hermosolujen rappeuma. Tarkka syy on tuntematon, mutta tiedetään, että perinnöllisyydellä ja sisäkorvan verenkierrolla on merkitystä ikähuonokuuloisuuden synnyssä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 147–149.)

Ikähuonokuuloisuuden hoitona on kuulon kuntoutus. Keskeisintä kuntoutuksessa on informaation antaminen, kuulokojeen sovitus sekä muiden apuvälineiden kuten puhelimen kokeilu. Yleisin apuväline on kuulokoje, mutta vain noin 10-40 prosenttia huonokuuloisista on hankkinut kuulokojeen ja heistä vain osa käyttää sitä. Kuulokojeen saannin edellytys on, että kuulon alenema paremmassa korvassa on vähintään 30 dB. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 147–149.)

Suomessa yleisimmin käytetty kuulokoje on yhteen korvaan asennettava analoginen tai yksikanavainen kuulokojetyyppi. Muissa pohjoismaissa käytetään paljon molempiin korviin käytettäviä, digitaalisesti ohjelmoitavia kuulokojeita. Ikähuonokuuloisuuteen liittyy usein myös korvien soiminen eli tinnitus. Vaivaan ei ole parantavaa hoitoa, mutta jos oire häiritsee yöunia, voidaan äänen peittämiseen käyttää esimerkiksi tikittävää kelloa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 149–150.)

10.6.2 Näön heikkeneminen

Näkökyvyn selvittäminen sisältyy iäkkäiden seulontatutkimuksiin ja selvitys tapahtuu haastattelemalla, E-aulun avulla ja tarvittaessa käytetään sormenlukutestiä. Testissä tiedustellaan, näkeekö tutkittava kahden, yhden tai puolen metrin etäisyydeltä tutkijan sormet. Jos tutkittava ei erota tutkijan sormien lukumäärää, tutkija liikuttaa kättä tutkittavan silmän edessä ja selvittää, erottaako tutkittava liikkeen. Jos ei erota, valaistaan tutkittavan silmä lampulla ja tiedustellaan valon tulosuuntaa. Mikäli tutkittava ei tätäkään erota, silmä on sokea. Potilas ohjataan silmälääkärille, jos tutkimuksessa todetaan alentunut näöntarkkuus tai epäily silmätauti, ohjataan potilas silmälääkärille. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 150–151.)

Yleisimmät näön heikkenemiseen liittyvät sairaudet ovat silmänpohjarappeuma, harmaakahi, silmänpainetauti, diabeteksen aiheuttamat muutokset sekä verenkierrölliset häiriöt. Näiden lisäksi kuivasilmäisyys on hyvin yleinen vaiva ja aiheuttaa näkökyvyn vaihtelua. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 152.)

Heikkonäköisille on olemassa apuvälineitä, joilla helpotetaan arjessa selviytymistä. Apuvälineitä saa terveyskeskuksesta, erikoissairaanhoidon yksiköistä ja Kelasta. Apuvälinetarve arvioidaan yksilöllisesti. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 162.)

Silmänpohjan ikärappeuman riskitekijöitä ovat ikä, perimä ja toisen silmän sairastuminen ikärappeumaan. Myös korkealla verenpaineella ja lihavuudella on merkitystä rappeuman synnyssä. Suojaavia tekijöitä ovat tupakoimattomuus ja terveellinen ruokavalio. Ikärappeuma jaetaan kahteen eri muotoon, kuivaan ja kosteaan. Valtaosa tapauksista on taudin kuiva muoto. Ikärappeumassa näkökenttään ilmaantuu puutosalue, joka hankaloittaa katseen kohdistamista. Ongelmia ilmenee lukemisessa, kasvojen tunnistamisessa sekä kellon katsomisessa. Kuiva ikärappeuma rajoittuu verkkokalvon keskeiselle tarkan näön alueelle, eikä verkkokalvon reuna-

alue vaurioidu. Kuivaan ikärappeumaan ei ole olemassa parantavaa hoitoa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 152–153.)

Kostessa rappeumassa näkökenttäpuutoksen lisäksi ilmenee viivojen vääritymistä. Hoitona kosteaan rappeumaan käytetään laserhoitoa, valoaktiivatiohoitoa ja silmän sisään pistettäviä lääkkeitä. Jos tilanne on edennyt niin pitkälle, että silmänpohjaan on muodostunut arpikudosta, mikään edellä mainituista hoidoista ei paranna tilannetta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 153–154.)

Harmaakaihin kehittyminen on fysiologinen ilmiö. Iän myötä mykiön säikeiden järjestys muuttuu ja läpinäkyvä mykiö samentuu. Harmaakaihi aiheuttaa näön heikkenemistä ja silmän taittovoiman muuttumista. Myös näkymä voi muuttua ruskeammaksi johtuen mykiön tummentumisesta. Harmaakaihi voi aiheuttaa myös häikäistymisalttiutta ja kaksoiskuvia. Harmaakaihi hoidetaan leikkauksella silmätippapuudutuksessa. Leikkauksessa poistetaan silmän samea mykiö ja tilalle asennetaan kirkas tekomykiö. Jälkihoitona käytetään silmätippoja kolmen viikon ajan. Joskus kaihi-leikkauksen jälkeen saattaa kehittyä jälkikaihi, jossa potilaan näkökyky alkaa uudestaan heikentyä. Jälkikaihi hoidetaan laserhoidolla. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 154–155.)

Silmänpainetaudin eli glaukooman riskitekijöitä ovat kohonnut silmänpaine, ikä, mykiön pinnan hilseily, verenkiertoelimistön sairaudet, silmävammat sekä perintötekijät. Glaukooma etenee hitaasti ja on pitkään oireeton. Taudin merkittäviä löydöksiä ovat näköhermon pään kovertuminen silmänpohjassa, kohonnut silmänpaine, näkökentän poikkeavuudet, muutokset silmänpohjan hermosäiekeroksessa ja kammiokulmassa. Glaukooma on etenevä, krooninen sairaus ja hoitamattomana johtaa sokeutumiseen. Vaivaa hoidetaan glaukoomasilmätipoilla ja tarvittaessa silmän kammiokulman laserhoidolla. Mikäli vastetta muille hoitomuodoille ei saada, käytetään leikkaushoitoa, jossa tehdään uusi reitti silmänsisäisen nesteen poistumiselle. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 156.)

Diabetes aiheuttaa muutoksia silmän kaikkiin osiin. Tärkeimpiä diabeteksen aiheuttamia silmämuutoksia ovat silmänpohjan verkkokalvomuutokset eli retinopatia. Retinopatialle altistavia tekijöitä ovat diabeteksen pitkä kesto, huono hoitotasapaino, korkea verenpaine, kohonnut veren rasvatarvot, lihavuus ja tupakointi. Tyypin 2 diabeteksen toteamisvaiheessa silmänpohjamuutoksia todetaan jopa 20 prosentilla potilaista. Diabeteksen aiheuttamien silmänpohjamuutosten hoito on perussairauden ja riskitekijöiden hoitoa. Silmähoidosta silmänpohjan laserhoito ja silmäkirurgia ovat tällä hetkellä käytössä olevat hoitovaihtoehdot. Tulevaisuudessa käytetään todennäköisesti myös silmänsisäisiä injektioita. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 157–158.)

Ikääntyessä kyynelnesteen erityys vähenee tai kyynelfilmin rakenne muuttuu ja tämä johtaa siihen, että kyyneleet haihtuvat liian nopeasti silmän pinnalta. Myös muita kuivasilmäisyyden aiheuttajia tiedetään kuten luomien virheasennot, hormonaaliset muutokset, lääkitys, tietyt sairaudet kuten Sjögrenin oireyhtymä sekä huoneilman kuivuus. Kuivasilmäisyyden

oireita ovat hiekan tunne silmässä, punoitus, kutina, valonarkuus, näöntarkkuuden vaihtelu ja polte. Hoitona on altistavien tekijöiden poisto ja silmän kostutus keinokynelillä säännöllisesti. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 160–161)

11 TURVALLISUUS

Turvallisuus jaotellaan kahteen ulottuvuuteen. Subjekttiivinen turvallisuus kuvaa henkilön itsensä kokemaa turvallisuuden tunnetta, kun taas objektiivista turvallisuutta voidaan tarkastella esimerkiksi tilastollisesti. Turvallisuuteen vaikuttavat riskien ja uhkien lisäksi elämänhallinta ja sosiaalinen turvallisuus. Tutkimusten mukaan iäkkäät ihmiset kokevat nuoria enemmän turvattomuuden tunnetta. (Turvallinen elämä ikääntyneille 2011, 8.)

Tampereella tehdyn kyselyn (Tampere turvalliseksi ikäihmisille - ikäihmisten turvallisuusohjelma 2004) mukaan iäkkäiden turvallisuuden tunnetta lisäsivät hyväksi koettu terveydentila, tutut naapurit, valaistus, asuntojen turvalukitus ja turvallinen liikkumisympäristö. Turvattomuuden tunnetta vähensi ilkivalta, jonka seurauksena ympäristö koettiin turvattomaksi. Yleisin iäkkäiden peloista on kaatumispelko. (Turvallinen elämä ikääntyneille 2011, 8.)

Tutkimuksessaan Aalto (2010) havaitsi, että ikääntyneet kokivat kotinsa pääsääntöisesti turvalliseksi. Turvattomuuden tunnetta aiheuttivat kuitenkin oman terveyden menetyksen pelko ja sitä myötä myös toimintakyvyn heikkeneminen. Taloudelliset ongelmat olivat myös yksi turvattomuuden tunteen aiheuttajista.

Yksin asumista voidaan myös pitää turvallisuuden riskinä. Turvattomuuden tunteen lisääntyessä yksin asuva ikääntynyt saattaa jäädä herkemmin kotiin, hänen sosiaaliset suhteensa ja kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa vähenevät ja yksinäisyys lisääntyy. Lopulta kierre saattaa johtaa turvattomuuden tunteen lisääntymiseen ja syrjäytymiseen. (Turvallinen elämä ikääntyneille 2011, 8.)

Perhe, läheiset ja puoliso antavat ikääntyneelle turvaa. Naapureilta ja sukulaisilta saa tarvittaessa apua muun muassa kauppaa-asiointissa. Tietoisuus siitä, että ympärillä on ihmisiä, lisää turvallisuuden tunnetta. Turvallisuutta lisää myös mahdollisuus ulkopuoliseen apuun, kuten terveyshoitajan käynteihin ja siivousapuun. (Fali & Koivukangas 2011.)

12 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa 75-vuotiaiden hämeenlinnalaisien terveyspalvelujen piiriin kuulumattomien ikäihmisten elämäntilanteeseen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Tämän työn tavoitteena on tuottaa tietoa paikallisten vanhusten terveydentilasta.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmat:

- 1) Minkälaisia palvelun- tai avuntarpeita terveyspalvelujen piiriin kuulumattomilla ikäihmisillä on Hämeenlinnassa?
- 2) Millaiseksi hämeenlinnalaiset ikäihmiset ilmoittavat oman terveydentilansa?

Saatujen tutkimustulosten perusteella voidaan auttaa ennaltaehkäisemään kotona sattuvia tapaturmia iäkkäiden keskuudessa ja mahdollistamaan iäkkään turvallisen kotona asumisen mahdollisimman pitkään.

13 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Hämeenlinnan kaupungin ja Hämeen ammattikorkeakoulun kanssa. Haastattelut toteutettiin kotikäynnein kolmannen vuoden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden toimesta Moniammatillinen kuntouttava vanhustyö opintojakson puitteissa. Tutkimusaineistona käytettiin kolmeakymmentäkolmea haastattelulomaketta, jotka analysoimme ja esitämme graafisesti tässä raportissa.

13.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu muuttujien mittaamiseen, tilastointiin ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen kattavuus tutkittavan aineiston perustana sekä mittausvälineen rakentaminen ja esittäminen. (Vilka 2009, 41.)

Määrällisen tutkimuksen avulla ei saada tietoa yksittäisistä tutkittavista, vaan tutkimuskysymyksillä on tarkoitus saada vastaus suuremmasta ihmisryhmästä. Määrällisen tutkimuksen aineisto kerätään usein kyselyllä, haastattelulla tai hyödyntäen jotakin rekisteriä. Kysymykset ovat rakenteeltaan sellaisia, että vastausten avulla voidaan tehdä luokitteluja. Ennen analyysin tekoa on kerättävä koko tutkimusaineisto, mutta joissakin harvoissa tapauksissa voidaan tehdä välianalyyssejä. Määrällisessä tutkimuksessa vastausprosentin merkitys on suuri. (Aira & Seppä 2010, 805–807.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saimme tehtyä tilastollista analyysia aineis-

tosta. Lisäksi aineistoa oli runsaasti ja määrällisen tutkimusmenetelmän avulla saimme käsiteltä aineiston tutkimusongelmien vaatimalla tavalla.

13.2 Aineiston kerääminen

Aineistona on käytetty kolmeakymmentäkolmea haastattelulomaketta. Opinnäytetyössä käytetty aineisto on kerätty vuonna 2012-2013 sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden toimesta Moniammatillinen kuntouttava vanhustyö opintojaksoon liittyvän tehtävän puitteissa. Opiskelijat tekivät ennalta valituille 75-vuotiaille ikäihmisille ennaltaehkäisevät kotikäynnit käyttäen haastattelun apuna valmiiksi laadittua keskustelurunkoa. Keskustelurunko on Ruotsissa laadittu ja käännetty suomeksi pienin muutoksin. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit on toteutettu yhteistyössä Hämeen ammattikorkeakoulun ja Hämeenlinnan kaupungin kanssa. Käyttämämme haastattelulomakkeet saimme analysoitavaksi tutkijayliopettaja Päivi Sanermalta.

Keskustelurungon alussa selvitetään ikäihmisen yhteystiedot, sukupuoli, myönnetyt kotiapuvut ja äidinkieli. Keskustelurunko on jaettu yhdeksään aihealueeseen, jotka ovat asuminen ja lähiympäristö, fyysinen aktiviteetti, läheistuki, sosiaalinen yhteisö ja osallistuminen, kaatumiset, lääkkeet, ravinto, psyykkinen ja fyysinen vointi ja turvallisuus. Lopussa arvioidaan jatkokokontaktin tarvetta ja tehdään lyhyt yhteenveto kotikäynnistä. Liitteenä on kaatumisriskin arviointi lomake sekä ohje painoindeksin laskemiseen. Lisäksi on kohta verenpaineiden merkkäamiseen. Keskustelurungon kysymyksiin on annettu valmiit vastausvaihtoehdot ja kaksi kysymyksistä on avointa. Haastattelun helpottamiseksi keskustelurungossa on apukysymyksiä.

13.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin kvantitatiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia- ja sisältöyhteyteen. (Anttila 1998.) Sisällönanalyysin tavoitteena on sisällön esittäminen numeraalisessa muodossa. Sillon kun sisällönanalyysissä nojataan kvantitatiiviseen menetelmään, annetaan luokitusyksiköille numeerisia arvoja sen mukaan, miten ne aineistossa esiintyvät. (Seitamaa-Hakkarainen n.d.; Määrällinen analyysi n.d.) Opinnäytetyössä valittiin käytettäväksi tilastollisesti kuvaava analyysi, koska sen avulla saatiin hyvin kuvattua saatuja tuloksia. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia kuvailtiin sanallisesti sekä laadittiin havainnollistavia taulukoita ja graafisia kuvioita.

Opinnäytetyössä aineistona käytettiin strukturoituja haastattelulomakkeita, eli haastattelulomakkeissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Haastattelulomakkeissa oli myös kaksi avointa kysymystä ja kuuteen kysymykseen sai valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon. Avointen kysymysten kohdalla nostettiin esille aineistoa analysoitaessa eniten nousseet asiat, eikä avoimia kysymyksiä sen tarkemmin tulkittu.

14 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään aihealueittain järjestyksessä. Aineiston analysoinnissa käytettiin kaikkia eli kolmeakymmentäkolmea haastattelulomaketta. Vastaajista viisi haluaa jatkoyhteydenoton kuudenkuukauden sisään ensimmäisestä käynnistä, neljätöistä haluaa jatkokäynnin vuoden sisään ja neljätöistä ilmoittaa, ettei halua jatkoyhteydenottoa lainkaan.

14.1 Asuminen ja lähiympäristö

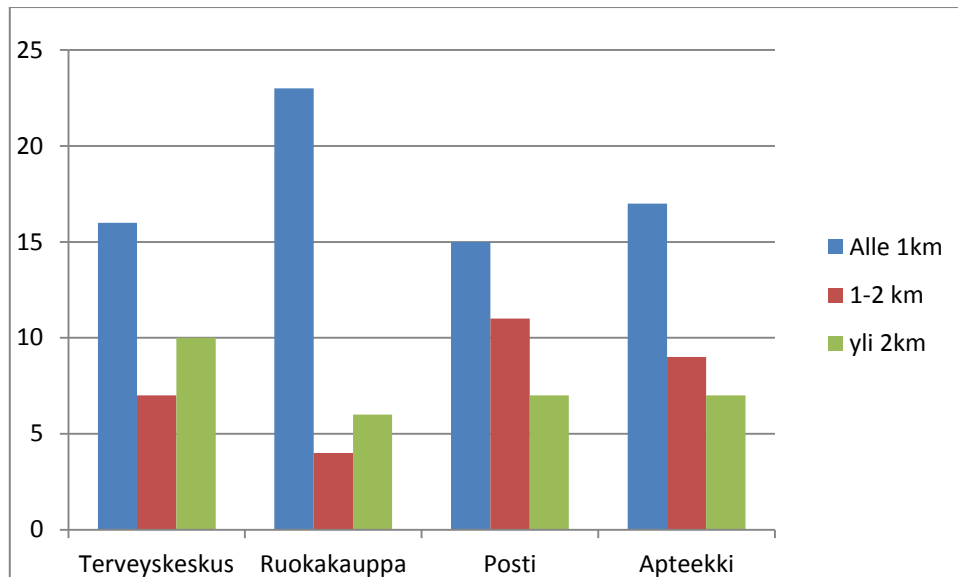
Hieman yli puolet eli 17 vastaajaa asuu yhdessä jonkun toisen ihmisen kanssa. Yksin asui 15 henkilöä ja vain yksi haastatteluun osallistuneista asui yksin. 22 henkilöä vastanneista asui kerrostalossa ja 11 vastaajaa omakoti- tai rivitalossa. 64 prosentilla vastanneista oli talossaan hissi, kun taas 36 prosentilla ei ollut hissiä käytettävissään.

28 haastatelluista oli vastannut olevansa tyytyväinen asumiseen, kun taas 5 oli useimmiten tyytyväisiä asumiseensa. Useimmiten asumiseensa tyytyväisiksi itsensä kuvanneiden joukosta epätyytyväisyyttä aiheuttaviksi tekijöiksi nousi pihatyöt, joita koettiin olevan liian paljon. Toiseksi tyytymättömyyden aiheuttajaksi koettiin pitkät matkat palveluihin.

Haastatteluun vastanneet saivat vapaasti toivoa asumiseen ja lähiympäristöönsä liittyviä asioita. Haastatteluista esille nousseita asioita olivat muun muassa palveluiden lisääminen ja palveluiden siirtyminen lähemmäksi asuinpaikkaa. Pihatöitä toivottiin olevan vähemmän. Lisäksi toivottiin enemmän yhteisöllisyyttä ja ikäihmisille suunnattuja aktiviteetteja, kuten kuntosali taloyhtiöön. Lisäksi yksi koki kaipuuta vanhaan omakotitaloon.

Haastatellut saivat toivoa vapaasti myös jotain palvelua lähiympäristöönsä. Vain 8 haastatelluista vastasi kysymykseen. Kolme kysymykseen vastanneista toivoi lähiympäristöönsä ruokakauppaa. Muita toiveita asumiseen ja lähiympäristöön liittyen olivat terveyskeskus, tekniset kaupat, hammaslääkäri, bussipysäkki, liikuntasali, erikoispalvelut ja verhojen ripustamisapu.

Suurin osa haastatelluista asui melko lähellä kaupunkia ja keskeisiä palveluja, kuten kuvio 1 osoittaa. 16 henkilöllä oli lähimpään terveyskeskukseen alle yksi kilometri matkaa, seitsemällä henkilöllä 1–2 kilometriä sekä kymmenen henkilöä ilmoitti matkan terveyskeskukseen olevan yli 2 kilometriä. 23 haastatelluista asui alle kilometrin matkan päässä ruokakaupasta. Neljällä henkilöllä ruokakauppa oli 1–2 kilometrin päässä ja kuudella vastanneista oli yli kaksi kilometriä ruokakauppaan. 15 henkilöllä oli postiin matkaa alle yksi kilometri, yhdellätoista henkilöllä 1–2 kilometriä ja seitsemällä henkilöllä matkaa postiin kertyi yli 2 kilometriä. Apteekki oli 17 henkilöllä alle kilometrin päässä kotoa. Yhdeksällä henkilöllä apteekkiin oli 1–2 kilometriä matkaa ja seitsemällä henkilöllä oli yli kaksi kilometriä matkaa apteekkiin.



Kuvio 1. Välimatkat yleisiin palveluihin

14.2 Fyysinen aktiviteetti

Vastaajista ulkona liikkuu ilman tukea 27 ikäihmistä, keppien kanssa neljä ja rollaattorin turvin myös neljä. Pyörää käyttää kahdeksan ja autoa kymmenen vastaajista. Linja-autolla kulkee yhdeksän ja autokyydillä seitsemän vastaajaa. Muuta apuvälinettä ulkona liikkuesssa käyttää kaksi vastaajista. Kysymykseen oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto.

Päivittäin ulkoilee 63,6 prosenttia vastaajista, kaksi tai kolme kertaa viikossa ulkoilee 12,1 prosenttia ja neljä tai viisi kertaa viikossa ulkoilee 24,2 prosenttia vastaajista.

Kevyttä liikuntaa harrastaa päivittäin yhdeksän vastaajaa, muutaman kerran viikossa 19 vastaajaa ja muutaman kerran kuussa yksi vastaaja. Kevytä liikuntaa ei harrasta lainkaan kaksi vastaajaa ja kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Kävely nousi selvästi suosituimmaksi liikunnaksi vastaajien kesken ja sitä harrastaa 30 ikäihmistä. Viisi kertoo harrastavan tanssia ja pyörälenkkejä tekee seitsemän vastaajaa. Voimaharjoittelua harrastaa kaksi, golfia ja keilausta molempia yksi sekä voimistelua kuusi vastaajaa. Sauvakävelemässä käy kahdeksan ja uimassa 15 ikäihmistä. Puutarhan hoitoa tai lumenluontia tekee seitsemän ja jotain muuta seitsemän vastaajaa. Muiden urheilumuotojen kerrotaan olevan kalastus, terveyskeskuksen järjestämä ryhmäliikunta, kuntosali, liiton toiminta, hiihto ja jooga.

Taulukossa 2 kuvataan haastateltujen ikäihmisten päivittäisten toimintojen ja asioiden hoito. Haastatelluilta kysyttiin, pystyvätkö he itse hoitamaan taulukossa olevat asiat, vai tarvivatko he siihen apua. Suurin osa vastaajista pystyi omatoimisesti hoitamaan päivittäisiä askareita. Eniten avun tarvetta ilmeni siivoamisessa, jossa myös ikäihmisten lapset auttoivat. Ruokaostoksien kanssa ja ruuan valmistuksessa ilmeni myös avuntarvetta.

Puolisot jakoivat keskenään asioiden hoitoa, ja puolisolta sai apua asioiden hoitamiseen.

Taulukko 1. Taulukossa on kuvattuna vastaajien päivittäisten toimintojen ja asioiden hoito. Taulukosta käy ilmi esimerkiksi kuinka moni vastaajista hoitaa itse siivouksen vai hoitaako sen esimerkiksi puoliso.

| | kyllä | osittain | ei | puoliso hoitaa | lapset auttaa | joku muu auttaa |
|---------------------------------|-------|----------|----|----------------|---------------|-----------------|
| siivous | 19 | 11 | 0 | 4 | 2 | 4 |
| pyykki | 24 | 3 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| ruokaostokset | 25 | 4 | 0 | 4 | 1 | 1 |
| ruuan teko | 24 | 6 | 0 | 4 | 1 | 1 |
| suihku | 33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| jalkahoito | 22 | 1 | 4 | 0 | 0 | 7 |
| pukeutuminen | 32 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| raha-asiat | 29 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| lääkkeet | 32 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| yhteydenpito terveyskeskukseen | 32 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| yhteydenpito kunnan palveluihin | 29 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 |

14.3 Läheistuki ja sosiaalinen aktiviteetti

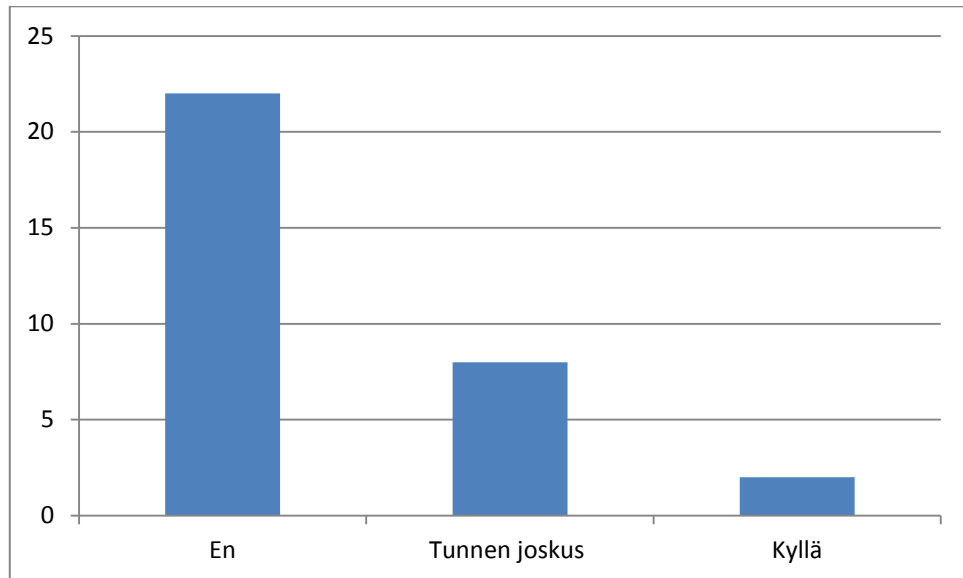
Tulosten mukaan 73 prosenttia sai joltakin läheiseltä apua tai sai joskus apua kun taas 27 prosenttia ei saanut lainkaan apua läheisiltä. Aineistosta yksi ei vastannut kumpaankaan kysymykseen, koska hän ei kokenut tarvetta antaa tai saada läheistukea.

Vastaajista 28 voi tehdä sellaisia asioita, mitä haluaa ja mistä pitää. Joskus mieleisiä asioita voi tehdä kuusi vastaajista ja yksi kokee, ettei pysty tekemään lainkaan mukavia asioita. Muutama vastaaja oli vastannut kahteen kohtaan, kyllä ja joskus. Syitä sille, ettei pysty tekemään halutessaan mielekkäitä asioita olivat taloudelliset syyt, jaksaminen, fyysiset esteet, seuran puute, omaishoitajuus, pitkät välimatkat ja huono muisti. Edellämainituista syistä esille nousivat fyysiset esteet. Lähes kaikki, jotka vastasivat kysymykseen joskus tai ei, pitivät esteenä mieluisen tekemisen toteuttamiselle fyysisiä tekijöitä.

64 prosenttia ikäihmisistä osallistuu johonkin sosiaaliseen aktiviteettiin, 18 prosenttia osallistuu harvoin ja 18 prosenttia ei osallistu lainkaan sosiaaliin aktiviteetteihin. 84 prosenttia on tyytyväisiä sosiaaliin kontakteihin ja 16 prosenttia ei ole tyytyväisiä. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

Kuviossa 2 havainnollistetaan vastanneiden kuvaamaa yksinäisyyttä. 22 vastaajaa ei kokenut yksinäisyyden tunnetta. Kahdeksan ilmoitti tuntevan-

sa joskus yksinäisyyden tunteita ja vain kaksi vastaajaa koki yksinäisyyden tunnetta. Yksi haastateltava jätti vastaamatta kysymykseen.



Kuvio 2. Vastanneiden kuvaama yksinäisyys.

Suurin osa haastateltavista käyttää kännykkää päivittäin. Vain kaksi kertoo käyttävän joskus kännykkää. Tietokonetta käyttää säännöllisesti kahdeksan vastaajaa, joskus neljä ja ei lainkaan 20. Yksi vastaajista ei osannut vastata kysykseen koskien tietokoneen käyttöä.

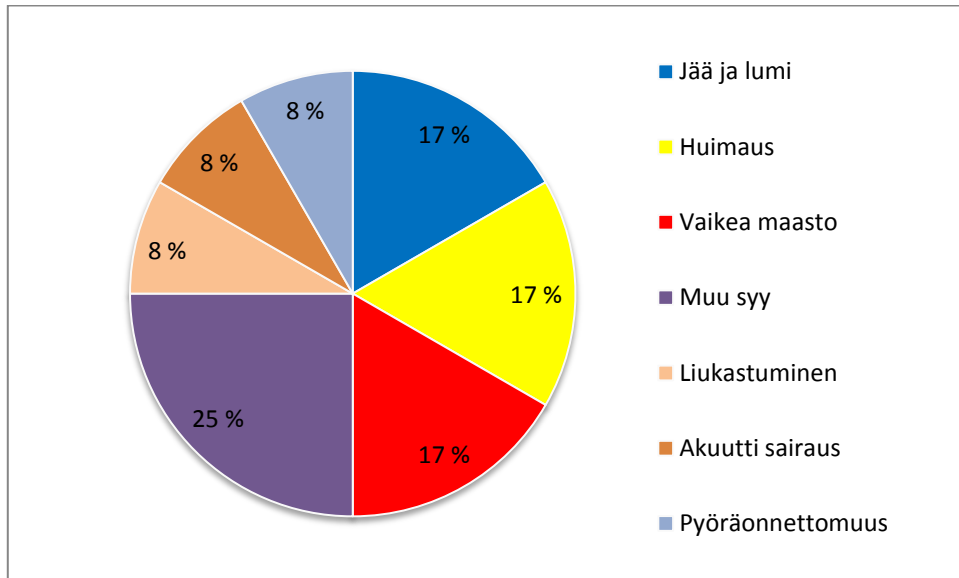
14.4 Kaatumiset

Kyselyyn vastanneista 58 prosenttia kertoi tuntevansa huimausta, joista 11 prosenttia kertoi tuntevansa huimausta päivittäin. 42 prosenttia haastatelluista ei tuntenut huimausta.

Kuviossa 3 havainnollistetaan kaatumisen eri syitä, jotka haastateltavat ilmoittivat johtaneen kaatumiseen. 10 henkilöä haastatelluista ilmoitti kaatuneensa viimeisen vuoden aikana ja päässeensä kuitenkin itse ylös. Kolme henkilöä kymmenestä vuoden aikana kaatuneesta ilmoitti kaatumisensa syyksi muun syyn, jota ei ollut tarkemmin määritelty. Neljä henkilöä kertoi kaatumisen syyksi jään ja lumen tai vaikean maaston. Huimaus oli syynä kaatumiseen kahdella henkilöllä vastanneista. Muita yksittäisiä syitä olivat pyöräonnettomuus, liukastuminen kylpyhuoneessa ja akuutti sairaus.

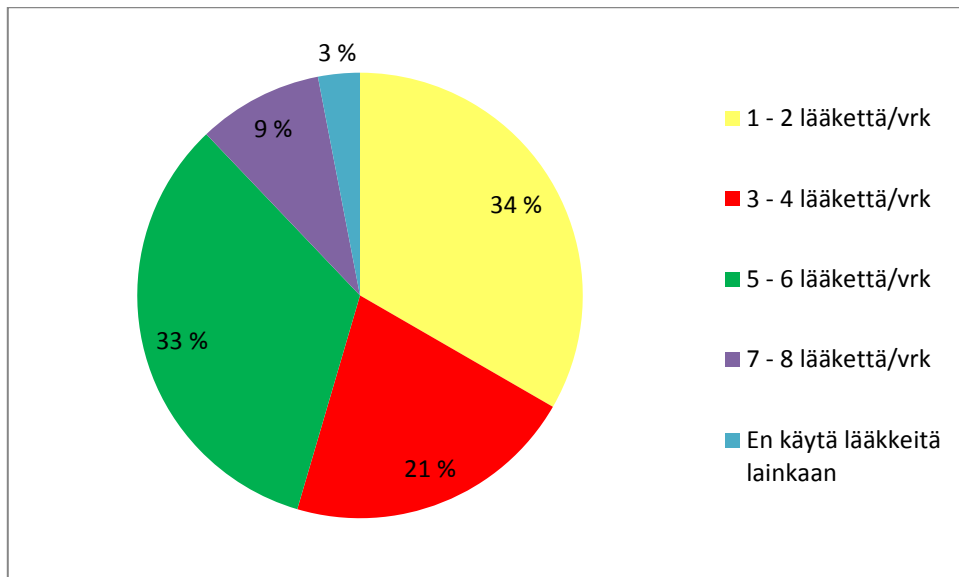
Yhteenvetona kaatumisriskiä vähentävinä toimenpiteinä esille nousi apuvälineiden tarve kolmella kyselyyn vastanneista. Kahdella kyselyyn vastanneista lääkitys oli merkitty kaatumisriskiä vähentäväksi tekijäksi sekä asuinympäristön muutokset oli myös merkitty kahdella vastanneista kaatumisriskiä vähentäväksi tekijäksi. Parempi kuulo oli arveltu yhdelle

kymmenestä kaatumisriskiä vähentäväksi tekijäksi, samoin tasapainon parantuminen.



Kuvio 3. Kaatumisen syyt.

14.5 Lääkitys



Kuvio 4. Kuviossa on kuvattuna vastanneiden henkilöiden lääkkeitten käytön määrät.

Suurimmalla osalla vastaajista oli käytössään 1–2 tai 5–6 lääettä. Kuten kuviossa 2 voidaan havaita, lääkkeitä hyvin paljon käyttävät tai lääkkeetöntömät ovat hyvin pieni joukko vastanneista.

82 prosenttia haastateltavista kertoo keskustelleensa lääkärin kanssa lääkityksestä viimeisen vuoden aikana. 12 prosenttia on keskustellut lääkärin kanssa lääkityksestä yli vuosi sitten. Kuusi prosenttia kokee, ettei lääkkeitä keskusteleminen lääkärin kanssa ole ajankohtaista.

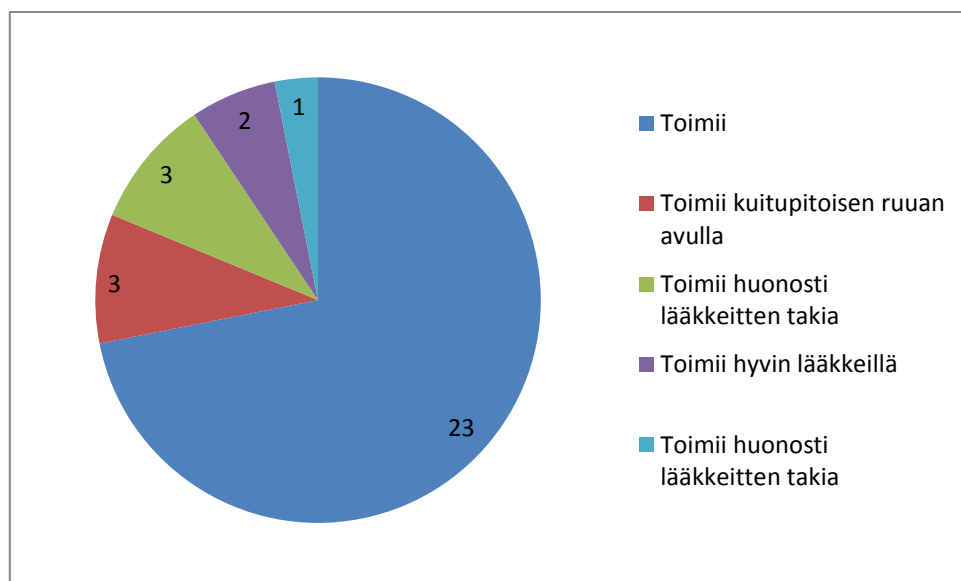
14.6 Ravinto

Kysymyslomakkeesta vatsan toiminta – kohtaan oli yksi henkilö jättänyt vastaamatta. 23 haastatteluun osallistuneista ei ollut ongelmia vatsan toiminnan kanssa. Kolmella vastanneista vatsa toimi huonosti lääkityksen takia ja viidellä henkilöllä vastanneista vatsa toimi hyvin lääkityksen tai kuitupitoisen ruuan avulla.

Kymmenellä kyselyyn vastanneista oli esiintynyt virtsankarkailua. Neljällä virtsankarkailusta kärsivällä oli käytössään jokin apuväline virtsankarkailua varten.

Seitsemän henkilöä jätti vastaamatta kysymykseen, onko heidän painonsa muuttunut viimeisen vuoden aikana. Yli puolella kysymykseen vastanneista paino ei ollut muuttunut viimeisen vuoden aikana. Viidellä vastanneista paino oli pudonnut 3 – 5 kilogrammaa viimeisen vuoden aikana, kun taas kuusi vastanneista ilmoitti lihoneensa 3 – 5 kilogrammaa. Kuviossa 5 haavainnollistetaan haastateltujen ikäihmisten vatsan toimintaa.

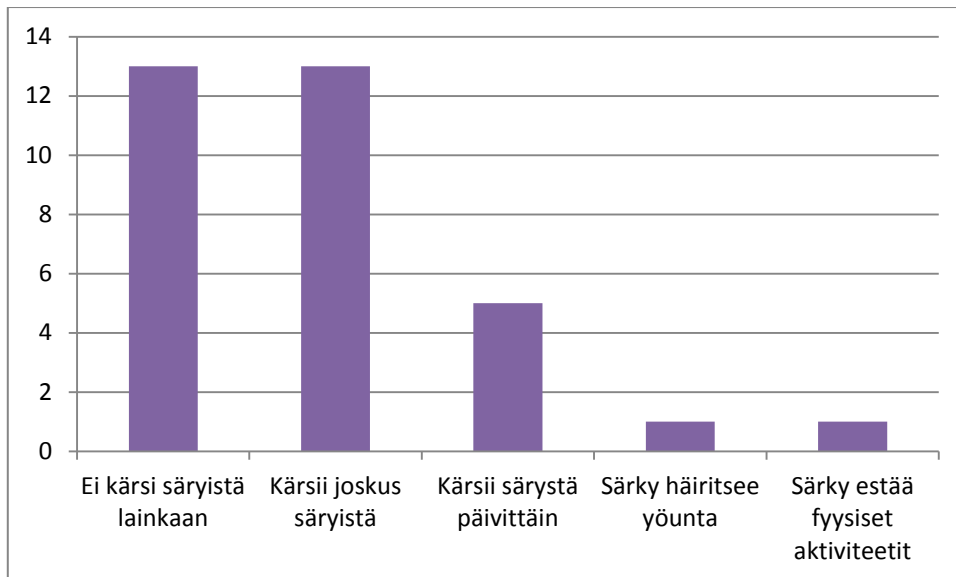
42 prosenttia vastanneista ei käyttänyt lainkaan alkoholia. 27 prosenttia taas ilmoitti käyttävänsä alkoholia joka viikko. Kaiken kaikkiaan neljä vastanneista ilmoitti polttavansa tupakkaa.



Kuvio 5. Kuvaus haastateltujen vatsan toiminnasta.

14.7 Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi

Haastateltavista 28 kokee suun terveyden hyväksi ja kolme useimmiten hyväksi. Vain kahdella on suun terveyden kanssa ongelmia ja he kokevat suun terveyden huonoksi. Haastateltavista kymmenen nukkuu hyvin ja 15 kokee nukkuvan hyvin silloin tällöin. Yksi on vastannut että nukkuu hyvin lääkkeitä huolimatta ja jopa seitsemällä on nukkumisen kanssa ongelmia.



Kuvio 6. Ikäihmisten kokema särky.

Kuviossa 6 kuvataan ikäihmisten vastausjakaumaa liittyen särkyihin. 13 vastaa, ettei kärsi särystä lainkaan, kun taas päivittäin särkyjä esiintyy viidellä vastaajista. Yhdellä säröt häiritsevät yöunta. Joskus särystä kärsii 13 ja yksi kokee, että särkyjen vuoksi fyysiset aktiviteetit estyvät.

30 prosenttia näkee lukea lehtiä ilman apuvälineitä ja 70 prosenttia tarvitsee lehtien lukuun apuvälineen. 88 prosenttia kuulee puhelimen ilman apuvälineitä ja kuusi prosenttia tarvitsee siihen kuulon apuvälineen. Kuusi prosenttia eli kaksi vastaajaa ei kuule puhelinta eikä heillä ole siihen apuvälinettä.

61 prosenttia kokee, ettei heidän muisti ole lainkaan huonontunut ja vähäistä muistin huonontumista esiintyy 33 prosentilla vastaajista. Kuudella prosentilla muistin huononeminen tuottaa ongelmia.

Kolme prosenttia vastaajista eli yksi vastaaja kokee itsensä levottomaksi, samoin yksi vastaajista kokee levottomuutta lääkkeistä huolimatta. 70 prosenttia ei koe lainkaan levottomuutta. Joskus levottomuuden tunnetta on 24 prosentilla.

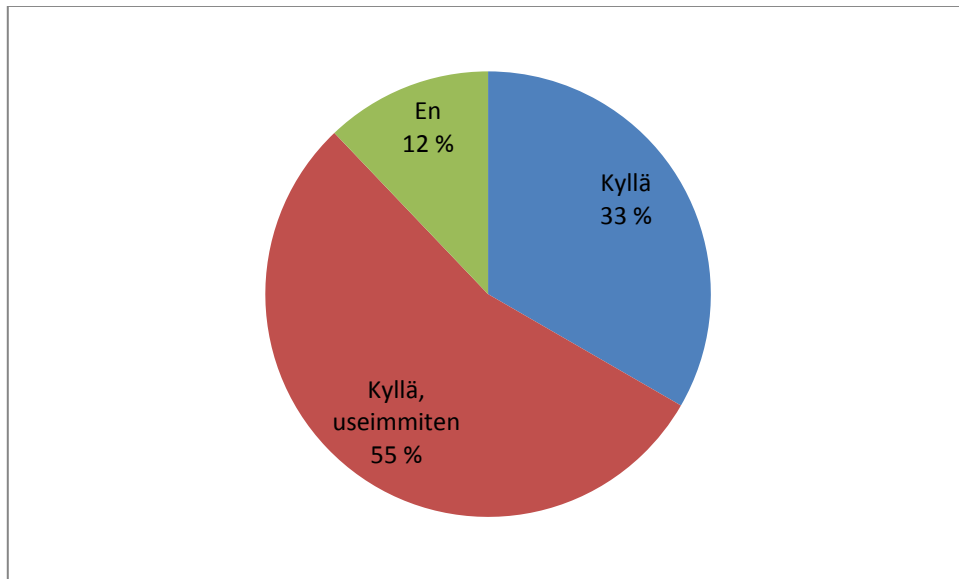
14.8 Turvallisuus

Suurin osa vastaajista koki turvallisuutensa hyväksi. Vain 3 prosenttia vastaajista koki turvattomuuden tunnetta.

Kysymyskohtaan 28. Tunnetko olosi turvalliseksi haastateltavat saivat valita useamman kohdan. 26 henkilöä ilmoitti asumisolosuhteiden lisäävän turvallisuuden tunnetta. Naapurit ja ystävät lisäsivät turvallisuuden tunnetta 23 henkilön kohdalla. 18 vastaajaa koki puolison tuovan turvallisuuden tunnetta ja 17 ilmoitti myös lasten tuovan turvallisuuden tunnetta. 19 haastateltavaa ilmoitti puhelimen ja tietokoneen lisäävän turvallisuutta. Terveys oli kuudellatoista henkilöllä tärkeä turvallisuutta lisäävä tekijä. Viisi-

toista henkilöä ilmoitti myös perusturvallisuuden lisäävän turvallisuuden tunnetta. 2 vastanneista ilmoitti sairaanhoidon saatavuuden tärkeäksi turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Uskonto toi turvaa kymmenelle haastateluun osallistuneelle. Lisäksi kolme henkilöä oli vastannut turvallisuuden tunnetta lisääväksi tekijäksi muun syyn, jota ei ollut tarkemmin määritelty.

Kuviossa 7 havainnollistetaan ikäihmisten henkilökohtainen kokemus terveytensä tilasta. 28 henkilöä kyselyyn vastanneista ilmoitti kokevansa terveytensä hyväksi tai kokevansa sen useimmiten hyväksi. Neljä vastanneista ei kokenut terveyden tilaansa hyväksi.



Kuvio 7. Haastatteluihin osallistuneiden vastaukset kysymykseen: ”Koetko terveytesi hyväksi.”

15 POHDINTA

Pohdinnassa pohdimme opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Esitämme johtopäätökset saatujen tutkimustulosten mukaan ja mietimme käypiä jatkotutkimusaiheita tälle opinnäytetyölle. Haimme tietoa teoreettisen viitekehyksen rakentamiseen internetistä, erilaisista tutkimuksista, pro graduista, kirjoista ja ammattilehdistä. Tietoa löytyi kiitettävästi ja ajoittain oli haastavaa rajata tietoa niin, että teksti pysyi ytimekkäänä ja mielenkiintoisena koko työn ajan.

15.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Ikäihmisten määrä yhteiskunnassa kasvaa, ja mielestämme on tärkeä ennaltaehkäistä ikäihmisten ennaikainen laitoshoidon joutuminen ja mahdollistaa ikäihmisen kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Hyviin tutkimuseettisiin käytäntöihin kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus tutkimusaineiston tutkimisessa, tallentamisessa ja esittämisessä. Lisäksi tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimiin eettisiin periaatteisiin

kuuluvat tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen, sekä yksityisyys ja tietosuoja. Henkisten haittojen välttämiseen kuuluu tutkittavan arvostava kohtelu sekä tutkittavia kunnioittava kirjoittamistapa raporttia laadittaessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013).

Opinnäytetyössä ikäihmisten henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa työtä. Kaikki haastatteluun osallistuneet olivat itse antaneet suostumuksen kotikäyntiin ja heille on kotikäynnillä kerrottu, että vastauksia saatetaan käyttää erilaisiin tutkimuksiin. Lisäksi opinnäytetyöprojektin aikana pidimme aineiston tallessa niin, että ulkopuoliset eivät nähneet aineistoa.

Tässä opinnäytetyössä tulokset pyrittiin raportoimaan mahdollisimman totuudenmukaisesti käyttäen tutkimukseen soveltuvaa analyysitapaa. Lähteisiin viitattaessa ja lähdemerkintöjä laadittaessa on noudatettu Hämeen ammattikorkeakoulun lähdemerkintäohjeita.

15.2 Johtopäätökset

Aihealueen asuminen ja lähiympäristö tuloksista selvisi, että hieman yli puolet vastaajista asui yhdessä jonkun kanssa. Tulosten mukaan yksinasuvat tunsivat hieman enemmän yksinäisyyttä kuin jonkun toisen kanssa asuvat. Tämä tutkimustulos tukee aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Tilvis (2010, 411–415) toteaa yksin asumiseen liittyvän useimmin yksinäisyyden tunnetta.

Useimmat kyselyyn vastanneista olivat tyytyväisiä asumiseensa. Viidellä henkilöllä tyytymättömyyttä asumiseen aiheuttivat pihatyöt sekä pitkät matkat palveluihin. Ruonakoski ym. (2005, 61) tutkimuksessaan totesivat ikäihmisten ulkona liikkumisen ongelmien liittyvän usein matkojen pituuteen. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ne jotka asuivat kauimpana palveluista eli yli kahden kilometrin päässä palveluista, eivät kokeneet matkan pituuden olevan asumistyytyväisyyttä vähentävä tekijä. Toiveet asumiseen ja lähiympäristöön liittyvistä asioista koskivat niin ikään pihatöiden vähenemistä ja palvelujen siirtymistä lähemmäs asuinpaikkaa. Lisäksi toivottiin enemmän ikäihmisille suunnattuja aktiviteetteja.

Kyselyyn vastanneista 63,6 prosenttia ulkoili päivittäin. Suurin osa vastaajista harrasti kevyttä liikuntaa päivittäin tai muutaman kerran viikossa. Kävely oli suosituin liikuntamuoto. Muita liikuntamuotoja olivat tanssi, jota harrasti viisi vastaajaa, pyöräily, sekä uinti, jota harrasti yhteensä 15 kyselyyn vastannutta. Ilman apuvälineitä ulkoili 27 vastaajaa, rollaattoria tai kävelykeppiä käytti kahdeksan. Kymmenellä vastanneesta oli oma auto käytössä. Päivittäisissä toiminnoissa eniten saatiin apua siivouksessa. Lapset auttoivat muun muassa siivouksessa, ruuan laitossa ja ruokaostosten tekemisessä.

Lähes kaikki kyselyyn vastanneista pystyivät tekemään itselle mieluisia asioita. Kolme kyselyyn osallistujaa vastasi pystyvänsä tekemään itselleen mieluisia asioita vain joskus. Aiempien tutkimusten mukaan terveydentilan ongelmat voivat olla ikääntyneelle raskaita, eivätkä he jaksaa tehdä kaikkia haluamiaan asioita (Valta 2008, 81, 89). Tässä tutkimuksessa yleis-

sin syy sille, että ei halutessaan pysty tekemään mieluisia asioita olivat fyysiset rajoitteet.

64 prosenttia kyselyyn vastanneista ikäihmisistä osallistui johonkin sosiaaliseen aktiviteettiin. Tilvis (2010, 411–415) toteaa yksinäisyyden voivan johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Kuitenkin tässä tutkimuksessa suurin osa yksinäisyyttä kokevista on tyytyväisiä sosiaalisiin kontakteihinsa. Yksin asuvista kolme henkilöä koki tyytymättömyyttä sosiaalisiin kontakteihinsa, mutta yleisesti ottaen yksin asuminen ei juuri vaikuttanut sosiaaliseen tyytymättömyyteen. Kännykän käyttö oli kyselyyn vastanneiden ikäihmisten kohdalla yleistä. Tietokone ei kuitenkaan ollut lainkaan käytössä kahdellakymmenellä ikäihmisellä.

Kymmenen haastatelluista ilmoitti kaatuneensa viimeisen vuoden aikana. Yli puolet vastanneista kertoi tuntevansa joskus tai päivittäin huimausta. Kaatumisen syyksi vain kaksi kymmenestä vuoden aikana kaatuneesta ilmoitti huimauksen. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat tutkimusta, jonka mukaan alle 80-vuotiaiden kaatumisen syynä ovat ulkoiset riskitekijät eli asuntoon ja lähiympäristöön liittyvät syyt. (Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008; Saari 2007, 204.)

Tässä tutkimuksessa kaatumisen yleisiä syitä olivat talvella jää ja lumi sekä vaikea maasto. Kaatumisriskiä vähentäviksi toimenpiteiksi esille nousivat apuvälineiden tarve, asuinympäristön muutokset sekä yhdellä vastanneista lääkitys. Aiempien tutkimustulosten mukaan liikkumisapuvälineiden käyttö lisää kaatumisriskiä (Mänty ym. 2007). Opinnäytetyömme tutkimustuloksissa ei kuitenkaan saatu näyttöä liikkumisapuvälineiden käytön kaatumisalttiuden lisääntymisestä.

Kyselyyn vastanneista lähes kaikki käyttivät lääkkeitä. Suurimmalla osalla käytetyt lääkemäärät vaihtelivat 1–6 lääkkeen välillä. Lääkehoito oli suurimmalla osalla hyvin hoidossa, sillä 82 prosenttia kertoi keskustelleensa lääkärin kanssa viimeisen vuoden aikana lääkityksestään.

Kaiken kaikkiaan kyselyyn osallistuneilla vatsan toiminta oli hyvä. Viisi kyselyyn vastanneista joutui käyttämään vatsan toimintaa edistäviä lääkkeitä kun taas kolme vastaajaa koki vatsan toiminnan huonona lääkityksestä johtuen. Virtsankarkailusta kärsi kymmenen kyselyyn vastannutta ikäihmistä. Neljällä heistä oli käytössään jokin virtsankarkailua varten oleva apuväline. Yli puolella vastanneista paino ei ollut muuttunut viimeisen vuoden aikana. Viidellä vastanneista paino oli pudonnut 3–5 kilogrammaa, kun taas kuusi vastanneista ilmoitti lihoneensa 3–5 kilogrammaa viimeisen vuoden aikana. 42 prosenttia vastanneista ei käyttänyt alkoholia lainkaan. 27 prosenttia vastanneista käytti alkoholia joka viikko. Neljä vastanneista ilmoitti käyttävänsä tupakkatuotteita.

Haastateltavista suun terveyden kokee suurin osa hyväksi. Vain kahdella vastanneista oli ongelmia suun terveyden kanssa. Haastateltavista yli puolet kokee nukkuvansa hyvin tai nukkuvansa hyvin silloin tällöin. Seitsemällä oli ongelmia nukkumisen kanssa. Yhteensä 26 vastaajaa ei kärsinyt särystä ollenkaan tai kärsi joskus särystä. Viisi vastanneista kertoo kärsi-

vänsä säryistä päivittäin. Yhdellä henkilöllä säryt häiritsivät yöunta ja toisella fyysiset aktiviteetit estyivät säryn vuoksi. Suurin osa haastateltavista tarvitsi apuvälineen lehtien lukemiseen ja kuuli puhelimen ilman apuvälinettä. Kaksi vastaajista ei kuullut puhelinta eikä heillä ollut siihen apuvälinettä käytössään. Vähäistä muistin huononemista koki 33 prosenttia vastanneista. Kuudella prosentilla muistin huononeminen aiheutti ongelmia. Kysymykseen tunnetko itsesi levottomaksi tai alakuloiseksi vastasi yksi henkilö tuntevansa levottomuutta ja alakuloa, samoin kuin yksi vastaajista koki alakuloa ja levottomuutta lääkkeistä huolimatta. 24 prosenttia koki levottomuutta ja alakuloa joskus. Tutkimusten mukaan levottomuuden tunne ja tunne muistamattomuudesta voivat olla merkki ikääntyneen masennuksesta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 132, 134).

Suurin osa vastanneista koki turvallisuutensa hyväksi. Myös aiemmin saaduissa tutkimustuloksissa on havaittu, että ikäihmiset kokevat pääsääntöisesti kotinsa turvalliseksi. Aiempien tutkimustulosten mukaan tutut naapurit sekä perhe, läheiset ja puoliso lisäävät turvallisuuden tunnetta. (Aalto 2010; Turvallinen elämä ikääntyneille 2011, 8; Fali & Koivukangas 2011.) Tämänkin opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että yleisimmät turvallisuutta lisäävät tekijät olivat asumisolosuhteet, naapurit ja ystävät sekä puoliso ja lapset. Myös puhelimen ja tietokoneen käyttömahdollisuus lisäsivät turvallisuuden tunnetta. Suurin osa haastatelluista ilmoitti kokevansa terveytensä hyväksi tai kokevansa sen useimmiten hyväksi. Neljä vastanneista ilmoitti, että ei kokenut terveydentilaansa hyväksi.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia palveluntarpeita hämeenlinnalaisilla palvelujen piiriin kuulumattomilla ikäihmisillä on, sekä millaisena hämeenlinnalaiset ikäihmiset kokevat oman terveydentilansa. Tutkimustuloksista selvisi, että hämeenlinnalaiset ikäihmiset kaipasivat ikäihmisille suunnattuja vapaa-ajan aktiviteetteja enemmän asuinympäristöönsä. Päivittäisistä askareista ulkopuolinen avuntarve koski siivousta ja ruuan laittoa sekä ruokaostosten tekemistä.

Suurin osa haastatelluista koki terveydentilansa hyväksi. Vain neljä ilmoitti kokevansa terveyden tilansa huonoksi. Ikäihmiset kokivat terveydentilansa ongelmaksi säryt, muistin huononemisen, muistin ongelmat, suun terveyden, virtsaamisvaivat, vatsan toiminnan ja uniongelmat. Yli puolet vastaajista ilmoitti tuntevansa huimausta jopa päivittäin. Vastaajista kymmenen oli kaatunut viimeisen vuoden aikana. Apuvälineiden tarve oli suurin kaatumista ennaltaehkäisevä tekijä haastateltujen vastauksissa. Suurin osa haastatelluista oli keskustellut lääkäriin viimeisen vuoden aikana terveyteen liittyvistä ongelmista.

15.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksia aiheesta voidaan tehdä paljon. Tämän opinnäytetyön haastateltavat koostuivat 75-vuotiaista hämeenlinnalaisista ikäihmisistä, jotka eivät kuulu terveystalouden piiriin. Jatkotutkimuksena voi olla samojen ikäihmisten haastatteleminen muutaman vuoden kuluttua, jolloin voidaan tutkia heidän muuttuneita asuinolojaan tai hyvinvointiaan. Toisaalta jatkotutkimuksena voisi myös olla samanikäisten vanhusten saman-

lainen tutkimus esimerkiksi viiden vuoden kuluttua, jolloin voitaisi verrata, onko ikäihmisten terveys tai asuinolot muuttuneet vuosien varrella.

Tämän opinnäytetyön avulla Hämeenlinnan kaupunki saa tietoa oman kunnan ikäihmisten hyvinvoinnista. Opinnäytetyön tuloksien avulla Hämeenlinnan kaupunki voi pohtia, onko heillä tarvetta ennaltaehkäiseville kotikäynneille. Yli puolet eli yhdeksäntoista vastaajaa haluaa jatkoyhteydenoton vuoden sisään ja kahdeksalla vastaajalla oli selvä avuntarve.

LÄHTEET

- Aalto, L. ”Ja sitten mää pelkään rupesin” : yksin kotona asuvien vanhusten turvallisuus. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Ahtiainen, J. 2004. Tasapaino. Teoksessa Keskinen, K., Häkkinen, K. & Kallinen, M. (toim.) Kuntotestauksen käsikirja. Tampere: Tammer-Paino Oy, 187–188.
- Aira, M. 2008. Iäkkäät ja alkoholi. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos E. (toim.) Geriatria. Helsinki: Edita Prima, 267–276.
- Aira, M. & Seppä, K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Viitattu 31.10.2013. <http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL92010-805.pdf>
- Alapappila, A. & Koivisto, P. 2003. Kuntouttavaa kotielämää: kuntoa arjen toimista ja apuvälineistä ikäihmisille. Loimaa: Kirjapaino Oy.
- Andersson, S. 2007. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Anttila, P. 1998. Sisällönanalyysi. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Viitattu 28.1.2014. http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallönanalyysi
- Aro, A. 2012. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 294–305.
- Bäckmand, H., & Vuori, I. 2010. Tule – sairauksien ehkäisy, varhainen puuttuminen ja omahoito. Teoksessa Bäckmand, H. & Vuori, I. (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelimistö. Opas tule- sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino, 20–39.
- Ennis, J. 2013. The Physiology Of Ageing. A Systematic approach. Practice Nurse 43(3). 38–42. Viitattu 4.11.2013. Saatavissa EBSCOhost Academic Search Elite-tietokannasta: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?sid=ad8d11bd-0713-46e8-9d1e-854449c7ac31%40sessionmgr15&vid=1&hid=25&bdata=JnNpdGU9ZW hvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2012053672>
- Fali, S., & Koivukangas, H. 2011. Vanhusten kokemuksia turvallisuudesta. Sosiaalisen koulutusalan ohjelma. Opinnäytetyö. Diakonia-Ammattikorkeakoulu.

Finravinto 200 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23/2008. Helsinki: Yliopistopaino.

Freese, R. & Vuotilainen, E. 2012. Vitamiinit ja kivennäisaineet sekä muut ravinnon yhdisteet. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 88–167.

Good, K. 2013. Putting guidelines into practice for older people at risk of falling. *Nursing and residential care* 15 (5), 267–270.

Haglung, B., Huupponen, T., Ventola, A. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Halvarsson, A., Franzén, E., Farén, E., Olsson, E., Oddsson, L. & Ståhle, A. 2012. Long-term effects of new progressive group balance training for elderly people with increased risk of falling – a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 27 (5), 450–458.

Hartikainen, S., Lönnroos, E. 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Hausen, H. 2012. Suu- ja hammassairauksien ehkäisy. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 332 – 338.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Viitattu 10.10.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=suo00049&p_haku=ik%C3%A4ihmiset

Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hänninen, O., Rauma, A., Laaksonen, D. & Mattila, M. 2003. Käytännön kliininen ravitsemustieto. Klaukkala: Recallmed Oy.

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. 2008. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOY

Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. 2008.

Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. N.d. Viitattu 21.8.2013. <http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>

Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko–Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry. Helsinki: Kirjapaja.

Kallin, K., Jense, J., Lundin Olson, L., Nyberg, L. & Gustafson, Y. 2004. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *The Journal Of Family Practice*. Tammikuu 2004, 45. Vol 53, No 1.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kehittämiskeskus Häme Oy. 2012. Hyvinvointialalle polkuja kansainvälistymiseen – Creator. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 21.10.2013. <http://www.kehittamiskeskus.fi/uutiskirje/apsis/article/0/40/41445B4A7045445E4271/418475.html>

Kettunen, R. 2008. Iäkkäiden sydänsairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Edita Prima, 3–66.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. WSOY. Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. N.d. Viitattu 21.8.2013. <http://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>

Kivelä, Sirkka-Liisa. 2007. Voimavaroja unesta – hyvä uni iäkkäänä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kuulonhuoltoliitto ry. 2006. Ikäkuulo. Kuulo ja ikääntyminen. Helsinki: Cubitum Oy.

Lamberg – Allardt, C. & Kröger, H. 2012. Ravitsemus ja luusto. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim, 314–325.

Liikunta. 2012. Käypä hoito. Viitattu 14.8.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s9>

Loog, A. & Puustelli, O. 2011. Vanhusten kaatumisten yleisyys ja sisäiset riskitekijät. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Lumme-Sandt, K. 2008. Perhesuhteet ja omaishoiva. Teoksessa Lipponen, P. (toim.) *Rakas velvollisuus. Omaishoitajan arjen haasteet*. Helsinki: Kirjapaja, 75–96.

Lupsakko, T. & Ikäheimo K. 2008. Iäkkäiden aistiongelmät: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría*. Arviointista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 146–164.

Mutanen, M. & Voutilainen, E. 2012. Energiaravintoaineet, ravintokuitu ja alkoholi. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim, 42–75.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B29/2007. Helsinki: Edita Prima Oy.

Määrällinen analyysi. N.d. Koppa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 28.1.2014.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Niemi, A. 2006. Ravitseminen kuntoon. Helsinki: WSOY.

Nuotio, M. 2008. Suolisto- ja virtsaamisvaivat. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 165–187.

Nykänen, S. 2007. ”Kot’ on paras paikka”. Kotona asumisen merkitys ikääntyvälle. KaupunkiElvi -hanke osaraportti 2. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
<http://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=b60f1f16-b935-4f6c-a50c-0a843f0958c6>

Olsbo-Rusanen, L. & Väänänen-Sainio, R. 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelu paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Helsinki: Edita Prima Oy.
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=3726&lan=fi>

Partala, A-E. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Pro gradu– tutkielma. Viitattu 13.8.2013.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22726/URN_NBN_fi_jyu-201001111015.pdf?sequen..

Pesola, K. 2001. Rakennusten suunnitteluttaminen. Opas järjestöille. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti 1:2001. Helsinki: Tyylipaino Oy

Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 42–68

Pikkarainen, P. 2012. Ravitseminen ja maha – suolikanavan sairaudet. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 419–448.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2. , uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438–467.

Pirilä, K. 2012. Vanhuksen näköaisti. Teoksessa Näslindh–Ylispangar, A. (toim.) Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita, 50–71.

Preventig Falls. N.d. Moving safely. National Osteoporosis Foundation. Viitattu 19.8.2013. <http://www.nof.org/articles/17>.

Pynnönen, K. 2006. Sosiaalinen aktiivisuus kotona asuvana selviytymisen ennustajana ikääntyvillä ihmisillä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 6.10.2013. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8381/URN_NBN_fi_jyu-2006396.pdf?sequence=1

Rahkonen, T. & Laurila, J. 2008. Äkillinen sekavuustila. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 67–79.

Ruonakoski, A. , Somerpalo, S., Kaakinen, J. & Kinnunen, R. 2005. Esteettömyys ja ikääntyneiden palvelutarve. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 11:2005. Helsinki: Yliopistopaino.

Räihä, I. 2012. Ikääntyneiden ravitseminen. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 281–293.

Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer–Paino Oy, 202–214.

Seitamaa-Hakkarainen, P. N.d. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 3.2.2014. http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi

Sinisalo, L. & Paakkari, P. 2012. Lääkehoito ja ravitseminen. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim, 497–501.

Sisäasiainministeriö. Turvallisempi huomina. Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Helsinki 2012. 26/2012.

Suominen, M. (toim.) Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 2006. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Keskustelu ja haastattelu kotikäynnin osana. Viitattu 8.9.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/kotikaynti/keskustelu

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Johtopäätökset iäkkään tilanteesta. Viitattu 8.9.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/kotikaynti/johtopaatokset

- Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaavalle. Suom. Schultz, K. 2005. Helsinki: Edita Prima Oy. Alkuteos: Falls in older people. Prevention and management. Tideiksaar, R. 2002.
- Tiikkainen, P. & Lyyra, T. 2007. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 70–86
- Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteet. Jyväskylä University Printing House, 114. Väitöskirja..
- Tilvis, R. 2010. Kaatuileva vanhus. Kaatuilun syistä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011. Viitattu 30.8.2013.
http://www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen. Viitattu 11.2.2014.
<http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut>
- Ulmsten, U. 2007. Teoksessa Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. (toim.) Inkontinenssi. Suom. Väyrynen, T. 2007. Helsinki: WSOY, 9–47.
- Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Sarja C osa 280. Väitöskirja.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto, Hoitotieteet. Acta Universitatis Tamperensis 1368. Väitöskirja.
- Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. 2007. Viitattu 21.8.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1236539>
- Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuori, I. & Suni, J. 2010. Terveys, toimintakyky ja kunto - avainkäsitteitä. Teoksessa Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Walther, LE., Nikolaus, T., Schaaf, H. & Hörmann, K. 2008. Vertigo and falls in the elderly: Part 2: Fall diagnostic, prophylaxis and therapy. HNO 56(9), 927-936. Viitattu 24.8.2013
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%5BVertigo+and+falls+in+the+elderly%3A+Part+2%3A+Fall+diagnostics%2C+prophylaxis+and+the+rapy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%5BVertigo+and+falls+in+the+elderly%3A+Part+2%3A+Fall+diagnostics%2C+prophylaxis+and+therapy)

Käännös ruotsi-suomi
Peppina Pöyhönen,

DKK, FM

Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Keskusteluopas

Suostunut kyselyyn

Vanhuksen nimi, puhelin ja osoite:

Kotikäynnin tekijä (nimi ja päivämäärä):

Kotikäynti/seurantakäynti

1. käynti 2. käynti 3. käynti

Vanhuksen tiedot

4. Sukupuoli

Nainen Mies

5. Vanhukselle on myönnetty

Kuljetuspalvelu Turvahälytin Kotiateriapalvelu Ei palveluita

6. Äidinkieli

suomi muu

Asuminen/lähiympäristö

Kerro vaihtoehtoisista asumismuodoista, joita on tarjolla paikallisesti, jonotuksesta asunnon saamiseksi, asunnon muuttamisesta sopivammaksi. Pystyykö kulkemaan portaissa? Onko makuuhuone ja WC samassa kerroksessa?

7. Asuuko vanhus yhdessä jonkun kanssa kokonaan tai osittain?

Asuu yhdessä Asuu osittain yhdessä Asuu yksin

8. Asumismuoto

Omakotitalo/Rivitalo Kerrostalo
 Muu erityisesti vanhuksille tarkoitettu asumismuoto

9. Onko talossa hissi?

Kyllä Ei

10. Oletko tyytyväinen asumiseesi? (rastita yksi tai useampi)

- Kyllä Useimmiten En

11. Jos useimmiten tyytyväinen tai ei tyytyväinen asumiseen, mistä syystä?

- Liian paljon työtä talon/pihan kanssa Liian iso asunto Palvelut kaukana
 Ei hissiä Kynnyksiä, rappuja Ovet (raskaita, vaikeita avata)
 Pääsy roskakatokseen, -laatikolle Pääsy pesutupaan Muu syy

12. Jos saisit vapaasti toivoa jotain asumiseesi tai asumisympäristösi liittyen, mitä toivoisit? Vaihtoehtoisesti?

13. Välimatkat yleisiin palveluihin

Kerro kuljetuspalveluista, pysäköintiluvista

| | Alle 1 km | 1-2 km | Yli 2 km |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Terveyskeskus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruokakauppa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Posti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apteekki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Jos saisit vapaasti toivoa käyttösi jotain palvelua lähiympäristössäsi, mitä toivoisit?

Fyysinen aktiviteetti

Fyysinen aktiviteetti – terveystekijä – vähintään 30 min yhteensä päivittäin vuoden ympäri!

Parempi kunto, lihaskunto, verenkierto, aineenvaihdunta, matalampi verenpaine, sairauksien ennaltaehkäisy.

Hyvät kengät. Tee sitä mikä on hauskaa!

Luuranko tarvitsee kuormitusta, kalkkia, päivänvaloa > 15 min/päivä antaa D-vitamiinia. Riski – pituus vähentynyt 4 cm.

Hyvät tavat – liikkeelle pääsy – urheiluseurat – eläkeläisjärjestöt – ryhmät

Vähennä kuormitusta – pyöräile – ui. Esteet – harjoitteluohjelma – fysioterapeutti

Tasapaino, kävelyt, sauvakävely –tanssi? Arkiliikunta. Harjoittele – harjaa hampaat ”yhdellä jalalla” (nurkassa). HUOM pyöräilykypärä ja talvivarusteet pyörään.

15. Ulkoilu

Miten liikut ulkona? (yksi tai useampi vaihtoehto)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ilman tukea | <input type="checkbox"/> Rollaattori/potkupyörä/potkulauta |
| <input type="checkbox"/> Keppien kanssa | <input type="checkbox"/> Pyöräillen |
| <input type="checkbox"/> Ajan autoa | <input type="checkbox"/> Autokyydillä |
| <input type="checkbox"/> Bussilla | <input type="checkbox"/> Muu |

Miten usein käyt ulkona?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Päivittäin | <input type="checkbox"/> Kerran viikossa |
| <input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa | <input type="checkbox"/> 4-5 kertaa viikossa |
| <input type="checkbox"/> Harvoin | <input type="checkbox"/> En koskaan |

Harrastatko jotain kevyttä liikuntaa, esim. kävelyä, uintia tai pyöräilyä?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kyllä, muutaman kerran viikossa | <input type="checkbox"/> Kyllä, muutaman kerran kuussa |
| <input type="checkbox"/> Päivittäin | <input type="checkbox"/> En juuri lainkaan |
| <input type="checkbox"/> En osaa sanoa | |

Jos harrastat säännöllistä kevyttä liikuntaa, mitä liikuntaa?

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kävely | <input type="checkbox"/> Pyöräily | <input type="checkbox"/> Voimistelu | <input type="checkbox"/> Uinti/vesivoimistelu |
| <input type="checkbox"/> Tanssi | <input type="checkbox"/> Voimaharjoittelu | <input type="checkbox"/> Sauvakävely | <input type="checkbox"/> Puutarhanhoito/lumenluonti |
| <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Keilailu | <input type="checkbox"/> Muuta | |

Hoidatko itse seuraavat: (rastita yksi tai useampi vaihtoehto)

Kerro, miten tärkeätä on tehdä itse niin paljon kuin mahdollista, jotta ”aktiiviteetti” ja itsenäisyys säilyisivät. Miten suoritusta voi helpottaa? Avunsaanti – paikallinen korjaus- ja kotiapu.

Tee tasaisesti – lepää – ei kaikkea yhdellä kertaa.

Apuvälineiden tarve – liukuesteet – kädensijat – suihkupalli - kylpyammetaso – yletyminen saippuaan, shampoooseen ja pyyhkeeseen – liukastumisvaara – mukavat kengät. Jalkahoito – apteekki – ApoDos – valtakirja raha-asioiden hoitamiseen – suoraveloitus – verkkopankki.

| | Kyllä | Osittain | Ei | Puoliso | Lapset | Joku |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| muu | | | | hoitaa | auttavat | auttaa |
| Siivous | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pyykki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruokaostokset | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Ruoanlaitto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suihku/kylpy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jalkahoito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pukeutuminen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Ikääntyneiden ennaltaehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa

| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Raha-asiat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lääkkeet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yhteydenpito terveyskeskukseen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yhteydenpito kunnan palveluihin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Läheistuki

Kerro kunnan omaishoitajille tarjoamista tukipalveluista – paikallista informaatiota. Anna tietoa myös vapaaehtoistyöstä. Tuen määritelmä: Jos läheinen ei ole käytettävissä, vanhus tarvitsee kunnan tukea.

16. Saatko apua joltain läheiseltä?

- Kyllä Joskus En

17. Annatko tukea jollekulle läheiselle?

- Kyllä Joskus En

Sosiaalinen yhteisö / osallistuminen

18. Voitko tehdä sellaista mistä pidät ja mitä haluat arkielämässäsi tehdä?

Sosiaalisen yhteisön ja osallistumisen tärkeys terveydelle. Voiko kontaktiverkostoa lisätä – voiko vanhus vaikuttaa tilanteeseensa – esteet erilaisiin aktiviteetteihin osallistumiselle – intressit – kuljetuspalvelun tarve – apuvälineet. Tiedota paikallisista kohtaamispaikoista – yhdistykset.

- Kyllä Joskus En

19. Jos Joskus/En, syy siihen, miksi et voi tehdä sellaista mitä haluaisit? (rastita yksi tai useampi)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fyysiset/ruumiilliset esteet | <input type="checkbox"/> Apuvälineiden puute | <input type="checkbox"/> Yhteyksien puute |
| <input type="checkbox"/> Pitkät välimatkat | <input type="checkbox"/> Huonontunut näkö/kuulo | <input type="checkbox"/> Seuran puute |
| <input type="checkbox"/> Ei voi jättää omaista yksin | <input type="checkbox"/> Taloudelliset syyt | <input type="checkbox"/> Muu syy |

20. Osallistutko johonkin sosiaaliseen aktiviteettiin?

- Kyllä Harvoin En

21. Oletko tyytyväinen nykyisiin sosiaalisiin kontakteihisi?

- Kyllä En

22. Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

- Kyllä Joskus En

23. Käytätkö

Tiedätkö, mihin muuhun kännykkää voi käyttää kuin soittamiseen ja tekstiviestien lähettämiseen? Voit laittaa soimaan muistutusäänen – voit myös laittaa puhelinnumeron

yhden numeronäppäimen taakse jne. Voisitko ajatella hyödyntäväsi SMS-palveluja saadaksesi tietoa eri asioista? Tiesitkö, että omalta tietokoneelta voi ottaa videopuhelun kuva- ja ääniyhteyden avulla, ja olla näin yhteydessä lapsiin ja lapsenlapsiin jne.

| | Kyllä | Joskus | En | En osaa sanoa/ ei ole ajankohtaista |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|--|
| Tietokonetta | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kännykkää <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kaatumiset

Fyysinen aktiviteetti/liikunta, lihasvoiman parantaminen, koordinaatio, tasapaino, kävely – sauvakävely – tanssi? Tasapaino – harjaa hampaat ”yhdellä jalalla”.

Huimaus – treenaus – uni – nesteen nauttiminen – lääkkeit, katso alla – monipuoliset ja säännölliset ateriat – maha-/suolistovaivat – silmälasit – pukeutuminen istualtaan – kaatumisriski. Huimaus voi johtua mm. verenpaineesta.

Tunnetko välillä huimausta?

- Päivittäin Usein kun nousen istuma- tai makuuasennosta
 Joskus/harvoin En

24. Oletko kaatunut viimeisen vuoden aikana?

- Kyllä, pääsin ylös omin avuin Kyllä, minut tarvitsi auttaa ylös
 Jos kyllä, käytä Downton Fall Risk Indexiä
 Ei – jos ei, jatka kohtaan lääkkeit

25. Mistä syystä arvelet kaatuneesi? (rastita yksi tai useampi kohta)

Mitä voisit tehdä, jotta välttäisit kaatumisen – mitä tapahtui kun kaaduit – riskit kotona – tavat: esim. matot/liukastumisestot – ”kiipeäminen”/verhojen vaihto/tikkaat – johdot – valaistus – kengät ulkona/sisällä, liukuesteet kenkiin – lisäpuhelin.

BMI – kalsium – aurinko

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Huimaus | <input type="checkbox"/> Jää/lumi/liukkaus |
| <input type="checkbox"/> Pyöräonnettomuus | <input type="checkbox"/> Liukastuin kylpyhuoneessa |
| <input type="checkbox"/> Matto | <input type="checkbox"/> Kiipesin tikkaillle/pallille/tuolille |
| <input type="checkbox"/> Vaikea maasto | |
| <input type="checkbox"/> Kiiruhdin puhelimeen tms. | |
| <input type="checkbox"/> Irtonaiset johdot | |
| <input type="checkbox"/> Kompastuin rollaattorilla/ polkupyörällä | <input type="checkbox"/> Akuutti sairaus |
| | <input type="checkbox"/> Muu syy |

26. Yhteenveto: mitä vanhus ja kotikäynnin tekijä voivat tehdä kaatumisriskin pienentämiseksi?

Tutkia/Muuttaa: (rastita yksi tai useampi kohta)

- Asuinympäristö, riskit Näkö Tasapainon parantaminen/harjoittelu

- Lääkitys Kuulo Apuvälineet
 Muuta

Lääkkeet

4-8 eri lääketta, korkea riski – iän myötä lääkkeiden poistuminen elimistöstä huononee – nesteensaanti lääkkeen kanssa – pystyasennossa istuminen – lääkkeiden puoliintumisaajat – lääkkeiden ottaminen tasaisin välein vuorokaudessa – apteekki – reseptivapaa ei ole sama kuin vaaraton – reseptilääkkeet henkilökohtaisia. Onko sinulla tapana ottaa influenssarokotus?

Syötkö lääkkeitä?

- Kyllä, 1-2 eri lääketta/vrk Kyllä, 3-4 eri lääketta/vrk
 Kyllä, 5-6 eri lääketta/vrk Kyllä, 7-8 eri lääketta/vrk
 Kyllä, 9 tai useampaa eri lääketta/vrk En, vain luontaistuotteita

Milloin puhuit viimeksi lääkärin kanssa lääkkeistäsi?

- Viimeisen vuoden aikana Yli vuosi sitten
 En tiedä Ei ajankohtaista

Ravinto

Syötkö mielestäsi monipuolisesti?

Vanhemmiten matalampi energiantarve – korkea ravintoarvo tärkeää: 3 pääateriaa – 2-3 välipalaa päivässä – ravintoympyrä – neste – kotiruoka – tasaisin välein vuorokaudessa – mieluiten joka 3.-4. tunti – ei yösyöntiä – mitä esteitä – ruokahalu, jaksaminen, yksinäisyys, suun kuivuminen – ruokahalu katoaa, jos ei syö – pieniä annoksia usein – hyvä ”solukunnolle”.

D-vitamiini – auringonvalo, rasvainen kala, liha, maito

B-vitamiini – leipä, liha, kala, äyriäiset – kalsium – maitotuotteet, pinaatti, broccoli

C-vitamiini – broccoli, kukkakaali, musta viinimarja, ruusunmarja, appelsiini, kiiwi – rauta – liha, verimakkara, veripalttu – kuidut

Huimaus – kaatumisriski – muisti – yöuni – osteoporoosin riski – verensokeri – immuunipuolustus – lisää sellaista, mikä edistää terveyttä

Millainen ruokahalu sinulla on?

Ruokailu tasaisin välein vuorokaudessa – mieluiten joka 3.-4. tunti – ei yösyöntiä – mitä esteitä – ruokahalu, jaksaminen, yksinäisyys, suun kuivuminen - anna esite. Ruokahalu katoaa, jos ei syö – pieniä annoksia usein – lisää sellaista, mikä edistää terveyttä.

Miten vatsasi toimii?

Liikunta – neste – kuidut – lääkkeet – ripuli – intoleranssit (gluteeni, laktoosi)

Inkontinenssista: ”mitenkäs pidättämiskyky?” Kerro, että se on yleistä – sitä esiintyy noin 42%:lla 77-79 – vuotiaista naisista ja miehistä – ota yhteyttä terveyskeskukseen neuvontaa, tarkastusta, alusastian käytön harjoittelua ja apukeinoja varten.

- Hyvin Hyvin lääkkeillä Hyvin kuitupitoisella ruoalla
 Huonosti Huonosti lääkkeistä huolimatta Huonosti lääkkeiden takia
 En osaa sanoa/ei ajankohtaista

Onko virtsankarkailua?

- Kyllä Jos kyllä: Käytän apuvälineitä En käytä apuvälineitä
 Ei En osaa sanoa

Onko painosi muuttunut viimeisen vuoden aikana?

Muut oireet – vastentahtoisesti – lääkäri. Kun kyseessä on suuri painonmuutos ja riskipotilaiden tunnistamiseksi käytä BMI-asteikkoa, katso liite.

- Kyllä, noussut 3-5 kg Kyllä, noussut yli 5 kg
 Kyllä, pudonnut 3-5 kg Kyllä, pudonnut yli 5 kg

Käytätkö alkoholia?

Lääkkeet – kaatumisriski – liikenne/alkoholi/lääkkeet – ota yhteyttä terveyskeskukseen jos tarvitsee apua.

- Kyllä, joka viikko Kyllä, 1-2 kertaa kuukaudessa En

Poltatko?

Keuhkosyöpä – keuhkohtaumatauti – sydäninfarkti – halvaus – luunmurtumat – ikänäkö – ota yhteyttä terveyskeskukseen, jos on avun tarve

- Kyllä Ei

Psyykinen/fyysinen vointi

Millainen suun terveys sinulla mielestäsi on?

Hyvä suun terveys – säännölliset hammaslääkärikäynnit myös sairastaessa – implanttien/proteesien tarkistus

Suun kuivuminen – hapokkaat juomat kuten sitruuna-/puolukkajuomat lisäävät syljen eritystä – hammasystävälliset purukumit, imeskelytabletit tai suusuihkeet. Fluorihammastahna. Kysy apteekista.

- Hyvä, ei ole vaivoja Useimmiten hyvä
 Huono En osaa sanoa/ei ajankohtaista

Nukutko hyvin? Onko ongelmia?

Uni on kropalle yhtä tärkeää kuin ravinto – ympäristö – ruoka ja juoma – rauhoitu – levottomuus – liikunta – lämpimät jalat – korvatulpat – oikea lääkitys – apteekki.

Hyviä neuvoja: Nouse ylös ja mene nukkumaan samaan aikaan joka päivä – älä nuku päivällä – säännöllinen liikunta, joka päättyy kolme tuntia ennen nukkumaanmenoa – vältä kahvia/alkoholia/raskaita aterioita – rentoutumistekniikat – nukkumisympäristö.

- Kyllä Kyllä, silloin tällöin Kyllä, lääkkeitä huolimatta Ei

Vaivaavatko säröt?

Liikunta – liikkeet – uni – apuvälineet – fysioterapeutti – ota lääkkeen koko annos

Ikääntyneiden ennaltaehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa

- Kyllä, päivittäin Kyllä, joskus
 Kyllä, häiritsee unta Kyllä, fyysiset aktiviteetit estyvät
 Ei

Näkö ja kuulo

Silmä vaatii enemmän valoa ikääntymisen myötä – optikkokäynti – vahvemmat lasit – näköopetus – näkökeskus
Vahatulpat – kuulontarkastus terveyskeskuksessa – kuulolaitteen tarve – kuululaiteongelmat – kuulolaitteen korjaus – kuulokeskus – apuvälineet puheli-
meen/TV:seen/ovikelloon

| | Kyllä | Kyllä, apuvälineillä | En, ei ole apuvälineitä | En |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Näetkö lukea lehteä? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kuuletko, kun puhelin soi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tuntuuko sinusta, että muistisi on huonontunut?

Suojaavat tekijät: Vahvasti todistetut – fyysinen liikunta, henkinen aktiviteetti myöhäisellä iällä, korkean verenpaineen hoito.

Heikommin todistetut: ravinto, kohtuullinen alkoholin käyttö, hyvä sosiaalinen verkosto myöhäisellä iällä, antioksidantit.

Aivot tarvitsevat virikkeitä – harjoitus, sosiaaliset aktiviteetit.

Muita vaikuttavia tekijöitä: Ravinto – B12 puute – lääkkeet – stressi – vaihtanut asuntoa hiljattain – yksinäisyys – muut sairaudet tai oireet, esim. masennus.

Jos esimerkiksi sinun on vaikea löytää perille tutuissa ympäristöissä, vaikea muistaa esineiden nimiä, arkielämän ongelmia syntyy, koska unohtelet, tulee ottaa yhteyttä terveyskeskukseen.

Tukitoimet: asunnon muutokset, ajastin, almanakka, kännykkä.

- Kyllä, vähän Kyllä, se on ongelma Ei En osaa sanoa

Tunnetko itsesi levottomaksi tai alakuloiseksi?

Yhteys lääkäriin – apteekki – oikea lääkitys – masennus tavallista

- Kyllä Kyllä, joskus Kyllä, lääkkeitä huolimatta
 En En, lääkkeet auttavat En osaa sanoa, ei ajankohtaista

Turvallisuus

27. Tunnetko olosi turvalliseksi?

Mitä vanhus voi itse tehdä tunteakseen olonsa turvallisemmaksi – mikä tekisi hänen olonsa turvallisemmaksi?

- Kyllä Melko turvalliseksi En

28. Mikä tekee olosi turvalliseksi? (rastita yksi tai useampi vaihtoehto)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Puoliso/avopuoliso/kumppani | <input type="checkbox"/> Asuminen/Asuinalue |
| <input type="checkbox"/> Lapset | <input type="checkbox"/> Naapurit / Ystävät |
| <input type="checkbox"/> Hyvä terveys | <input type="checkbox"/> Kännykkä/puhelin/tietokone |
| <input type="checkbox"/> Oma perusturvallisuus | <input type="checkbox"/> Sairaanhoidon saatavuus |
| <input type="checkbox"/> Uskonto | <input type="checkbox"/> Ei mikään |
| <input type="checkbox"/> Muu | |

29. Koetko terveytesi hyväksi?

- Kyllä Kyllä, useimmiten En En osaa sanoa/Ei ajankohtaista

Jatkokontaktit, yhteenveto

29. Haluatko, että seurantakotikäynneistä otetaan sinuun uudelleen yhteyttä?

- 6 kk sisällä 12 kk sisällä En

Yhteenveto

(Merkitse ne alueet, joita yhteenveto koskee. Kirjoita vapaasti yhteenveto niistä lopputuloksista, joihin vanhus tuli terveystietokeskustelun aikana ja niistä muistiinpanoista, joita itse tarvitset seurantakotikäyntiä varten.)

Ravinto-

Liikkuminen

Sosiaaliset kontaktit

Fyysiset/Psykkiset seikat

Kaatumiset

Turvallisuus

30. Muita erityisiä toiveita tai tarpeita yllämainitun lisäksi?

31. Ehdotukset jatkoyhteydenotoiksi

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ei jatkoyhteydenottoja | <input type="checkbox"/> Työterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Avustuskäsittelijä/Vanhustenhuollon neuvoja | <input type="checkbox"/> Ravitsemusterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Aluesairaanhoidtaja | <input type="checkbox"/> Kiinteistön omistajaan |
| <input type="checkbox"/> Yhdistykset/järjestöt | <input type="checkbox"/> Lääkärit |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeutti | <input type="checkbox"/> Kotitalouspalvelut |
| <input type="checkbox"/> Näkemisen/kuulemisen neuvonta | <input type="checkbox"/> Omaisneuvoja |
| <input type="checkbox"/> Psykkisten ongelmien avohoito | <input type="checkbox"/> Vapaaehtoiskeskus |
| <input type="checkbox"/> Asuntojonotus | <input type="checkbox"/> Pankki |
| <input type="checkbox"/> Näkökeskus | <input type="checkbox"/> Optikko |
| <input type="checkbox"/> Kuulokeskus | <input type="checkbox"/> Jalkahoitaja |
| <input type="checkbox"/> Vastaanottoyksikkö | <input type="checkbox"/> Paikallinen treffipaikka |
| <input type="checkbox"/> Kotiremonttija | <input type="checkbox"/> Vanhusten lounaspalvelu |
| <input type="checkbox"/> Uimahalli/kuntosali | <input type="checkbox"/> Muu |

32. Kuka hoitaa yhteydenotot Hämeenlinnassa?

- Vanhus itse Omainen Kotikäynnin suorittaja

33. Kotikäynnin suorittaja on

—



Downton Fall Risk Index (käytetään tarvittaessa, katso manuaali)

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Aikaisempia kaatumisia | <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| Lääkitys | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| | <input type="checkbox"/> Rauhoittavia/unilääkkeitä/neuroleptit | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Diureetteja | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Verenpainetta alentavia, muita kuin diureetteja | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Parkinsonin tautilääkitys | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Masennuslääke | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Muita lääkkeitä | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| Sensorisia puutteita | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| | <input type="checkbox"/> Näön heikkeneminen | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Kuulon heikkeneminen | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Motoriikan heikkeneminen (halvausoireita) | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| Kognitiivisia puutteita | <input type="checkbox"/> Orientoitunut | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| | <input type="checkbox"/> Orientaatiovaikeuksia | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| Kävelykyky | <input type="checkbox"/> Varmaa (ilman apuvälinettä tai sen kanssa) | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| | <input type="checkbox"/> Epävarma kävely | <input type="checkbox"/> 1 piste |
| | <input type="checkbox"/> Ei kävele | <input type="checkbox"/> 0 pistettä |
| Summa | | <input type="checkbox"/> pistettä |
| Riskitekijä | <input type="checkbox"/> 0-2 | <input type="checkbox"/> 3 ja/tai enemmän – riski kaatua |

Manuaali:*Aikaisemmat kaatumiset*

Tietää, että henkilö on kaatunut viimeisen vuoden aikana = 1 piste

Lääkitys

Lue lääkelista tai jos mahdollista, anna henkilön itsensä kertoa, mitä lääkkeitä hän käyttää. Jaa lääkeaineet lääkeryhmiin ja merkitse pisteet

Neuroleptit = lääkkeitä, joita käytetään psykooseissa

Diureetit = nesteenpoistoon käytettävät lääkkeet

Sensoriset puutteet

Näön heikkeneminen = henkilön näkö on kohtalaisesti tai voimakkaasti heikentynyt tai hän on sokea

Kuulon heikkeneminen = henkilön kuulo on kohtalaisesti tai voimakkaasti heikentynyt tai hän on kuuro.

Tarvitsee kuulolaitetta (1 piste).

Motoriikan heikkeneminen = Heikentynyt voima tai toimivuus jossakin raajassa (1 piste)

Kognitiiviset puutteet

Henkilön orientoituminen nimien, paikan ja ajan suhteen on heikentynyt Tarvittaessa tehdään selvitys paikallisten käytäntöjen mukaisesti (1 piste)

Kävelykyky

Henkilön kävely on varmaa ilman apuvälinettä tai sen kanssa ja hän muistaa käyttää apuvälinettä (0 pistettä)

Henkilö kävelee epävarmasti ilman apuvälinettä tai sen kanssa ja/tai unohtaa joskus käyttää apuvälinettä (1 piste)